



Saúde



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **GINECOLOGIA E MASTOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES** | SAÚDE DA MULHER



Saúde



---

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **GINECOLOGIA E MASTOLOGIA**

---

**SÉRIE ESPECIALIDADES | SAÚDE DA MULHER**

**ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2025**

**Rio de Janeiro/RJ**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2025 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

## **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral**

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 20201-110

<http://saude.prefeitura.rio/>

### **Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

### **Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Cavaliere

### **Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

### **Subsecretário-Executivo**

Rodrigo de Sousa Prado

### **Subsecretária-Geral**

Fernanda Adães Britto

### **Coordenador-Geral de Contratualização, Controle e Auditoria**

Andre Luis Paes Ramos

### **Coordenador-Geral do Complexo Regulador**

David Tebaldi Marques

### **Coordenadora da Regulação Ambulatorial**

Cristina Oliveira do Nascimento

### **Coordenação Técnica**

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

### **Colaboração**

Sandra Martins Rocha Novaes

Solange Malfacini

### **Revisão Técnica e Final**

Fernanda Adães Britto

### **Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

### **Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

### **Capa**

Aluisio Bispo

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Ginecologia e Mastologia / Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

44p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ) 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de. II. Britto, Fernanda Adães de III. Título IV. Série.

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GINECOLOGIA E MASTOLOGIA ....	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO .....	6
Exames ginecológicos.....	7
Cirurgia ginecológica .....	13
Uroginecologia.....	16
Endócrino-ginecologia.....	18
Colo uterino e vulva .....	18
Planejamento reprodutivo e infertilidade .....	21
Mastologia .....	22
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO.....	25
COMO SOLICITAR GINECOLOGIA E MASTOLOGIA NO SISREG.....	26
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA...	26
PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO .....	27
UNIDADES EXECUTANTES.....	31
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	39
REFERÊNCIAS .....	39
ANEXOS .....	41

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas.

A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a

regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da ginecologia e da mastologia na cidade.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE GINECOLOGIA E MASTOLOGIA

As queixas ginecológicas e de mama são frequentes e acompanham o público do sexo feminino da infância e puberdade até o envelhecimento, incluindo os sintomas relativo à evolução natural da pessoa, o que inclui a menarca, a pubarca, a sexarca, as alterações pós-gravídicas e a menopausa.

É de suma importância que os cuidados neste campo precisam recordar que homens trans possuem queixas de origem ginecológica e não podem estar invisibilizados na organização dos cuidados ofertados, sendo, desta forma, beneficiados pelas orientações deste protocolo.

Muitas dessas queixas causam, com frequência, sofrimento orgânico, psíquico e na vida reprodutiva da mulher cisgênero e do homem trans, trazendo alterações importantes para as pessoas, incluindo redução de qualidade de vida e produtividade, bem como podem afetar a vida conjugal e familiar. Os cuidados ainda incluem aqueles relativos ao direito reprodutivo e à maternidade, o que inclui desde a abordagem sobre anticoncepção até a investigação de infertilidade.

Ainda neste sentido, é importante citar que, após o câncer de pele e colorretal, o câncer de mama, colo de útero e corpo de útero são os mais frequentes no sexo feminino. Segundo dados da estimativa do câncer, divulgada em 2022 pelo INCA, cerca de 30% dos cânceres em mulheres acontecem em mamas, 7% no colo do útero e 3,25% no corpo do útero.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve estar organizada para ser o primeiro contato das pessoas com tais queixas, precisando estar organizada para a primeira abordagem e a investigação, bem como para realizar o rastreio dos cânceres com diretriz para investigação (mama e colo de útero) e com encaminhamento para os serviços especializados, quando pertinente.

Este Protocolo surge para auxiliar as equipes de Saúde da Família a melhor coordenar o cuidado e encaminhar para os serviços especializados, trazendo as melhores evidências para guiar a decisão clínica, salvaguardando a resolutividade da APS.

## PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o grupo de procedimentos no SISREG a ser encaminhado, conforme a distribuição a seguir.

### 1. Exames ginecológicos:

- Ultrassonografia Transvaginal (USGTV);
- Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica);
  - Ultrassonografia de Mamas Bilateral;
  - Ultrassonografia Mamária Bilateral para Orientar Biópsia de Mama;
- Mamografia Bilateral de Rastreio;
  - Mamografia Bilateral;
  - Mamografia Bilateral — 40 a 49 anos;
- Mamografia Diagnóstica;
- Ressonância Nuclear Magnética de Mamas;
- Histeroscopia Diagnóstica.

### 2. Cirurgia ginecológica:

- Consulta em Ginecologia Cirúrgica;
- Consulta em Ginecologia — Histeroscopia Cirúrgica;
- Consulta em Ginecologia — Endometriose.

### 3. Uroginecologia:

- Estudo urodinâmico;
- Uroginecologia cirúrgica
- Incontinência urinária

### 4. Endócrino-ginecologia:

- Consulta em Ginecologia — Endocrinologia.

### 5. Colo uterino e vulva:

- Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical;
- Consulta em Ginecologia — Vulva.

### 6. Planejamento reprodutivo e infertilidade:

- Consulta em Ginecologia — DIU;
- Consulta em Ginecologia — Laqueadura;
- Consulta em Ginecologia — Infertilidade.

**7. Mastologia:**

- Consulta em Mastologia;
- Biópsia de Mama;
  - Biópsia de Mama — Guiada por US;
  - Biópsia de Mama — Lesão Palpável;
  - Biópsia de Mama por Estereotaxia.

**CÂNCER UROGINECOLÓGICO**

**Os casos abaixo devem ser encaminhados para “Consulta em Oncologia” via Sistema Estadual de Regulação (SER).**

- 1. Pacientes com exame de imagem (USGTV, USG ginecológico, TC/RNM de pelve) com alta suspeita para câncer de ovário ou trompas e marcador tumoral alterado;**
- 2. Mulheres com diagnóstico histopatológico de câncer de endométrio, mama, colo do útero, vulva ou vagina — anexar o resultado do histopatológico, imuno-histoquímico, marcador tumoral e exame de imagem.**

**Cisto de ovário suspeito:**

- Lesões sólidas com contorno irregular;
- Presença de ascite;
- Ao menos quatro estruturas papilares;
- Lesões que são classificadas como cisto sólido multilocular, apresentando um diâmetro máximo maior ou igual a 100mm; e
- Intensa vascularização ao doppler colorido com escore.

**IMPORTANTE:** Sempre solicitar CA 125 antes de encaminhar.

**EXAMES GINECOLÓGICOS****Ultrassonografia Transvaginal (USGTV)**

► **Nomenclatura no SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.

**ATENÇÃO!**

A USGTV não deve ser solicitada de rotina, devendo a mesma ser realizada tão somente na presença das indicações descritas a seguir.



