



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO



SAÚDE
INFORMAÇÃO
ACOLHIMENTO
RESPEITO
EM TODAS
AS FASES DA VIDA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE

GINECOLOGIA AMBULATORIAL

CASA DA MULHER

ITARIRI / SP

Cuidado integral à saúde
da mulher, com qualidade,
humanização e acesso.



PREVENÇÃO



DIAGNÓSTICO
PRECOCE



TRATAMENTO



PLANEJAMENTO
REPRODUTIVO



QUALIDADE
DE VIDA



INTEGRAÇÃO
EM REDE

*Toda mulher
importa.*

ADOLESCÊNCIA

VIDA REPRODUTIVA

CLIMATÉRIO

MENOPAUSA

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE
ITARIRI / SP



USO EXCLUSIVO

VERSÃO 1.0 | 2026

USO EXCLUSIVO DA REDE MUNICIPAL D



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

Departamento de Saúde

Casa da Mulher de Itariri



DOCUMENTO INSTITUCIONAL



APRESENTAÇÃO, FINALIDADE E ESCOPO



A **Casa da Mulher de Itariri** é um equipamento municipal de cuidado integral, articulado à Atenção Primária e aos demais pontos da rede. Este protocolo padroniza a abordagem das principais demandas ginecológicas ambulatoriais, qualificando investigação, tratamento, seguimento, referência e contrarreferência.

FINALIDADE Aumentar resolutividade, segurança e equidade do cuidado ginecológico municipal, com uso racional de exames e medicamentos e identificação precoce das situações que exigem atenção especializada ou urgência.

OBJETIVOS

- Padronizar a consulta ginecológica e o manejo das síndromes mais frequentes.
- Definir o que pode ser conduzido na UBS/ESF e na Casa da Mulher e quando encaminhar.
- Fortalecer prevenção, rastreamento, planejamento reprodutivo e cuidado no climatério.
- Integrar saúde, assistência social e apoio jurídico diante de violência e vulnerabilidade.
- Garantir contrarreferência e continuidade do cuidado na UBS de origem.

PÚBLICO-ALVO E LIMITES

Destina-se aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Itariri/SP. Abrange ginecologia ambulatorial em adolescentes e adultas, respeitando autonomia, privacidade, diversidade e necessidades individuais.

FORA DO ESCOPO Pré-natal, urgências obstétricas e assistência ao parto serão objeto de protocolo municipal próprio. Gestação suspeita/confirmada identificada neste atendimento deve ser direcionada ao fluxo específico.

GOVERNANÇA CLÍNICA

Condutas devem ser individualizadas e compatíveis com disponibilidade local, REMUME e fluxos regulatórios vigentes. Em conflito entre versões, prevalecem normas nacionais mais recentes e atos municipais formalmente aprovados.

(Base técnica principal: Ministério da Saúde, CONITEC/PCDT, INCA e documentos oficiais vigentes; complementação técnico-científica quando necessária.)



OBJETIVOS

-  **Padronizar a consulta** ginecológica e o manejo das síndromes mais frequentes.
-  **Definir o que pode ser conduzido** na UBS/ESF e na Casa da Mulher e quando encaminhar.
-  **Fortalecer prevenção,** rastreamento, planejamento reprodutivo e cuidado no climatério.
-  **Integrar saúde, assistência social** e apoio jurídico diante de violência e vulnerabilidade.
-  **Garantir contrarreferência e** continuidade do cuidado na UBS de origem.

PÚBLICO-ALVO E LIMITES

Destina-se aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Itariri/SP. Abrange ginecologia ambulatorial em adolescentes e adultas, respeitando autonomia, privacidade, diversidade e necessidades individuais.



FORA DO ESCOPO

Pré-natal, urgências obstétricas e assistência ao parto serão objeto de protocolo municipal próprio. Gestação suspeita/confirmada identificada neste atendimento deve ser direcionada ao fluxo específico.



GOVERNANÇA CLÍNICA

Condutas devem ser individualizadas e compatíveis com disponibilidade local, REMUME e fluxos regulatórios vigentes. Em conflito entre versões, prevalecem normas nacionais mais recentes e atos municipais formalmente aprovados.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



SÍMBOLO	SIGNIFICADO	AÇÃO
AVALIE	Anamnese/exame dirigidos	Identifique hipótese e gravidade.
INVESTIGUE	Exames que mudam conduta	Evite exames indiscriminados.
TRATE	Conduta ambulatorial	Considere contraindicações e preferências.
REAVALIE	Prazo e meta clínica	Documente resposta e adesão.
ENCAMINHE	Maior complexidade	Registre motivo, exames e tratamento prévio.
RED FLAG	Potencial gravidade	Não mantenha seguimento ambulatorial habitual.
PS	Urgência/emergência	Encaminhamento imediato e seguro.

LEITURA RÁPIDA



REGRA DE SEGURANÇA

ALGORITMO PADRÃO QUEIXA → EXCLUIR URGÊNCIA → AVALIAR → INVESTIGAR → TRATAR → REAVALIAR → ENCAMINHAR, SE NECESSÁRIO.

PRINCÍPIOS

- Acolhimento sem julgamentos; consentimento antes do exame; privacidade e confidencialidade.
- Decisão compartilhada em contracepção, climatério e rastreamentos com mais de uma opção razoável.
- Não atribuir sintomas a “idade”, “ansiedade” ou “hormônios” sem avaliação clínica adequada.
- Registrar sinais de alarme, orientação de retorno e destino do encaminhamento.
- Toda paciente atendida na Casa da Mulher permanece vinculada à sua UBS/ESF.

ANTES DE TUDO Em pessoa com potencial reprodutivo e atraso menstrual, sangramento genital, dor pélvica ou sintomas compatíveis, avalie possibilidade de gestação quando clinicamente pertinente. Gestação confirmada segue protocolo próprio.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

REGRA DE SEGURANÇA

PRINCÍPIOS

- Acolhimento sem julgamentos; consentimento antes do exame; privacidade e confidencialidade.
- Decisão compartilhada em contracepção, climatério e rastreamentos com mais de uma opção razoável.
- Não atribuir sintomas a “idade”, “ansiedade” ou “hormônios” sem avaliação clínica adequada.
- Registrar sinais de alarme, orientação de retorno e destino do encaminhamento.
- Toda paciente atendida na Casa da Mulher permanece vinculada à sua UBS/ESF.

ANTES DE TUDO

Em pessoa com potencial reprodutivo e atraso menstrual, sangramento genital, dor pélvica ou sintomas compatíveis, avalie possibilidade de gestação quando clinicamente pertinente. Gestação confirmada segue protocolo próprio.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



REDE DE CUIDADO



FLUXO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO

PONTO DA REDE	RESOLVE / EXECUTA	ENCAMINHA QUANDO
UBS / ESF	Acolhimento, prevenção, história/exame inicial, testes disponíveis, contracepção, condições simples, seguimento.	Necessidade de avaliação ginecológica dirigida, procedimento, dúvida diagnóstica ou falha terapêutica.
CASA DA MULHER	Ginecologia ambulatorial, exame dirigido, síndromes ginecológicas, planejamento reprodutivo, climatério, rastreamento, avaliação mamária, integração social/jurídica.	Procedimento/investigação indisponível; suspeita de neoplasia; massa complexa; refratariedade; indicação cirúrgica.
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Colposcopia, mastologia, cirurgia ginecológica, oncologia, infertilidade e outros fluxos regulados.	Contrarreferência após definição diagnóstica/terapêutica.
PRONTO-SOCORRO	Avaliação de urgência/emergência, estabilização e regulação quando indicada.	Após estabilização, retorno coordenado à rede.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO AO PS

- Instabilidade hemodinâmica, síncope/hipoperfusão ou hemorragia genital importante.
- Dor pélvica aguda intensa com peritonismo; suspeita de ectópica, torção anexial ou abdome agudo.
- DIP grave/seps, vômitos persistentes ou incapacidade de tratamento oral.
- Violência sexual recente quando houver necessidade de profilaxias/avaliação emergencial não disponível no local.

