


PROTOCOLO MUNICIPAL DE ENFERMAGEM

Cuidado em Saúde
da Mulher

DEMANDAS DA MULHER
NOS DIFERENTES CICLOS
DA VIDA



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

1ª Edição - 2026

Prefeitura Municipal de Toledo

Mario Cesar Costenaro

Lucio De Marchi

Secretaria Municipal da Saúde de Toledo

Adriane Monteiro Santana

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman

Elaboração:

Andressa Dias e Souza - COAPES/UFPR Toledo

Carolina do Nascimento Bernardo - COAPES/UFPR Toledo

Lorena Carvalho Plens - COAPES/UFPR Toledo

Mariana Sofia de Oliveira - COAPES/UFPR Toledo

Marieli Carolina Stolber - Enfermeira

Mariana Carvalho de Oliveira Galafassi - Médico T8 - ESF

Heloise Kienen - Médica Ginecologista e Obstetra

Revisão

Carla Andrea Frasson Da Silva - Enfermeira ESF

Vanessa Gomes Wruck - Enfermeira ESF

Camila Mota - COAPES/UFPR Toledo

Marina Gomes Aldenucci – COAPES/UFPR Toledo

Milena Scoz – COAPES/UFPR Toledo

Monique Vieira Geraldo – COAPES/UFPR Toledo

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman - Enfermeira ESF

Jonatan Schmidt Finkler - Enfermeiro ESF

Formatação

Caroline Fernandes Marin de Toledo - Odontóloga ESF



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**



Sumário

1. CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	5
1.1. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA GINECOLÓGICA.....	5
1.1.1. Entrevista	5
1.1.2. Exame clínico e físico das mamas na consulta ginecológica	7
1.1.3. Exame físico e clínico do períneo, ânus e genitália.	10
2. MANEJO PARA QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS.....	13
2.1. CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES	13
2.1.1. Abordagem das principais causas de corrimento vaginal	15
2.2. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL	18
2.2.1. Sífilis	18
2.2.2. Herpes.....	21
2.2.3. Cancróide	22
2.2.4. Linfogranuloma venéreo (LGV).....	23
2.2.5. Donovanose	24
2.2.6. HPV	24
2.3. HIV E HEPATITES VIRAIS	29
2.3.1. HIV/AIDS	29
2.3.2. Hepatites virais	31
2.4 . INFECÇÃO URINÁRIA	34
2.4.1 Manejo da infecção urinária.....	34
2.5 . MANEJO DA ENFERMAGEM NA DOR PÉLVICA AGUDA, CRÔNICA E CÍCLICA	36
2.6 . DISPAREUNIA E VAGINISMO	40
2.7 . INCONTINÊNCIA URINÁRIA	41
3. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	42
3.1. PRÉ CONCEPÇÃO	42
3.1.1. Abordagem	44
3.1.2. Prescrição	45
3.1.3. Solicitações de exames	45
3.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	45



3.3. MÉTODOS DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL	46
3.4. CONDUTAS DO ENFERMEIRO DE ACORDO COM O MÉTODO ESCOLHIDO	47
3.4.1. Pílula combinada estrogênio/ progestágeno	47
3.4.2. Injeção de estrogênio/progestágeno	48
3.4.3. Injeção de progestágeno	49
3.4.4. DIU de cobre	49
3.4.5. Minipílula de progestágeno isolado	50
3.4.6. Métodos cirúrgicos (irreversíveis)	51
3.4.7. Dispositivos contraceptivos implantáveis	52
3.5. MÉTODOS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL.....	52
3.5.1. DIU levonorgestrel.....	53
3.5.2. Adesivo hormonal.....	53
3.5.3. Anel vaginal.....	54
3.5.4. Minipílula de progestágeno.....	54
3.5.5. Pílula progestágeno isolado.....	54
3.6. TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	55
4. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ANTICONCEPÇÃO	57
4.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO	57
4.2. IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	57
4.3. SOLICITAÇÃO DE EXAMES	58
4.4. ACOMPANHAMENTO	58
5. CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	59
6. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	63
7. SÍNTESE INTEGRADA DO CUIDADO	63
8. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	65
8.1. TÉCNICA DE COLETA CITOLOGIA ONCÓTICA	66
8.2. RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO.....	68
8.3. RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA CONFORME RESULTADO DE CITOPATOLÓGICO	
71	
8.4. ACHADOS CLÍNICOS COMUNS NO COLO UTERINO	72
8.5. COLPOSCOPIA.....	74



CONDUTAS DE INTERPRETAÇÃO E ENCAMINHAMENTO CONFORME LAUDO DA COLPOSCOPIA :	75
9. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA	76
9.1. AÇÕES DE RASTREAMENTO	76
9.1.1. Aprazamento das mamografias de rastreamento	77
9.1.2. Resultados da mamografia e condutas de APS no rastreio do câncer de mama	78
9.2. AÇÕES MEDIANTE A PRESENÇA OU RELATO DE SINAIS OU SINTOMAS	80
9.3. MASTALGIA E OUTROS SINTOMAS MAMÁRIOS	81
10. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO	82
10.1. TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)	84
10.2. MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO	85
10.3. MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/ MENOPAUSA	86
10.4. CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO	87
11. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE	89
11.1. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE	92
11.2. TESTAGEM SOROLÓGICA PARA MENORES DE 18 ANOS	94
12. INFERTILIDADE	94
REFERÊNCIAS	97



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação microscópica da secreção vaginal.....	15
Quadro 2 - Relação de procedimento.....	18
Quadro 3 - Relação de CIAPs - saúde da mulher.....	46
Quadro 4 - Métodos anticoncepcionais hormonais, cirúrgico e DIU.....	47
Quadro 5- Métodos anticoncepcionais disponíveis na rede privada.....	52
Quadro 6 - Taxa de falha dos métodos contraceptivos.....	55
Quadro 7 - Categorias de elegibilidade de métodos contraceptivos.....	60
Quadro 8 - Contra indicações dos contraceptivos combinados.....	61
Quadro 9 - Procedimento para inserir no SIGSS - citopatológico de colo uterino.....	66
Quadro 10 - Recomendações de condutas conforme resultado de citopatológico de colo uterino.....	71
Quadro 11 - Achados clínicos normais no colo uterino e conduta.....	73
Quadro 12 - Achados clínicos anormais no colo uterino e conduta.....	74
Quadro 13 - Resultado de colposcopia e conduta do enfermeiro.....	75
Quadro 14 - Resultado de mamografia e condutas.....	78
Quadro 15 - Sinais e sintomas relacionados às mamas e conduta.....	80
Quadro 16 - Sinais e sintomas mamários e conduta.....	81
Quadro 17 - Queixas no climatério e condutas.....	85
Quadro 18 - Intervenções e condutas no climatério e menopausa.....	86



1. CONSULTA DE ENFERMAGEM GINECOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A consulta do enfermeiro em ginecologia deve ser iniciada com empatia pela mulher sob seus cuidados, a fim de gerar resultados satisfatórios quanto à monitorização efetiva da manutenção da saúde e resolução de demandas em potencial.

Enfatiza-se que, durante a abordagem ginecológica, esta mulher deve ter total liberdade para sanar suas dúvidas, abrindo espaço para questionamentos, e é dever do profissional de saúde fornecer orientações claras e objetivas.

Para que esta consulta seja efetiva, é necessário que sejam comunicados no momento do agendamento alguns fatores que podem influenciar de maneira direta no resultado dos exames, que são eles:

- Nas 48 horas anteriores ao exame ginecológico, evitar uso de duchas, medicamentos vaginais e relações sexuais (mesmo com o uso de preservativos);
- Não estar menstruada no dia do exame, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde aguardar até 5 dias após o término.

1.1. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA GINECOLÓGICA

1.1.1. Entrevista

Esta etapa do processo deverá ser realizada antes da realização do exame físico e, se necessário, ginecológico. Onde devemos colher as seguintes informações:

- Dados pessoais: nome, idade, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade, cor/etnia, naturalidade, residência, religião.
- Queixa principal: Caracteriza-se pela queixa descrita nas palavras do próprio paciente. É responsabilidade do profissional oferecer espaço para escuta ativa, validando as preocupações do paciente e registrando-as de maneira precisa à forma como foram relatadas pela paciente.
- História atual: investigação da comorbidade atual, contemplando alterações nas mamas, alterações de fluxo vaginal (mucorreia, leucorreia, vulvovaginites,



vulvites, vaginites, cervicites), sangramento vaginal (ciclo uterino, sinusiorragia, metrorragia, amenorreia, alterações, escapes etc.), presença de lesões anais e/ou genitais (períneo, derme, canal vaginal, mucosas, etc.), dor (pélvica, dismenorreia, dispareunia, etc.), risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou outras alterações de ordem geniturinária.

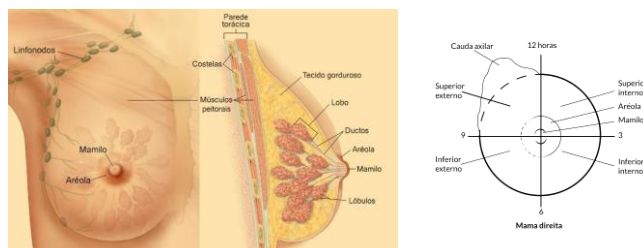
- Antecedentes pessoais: caracteriza-se pelos dados patológicos pessoais prévios, incluindo o histórico de cirurgias ou procedimentos (curetagem, cauterizações), alergias, vacinação, transfusão, condições crônicas de saúde em acompanhamento ou condições agudas tratadas previamente, doenças infectocontagiosas, ISTs, radioterapia, hormonioterapia, antibioticoterapia, etc.
- Ginecológico: deve-se registrar a menarca (idade da primeira menstruação), duração do fluxo, periodicidade e intensidade das menstruações, pubarca (idade do aparecimento de pelos), telarca (idade do aparecimento de mamas), sexarca (início da atividade sexual) e número de parceiros sexuais, data da última menstruação e sintomas associados ao ciclo menstrual, sexualidade e gênero, método de contracepção, últimos exames de rastreamento, alterações de colo uterino ou mamas.
- Obstétricos: deve-se abordar o número de gestações prévias, partos vaginais, partos cesáreos e suas indicações, abortamentos e seus tipos, comorbidades ou intercorrências durante a gestação, complicações durante o parto e condições de nascimento, classificação de risco se paciente atualmente gestante, evolução do puerpério e lactação.
- Antecedentes Familiares: crucial para averiguar condições hereditárias ou de ocorrência familiar, deve-se valorizar a ocorrência de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, etc.), neoplasias (particularmente os cânceres de mama, endométrio, ovário e cólon), endocrinopatias e anomalias genéticas.
- Hábitos de vida: atividade física, cuidados nutricionais, tabagismo, recreação, rotina, uso de drogas, anabolizantes, suplementos nutricionais, etilismo, uso de drogas ilícitas, alterações emocionais.



- Condições Culturais e Socioeconômicas: ocupação, condições de higiene, renda familiar, histórico de violência, condições de moradia, saneamento básico.

1.1.2. Exame clínico e físico das mamas na consulta ginecológica

- Estrutura anatômica da mama

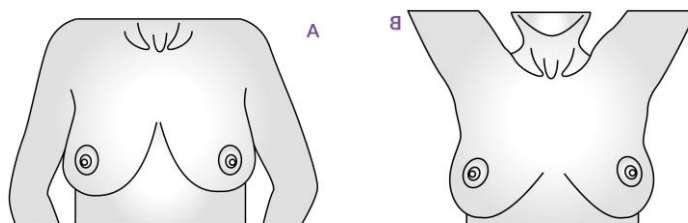


Fontes: A mulher e o câncer de mama no Brasil, Instituto Nacional de Câncer: 2018. / Adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed: 2017.

- Inspeção

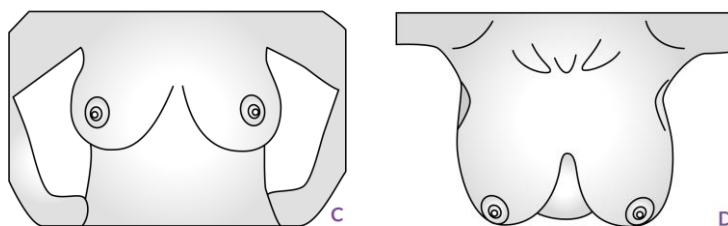
Avaliar a paciente sentada, com o tronco descoberto até a cintura, de frente para o examinador.

- Avaliação estática: Braços ao lado do corpo e, posteriormente, pedir para que eleve sobre a cabeça. Nesta etapa deve-se avaliar simetria, contorno e integridade da pele.



Fonte: adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed: 2017.

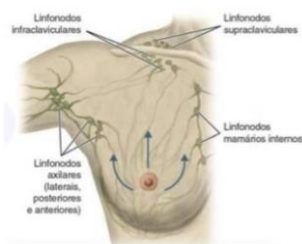
- Avaliação dinâmica: Deve-se solicitar à paciente que eleve os braços acima da cabeça e que, posteriormente, pressione as asas dos ossos ilíacos de maneira a realizar compressão, com o objetivo de analisar a contração da musculatura peitoral.



Fonte: adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed: 2017.

c) Palpação de linfonodos axilares, supra e infraclaviculares:

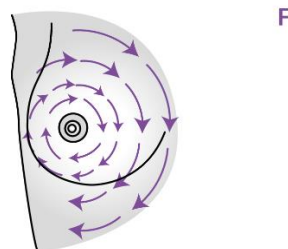
Com a paciente sentada de frente para o examinador, o profissional deverá palpar a pele com a mão espalmada de forma a deslizar pelo oco axilar e suas proximidades; as axilas e fossas supra e infraclaviculares devem ser palpadas com as pontas dos dedos. O examinador deverá se atentar se houver presença de linfonodos aumentados, endurecidos, fixos ou coalescentes.



Fonte: adaptado de Wolf-Heidgger - Atlas de Anat. Humana, 6ª ed., 2006.

d) Palpação mamária:

A paciente em decúbito dorsal, com as mãos apoiadas atrás da cabeça e braços abertos, deve realizar a palpação delicadamente, com início na região subareolar e se estendendo até as regiões paraesternais, infraclaviculares e axilares. Na presença de nódulo palpável, definir localização, tamanho, consistência, superfície e se há aderência a planos.



Fonte: adaptado de Rotinas em Ginecologia, Artmed: 2017.

e) Expressão papilar:

Após a palpação, o examinador deverá aplicar delicada pressão no nível da aréola e da papila, com o objetivo de identificar presença de secreções e suas características.

f) Como identificar anormalidades?

Tamanho e simetria: é normal que exista discreta variação entre as mamas. Deve-se, entretanto, avaliar se a alteração é recente, o que permitirá diagnóstico de inflamação ou displasia.

Forma: as mamas podem apresentar diferentes formatos. Retrações ou depressões são sinais de alerta e devem ser investigadas.

Pele: deve-se atentar a sinais de vermelhidão, inflamação, manchas, ingurgitamento venoso, aspecto de pele tipo “casca de laranja” poros aumentados, edemas, caroços, lesões, úlceras, dermatites e/ou dermatofitoses.

Secreção: se houver presença de secreções de aspecto fétido, purulento e/ou sanguinolento, deve-se discutir a necessidade de investigação.

Temperatura: atentar-se à presença de calor localizado, diferente do restante da temperatura corporal. Se associado a eritema, poderá indicar inflamação.

Sensibilidade: pode variar ao longo do ciclo menstrual. Sinais de dor intensa e persistente na mama ou no mamilo são considerados sinais de alerta.

Linfonodos: tipicamente menores que 1 cm; nódulos maiores que 1 cm são indicativos de anormalidade e devem ser investigados.



Nódulos mamários: a presença de qualquer nódulo deve ser avaliada, considerando tamanho, forma, mobilidade, consistência e localização, além da necessidade de investigação.

1.1.3. Exame físico e clínico do períneo, ânus e genitália.

Deve-se avaliar púbis, grandes e pequenos lábios, vestibulo vulvar, meato uretral, glândulas de Bartholin, fúrcula vaginal, hímen, períneo/pelve e clitóris.

- Inspeção e palpação:

Pele: deve-se avaliar toda a pele, analisando seu aspecto em busca de anormalidades como: lesões, feridas, processos inflamatórios, verrugas, escoriações e quaisquer outras anormalidades.

Pelos pubianos: levar em consideração a idade/ciclo de vida da paciente devido à possibilidade de variações na quantidade de pelos de acordo com os ciclos de vida da mulher. Verificar se há presença de processos inflamatórios. Por fim, avaliar a higiene da região.

Coloração: a coloração da parte externa do órgão varia de acordo com etnias; entretanto, a parte interna da mucosa vaginal deverá ser rosada.

Secreção: a secreção fisiológica apresenta variações de acordo com o ciclo menstrual. Atentar-se quando a paciente relatar prurido, ardência, odor, coloração e outros sintomas que diferem do normal.

Hímen/carúnculas: diferenciar pacientes iniciadas sexualmente de pacientes virgens. Pacientes ativas sexualmente ou que já experienciaram penetração durante relações sexuais prévias poderão apresentar carúnculas com saliências arredondadas e/ou com bordas irregulares secundárias à cicatrização do hímen. Já pacientes virgens ou que não experienciaram penetração durante relações sexuais poderão apresentar hímen ocluindo o canal vaginal.



Introito vaginal: ao fazer a avaliação do introito vaginal, pedir para a paciente “tossir” e flexionar sua pelve para frente, a fim de identificar a presença de prolapso ou tumores.

1.1.3.1. Exame especular

Não realizar em pacientes virgens. O procedimento se dará da seguinte forma:

- Selecione o espéculo do tamanho adequado.
- Segure o espéculo com sua mão esquerda, posicionando seus dedos indicador e médio em torno das lâminas e polegar sobre o parafuso (com o objetivo de que o espéculo não se abra, provocando dor durante sua inserção).
- Com seu dedo indicador e os médios, empurre o introito vaginal para baixo para relaxar o músculo pubococcígeo.
- Insira o espéculo de forma oblíqua, aplicando pressão para baixo, evitando pressão na uretra na parede anterior. Prosseguir com a inserção, seguindo a anatomia natural do canal vaginal.
- Quando totalmente inserido, o espéculo deverá ser rotacionado 90°, de modo que a fenda fique na posição horizontal. Uma vez aberto, deve-se buscar pela visualização do colo do útero, o qual será variável conforme a anatomia da paciente. Durante a procura pelo colo por meio da angulação do espéculo inserido, deve-se observar o grau de desconforto apresentado pelo paciente, ponderando sobre a possibilidade de encerrar o exame.
- Após a visualização do colo com o espéculo fixado, trave as lâminas apertando o parafuso.
- Inspeção coloração, superfície, consistência, secreção e integridade da pele.
- Achados anormais: vermelhidão, lesões, secreções com odor fétido, prurido, ardência, colo assimétrico, áreas avermelhadas ou esbranquiçadas, bordas irregulares, manchas, púrpuras, sangramentos, óstio cervical com presença de lesões ou erosões. Em casos de anormalidades, pesquisar a possibilidade de IST.



- Colorações azuladas em gestantes e esbranquiçadas em idosas são consideradas normais.

Orientações sobre o tamanho do espéculo:

- P: mais utilizado em pessoas jovens, nulíparas ou pós-menopausa.
- M: Pessoas com história de partos vaginais ou flacidez de períneo discreta.
- G: Utilizado em mulheres obesas, em que a adiposidade da vulva prolonga o canal vaginal, ou quando há flacidez vaginal (cistocele e retocele), impedindo a visão completa do colo uterino.

