TelessaúdeRS
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
www.telessauders.ufrgs.br

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

TeleCondutas

Sangramento Uterino Anormal

Versão digital
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organização:
Milena Rodrigues Agostinho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Autoria
Ellen Machado Arlindo
Ligia Marroni Burigo
Milena Rodrigues Agostinho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman

Design:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles
Lorenzo Costa Kupstaitis

Diagramação:
Lorenzo Costa Kupstaitis

Normalização:
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS
Porto Alegre, 2018

TELECONDUTAS – SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Sumário

Introdução
Classificação
Etiologias de SUA por faixa etária
Avaliação diagnóstica
Tratamento
Encaminhamento para serviço especializado
Anexo
Referências

Introdução

Sangramento uterino anormal (SUA) é caracterizado por diferentes padrões de sangramento menstrual que variam de alteração no volume, irregularidades na duração e no ciclo menstrual. A condição costuma impactar na qualidade de vida das mulheres, sendo um problema de saúde frequente no atendimento da Atenção Primária à Saúde, acometendo cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva. As principais causas do sangramento uterino anormal são disfunções ovulatórias, gravidez, anormalidades estruturais, distúrbios de coagulação e causas iatrogênicas.

Classificação

A *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) apresentou o novo sistema de classificação das causas de sangramento uterino anormal afim de evitar termos inespecíficos e confundidores (como menorragia, menometrorragia, oligomenorreia). Esta classificação tem a sigla PALM-COEIN (quadro 1).

Quadro 1 - Classificação do sangramento uterino anormal (PALM-COEIN)

P	**Pólipo**	**C**	**Coagulopatia**
A	**A**denomiose	O	Disfunção **O**vulatória
L	**L**eiomioma	E	Disfunção **E**ndometrial
M	**M**alignidade e hiperplasia	I	**I**atrogênica
		N	**N**ão-classificada (outras)

Fonte: Kaunitz (2017)

O termo *iatrogênico* se refere ao uso de anticoagulantes, contraceptivos hormonais, dispositivo intrauterino. No item *não-classificado,* encontram-se doenças benignas do colo uterino (como ectopia), endometrites, malformações arteriovenosas, defeitos na cicatriz da cesariana, entre outras.

Sangramento uterino disfuncional (SUD): engloba sangramento por causas ovulatórias e endometriais. Ciclos menstruais regulares estão associados com ovulação, enquanto ciclos irregulares intercalados com períodos de amenorreia sugerem ciclos anovulatórios. Alterações primárias arquiteturais do endométrio também podem causar sangramento disfuncional.

Etiologias comuns por faixa etária

A ***idade*** da paciente ajuda a direcionar o raciocínio clínico para as etiologias mais prevalentes em cada faixa etária (quadro 2).

Quadro 2 - Principais diagnósticos de SUA, conforme faixa etária

• **Infância**: *vulvovaginite* é a causa mais comum. Alterações dermatológicas e trauma (acidente, abuso ou corpo estranho) também devem ser considerados; • **Adolescência**: predominam o *sangramento uterino disfuncional* (anovulação) e as *coagulopatias*. Não ignorar gravidez, abuso sexual e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) nesta população. • **Idade reprodutiva**: prevalecem sangramentos relacionados à gravidez e às ISTs. Com o avanço da idade, aumenta a chance de neoplasias benignas (leiomiomas e pólipos endometriais). • **Perimenopausa**: novamente, o *sangramento uterino disfuncional* se torna o achado mais prevalente, seguido das neoplasias benignas e malignas. • **Menopausa**: *atrofia endometrial* é a causa mais prevalente, seguido dos pólipos endometriais e neoplasia maligna do endométrio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Sempre devemos considerar o diagnóstico de ***gestação*** nas pacientes em **idade reprodutiva**. Uma gestação não diagnosticada é a causa mais comum de um sangramento abrupto e anormal neste grupo.

Casos de **neoplasia maligna** sempre devem ser considerados em pacientes com sangramento uterino que estão na **menopausa**. Essa etiologia também deve ser pesquisada especialmente em mulheres com sangramento uterino aumentado ou persistente que apresentam fatores de risco para câncer de endométrio (quadro 3).

Quadro 3 – Fatores de Risco para Câncer de Endométrio.