CONTRARREFERÊNCIA OBRIGATÓRIA O atendimento na Casa da Mulher não rompe o vínculo com a UBS. Registrar diagnóstico/hipótese, exames, tratamento, prazo de retorno e responsabilidade pelo seguimento.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

FLUXO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO

Cuidado em rede para toda a mulher



CONTRARREFERÊNCIA OBRIGATÓRIA

O atendimento na Casa da Mulher não rompe o vínculo com a UBS. Registrar diagnóstico/hipótese, exames, tratamento, prazo de retorno e responsabilidade pelo seguimento.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



CHECKLIST ESSENCIAL



CONSULTA GINECOLÓGICA PADRONIZADA

DOMÍNIO	PERGUNTAR / EXAMINAR
Queixa atual	Início, duração, evolução, intensidade, fatores associados e tratamentos prévios.
Menstrual	DUM, padrão, volume, duração, sangramento intermenstrual/pós-coital, dismenorreia.
Ginecológico	Corrimento, odor, prurido, dor pélvica, dispareunia, sintomas urinários/vulvares.
Sexual/reprodutivo	Possibilidade de gestação, contracepção, desejo reprodutivo, IST, antecedentes obstétricos relevantes.
Antecedentes	HAS, DM, tromboembolismo, enxaqueca, hepatopatia, câncer, cirurgias, medicamentos, alergias, tabagismo.
Familiar	Mama, ovário, endométrio e colorretal, sobretudo idade jovem/múltiplos familiares.
Exame	PA, peso/IMC quando pertinente; abdome; mamas; vulva; especular; toque bimanual conforme indicação.

ANTES DE PEDIR EXAMES

PERGUNTA-CHAVE O resultado modificará minha conduta? Evite USG, hormônios, marcadores tumorais e exames laboratoriais sem hipótese clínica ou indicação definida.

ANTES DE FINALIZAR

- Possibilidade de gestação avaliada quando pertinente.
- Sinais de alarme ausentes ou destino urgente definido.
- Rastreamentos e vacinação verificados quando oportuno.
- Contracepção/desejo reprodutivo e risco de IST abordados conforme contexto.
- Violência/vulnerabilidade considerada de forma sensível.
- Conduta, retorno e sinais de piora compreendidos pela paciente.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

ANTES DE PEDIR EXAMES



PERGUNTA-CHAVE

O resultado modificará minha conduta?

Evite USG, hormônios, marcadores tumorais e exames laboratoriais sem hipótese clínica ou indicação definida.

SAÚDE INTEGRAL DA MULHER EM TODAS AS FASES DA VIDA

ESCUÇA ACOULHIMENTO INFORMAÇÃO AUTONOMIA SAÚDE EM TODAS AS FASES



ANTES DE FINALIZAR



Possibilidade de gestação avaliada quando pertinente.



Sinais de alarme ausentes ou destino urgente definido.



Rastreamentos e vacinação verificados quando oportuno.



Contracepção/desejo reprodutivo e risco de IST abordados conforme contexto.



Violência/vulnerabilidade considerada de forma sensível.



Conduta, retorno e sinais de piora compreendidos pela paciente.



CUIDADO INTEGRAL EM TODAS AS FASES DA VIDA



CASA DA MULHER - PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP - V1.0 - 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



RECONHEÇA O PADRÃO



CORRIMENTO VAGINAL

PADRÃO	PISTAS CLÍNICAS	CONDUTA INICIAL
Candidíase	Prurido/ardor; branco grumoso; eritema; geralmente sem odor; pH <4,5.	Tratamento antifúngico; recorrência exige confirmação e fatores predisponentes.
Vaginose bacteriana	Fino/homogêneo, branco-acinzentado, odor; pH >4,5.	Metronidazol; parceria não é tratada rotineiramente.
Tricomoníase	Amarelo-esverdeado/acinzentado, por vezes espumoso; odor; irritação; pH elevado.	Metronidazol e tratamento de parceria(s).
Cervicite	Muco cervical turvo/amarelado, friabilidade/sangramento ao toque.	Sair do algoritmo de vaginite; avaliar clamídia/gonococo e DIP.
Fisiológico	Claro/branco, sem odor/prurido/dor; exame normal.	Orientar; evitar duchas e produtos irritantes.

AVALIE

- Cor/odor/quantidade, prurido, ardor, disúria, dispareunia, dor pélvica e sangramento.
- DUM/gestação, antibióticos recentes, diabetes, imunossupressão, produtos íntimos e risco de IST.
- Vulva, vagina, conteúdo vaginal e colo. Se disponível: pH, teste das aminas e microscopia.

NÃO PERCA CERVICITE/DIP Se houver secreção cervical mucopurulenta, friabilidade, dor à mobilização do colo, dor uterina/anexial, febre ou dor pélvica, investigue cervicite/DIP.

Fonte clínica: PCDT-IST/MS, anexo vigente.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

CORRIMENTO VAGINAL
Avaliação clínica e conduta inicial



PADRÃO	PISTAS CLÍNICAS	CONDUTA INICIAL
Candidíase	Prurido/ardor; branco grumoso; eritema; geralmente sem odor; pH <4,5.	Tratamento antifúngico; recorrência exige confirmação e fatores predisponentes.
Vaginose bacteriana	Fino/homogêneo, branco-acinzentado, odor; pH >4,5.	Metronidazol; parceria não é tratada rotineiramente.
Tricomoníase	Amarelo-esverdeado/acinzentado, por vezes espumoso; odor; irritação; pH elevado.	Metronidazol e tratamento de parceria(s).
Cervicite	Muco cervical turvo/amarelado, friabilidade/sangramento ao toque.	Sair do algoritmo de vaginite; avaliar clamídia/gonococo e DIP.
Fisiológico	Claro/branco, sem odor/prurido/dor; exame normal.	Orientar; evitar duchas e produtos irritantes.

AVALIE

- Cor/odor/quantidade, prurido, ardor, disúria, dispareunia, dor pélvica e sangramento.
- DUM/gestação, antibióticos recentes, diabetes, imunossupressão, produtos íntimos e risco de IST.
- Vulva, vagina, conteúdo vaginal e colo. Se disponível: pH, teste das aminas e microscopia.

NÃO PERCA CERVICITE/DIP

Se houver secreção cervical mucopurulenta, friabilidade, dor à mobilização do colo, dor uterina/anexial, febre ou dor pélvica, investigue cervicite/DIP.

Fonte clínica: PCDT-IST/MS, anexo vigente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



TRATAMENTO PRÁTICO



VULVOVAGINITES

CONDIÇÃO	ESQUEMA PREFERENCIAL	PONTOS-CHAVE
Candidíase	Miconazol creme 2%: 1 aplicador vaginal à noite por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI vaginal à noite por 14 dias.	Alternativa: fluconazol 150 mg VO dose única. Gestantes/lactantes: via vaginal; evitar tratamento oral.
Vaginose bacteriana	Metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.	Inclui gestantes/lactantes. Parceria sexual: tratamento rotineiro não recomendado.
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO dose única OU 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.	Tratar parceria(s) com mesmo esquema; suspender relações durante tratamento.

RESISTÊNCIA / RECORRÊNCIA

- Candidíase recorrente: ≥ 4 episódios sintomáticos/ano $\rightarrow$ confirmar diagnóstico, considerar cultura e investigar DM/imunossupressão/uso de corticoide.
- Vaginose recorrente: reavaliar diagnóstico e adesão; esquemas prolongados/supressivos devem seguir PCDT e avaliação médica.
- Tricomoníase: avaliar reinfecção, parceria não tratada e adesão.