1.1.3.2. Exame de toque bimanual.

Não é um exame de rotina; se necessário, realizar somente após exame especular. Realizar nos casos de suspeita de lesão em colo uterino e casos de dor pélvica.

Procedimento: calce luvas, aplique lubrificante nos dedos indicador e médio da mão dominante, coloque a mão não dominante sobre o abdome inferior da paciente, introduza o dedo médio e indicador no canal vaginal, espere um momento para que a pele fique relaxada, exerça uma leve pressão posterior, a vagina deve apresentar uma textura lisa e sem sensibilidade excessiva. Palpe o colo uterino a fim de verificar contorno, consistência, mobilidade e sensibilidade. Para palpar o útero, posicione os dedos na parede anterior ao colo, aplique uma pressão mediana com a mão que está sob o abdômen, apertando o útero entre as duas mãos, avaliando tamanho, posição, forma e consistência. Posteriormente, palpe os ovários, posicionando os dedos lateralmente em direção aos ovários, um lado de cada vez; com a mão localizada no abdômen, acompanhe a direção dos dedos introduzidos e palpe os ovários, avaliando forma, consistência, mobilidade e sensibilidade. Após todas as etapas, retirar vagarosamente a mão do interior da vagina e avaliar a secreção presente na luva.

Achados anormais: sensibilidade aumentada, endurecimento do colo, dor à mobilização do colo uterino, aumento uterino acima da pube e forma irregular com dor



à palpação ou tumoração presente, sensibilidade extrema, massas, tamanhos alterados, secreções com sangue, fétidas e/ou espumosas.

1.1.3.3. Exame retovaginal.

Não realizar como rotina. Realizar no caso de queixas específicas. Informe à paciente sobre o procedimento e que só seguirá com seu consentimento. Estimule o relaxamento muscular. Solicite que ela se curve para baixo e introduza o dedo indicador no orifício vaginal e o dedo médio no reto, comprimindo para baixo a parede abdominal. Apalpe as estruturas reprodutivas internas por meio da parede retal anterior. Retire o dedo da vagina e termine o exame retal posteriormente.

Achados anormais: massas, tumorações, estruturas espessas, flacidez excessiva, sensibilidade aumentada e/ou fístulas.

2. MANEJO PARA QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES NA APS

Para informações mais completas sobre IST, vide documento institucional vigente na APS: [“PROTOCOLO DE ENFERMAGEM AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS”](#).

Para tratamento de gestantes, vide documento institucional vigente na APS: [“PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO”](#).

2.1. CORRIMENTO VAGINAL, VULVOVAGINITES E CERVICITES

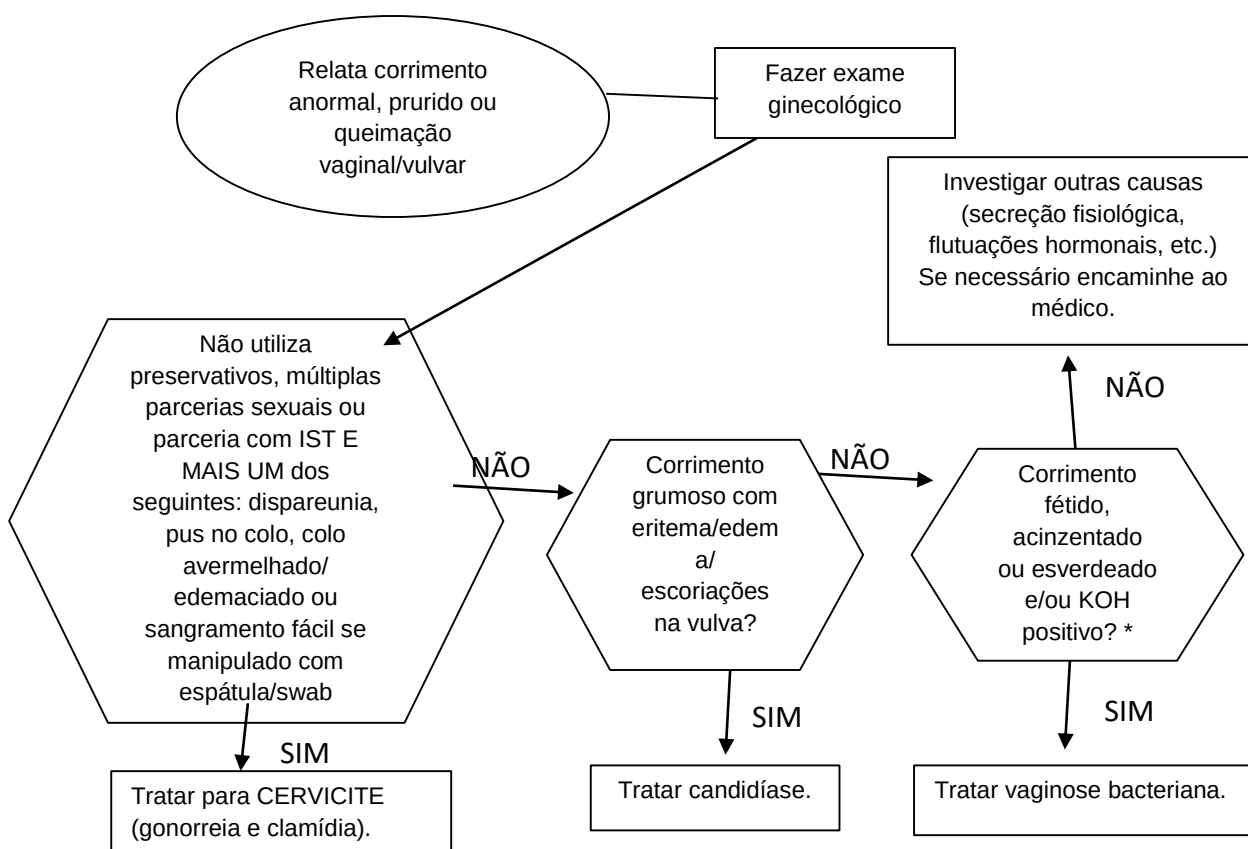
A presença de corrimento vaginal é uma das queixas mais comuns na procura por consultas ginecológicas na APS. O desequilíbrio da flora vaginal pode ocorrer em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos. É importante diferenciar o corrimento patológico do aumento do muco vaginal fisiológico, que pode variar conforme a idade e as alterações hormonais. Para uma avaliação adequada, é necessário realizar o exame especular para avaliar as características do corrimento e os demais achados clínicos.



Raciocínio clínico:

- Paciente foi examinada?
- Apresenta características de corrimento fisiológico ou infeccioso?
- Está relacionado a IST? Rastreie.
- Está relacionado a cervicite ou doença inflamatória pélvica?
- Está relacionada a uma lesão cervical? O exame de rastreamento de câncer de colo de útero está em dia? Histórico de lesão?
- Relacionado a uma patologia, tratamento ou procedimento que o paciente realizou?
- Parceiro(a) sexual foi avaliado(a)? Vai ser tratado?
- Puerpério, aborto, menarca, sexarca, menopausa recente?

Fluxograma 1: corrimento vaginal ou cervicites.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2026.



*Se suspeitar de tricomoniase (colo uterino com aspecto de morango ou framboesa, corrimento abundante com odor fétido e prurido intenso), tratar paciente e parcerias sexuais para tricomoniase também.

* Em caso de dúvida durante exame físico ou persistência das queixas após tratamento, pode-se solicitar exame a fresco do conteúdo vaginal (0211040037 EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEÚDO CERVIC0-VAGINAL) ou 0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM).

Achado no exame	Sugere
Hifas/blastoconídeos	Candidíase vulvovaginal
Trichomonas vaginalis	Tricomoniase - IST
Clue cells / cocos e bacilos curtos	Vaginose bacteriana
Predomínio de bacilos gram positivos (lactobacilos)	Flora vaginal saudável
Aumento de bacilos gram positivos (lactobacilos) com citólise	Vaginose citolítica
Leucócitos em quantidade aumentada	Processo inflamatório - cervicite ou alergia

Quadro 1 - Exame do conteúdo vaginal - avaliação microscópica da secreção vaginal, realizada preferencialmente com amostra coletada no laboratório.

2.1.1. Abordagem das principais causas de corrimento vaginal

2.1.1.1. Candidíase

Sintomas: prurido e hiperemia vulvar, corrimento grumoso, teste de KOH negativo.

Tratamento de primeira linha: Miconazol creme 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite, ao deitar-se, por 7 dias. OU, Fluconazol 150 mg, VO, dose única.

Tratamento de segunda linha: Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2 vezes ao dia, por 1 dia OU Nistatina creme vaginal 25.000 UI/g creme vaginal, um aplicador cheio à noite por 7 noites.



Medidas não farmacológicas: Usar roupas íntimas de algodão 100% e cores claras; evitar o uso de roupas apertadas; evitar uso de absorvente diário; utilizar preservativo; investigar episódios de repetição.

Observações: Durante a gestação, o tratamento oral da candidíase é contraindicado, sendo recomendado apenas o tratamento por via vaginal e é recomendado tratamento prolongado (mínimo 10 dias).

2.1.1.2. *Vaginose bacteriana*

Sintomas: corrimento com odor fétido, corrimento acinzentado/esverdeado bolhoso, teste do KOH positivo.

Tratamento de primeira linha: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO 2x por dia, por 7 dias OU Metronidazol 400 mg VO, 1 comprimido a cada 8 horas, por 7 dias.

Tratamento alternativo: Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 7 dias.

Observações: Orientar a tomada do comprimido após as refeições.

2.1.1.3. *Tricomoniase*

Sintomas: Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe), prurido, que pode constituir reação alérgica à afecção, sinusiorragia (sangramento durante as relações sexuais), dispareunia, edema vulvar, e sintomas urinários, como disúria. Microulcerações no colo uterino, que dão um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”), elevação do pH (acima de 4,5);

Cerca de 30% dos casos são assintomáticos, mas algum sinal clínico pode aparecer. A tricomoniase pode propiciar a transmissão de outros agentes infecciosos agressivos, facilitar doença inflamatória pélvica, vaginose bacteriana e, na gestação, quando não tratada, pode evoluir para rotura prematura das membranas.



Tratamento de primeira linha: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2 vezes por dia, por 7 dias. As parcerias sexuais também devem ser tratadas de forma concomitante. Orientar uso de preservativo.

Atenção: metronidazol em creme vaginal não trata tricomoníase, pode haver reservatório fora do canal vaginal.

Ensaio clínico recente demonstraram que o tratamento por 7 dias é mais eficaz que em dose única.

2.1.1.4. *Cervicites*

É a inflamação do colo do útero, frequentemente causada por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) como clamídia e gonorréia.

Sintomas: são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%); nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Ao exame físico, podem estar presentes: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical, sangramento ao toque da espátula ou swab.

Tratamento de primeira linha: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxíciclina 100 mg VO 12/12 horas por 7 dias.

Tratamento de segunda linha: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos via oral em dose única.

Atenção: Em gestantes, a Doxíciclina é contraindicada.

**Solicitar avaliação médica se não houver
melhora do quadro.**



2.2. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam síndrome clínica, sendo muitas vezes causadas por IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Na presença de úlceras genitais, realizar avaliação clínica e investigação das possíveis etiologias, considerando as IST como diagnóstico diferencial. Durante o atendimento, é necessário realizar os testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C, conforme os protocolos vigentes. A realização dos testes rápidos e os respectivos procedimentos deverão ser registrados no SIGSS. Diante de resultados reagentes, realizar o devido encaminhamento, aconselhamento e/ou tratamento conforme os protocolos estabelecidos.

Procedimento	Código
Teste rápido de hepatite B (não gestante).	0099970026
Teste rápido para detecção de hepatite C.	0214010090
Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV.	0214010058
Teste rápido para sífilis.	0214010074

Quadro 2 - Relação de procedimentos para inserir no prontuário.

2.2.1. Sífilis

Manifestações clínicas: cancro duro (úlceras genitais), linfonodos regionais, lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão), micropoliadenopatia, linfadenopatia generalizada, sinais constitucionais, quadros neurológicos, oculares, hepáticos. Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e



aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.

Diagnóstico: os exames são separados em testes treponêmicos e testes não treponêmicos:

- Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Em muitos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento, e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.
- Testes não treponêmicos: esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. O resultado final dos testes reagentes deve ser expresso em títulos (1:1, 1:2, 1:4, 1:8...). São utilizados para o diagnóstico (primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura.

Recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido). Com o resultado do teste rápido reagente, o profissional deverá solicitar um teste não treponêmico (preferencialmente VDRL ou outro teste não treponêmico).

Diante da suspeita ou confirmação diagnóstica de sífilis, deve-se realizar a notificação compulsória do caso e convocar os contatos sexuais para testagem.

O tratamento pode ser iniciado no momento do diagnóstico com o teste rápido (não é necessário aguardar o resultado do VDRL) de acordo com as seguintes situações:

- Gestantes e parcerias sexuais de gestantes;
- Vítimas de violência sexual;



- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço, ex.: pessoas em situação de rua);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

No entanto, a solicitação do VDRL inicial é imprescindível para o monitoramento da resposta ao tratamento em todos os casos.

Tratamento:

- **Sífilis recente:** sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução): Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- **Sífilis tardia:** sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM.
- **Neurossífilis:** encaminhar para avaliação e conduta médica.

Monitoramento pós-tratamento:

- **Sífilis recente:** sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução): VDRL trimestral até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses). Já em gestantes, o controle deve ser mensal.
- **Sífilis tardia:** sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: VDRL trimestral até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses). Em gestantes, o controle deve ser mensal.

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após um ano de seguimento pós-tratamento ou após zerar a titulação do VDRL (06 meses a 01 ano após a cura; algumas pessoas podem permanecer com títulos altos por mais tempo, neste caso investigar outras patologias associadas, como doenças autoimunes



ou outras ISTs). Em todos os casos, é recomendado fazer ao menos um VDRL anual para controle de reinfecções.

2.2.2. Herpes

Manifestações clínicas: o herpes simples genital é causado principalmente pelos vírus HSV-1 e HSV-2, pertencentes à família Herpesviridae. O HSV-1 está mais relacionado às lesões orais, enquanto o HSV-2 predomina nas lesões genitais. Muitas pessoas infectadas não apresentam sintomas, mas, quando a primeira infecção ativa, costuma ser mais intensa, com surgimento de vesículas dolorosas na região genital, febre, mal-estar, mialgia, disúria e aumento dos linfonodos inguinais. Nas mulheres, pode haver corrimento vaginal e sintomas semelhantes aos de infecção urinária; nos homens, pode ocorrer uretrite com corrimento.

Após a infecção inicial, o vírus permanece em estado de latência nos gânglios sensitivos e pode ser reativado por fatores como estresse, infecções, radiação ultravioleta, menstruação, traumas, imunodeficiência e uso prolongado de antibióticos. As recorrências são mais frequentes no HSV-2 e geralmente menos intensas que a primoinfecção. Antes das lesões, podem surgir sintomas prodrômicos, como ardor, prurido e dores na região genital ou membros inferiores. As lesões recorrentes aparecem como vesículas agrupadas que evoluem para pequenas úlceras e costumam desaparecer espontaneamente em sete a dez dias.

Em pessoas imunodeprimidas, especialmente com infecção pelo HIV, as manifestações podem ser mais graves, extensas e persistentes. O diagnóstico diferencial inclui doenças como Sífilis, Cancroide, Linfogranuloma venéreo e Donovanose.

Tratamento:

- **Primeiro episódio:** Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x por dia, (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h) por 7-10 dias. Iniciar o tratamento o mais precocemente possível; O tratamento pode ser prorrogado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.



- **Recidiva:**
 - **Lesões maiores:** Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x por dia, por 5 dias.
 - **Lesões menores:** Aciclovir 50mg creme, 1 aplicação 5x ao dia. O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
- Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano) OU Herpes genital em imunossuprimidos OU Gestação: **Encaminhar para avaliação médica.**

2.2.3. Cancróide

Manifestações clínicas: o Cancróide, também chamado de cancro mole ou cancro venéreo, é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, mais comum em regiões tropicais e mais frequente em homens. O período de incubação varia de três a cinco dias, podendo chegar a duas semanas, e o risco de transmissão sexual é elevado.

A doença caracteriza-se por lesões genitais dolorosas, geralmente múltiplas, resultantes de autoinoculação. As úlceras apresentam bordas irregulares, avermelhadas e edemaciadas, com fundo recoberto por secreção necrótica amarelada e de odor fétido, sangrando facilmente quando manipuladas. Nos homens, as lesões costumam ocorrer no frênulo e no sulco balanoprepucial; nas mulheres, na fúrcula e na face interna dos pequenos e grandes lábios.

Entre 30% e 50% dos casos ocorre acometimento dos linfonodos inguinais, formando bubões dolorosos, geralmente unilaterais. Esses linfonodos podem evoluir para liquefação e fistulização. O tratamento dos bubões pode incluir aspiração com agulha grossa para aliviar a tensão local, sendo contraindicadas incisão e drenagem cirúrgica. A doença raramente causa manifestações sistêmicas, mas a cicatrização pode deixar deformidades.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com Sífilis, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo, Donovanose e lesões traumáticas infectadas.



Tratamento: **Encaminhar para avaliação médica.**

2.2.4. Linfogranuloma venéreo (LGV)

Manifestações clínicas: o Linfogranuloma venéreo é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3, que possuem grande capacidade de invasão dos tecidos linfáticos. A doença evolui em três fases.

Na fase de inoculação, surge uma pequena lesão indolor, como pápula, pústula ou ulceração, que desaparece espontaneamente e muitas vezes passa despercebida. Nos homens, costuma ocorrer no prepúcio, frênulo ou sulco coronal; nas mulheres, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula ou genitália externa.

Na fase de disseminação linfática regional, desenvolve-se linfadenopatia inguinal, geralmente unilateral e dolorosa, especialmente nos homens, entre uma e seis semanas após a lesão inicial. Esses linfonodos aumentados, chamados bubões, podem evoluir para supuração e fistulização.

Na fase de sequelas, a inflamação linfática crônica pode causar complicações importantes, como elefantíase genital, denominada estiomene nas mulheres, além de fístulas retais, vaginais e vesicais e estenose retal. O acometimento anal pode provocar proctite e proctocolite hemorrágica, especialmente em mulheres com prática de sexo anal e em homens que fazem sexo com homens. Também podem ocorrer sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, emagrecimento, artralgia e sudorese noturna.

A prevenção é feita com uso de preservativos e outros métodos de barreira durante sexo vaginal, anal e oral, além da higienização e uso individual de acessórios sexuais. O diagnóstico deve ser lembrado em casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenoses uretrais ou retais.

Tratamento: **Encaminhar para avaliação médica.**



2.2.5. Donovanose

Manifestações clínicas: a Donovanose é uma IST crônica causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, mais comum em regiões tropicais e subtropicais. Afeta principalmente a pele e as mucosas das regiões genital, perianal e inguinal, apresentando baixa transmissibilidade sexual.

A doença se inicia com úlceras de bordas planas ou elevadas, bem delimitadas, de fundo granuloso avermelhado e que sangram facilmente. As lesões evoluem lentamente, podendo tornar-se vegetantes ou úlcero-vegetantes, frequentemente múltiplas e localizadas em áreas de dobras e região perianal. É comum a formação de lesões em “espelho” nas superfícies opostas da pele ou mucosa.

Diferentemente de outras ISTs ulcerativas, geralmente não há aumento dos linfonodos, embora possam surgir pseudobubões inguinais. Em casos tardios, especialmente em mulheres, pode ocorrer elefantíase genital devido à obstrução linfática. Lesões fora da região genital são raras.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com Sífilis, Cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas e Leishmaniose tegumentar.