Idade (entre 50 a 70 anos)
Terapia estrogênica sistêmica sem progestogênio
Tratamento com tamoxifeno
Menarca precoce
Menopausa tardia (após 55 anos)
Nuliparidade
Síndrome dos Ovários Policísticos
Obesidade
Diabetes
História familiar de neoplasia de endométrio, ovário, mama ou cólon

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de Chen (2017).

Avaliação diagnóstica

O diagnóstico de SUA deve basear-se na modificação do padrão menstrual normal da paciente, aumento do volume diário de sangramento e/ou dos dias de fluxo menstrual, surgimento de coágulos e o aumento do número de absorventes utilizados diariamente. Complementarmente, a presença de anemia e outras anormalidades no exame físico e em exame de imagem indicam a gravidade e potenciais causas para o sangramento uterino anormal.

História Clínica e Exame Físico

Dados importantes a serem levantados na história clínica da paciente são a idade, o histórico menstrual, o tempo de evolução do sangramento anormal, o uso de medicações concomitantes (como anticoagulantes, anticoncepcionais, terapia de reposição hormonal), sintomas associados (como dor pélvica, distensão abdominal), os tratamentos realizados para a condição e as cirurgias prévias.

História do Sangramento Menstrual

Auxilia a identificar possíveis etiologias e a definir a investigação inicial.

Padrões normais de sangramento:
- *Volume sanguíneo em cada menstruação: 20 a 80 ml.* Informação difícil de quantificar, portanto, a presença de coágulos, o aumento no número de absorventes utilizados e a presença de anemia indicam sangramento excessivo.
- *Ciclos regulares a cada 28 dias (+/- 7 dias).*

Padrões de sangramento anormal:

- Sangramento uterino intenso: em volume (> 80 ml) ou duração (> 7 dias). Associado a ciclos ovulatórios e causas estruturais como miomas, adenomiose, hiperplasia de endométrio ou neoplasia maligna, pólipo endometrial, múltiplas cicatrizes cesarianas ou desordens hemorrágicas.
- Sangramento intermenstrual: sangramento que ocorre entre os ciclos e pode estar associado a uso de contraceptivos, infecções (cervicites, endometrites), pólipo cervical ou endometrial, neoplasia (endometrial, cervical, vulvar e vaginal).
- Sangramento irregular: associado a disfunções ovulatórias. É caracterizado por períodos sem menstruação (2 ou mais meses) e períodos com escapes (*spottings)* ou episódios de sangramento intenso. Associado a condições como Síndrome dos Ovários Policísticos, doenças endocrinológicas (hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperprolactinemia) e uso de medicamentos (contraceptivos hormonais, antidepressivos e antipsicóticos, corticoesteróides, quimioterápicos).

Sintomas associados

Sintomas associados ao sangramento como dismenorreia, dispareunia ou infertilidade sugerem causas anatômicas como endometriose ou adenomiose. Presença de dor abdominal baixa, febre ou corrimento vaginal podem indicar infecção (endometrite, doença inflamatória pélvica). Outros sintomas como galactorreia, hirsutismo, intolerância a calor ou frio devem ser considerados para iniciar uma investigação para causas endocrinológicas secundárias.

Situações de estresse, exercício físico excessivo ou distúrbios alimentares também devem ser lembrados na avaliação integral da paciente.

Exame físico

O exame físico deve ser completo:

- inspeção perineal (para identificar lesões vulvares e em região anal);
- exame especular, quando possível (para avaliar paredes vaginais e do colo uterino);
- toque bimanual (a fim de avaliar a consistência e a forma do colo uterino, além de estimar o tamanho, contornos e dor a mobilização do útero e dos anexos)

Exames complementares

Os exames adicionais subsidiários devem ser solicitados e direcionados *conforme a suspeita clínica*.