EVITE Duchas vaginais, "antissépticos íntimos" e tratamento empírico repetido sem reavaliação diagnóstica.

Esquemas conforme PCDT-IST/MS vigente; adequar apresentação à REMUME municipal.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

VULVOVAGINITES
Tratamento prático e pontos-chave



CONDIÇÃO	ESQUEMA PREFERENCIAL	PONTOS-CHAVE
 Candidíase	Miconazol creme 2%: 1 aplicador vaginal à noite por 7 dias OU nistatina 100.000 UI vaginal à noite por 14 dias.	 Alternativa: fluconazol 150 mg VO dose única. Gestantes/lactantes: via vaginal; evitar tratamento oral.
 Vaginose bacteriana	Metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.	 Inclui gestantes/lactantes. Parceria sexual: tratamento rotineiro não recomendado.
 Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO dose única OU 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.	 Tratar parceria(s) com mesmo esquema; suspender relações durante tratamento.



Esquemas conforme PCDT-IST/MS vigente; adequar apresentação à REMUME municipal.

RESISTÊNCIA / RECORRÊNCIA
 Candidíase recorrente: ≥ 4 episódios sintomáticos/ano $\rightarrow$ confirmar diagnóstico, considerar cultura e investigar DM/imunossupressão/uso de corticoide.
 Vaginose recorrente: reavaliar diagnóstico e adesão; esquemas prolongados/supressivos devem seguir PCDT e avaliação médica.
 Tricomoníase: avaliar reinfecção, parceria não tratada e adesão.



EVITE



Duchas vaginais, "antissépticos íntimos" e tratamento empírico repetido sem reavaliação diagnóstica.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



COLO FRIÁVEL OU SECREÇÃO CERVICAL



CERVICITE E IST

SUSPEITE

- Secreção endocervical mucopurulenta, friabilidade/sangramento ao toque, sangramento pós-coital/intermenstrual, disúria ou dispareunia.
- Maior probabilidade com nova/múltiplas parcerias, parceria com IST, antecedente de IST ou uso irregular de preservativo.

INVESTIGUE

Quando disponível, biologia molecular/NAAT para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Integrar testagem para HIV, sífilis e hepatites B/C conforme avaliação de risco e PCDT.

SITUAÇÃO	TRATAMENTO PCDT-IST
Gonorreia não complicada (inclui colo)	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única + azitromicina 1 g VO, dose única.
Clamídia	Azitromicina 1 g VO, dose única OU doxiciclina 100 mg VO 12/12 h por 7 dias (exceto gestantes).

PARCERIAS E PREVENÇÃO

- Avaliar/testar/tratar parcerias conforme PCDT; orientar abstinência sexual até tratamento adequado.
- Ofertar preservativos e prevenção combinada; verificar vacinação para hepatite B e HPV quando indicada.
- Dor pélvica ou dor à mobilização cervical → avaliar DIP.

ENCAMINHE Lesão cervical suspeita, sangramento pós-coital persistente ou cervicite recorrente sem etiologia definida exige investigação ginecológica/colposcópica conforme fluxo.

CERVICITE E IST

Suspeite, investigue, trate e previna



Cervicite:
inflamação do colo uterino, geralmente associada a infecções sexualmente transmissíveis (IST).

1 SUSPEITE

- Secreção endocervical mucopurulenta, friabilidade/sangramento ao toque, sangramento pós-coital/intermenstrual, disúria ou dispareunia.
- Maior probabilidade com nova/múltiplas parcerias, parceria com IST, antecedente de IST ou uso irregular de preservativo.

2 INVESTIGUE

- Quando disponível, biologia molecular/NAAT para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.
- Integrar testagem para HIV, sífilis e hepatites B/C conforme avaliação de risco e PCDT.

SITUAÇÃO

TRATAMENTO PCDT-IST



Gonorreia não complicada
(inclui colo)

Ceftriaxona 500 mg IM, dose única + azitromicina 1 g VO, dose única.



Clamídia

Azitromicina 1 g VO, dose única OU doxiciclina 100 mg VO 12/12 h por 7 dias (exceto gestantes).



PARCERIAS E PREVENÇÃO



- Avaliar/testar/tratar parcerias conforme PCDT; orientar abstinência sexual até tratamento adequado.



- Ofertar preservativos e prevenção combinada; verificar vacinação para hepatite B e HPV quando indicada.



- Dor pélvica ou dor à mobilização cervical → avaliar DIP.



ENCAMINHE

Lesão cervical suspeita, sangramento pós-coital persistente ou cervicite recorrente sem etiologia definida exige investigação ginecológica/colposcópica conforme fluxo.





TRATE CEDO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

DIP é síndrome de infecção ascendente. O atraso terapêutico aumenta risco de infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Dor pélvica/baixo ventre + dor à mobilização cervical, dor uterina ou anexial, após excluir causas alternativas relevantes.
- Pode haver corrimento/cervicite, febre, dispareunia e sangramento anormal.
- Teste de gravidez é essencial quando houver potencial reprodutivo; USG auxilia em complicações e diagnósticos diferenciais.

TRATAMENTO AMBULATORIAL	DOSE
Ceftriaxona	500 mg IM, dose única
Doxiciclina	100 mg VO 12/12 h por 14 dias
Metronidazol	500 mg VO 12/12 h por 14 dias

REAVALIE EM ATÉ 72 HORAS Ausência de melhora clínica em 72 h é critério de avaliação hospitalar/especializada. Doxiciclina é contraindicada na gestação.

HOSPITAL / PS

- Abscesso tubo-ovariano; gestação; estado geral grave, febre, náuseas/vômitos.
- Intolerância a antibiótico oral ou dificuldade de seguimento.
- Dúvida com emergência cirúrgica (ectópica, apendicite, torção).

Parcerias dos 2 meses anteriores devem ser tratadas empiricamente para gonococo/clamídia conforme PCDT.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Diagnóstico clínico e tratamento ambulatorial



DIP é síndrome de infecção ascendente.

O atraso terapêutico aumenta risco de infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Dor pélvica/baixo ventre + dor à mobilização cervical, dor uterina ou anexial, após excluir causas alternativas relevantes.
- Pode haver corrimento/cervicite, febre, dispareunia e sangramento anormal.
- Teste de gravidez é essencial quando houver potencial reprodutivo; USG auxilia em complicações e diagnósticos diferenciais.



TRATAMENTO AMBULATORIAL

TRATAMENTO AMBULATORIAL	DOSE
Ceftriaxona	500 mg IM, dose única
Doxiciclina	100 mg VO 12/12 h por 14 dias
Metronidazol	500 mg VO 12/12 h por 14 dias



REAVALIE EM ATÉ 72 HORAS

Ausência de melhora clínica em 72 h é critério de avaliação hospitalar/especializada.
Doxiciclina é contraindicada na gestação.



HOSPITAL / PS

- Abscesso tubo-ovariano; gestação; estado geral grave, febre, náuseas/vômitos.
- Intolerância a antibiótico oral ou dificuldade de seguimento.
- Dúvida com emergência cirúrgica (ectópica, apendicite, torção).



Parcerias dos 2 meses anteriores devem ser tratadas empiricamente para gonococo/clamídia conforme PCDT.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



PRIMEIRO: GRAVIDADE E GESTAÇÃO



SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)



PASSO 1 Instabilidade, síncope, hipoperfusão, sangramento muito intenso ou anemia sintomática → PS. Em idade reprodutiva, excluir gestação antes de classificar como SUA não gestacional.