Tratamento: **Encaminhar para avaliação médica.**

2.2.6. HPV

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum no mundo, podendo ocorrer independentemente do tipo de relação sexual. Devido à ampla diversidade genética do vírus, ele passou a ser classificado em cerca de 200 tipos, os quais podem apresentar diferentes manifestações clínicas. Desses, aproximadamente 40 podem causar lesões na região genital, e cerca de 20 são considerados oncogênicos.

Em razão de sua grande diversidade genética e de sua elevada taxa de transmissão, grande parte da população sexualmente ativa terá contato com algum subtipo do HPV ao longo da vida. Entretanto, a infecção pelo HPV não apresenta sinais ou sintomas na maioria das pessoas. Em parte dos indivíduos infectados, o vírus pode permanecer em estado latente por meses ou até anos, sem manifestações



clínicas ou subclínicas. Além disso, a maioria das infecções evolui para resolução espontânea em até 24 meses, especialmente em mulheres jovens.

No que diz respeito às gestantes, a transmissão vertical do HPV pode ocorrer, sendo a papilomatose laríngea a complicação mais grave relacionada à infecção no recém-nascido. Sabe-se que o HPV não provoca viremia, não sendo possível sua transmissão por meio da amamentação ou por transfusão sanguínea. A transmissão por objetos contaminados é considerada incomum.

Como mencionado, diferentes subtipos do HPV podem estar associados a distintas manifestações clínicas. Os tipos de alto risco oncogênico podem permanecer no organismo e, após muitos anos, favorecer o desenvolvimento do câncer do colo do útero, especialmente quando associados a fatores como tabagismo, imunodeficiência, infecção pelo HIV, desnutrição ou uso de medicamentos imunossupressores. O intervalo entre a infecção persistente e o desenvolvimento do câncer pode chegar a 20 anos. Em muitos casos, a infecção permanece em estado latente ou subclínico, sem sinais aparentes.

Apresentações subclínicas do HPV:

As alterações causadas pela infecção pelo HPV podem ser identificadas pelo exame preventivo do colo do útero, colposcopia e, quando necessário, biópsia. Os tipos de HPV de baixo risco oncogênico geralmente estão associados a lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau (LSIL), correspondentes à displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).

Já os tipos de alto risco oncogênico relacionam-se às lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL), que incluem displasia moderada, grave e carcinoma in situ, classificados como neoplasia intraepitelial cervical grau 2 (NIC 2) e grau 3 (NIC 3). O NIC 3 é considerado uma forma de carcinoma in situ.

Além do colo do útero, o HPV também pode causar lesões pré-cancerosas em outros epitélios, originando neoplasias intraepiteliais vaginais, vulvares, perineais, penianas e anais.

**Manifestações clínicas do HPV:**

As lesões decorrentes da infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) apresentam ampla variedade clínica, sendo o condiloma acuminado, popularmente conhecido como verruga genital, a manifestação mais característica. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, pequenas ou extensas, planas ou elevadas, geralmente com aspecto papilomatoso, semelhante à couve-flor, e superfície aveludada ou fosca. Podem apresentar coloração semelhante à pele, eritematosa ou hiperpigmentada. Na maioria dos casos, as lesões são assintomáticas. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar prurido, dor, sangramento ou fragilidade local. As verrugas anogenitais são causadas predominantemente por tipos não oncogênicos do HPV.

Nos homens, as lesões localizam-se mais frequentemente no prepúcio, sulco balanoprepucial e glândula, podendo também acometer corpo do pênis e escroto. Nas mulheres, acometem principalmente vulva, vagina e colo do útero. Em ambos os sexos, podem surgir em regiões perianal e inguinal, sendo as lesões perianais mais frequentes em indivíduos com prática de sexo anal receptivo. Mais raramente, podem ocorrer em regiões extragenitais, como cavidade oral, nariz, conjuntiva e laringe.

Diagnóstico do HPV:

O diagnóstico das verrugas anogenitais associadas ao HPV é, na maioria das vezes, clínico, baseado na inspeção direta das lesões. Mulheres com verrugas genitais devem ser submetidas à avaliação ginecológica completa, incluindo exame citopatológico do colo do útero.

Já as pacientes com lesões anais devem realizar avaliação quanto à localização e extensão da lesão. Caso a lesão esteja localizada no canal anal, possivelmente será necessário encaminhamento para médico especialista.

Prevenção do HPV:

A vacinação contra o HPV constitui medida segura e eficaz na prevenção da infecção e de suas complicações, incluindo lesões benignas e malignas. Há evidências consistentes de benefício individual e coletivo, com redução significativa da incidência de doenças relacionadas ao HPV.



A eficácia da vacina é maior quando administrada antes do início da vida sexual, especialmente durante a adolescência, período em que há resposta imunológica mais intensa e produção de anticorpos em níveis superiores aos observados após infecção natural.

Indicação da vacina contra HPV:

- Meninas e meninos de 9 a 14 anos: esquema de dose única.
- Pessoas vivendo com HIV (PVHIV), transplantados de órgãos sólidos, transplantados de medula óssea e pacientes oncológicos, de ambos os sexos, entre 9 e 45 anos: esquema de 3 doses (0, 2 e 6 meses).
- Prevenção secundária (Nota Técnica nº 32/2026): Mulheres com lesões cervicais de alto grau (NIC 2+ e AIS) que passaram por cirurgia no colo do útero agora têm indicação de vacinação pelo SUS (esquema de 3 doses: 0, 2 e 6 meses), independentemente da idade.

Tratamento:

- **Lesões pequenas em pele e mucosa** (exceto canal vaginal, colo uterino, lábio interno, língua e demais mucosas internas): utilizar Ácido Tricloroacético (ATA) a 80–90%, com aplicação semanal até desaparecimento das lesões. O procedimento deve ser realizado na própria UBS/ESF.
- **Lesões extensas:** Fazer o encaminhamento do paciente para o ambulatório “pequenas cirurgias ginecológicas” no SIGSS.

Recomenda-se considerar a mudança de opção terapêutica quando não houver melhora significativa após três sessões, ou se as verrugas não desapareceram após seis sessões de tratamento.

Cuidados pré-cauterização:

- Evitar agendar procedimento se a paciente estiver menstruada;
- Evitar depilação que possa causar trauma ou corte sobre os condilomas;
- Realizar higiene íntima adequada antes do procedimento;



- Não realizar duchas vaginais;
- Não utilizar pomadas ou comprimidos vaginais previamente ao procedimento.

Cuidados pós-cauterização:

Após o procedimento, orientar a paciente:

- Evitar relações sexuais até completa cicatrização;
- Evitar consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas;
- Não compartilhar roupas íntimas, toalhas, sabonetes ou buchas de banho;
- Manter adequada ingestão hídrica e alimentação equilibrada, com incentivo ao consumo de alimentos ricos em vitamina C;
- Evitar roupas íntimas excessivamente apertadas;
- Não utilizar métodos para alívio da dor sem orientação médica;
- Não remover manualmente condilomas em processo de desprendimento, permitindo sua queda espontânea.

Deve ser fornecido ao paciente um plano de cuidados pós-cauterização, com orientações claras sobre sinais de alerta e acompanhamento.

Na cauterização:

Durante o procedimento, deve-se registrar em prontuário:

- Quantidade de condilomas identificados;
- Localização anatômica das lesões;
- Quantidade de condilomas cauterizados;
- Evolução clínica das lesões ao longo do tratamento e do processo de cicatrização.



2.3. HIV E HEPATITES VIRAIS

2.3.1. HIV/AIDS

O HIV (vírus da imunodeficiência humana), é um vírus que afeta o sistema imunológico, atacando as células que organizam o sistema de defesa do corpo (linfócitos TCD4+). Se não tratada com as medicações corretas, a doença tem uma evolução progressiva contra o sistema imunológico, o tornando ineficiente, levando a imunodeficiência. Quando o sistema imunológico está gravemente comprometido, a infecção evoluiu para a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), condição de saúde causada pelo HIV em estágio avançado.

Diagnóstico:

Sabe-se que quanto mais precoce o reconhecimento da sorologia positiva para o HIV, maior é a expectativa de vida de uma pessoa que vive com o vírus. Devido a esse fator, recomenda-se a testagem regular da população, sobretudo se essas incluem dentre esses critérios, uma vez que a testagem permite identificar precocemente o HIV e assim iniciar o tratamento antirretroviral (Tarv):

- Teve relação sexual sem preservativo e sem uso adequado da PrEP. (Repetir o teste após 30 dias, devido a janela imunológica).
- Compartilhou seringas ou agulhas.
- Foi exposto a situações de risco, como acidentes com materiais contaminados.
- Apresentou sintomas de infecção aguda (febre, mal-estar, dor no corpo), sobretudo após uma exposição de risco.
- Após a realização de dois testes rápidos com resultado reagente, sendo o segundo teste realizado com um método diferente para confirmação do resultado, considera-se o diagnóstico da infecção. Após a confirmação, deve-se seguir o fluxo de encaminhamento.

O paciente deve ser acolhido diante do resultado, com escuta qualificada e empática. O profissional responsável pela realização dos testes rápidos deve estar capacitado para oferecer acolhimento e aconselhamento tanto no período pré-teste



quanto no pós-teste. O acolhimento não deve ser realizado exclusivamente no serviço de referência.

Ademais, é importante que o profissional de saúde oriente o paciente quanto à necessidade de testagem de suas parcerias sexuais, incluindo a parceria fixa e as parcerias dos últimos 12 meses.

Se teste rápido Reagente para HIV, seguir os passos:

CHECK LIST:

- Rg, CPF, Cartão SUS
- Comprovante de endereço
- Realizar notificação e encaminhar cópia ao prontuário
- Exame do diagnóstico
- Realizar também teste rápido de hepatite B, hepatite C e sífilis.
- Solicitar e encaminhar preferencialmente com os resultados dos exames: Hemograma completo, creatinina sérica, parcial de urina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações, colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos, glicemia de jejum.
- Colocar uma cópia de todos os documentos pessoais no prontuário
- Fazer o encaminhamento no SIGSS para - “Médico infectologista - CTA”, contendo informações da condição clínica do paciente e datas dos resultados dos exames.

Prevenção:

A **PEP (Profilaxia Pós-Exposição)** deverá seguir fluxo específico e está disponível para os seguintes casos: Violência sexual; Relação sexual desprotegida (sem uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).



2.3.2. Hepatites virais

As hepatites virais são infecções que atingem o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Em grande parte das infecções são silenciosas, ou seja, não apresentam sintomas.

Testes rápidos de Hepatite B não são exames confirmatórios, são testes de triagem, então precisam ser confirmados por testes sorológicos.

Se teste rápido Reagente para Hepatite B, seguir os passos:

CHECK LIST:

- RG, CPF, Cartão SUS
- Comprovante de endereço
- Realizar Notificação e anexar cópia ao prontuário
- Exame do diagnóstico
- Realizar também teste rápido de HIV, hepatite C e sífilis.
- Solicitar os demais marcadores virais via LACEN-PR (HBSAG, Anti-HBc IGM e IGG, Anti-HBs, AntiHBe e HBeAg)
- Solicitar e encaminhar preferencialmente com os resultados dos exames: hemograma completo, creatinina sérica, ureia, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubina total e frações.
- Colocar uma cópia de todos os documentos pessoais no prontuário
- Solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite B, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato)



- Fazer o encaminhamento no SIGSS para - “Médico infectologista - CTA”, contendo informações da condição clínica do paciente.
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.

Se teste rápido Reagente para HEPATITE C, seguir os passos:

CHECK LIST:

- RG, CPF, Cartão SUS
- Comprovante de endereço
- Realizar notificação e anexar cópia ao prontuário
- Exame do diagnóstico
- Realizar também teste rápido de HIV, hepatite B e sífilis.
- Solicitar e encaminhar preferencialmente com os resultados dos exames: Hemograma completo, creatinina sérica, ureia, TGO, TGP, gama GT, fosfatase alcalina, Bilirrubina total e frações.
- Colocar uma cópia de todos os documentos pessoais no prontuário
- Confirmando o diagnóstico, solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite C, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato);
- Fazer o encaminhamento no SIGSS para - “Médico infectologista - CTA” contendo informações da condição clínica do paciente.
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.



Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento:

- RG, CPF, Cartão SUS;
- Comprovante de endereço;
- Exame do diagnóstico do agravo (TR e marcadores sorológicos);
- Demais testes rápidos;
- Outros exames realizados recentemente;
- Encaminhamento;
- Caso seja transferido de outro serviço, os documentos acima devem ser solicitados pelo município de residência do paciente, e posteriormente agendada consulta no serviço.

Já em relação a notificação compulsória é obrigatória para todos os profissionais que prestam assistência ao paciente. O documento deve ser preenchido e encaminhado à Vigilância Epidemiológica por uma das seguintes formas:

1. Por meio físico:

Colocar a notificação em envelope lacrado, identificando-o com:

À/C da Vigilância Epidemiológica – CONFIDENCIAL

Entregar no Departamento da Vigilância Epidemiológica, localizado na:
Avenida José João Muraro, nº 1208, Jardim Porto Alegre – Toledo/PR.

3. Por meio virtual:

Digitalizar o documento (não enviar foto) e encaminhá-lo para o e-mail:

sinan@toledo.pr.gov.br.



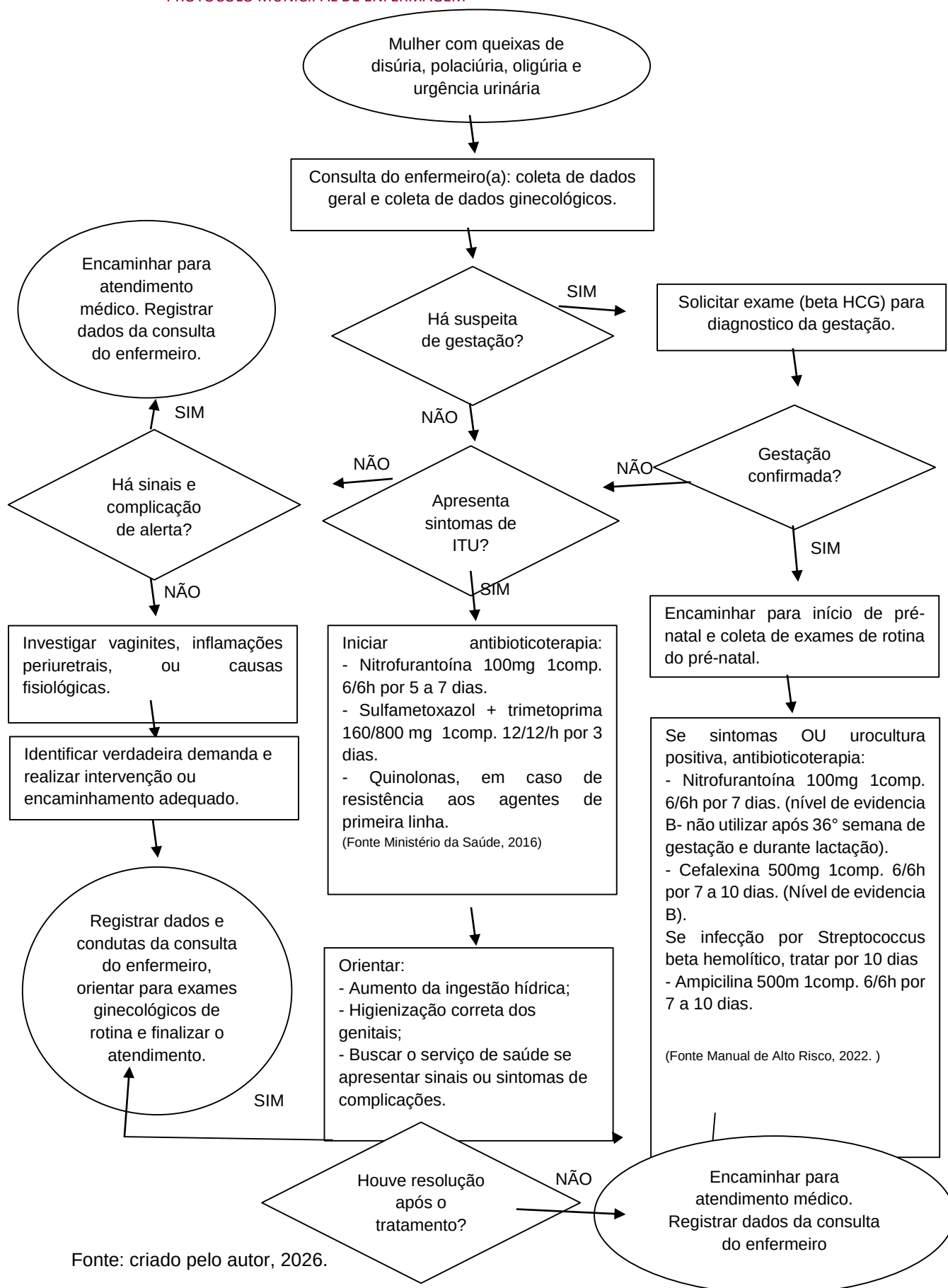
Para maiores informações e acesso às fichas de notificação, consulte a página da Vigilância em Saúde pelo passo a passo:

1. Acesse o site da **Prefeitura de Toledo**.
2. Selecione **Portais**.
3. Acesse **Saúde**.
4. Selecione **Vigilância em Saúde**.
5. Acesse **SINAN** - **Sistema Infor. Agravos Notificação**
6. Consulte a opção **Fichas de Notificação**

2.4. INFECÇÃO URINÁRIA

É uma infecção causada por microrganismos no trato urinário. A manifestação dos sintomas se dá por disúria, polaciúria, oligúria e urgência urinária. O tratamento é realizado por meio de antibióticos e quando não devidamente tratada, pode evoluir para casos mais graves, como pielonefrite, sepse, doença renal crônica e entre outros. Na gestação, quando não tratada adequadamente, a ITU pode causar complicações importantes, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas, sepse materna ou neonatal e pielonefrite aguda.

2.4.1 Manejo da infecção urinária



Fonte: criado pelo autor, 2026.



O enfermeiro poderá prescrever o tratamento medicamentoso, apenas:

- Cistite simples em mulheres não gestantes: realizar tratamento conforme protocolo institucional. Caso não haja melhora após o tratamento, encaminhar para avaliação médica.
- ITU com sinais de alerta: como febre e dor lombar, sugestivos de infecção urinária alta: encaminhar para avaliação médica.
- Gestantes com suspeita de ITU: Sempre solicitar Urina Tipo 1 (EAS), urocultura e antibiograma, devido à necessidade de investigação microbiológica e manejo específico durante a gestação. Logo na presença de sintomas prescrever antibiótico conforme protocolo mas solicitar urocultura, se possível para coletar antes de iniciar o antibiótico. Não atrasar tratamento.

2.5. MANEJO DA ENFERMAGEM NA DOR PÉLVICA AGUDA, CRÔNICA E CÍCLICA

Uma das queixas mais comuns na saúde da mulher é a dor pélvica, que pode ser caracterizada como aguda, aquelas com duração menor que 3 meses, ou crônica, aquelas com duração maior que 6 meses e cíclica que está relacionada ao ciclo uterino/menstrual.

Na avaliação deve ocorrer uma entrevista detalhada contendo: características da dor, sintomas associados, histórico, fatores psicossociais, realizar exame físico e considerar fatores de alerta.