- ***Teste de gravidez***: pacientes em idade fértil.
- ***Hemograma***: sangramento intenso com suspeita de anemia.
- ***Provas de coagulação***: mulheres com menorragia desde a menarca ou com história familiar de distúrbios da coagulação. Considerar esse diagnóstico especialmente em crianças e adolescentes. Nesta faixa etária, a anovulação continua sendo a principal causa, mas alterações de coagulação respondem por 20% dos casos de sangramento.
- ***Ecografia pélvica ou transvaginal***: deve ser solicitada se sintomas sugestivos de causa estrutural (sangramento intenso ou intermenstrual ou pós-coital, presença de dor pélvica ou sensação de pressão abdominal), útero aumentado de volume ou massa pélvica, falha do tratamento clínico. Mulheres na menopausa ou com fatores de risco para neoplasia de endométrio (quadro 3) também devem ser avaliadas inicialmente com exame de imagem.
- ***Biópsia do endométrio*:*** indicada para mulheres com sangramento uterino aumentado e endométrio espessado (endométrio ≥ 5 mm na menopausa ou ≥ 12 mm na perimenopausa, quando ecografia realizada na primeira fase do ciclo).

* O rastreamento de neoplasia de endométrio não é indicado. Porém, se a ecografia foi realizada em uma mulher na menopausa, a biópsia do endométrio costuma ser indicada quando endométrio ≥ 12 mm ou quando existe liquido livre na cavidade uterina.

Tratamento

O SUA engloba um grupo heterogêneo de condições clínicas com etiologias e tratamentos diversos. Para início do tratamento deve-se considerar: etiologia, gravidade do sangramento, sintomas associados, outras comorbidades, necessidade de contracepção ou desejo de gestar, riscos para tromboembolismo venoso e preferências da paciente.

Idealmente a investigação etiológica deve preceder ao início do tratamento ou ocorrer concomitantemente. Contudo, mulheres com provável sangramento uterino disfuncional (que não apresentam características clínicas que sugiram etiologia estrutural ou hiperplasia de endométrio) e sem risco para neoplasia de endométrio, o tratamento farmacológico pode ser iniciado sem avaliação complementar.

Para a maioria das mulheres, o tratamento de primeira linha é realizado com anticoncepcionais hormonais. Contudo, mulheres com sangramento uterino volumoso por etiologia estrutural (como pólipos endometriais, miomas submucosos) geralmente necessitarão de ressecção por histeroscopia.

Farmacológico

O tratamento farmacológico é a medida inicial para pacientes que não apresentam alterações estruturais ou histológicas e para mulheres com leiomiomas pequenos (inferiores a 3 cm) que distorcem a cavidade uterina.

Mulheres com leiomiomas grandes (≥ 3 cm) podem fazer tratamento farmacológico inicialmente na APS, porém geralmente necessitam de intervenção cirúrgica (histerectomia, miomectomia) para controle dos sintomas (sangramento, dor ou desconforto por compressão de órgãos adjacentes). Outros tratamentos como agonistas do GnRH podem ser indicados previamente a cirurgia, conforme avaliação do serviço especializado.

Métodos não-hormonais (indicados nos períodos de sangramento):

Utilizar preferencialmente em mulheres que desejam engravidar ou que tenham contraindicações ao tratamento hormonal, sangramento por escape ou que não desejam utilizar tratamento hormonal.

- **AINEs:** Apresentam a vantagem de não aumentar o risco de trombose, reduzir dismenorreia e apresentam baixo custo. São iniciados no primeiro dia do ciclo até cessar a menstruação (cerca de 5 dias). Podem ser utilizados como adjuvantes a terapia hormonal ou no tratamento de sangramento por escape associado ao método hormonal. Não são indicados como tratamento isolados para sangramentos por causa ovulatória. Doses usuais:
    - Ibuprofeno: 600 mg, 1 a 2 vezes ao dia;
    - Ácido Mefenâmico: 500 mg, 1 a 3 vezes ao dia;
    - Naproxeno 500 mg, 1 a 2 vezes ao dia.

- **Ácido tranexâmico:** Usar com cuidado em mulheres com risco de trombose. Uso concomitante com anticoncepcional hormonal deve ser evitado, bem como tratamento por tempo prolongado. Dose usual:
  - Ácido tranexâmico (250 mg): 250 a 1000 mg, via oral, 2 a 3 vezes ao dia. Iniciar no primeiro dia do ciclo até o 5º dia.

Métodos hormonais:

Costumam ser o tratamento de primeira linha para a maioria das mulheres e diferentes vias de administração e formulações podem ser utilizados. Antes de recomendar tratamento hormonal, é necessário considerar riscos envolvidos com a medicação, desejo de gestar e a opção da paciente.