AValiação INICIAL

- Padrão: frequência, regularidade, duração, volume, coágulos; sangramento intermenstrual/pós-coital.
- DUM, contracepção, medicamentos (anticoagulantes/hormônios), comorbidades e sintomas de anemia.
- Exame: estado geral, PA/FC, palidez, abdome; exame especular para origem vaginal/cervical; toque quando indicado.
- Hemograma quando sangramento aumentado/persistente; teste de gravidez; exames adicionais guiados por hipótese.

PALM-COEIN

ESTRUTURAIS (PALM)	NÃO ESTRUTURAIS (COEIN)
P – Pólipo	C – Coagulopatia
A – Adenomiose	O – Disfunção ovulatória
L – Leiomioma	E – Endometrial
M – Malignidade/hiperplasia	I – Iatrogênica / N – não classificada

NÃO BANALIZE Sangramento pós-menopausa, pós-coital persistente ou associado a lesão cervical exige investigação específica; não tratar apenas como “descontrole hormonal”.



SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL (SUA)

Avaliação inicial e classificação



PASSO 1

Instabilidade, síncope, hipoperfusão, sangramento muito intenso ou anemia sintomática → PS.
Em idade reprodutiva, excluir gestação antes de classificar como SUA não gestacional.



AValiação INICIAL



• **Padrão:** frequência, regularidade, duração, volume, coágulos; sangramento intermenstrual/pós-coital.



• **DUM,** contracepção, medicamentos (anticoagulantes/hormônios), comorbidades e sintomas de anemia.



• **Exame:** estado geral, PA/FC, palidez, abdome; exame especular para origem vaginal/cervical; toque quando indicado.



• **Hemograma** quando sangramento aumentado/persistente; teste de gravidez; exames adicionais guiados por hipótese.



PALM-COEIN

ESTRUTURAIS (PALM)

- P** – Pólipo
- A** – Adenomiose
- L** – Leiomioma
- M** – Malignidade/hiperplasia

NÃO ESTRUTURAIS (COEIN)

- C** – Coagulopatia
- O** – Disfunção ovulatória
- E** – Endometrial
- I** – Iatrogênica / **N** – não classificada



NÃO BANALIZE

Sangramento pós-menopausa, pós-coital persistente ou associado a lesão cervical exige investigação específica; não tratar apenas como “descontrole hormonal”.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



INVESTIGAR, TRATAR, ENCAMINHAR



SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

QUANDO PEDIR USG TRANSVAGINAL

Suspeita de causa estrutural, útero aumentado/irregular, dor pélvica, sangramento persistente ou falha de tratamento. A ultrassonografia orienta pólipos, miomas, adenomiose e alterações endometriais, mas não substitui avaliação histológica quando esta for indicada.

ENDOMÉTRIO: QUANDO INVESTIGAR

- Sangramento pós-menopausa.
- SUA persistente em idade ≥ 45 anos ou mais jovem com fatores de risco para hiperplasia/câncer endometrial (ex.: anovulação crônica/SOP, obesidade, exposição estrogênica sem oposição), conforme avaliação ginecológica.
- Falha terapêutica ou padrão clínico preocupante.

MANEJO AMBULATORIAL

OBJETIVO	OPÇÕES
Reduzir perda/dor	AINE durante menstruação, se não houver contraindicação.
Controle hormonal	Contraceptivo combinado ou progestagênio conforme elegibilidade, preferência e desejo reprodutivo.
Corrigir anemia	Investigar deficiência de ferro e tratar conforme protocolo/RENAME.
Tratar causa	Pólipo/mioma/endometriose/coagulopatia etc. conforme diagnóstico e fluxo.

ENCAMINHE Suspeita de neoplasia/hiperplasia, sangramento pós-menopausa, anemia relevante recorrente, causa estrutural com provável indicação cirúrgica ou persistência apesar de tratamento adequado.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Investigação complementar e manejo ambulatorial



QUANDO PEDIR USG TRANSVAGINAL



Suspeita de causa estrutural, útero aumentado/irregular, dor pélvica, sangramento persistente ou falha de tratamento. A ultrassonografia orienta pólipos, miomas, adenomiose e alterações endometriais, mas não substitui avaliação histológica quando esta for indicada.



ENDOMÉTRIO: QUANDO INVESTIGAR

- Sangramento pós-menopausa.
- SUA persistente em idade ≥ 45 anos ou mais jovem com fatores de risco para hiperplasia/câncer endometrial (ex.: anovulação crônica/SOP, obesidade, exposição estrogênica sem oposição), conforme avaliação ginecológica.
- Falha terapêutica ou padrão clínico preocupante.



MANEJO AMBULATORIAL

OBJETIVO	OPÇÕES
 Reduzir perda/dor	AINE durante menstruação, se não houver contraindicação.
 Controle hormonal	Contraceptivo combinado ou progestagênio conforme elegibilidade, preferência e desejo reprodutivo.
 Corrigir anemia	Investigar deficiência de ferro e tratar conforme protocolo/RENAME.
 Tratar causa	Pólipo/mioma/endometriose/coagulopatia etc. conforme diagnóstico e fluxo.



ENCAMINHE

Suspeita de neoplasia/hiperplasia, sangramento pós-menopausa, anemia relevante recorrente, causa estrutural com provável indicação cirúrgica ou persistência apesar de tratamento adequado.



CASA DA MULHER – PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP – V1.0 – 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



NUNCA PULE O TESTE DE GRAVIDEZ



AMENORREIA

DEFINIÇÕES PRÁTICAS

Amenorreia primária: ausência de menarca em idade esperada com atraso do desenvolvimento puberal ou até 15 anos.

Amenorreia secundária: ausência de menstruação por ≥ 3 meses em ciclos previamente regulares ou ≥ 6 meses em ciclos irregulares.

PRIMEIRO EXAME β -hCG/teste de gravidez quando houver qualquer possibilidade de gestação.

ROTEIRO APÓS EXCLUIR GESTAÇÃO

PISTA	AValiação
Galactorreia, cefaleia, alteração visual	Prolactina; revisar fármacos; encaminhar se persistente/elevada ou sinais neurológicos.
Sintomas tireoidianos	TSH $\pm$ T4 livre.
Hiperandrogenismo / ciclos irregulares	Considerar SOP; avaliar sinais de virilização.
Baixo peso, exercício intenso, estresse	Considerar amenorreia hipotalâmica; avaliar estado nutricional.
Fogachos / insuficiência ovariana	FSH/estradiol conforme contexto e idade; encaminhar se suspeita de insuficiência ovariana prematura.
Anomalia anatômica / amenorreia primária	Avaliação ginecológica e imagem conforme exame.
RED FLAGS Virilização rápida, cefaleia/alteração visual, massa pélvica, dor importante, amenorreia primária com alteração do desenvolvimento puberal ou suspeita de doença sistêmica.	

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

AMENORREIA

Definições práticas e roteiro de avaliação

DEFINIÇÕES PRÁTICAS

Amenorreia primária: ausência de menarca em idade esperada com atraso do desenvolvimento puberal ou até 15 anos.

Amenorreia secundária: ausência de menstruação por ≥ 3 meses em ciclos previamente regulares ou ≥ 6 meses em ciclos irregulares.

PRIMEIRO EXAME

β -hCG/teste de gravidez quando houver qualquer possibilidade de gestação.

RED FLAGS

Virilização rápida, cefaleia/alteração visual, massa pélvica, dor importante, amenorreia primária com alteração do desenvolvimento puberal ou suspeita de doença sistêmica.