Dor da ovulação:

Relacionada ao ciclo menstrual ocorre no período de ovulação, sendo uma dor lateralizada em baixo ventre. Investigar possibilidade de IST e rastreamento da dor a fim de descartar outras condições. Opções de tratamento medicamentoso:

- Dipirona 1 comp. 500mg 6/6h por até 3 dias.
- Paracetamol 1 comp. 500mg 6/6h por até 3 dias.
- Escopolamina 1 comp. 10mg 8/8h por até 3 dias.



- Escopolamina 10mg + dipirona 250mg 1 comp. 8/8h por até 3 dias.
Em casos de não melhora do quadro paciente deve ser encaminhada para MFC ou ginecologista.

Dor no período menstrual:

Pode ser primária (sem causa orgânica identificável) ou secundária (relacionada a patologias como endometriose, miomas, adenomiose etc.). Caracterizada por dor do tipo cólica, que inicia antes ou no início do período menstrual, pode ser acompanhada por náusea, cefaleia, diarreia, fadiga e irritabilidade. Opções de tratamento medicamentoso:

- Dipirona 1 comp. 500mg a 1g 6/6h.
- Paracetamol 1 comp. 500mg a 1g 6/6h.
- Escopolamina 1 comp. 10mg 8/8h por até 5 dias.
- Escopolamina 10mg + dipirona 250mg 1 comp. 8/8h por até 5 dias.
- Ibuprofeno 300/600 mg 1 comp. 8/8h por até 5 dias.
- Nimesulida 100mg 1 comp. 12/12h, se dor, por 3 a 5 dias.

Registro no sistema: na presença desse sintoma, utilizar o **CIAP X02 – Dores menstruais**.

Doença inflamatória pélvica:

É uma síndrome clínica causada pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior para o trato genital superior, podendo ocorrer de forma espontânea ou estar relacionada a procedimentos que envolvam manipulação do trato genital, como a inserção de DIU e a curetagem. É uma das principais complicações das IST e pode, a longo prazo, causar infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.



Para uma avaliação adequada, deve ser realizado exame ginecológico completo, incluindo exame especular e toque vaginal bimanual.

Sintomas como sangramento vaginal anormal, dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor a mobilidade do colo uterino ao toque podem estar presentes na DIP.

Diante da suspeita deve ser encaminhado para o médico para avaliação e conduta ambulatorial com antibioticoterapia. Na presença de sinais de urgência deve encaminhar imediatamente para serviço de emergência.

Registro no sistema: caso apresente esses sintomas, poderão ser utilizados os respectivos CIAPs, conforme a queixa apresentada: **X01 – Dor genital e X04 – Relação sexual dolorosa na mulher (dyspareunia).**

Endometrite pós-parto/ aborto:

É uma infecção do endométrio que ocorre no período pós-parto, geralmente causada pela ascensão de bactérias da flora do trato genital inferior. O diagnóstico é predominantemente clínico e ocorre, na maioria dos casos, entre 24 e 72 horas após o parto. Os principais sinais e sintomas incluem febre, dor ou sensibilidade na região inferior do abdome e lóquios com aspecto ou odor anormal.

Diante da suspeita, a paciente deve ser encaminhada para avaliação médica e, conforme a gravidade, ser encaminhada para serviço hospitalar de referência.

Litíase urinária:

A litíase urinária pode se manifestar de forma assintomática, sendo diagnosticada através de um exame de imagem ou pela presença de sintomas. A dor apresenta característica de cólica, que geralmente se inicia de forma súbita, intensa e unilateral. A dor é localizada normalmente na região lombar, no flanco ou na fossa ilíaca. Também pode apresentar sintomas como disúria e hematúria macroscópica.

A realização imediata de exame de imagem só é indicada quando há dúvida no diagnóstico diferencial.



As medicações são indicadas para controle da dor. São utilizados anti-inflamatórios, analgésicos e antieméticos. Na presença de sinais de alerta ou em pacientes de alto risco (transplante renal, DRC, anúria e rim único), encaminhar o paciente para ambiente hospitalar.

Endometriose:

É uma doença que afeta muitas mulheres em todo o mundo. É caracterizada por dor pélvica crônica, que pode ocorrer ao longo do mês, independentemente do período menstrual, podendo estar associada a dismenorreia, dispareunia, disquesia e disúria. O diagnóstico pode ser demorado, pois os sintomas podem variar de uma paciente para outra. Dessa forma, é necessário encaminhar para atendimento médico para auxiliar na confirmação do diagnóstico.

Constipação intestinal:

É uma das causas de dor pélvica. A constipação é caracterizada por três ou menos evacuações por semana. O acúmulo de fezes endurecidas e o esforço excessivo na hora de evacuar podem causar dores abdominais e pélvicas, provocando cólicas, fisgadas e sensação de peso.

É necessária uma abordagem não medicamentosa, como aumentar a ingestão de fibras e líquidos, praticar atividade física, entre outros.

Também é possível uma abordagem medicamentosa caso não haja melhora com o tratamento não medicamentoso. Diante do quadro, é importante avaliar suas possíveis complicações, como o surgimento de hemorroidas, fissuras anais, formação de fecaloma, entre outras.

Violência/ fatores psicossociais:

Alguns fatores psicossociais, como histórico de violência ou abuso, relações conflituosas, ansiedade, estresse e sofrimento psíquico, podem estar associados à presença ou à intensificação da dor pélvica. Em algumas situações, a paciente pode apresentar dor abdominal ou pélvica persistente, mesmo após a investigação não identificar uma causa orgânica aparente. Nesses casos, é importante considerar os



aspectos emocionais e psicossociais durante a avaliação, sem deixar de investigar possíveis causas clínicas.

Em caso de suspeita ou confirmação de violência, deve-se seguir o documento institucional vigente na APS: “RIPS- PROTOCOLO 04/2020 PROTOCOLO E ATENDIMENTO A PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL”.

Na presença de outras condições clínicas que possam causar dor abdominal ou pélvica, realizar avaliação médica para investigação e definição da conduta adequada.

2.6. DISPAREUNIA E VAGINISMO

Dispareunia é a dor recorrente ou persistente, física ou emocional que ocorre antes, durante ou após a relação sexual, sendo classificada como superficial ou profunda. Das causas físicas classificam-se:

- ISTs
- Menopausa
- Hipoestrogenismo
- Atrofia vaginal
- Vaginismo
- Infecções urinárias e ginecológicas

Das causas emocionais:

- Medo da dor
- Estresse
- Histórico de trauma sexual
- Ansiedade
- Depressão



- Insegurança

Não há um tratamento único para essas queixas. É necessário avaliar cada caso individualmente para compreender a real causa dos sintomas e, a partir disso, definir a conduta adequada.

Quando necessário, a paciente deve ser encaminhada para atendimento médico para investigação e tratamento da causa identificada.

Registro no sistema: na presença desse sintoma, utilizar o **CIAP X04 – Relação sexual dolorosa na mulher.**

2.7. INCONTINÊNCIA URINÁRIA

É uma disfunção do assoalho pélvico, definida pela perda de urina involuntária. Está relacionada a anatomia da pelve, histórico de gestações, trabalho de parto e diminuição do estrogênio pós-menopausa. Pode também estar ligada a outros fatores de risco como ansiedade, depressão e constipação intestinal.

Também é comum a incontinência urinária secundária, está relacionada a outras causas como prolapso do órgão pélvico, DPOC, fases do ciclo de vida (menopausa, puerpério), disfunção sexual e entre outros.

Cabe ao enfermeiro identificar e classificar a incontinência urinária, suas causas e fatores de risco, fornecer informações sobre as possibilidades de manejo e tratamento (conservador, farmacológico ou cirúrgico), conscientizar que algumas causas são reversíveis, mas que não é uma condição normal de saúde.

Dentre as classificações de incontinência urinária estão:

- Incontinência urinária de esforço: ocorre devido ao aumento da pressão do abdome que exige mais do músculo do assoalho pélvico.
- Incontinência urinária de urgência: ocorre a perda de urina logo após a vontade forte e repentina de urinar.



- Incontinência urinária mista: ao realizar algum esforço ou desejo súbito de urinar.

Na avaliação de enfermagem, deve ser avaliado a presença de lesões perianais, episiotomia, elasticidade e umidade da mucosa vaginal, presença de prolapsos, rigidez muscular, força muscular, tensão e hiperatividade pubo retal.

As orientações de enfermagem consistem orientar sobre treinamento da musculatura do assoalho pélvico, realizar massagem intravaginal a fim de relaxamento dos pontos de tensão, aumentar ingestão hídrica, incluir alimentos ricos em fibras na dieta, aguardar esvaziamento completo da bexiga ao urinar, etc.

3. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O planejamento reprodutivo é um direito constitucional garantido pela Lei 9263/1996, sendo um conjunto de ações que garante a homens e mulheres o direito de decidir livremente sobre ter ou não filhos, melhor momento para concepção e acesso a métodos contraceptivos. Envolve orientação para disponibilizar métodos contraceptivos, reduzir a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), implementar ações voltadas ao ciclo gravídico puerperal e prevenir gestações não planejadas.

3.1. PRÉ CONCEPÇÃO

O atendimento da enfermagem no período pré-concepcional envolve ações planejadas para promover a saúde da mulher (e do parceiro) antes da gravidez, com o objetivo de reduzir riscos e garantir uma gestação saudável. Essa fase é essencial dentro da assistência em saúde reprodutiva.

Atuação da enfermagem no período pré-concepcional: cada vez mais, a mulher vem se tornando protagonista na decisão sobre o melhor momento para engravidar. Nesse contexto, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, deve abordar não apenas a prevenção de uma gestação, mas também o planejamento da concepção. Essa atuação pode ocorrer por meio de uma escuta qualificada, apoio emocional, esclarecimento de dúvidas, orientação sobre o uso de ácido fólico e solicitação de exames, quando necessário.



Avaliação integral da saúde: Levantamento do histórico clínico, ginecológico e obstétrico, identificação de doenças pré-existentes (como hipertensão, diabetes), avaliação do estado nutricional e IMC.

Orientação e educação em saúde: Informações sobre planejamento reprodutivo, orientação sobre ciclo menstrual e período fértil, incentivo à gravidez planejada, educação sobre riscos de automedicação.

Promoção de hábitos saudáveis: Incentivo à alimentação equilibrada, estímulo à prática de atividade física, orientação para cessar tabagismo, álcool e drogas.

Suplementação e prevenção: Orientação sobre uso de ácido fólico (prevenção de malformações), atualização do calendário vacinal, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Acompanhamento de condições crônicas: Controle rigoroso de doenças como diabetes e hipertensão, ajuste de medicamentos que possam ser teratogênicos.

Aspectos psicossociais: Avaliação do suporte familiar e emocional, identificação de situações de vulnerabilidade (violência, estresse, etc.).

Envolvimento do parceiro: Incentivo à participação do parceiro no planejamento, orientações sobre saúde sexual e reprodutiva do casal.

Objetivos do atendimento da enfermagem durante esse período:

- Reduzir riscos maternos e fetais
- Promover uma gestação saudável
- Diminuir complicações durante a gravidez e parto
- Fortalecer o autocuidado e a autonomia da mulher



3.1.1. Abordagem

- Acolher dúvidas e angústias relacionadas a uma futura gestação, abordando a história clínica e obstétrica atual/pregressa da mulher e, se possível de seu (sua) parceiro (a);
- Perguntar sobre a DUM e orientar sobre formas de identificar o período fértil:
 - Cálculo do período com base no 1º dia de sangramento da última menstruação, levando em consideração a duração do ciclo de cada mulher;
 - Modificações que ocorrem no muco cervical/secreção vaginal;
 - Discreta elevação da temperatura corporal, entre outros.
- Perguntas sobre hábitos alimentares e orientar seguir uma dieta saudável e equilibrada pelo menos 3 meses antes e durante toda a gravidez;
- Contemplar na alimentação o ácido fólico e o ferro dada a sua importância;
- Avaliar o histórico vacinal (hepatite B, dupla adulto, tríplice viral e febre amarela) e, em caso de atraso ou ausência, vacinar conforme calendário vacinal vigente. Em caso de necessidade de vacinação, a mulher deverá evitar a concepção até pelo menos 30 dias após completar o esquema vacinal indicado (tríplice viral e febre amarela);
- Abordar os riscos do fumo e álcool: como aborto, baixo peso ao nascer, síndrome da morte súbita infantil, síndrome alcoólica fetal, anemia materna e diabetes gestacional, e apoiar a cessação antes da gravidez, se necessário;
- Questionar sobre uso de medicações contínuas e comorbidades pré-existent, sobretudo as de caráter crônico, encaminhar para o MFC a fim de assegurar que a patologia esteja sob manejo adequado e compatível com a possibilidade de uma gestação vindoura;
- Verificar a necessidade de realização/solicitação de exames;
- Convidar parceria para realizar consulta de enfermagem, incluindo no processo de escolha e programação familiar.



3.1.2. Prescrição

Ácido fólico 5 mg: 1 comprimido 1x ao dia OU

Ácido fólico (solução) 0,2 mg/ml: 40 gotas 1x ao dia

De acordo com os medicamentos ofertados pelo município.

A suplementação com ácido fólico deve ser prescrita para todas as mulheres que desejam engravidar. Seu uso é recomendado desde o período pré-gestacional até o final da gravidez.

3.1.3. Solicitações de exames

- Teste Rápido de Gravidez (TIG) ou laboratorial (BHCG), em caso de atraso menstrual;
- Verificar a situação do exame Papanicolau e, caso esteja na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde e com o exame em atraso, aproveitar a oportunidade para realizá-lo;
- Ofertar sorologias conforme protocolo vigente;

3.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O enfermeiro deve orientar o usuário na escolha do método contraceptivo de forma individualizada, considerando seus desejos, necessidades e contexto de vida. Para isso, é essencial realizar uma escuta qualificada, entendendo as expectativas, dúvidas e possíveis preocupações relacionadas ao método, de modo a favorecer uma decisão compartilhada e consciente.

Não há um método contraceptivo universalmente superior. A escolha deve ser baseada na adequação às características e à singularidade de cada indivíduo. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro desempenhar papel central no aconselhamento, auxiliando na seleção do método mais apropriado, com base em critérios clínicos e nas preferências do usuário.

No processo de enfermagem, a avaliação deve ser abrangente e contemplar aspectos clínicos e contextuais relevantes, incluindo idade, estilo de vida, situação de amamentação, tabagismo, presença de comorbidades, uso de medicamentos e perfil



sociocultural. Devem ainda ser investigados o histórico gineco-obstétrico, idade da menarca e da sexarca, padrão do ciclo menstrual, presença de dismenorreia, experiências prévias com métodos contraceptivos e história ou sintomas de infecções sexualmente transmissíveis.

Adicionalmente, é fundamental avaliar antecedentes de condições clínicas que possam impactar a elegibilidade de determinados métodos, como tromboembolismo pulmonar (TEP), trombose venosa profunda (TVP), infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), enxaqueca, doenças vasculares, hepatopatias e neoplasias. Por fim, deve-se sempre investigar a possibilidade de gestação em curso, utilizando critérios clínicos e instrumentos padronizados para sua exclusão segura.

Registro no sistema: nos atendimentos relacionados a métodos contraceptivos, podem ser utilizados os seguintes CIAPs, conforme o método contraceptivo utilizado:

Nome	Código
Contracepção pós-coital	W10
Contracepção oral	W11
Contracepção intrauterina/dispositivo intrauterino/Diu	W12
Contracepção/outras (planejamento familiar)	W14

Quadro 3 - Código CIAP para inserir no SIGSS.

3.3. MÉTODOS DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS, CIRÚRGICOS E DIU		
MÉTODO	TIPO DISPONÍVEL NA REDE MUNICIPAL	CLASSIFICAÇÃO
Injeção de progestágeno (trimestral)	Acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml	Método hormonal



Injeção combinada	Acetato de medroxiprogesterona 25mg + Cipionato de estradiol 5mg	Método hormonal
Injeção combinada (mensal)	Algestona acetofenida 150 mg + estradiol enantato 10 mg	Método hormonal
Injeção combinada (mensal)	Enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5mg	Método hormonal
Dispositivo intrauterino (DIU)	DIU de cobre (DIU-Cu)	Método intra-uterino
Pílula combinada	Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15mg	Método hormonal
Minipílula de progestágeno isolado	Noretisterona 0,35 mg	Método hormonal
Métodos cirúrgicos	Laqueadura tubária Vasectomia	Métodos irreversíveis
Dispositivos contraceptivos implantáveis	Implanon 68 mg de etonogestrel	Método hormonal

Quadro 4 - Métodos anticoncepcionais hormonais, cirúrgicos e DIU.

3.4.CONDUTAS DO ENFERMEIRO DE ACORDO COM O MÉTODO ESCOLHIDO

3.4.1. Pílula combinada estrogênio/ progestágeno

- Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo;
- Manter o uso de preservativo por no mínimo 7 dias após início do método;
- Ingerir o comprimido uma vez ao dia, por 21 dias, sempre no mesmo horário. Após o término dos 21 dias, seguir com 7 dias de intervalo e reiniciar a cartela.

**Em caso de esquecimento:**

Até 12 horas, orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que lembrar. Acima de 12 horas, orientar a ingestão do comprimido esquecido assim que se lembrar e utilizar preservativo por 7 dias. Mais de um 1 episódio de esquecimento na mesma cartela, utilizar preservativo até o término da cartela.

Em caso de vômitos:

Se ocorrer no período de 4 horas após a ingestão do comprimido, orientar o uso de preservativo até o fim da cartela.

Efeitos colaterais:

- Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura;
- Alterações de humor;
- Sangramento anormal pode ser comum nos 3 primeiros meses;
- Dor de cabeça severa ou alteração da visão necessita de encaminhamento para avaliação médica;

3.4.2. Injeção de estrogênio/progestágeno

- Injeção IM a cada 30 dias;
- Iniciar entre o 1º e o 5º dia do ciclo;
- Usar preservativo nos primeiros 7 dias após a primeira aplicação do método.

Em caso de atraso:

Em caso de atraso, seguir as orientações conforme a bula do fármaco disponibilizado, descartar a possibilidade de gestação e após, iniciar novo ciclo, utilizando preservativo, de acordo com o descrito em bula. Reaplicar nova injeção.

**Efeitos colaterais:**

- Sensibilidade em mamas, náuseas, tontura;
- Alterações de humor;
- Sangramento anormal pode ser comum nos 3 primeiros meses;
- Dor de cabeça severa ou alteração da visão necessita de encaminhamento para avaliação médica.

3.4.3. Injeção de progestágeno

- Injeção IM a cada 84 dias
- Pode iniciar em qualquer momento do ciclo se certeza de não estar grávida ou nos 5 primeiros dias do ciclo menstrual;
- Usar preservativo no mínimo 7 a 14 dias após aplicação.

Em caso de atraso:

Até uma semana, aplicar nova injeção. Se houver atraso maior que 1 semana, descartar a possibilidade de gravidez e, após, aplicar o método.

Efeitos colaterais:

- Amenorreia comum;
- Alterações de peso;
- Sangramento anormal: comum nos 3 primeiros meses;
- Se dor de cabeça severa ou alteração da visão: encaminhar para avaliação médica.

3.4.4. DIU de cobre

- Inserção e retirada podem ser realizadas por profissional habilitado.



- Nuligestas e nulíparas podem utilizar o método, no entanto as taxas de expulsão do dispositivo são discretamente mais elevadas.
- O DIU de cobre no pós parto pode ser inserido até 48 horas após o parto, com ou sem amamentação, desde que não haja infecção puerperal, ou após 4 semanas do parto.
- O enfermeiro pode solicitar USG transvaginal para controle de posicionamento do DIU - seja ele após a inserção, seja em retorno anual. Deve-se orientar a paciente a realizar o exame de imagem, bem como ressaltar sua importância e agendar retorno para verificar o resultado.