**Indicações clínicas:**

1. Pacientes com Sangramento Uterino Anormal (SUA) com exame especular e colpocitológico normais;
2. Pacientes com SUA que necessitem de seguimento, a exemplo de espessamento de endométrio;
3. Pacientes com suspeita de miomas (presença de SUA, anemia, dor pélvica, urgência miccional, aumento na frequência urinária e/ou constipação), para realizar o planejamento cirúrgico e no seguimento pós-operatório;
4. Mulheres em idade fértil com dor pélvica aguda ou dispareunia sem relação com Doença Inflamatória Pélvica (DIP), com suspeita de causa ginecológica;
5. Mulheres na pós-menopausa com dor pélvica subaguda ou crônica (> 6 meses) localizadas na pelve profunda ou com suspeita de localização em períneo, vulva ou vagina;
6. Na suspeita de massas anexiais;
7. Seguimento inicial das massas benignas ou indeterminadas na ausência de sintomas agudos;
8. Pode ser utilizado para pacientes com prolapso urogenitais (a fim de afastar possibilidade de miomatose uterina) e no seguimento pós-operatório de histerectomia (a fim de acompanhar o ovário);
9. Na investigação de pacientes com infertilidade, para avaliação da ovulação e reserva ovariana (fazer USG seriada no 10.º, 12.º e 14.º dia do ciclo), se clínica suspeita, história de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ou história de aborto recorrente (para avaliar colo uterino), pois os casos de colo curto podem elevar os riscos de prematuridade. No caso de pacientes com história ou clínica suspeita de endometriose, o ideal é Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de pelve/bacia.

**Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)**

► **Nomenclatura no SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA).

**ATENÇÃO!**

**A USG ginecológica não deve ser solicitada de rotina, devendo a mesma ser realizada tão somente na presença das indicações descritas a seguir.**

**Indicações clínicas:**

1. Pacientes virgens com Sangramento Uterino Anormal (SUA) e exame especular normal;

2. Pacientes virgens com SUA que necessitem de seguimento, a exemplo de espessamento de endométrio;
3. Pacientes virgens com suspeita de miomas (presença de SUA, anemia, dor pélvica, urgência miccional e aumento na frequência urinária e/ou constipação) no planejamento cirúrgico e no seguimento pós-operatório de histerectomia, a fim de acompanhar ovário;
4. Mulheres virgens em idade fértil com dor pélvica aguda e suspeita de causa ginecológica;
5. Mulheres virgens na pós-menopausa com dor pélvica subaguda ou crônica (> 6 meses) localizadas na pelve profunda ou com suspeita de localização em períneo, vulva ou vagina;
6. Na suspeita de massas anexiais em pacientes virgens ou massas palpáveis acima da pelve maior;
7. Seguimento inicial das massas benignas ou indeterminadas, na ausência de sintomas agudos em pacientes virgens ou massas palpáveis acima da pelve maior.

## Ultrassonografia de Mamas Bilateral

### Ultrassonografia de Mamas Bilateral

► **Nomenclatura no SISREG:** ULTRASSONOGRAMA DE MAMA.

#### **ATENÇÃO!**

**A USG de mamas não deve ser solicitada de rotina, devendo a mesma ser realizada tão somente na presença das indicações descritas a seguir.**

#### **Indicações clínicas:**

1. Dor em mama de localização específica/pontual, não cíclica e sem história de trauma em mulheres menores de 30 anos;
2. Pacientes com descarga papilar patológica (unilateral, uniductal, seroso ou sanguinolento) em qualquer idade;
3. Mulheres com 30 anos ou menos com massa palpável em mama;
4. Para diferenciar entre cistos e nódulos sólidos visualizados na mamografia (MMG) ou palpáveis ao exame clínico de mamas (ECM);
5. Mulheres com BI-RADS 0 ou 3 na mamografia, como controle semestral durante um ano — caso necessário, encaminhar para mastologia para avaliação do especialista;

6. Pacientes com implante de silicone com suspeita de ruptura no exame físico ou outra complicação em idade inferior a 30 anos;
7. Pacientes com dor ou nódulo em mama isolateral onde foi realizada mastectomia, com ou sem reconstrução;
8. Homens em qualquer idade com massa palpável suspeita ao exame físico;
9. Homens com idade inferior a 25 anos e com massa mamária palpável e indeterminada;
10. Homens com 25 anos ou mais com massa mamária palpável e indeterminada, cuja mamografia teve resultado inconclusivo ou suspeito;
11. Homens com diagnóstico sugestivo de ginecomastia, a fim de encaminhar ao especialista para procedimento cirúrgico;
12. Crianças menores de 8 anos com broto mamário, para avaliação de telarca precoce, ou com pubarca, para avaliação de puberdade precoce.

## Ultrassonografia Mamária Bilateral para Orientar Biópsia de Mama

► **Nomenclatura do SISREG:** ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL PARA ORIENTAR BIÓPSIA DE MAMA.

### Indicações clínicas:

1. Mulheres com BI-RADS 4 ou 5 na mamografia, se nódulo impalpável;
2. Mulheres com BI-RADS 0 na mamografia, para complementação;
3. Pacientes com câncer de mama, para a determinação do tamanho do tumor e início de quimioterapia neoadjuvante, bem como após a realização da mesma.

## Mamografia Bilateral de Rastreio

### Mamografia Bilateral

► **Nomenclatura no SISREG:** MAMOGRAFIA BILATERAL.

### Indicações clínicas:

1. Toda e qualquer paciente com idade entre 50 e 69 anos. Realizar a cada dois anos na rotina se BI-RADS 1 e 2. Pacientes com mamografia BI-RADS 3 devem repetir o exame com 6 meses e 1 ano. Anual no 2.º e 3.º ano, e depois seguir protocolo bianual. Para melhor compreensão do fluxo do seguimento de mulheres que realizaram mamografia de rastreamento, consultar o fluxograma do **Anexo 1**.

## Mamografia Bilateral — 40 A 49 ANOS

► **Nomenclatura do SISREG:** MAMOGRAFIA BILATERAL — 40 A 49 ANOS.

### Indicações clínicas:

1. Mulheres cis, homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer, de 40 a 49 anos que demandarem a realização de mamografia deverão ser avaliadas individualmente, por profissional médico ou enfermeiro, com orientação da usuária sobre os possíveis riscos e benefícios desta prática. A decisão deve ser compartilhada.

## Mamografia Diagnóstica

► **Nomenclatura no SISREG:** MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA.

### Indicações clínicas:

1. Dor em mama de localização específica/pontual, não cíclica e sem história de trauma em mulheres com 30 anos ou mais;
2. Pacientes com descarga papilar patológica (unilateral, uniductal, seroso ou sangüinolento) com idade superior a 30 anos;
3. Mulheres com 30 anos ou mais com nódulos palpáveis;
4. Mulheres assintomáticas em qualquer idade, como seguimento pós-cirúrgico de retirada de lesões não malignas ou com margens positivas, a critério da Mastologia — Oncologia;
5. Pacientes com dor ou nódulo em mama isolateral onde foi realizada mastectomia, com ou sem reconstrução;
6. Pacientes com câncer de mama para determinação do tamanho do tumor para início de quimioterapia neoadjuvante, bem como após a realização da mesma;
7. Pacientes com implante de silicone com suspeita de ruptura no exame físico ou outra complicação em idade superior a 40 anos.

## Ressonância Nuclear Magnética de Mamas

► **Nomenclatura no SISREG:** RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL).