ROTEIRO APÓS EXCLUIR GESTAÇÃO

PISTA	AValiação
Galactorreia, cefaleia, alteração visual	Prolactina; revisar fármacos; encaminhar se persistente/elevada ou sinais neurológicos.
Sintomas tireoidianos	TSH $\pm$ T4 livre.
Hiperandrogenismo / ciclos irregulares	Considerar SOP; avaliar sinais de virilização.
Baixo peso, exercício intenso, estresse	Considerar amenorreia hipotalâmica; avaliar estado nutricional.
Fogachos / insuficiência ovariana	FSH/estradiol conforme contexto e idade; encaminhar se suspeita de insuficiência ovariana prematura.
Anomalia anatômica / amenorreia primária	Avaliação ginecológica e imagem conforme exame.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



DIAGNÓSTICO É CLÍNICO-LABORATORIAL, NÃO APENAS USG



SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Em adultas, considerar SOP após excluir diagnósticos alternativos quando houver combinação de disfunção ovulatória, hiperandrogenismo clínico/bioquímico e/ou morfologia ovariana compatível. Ultrassom isolado não define SOP.

AVALIE

- Ciclos irregulares/amenorreia; hirsutismo, acne, alopecia; peso/IMC e PA.
- Teste de gravidez quando pertinente; TSH e prolactina conforme quadro; investigar causas de hiperandrogenismo se apresentação atípica/rápida.
- Risco metabólico: glicemia/HbA1c conforme fatores de risco; perfil lipídico e demais avaliações conforme contexto.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

SITUAÇÃO	CONDUTA
Sem desejo de gestação	Mudança de estilo de vida; contraceptivo combinado se elegível para controle de ciclos/hiperandrogenismo; progestagênio quando estrogênio não for adequado.
Sobrepeso/obesidade	Plano alimentar, atividade física e metas sustentáveis; benefícios ocorrem mesmo com redução ponderal modesta.
Desejo de gestação	Não usar contraceptivo como tratamento do objetivo reprodutivo; encaminhar/seguir fluxo de infertilidade quando indicado.
Anovulação prolongada	Garantir proteção endometrial com estratégia hormonal adequada.

ENCAMINHE Virilização rápida, testosterona muito elevada, suspeita de tumor produtor de androgênio, infertilidade, dúvida diagnóstica ou falha terapêutica.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Avaliação clínica e objetivos do tratamento



CONCEITO E DIAGNÓSTICO

Em adultas, considerar SOP após excluir diagnósticos alternativos quando houver combinação de disfunção ovulatória, hiperandrogenismo clínico/bioquímico e/ou morfologia ovariana compatível. **Ultrassom isolado não define SOP.**

AVALIE

- Ciclos irregulares/amenorreia; hirsutismo, acne, alopecia; peso/IMC e PA.
- Teste de gravidez quando pertinente; TSH e prolactina conforme quadro; investigar causas de hiperandrogenismo se apresentação atípica/rápida.
- Risco metabólico: glicemia/HbA1c conforme fatores de risco; perfil lipídico e demais avaliações conforme contexto.

ENCAMINHE

Virilização rápida, testosterona muito elevada, suspeita de tumor produtor de androgênio, infertilidade, dúvida diagnóstica ou falha terapêutica.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

SITUAÇÃO	CONDUTA
 Sem desejo de gestação	Mudança de estilo de vida; contraceptivo combinado se elegível para controle de ciclos/hiperandrogenismo; progestagênio quando estrogênio não for adequado.
 Sobrepeso/obesidade	Plano alimentar, atividade física e metas sustentáveis; benefícios ocorrem mesmo com redução ponderal modesta.
 Desejo de gestação	Não usar contraceptivo como tratamento do objetivo reprodutivo; encaminhar/seguir fluxo de infertilidade quando indicado.
 Anovulação prolongada	Garantir proteção endometrial com estratégia hormonal adequada.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?



DISMENORREIA E DOR PÉLVICA

PADRÃO	PISTAS
Dismenorreia primária	Desde adolescência/início da vida reprodutiva; cíclica; exame sem achados; sem sinais de doença pélvica.
Suspeita de causa secundária	Início tardio/progressivo, dispareunia profunda, sangramento anormal, infertilidade, dor acíclica, massa ou exame alterado.
Dor pélvica aguda	Ectópica, torção, DIP, cisto roto/hemorrágico, apendicite e causas urinárias/GI devem ser consideradas.
Dor pélvica crônica	Endometriose, adenomiose, miomas, aderências, bexiga dolorosa, assoalho pélvico, causas GI/musculoesqueléticas.

TRATAMENTO INICIAL DA DISMENORREIA PRIMÁRIA

- AINE iniciado no começo da dor ou 1–2 dias antes da menstruação quando previsível, se não houver contraindicação.
- Contracepção hormonal pode reduzir dismenorreia quando desejada/elegível.
- Medidas gerais: calor local, atividade física e educação sobre o ciclo.

PS Dor súbita intensa, sinais peritoneais, instabilidade, febre/toxemia, teste de gravidez positivo com dor/sangramento ou suspeita de torção/ectópica.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

DISMENORREIA E DOR PÉLVICA

Abordagem prática na atenção primária e encaminhamento oportuno



PADRÃO	PISTAS
Dismenorreia primária	Desde adolescência/início da vida reprodutiva; cíclica; exame sem achados; sem sinais de doença pélvica.
Suspeita de causa secundária	Início tardio/progressivo, dispareunia profunda, sangramento anormal, infertilidade, dor acíclica, massa ou exame alterado.
Dor pélvica aguda	Ectópica, torção, DIP, cisto roto/hemorrágico, apendicite e causas urinárias/GI devem ser consideradas.
Dor pélvica crônica	Endometriose, adenomiose, miomas, aderências, bexiga dolorosa, assoalho pélvico, causas GI/musculoesqueléticas.

TRATAMENTO INICIAL DA DISMENORREIA PRIMÁRIA

- AINE**
Iniciado no começo da dor ou 1–2 dias antes da menstruação quando previsível, se não houver contraindicação.
- Contracepção hormonal**
Pode reduzir dismenorreia quando desejada/elegível.
- Medidas gerais**
Calor local, atividade física e educação sobre o ciclo.

PS ENCAMINHAMENTO PRECOZE

- Dor súbita intensa.
- Sinais peritoneais.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Febre/toxemia.
- Teste de gravidez positivo com dor/sangramento.
- Suspeita de torção/ectópica.

CASA DA MULHER – PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP – V1.0 – 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



SUSPEITE CEDO; NÃO ESPERE LAPAROSCOPIA



ENDOMETRIOSE

O PCDT nacional de Endometriose foi atualizado em 2026. A doença deve ser considerada diante de dismenorreia progressiva, dispareunia profunda, dor pélvica crônica, sintomas urinários/intestinais cíclicos e infertilidade.

DIAGNÓSTICO

- História e exame podem sustentar diagnóstico presuntivo; laparoscopia não é requisito para iniciar tratamento empírico.
- USG transvaginal especializada e/ou RM podem confirmar doença profunda/endometrioma e planejar cirurgia, mas imagem normal não exclui doença superficial.
- CA-125 não deve ser usado para diagnóstico rotineiro.

PRIMEIRA LINHA

CENÁRIO	CONDUTA
Dor e sem desejo imediato de gestação	AINE/analgesia + contraceptivo oral combinado ou progestagênio conforme elegibilidade.
Contraindicação a estrogênio	Progestagênio; DIU-LNG pode ser opção conforme disponibilidade/fluxo.
Desejo de gestação	Evitar supressão hormonal como estratégia para engravidar; encaminhar conforme fertilidade e gravidade.
Falha/refratariedade	Referência especializada; terapias de segunda linha/cirurgia dependem de avaliação específica.

ENCAMINHE PRIORITARIAMENTE Endometrioma/massa, sintomas urinários ou intestinais importantes/cíclicos, dor incapacitante refratária, infertilidade ou suspeita de endometriose profunda.