Efeitos colaterais:

- Aumento do fluxo menstrual; aumento ou aparecimento transitório de cólicas menstruais.
- Logo após a inserção, é comum a ocorrência de cólicas abdominais e sangramentos irregulares nos primeiros meses.
- Realizar o USG transvaginal de controle após inserção, sob solicitação do enfermeiro, conforme recomendado após o procedimento e monitorar a evolução do sangramento e de cólicas menstruais. Se afetam a qualidade de vida da paciente, considerar outros métodos disponíveis.
- O controle via USG transvaginal do método deve ser realizado anualmente, a fim de verificar o posicionamento do dispositivo intrauterino.

3.4.5. Minipílula de progestágeno isolado

- Disponível no SUS pela composto Noretisterona 0,35mg, apresenta como mecanismo de ação contraceptiva, a inibição da ovulação e alteração sobre o muco cervical, sendo utilizados em regime contínuo.



- Uso contínuo e no mesmo horário, com possibilidade de variação de, no máximo, 3 horas. Em caso de atraso do medicamento por mais de 3 horas já há possibilidade falha do método
- Indicados apenas para mulheres lactantes em período de amamentação exclusiva, pelo maior risco de falha do método
- Deve ser iniciado, de acordo com a OMS, a partir da 6ª semana após o parto.

Efeitos colaterais:

- Sangramento anormal: comum nos primeiro 3 meses;
- Dor de cabeça leve, náuseas, sensibilidade mamária: tranquilizar a paciente. Se necessário, encaminhar para consulta médica.

3.4.6. Métodos cirúrgicos (irreversíveis)

É permitida a laqueadura tubária de mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou pelo menos 2 filhos vivos pela Lei nº 14.443, de 2022. A Lei nº 9.263/1996 estabeleceu o planejamento familiar como um direito e orienta ações de atenção sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção. A consulta sobre planejamento familiar deve ser realizada de maneira ética, abordando a paciente em sua integralidade e, sendo dever do profissional de saúde, orientar sobre seus benefícios, riscos e contra indicações.

A pessoa interessada deverá registrar manifestação expressa de vontade, assinando-o em duas vias, uma via ficará com a pessoa e a outra anexada ao prontuário. Não há mais a necessidade de consentimento do cônjuge para a realização de laqueadura tubária. É definido o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Após respeitado o prazo de 60 dias do primeiro atendimento, se a pessoa mantiver a decisão pela esterilização, é preciso proceder com o registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE.



Efeitos Colaterais:

- Pós-operatório com dor leve é o sintoma mais comum, devendo ser manejado com orientações gerais e repouso.
- Presença de sinais infecciosos devem ser avaliados prontamente pelo médico da equipe/unidade ou referenciar para serviço de urgência.

3.4.7. Dispositivos contraceptivos implantáveis

Inserção e retirada podem ser realizadas por profissional habilitado. Para mais informações veja o documento institucional vigente na APS: "[PROTOCOLO IMPLANTE SUBDÉRMICO DO MUNICÍPIO](#)".

Efeitos Colaterais:

- Sensibilidade em mamas: tranquilizar usuária, geralmente sintomas são de leve a moderada intensidade e diminui com o uso contínuo;
- Cefaleia leve. Se necessário, encaminhar para consulta médica.
- Alterações no padrão de sangramento (prolongado no primeiro ano, irregular, pouco frequente ou ausência de menstruação).

3.5. MÉTODOS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS NA REDE PRIVADA	
Método	Tipo disponível
DIU levonorgestrel	Levonorgestrel 52 mg (liberação 20mcg/dia)
Adesivo hormonal combinado	Norelgestromina 6 mg/ Etinilestradiol 0,60 mg
Anel vaginal	Etonogestrel 11,7 mg/ etinilestradiol 2,7 mg
Minipílula de progestágeno	Linestrenol 0,5 mg Levonorgestrel 0,03 mg



Pílula progestágeno isolado	Desogestrel Drospirenona 4 mg	75	mcg
-----------------------------	----------------------------------	----	-----

Quadro 5- Resumo métodos contraceptivos disponíveis no mercado (rede privada).

3.5.1. DIU levonorgestrel

- Inserção e retirada não é realizada por enfermeiro;
- Duração de 8 anos, podendo ser inserido 4 semanas após o parto.

Efeitos colaterais:

- Oligomenorreia ou amenorreia;
- Pode ocorrer expulsão, dor ou sangramento.

3.5.2. Adesivo hormonal

- Deve ser aplicado sobre a pele limpa e livre de cosméticos, aplicar o primeiro adesivo no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual;
- Locais de aplicação: nádegas, abdome, parte superior externa do braço ou parte superior do dorso, em local onde não haja fricção por roupas justas. Nunca aplicar nas mamas. Realizar rodízio do local semanalmente.
- Trocar adesivo de 7/7 dias, por 3 semanas e deixar 1 semana sem adesivo, para iniciar nova embalagem;
- Evitar em pacientes com mais de 90 kg devido diminuição da eficácia contraceptiva.

Efeitos colaterais:

- Sensibilidade em mamas (moderada intensidade e diminui com o uso contínuo);
- Pode ocorrer cefaleia, reações no local da aplicação e náusea.



3.5.3. Anel vaginal

- Inserir o anel via intravaginal (até o fundo do canal) no 1º dia de sangramento do ciclo menstrual e deixá-lo por 3 semanas, quando o mesmo será retirado;
- Deverá ser feita 1 semana de pausa antes da colocação de um novo anel;
- Se o anel ficar fora da vagina por mais de 2 horas, acidentalmente, é necessário utilizar um método de barreira.

Efeitos colaterais:

- Aumento do fluído vaginal;
- Cefaleia;
- Irritação vaginal.

3.5.4. Minipílula de progestágeno

- Método recomendado para pacientes que estejam amamentando de forma exclusiva e após 6 semanas do parto;
- Tomar na mesma hora todo dia e manter o aleitamento materno exclusivo;
- Não deixar ultrapassar mais de 3 horas em relação ao horário habitual, caso ultrapasse, utilizar preservativo por 2 dias.

Efeitos colaterais:

- Sangramento anormal é comum nos primeiros 3 meses;
- Dor de cabeça leve, náuseas e sensibilidade mamária.

3.5.5. Pílula progestágeno isolado

- Iniciar nos primeiros 5 dias do ciclo;
- Manter o uso de preservativo por no mínimo 7 dias após o início do método;



- Ingerir o comprimido uma vez ao dia, preferencialmente no mesmo horário, sem pausas entre as cartelas.
- É uma opção para pacientes com contraindicação ao uso de estrogênio (pílulas combinadas)

Efeitos colaterais:

- Irregularidade no sangramento menstrual, desde amenorreia até sangramento frequente, irregular, ocasional ou prolongado.

3.6. TAXA DE FALHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

MÉTODO	USO IDEAL (%)	USO TÍPICO (%)
Implante	0,05	0,05 - 0,1
Vasectomia	0,10	0,15
Laqueadura	0,5	0,5
DIU hormonal	0,2 - 0,5	0,7
DIU com cobre	0,6	0,8
LAM (por 6 meses)	0,5 - 0,9	2
Injetável mensal	0,05	3
Injetável trimestral	0,2	3 - 6
Contraceptivos orais combinados	0,3	7 - 9
Contraceptivos orais só de progestógeno	0,3	7 - 9



Adesivo combinado/ anel vaginal	0,3	7 - 9
Diafragma + espermicida	6	12 - 16
Preservativo masculino	2	13 - 18
Preservativo feminino	5	21
Coito interrompido	4	20 - 22
Método de ovulação Billings	3 – 5	~24
Outros métodos de percepção de fertilidade	1 – 5	24 - 25
Espermicida isolado	18	28

LEGENDA

Muito efetivo 0-0,9	Efetivo 1-9	Moderadamente efetivo 10-19	Menos efetivo >20
-------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------------

Quadro 6- Taxa de falha dos métodos contraceptivos

- O “Uso ideal” refere-se a forma ideal, com manuseio correto e em todas as relações; e o “Uso típico” refere-se à forma habitual de utilização do método contraceptivo no dia a dia, estando sujeito a falhas como esquecimentos, episódios de vômitos, diarreia, entre outros fatores que podem comprometer sua eficácia.
- Considera-se método contraceptivo de apoio aquele utilizado em associação a um método principal, com o objetivo de aumentar a efetividade da proteção contra a gravidez. Exemplos incluem métodos comportamentais, como a abstenção sexual, além do uso de preservativo masculino ou feminino.



Métodos mais eficazes (<1%): Implante, DIU, vasectomia, laqueadura. Independem do usuário (praticamente sem diferença entre uso típico e uso ideal).

Eficácia intermediária (3–9%): Injetáveis, pílulas, adesivo, dependem de adesão correta do usuário.

Menor eficácia (>10%): Preservativos (uso típico), diafragma, métodos comportamentais e coito interrompido.

4. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ANTICONCEPÇÃO

4.1. AVALIAÇÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Durante a consulta, o enfermeiro deverá realizar:

- Aferição da pressão arterial;
- Verificação de peso e altura, com cálculo do IMC;
- Avaliação da circunferência abdominal, quando indicado, para estratificação de risco cardiovascular;

Exame pélvico/genital, quando necessário, especialmente nos casos de:

- Inserção de dispositivo intrauterino (DIU);
- Indicação de diafragma;
- Encaminhamento para laqueadura tubária;
- Presença de queixas ginecológicas.

4.2. IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro deverá:

- Esclarecer dúvidas do usuário sobre métodos contraceptivos;
- Avaliar o método escolhido, considerando: preferência da usuária e experiências prévias com contracepção.
- Verificar elegibilidade clínica conforme critérios estabelecidos;



- Informar sobre a eficácia dos métodos disponíveis;
- Orientar quanto ao uso correto, incluindo condutas em caso de esquecimento (métodos hormonais);
- Informar possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas a depender do uso de medicações contínuas da paciente;
- Reforçar a necessidade de uso de método adicional, quando indicado;
- Incentivar o uso de preservativo como método de dupla proteção;
- Esclarecer que nenhum método contraceptivo possui eficácia de 100%, apresentando chances de falha;
- Certificar-se da compreensão do usuário;
- Identificar e esclarecer dúvidas remanescentes;
- Programar retorno anual ou conforme necessidade clínica.

4.3. SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Quando indicado, o enfermeiro deverá solicitar:

- Teste de gravidez (Teste Imunológico de Gravidez – TIG ou β -hCG);
- Exame citopatológico do colo do útero, conforme rastreamento vigente;
- Sorologias para rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs);
- Outros exames pertinentes a determinação da anticoncepção.

4.4. ACOMPANHAMENTO

- Garantir seguimento periódico do usuário;
- Reavaliar método contraceptivo conforme necessidade;
- Monitorar possíveis efeitos adversos, alergias e reações;
- Reforçar orientações em consultas subsequentes;



- Solicitar USG transvaginal para acompanhamento de posicionamento de DIU (antes e após inserção, e anualmente). Adicionar “análise de controle de DIU” como observação na solicitação.

5. CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O quadro de elegibilidade dos métodos contraceptivos constitui um instrumento clínico fundamental para a tomada de decisão segura na prática da enfermagem em planejamento reprodutivo. Ele se baseia em critérios internacionalmente validados e incorporados aos protocolos assistenciais, permitindo avaliar, de forma sistematizada, se um determinado método pode ser utilizado pelo paciente, considerando suas condições clínicas e fatores de risco (Quadro 4).

Na prática da enfermagem, o uso do quadro de elegibilidade permite ampliar a autonomia profissional com segurança, pois fornece respaldo técnico para prescrição e manejo dos métodos contraceptivos. Ao aplicar esses critérios, o enfermeiro consegue identificar rapidamente situações que permitem prescrição imediata, bem como aquelas que exigem maior cautela ou encaminhamento.

Além de orientar a escolha inicial do método, o quadro de elegibilidade também deve ser utilizado em reavaliações periódicas, uma vez que as condições de saúde da paciente podem se modificar ao longo do tempo, exigindo ajustes na estratégia contraceptiva.

CATEGORIAS DE ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS		
Categoria	Definição	Prescrição
1	Situações em que não há qualquer restrição para o uso do	Prescrição pode ser realizada por



	método contraceptivo.	enfermeiro ou médico
2	Os benefícios do uso do método superam os possíveis riscos, sendo sua utilização geralmente recomendada.	Prescrição pode ser realizada por enfermeiro ou médico, se não houver método mais seguro
3	Os riscos potenciais tendem a superar os benefícios, devendo o método ser evitado, salvo em situações em que não haja alternativas mais seguras ou disponíveis.	Prescrição médica
4	Contraindicação absoluta.	Não prescrever

Condição	Pílula combinada	Pílula progestágeno	Inj. mensal	Inj. trimestral	DIU cobre	Implante	Orientações ao enfermeiro
< 40 anos	1	1	1	1	1	1	Uso livre
≥ 40 anos	2	1	2	1	1	1	Avaliar risco CV
Nulípara	1	1	1	1	2	1	Diu possível
Amamentando < 6 semanas após parto	4	2	4	3	2	2	Evitar estrogênio
Amamentando entre 6 semanas e 6 meses após o parto	3	1	3	1	1	1	Preferir Progestágeno
Amamentando > 6 meses após parto	2	1	2	1	1	1	Seguro



Condição	Pílula combinada	Pílula progestágeno	Inj. mensal	Inj. trimestral	DIU cobre	Implante	Orientações ao enfermeiro
Pós-parto não amamentando	3 (<21d)	1	3	1	1	1	Atenção TEV
Gravidez ectópica prévia	1	2	1	1	1	1	Seguro
Obesidade (IMC>30)	2	1	2	1	1	1	Avaliar CV
IST atual	2	1	2	1	4	1	Evitar DIU
Múltiplos fatores cardiovasculares	3/4	2	3/4	3	1	2	Evitar estrogênio
Tabagismo <35 anos	2	1	2	1	1	1	Cessar tabagismo
Tabagismo ≥ 35 anos	3/4	1	3/4	1	1	1	Evitar combinados

Quadro 7- Categorias de elegibilidade de métodos contraceptivos.

Para situações clínicas não enquadradas na tabela acima pode-se consultar Manual de Anticoncepção - FEBRASGO no link: [Manual de Anticoncepção FEBRASGO](#)

Contra-indicações anticoncepcionais combinados:

Condição	Categoria OMS
Trombofilia conhecida (Fator V de Leiden, mutação gene protrombina, deficiência proteína C, S e antitrombina)	4
Uso de medicações que interferem no metabolismo hepático via citocromo P450: rifampicina, anticonvulsivantes-fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato,	4



oxcarbazepina	
Amamentação (< 6 meses após o parto)	3
Tabagismo < 35 anos	2
Tabagismo > 35 anos e < 15 cigarros/dia	3
Tabagismo ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros/dia	4
Múltiplos fatores de risco para doença arterial (idade, tabagismo, diabetes, hipertensão)	3-4
Histórico de hipertensão sem possibilidade de controle rotineiro dos níveis pressóricos	3
Níveis de pressão sistólica de 140-159 mmHg ou diastólica de 90-99 mmHg	4
Sistólica > 160 mmHg ou diastólica > 100 mmHg	4
História pessoal de tromboembolismo venoso ou pulmonar	4
Histórico pessoal de AVC, infarto do miocárdio, doença valvular complicada (com hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite subaguda)	4
Enxaqueca com aura, em qualquer idade	4
Enxaqueca sem aura após os 35 anos	3-4
Câncer de mama	4
Diabetes com nefropatia, retinopatia, neuropatia ou mais de 20 anos de duração	3-4
Doença da vesícula biliar atual, em tratamento clínico	3
Colestase relacionada ao contraceptivo combinado	3
Cirrose	3-4
Hepatite viral ativa	4
Tumor hepático benigno ou maligno	3-4

Quadro 8- Contra indicações dos contraceptivos combinados



6. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência deve ser utilizada em cenários clínicos específicos, como após relações sexuais desprotegidas, falha contraceptiva (rompimento de preservativo ou esquecimento de pílula contraceptiva) ou quando uma mulher é exposta a um intercurso sexual sem consentimento.

O Levonorgestrel 0,75 mg é o método mais utilizado, devendo ser administrado 2 comprimidos por via oral, preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação. Sua eficácia diminui com o tempo, sendo maior quanto mais precoce for o uso. De acordo com a FEBRASGO, o uso de Levonorgestrel previne cerca de $\frac{2}{3}$ das gestações, se iniciada no prazo de 24 horas do ato sexual.

Os eventos adversos são relativamente leves, como náusea, vômitos, cefaleia e tontura. Os efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da anticoncepção de emergência. Se a êmese ocorrer de 1 a 2 horas após a administração, recomenda-se que a dose seja repetida. A anticoncepção de emergência pode provocar alteração do ciclo menstrual, é importante que se esclareça que ela não provocará sangramento imediato após o seu uso.

* Essa medicação pelo SUS está disponível apenas para uso durante o atendimento no PAM e UPA.

7. SÍNTESE INTEGRADA DO CUIDADO

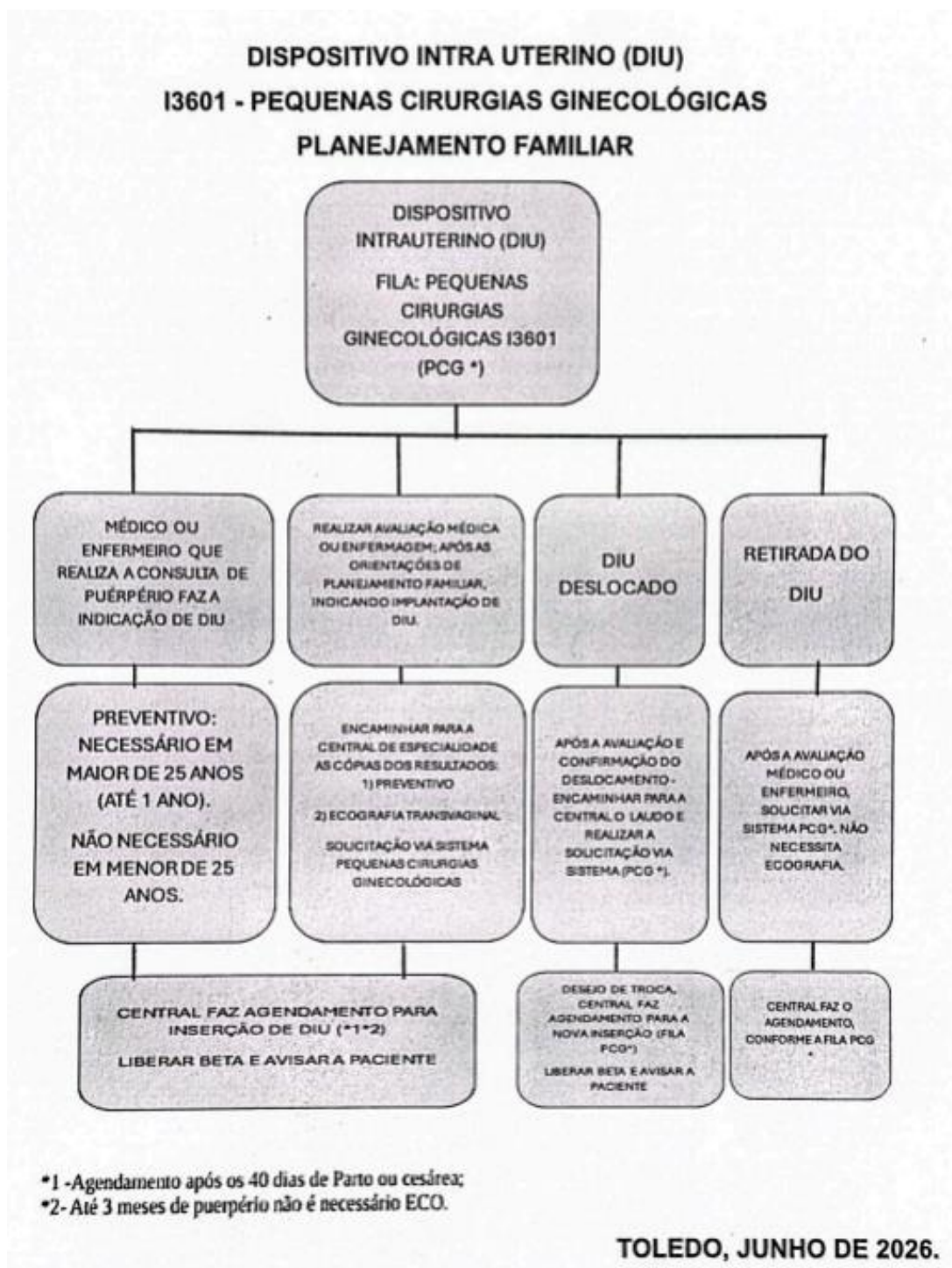
O planejamento reprodutivo deve ser compreendido como um processo contínuo, que envolve desde a orientação pré-concepcional até a escolha e acompanhamento de métodos contraceptivos. A atuação dos profissionais de saúde deve ser proativa, baseada em evidências e centrada na autonomia do paciente. A qualidade do cuidado depende da capacidade de integrar informações clínicas, contexto social e preferências individuais, garantindo que cada pessoa tenha acesso a informações claras e a métodos seguros e eficazes.