### Indicações clínicas:

1. Rastreamento de alto risco:
  - a. Portadores de mutação no gene BRCA 1 e BRCA 2;

- b. Portadores de mutação genética TP53 e PTEN;
  - c. Parentes de primeiro grau de portadores de mutação no gene BRCA, não testados;
  - d. Risco vital de 20% a 25% ou mais, calculado pelo BRCAPRO ou outros modelos para cálculo de risco;
  - e. Radioterapia com irradiação torácica entre os 10 e 30 anos de idade;
  - f. Carcinoma lobular *in situ* ou hiperplasia lobular atípica;
  - g. Mamas com padrão denso na mamografia;
  - h. Mulheres com antecedente pessoal de câncer de mama, incluindo carcinoma ductal *in situ*.
2. Estadiamento pré-operatório de câncer de mama;
  3. Avaliação de doença residual pós-cirurgia com margens positivas;
  4. Controle de quimioterapia neoadjuvante;
  5. Pesquisa de carcinoma oculto nos casos de metástase axilar por câncer de mama sem sítio primário conhecido na mama pela mamografia e ultrassonografia;
  6. Suspeita de recorrência com mamografia e ultrassonografia inconclusivas;
  7. Fluxo papilar sanguinolento com mamografia e ultrassonografia negativas;
  8. Avaliação da integridade dos implantes de silicone.

## Histeroscopia Diagnóstica

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes para a realização de biópsia de endométrio, cujas indicações são:
  - a. Pacientes com sangramento uterino anormal após a menopausa, desde que descartadas alterações em canal vaginal e colo após exame ginecológico especular. Encaminhar paciente com USGTV ou USG ginecológico (caso seja virgem) e colpocitológico recente.
  - b. Pacientes que, após a menopausa, apresentem ao USGTV ou USG ginecológico endométrio espessado acima de 5mm de diâmetro que não estejam recebendo Terapia de Reposição Hormonal (TRH), e 8mm naquelas que estejam realizando TRH.

- c. Pacientes na menacme que apresentem ao USGTV ou USG ginecológico endométrio espessado acima de 12mm de diâmetro.
- 2. Pacientes com sangramento uterino anormal na perimenopausa, com lesão suspeita em USGTV;
- 3. Pacientes com DIU mal posicionado ou para a retirada do mesmo, sem que o fio esteja visível e não seja possível remover na APS;
- 4. Pacientes com perdas gravídicas recorrentes (três ou mais);
- 5. No pré-operatório de miomas submucosas, para avaliar a viabilidade de miomectomia histeroscópica e no controle após miomectomia histeroscópica — realizar somente após três meses da realização do procedimento histeroscópico.
- 6. Para diagnóstico de pólipos endometriais ou endocervicais — caso realize USGTV e o pólipo possua base no colo uterino, encaminhar tão somente para “Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical”.

## CIRURGIA GINECOLÓGICA

### Ginecologia Cirúrgica

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — CIRÚRGICA.

#### ATENÇÃO!

**O procedimento “Consulta em Ginecologia — Baixo e Médio Risco” foi descontinuado. No momento do agendamento é importante checar os preparos, em respeito ao tipo de risco cirúrgico que cada unidade admite, bem como quais patologias a mesma possui como critérios de inclusão e exclusão.**

#### Indicações clínicas:

- 1. Pacientes apresentando mioma uterino e que se apresente com sangramento uterino anormal persistente há mais de três meses, sem melhora com tratamento clínico realizado na APS e que não desejem mais engravidar.

Encaminhar, neste procedimento, os casos de miomas com útero aumentado de tamanho (presença de dois ou mais miomas), miomas tipos 2 a 5 ou com tamanho superior a 3cm — nos casos de miomas submucosos, solicitar “Consulta em Ginecologia — Histeroscopia Cirúrgica” após “Consulta em Ginecologia — Histeroscopia diagnóstica” que demonstre viabilidade de miomectomia histeroscópica.

**TRATAMENTO DA MIOMATOSE UTERINA**

A decisão sobre o tipo de tratamento, incluindo a cirurgia, deve sempre levar em conta uma série de variáveis, entre as quais se destacam: a idade da mulher; se está próximo da menopausa (os miomas costumam regredir espontaneamente após a menopausa); número de filhos vivos; história obstétrica; desejo ou não de nova gravidez e, portanto, de preservar a fertilidade; intensidade e duração dos sintomas, incluindo anemia e dor pélvica; tamanho, número e localização dos miomas, bem como degeneração do mioma ou risco de evolução para malignidade.

O tratamento clínico conservador na APS pode ser realizado com administração de AINES, agentes antifibrinolíticos (p.ex.: ácido tranexâmico), terapia hormonal com progestágenos orais, progestágenos intrauterinos (DIU de Mirena), terapia combinada (Etinilestradiol + Desogestrel; Etinilestradiol + Gestodeno etc.), inibidores da aromata-se (Letrozol e Anastrozol), e agonistas da GnRH (por tempo limitado). O risco cardiovascular deve ser sempre avaliado caso se opte pelo tratamento conservador.

**Classificação de miomas uterinos pela ultrassonografia:**

<b>Tipo 0</b>	Intracavitário
<b>Tipo 1</b>	Submucoso < 50% intramural
<b>Tipo 2</b>	Submucoso > 50% intramural
<b>Tipo 3</b>	Intramural sem contato com endométrio
<b>Tipo 4</b>	Intramural
<b>Tipo 5</b>	Subseroso > 50% intramural
<b>Tipo 6</b>	Subseroso < 50% intramural
<b>Tipo 7</b>	Subseroso pediculado
<b>Tipo 8</b>	Cervical ou parasitário

Fonte: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

2. Pacientes na menopausa com cistos ovarianos simples maiores que 3cm.

3. Pacientes na menacme com cistos ovarianos simples maiores de 5cm e que não tenha regredido de tamanho em duas USGTVs realizadas no intervalo de três a quatro ciclos menstruais.

As pacientes podem também ser encaminhadas quando o tamanho levar ao risco de torção de ovário e dor pélvica (8 a 15cm), quando não se pode descartar risco de malignidade no exame de imagem (neste caso, solicitar marcadores tumorais e encaminhar via SER), e em pacientes cujo cisto esteja comprometendo o ovário e os folículos. Considerar encaminhar pacientes com cistos endometrióticos com aumento progressivo do tamanho e associados a dor.

### **CISTOS OVARIANOS BENIGNOS**

**Os cistos ovarianos benignos são aqueles classificados como cistos uniloculares, na presença de componente sólido (papilar) < 7mm, com sombra acústica posterior, formado por lesões classificadas como cisto multilocular com paredes internas lisas e regulares, com diâmetro máximo < 100mm e na ausência de vascularização ao doppler colorido (escore 1).**

4. Pacientes com adenomiose que apresentem persistência de sintomas sem melhora com o tratamento hormonal (DIU de Mirena) e sem desejo de nova gravidez.

## **Histeroscopia Cirúrgica**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA.

### **Indicações clínicas:**

1. Pacientes com sangramento uterino anormal, como miomas cavitários (miomas tipo 0, miomas tipo 1 e miomas tipo 2 menores que 3cm) ou que ainda desejam engravidar;
2. Pacientes com sangramento uterino anormal, como miomas somente submucosos e pólipos uterinos;
3. Pacientes com pólipos cervicais sintomáticos ou com alto risco de malignização (sangramento vaginal, sinusiorragia, desconforto durante coito e infertilidade), com aparência atípica ou maiores que 3cm com a base no corpo uterino — os demais casos encaminhar para “Consulta em Ginecologia — Patologia Cervical” com histeroscopia diagnóstica prévia que aponte viabilidade da técnica de excisão;



4. Pacientes na pós-menopausa com pólipos confirmados na histeroscopia diagnóstica e fatores de risco para câncer de endométrio (p.ex.: usuários de tamoxifeno e de TRH), mesmo assintomáticas;
5. Pacientes com sinéquias ou septos uterinos.