Fonte: PCDT Endometriose/MS 2026.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

ENDOMETRIOSE

Reconhecimento precoce e manejo adequado conforme PCDT/MS 2026

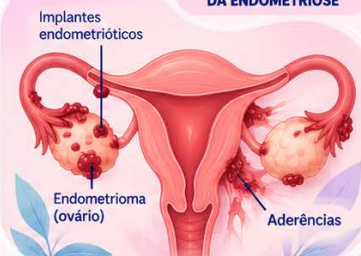
QUANDO SUSPEITAR

- Dismenorreia progressiva
- Dispareunia profunda
- Dor pélvica crônica
- Sintomas urinários / intestinais cíclicos
- Infertilidade

DIAGNÓSTICO

- História e exame** podem sustentar diagnóstico presuntivo; laparoscopia não é requisito para iniciar tratamento empírico.
- USG transvaginal especializada e/ou RM** podem confirmar doença profunda/endometrioma e planejar cirurgia, mas imagem normal não exclui doença superficial.
- CA-125** não deve ser usado para diagnóstico rotineiro.

POSSÍVEIS LOCAIS DA ENDOMETRIOSE



PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO

CENÁRIO	CONDUTA
Dor e sem desejo imediato de gestação	AINE/analgesia + contraceptivo oral combinado ou progestagênio conforme elegibilidade.
Contraindicação a estrogênio	Progestagênio; DIU-LNG pode ser opção conforme disponibilidade/fluxo.
Desejo de gestação	Evitar supressão hormonal como estratégia para engravidar; encaminhar conforme fertilidade e gravidade.
Falha/refratariedade	Referência especializada; terapias de segunda linha/cirurgia dependem de avaliação específica.

ENCAMINHE PRIORITARIAMENTE

- Endometrioma/massa.
- Sintomas urinários ou intestinais importantes/cíclicos.
- Dor incapacitante refratária.
- Infertilidade.
- Suspeita de endometriose profunda.

Fonte: PCDT Endometriose/MS 2026.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



TRATE SINTOMAS, NÃO A IMAGEM



MIOMAS UTERINOS

Leiomiomas são comuns e muitas vezes assintomáticos. A necessidade de tratamento depende de sangramento, dor/pressão, anemia, impacto reprodutivo, tamanho/localização e preferência da paciente.

AVALIE

- SUA, sintomas compressivos, dor, infertilidade; exame abdominal/bimanual quando indicado.
- Hemograma se sangramento aumentado; USG transvaginal/pélvica para caracterização quando sintomática ou exame alterado.
- Crescimento aparente em pós-menopausa ou massa de comportamento atípico exige avaliação especializada.

MANEJO

SITUAÇÃO	CONDUTA
Assintomático	Expectante; não há indicação de tratamento apenas por achado de imagem.
SUA leve/moderado	AINE e/ou terapia hormonal conforme elegibilidade; tratar deficiência de ferro.
Desejo reprodutivo	Considerar localização submucosa/distorção cavitária; encaminhar se impacto provável.
Sintomas importantes / anemia recorrente	Avaliação ginecológica para opções farmacológicas, histeroscópicas/cirúrgicas conforme caso.
URGÊNCIA Sangramento com instabilidade ou anemia sintomática importante → PS.	

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

MIOMAS UTERINOS

Leiomiomas são comuns e muitas vezes assintomáticos. A necessidade de tratamento depende de sangramento, dor/pressão, anemia, impacto reprodutivo, tamanho/localização e preferência da paciente.



AVALIE

- SUA, sintomas compressivos, dor, infertilidade.**
Exame abdominal/bimanual quando indicado.
- Hemograma se sangramento aumentado.**
USG transvaginal/pélvica para caracterização quando sintomática ou exame alterado.
- Crescimento aparente em pós-menopausa**
ou massa de comportamento atípico exige avaliação especializada.

MANEJO

SITUAÇÃO	CONDUTA
Assintomático	Expectante; não há indicação de tratamento apenas por achado de imagem.
SUA leve/moderado	AINE e/ou terapia hormonal conforme elegibilidade; tratar deficiência de ferro.
Desejo reprodutivo	Considerar localização submucosa/distorção cavitária; encaminhar se impacto provável.
Sintomas importantes / anemia recorrente	Avaliação ginecológica para opções farmacológicas, histeroscópicas/cirúrgicas conforme caso.



URGÊNCIA

Sangramento com instabilidade ou anemia sintomática importante → PS.

PRINCIPAIS SINTOMAS

- Sangramento uterino anormal (SUA)
- Dor pélvica/pressão
- Sintomas compressivos (urinários/intestinais)
- Infertilidade

EXAMES DE IMAGEM

- USG transvaginal** é o exame inicial. A RM pode ser utilizada em casos selecionados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



RISCO ANTES DE TAMANHO ISOLADO



CISTOS OVARIANOS E MASSAS ANEXIAIS

PERGUNTAS ESSENCIAIS

- Pré ou pós-menopausa? Dor aguda? Massa simples ou complexa? Componentes sólidos/papilas/septos? Ascite? Crescimento? História familiar de câncer de ovário/mama?

ACHADO	CONDUTA GERAL
Cisto simples em pré-menopausa, assintomático	Muitos são funcionais; observar/seguir conforme tamanho, laudo e sintomas.
Massa complexa ou persistente	Avaliação ginecológica; revisar laudo e necessidade de imagem/seguimento especializado.
Massa em pós-menopausa	Maior cautela; avaliação especializada conforme características e risco.
CA-125	Não usar como rastreamento populacional nem como teste isolado para "descartar câncer"; interpretar apenas em contexto apropriado.
Dor súbita intensa + náuseas/vômitos	Suspeitar torção/complicação → PS.

SINAIS DE MAIOR RISCO Componentes sólidos/papilares, ascite, bilateralidade suspeita, vascularização/complexidade relevante, crescimento, sintomas sistêmicos ou pós-menopausa.

A conduta definitiva deve considerar descrição ultrassonográfica padronizada e fluxo de referência disponível.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

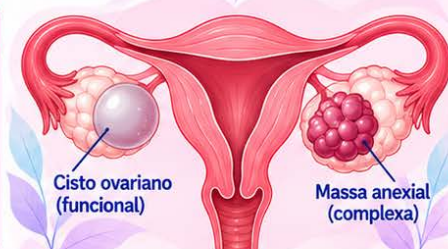
CISTOS OVARIANOS E MASSAS ANEXIAIS

Avaliação e manejo na atenção primária

PERGUNTAS ESSENCIAIS



- Pré ou pós-menopausa?
- Dor aguda?
- Massa simples ou complexa?
- Componentes sólidos/papilas/septos?
- Ascite?
- Crescimento?
- História familiar de câncer de ovário/mama?



ACHADO	CONDUTA GERAL
Cisto simples em pré-menopausa, assintomático	Muitos são funcionais; observar/seguir conforme tamanho, laudo e sintomas.
Massa complexa ou persistente	Avaliação ginecológica; revisar laudo e necessidade de imagem/seguimento especializado.
Massa em pós-menopausa	Maior cautela; avaliação especializada conforme características e risco.
CA-125	Não usar como rastreamento populacional nem como teste isolado para "descartar câncer"; interpretar apenas em contexto apropriado.
Dor súbita intensa + náuseas/vômitos	Suspeitar torção/complicação → PS.

EXEMPLOS DE ACHADOS NO ULTRASSOM



SINAIS DE MAIOR RISCO



- Componentes sólidos/papilares.
- Ascite.
- Bilateralidade suspeita.



- Vascularização/complexidade relevante.
- Crescimento.
- Sintomas sistêmicos.
- Pós-menopausa.



A conduta definitiva deve considerar descrição ultrassonográfica padronizada e fluxo de referência disponível.



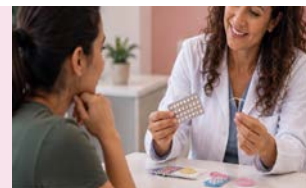
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



ESCOLHA INFORMADA E SEM BARREIRAS



CONTRACEPÇÃO



Contracepção é direito sexual e reprodutivo. A escolha deve considerar preferência, eficácia, reversibilidade, efeitos adversos, comorbidades, interações, desejo de sangramento/amenorreia e proteção contra IST.