A implementação deste protocolo no município de Toledo representa uma estratégia estruturante para qualificação da Atenção Primária à Saúde, promovendo



maior autonomia da enfermagem, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e otimização dos recursos assistenciais. Espera-se, como resultado, a redução da demanda por consultas médicas para planejamento reprodutivo, aumento da cobertura contraceptiva e melhoria dos indicadores relacionados à saúde sexual e reprodutiva da população.

ANEXO 3 - FLUXOGRAMA SOBRE DIU



8. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna que se desenvolve lentamente a partir de lesões precursoras no epitélio cervical, sendo fortemente



associado à infecção persistente pelo HPV (Papilomavírus Humano). No Brasil, representa um importante problema de saúde pública, figurando entre os tipos de câncer mais incidentes em mulheres.

De acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde e do INCA, o controle da doença baseia-se principalmente no rastreamento e na prevenção. O rastreamento é recomendado para mulheres, em geral, na faixa etária de 25 a 64 anos, por meio de exames periódicos, tradicionalmente o citopatológico (Papanicolau), com tendência recente de substituição progressiva pelo teste molecular para detecção do DNA do HPV oncogênico, considerado mais sensível.

As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (2025) estabelecem um modelo de rastreamento organizado no SUS, com definição de fluxos assistenciais, acompanhamento de casos alterados e garantia de acesso ao diagnóstico e tratamento.

A prevenção primária é realizada principalmente pela vacinação contra o HPV, enquanto a prevenção secundária ocorre pelo rastreamento regular e tratamento das lesões precursoras. O tratamento do câncer depende do estadiamento da doença, podendo envolver cirurgia, radioterapia e quimioterapia, conforme definido nos protocolos clínicos nacionais.

Além disso, os protocolos brasileiros destacam a necessidade de organização da rede de atenção à saúde, redução de desigualdades no acesso e monitoramento contínuo das ações, visando diminuir a incidência e mortalidade da doença no país.

Ao realizar a coleta, deve-se registrar no SIGSS o procedimento correspondente ao exame citopatológico, conforme o código de procedimento vigente no sistema.

Procedimento:	Código:
Coleta de material p exame citopatologico de colo uterino (papanicolau)	0201020033

Quadro 9 - Procedimento para inserir no SIGSS.

8.1. TÉCNICA DE COLETA CITOLOGIA ONCÓTICA

A citologia oncológica, conhecida como exame de Papanicolau, é um procedimento fundamental para a detecção precoce de lesões precursoras e do



câncer do colo do útero. No Brasil, sua realização segue as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), além das normas profissionais definidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

A coleta pode ser realizada por médicos e enfermeiros devidamente capacitados. Antes do exame, a mulher deve ser orientada a evitar relações sexuais, duchas vaginais e o uso de medicamentos intravaginais nas 48 horas anteriores, além de, preferencialmente, não estar no período menstrual.

O procedimento inicia-se com a higienização das mãos pelo profissional, identificação da paciente e seu posicionamento em posição ginecológica (litotomia). Em seguida, realiza-se a introdução do espéculo vaginal, sem o uso de lubrificantes oleosos, para permitir a visualização adequada do colo do útero.

A coleta do material é feita em duas etapas. Primeiro, realiza-se a coleta ectocervical utilizando a espátula de Ayre, que deve ser girada em 360 graus ao redor do orifício externo do colo uterino. Depois, é feita a coleta endocervical com a escova apropriada, inserida cuidadosamente no canal cervical e também girada 360 graus. É fundamental que a amostra inclua células da zona de transformação, pois essa é a área mais suscetível ao desenvolvimento de lesões.

Após a coleta, e após cada etapa, o material deve ser imediatamente distribuído de forma uniforme sobre a lâmina de vidro, formando um esfregaço adequado. A fixação deve ser feita rapidamente, em até 10 segundos, utilizando álcool a 95% ou spray fixador, para preservar as características celulares.

A lâmina deve ser corretamente identificada, e a ficha clínica preenchida com informações relevantes, garantindo a qualidade da análise laboratorial. Em seguida, o material é encaminhado ao laboratório conforme os protocolos estabelecidos.

De acordo com as recomendações do INCA, o exame deve ser realizado em mulheres entre 25 e 64 anos. Após dois resultados anuais consecutivos sem alterações, a periodicidade passa a ser de três em três anos.

A execução correta da técnica é essencial para garantir a qualidade da amostra e a confiabilidade do diagnóstico, contribuindo de forma significativa para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil.



8.2. RECOMENDAÇÕES PARA COLETA DE CITOPATOLÓGICO

Mulheres que não iniciaram a vida sexual: Mulheres sem história de atividade sexual não devem ser submetidas ao rastreamento, devido ao papel do HPV na carcinogênese do câncer de colo de útero e que a infecção viral ocorre por transmissão sexual.

Mulheres até 24 anos: **O rastreamento citopatológico não deve ser iniciado em mulheres até 24 anos, mesmo que sejam sexualmente ativas.** Nessa faixa etária, há alta probabilidade de regressão espontânea de lesões de baixo grau, o que pode resultar em intervenções desnecessárias sem benefício clínico comprovado.

Gestantes: Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer de colo de útero ou lesões precursoras, e o pré-natal deve ser utilizado como oportunidade de rastreamento, desde que dentro dos critérios de rastreamento (se pertinente pela idade ou condições biológicas, como lesões de HPV induzidas). A gestante deve ser orientada que não há contraindicações à coleta de citologia oncológica neste período, e, que, pequenos sangramentos após o procedimento são normais.

Climatério e pós-menopausa: Mulheres no climatério e pós-menopausa continuam aptas ao rastreamento enquanto estiverem entre 25 e 64 anos. Após os 64 anos, o rastreamento pode ser interrompido se houver histórico de exames citopatológicos normais regulares. As alterações fisiológicas do climatério não contraindicam a coleta, mas podem exigir técnica adequada para garantir amostragem, além disso, em algumas pacientes, é recomendado acompanhamento pelo médico, uma vez que pode ser necessário proceder à estrogenização prévia à realização da coleta.

Histerectomizadas: Em mulheres que foram submetidas à histerectomia total (remoção do útero e colo do útero) por motivo benigno e sem história de neoplasia cervical, o rastreamento citopatológico não é necessário, pois não há tecido de risco. Em casos de histerectomia por indicação de neoplasia cervical ou atipias, o rastreamento deve ser individualizado conforme orientação médica especializada.



Imunossuprimidas:

- Mulheres infectadas pelo HIV: Mulheres vivendo com HIV devem ser submetidas ao rastreamento citológico mais frequente, a depender da contagem de CD4. Lesões precursoras de HPV tendem a progredir mais rapidamente neste grupo e a recorrer mais frequentemente do que em mulheres não infectadas pelo HIV. De acordo com as Diretrizes para o Rastreamento de Câncer de Colo de útero, o exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano, e, se sem alterações, anualmente. A exceção está em mulheres com HIV com CD4+ < 200 células/mm³, as quais devem ter rastreamento citológico semestral. Nessas situações, é válido compartilhamento de decisões e construção de planejamento terapêutico individual.
- Imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos: Mulheres submetidas a transplante de órgãos sólidos com terapia imunossupressora contínua apresentam maior risco de infecção persistente por HPV e progressão de lesões cervicais. Nessas situações, é válido compartilhamento de decisões e construção de planejamento terapêutico individual.
- Mulheres em tratamento de câncer ou em uso crônico de corticosteróides: Mulheres em tratamento de câncer (especialmente em terapias que afetam imunidade) e aquelas em uso crônico de corticosteróides também fazem parte de grupos imunossuprimidos. Nessas situações, é válido compartilhamento de decisões e construção de planejamento terapêutico individual.

Mulheres que buscam a unidade para realização da citologia oncótica em função de corrimentos: Em situações que a paciente busque o serviço de saúde com queixas ginecológicas, o exame citopatológico pode ser realizado, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde - 25 aos 64 anos, após início de atividades sexuais e em periodicidade adequada. É válido ressaltar que as queixas ginecológicas devem ser utilizadas como meio para acolhimento da paciente, planejamento reprodutivo e orientações acerca de educação sexual, além de tratamento da condição clínica, quando necessário, e orientações. Caso o corrimento presente comprometa a coleta



do Papanicolau, este deve ser agendado posteriormente ao tratamento da condição atual.

PERIODICIDADE PADRÃO (BRASIL)

- Iniciar aos 25 anos, se já iniciou a vida sexual;
- Realizar os dois primeiros exames com intervalo de 1 ano entre si.
- Após dois resultados normais consecutivos, repetir a cada 3 anos.
- Em grupos de alto risco (HIV, imunossupressão), manter rastreamento mais frequente com avaliação clínica individual.
- Interromper após 64 anos se houver histórico de exames normais regulares.

CONCEITOS IMPORTANTES

- O exame citopatológico (Papanicolau) é uma ferramenta de rastreamento, não diagnóstico clínico isolado.
- A técnica de coleta deve priorizar a zona de transformação escamo-colunar, local onde ocorrem a maioria das lesões precursoras.
- A presença de corrimentos ou secreções excessivas pode comprometer a amostra, devendo ser solucionada — se necessário — antes da coleta, sem atrasar o rastreamento quando indicado.

BASE NORMATIVA BRASILEIRA ATUAL

Este conjunto de recomendações segue as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), e das recomendações clínicas nacionais voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero e lesões precursoras no Brasil, com adaptações específicas para populações de maior risco, como pessoas imunossuprimidas ou vivendo com HIV.



8.3.RECOMENDAÇÕES DE CONDUTA CONFORME RESULTADO DE CITOPATOLÓGICO

Resultado do exame	Especificações	Conduta recomendada
Atipias de significado indeterminado (ASC-US)	Alterações celulares mínimas, significado clínico incerto	Repetir exame citológico em 6–12 meses a depender da idade da paciente; se resultado igual ou sugestivo de lesão intraepitelial ou câncer, encaminhar à colposcopia;
Atipias de significado indeterminado (ASC-H)	Células escamosas atípicas, em que não se pode excluir uma lesão de alto grau	Encaminhamento imediato para colposcopia e biópsia
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL / NIC 1)	Alterações leves da epiderme cervical, geralmente associadas a HPV	Repetir exame citológico em 6 meses; encaminhar para colposcopia se alteração persistir por >12 meses
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL / NIC 2 ou NIC 3)	Alterações significativas com risco de progressão para câncer invasivo	Encaminhamento imediato para colposcopia e biópsia; tratamento excisional ou destrutivo conforme avaliação histológica
Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor	Presença de alterações graves com suspeita de invasão	Encaminhamento urgente para colposcopia; tratamento cirúrgico/excisional conforme avaliação
Adenocarcinoma in situ ou invasor	Lesão glandular com potencial maligno	Encaminhamento imediato para colposcopia; realização de biópsia ou tratamento excisional de acordo com avaliação
Amostra insatisfatória	Material insuficiente, sangue ou secreção compromete a avaliação	Repetir coleta em 6-12 semanas com correção, quando possível, do problema que motivou o resultado insatisfatório



Resultado do exame	Especificações	Conduta recomendada
Amostra satisfatória, mas apenas com células escamosas	Ausência de células glandulares endocervicais na amostra	Se resultado normal, repetir em um ano.
LEGENDAS		
Normal / negativo para lesão	Lesão de baixo grau (LSIL / NIC 1, ASC-US)	Lesão de alto grau ou invasiva (HSIL / NIC 2-3, suspeita de microinvasão, adenocarcinoma)
		Amostra insatisfatória indica necessidade de repetição da coleta.

Quadro 10 - Recomendações de condutas conforme o resultado do exame citopatológico de colo de útero.

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2025; Ministério da Saúde, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, s.d.

Observações importantes:

- Pacientes imunossuprimidas ou vivendo com HIV: qualquer alteração, mesmo de baixo grau, requer acompanhamento mais rigoroso, com intervalos menores entre exames e encaminhamento precoce para colposcopia.
- O objetivo é a detecção precoce de lesões precursoras ou câncer, garantindo tratamento oportuno e redução da mortalidade por câncer cervical.
- Todo acompanhamento deve ser documentado e individualizado, considerando histórico clínico e fatores de risco da paciente.

8.4. ACHADOS CLÍNICOS COMUNS NO COLO UTERINO

Achados considerados normais:



Achado	Descrição Clínica	Aspecto visual (como reconhecer)	Conduta do Enfermeiro
Nulípara	Colo uterino de mulher que nunca teve parto vaginal	Óstio externo puntiforme (pequeno e circular)	Conduta de rotina, rastreamento conforme idade
Colo róseo com ectopia discreta	Presença de epitélio glandular visível em pequena área	Região avermelhada ao redor do orifício cervical	Orientar benignidade, realizar citologia
Colo róseo com ectopia extensa	Ectopia mais ampla, comum em jovens e gestantes	Área vermelha maior, bem delimitada	Avaliar sintomas, manter acompanhamento
Múltipara	Colo de mulher com partos vaginais prévios	Óstio externo em fenda (abertura transversal)	Conduta normal, seguir rastreamento
Climatério/menopausa	Redução de estrogênio, podendo haver atrofia	Colo pálido, seco, às vezes retraído	Coleta com cuidado, orientar sobre atrofia
Cistos de Naboth	Cistos benignos de retenção mucosa	Pequenas bolhas esbranquiçadas/amareladas	Não necessita tratamento, apenas registro
Ectopia	Exteriorização do epitélio glandular endocervical para a ectocérvice	Área avermelhada ao redor do orifício cervical externo	Reconhecer como condição benigna. Realizar coleta do exame citopatológico conforme diretrizes

Quadro 11 - Achados clínicos normais no colo uterino e condutas recomendadas.

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2025; Ministério da Saúde, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, s.d.

Achados considerados anormais:



Achado	Descrição Clínica	Aspecto visual (como reconhecer)	Conduta do Enfermeiro
Colo inflamado (candidíase)	Infecção por <i>Candida albicans</i>	Colo hiperemiado + secreção branca espessa (tipo “leite coalhado”)	Orientar, coletar exame se indicado e encaminhar para tratamento
Lesão macroscópica	Possível lesão pré-maligna ou maligna	Área irregular, ulcerada ou elevada	Encaminhamento imediato para avaliação médica
Colpite por tricomoníase	Infecção por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Colo em “aspecto de framboesa” (pontilhado avermelhado)	Encaminhar para tratamento e orientar parceiro
Pólipo cervical	Crescimento que se projeta na superfície do canal cervical	Estrutura avermelhada saindo do óstio	Encaminhar para avaliação e possível retirada
Cervicite (gonorreia/clamídia)	Infecção por IST (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> / <i>Chlamydia trachomatis</i>)	Presença de secreção mucopurulenta no óstio	Encaminhar, orientar IST e tratamento do casal

Quadro 12 - Achados clínicos anormais no colo uterino e condutas recomendadas.

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2025; Ministério da Saúde, 2013; Conselho Federal de Enfermagem, 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, s.d.

8.5. COLPOSCOPIA

A colposcopia é um exame complementar utilizado para avaliação detalhada do colo do útero, permitindo a visualização ampliada da mucosa cervical, identificação precoce de lesões precursoras do câncer cervical e o direcionamento da conduta diagnóstica e terapêutica. Está indicada principalmente diante de alterações citológicas detectadas no exame Papanicolau, suspeita clínica de lesões cervicais ou acompanhamento de mulheres com fatores de risco para câncer do colo do útero.



CONDUTAS DE INTERPRETAÇÃO E ENCAMINHAMENTO CONFORME LAUDO DA COLPOSCOPIA :

Resultado da Colposcopia	Descrição/Interpretação	Conduta do Enfermeiro
Sem alterações	Colposcopia dentro da normalidade, mucosa cervical sem alterações suspeitas, ausência de áreas acetobranças, mosaico, pontilhado ou sinais sugestivos de displasia significativa	- Registrar resultado em prontuário - Orientar manutenção do rastreamento citopatológico de rotina conforme faixa etária e protocolo vigente - Agendar seguimento conforme protocolo institucional
Com alterações – Lesão de baixo grau	- Lesão Intraepitelial Escamosa de baixo grau (LSIL) - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau 1 (NIC I) - Neoplasia Intraepitelial Vaginal de Grau 1 (NIVa 1) - Áreas acetobranças finas/discretas compatíveis com lesão de baixo grau	- Registrar resultado em prontuário - Encaminhar para avaliação médica conforme protocolo institucional INCA - Realizar orientação quanto à importância do seguimento periódico - Agendar retorno para acompanhamento citológico e/ou colposcópico conforme recomendação - Encaminhar para biópsia, quando indicada
Com alterações – Lesão de alto grau	- Neoplasia Intraepitelial Cervical de Alto Grau (NIC II,III) - Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL) - Carcinoma in situ - Áreas acetobranças densas, mosaico ou pontilhado grosseiro, ou lesão elevada/friável sugestiva de lesão de alto grau	- Registrar resultado em prontuário e comunicar imediatamente à equipe médica responsável - Encaminhar para avaliação especializada e biópsia dirigida, conforme protocolo institucional - Garantir seguimento rigoroso da paciente e monitoramento do comparecimento aos retornos agendados - Orientar sobre sinais de alerta, como sangramento vaginal anormal, dor pélvica e corrimento persistente - Reforçar importância da adesão



Resultado da Colposcopia	Descrição/Interpretação	Conduta do Enfermeiro
		ao acompanhamento e tratamento

Quadro 13 - Resultado da colposcopia e conduta do enfermeiro.

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA Brasil], 2025; "Brasil", 2013; selho Federal de Enfermagem", "COFEN Brasil", 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

9. PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA

9.1. AÇÕES DE RASTREAMENTO

O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia fundamental para a detecção precoce da doença, reduzindo a morbimortalidade e permitindo tratamento mais eficaz. No Brasil, o rastreamento segue recomendações do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e está respaldado por legislações específicas.