## Endometriose

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — ENDOMETRIOSE.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com endometriose diagnosticada ou suspeita no exame de imagem (USGTV ou RNM de pelve) com dor pélvica crônica que dure seis meses ou mais, refratária ao tratamento clínico instituído na APS (AINES e supressão da menstruação com anticoncepcional associado). Ao solicitar, é importante descrever se já há indicação de tratamento cirúrgico, de forma que o médico regulador autorize para unidade hospitalar.

## UROGINECOLOGIA

Pacientes com incontinência urinária devem ser, inicialmente, investigadas para Infecção de Trato Urinário (ITU) e atrofia vaginal, devendo ser tratadas adequadamente. O tratamento da atrofia vaginal deve ser realizado por meio da aplicação creme vaginal (uma aplicação de três em três noites de forma contínua). Caso descartadas ITU e atrofia vaginal como causas ou já adequadamente tratadas e na ausência de prolapso, devem receber o tratamento clínico conservador ainda na APS, incluindo orientações dietéticas (redução na ingestão de álcool e de cafeína), redução de peso, exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico, fisioterapia uroginecológica (neste caso, encaminhar via SISREG para “Consulta em Fisioterapia — Uroginecológica”), alterações no estilo de vida, reeducação vesical e outros.

## Estudo urodinâmico

► **Nomenclatura no SISREG:** ESTUDO URODINÂMICO.

### Indicações clínicas:

1. Incontinência urinária (IU) refratária ao tratamento clínico conservador;
2. Incontinência urinária complicada (após cirurgias, radioterapia, associada a prolapso, urgência miccional, sintomas de esvaziamento incompleto ou disfunção neurogênica) após refratariedade do tratamento conservador e medicamentosa;
3. Incontinência urinária cuja abordagem inicial seja inconclusiva.

**ATENÇÃO!**

**Avaliar também inserção e agendamento mais oportuno via “Consulta em Urologia — Disfunção Miccional”. Agendar em uma das nomenclaturas e cancelar a solicitação da outra.**

**Pacientes com síndrome da bexiga hiperativa não possuem indicação de estudo urodinâmico, exceto nos casos refratários ao tratamento de primeira ou segunda linha. Não é necessário estudo para o encaminhamento para fisioterapia uroginecológica nos casos de IU de esforço.**

## Uroginecologia cirúrgica

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — CIRÚRGICA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com qualquer tipo de prolapso uterino (cistocele, retocele, elitrocele ou enterocele), maior ou igual ao estágio 3, desde que apresentem sintomas e com desejo pela correção cirúrgica, ou ainda as pacientes quem apresentem sintomas refratários ao tratamento clínico conservador na APS.

## Incontinência Urinária

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM UROLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com incontinência urinária, desde que: (1) descartada infecção urinária (ITU) — nestes casos realizar Urina tipo 1 e Urocultura antes de cogitar encaminhar; (2) que persistem após tratamento adequado de ITU com controle de cura com Urina tipo 1 e Urocultura, (3) sem prolapso genital (pacientes com prolapso devem ser encaminhadas via “Consulta em Ginecologia — Cirúrgica”); e (4) persistam com sintomas por três meses ou mais e refratários ao tratamento clínico conservador.

## ENDÓCRINO-GINECOLOGIA

### Endocrinologia

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — ENDOCRINOLOGIA.

#### Indicações clínicas:

1. Pacientes com menopausa precoce (antes dos 40 anos de idade), desde que descartada gravidez e confirmada com dosagem de FSH e LH;
2. Pacientes com menopausa (12 meses ou mais consecutivos sem menstruar) e que persistam com sintomas após 6 meses de tratamento clínico otimizado na APS (tratamento farmacológico, com fitoterapia ou Terapia de Reposição Hormonal) ou na impossibilidade de realizar o tratamento na APS (neste caso, justificar o motivo na solicitação);
3. Pacientes com amenorreia secundária, com TSH e prolactina normais, sem resposta ao teste de progestágeno;
4. Pacientes com falência ovariana secundária;
5. Pacientes com amenorreia após tratamento com quimioterapia ou radioterapia — nestes casos não se deve induzir a ovulação, uma vez que são pacientes com diagnóstico de neoplasia e possuem critério de exclusão para uso hormonal.
6. Pacientes com amenorreia primária com 14 anos ou mais, sem características sexuais secundárias ou com mais de 16 anos;
7. Pacientes com puberdade precoce.

#### ATENÇÃO!

**Pacientes com sinéquias de pequenos lábios devem ser encaminhadas para "Consulta em Cirurgia Pediátrica". Pacientes com genitália ambígua ou demais malformações Müllarianas devem ser encaminhadas via SER para "Consulta em Endocrinologia — Genitália Ambígua".**

## COLO UTERINO E VULVA

### Doenças do Colo Uterino

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA CERVICAL.

**ATENÇÃO!**

Para a realização do rastreamento organizado do câncer do colo do útero foi incorporado ao SUS o teste molecular para detecção do HPV. A implantação será gradual no município do Rio de Janeiro por AP, e conforme o uso da nova tecnologia for iniciado, será interrompida a realização do exame colpocitológico. A execução simultânea dos métodos de rastreamento numa mesma AP não será permitida. Considerando o período de transição da tecnologia, este documento abarca as diretrizes técnicas e condutas recomendadas frente aos resultados do exame colpocitológico e, em seguida, do teste DNA-HPV oncogênico.

**Indicações clínicas:**

1. Pacientes que tenham realizado um único preventivo ginecológico/Papanicolaou (Citopatológico — CP) cujo resultado seja um dos seguintes:
  - a. ASC-H — células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau;
  - b. Células glandulares atípicas, de significado indeterminado (possivelmente não neoplásico);
  - c. Células atípicas de origem indefinida (possivelmente não neoplásica ou quando não se pode excluir lesão de alto grau);
  - d. HSIL — lesão intraepitelial de alto grau;
  - e. Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermoide invasor;
  - f. Nos casos cujo resultado não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (AGC);
  - g. Mulheres imunossuprimidas (HIV e transplantadas), com doenças autoimunes ou em uso de drogas imunossupressoras com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) ou com células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico (ASC-US).
2. Pacientes com dois CPs e que apresentem um dos seguintes resultados:
  - a. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásico (ASC-US);
  - b. Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL).

3. Pessoas com os seguintes resultados de teste de DNA-HPV oncogênico:
- a. Resultado do Teste de DNA-HPV oncogênico 16 ou 18 detectado;
  - b. Resultado do Teste de DNA-HPV oncogênico não 16 ou 18 (outros tipos oncogênicos) detectado e resultado da citologia reflexa sendo: células atípicas de significado indeterminado, escamosas, glandulares ou de origem indefinida, Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL), Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL), adenocarcinoma *in situ* ou carcinoma invasor;
  - c. Sequência de três resultados do Teste de DNA-HPV não 16 ou 18 positivos seguidos de citologia reflexa negativa;
  - d. Resultado do Teste de DNA-HPV oncogênico qualquer tipo positivo em população imunossuprimida;
  - e. Pessoas com anormalidades ao exame ginecológico (especular ou toque vaginal) que sugeriram clinicamente câncer e/ou impeçam a coleta do Teste de DNA-HPV oncogênico, exemplo de tumores sangrantes.