- **Anticoncepcionais orais combinados (estrógeno + progestágeno):**

Primeira linha para a maioria das mulheres. Fornecido de maneira cíclica ou contínua. Tornam o sangramento mais regular, mais claro e reduzem dismenorreia, além de promover contracepção. Pode ocorrer sangramento por escape (perda sanguínea irregular e em pequena quantidade), que tende a reduzir nos primeiros 3 meses de uso. Nestas situações, pode-se optar por:

- conduta expectante, quando o escape for de pequeno volume e duração inferior a 3 meses;
- troca por ACO com dose maior (30 a 35 mcg de etinilestradiol);
- uso concomitante de AINEs;
- associar ao ACO estrogênio por curto período (1,25 mg de estrógeno conjugado ou 2 mg de estradiol, fornecidos por 7 dias). Tratamento utilizado se sangramento prolongado.

Não existe evidência que a troca do método pode melhorar o padrão do sangramento. Contudo, se a paciente desejar modificar a formulação, mulheres que utilizam dose baixa de estrogênio (≤ 20 mcg) podem receber formulações com doses maiores (30 a 35 mcg) ou modificar o progestágeno para outro tipo.

Veja os critérios de elegibilidade para anticoncepcionais orais combinados (quadros 4 em anexo).

- **Progestágenos**

Os progestágenos mais comuns utilizados para tratamento da SUA são:

- Acetato medroxiprogesterona 150 mg IM trimestral;
- Desogestrel 0,075 mg VO contínuo;
- DIU liberador de levonorgestrel;
- Norestisterona 5 mg, 1 a 3 comprimidos ao dia, do 5º ao 26º dia do ciclo.

Pode ocorrer irregularidade menstrual e sangramento por escape no início do tratamento com medroxiprogesterona injetável. Nesses casos, se a mulher desejar a conduta pode ser expectante. Estudos apontam que a medroxiprogesterona injetável produziu redução do sangramento após 2 meses de uso, além de produzir amenorreia após seu uso prolongado. Mulheres que não se sentem confortáveis com amenorreia ou que desejam gestar em curto tempo devem ser aconselhadas a utilizar outro método. Para aquelas que desejam intervenção para o sangramento por escape, sugere-se

tratamento inicial com AINEs (por 5 a 7 dias). Se o sangramento for persistente, pode-se utilizar concomitantemente o ACO combinado em baixa dosagem (≤ 30 mcg estradiol + progestágeno) ou estrógeno isolado (1,25 mg de estrógeno conjugado ou 2 mg de estradiol, fornecidos por 7 dias). Não se recomenda reduzir o intervalo entre as aplicações da medroxiprogesterona injetável para tratar o sangramento por escape.

Tratamento do SUA na fase aguda com sangramento uterino volumoso:

Tratamento hormonal é a primeira escolha para mulheres com sangramento uterino anormal volumoso sem origem determinada. Em caso de instabilidade hemodinâmica ou anemia grave, o atendimento em serviços de emergência se faz necessário.

Tratamento hormonal:

- anticoncepcional oral combinado com estradiol 30 a 35 mcg: fornecer 1 comprimido 3 vezes ao dia por 7 dias. Outras doses também podem ser efetivas.
- medroxiprogesterona oral (10 mg): fornecer 2 comprimidos, 3 vezes ao dia por 7 dias.

O uso do ácido tranexâmico (250 a 1000 mg, até 3 vezes ao dia por 5 dias) pode ser considerado no tratamento agudo de sangramento volumoso, porém não se recomenda uso concomitante com anticoncepcionais hormonais.

Encaminhamento ao serviço especializado

A abordagem secundária é usada para pacientes em que o tratamento medicamentoso falhou, para aquelas que apresentam efeitos colaterais muito intensos e para aquelas que possuem anormalidades anatômicas estruturais muito relevantes ou suspeita de malignidade.

Condições em que há indicação de encaminhamento ao ginecologista:

Mulheres na menacme

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

Mulheres na pós-menopausa

- Sangramento uterino associado a espessura endometrial maior ou igual a 5,0 mm evidenciada na ecografia pélvica transvaginal;
- Sangramento uterino persistente em mulheres na menopausa, quando ecografia não disponível.

Condições em que há indicação de encaminhamento ao hematologista:

- Mulheres com suspeita de discrasia sanguínea.