A faixa etária recomendada para rastreamento de rotina é de 50 a 74 anos, com realização de mamografia bilateral a cada dois anos. Para mulheres entre 40 e 49 anos, o rastreamento é individualizado, considerando fatores de risco e decisão compartilhada entre paciente e profissional de saúde.

O exame de rastreamento padrão é a mamografia, mas o exame clínico das mamas, realizado por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros capacitados, é um componente importante do acompanhamento. O autoexame das mamas pode ser orientado como medida educativa, mas não substitui a mamografia.

O enfermeiro tem papel central na implementação do rastreamento, realizando a orientação para mamografia, agendamento de exames, exame clínico das mamas, registro do histórico familiar e de fatores de risco, além de encaminhar pacientes para avaliação especializada caso sejam identificados nódulos suspeitos, secreção papilar anormal ou outros sinais de alerta. A educação da paciente sobre prevenção, sinais de alerta e autocuidado também é uma responsabilidade do enfermeiro.

Algumas mulheres possuem risco aumentado de desenvolver câncer de mama, devendo ter rastreamento diferenciado ou mais precoce:

- Histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau;



- Presença de mutações genéticas conhecidas, como BRCA1 e BRCA2;
- Mulheres que tiveram câncer de mama previamente;

As ações de rastreamento são respaldadas por legislações e protocolos nacionais, entre elas: o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (2013), a Lei nº 11.664/2008, que institui ações de detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS), e o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, que define fluxos de atendimento, periodicidade de exames e encaminhamentos clínicos. Além disso, o INCA disponibiliza recomendações atualizadas para rastreamento populacional e grupos de risco, reforçando a importância do diagnóstico precoce.

Em suma, o rastreamento do câncer de mama no Brasil combina exames periódicos, avaliação clínica, educação em saúde e seguimento adequado, garantindo que alterações suspeitas sejam identificadas precocemente e que a paciente receba atenção integral e oportuna, em consonância com a legislação, protocolos nacionais e avaliação de risco individual.

9.1.1. Aprazamento das mamografias de rastreamento

50 a 74 anos

- Solicitar mamografia a cada 2 anos
- Registrar no prontuário e sistema (e-SUS)
- Realizar busca ativa se atraso

40 a 49 anos

- Avaliar risco individual
- Encaminhar para avaliação médica

≥ 35 anos com alto risco

- Mamografia anual



- Encaminhar para acompanhamento médico
- Considerar exames complementares

< 40 anos sem risco

- Não realizar rastreamento
- Orientar sinais de alerta

Presença de sinais ou sintomas (qualquer idade)

- Nódulo palpável
- Alterações na pele (casca de laranja, retração)
- Secreção papilar
- Dor persistente localizada
- Esses sintomas se agravam principalmente quando associados a um histórico familiar positivo de CA de mama

Conduta:

- Não é rastreamento → é investigação
- Encaminhamento imediato para avaliação médica
- Priorizar exames diagnósticos

9.1.2. Resultados da mamografia e condutas de APS no rastreio do câncer de mama

BI-RADS / Resultado	Significado	Conduta do Enfermeiro na APS
0 – Inconclusivo	Exame conclusivo; não de necessidade	- Solicitar repetição do exame ou exames complementares (ultrassom mamário bilateral) - Orientar e agendar retorno da



BI-RADS / Resultado	Significado	Conduta do Enfermeiro na APS
	avaliação adicional	paciente - Registrar no prontuário o exame de rastreamento
1 – Sem achados	Mamografia normal	- Orientar manutenção do rastreamento conforme faixa etária (50–74 anos: bienal) - Educação em saúde sobre autocuidado e sinais de alerta - Solicitar e agendar próxima mamografia conforme protocolo
2 – Achado benigno	Alterações benignas (cistos, fibroadenoma)	- Registrar no prontuário - Orientar vigilância e acompanhamento de rotina - Reforçar sinais de alerta para qualquer alteração nova
3 – Achado provavelmente benigno	Alteração que provavelmente não é câncer (<2% de chance)	- Encaminhar para acompanhamento em curto prazo (geralmente 6 meses) conforme diretriz - Orientar paciente sobre a necessidade de retorno para controle - Registrar no prontuário
4 – Achado suspeito	Lesão suspeita de malignidade	- Encaminhar imediatamente para avaliação médica - Fornecer orientação e suporte à paciente
5 – Achado altamente suspeito	Alta probabilidade de câncer (>95%)	- Encaminhar imediatamente para avaliação médica - Orientar paciente sobre urgência e suporte emocional - Registrar detalhadamente no prontuário
6 – Achado com diagnóstico de câncer	Câncer previamente diagnosticado	- Encaminhar imediatamente para avaliação médica - Registrar e monitorar evolução

Quadro 14 - Resultado da mamografia e condutas recomendadas.



Fonte: adaptado de ", "INCA Brasil", 2025; organization", "Ministério da Saúde", "Brasil", 2013; ", "COFEN Brasil", 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

9.2. AÇÕES MEDIANTE A PRESENÇA OU RELATO DE SINAIS OU SINTOMAS

Sinal / Sintoma	Avaliação Observação	Ação do Enfermeiro
Nódulo ou massa palpável na mama	Localização, tamanho, consistência, mobilidade; presença de linfonodos axilares	Registrar no prontuário; orientar paciente; encaminhar para avaliação médica imediata; solicitar exames complementares (mamografia, ultrassonografia) conforme protocolo
Alterações na pele da mama	Eritema, retração, edema, aspecto de "casca de laranja"	Registrar; encaminhar rapidamente para avaliação médica; reforçar importância de acompanhamento
Secreção papilar anormal	Saída espontânea de secreção clara/serosa	Registrar características da secreção; encaminhar para avaliação médica; coleta de exame citológico se indicado
Dor localizada ou sensibilidade persistente	Dor unilateral, não relacionada ao ciclo menstrual	Avaliar intensidade, duração e fatores desencadeantes; orientar registro diário da dor; encaminhar para avaliação médica se persistente ou associada a massa
Alteração no formato ou simetria da mama	Mudança visível na forma, tamanho ou posição do mamilo	Registrar observações; orientar paciente; encaminhar para avaliação médica e solicitar exames complementares se necessário
Linfonodos axilares palpáveis	Presença de nódulos endurecidos ou aderidos	Registrar localização, tamanho e consistência; encaminhar para avaliação médica; solicitar exames de imagem ou biópsia se indicado

Quadro 15 - Sinais e sintomas relacionados às mamas e condutas.

Fonte: adaptado de Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2025; Ministério da Saúde, 2015; Conselho Federal de Enfermagem, 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, s.d.



9.3. MASTALGIA E OUTROS SINTOMAS MAMÁRIOS

Mastalgia é o termo utilizado para descrever a dor mamária, sendo um sintoma comum em mulheres de todas as faixas etárias. Ela pode ser classificada como cíclica ou não cíclica. A mastalgia cíclica está geralmente associada ao ciclo menstrual, apresentando dor bilateral difusa, frequentemente relacionada a alterações hormonais fisiológicas. Já a mastalgia não cíclica tende a ser unilateral, localizada e persistente, podendo estar relacionada a trauma, infecção, alterações benignas ou, em raros casos, há lesões malignas.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro desempenha papel fundamental na avaliação inicial da mastalgia. Isso inclui a coleta de histórico detalhado, a identificação de fatores de risco, a inspeção e palpação da mama e a investigação de sinais de alerta, como nódulos palpáveis, secreção papilar anormal ou alterações cutâneas (retração, edema ou aspecto de “casca de laranja”).

Situação clínica	Avaliação Observação	Conduta do Enfermeiro (segundo protocolos brasileiros)
Mastalgia com febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	Avaliar sinais de infecção: calor, rubor, edema, dor localizada; verificar histórico recente de trauma ou lactação	Registrar no prontuário; orientar cuidados locais; encaminhar imediatamente para avaliação médica; monitorar evolução clínica; coletar exames laboratoriais se indicado
Mastalgia sem febre	Avaliar localização, intensidade, duração, relação com ciclo menstrual; palpação da mama e axilas	Registrar no prontuário; orientar medidas de conforto (sutiã adequado, analgesia simples); monitorar evolução; reforçar rastreamento de rotina (mamografia, exame clínico)
Descarga papilar espontânea em não nutrízes	Observar cor, quantidade, unilateralidade, associação a nódulos ou dor	Registrar no prontuário; encaminhar para avaliação médica; coletar exames complementares se indicado
Retração mamilar, descamação ou	Avaliar extensão da alteração, unilateralidade, sinais	Registrar no prontuário; encaminhar para avaliação médica; orientar paciente sobre



Situação clínica	Avaliação Observação	Conduta do Enfermeiro (segundo protocolos brasileiros)
erosão do mamilo/aréola	de inflamação ou lesão subjacente	sinais de alerta; monitorar evolução
Alteração da pele com aspecto de “casca laranja”	Observar difusão, presença de edema, alterações vasculares; verificar sintomas associados	Registrar no prontuário; encaminhar imediatamente para avaliação médica especializada; monitorar evolução; reforçar orientação sobre detecção precoce de câncer de mama

Quadro 16 - Sinais e sintomas mamários e condutas do enfermeiro.

Fonte: adaptado do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2025; Ministério da Saúde, 2015; Conselho Federal de Enfermagem, 2011; Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, s.d.

10. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O climatério é o período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, geralmente se inicia por volta dos 40 anos. Trata-se de uma fase fisiológica do envelhecimento feminino, e não de uma doença, sendo marcada por alterações hormonais decorrentes da diminuição progressiva da função ovariana. Dentro desse período ocorre a menopausa, que corresponde à última menstruação, sendo confirmada após 12 meses consecutivos de amenorreia. No Brasil, a idade média da menopausa é em torno de 50 a 51 anos.

Do ponto de vista fisiopatológico, o climatério é caracterizado pela redução da produção de estrogênio e progesterona pelos ovários, levando ao hipoestrogenismo. Essa alteração hormonal está associada a diversas mudanças no organismo, incluindo repercussões metabólicas, vasomotoras, geniturinárias e ósseas.

As manifestações clínicas variam entre as mulheres, tanto em intensidade quanto em duração. Entre os sintomas mais comuns estão os vasomotores, como fogachos (ondas de calor) e sudorese noturna. Também são frequentes sintomas psíquicos, como irritabilidade, ansiedade, depressão, insônia e dificuldades de memória. No sistema geniturinário, podem ocorrer ressecamento vaginal, dispareunia, redução da libido e maior predisposição a infecções urinárias. Além disso, há alterações metabólicas, como aumento de gordura abdominal e maior risco



cardiovascular, bem como perda de massa óssea, o que eleva o risco de osteoporose e fraturas.

O diagnóstico do climatério e da menopausa é essencialmente clínico, especialmente em mulheres com mais de 45 anos que apresentam irregularidade menstrual associada a sintomas típicos. Exames laboratoriais não são necessários de rotina, sendo reservados para situações específicas.

Durante o climatério, há aumento do risco para doenças crônicas, especialmente doenças cardiovasculares, osteoporose e síndrome metabólica. Por isso, as diretrizes brasileiras enfatizam a importância de uma abordagem integral à saúde da mulher, considerando aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, com foco na promoção da qualidade de vida.

O manejo inclui medidas não farmacológicas, como alimentação equilibrada rica em cálcio e vitamina D, prática regular de atividade física e cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool. O acompanhamento em saúde deve ser contínuo, com foco na prevenção de agravos. Nos casos de sintomas moderados a intensos, pode ser indicada a terapia hormonal da menopausa, desde que não haja contraindicações, sendo necessária avaliação individualizada dos riscos e benefícios. Alternativas não hormonais também podem ser utilizadas.

Entre as opções fitoterápicas, destacam-se as isoflavonas, que podem ser consideradas quando a paciente prefere uma abordagem de origem natural ou apresenta contraindicação à terapia hormonal. Esses compostos podem contribuir para o alívio de alguns sintomas do climatério e da menopausa, especialmente os vasomotores, como ondas de calor. Entretanto, sua eficácia varia entre as mulheres. Dessa forma, sua utilização deve ser individualizada, considerando as características clínicas, as preferências da paciente e a avaliação dos riscos e benefícios.

Registro no sistema: caso apresente esses sintomas, utilizar o CIAP X11 – Sinais e sintomas da menopausa/climatério.



10.1. TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL (TRH)

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH), atualmente denominada também como terapia hormonal da menopausa, consiste na administração de estrogênio isolado ou associado à progesterona, com o objetivo de aliviar os sintomas decorrentes do hipoestrogenismo no climatério e na menopausa. De acordo com diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a TRH é considerada o tratamento mais eficaz para os sintomas vasomotores, como fogachos e sudorese noturna, além de apresentar benefícios na melhora dos sintomas geniturinários, como ressecamento vaginal e dispareunia.

A principal indicação da TRH é para mulheres com sintomas moderados a intensos que impactam a qualidade de vida, especialmente nos primeiros anos após a menopausa. Além disso, pode ser indicada na prevenção da perda óssea e redução do risco de osteoporose em mulheres com maior risco, quando outras terapias não são adequadas. A escolha do esquema terapêutico deve ser individualizada, considerando idade, tempo de menopausa, presença de útero, fatores de risco e preferências da paciente. Mulheres histerectomizadas podem utilizar estrogênio isolado, enquanto aquelas com útero devem associar progesterona para prevenir hiperplasia endometrial.

Apesar dos benefícios, a TRH apresenta riscos que devem ser cuidadosamente avaliados. Entre os principais estão o aumento do risco de tromboembolismo venoso, acidente vascular cerebral e, em alguns casos, câncer de mama, especialmente com uso prolongado. Por isso, as diretrizes recomendam utilizar a menor dose eficaz pelo menor tempo necessário, com reavaliações periódicas.

Existem contra indicações absolutas para o uso da TRH, como história de câncer de mama ou endométrio, doença tromboembólica ativa ou prévia, doença hepática grave e sangramento uterino sem causa definida. Nesses casos, devem ser consideradas terapias não hormonais.

Contraindicações absolutas à TRH:

- História pessoal de câncer de mama



- História pessoal de câncer de endométrio
- Doença hepática descompensada
- Sangramento genital não esclarecido
- História de tromboembolismo
- Porfiria
- Doença coronariana e cerebrovascular

10.2. MANEJO DAS QUEIXAS MAIS COMUNS NO CLIMATÉRIO

Queixa / Sintoma	Condutas do enfermeiro
Disúria, noctúria, polaciúria, urgência miccional, infecções urinárias de repetição	- Avaliar história clínica e sintomas - Orientar hábitos miccionais e ingestão adequada de líquidos - Incentivar higiene íntima adequada e prevenir infecções - Encaminhar ao médico quando recorrente ou persistente
Dor e ardor ao coito (dispareunia), corrimento vaginal, prurido vulvovaginal	- Avaliar sinais de atrofia genital - Orientar uso de lubrificantes e hidratantes vaginais - Educar sobre prevenção de ISTs - Encaminhar para avaliação médica se sintomas persistirem
Fogachos e sudorese noturna	- Orientar técnicas não farmacológicas (ventilação, roupas leves, evitar cafeína e álcool) - Registrar frequência e intensidade dos fogachos - Encaminhar para avaliação médica se impactar a qualidade de vida
Alterações emocionais / do sono (irritabilidade, ansiedade, depressão leve, insônia)	- Realizar escuta ativa e acolhimento emocional - Orientar higiene do sono e rotina regular - Incentivar atividades físicas e técnicas de relaxamento - Encaminhar para psicólogo ou médico se necessário



Queixa / Sintoma	Condutas do enfermeiro
Diminuição da libido	- Orientar sobre lubrificação vaginal - Promover diálogo sobre sexualidade e relacionamentos - Encaminhar para avaliação médica se houver impacto significativo na vida sexual.

Quadro 17 - Queixas no climatério e condutas do enfermeiro.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2026; FEBRASGO, 2024; SOBRAC, 2023–2024.

10.3. MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO/ MENOPAUSA

Área de intervenção	Condutas do enfermeiro
Educação em saúde	- Orientar sobre mudanças físicas, emocionais e sexuais - Explicar sintomas comuns e medidas preventivas - Informar sinais de alerta que exigem avaliação médica
Promoção de hábitos saudáveis	- Incentivar atividade física regular - Orientar alimentação equilibrada (cálcio, vitamina D) - Alertar sobre tabagismo e consumo de álcool
Manejo de sintomas específicos	- Apoiar uso de lubrificantes e hidratantes vaginais para atrofia genital - Orientar técnicas não farmacológicas para fogachos (ventilação, roupas leves, evitar cafeína e álcool) - Higiene do sono e técnicas de relaxamento para insônia e alterações emocionais
Apoio psicossocial	- Proporcionar escuta ativa e acolhimento emocional - Estimular participação em grupos de apoio ou atividades comunitárias
Prevenção de agravos	- Monitorar sinais de infecção urinária - Avaliar pressão arterial, glicemia e peso - Orientar sobre exames periódicos (mamografia, Papanicolau)
Acompanhamento individualizado	- Avaliar evolução dos sintomas e respostas às intervenções - Registrar condutas de enfermagem e adesão às orientações - Adaptar cuidados às necessidades, comorbidades e preferências da paciente

Quadro 18 - Intervenções e condutas do enfermeiro no climatério e menopausa.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2026; FEBRASGO, 2024; SOBRAC, 2023–2024.



10.4. CONTRACEPÇÃO NO CLIMATÉRIO

Apesar da redução da fertilidade durante o climatério, mulheres podem permanecer férteis até a menopausa definitiva (ausência de menstruação por 12 meses consecutivos). Por isso, a contracepção continua sendo importante para prevenir gravidez não planejada, sobretudo entre 40 e 50 anos.

Métodos contraceptivos recomendados:

- **Métodos hormonais combinados via oral ou injetável (estrogênio + progestagênio):** eficazes, mas devem ser usados com cautela em mulheres com fatores de risco cardiovascular (hipertensão, obesidade, diabetes, tabagismo). Sempre avaliar se não há contra indicação ao manter a prescrição
- **Progestagênio isolado (oral, injetável, implante):** seguros em mulheres com contraindicações ao estrogênio, incluindo risco cardiovascular ou história de trombose.
- **DIU (dispositivo intrauterino) de cobre ou hormonal:** altamente eficaz, não interfere na saúde cardiovascular.
- **Métodos de barreira (preservativo masculino/feminino):** menos eficazes isoladamente, mas protegem contra ISTs.

Considerações especiais:

- Avaliar histórico médico e fatores de risco, incluindo hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, história de tromboembolismo, câncer de mama ou endometrial.
- Métodos hormonais devem ser reavaliados periodicamente quanto à dose e risco-benefício.
- Mulheres acima de 50 anos, sem fatores de risco, podem continuar contracepção até a confirmação da menopausa definitiva.



- Educação em saúde é essencial: orientar sobre sinais de alerta e adesão correta ao método escolhido.

Papel do enfermeiro:

- Coletar histórico detalhado e identificar contraindicações.
- Orientar sobre eficácia, vantagens e desvantagens de cada método.
- Acompanhar adesão, efeitos colaterais e possíveis intercorrências.
- Encaminhar para avaliação médica quando houver contraindicações ou complicações.

Quando suspender contraceptivo na menopausa com segurança?

MÉTODOS NÃO HORMONAIS (PRESERVATIVO, DIU DE COBRE)

- Entre os 40 e 50 anos suspender métodos não hormonais após 2 anos de amenorreia
- Após os 50 anos suspender métodos não hormonais após 1 ano de amenorreia

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS COMBINADOS

- Entre 40 e 50 anos: não vale a pena dosar FSH (variabilidade muito grande). Manter o método se não houver contraindicação
- Após 50 anos: Suspender e substituir por método não hormonal ou contraceptivo de progestagênio isolado (DIU de cobre, DIU hormonal, Implanon, preservativo ou pílula progestagênio isolado)

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO - INJETÁVEL

- Entre 40 e 50 anos: Manter método



- Após 50 anos: Avaliar troca para método não hormonal ou pílula progestagênio isolado. Pode-se dosar FSH com 50 anos. Em caso de níveis do FSH de falência ovariana (depende da referência do laboratório, geralmente acima de 30 UI/L) manter o método por mais 1 ano e suspender. Se FSH não atinge níveis de falência ovariana manter o método e dosar anualmente. Suspender de qualquer forma aos 55 anos.

IMPLANTE DE ETONOGESTREL, DIU HORMONAL OU PÍLULA PROGESTAGÊNIO ISOLADO

- Entre 40 e 50 anos manter o método
- Após 50 anos pode-se dosar FSH. Em caso de níveis do FSH de falência ovariana (depende da referência do laboratório, geralmente acima de 30 UI/L) manter o método por mais 1 ano e suspender. Se FSH não atinge níveis de falência ovariana manter o método e dosar anualmente. Suspender de qualquer forma aos 55 anos.

11. ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera adolescente a pessoa entre 12 anos completos e 18 anos incompletos. O Ministério da Saúde segue a convenção estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a adolescência como o período dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias.

A atenção à saúde do adolescente deve ser realizada de forma integral, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o processo de crescimento e desenvolvimento. No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que o cuidado seja baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade, equidade e integralidade, garantindo acesso aos serviços de saúde de forma acolhedora e humanizada.

De acordo com as diretrizes, o atendimento ao adolescente deve priorizar o estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o jovem, por meio de uma escuta qualificada, livre de julgamentos e respeitosa às suas singularidades. A



confidencialidade é um dos pilares desse atendimento, devendo ser assegurada ao adolescente, exceto em situações que envolvam risco à sua vida ou a de terceiros.

A Organização Mundial da Saúde reforça que os serviços de saúde devem ser “amigáveis ao adolescente”, ou seja, acessíveis, aceitáveis, equitativos, apropriados e eficazes. Isso inclui garantir privacidade, reduzir barreiras de acesso e promover a participação ativa do adolescente nas decisões relacionadas à sua saúde.

As diretrizes também recomendam a abordagem integral, contemplando não apenas queixas clínicas imediatas, mas também fatores relacionados ao contexto familiar, escolar e social. Questões como saúde mental, sexualidade, uso de álcool e outras drogas, violência e comportamento de risco devem ser investigadas de forma sensível e sistematizada.

Alguns aspectos clínicos têm sua avaliação recomendada pelo Ministério da Saúde, devendo ser investigados e registrados pelo enfermeiro:

Anamnese:

- Perguntar o motivo da consulta;
- Verificar histórico de comorbidades e história familiar;
- Orientar sobre ciclo menstrual;
- Atentar para queixas e dúvidas;
- Questionar o humor e aspectos emocionais;
- Exame físico completo:

Avaliação antropométrica na adolescência:

A adolescência é um período marcado por intenso crescimento e mudanças corporais. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 20 a 25% da altura final do adulto e 40 a 50% do peso corporal são adquiridos nessa fase, geralmente durante o estirão puberal, que ocorre em um intervalo médio de 3 a 5 anos.

Durante a avaliação antropométrica, é fundamental que o enfermeiro esteja atento ao ritmo de crescimento. Considera-se sinal de alerta quando:

- O crescimento pré-puberal é inferior a 4 cm por ano



- O crescimento durante a puberdade é inferior a 6 cm por ano

Esses achados podem indicar alterações no desenvolvimento e devem ser investigados.

Alterações abruptas no peso corporal, tanto ganho quanto perda, necessitam de investigação clínica. Nesses casos, recomenda-se encaminhamento ao médico de família e comunidade para avaliação mais aprofundada, considerando também possíveis distúrbios emocionais e alimentares, que são relativamente frequentes nessa faixa etária.

A Organização Mundial da Saúde reforça que a avaliação deve ser contínua, utilizando curvas de crescimento e considerando o contexto individual do adolescente, incluindo estágio puberal, hábitos de vida e fatores psicossociais.

Desenvolvimento puberal feminino e avaliação clínica:

O início da puberdade nas meninas ocorre, em geral, entre 8 e 13 anos de idade, sendo o primeiro sinal clínico o aparecimento do broto mamário, denominado telarca. Esse desenvolvimento pode ocorrer inicialmente de forma unilateral, sem significado patológico. Nesses casos, recomenda-se observar a adolescente, tranquilizá-la e reavaliar após cerca de seis meses, período em que, normalmente, a outra mama e os primeiros pelos pubianos já estarão presentes. Caso isso não ocorra, o enfermeiro deve encaminhar para avaliação médica.

A idade média da menarca (primeira menstruação) no Brasil é de aproximadamente 12 anos e 4 meses, podendo variar entre 9 e 16 anos. É importante considerar o histórico familiar e acompanhar individualmente cada adolescente.

É comum a presença de corrimento vaginal fisiológico, claro e sem odor, entre 6 a 12 meses antes da menarca. Esse achado está relacionado ao estímulo estrogênico e ao crescimento do endométrio uterino. O profissional deve orientar a adolescente de que se trata de um processo natural, reforçando apenas a importância da higiene íntima adequada.

Nos primeiros anos após a menarca, os ciclos menstruais tendem a ser anovulatórios e irregulares, podendo essa irregularidade persistir por alguns anos.



Considera-se ciclo menstrual normal aquele com intervalo entre 24 e 38 dias e duração de até 8 dias.

Situações que indicam encaminhamento para MFC:

De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro deve encaminhar para avaliação pelo médico de família e comunidade quando houver:

- Puberdade precoce (antes dos 8 anos em meninas e antes dos 9 anos em meninos)
- Puberdade tardia (após 13 anos em meninas e após 14 anos em meninos)

Exame ginecológico:

O exame ginecológico em adolescentes deve ser realizado:

- Quando houver queixas ginecológicas
- Quando a adolescente já tiver iniciado vida sexual

Deve ser conduzido com sensibilidade, garantindo privacidade, acolhimento e respeito, conforme orienta a Organização Mundial da Saúde.

11.1. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

Princípios Éticos Fundamentais:

- **Autonomia:** Respeitar a capacidade do adolescente de participar de decisões sobre sua saúde, considerando sua idade e maturidade.
- **Confidencialidade:** Garantir privacidade em consultas, exames e registros. As informações só podem ser compartilhadas com familiares quando necessário para a proteção da adolescente.
- **Beneficência e não maleficência:** Priorizar o bem-estar da adolescente, prevenindo danos físicos, emocionais e sociais.



- **Respeito à dignidade:** Atendimento acolhedor, sem julgamentos ou discriminação por gênero, orientação sexual, etnia ou situação socioeconômica.

Direitos Legais do Adolescente (Brasil):

- **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/1990):**
- Garante direito à saúde, à informação, à proteção e à participação nas decisões que o envolvam.
- Define que profissionais de saúde devem respeitar a privacidade e o consentimento informado.
 - **Consentimento e sigilo:** Informações médicas não devem ser compartilhadas com terceiros sem autorização, salvo risco de vida ou violência.
- **Lei nº 9.263/1996** – Regulamenta o acesso a métodos contraceptivos e planejamento familiar, garantindo confidencialidade no atendimento.
- **Diretrizes do Ministério da Saúde:**
 - Orientam o atendimento integral, acolhedor e humanizado.
 - Recomendam registro cuidadoso das informações, respeitando confidencialidade e direitos do adolescente.

Situações que exigem atenção especial:

- **Abuso ou violência sexual:** Deve ser notificado e encaminhado conforme protocolos do ECA e da OMS.
- **Problemas de saúde mental:** Privacidade e encaminhamento para profissionais especializados.
- **Questões reprodutivas:** Orientação, acesso à contracepção e exames preventivos respeitando confidencialidade.

Boas práticas para o profissional de enfermagem:

- Garantir ambiente acolhedor e seguro para a adolescente.
- Explicar procedimentos e exames de forma clara e compreensível.



- Registrar dados clínicos de forma objetiva, mantendo sigilo.
- Acolher dúvidas e questionamentos sobre saúde física, emocional e sexual.
- Encaminhar casos que excedam a competência do enfermeiro para avaliação médica ou serviços especializados.

11.2. TESTAGEM SOROLÓGICA PARA MENORES DE 18 ANOS

No Brasil, adolescentes a partir de 12 anos podem consentir para exames relacionados à saúde sexual e reprodutiva, enquanto menores de 12 anos precisam da autorização do responsável legal. A testagem deve ser voluntária e, sempre que possível, estimulada com o acompanhamento de um adulto de confiança. O atendimento deve respeitar autonomia, confidencialidade e dignidade, criando ambiente acolhedor, fornecendo informações claras e garantindo orientação sobre prevenção, encaminhamento e acompanhamento psicológico ou clínico quando necessário. A testagem deve ocorrer em unidades de atenção básica ou serviços especializados, seguindo protocolos do Ministério da Saúde e da OMS, inclusive em situações de risco, violência sexual ou vulnerabilidade social, assegurando saúde integral ao adolescente.

12. INFERTILIDADE

A infertilidade é definida como a incapacidade de um casal de engravidar após 12 meses de relações sexuais regulares sem uso de métodos contraceptivos. Para mulheres com mais de 35 anos, recomenda-se iniciar a investigação após seis meses de tentativas, devido à diminuição progressiva da fertilidade. A avaliação inicial deve considerar o tempo de tentativa de concepção e envolver simultaneamente ambos os parceiros.

A conduta clínica envolve avaliar ambos os parceiros simultaneamente, solicitar exames laboratoriais e de imagem conforme sinais, histórico e protocolos vigentes, e discutir os resultados com o Médico de Família e Comunidade (MFC) para definir encaminhamentos, acompanhamento e tratamentos adequados.

As principais causas de infertilidade feminina incluem:



- Disfunção ovulatória;
- Fator tubário ou obstrução das trompas;
- Endometriose;
- Fator uterino, como miomas ou malformações;
- Múltiplos fatores combinados.

Para a avaliação da mulher, é importante levantar a história de ciclo menstrual irregular ou ausente, idade superior a 35 anos, infecções sexualmente transmissíveis ou processos pélvicos inflamatórios prévios, cirurgias pélvicas, dispareunia, alterações endócrinas, exposição a substâncias químicas, doenças autoimunes, galactorréia, hirsutismo, acne e alterações no exame pélvico.

O(a) enfermeiro(a) pode solicitar exames laboratoriais iniciais, incluindo hormônio folículo estimulante (FSH), estradiol, prolactina e hormônio estimulante da tireoide (TSH), auxiliando na investigação inicial antes do encaminhamento médico. Esses exames devem ser coletados nos primeiros três dias de um ciclo menstrual.

O fator masculino deve ser investigado principalmente através do espermograma. Em caso de alterações, o encaminhamento para avaliação médica é necessário.

Sinais de alerta incluem infecções sexualmente transmissíveis, varicocele, criptorquidia, traumas testiculares, quimioterapia ou radioterapia prévia, uso de medicamentos que afetam a espermatogênese, condições genéticas como fibrose cística, ausência congênita bilateral do canal deferente, alterações do cromossomo Y, síndrome de Klinefelter, endocrinopatias e tabagismo.

Diretrizes recentes da Organização Mundial da Saúde reforçam que a infertilidade é um problema de saúde global e recomendam abordagem integral, incluindo prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, rastreamento precoce de fatores de risco e tratamento personalizado. Diretrizes brasileiras destacam a importância do acompanhamento multiprofissional e da orientação sobre um estilo de vida saudável, como controle de peso, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e prevenção da exposição a toxinas ambientais, para otimizar as chances de concepção.



Registro no sistema: caso apresente esses sintomas, pode ser utilizado o respectivo CIAP, conforme a queixa apresentada: X15 – Infertilidade/subfertilidade.



REFERÊNCIAS

ABREU SILVA, R.; SOUSA, T. A.; VITORINO, K. A. Infecção do trato urinário na gestação: diagnóstico e tratamento. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2019.

BAUMGARTEN, Maria Cristina dos Santos et al. Infecção urinária na gestação: uma revisão da literatura. *Journal of Health Sciences*, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de atenção à saúde da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 09 mar. 2026, 12:15.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Papanicolau: exame preventivo de colo de útero*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/papanicolau-exame-preventivo-de-colo-de-utero/>. Acesso em: 06 mar. 2025, 12:30.

DIAS, Victória Cristine Araujo; CASTRO, Ana Clara Guimarães de; SOUZA, Lorraine Lara Rodrigues de; SOUZA, Fernanda Penido Gonçalves de; CUNHA, Débora Dornelas da. Perspectiva atual das infecções do trato urinário: diagnóstico e terapêutica na prática clínica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, 6 out. 2023. Disponível em: <https://www.brazilianjournalhealthreview.com>. Acesso em: 11 mar. 2026, 14:20.

LAMOUNIER JÚNIOR, Edlon et al. Infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão de literatura. *Revista Científica CEREM-GO*, 2020.

SILVA, Larissa Botelho da; SOUZA, Pâmella Grasielle Vital Dias de. Infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2021.

SORANGEL DIAZ; KHALED BITTAR; MAOMÉ F. HASHMI; MAGDA D. MÉNDEZ. *Constipação*. National Library of Medicine, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 12 mar. 2026, 15:04.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 17 mar. 2026, 14:21.



BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Relatório preliminar – Etonogestrel CP-18*. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-etonogestrel-cp-18.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. 4. ed. Geneva: World Health Organization, 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Contraceptive effectiveness*. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov>. Acesso em: 18 mar. 2026.

TRUSSELL, James. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, New York, v. 83, n. 5, p. 397–404, 2011.

MSD MANUAL. *Effectiveness of contraceptive methods*. Kenilworth: Merck & Co., 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com>. Acesso em: 18 mar. 2026.

FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE (FSRH). *Contraceptive effectiveness*. London: FSRH, 2019–2023.

HATCHER, Robert A. et al. *Contraceptive Technology*. 21. ed. New York: Ayer Company Publishers, 2018.

World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5. ed. Geneva: World Health Organization, 2015. Atualizações: 2020–2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Planejamento reprodutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 mar. 2026.

World Health Organization. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2016. Atualizações: 2022.



Centers for Disease Control and Prevention. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov>. Acesso em: 18 mar. 2026.

Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC)*. London: FSRH, 2019. Atualizações recentes.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretriz-brasileira-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-diretriz-brasileira>. Acesso em: 19 mar. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *INCA alerta gestores para mudança nas diretrizes do rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2024/inca-alerta-gestores-para-mudanca-nas-diretrizes-do-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 19 mar. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Aprovada diretriz brasileira para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2025/aprovada-diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-de-colo-do-utero>. Acesso em: 19 mar. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Plano nacional de eliminação do câncer do colo do útero será discutido em simpósio*. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2024/plano-nacional-de-eliminacao-do-cancer-do-colo-do-utero-sera-discutido-em-simposio>. Acesso em: 19 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN nº 381/2011: normatiza a coleta de material para exame citopatológico do colo do útero pelo enfermeiro*. Brasília, DF: COFEN, 2011. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 19 mar. 2026.



BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. *Cadernos de Atenção Básica: controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico*. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 jul. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretriz-brasileira-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-diretriz-brasileira/%40%40download/file>. Acesso em: 19 mar. 2026, 12:15.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA, 2025 (Volume 1: rastreamento organizado com teste molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico). Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17858>. Acesso em: 19 mar. 2026, 12:45.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed., rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016 (versão completa). Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7810>. Acesso em: 19 mar. 2026, 13:30.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Detecção precoce – rastreamento do câncer do colo do útero* (página para profissionais de saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 19 mar. 2026, 14:20.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: condutas específicas para alterações citológicas*. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:



<https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7810>. Acesso em: 19 mar. 2026, 15:10.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: atualização 2025 – condutas clínicas específicas para resultados citopatológicos*. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17858>. Acesso em: 19 mar. 2026, 15:45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Protocolos clínicos de conduta para alterações citológicas do colo do útero*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 mar. 2026, 16:20.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce – rastreamento do câncer do colo do útero (página para profissionais de saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 20 mar. 2026, 14:35.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce – rastreamento do câncer do colo do útero (página para profissionais de saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 20 mar. 2026, 15:10.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce – rastreamento do câncer do colo do útero (página para profissionais de saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 20 mar. 2026, 15:35.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 8 de abril de 2008. Dispõe sobre ações de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:



https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm. Acesso em: 20 mar. 2026, 16:05.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-da-mama>. Acesso em: 20 mar. 2026, 16:15.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 24 mar. 2026, 09:15.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 (atualizações posteriores). Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 24 mar. 2026, 10:40.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Menopausa: mudanças físicas e mentais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 24 mar. 2026, 11:20.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. *Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Climatério e menopausa: recomendações e diretrizes*. São Paulo: FEBRASGO, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DO CLIMATÉRIO (SOBRAC). *Posicionamentos sobre terapia hormonal no climatério*. Brasil, 2023–2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 24 mar. 2026, 09:15.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Climatério e menopausa: recomendações e diretrizes*. São Paulo: FEBRASGO, 2024.



SOCIEDADE BRASILEIRA DO CLIMATÉRIO (SOBRAC). Posicionamentos sobre terapia hormonal no climatério. Brasil, 2023–2024.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5. ed. Geneva: World Health Organization, 2015. Atualizações: 2020–2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Diretrizes sobre contracepção no climatério. São Paulo: FEBRASGO, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_saude_adolescentes.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 08:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_saude_adolescente.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 08:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 08:50.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Disponível em: <https://www.nanda.org/>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Adolescent health*. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:30.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)*. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512340>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:50.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 25 mar. 2026, 08:40.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Dispõe sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 25 mar. 2026, 08:50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: MS, 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:00.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Standards for quality health-care services for adolescents*. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505888>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ethics in adolescent health care*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513897>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:20.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 519/2016 – Ética e prerrogativas do enfermeiro no atendimento a adolescentes. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2026, 09:30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 10:00.



BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 25 mar. 2026, 10:15.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. HIV and adolescents: guidance for testing and counselling. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168>. Acesso em: 25 mar. 2026, 10:30.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of sexually transmitted infections among adolescents. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. Acesso em: 25 mar. 2026, 11:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para testagem de HIV em adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 25 mar. 2026, 11:50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integral_saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:00.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para testagem de HIV em adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global standards for quality health-care services for adolescents. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:



<https://www.who.int/publications/i/item/9789241505888>. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV and adolescents: guidance for testing and counselling. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506168>. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:40.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of sexually transmitted infections among adolescents. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>. Acesso em: 25 mar. 2026, 12:50.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA (SBRA). Diretrizes para avaliação e manejo da infertilidade conjugal. São Paulo: SBRA, 2023. Disponível em: <https://www.sbra.com.br/diretrizes-infertilidade>. Acesso em: 25 mar. 2026, 13:00.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Infertility: a public health perspective. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046145>. Acesso em: 25 mar. 2026, 13:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Manual de gestação de alto risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 692 p. ISBN 978-65-5993-312-9
FINOTTI, Marta. *Manual de anticoncepção*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. 143 p. ISBN 978-85-64319-24-0.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Diseases characterized by vulvovaginal itching, burning, irritation, odor or discharge. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/vaginal-discharge.htm>. Acesso em: 1 set. 2026.