### ATENÇÃO!

**Todas as solicitações devem informar os achados relevantes no exame ginecológico, tratamentos realizados no colo uterino e resultados dos últimos exames citopatológicos do colo uterino e ou Teste de DNA-HPV oncogênico realizados.**

4. Pacientes com pólipos cervicais sintomáticos (sangramento vaginal, sinusiorragia, desconforto durante coito e/ou infertilidade), menores de 3cm e com aparência típica — os demais casos encaminhar para “Consulta em Ginecologia — Histeroscopia Cirúrgica”.

## Doenças da Vulva

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA VULVA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com condiloma acumuninado extenso e sem possibilidade de cauterização com ácido tricloroacético na APS;
2. Pacientes com cisto de Bartholin, doenças das glândulas de Bartholin, cisto ou nódulo de vulva e cisto sebáceo em região vulvar;
3. Pacientes com líquen escleroso ou líquen simples de vulva;
4. Alterações em pequenos e grandes lábios, a exemplo de Xantomias.

**HIPERTROFIA DE PEQUENOS E GRANDES LÁBIOS — NINFOPLASTIA**

**Pacientes com hipertrofia de grandes ou pequenos lábios com queixas locais ou prejuízo funcional à higiene íntima, caso desejem, podem ser encaminhadas para ninfoplastia via “Consulta em Cirurgia Plástica — Reparadora”.**

**PLANEJAMENTO REPRODUTIVO E INFERTILIDADE****DIU**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — DIU.

**Indicações clínicas:**

1. Toda e qualquer paciente em idade fértil que, após planejamento reprodutivo, opte pelo DIU como método anticoncepcional, desde de que adscrita por equipe de Saúde da Família ou unidade de atenção primária sem profissional médico ou enfermeiro qualificado para a inserção do dispositivo. Toda Clínica da Família e Centro Municipal de Saúde deve inserir DIU, e para tal, solicitar treinamento à Coordenação de Área Programática.

**Laqueadura Tubária**

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — LAQUEADURA.

**Indicações clínicas:**

1. Toda e qualquer paciente com capacidade civil plena e 21 anos de idade ou com dois ou mais filhos vivos que, após planejamento reprodutivo, opte pela laqueadura tubária como método anticoncepcional. Encaminhar a paciente com o preventivo ginecológico, se indicado e no prazo de validade estipulado na rotina de rastreio do Ministério da Saúde. Não há necessidade de permissão do parceiro.

**ATENÇÃO!**

**Não encaminhar gestantes, estas terão o acesso à laqueadura na maternidade onde realizaram o parto. O fluxo de laqueadura após parto está disponível no ofício SMS n.º 8.364, de 23 de maio de 2023.**

## Infertilidade

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM GINECOLOGIA — INFERTILIDADE.

Procedimento destinado à investigação da causa de infertilidade do casal. Não há oferta de reversão de laqueadura, histerossalpingografia ou FIV via SISREG.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com menos de 35 anos que não conseguem gestar após 12 meses de tentativas sem o uso de nenhum método anticoncepcional;
2. Pacientes com mais de 35 anos que não conseguem gestar após 6 meses de tentativas sem o uso de nenhum método anticoncepcional.
3. Pacientes com falência gonadal antes de 40 anos e com desejo de engravidar.

### ATENÇÃO!

**Antes de encaminhar o casal, investigar histórico de uso anterior ou atual de anticoncepcional, reavaliar exame ginecológico e toque vaginal, solicitar USGTV, coletar preventivo ginecológico, realizar sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C. Se pacientes com SOP, solicitar testosterona total, 17-hidroxiprogesterona e SDHEA. Se pacientes com irregularidade menstrual ou amenorreia, solicitar TSH, prolactina, FSH, LH e estradiol no 3.º dia do ciclo menstrual. Solicitar USG de bolsa escrotal e espermograma com espermocultura para o parceiro.**

## MASTOLOGIA

Para qualquer procedimento em mastologia, a descrição completa dos achados clínicos (incluindo exame físico completo de mamas) e do exame imagem permite ao regulador a melhor avaliação, visando ao agendamento para unidade executante com perfil adequado ao caso. Para melhor entendimento do fluxograma de investigação de lesões suspeitas em mama, consulte o fluxograma do **Anexo 2**.

## Mastologia

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM MASTOLOGIA.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com 30 anos ou mais, com nódulo não suspeito no exame de imagem que persista após dois ciclos menstruais;

2. Pacientes com menos de 30 anos ou menos, com nódulo maior ou igual a 2cm, com suspeita clínica e achados de imagem sugestivos de benignidade;
3. Pacientes cujo nódulo surja após a menopausa de forma recente;
4. Pacientes que apresentem nódulo ao exame físico, e a lesão não seja visível no exame de imagem (USG ou mamografia);
5. Pacientes com lesão palpável ou com expressão à USG, BI-RADS 4 ou 5 com biópsia inconclusiva ou incompatível com os achados clínicos e/ou de imagem — avaliar indicação para ressecção completa da lesão;
6. Pacientes com nódulos BI-RADS 3 e que necessitem realizar Terapia de Reposição Hormonal;
7. Cisto simples sintomático ou recidivaste;
8. Pacientes com lesão benigna palpável após biópsia, que expressem o desejo de retirar a lesão;
9. Descarga papilar leitosa (galactorreia) com prolactina normal;
10. Pacientes com diagnóstico de mastite granulomatosa em biópsia;
11. Abscesso subareolar crônico recidivante;
12. Eczema areolar sem melhora com corticoide tópico;
13. Fístula mamária;
14. Mastalgia bilateral com exame físico normal, relacionada com menstruação (cíclica), que não melhore com AINES ou de forma espontânea após 30 dias — pacientes com mastalgia não relacionada à menstruação devem investigar causas hormonais, tumores ovarianos ou gestação antes.

### **CIRURGIA PLÁSTICA E MASTOLOGIA**

**Pacientes com ginecomastia sem nódulo associado, mamas acessórias, hipertrofia mamária sintomática, mamas tuberosas, mamilo invertido e mamilo extranumerário devem ser encaminhadas para “Consulta em Cirurgia Plástica — Reparadora”, desde que respeitados os critérios clínicos de encaminhamento expressos no Protocolo de Regulação de Cirurgia Plástica, disponível em [smsrio.org/protocolos](https://smsrio.org/protocolos).**



## TUBERCULOSE MAMÁRIA

**Pacientes com diagnóstico de tuberculose mamária devem ser encaminhadas para “Consulta em Tuberculose Complicada”, se necessário.**

## Biópsia de Mama

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR US; BIÓPSIA DE MAMA — LESÃO PALPÁVEL; ou BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ESTEREOTAXIA.

## Biópsia de Mama Guiada por Ultrassonografia

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR US.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com lesão de mama (nódulo impalpável, nódulo de difícil palpação), visível na USG e suspeita no exame de imagem (BI-RADS 4 e 5);
2. Lesão mista (cisto complexo), palpável ou impalpável, visível na USG e suspeita no exame de imagem (BI-RADS 4 e 5).

## ATENÇÃO!

**Ao solicitar, descrever o exame físico completo de mamas e o laudo completo dos exames (USG e mamografia).**

## Biópsia de Mama — Lesão Palpável

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA — LESÃO PALPÁVEL.

### Indicações clínicas:

1. Pacientes com exame de imagem BI-RADS 4 ou 5 no exame de imagem, desde que palpáveis e maiores de 2cm;
2. Exame de imagem BI-RADS 0 na mamografia e que, após complementação com USG, foi reclassificado para BI-RADS 4 ou 5.
3. Exame de imagem BI-RADS 0 na mamografia e que, após complementação com USG, permanece inconclusiva — neste caso, sugere-se antes de solicitar a biópsia, solicitar, com prioridade vermelha, “Consulta em Mastologia”, para decisão apoiado pelo especialista.
4. Exame de imagem BI-RADS 3 com sinais de progressão em exame de controle.

**ATENÇÃO!**

**Ao solicitar, descrever o exame físico completo de mamas e o laudo completo dos exames (USG e mamografia).**

**Biópsia de Mama por Estereotaxia (Guiada por Mamografia)**

► **Nomenclatura no SISREG:** BIÓPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA).

**Indicações clínicas:**

1. Pacientes com lesão de mama impalpável, não visível na USG, visível na mamografia e suspeita no exame de imagem (BI-RADS 4 e 5). Exemplos mais comuns: microcalcificações, distorção arquitetural, densidade assimétrica classificadas como BI-RADS 4 ou 5.

**SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO  
NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO**

- Ultrassonografia transvaginal (USGTV) ou de mamas de rotina e na ausência de queixas;
- Miomas uterinos assintomáticos ou sem tratamento clínico conservador prévio;
- Cistos ovarianos simples e assintomáticos;
- Pacientes menopausadas sem sintomas;
- Nódulos mamários benignos, assintomáticos e sem desejo de exérese pela paciente;
- Prolapsos vaginais grau 1 ou 2.

## **COMO SOLICITAR GINECOLOGIA E MASTOLOGIA NO SISREG**

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações:

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Exame físico ginecológico, incluindo especular e palpação;
- Resultado do preventivo ginecológico/Papanicolau realizado segundo rotina de rastreio do Ministério da Saúde;
- Resultado de exames (USGTV, histeroscopia, ressonância magnética de pelve etc.), caso necessário;
- História familiar;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões, incluindo cirurgias;
- Exames solicitados e que aguardam realização;

A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente. Busque atender integralmente ao que foi solicitado pelo regulador. Em casos de dúvidas, acione o RT de sua unidade, CAP ou Central de Regulação Ambulatorial.

## **ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

O encaminhamento imediato deve ser realizado via Vaga Zero nas situações a seguir.

- Sangramento uterino anormal com anemia grave (indicação de transfusão) ou repercussão hemodinâmica importante;

- Dor pélvica aguda em mulher com atraso menstrual e/ou TIG positivo;
- Dor pélvica aguda em mulher com história recente de parto ou abortamento;
- Dor pélvica aguda associada a sinais de infecção sistêmica, como febre, calafrio, hipotensão, taquicardia e taquipneia;
- Dor pélvica aguda associada à rigidez ou distensão abdominal ou irritação peritoneal — como nos casos de torção anexial e ruptura de cisto de ovário;
- Mastite refratária a uso de antibióticos VO, com febre, alteração laboratorial, mamas com volume muito aumentado e abscesso mamário, a fim de tratamento EV.

## PRIORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO

### ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL E ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)

**VERMELHO ➔** Pacientes com sangramento uterino anormal (SUA) com exame especular e colpocitológico normais; na suspeita de massas anexais.

**AMARELO ➔** Pacientes com SUA que necessitem de seguimento, a exemplo de espessamento de endométrio; mulheres em idade fértil com dor pélvica aguda, dispareunia sem relação com DIP, com suspeita de causa ginecológica; seguimento inicial das massas benignas ou indeterminadas, na ausência de sintomas agudos; pacientes com prolapsos urogenitais.

**VERDE ➔** Pacientes com suspeita de miomas para realizar o planejamento cirúrgico e no seguimento pós-operatório; mulheres na pós-menopausa com dor pélvica subaguda ou crônica (> 6 meses) localizadas na pelve profunda ou com suspeita de localização em períneo, vulva ou vagina.

**AZUL ➔** Na investigação de mulheres com infertilidade.

## ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS

**VERMELHO** ➔ Pacientes com descarga papilar patológica; mulheres com BI-RADS 0 na mamografia; mulheres com BI-RADS 4 na mamografia se nódulo impalpável; dor ou nódulo em mama isolateral onde foi realizada mastectomia, com ou sem reconstrução; câncer de mama para determinação do tamanho do tumor, para início de quimioterapia neoadjuvante; homens em qualquer idade com massa palpável suspeita ao exame físico; homens com 25 anos ou mais com massa mamária palpável e indeterminada, cuja mamografia ou tomossíntese de mama teve resultado inconclusivo ou suspeito.

**AMARELO** ➔ Mulheres 40 anos ou menos com massa palpável em mama; implante de silicone com suspeita de ruptura no exame físico.

**VERDE** ➔ Diferenciar entre cistos e nódulos sólidos visualizados na mamografia ou palpáveis ao exame clínico de mamas (ECM); seguimento de BI-RADS 3 na mamografia/ultrassonografia; homens com idade inferior a 25 anos e com massa mamária palpável e indeterminada.

**AZUL** ➔ Homens com diagnóstico sugestivo de ginecomastia, a fim de encaminhar ao especialista para procedimento cirúrgico; crianças menores de 8 anos com broto mamário, para avaliação de telarca precoce ou com pubarca para avaliação de puberdade precoce.

## MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA

**VERMELHO** ➔ Pacientes com descarga papilar patológica (unilateral, uniductal, seroso ou sanguinolento) com idade superior a 30 anos; mulheres com 30 anos ou menos com BI-RADS 4 ou 5 na ultrassonografia como próximo exame de imagem; em pacientes com câncer de mama, para a determinação do tamanho do tumor e início de quimioterapia neoadjuvante; homens com idade superior a 25 anos e com massa mamária palpável e indeterminada; homens em qualquer idade com massa palpável suspeita.

**AMARELO** ➔ Mulheres com 40 anos ou mais com nódulos palpáveis; pacientes com dor ou nódulo em mama isolateral onde foi realizada mastectomia, com ou sem reconstrução.

**VERDE** ➔ Mulheres assintomáticas em qualquer idade, como seguimento pós-cirúrgico de retirada de lesões não malignas ou com margens positivas; pacientes com implante de silicone com suspeita de ruptura no exame físico.

**AZUL** ➔ Dor em mama de localização específica/pontual, não cíclica e sem história de trauma em mulheres com 40 anos ou mais.

## CIRURGIA GINECOLÓGICA

**VERMELHO** ➔ Pacientes na menacme com cistos ovarianos simples, maiores que 5cm e que não tenha regredido de tamanho em duas USGTVs realizadas no intervalo de três a quatro ciclos menstruais.

**AMARELO** ➔ Paciente apresentando mioma uterino; pacientes na menopausa com cistos ovarianos simples maiores que 3cm; adenomiose.

**VERDE** ➔ Sinéquias ou septos uterinos.

## HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA

**VERMELHO** → Pacientes com sangramento uterino anormal após a menopausa, desde que descartadas alterações em canal vaginal e colo após exame ginecológico especular; pacientes que, após a menopausa, apresentem, na USGTV ou USG ginecológico, endométrio espessado acima de 5mm de diâmetro; pacientes na menacme que apresentem, ao USGTV ou USG ginecológico, endométrio espessado acima de 12mm de diâmetro; pacientes com sangramento uterino anormal na perimenopausa, com lesão suspeita em USGTV.

**AMARELO** → Para diagnóstico de pólipos endometriais ou endocervicais.

**VERDE** → Pacientes com perdas gravídicas recorrentes (três ou mais); em controle após miomectomia histeroscópica.

**AZUL** → Pacientes com DIU mal posicionado ou para a retirada do mesmo, sem que o fio esteja visível e não seja possível remover na APS.

## UROGINECOLOGIA

**VERMELHO** → Incontinência urinária ou complicada (após cirurgias, radioterapia, associada a prolapso, urgência miccional, sintomas de esvaziamento incompleto ou disfunção neurológica).

**AMARELO** → Pacientes com qualquer tipo de prolapso uterino, desde que apresentando sintomas, com desejo pela correção cirúrgica, ou ainda as pacientes quem apresentem sintomas refratários ao tratamento clínico conservador na APS.

**VERDE** → Incontinência urinária (IU) refratária ao tratamento clínico conservador.

## CONSULTA EM MASTOLOGIA

**VERMELHO ➔** Pacientes com menos de 30 anos com nódulo maior ou igual a 2cm ou com suspeita clínica; pacientes cujo nódulo surja após a menopausa de forma recente; pacientes que apresentem nódulo ao exame físico, e a lesão não seja visível no exame de imagem (USG ou mamografia); fístula mamária.

**AMARELO ➔** Pacientes com 30 anos ou mais, com nódulo não suspeito no exame de imagem que persista após dois ciclos menstruais; cisto simples sintomático ou recidivaste; descarga papilar leitosa (galactorreia) com prolactina normal; abscesso subareolar crônico recidivante.

**VERDE ➔** Mastalgia bilateral, com exame físico normal, relacionada com menstruação (cíclica), que não melhore com AINES ou de forma espontânea após 30 dias; eczema areolar, sem melhora com corticoide tópico.

**AZUL ➔** Pacientes com nódulos BI-RADS 3 e que necessitem realizar Terapia de Reposição Hormonal; pacientes com lesão benigna após biópsia que expressam o desejo de retirar a lesão.

## UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de consulta especializada, exame e/ou procedimento, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **smsrio.org**.

### BIÓPSIA DE MAMA — LESÃO PALPÁVEL

- Hospital Federal da Lagoa



- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Rocha Maia
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

### **BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR USG**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital de Ipanema
- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Policlínica Rocha Maia
- Hospital Municipal Rocha Maia
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

### **BIÓPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA**

- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — DIU**

- Policlínica de Botafogo
- CMS Dom Helder Câmara
- CMS Masao Goto
- CMS Pedro Nava
- CMS Waldyr Franco
- Hospital Municipal da Piedade
- Policlínica Hélio Pellegrino
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho

### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — ENDOCRINOLOGIA**

- Ambulatório laserj Maracanã
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- CMS Oswaldo Cruz
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Policlínica Hélio Pellegrino

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — ENDOMETRIOSE**

- Ambulatório laserj Maracanã
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Maternidade Carmela Dutra
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

**CONSULTA EM GINECOLOGIA — INFERTILIDADE**

- Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Maternidade Fernando Magalhães
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

**CONSULTA EM GINECOLOGIA — LAQUEADURA**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Estadual Carlos Chagas
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Municipal da Piedade
- Hospital Municipal Pedro II
- Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles

**CONSULTA EM MASTOLOGIA**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal da Lagoa
- CMS Oswaldo Cruz
- Hospital Municipal da Piedade
- Maternidade Carmela Dutra
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Rocha Maia
- Hospital Municipal Rocha Maia

**CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA CERVICAL**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Carioca de Especialidades
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Municipal da Piedade
- Maternidade Carmela Dutra
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA — PATOLOGIA VULVA**

- Ambulatório laserj Maracanã
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

#### **ESTUDO URODINÂMICO**

- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Instituto do Rim e do Cérebro Serviços Médicos

#### **CONSULTA EM GINECOLOGIA CIRÚRGICA**

- Hospital Geral de Bonsucesso (HGB)
- Hospital de Ipanema
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Hospital Municipal Albert Schweitzer

- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Municipal da Piedade
- Maternidade Carmela Dutra
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)

### **MAMOGRAFIA BILATERAL**

- 4ID Médicos Associados
- AMO RX
- Centro de Diagnósticos Avançados Recreio (CEDIR)
- Clínica de Diagnóstico Khayat
- Escola de Ultrassonografia do Rio de Janeiro (EURJ)
- Gamir Saúde
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal Cardoso Fontes
- Hospital Federal da Lagoa
- Hospital Federal do Andaraí
- Hospital dos Servidores do Estado (HSE)
- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

### **MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA**

- 4ID Médicos Associados
- AMO RX
- Centro de Diagnósticos Avançados Recreio (CEDIR)
- Clínica de Diagnóstico Khayat

- Escola de Ultrassonografia do Rio de Janeiro (EURJ)
- Gamir Saúde
- Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
- Hospital Federal do Andaraí
- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

#### **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)**

- Centro de Medicina Nuclear da Guanabara — Copacabana
- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Centro de Emergência Regional — CER Leblon
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

#### **ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS (BILATERAL) — PEDIÁTRICA**

- Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

#### **ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE MAMAS**

- Centro Carioca de Diagnóstico
- Maternidade Escola da UFRJ
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

#### **ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)**

- 4ID Médicos Associados
- Hospital Mário Kroeff
- Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
- Hospital Estadual Santa Maria (HESM)
- Centro Municipal de Reabilitação Engenho de Dentro
- Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
- Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto

- Policlínica Antônio Ribeiro Netto
- Policlínica Carlos Alberto Nascimento
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Hospital Municipal Francisco da Silva Telles
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem

### **ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS E ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL PARA ORIENTAR BIÓPSIA DE MAMA**

- 4ID Médicos Associados
  - Hospital Mário Kroeff
  - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO)
  - Hospital Federal do Andaraí
  - Policlínica de Botafogo
  - Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem
  - Hospital Estadual Santa Maria (HESM)
  - CMR Engenho de Dentro
  - Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
  - Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto
  - Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
  - Policlínica Antônio Ribeiro Netto
  - Policlínica José Paranhos Fontenelle
  - Policlínica Lincoln de Freitas Filho
  - Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
  - Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
  - Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
  - Maternidade Escola da UFRJ
  - Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem
-

**Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares,** o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

## SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **smsrio.org**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero** — Ministério da saúde — INCA. 2016.

KRUSZKA, P. S.; KRUSZKA, S. J. Evaluation of acute pelvic pain in women. **American Family Physician**, v. 82, n. 2, p. 141-147, 2010.

**Doenças da vulva — atlas, diagnóstico e tratamento.** GUTEMBERG ALMEIDA; MAURO ROMERO LEAL PASSOS. 1ª edição. 2022.

**Histeroscopia — técnica e arte.** RICARDO BASSIL LASMAR; BERNARDO PORTUGAL LASMAR — 1ª edição. 2021.



INSTITUO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama** / Instituto Nacional de Câncer. — Rio de Janeiro : INCA, 2022.

INSTITUO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Detecção precoce do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. — Rio de Janeiro : INCA, 2021.

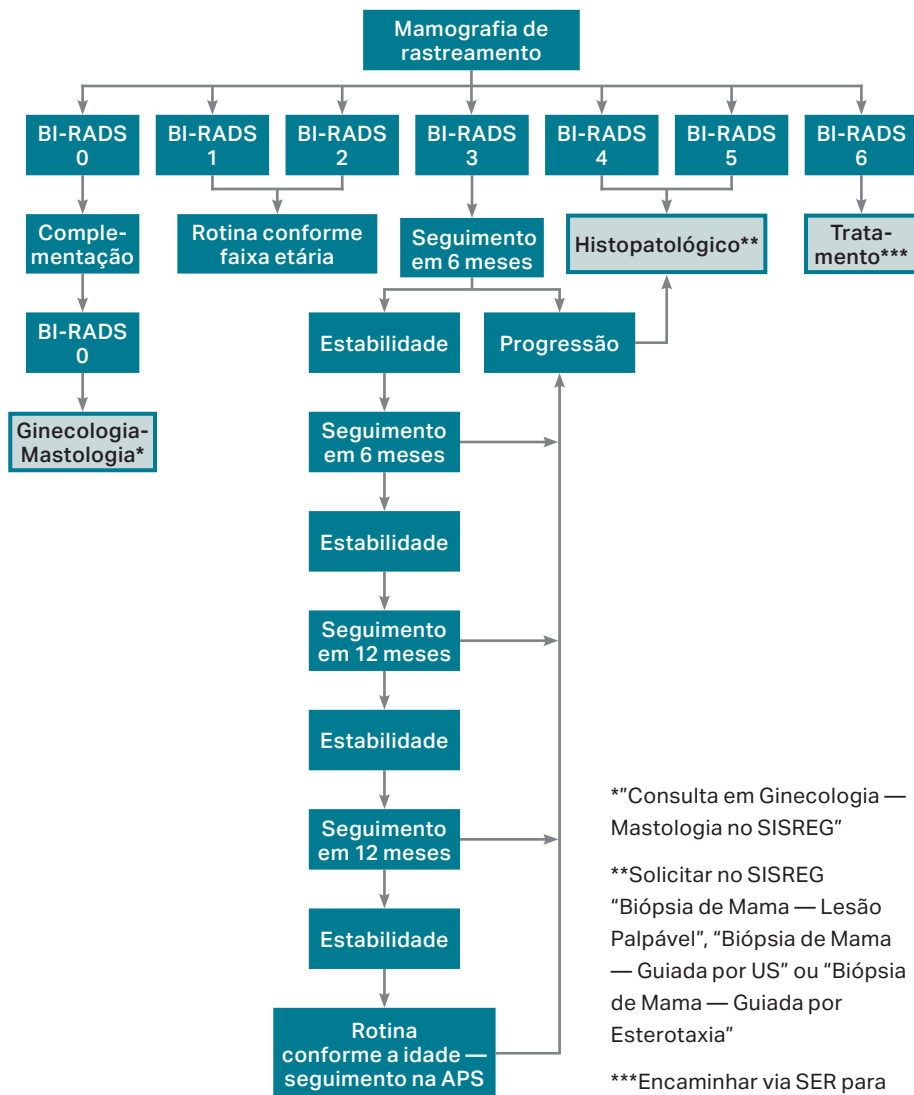
**Tratado de Ginecologia.** FEBRASGO. CESAR EDUARDO FERNANDES; MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ. 1ª edição. 2018.

**Uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico.** Ostergard. 5ª edição. 2006.

**Urodinâmica Simplificada.** CHRISTOPHER R. CHAPPLE; SCOTT A. MACDIARMID; ANAND PATEL. 3ª edição. 2011.

# ANEXOS

## ANEXO 1: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ASSINTOMÁTICAS

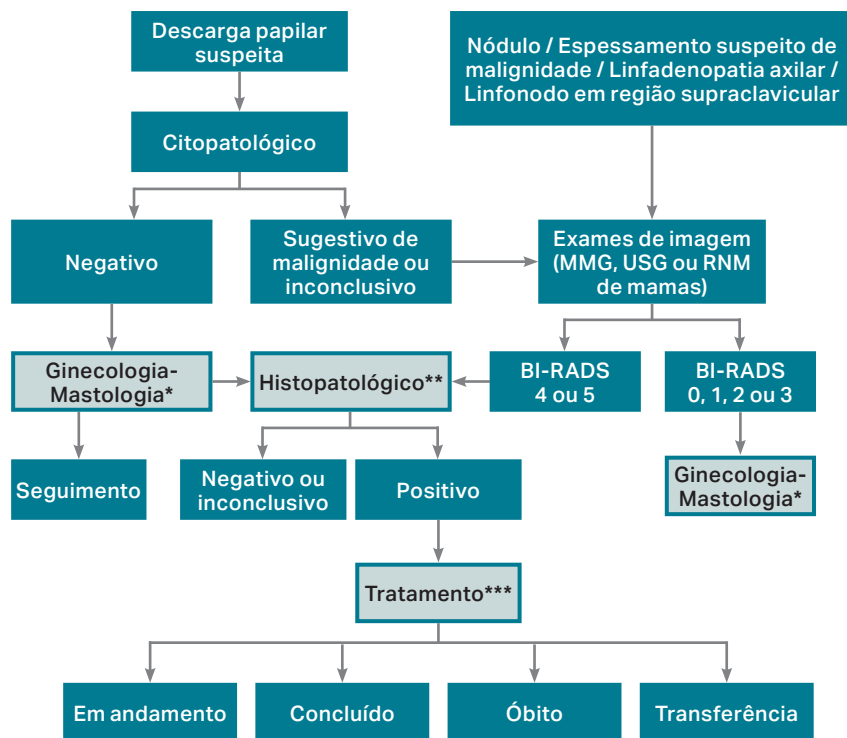


\*"Consulta em Ginecologia — Mastologia no SISREG"

**\*\*Solicitar no SISREG**  
**"Biópsia de Mama — Lesão**  
**Palpável", "Biópsia de Mama**  
**— Guiada por US" ou "Biópsia**  
**de Mama — Guiada por**  
**Esterotaxia"**

\*\*\*Encaminhar via SER para  
"Oncologia — Mastologia"

## ANEXO 2: SEGUIMENTO DE PACIENTES COM ACHADOS SUSPEITOS DE MALIGNIDADE AO EXAME CLÍNICO DAS MAMAS



\*"Consulta em Ginecologia — Mastologia no SISREG"

\*\*Solicitar no SISREG "Biópsia de Mama — Lesão Palpável", "Biópsia de Mama — Guiada por US" ou "Biópsia de Mama — Guiada por Esterotaxia"

\*\*\*Encaminhar via SER para "Oncologia — Mastologia"





P R E F E I T U R A



**RIO**

Saúde