Referências

CHEN, L. M.; BEREK, J. S. **Endometrial carcinoma**: Epidemiology and risk factors. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-epidemiology-and-risk-factors>. Acesso em: 2 jan. 2018.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED PLUS. **Record n. 115612, Uterine leiomyoma**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115612/Uterine-leiomyoma>. Acesso em: 2 jan. 2018.

EDELMAN, A. **Management of unscheduled bleeding in women using contraception**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/management-of-unscheduled-bleeding-in-women-using-contraception>. Acesso em: 2 jan. 2018.

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

KAUNITZ, A. M. **Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-women>. Acesso em: 2 jan. 2018.

KAUNITZ, A. M. **Management of abnormal uterine bleeding**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-abnormal-uterine-bleeding>. Acesso em: 2 jan. 2018.

KAUNITZ, A. M. **Patient education**: Abnormal uterine bleeding (Beyond the Basics). Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-beyond-the-basics>. Acesso em: 2 jan. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Heavy menstrual bleeding**: assessment and management. London: NICE, 2007 [atualizado em 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg44>. Acesso em: 2 jan. 2018.

SILVEIRA, G. P. G.; PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. G. G. **Ginecologia baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Atheneu, 2012.

STEWART, E. A. **Overview of treatment of uterine leiomyomas (fibroids)**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-of-uterine-leiomyomas-fibroids>. Acesso em: 2 jan. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **RegulaSUS**: protocolos de encaminhamento para ginecologia adulto [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_ginecologia_20160324.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

UPTODATE. **Tranexamic acid**: Drug information.Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível mediante login e senha em: <https://www.uptodate.com/contents/tranexamic-acid-drug-information?source=see_link>. Acesso em: 2 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5th ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

ZACUR, H. A. **Managing an episode of severe or prolonged uterine bleeding**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/managing-an-episode-of-severe-or-prolonged-uterine-bleeding>. Acesso em: 2 jan. 2018.

Anexo – Quadro Auxiliar

Quadro 4 - Critérios de elegibilidade dos ACO combinados (oral) em situações especiais – World Health Organization (WHO), 2015

Situação clínica	Recomendação (categoria)[a]
Idade	
< 40 anos	1
≥40 anos	2
Lactação	
< 6 semanas pós-parto	4
≥ 6 semanas a < 6 meses pós-parto	3
≥ 6 meses pós-parto	2
Pós-parto	
< 21 dias pós parto	
sem risco para tromboembolismo venoso (TEV)	3
com riscos para TEV	4
≥ 21 dias a 42 dias pós-parto	
sem riscos para TEV	2
com risco para TEV	3
> 42 dias pós-parto	1
Tabagismo	
< 35 anos	2
≥ 35 anos	
< 15 cigarros/dia	3
≥ 15 cigarros/dia	4
Obesidade	
(IMC ≥ 30 kg/m2)	2
HAS	
Controlada	3
Não controlada	4
Doença venosa superficial	
Veias varicosas	1
Trombose venosa superficial	2
Diabetes	
Sem doença vascular	2
Com nefropatia/retinopatia/neuropatia ou duração maior que 20 anos	3/4
Tromboembolismo venoso (TEV) prévio ou atual	4
Cefaleias	
Enxaqueca/Migrânea sem aura idade < 35 anos	Iniciar: 2 / continuar: 3
idade ≥ 35 anos	Iniciar: 3 / continuar: 4
Enxaqueca/Migrânea com aura (qualquer idade)	Iniciar: 4 / continuar: 4
Outras cefaleias	Iniciar: 1 / continuar: 2
Outras Doenças crônicas	
Mutação trombogênica conhecida (deficiência de fator V de Leiden, proteína S, proteína C, entre outras)	4
AVC isquêmico ou IAM prévio ou atual	4
Síndrome antifosfolipídeo	4

a- Categoria 1 (sem restrição ao uso); Categoria 2 (vantagens do método superam potenciais riscos); Categoria 3 (riscos superam os potenciais benefícios); Categoria 4 (risco inaceitável para sua utilização).

b- Outras comorbidades devem ser avaliadas no documento oficial da WHO

TelessaúdeRS
NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
www.telessauders.ufrgs.br

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

TeleCondutas

0800 644 6543
Para esclarecer dúvidas de:
Médicos da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul