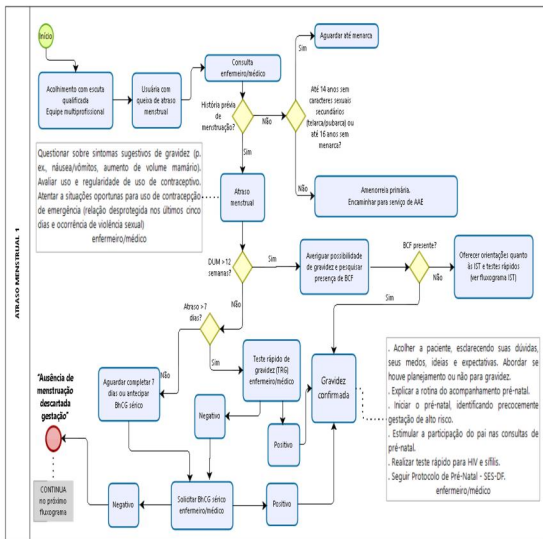
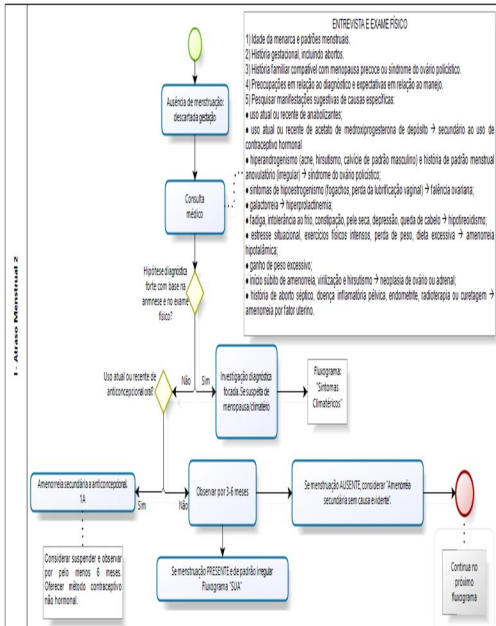


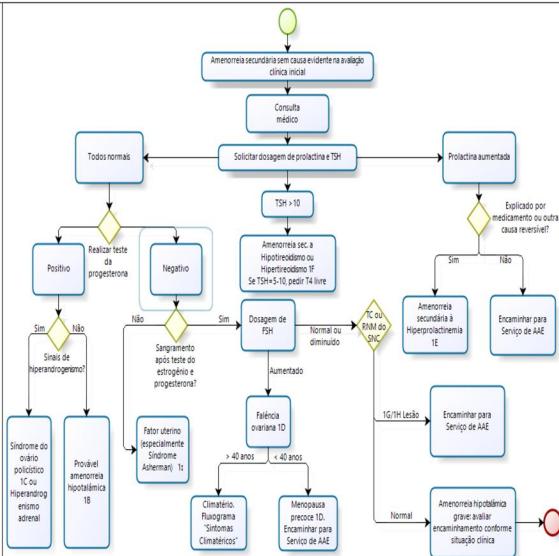
I - ATRASO MENSTRUAL



Fonte: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/MS, ISL, 2016, adaptado para a SESDF.

Nota: Em relação a adolescência é comum nos primeiros dois anos após a menarca ocorrer a irregularidade, podendo ocorrer inclusive ciclos amenorreicos. Não é necessário nenhum tipo de tratamento ou solicitação de exames, somente aguardar a maturação do eixo hipotalâmico hipofisário, orientando adolescentes e responsáveis.





1. Causas de amenorreia com gestação descartada

1A) Uso de anticoncepcionais

Há controvérsia em relação à associação de anticoncepcionais orais com amenorreia, porém se sugere suspender o uso caso esta ocorra. O de depósito causa amenorreia na maioria das mulheres após 6 meses de uso, que costuma ser reversível após a suspensão do uso. Para anticoncepcionais orais, o retorno da menstruação pode se dar entre 2 a 6 meses após a interrupção. No caso dos "de depósito", pode ser necessário até 1 ano. Deve-se oferecer outro método contraceptivo não hormonal para evitar gestação indesejada (preferencialmente, método de barreira).

1B) Amenorreia hipotalâmica

Associada a estresse situacional, exercício físico excessivo, perda de peso ou doença concomitante. No teste da progesterona*, geralmente, há sangramento após o término do medicamento. Entretanto, em casos mais graves, o hipoestrogenismo pode ser tão acentuado que não há sangramento após o teste da progesterona*. Quando não há sangramento após o teste da progesterona, é preciso descartar doença neoplásica do sistema nervoso central por exame de imagem antes de fazer o diagnóstico de amenorreia hipotalâmica (encaminhar para o Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada/AAE). Oferecer apoio psicossocial, Práticas Integrativas em Saúde (PIS). Se necessário, solicitar apoio e matriciamento em saúde mental e NASF-AB. Casos mais graves, especialmente se envolverem transtornos alimentares, deverão ser encaminhados para o Serviço de AAE.

*Teste da progesterona: acetato de medroxiprogesterona, 10 mg/dia, durante 5 a 10 dias, VO. Sangramento entre 3 e 10 dias após o término do medicamento, indica que a paciente tem secreção estrogênica adequada e não apresenta obstrução do trato genital. Portanto, o hipogonadismo é normogonadotrófico e a alteração é apenas na pulsatilidade.

1C) Síndrome do Ovário Policístico (SOP)

Suspeitar na presença de ciclos menstruais irregulares, associados ou não a sobrepeso/obesidade, com sinais de hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, alopecia androgenética). No ultrassom transvaginal, podem-se identificar microcistos no ovário. Orientar perda de peso (se necessário, encaminhar para o Serviço de AAE). O exercício físico e as PIS devem ser estimulados. Se houver plano de engravidar, encaminhar para o Serviço de Reprodução Humana no HMIB. Se não houver plano de engravidar, considerar iniciar contraceptivo oral combinado (COC) de acordo com critérios de elegibilidade. Identificar outras manifestações da SOP que estejam incomodando a paciente (ex., acne, alopecia androgenética) e oferecer acompanhamento delas. Avaliar necessidade de psicoterapia. As mulheres com SOP devem ser orientadas sobre os fatores de risco cardiovasculares; mulheres obesas com SOP devem ser avaliadas para síndrome metabólica e diabetes.

Adolescência: o diagnóstico de SOP na adolescência só poderá ser realizado pelo menos 2 anos após a menarca. O anticoncepcional poderá ser utilizado não para o tratamento de SOP, mas para casos de sangramento menstrual excessivo ou para contracepção.

1D) Falência ovariana

Correlacionar com outros sintomas compatíveis com hipoestrogenismo, como fogachos e perda da lubrificação vaginal. O FSH costuma estar aumentado e o estradiol diminuído, entretanto a dosagem desses hormônios nem sempre é adequada para avaliar falência ovariana, pois pode haver variação nos níveis hormonais de um mês para o outro. Atentar para o manejo clínico de outros sintomas relacionados à falência ovariana. Se idade <40 anos, encaminhar para o Serviço de

AAE, a fim de avaliar menopausa precoce. Caso contrário, ver fluxograma "Sintomas Climáticos".

1E) Hiperprolactinemia

Suspeitar se história de amenorreia ou ciclos menstruais irregulares. Associado ou não à galactorreia. Considerar aumentada se $>40\text{ng/ml}$. Considerar fármacos que podem aumentar a prolactina (por ex., fenotiazínicos, antidepressivos, metoclopramida). Ver fluxograma de "Descarga Papilar". Se confirmada hiperprolactinemia e afastadas causas iatrogênicas, encaminhar para o Serviço de AAE.

1F) Hipotireoidismo

Pesquisar sinais e sintomas de hipotireoidismo, diagnosticado por TSH aumentado e T4 livre diminuído. Considerar também hipotireoidismo subclínico se houver sintomas de hipotireoidismo e TSH aumentado, porém com T4 livre normal. Tratamento através da reposição de levotiroxina, para os casos de hipotireoidismo clínico ou aqueles subclínicos com sintomatologia (dose inicial com levotiroxina sódica 50mcg em jejum; aumento de 25mcg a cada 3 semanas, se necessário, conforme seguimento da dosagem de TSH de controle).

1G) Neoplasia de ovário ou adrenal

Início súbito de amenorreia, virilização e hirsutismo. Atentar para sinais sistêmicos como perda ponderal, aumento de volume abdominal, entre outros. Encaminhar para o Serviço de AAE, com prioridade/urgência.

1H) Tumores do sistema nervoso central (SNC)

O mais comum é o prolactinoma, que pode ser suspeitado pela elevação da prolactina. Outras causas são tumores hipofisários secretores de hormônios, craniofaringioma, germinoma, hamartoma, teratomas e carcinomas metastáticos. Para diagnóstico, deve-se solicitar tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM). Encaminhar para o Serviço de AAE, conforme local de encaminhamento, nos casos em que houver alterações nos exames de imagem (tumor/lesão hipotalâmica ou hipofisária).

1I) Fator uterino (obstrução do trato genital)

A causa mais comum é a Síndrome de Asherman, caracterizada por sinéquias decorrentes de curetagem, cirurgia ou infecção uterina, ou ainda radioterapia pélvica. Pode também ser causada por estenose cervical. Uma forma de confirmar a obstrução do trato genital é realizando o teste do estrogênio e progesterona**. Encaminhar os casos confirmados para o Serviço de AAE.

**Teste do estrogênio e progesterona: etinilestradiol 0,03mg+levonorgestrel 0,15mg por 21 dias. Se não houver sangramento após o término do medicamento, suspeita-se de obstrução do trato genital.

Observações: nos casos de ausência de menstruação descartada gestação, deve-se encaminhar para o Serviço de AAE também as seguintes situações:

- História de exposição à radioterapia e/ou quimioterapia;
- Disgenesia gonadal;
- Desejo de gestação;
- Dificuldade de manejo pelo médico da APS.