MÉTODO	USO TÍPICO / PONTOS PRÁTICOS
DIU de cobre	>99% efetivo; até 10 anos; não hormonal; pode aumentar fluxo/cólicas; pode ser usado como emergência até 5 dias.
Implante subdérmico	Muito alta eficácia; até 3 anos; sangramento irregular é frequente; SUS ampliou acesso em 2026.
Injetável trimestral	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM a cada 3 meses; pode causar amenorreia/irregularidade.
Injetável mensal	Método combinado; aplicar mensalmente conforme formulação disponível e elegibilidade.
Pílula combinada	Uso diário; contraindicações ao estrogênio devem ser avaliadas.
Progestagênio isolado	Útil quando estrogênio não é apropriado; uso diário rigoroso conforme formulação.
Preservativos	Único método contraceptivo que também reduz transmissão de IST; incentivar dupla proteção.

NUNCA EXIJA Participação em grupo, autorização de parceiro/cônjuge ou exames sem indicação como condição automática para acesso a método reversível.

Fonte: Ministério da Saúde – Contracepção; critérios de elegibilidade devem ser consultados no instrumento vigente.

DOCUMENTO INSTITUCIONAL

CONTRACEPÇÃO

Direito sexual e reprodutivo: escolha informada e sem barreiras

A contracepção é direito sexual e reprodutivo. A escolha deve considerar preferência, eficácia, reversibilidade, efeitos adversos, comorbidades, interações, desejo de sangramento/amenorreia e proteção contra IST.

MÉTODO	USO TÍPICO / PONTOS PRÁTICOS
DIU de cobre	> 99% efetivo; até 10 anos; não hormonal; pode aumentar fluxo/cólicas; pode ser usado como emergência até 5 dias.
Implante subdérmico	Muito alta eficácia; até 3 anos; sangramento irregular é frequente; SUS ampliou acesso em 2026.
Injetável trimestral	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM a cada 3 meses; pode causar amenorreia/irregularidade.
Injetável mensal	Método combinado; aplicar mensalmente conforme formulação disponível e elegibilidade.
Pílula combinada	Uso diário; contraindicações ao estrogênio devem ser avaliadas.
Progestagênio isolado	Útil quando estrogênio não é apropriado; uso diário rigoroso conforme formulação.
Preservativos	Único método contraceptivo que também reduz transmissão de IST; incentivar dupla proteção.

TAMBÉM CONSIDERE

- Prevenção de IST
- Desejo de sangramento/amenorreia
- Condições de saúde e medicamentos
- Reversibilidade e planejamento de vida

NUNCA EXIJA

Participação em grupo, autorização de parceiro/cônjuge ou exames sem indicação como condição automática para acesso a método reversível.

ATENÇÃO

Ofereça aconselhamento individualizado, com linguagem acessível, respeitando autonomia e a decisão da mulher.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



SEGURANÇA E ELEGIBILIDADE



CONTRACEPÇÃO

ANTES DE MÉTODO COM ESTROGÊNIO

- PA obrigatória; investigar tabagismo, enxaqueca com aura, tromboembolismo/trombofilia, doença cardiovascular, puerpério, câncer de mama, hepatopatia e interações relevantes.
- Estrogênio é inadequado em várias condições de alto risco; use critérios de elegibilidade vigentes, não "checklist informal".

DIU DE COBRE – CONTRAINDICAÇÕES IMPORTANTES À INSERÇÃO

- Gestação; cervicite/DIP ativa; câncer de colo/endométrio não tratado; sangramento uterino de origem não esclarecida; distorção cavitária que impeça inserção/permanência; alergia ao cobre e situações específicas do puerpério/infecção.
- Nuliparidade e adolescência, isoladamente, não contraindicam DIU.

ESTERILIZAÇÃO

Laqueadura/vasectomia: conforme Lei 14.443/2022, acesso a partir de 21 anos OU pelo menos 2 filhos vivos; não exige autorização conjugal; há prazo legal mínimo entre manifestação da vontade e procedimento.

DECISÃO COMPARTILHADA Explique eficácia, padrão de sangramento, riscos, benefícios, reversibilidade e retorno. Documente a escolha da paciente.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP

IMPLANON®

IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL

CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO (LARC)

MÉTODO SEGURO, EFICAZ E REVERSÍVEL



- ✓ Mais autonomia
- ✓ Planejamento reprodutivo
- ✓ Equidade no acesso

1 O QUE É O IMPLANON?

- Implante subdérmico liberador de etonogestrel (progestagênio).
- Bastão flexível de 4 cm.
- Método contraceptivo hormonal de longa duração.
- Discreto e seguro.

2 COMO FUNCIONA?

- Libera etonogestrel de forma contínua.
- Inibe a ovulação.
- Espessa o muco cervical.
- Altera o endométrio.

3 EFICÁCIA

>99%
DE EFICÁCIA

- Um dos métodos mais eficazes da atualidade.
- Eficácia superior a 99% (no uso típico).
- Baixa taxa de falha.

4 DURAÇÃO E REVERSIBILIDADE



Até 3 anos
de uso.



Reversível.
A fertilidade retorna rapidamente após a retirada.

5 PARA QUEM É INDICADO?

- ✓ Mulheres que desejam contracepção de longa duração.
- ✓ Adolescentes e mulheres adultas.
- ✓ Pode ser usado no pós-parto e na lactação (conforme avaliação).
- ✓ Útil quando não é possível ou desejável o uso de estrogênio.

6 INSERÇÃO

- 1 Anestesia local.
- 2 Inserção rápida e minimamente dolorosa.
- 3 Curativo simples.

Tempo do procedimento: 5 a 10 minutos.

7 RETIRADA



- Procedimento simples.
- Realizado com anestesia local.
- Retorno rápido da fertilidade.

8 PRINCIPAIS EFEITOS ADVERSOS

- Sangramento irregular é o mais comum.
- Pode causar amenorreia (ausência de menstruação).
- Pode ocorrer acne.
- Pode ocorrer cefaleia.
- Pode causar mastalgia.



Os efeitos tendem a melhorar com o tempo.

9 CONTRAINDICAÇÕES (OMS 4)

- ✗ Gravidez confirmada.
- ✗ Suspeita de gravidez.
- ✗ Câncer de mama atual.
- ✗ Sangramento uterino inexplicado.
- ✗ Doença hepática grave.
- ✗ Cirrose descompensada.



10 ACESSO NO SUS

- O SUS ampliou o acesso ao implante subdérmico em 2026.
- Disponível conforme fluxo municipal.
- Consultar critérios de elegibilidade e encaminhar conforme protocolo.



11 IMPORTANTE

- Ofereça aconselhamento individualizado.
- Explique benefícios, efeitos adversos e sinais de alerta.
- Respeite a autonomia e a decisão da mulher.
- Estimule o uso de preservativos para prevenção de IST.



LEMBRE-SE

- ✓ Não é método de barreira.
- ✓ Não protege contra IST.
- ✓ Pode ser usado em diferentes fases da vida.
- ✓ Deve ser inserido e retirado por profissional capacitado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



QUANTO ANTES, MELHOR



CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

OPÇÃO	JANELA / OBSERVAÇÕES
Levonorgestrel 1,5 mg VO	Dose única; maior eficácia quanto mais precoce. Pode ser oferecido até 120 h após relação desprotegida, reconhecendo redução de eficácia com o tempo.
DIU de cobre	Pode ser inserido até 5 dias após relação desprotegida; é o método de emergência mais eficaz e permanece como contracepção de longa duração, se elegível.

INDICAÇÕES

- Relação sem método; falha/uso incorreto do método; rompimento de preservativo; violência sexual; atraso importante de método hormonal quando houver risco.

APÓS A EMERGÊNCIA

- Orientar método regular e preservativo; avaliar risco de IST/PEP quando aplicável.
- Teste de gravidez se menstruação atrasar ou conforme janela clínica; contracepção de emergência não interrompe gestação já implantada.
- Uso repetido não é motivo para negar atendimento, mas sinaliza oportunidade de oferecer método mais eficaz/adequado.

VIOLÊNCIA SEXUAL Contracepção de emergência pode ser oferecida até 120 h; PEP para HIV deve ser iniciada o mais cedo possível e no máximo até 72 h.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

PREVINE UMA GRAVIDEZ APÓS RELAÇÃO DESPROTEGIDA

Uso eventual, não substitui o método regular de contracepção.

OPÇÃO

 Levonorgestrel 1,5 mg VO	Dose única; maior eficácia quanto mais precoce. Pode ser oferecido até 120 h após relação desprotegida, reconhecendo redução de eficácia com o tempo.
 DIU de cobre	Pode ser inserido até 5 dias após relação desprotegida; é o método de emergência mais eficaz e permanece como contracepção de longa duração, se elegível.

1 INDICAÇÕES

- Relação sem método.
- Falha/uso incorreto do método.
- Rompimento de preservativo.
- Violência sexual.
- Atraso importante de método hormonal quando houver risco.

2 APÓS A EMERGÊNCIA

- Orientar método regular e preservativo; avaliar risco de IST/PEP quando aplicável.
- Teste de gravidez se menstruação atrasar ou conforme janela clínica; contracepção de emergência não interrompe gestação já implantada.
- Uso repetido não é motivo para negar atendimento, mas sinaliza oportunidade de oferecer método mais eficaz/adequado.

3 VIOLÊNCIA SEXUAL

- Contracepção de emergência pode ser oferecida até 120 h após a agressão.
- PEP para HIV** deve ser iniciada o mais cedo possível e no máximo até 72 h.
- Ofereça acolhimento, escuta qualificada e encaminhamento conforme protocolo de atenção à violência sexual.

4 ATENÇÃO

- Quanto mais precoce, maior a eficácia.
- Não interrompe gestação já implantada.
- Estimule a continuidade de um método regular e o uso de preservativo para prevenção de IST.

Caso de relação desprotegida? Procure a unidade o quanto antes.

Quanto mais precoce, maior a eficácia. Não há efeito se já houver gestação implantada.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



DIAGNÓSTICO É PREDOMINANTEMENTE CLÍNICO



CLIMATÉRIO E MENOPAUSA



Menopausa é reconhecida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia sem outra causa. Em mulheres na faixa etária habitual com quadro típico, dosagens hormonais de rotina geralmente não são necessárias.

AVALIE

- Fogachos/sudorese, sono, humor, sexualidade, secura/dor vaginal, sintomas urinários, sangramento.
- PA, risco cardiovascular/metabólico, tabagismo, saúde óssea e rastreamentos por idade/risco.
- Sangramento após menopausa **NÃO** é sintoma normal do climatério → investigar.

MEDIDAS NÃO HORMONAIS

- Atividade física, alimentação adequada, cessação do tabagismo, moderação de álcool, higiene do sono e manejo de peso.
- Lubrificantes/hidratantes vaginais para sintomas geniturinários leves; revisar medicamentos e comorbidades.

ATENÇÃO FSH não deve ser solicitado rotineiramente apenas para “confirmar menopausa” em mulheres >45 anos com quadro típico. Use quando o contexto clínico exigir (ex.: suspeita de insuficiência ovariana prematura).

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA



Menopausa é reconhecida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia sem outra causa. Em mulheres na faixa etária habitual com quadro típico, dosagens hormonais de rotina geralmente não são necessárias.

1 O QUE AVALIAR?



Sintomas climatéricos

Fogachos/sudorese, sono, humor, sexualidade, secura/dor vaginal, sintomas urinários.



Saúde geral e riscos

Pressão arterial, risco cardiovascular/metabólico, tabagismo, saúde óssea e rastreamentos por idade/risco.



Sangramento

Sangramento após menopausa **NÃO** é sintoma normal do climatério → investigar.

2 MEDIDAS NÃO HORMONAIS



Estilo de vida saudável

Atividade física regular, alimentação adequada, manejo de peso, cessação do tabagismo e moderação de álcool.



Higiene do sono

Rotina de sono e manejo do estresse.



Saúde geniturinária

Lubrificantes e hidratantes vaginais para sintomas leves.



Revisão de medicamentos

Avaliar comorbidades e fármacos que possam agravar sintomas.

3 TERAPIA HORMONAL (SE INDICADA)



Indicações principais

Sintomas vasomotores moderados a intensos que impactam a qualidade de vida e/ou sintomas geniturinários.



Avaliação individualizada

Considerar idade, tempo de menopausa, risco cardiovascular, histórico de câncer de mama, tromboembolismo e preferências da paciente.



Objetivo

Alívio de sintomas e melhora da qualidade de vida com a menor dose eficaz pelo menor tempo necessário.



Não indicada apenas para prevenção de doenças crônicas em todas as mulheres.

4 ATENÇÃO SOBRE EXAMES HORMONAIS



FSH não deve ser solicitado rotineiramente apenas para “confirmar menopausa” em mulheres > 45 anos com quadro típico.

Use quando o contexto clínico exigir (ex.: suspeita de insuficiência ovariana prematura).

5 LEMBRE-SE



- ✓ Menopausa = 12 meses de amenorreia sem outra causa.
- ✓ Sangramento após menopausa deve ser investigado.
- ✓ A condução deve ser individualizada, considerando benefícios, riscos e preferências da paciente.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



INDICAÇÃO INDIVIDUALIZADA



TERAPIA HORMONAL NO CLIMATÉRIO



A **terapia hormonal (TH)** é a opção mais eficaz para sintomas vasomotores e pode tratar síndrome geniturinária. Deve ser considerada após avaliação individual de benefícios, riscos, contraindicações, presença de útero e preferência da paciente.

CENÁRIO	PRINCÍPIO
Útero presente	Estrogênio sistêmico requer proteção endometrial com progestagênio adequado.
Histerectomia total	Estrogênio isolado pode ser considerado quando indicado.
Sintomas geniturinários isolados	Preferir estratégia local quando apropriada; individualizar conforme risco e disponibilidade.
Início de TH	Maior relação benefício-risco em mulheres sintomáticas mais jovens/próximas da menopausa, após avaliação clínica.

CONTRAINDICAÇÕES / CAUTELA

- Câncer de mama ou endométrio hormônio-dependente; sangramento genital não esclarecido; doença tromboembólica ativa/alto risco; doença hepática grave; doença cardiovascular relevante – avaliar individualmente e encaminhar quando necessário.
- Não iniciar TH para prevenção primária de doença cardiovascular.

ENCAMINHE Menopausa precoce/insuficiência ovariana prematura, contraindicações complexas, sangramento pós-menopausa, alto risco oncológico/trombótico ou sintomas refratários.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP

TERAPIA HORMONAL NO CLIMATÉRIO

ALÍVIO DOS SINTOMAS • MAIS QUALIDADE DE VIDA • DECISÃO INDIVIDUALIZADA

A **terapia hormonal (TH)** é a opção mais eficaz para sintomas vasomotores e pode tratar síndrome geniturinária. Deve ser considerada após avaliação individual de benefícios, riscos, contraindicações, presença de útero e preferência da paciente.



1 QUANDO INDICAR?

- Fogachos/sudorese moderados a intensos.
- Distúrbios do sono e do humor.
- Secura/dor vaginal, sintomas urinários, impacto na sexualidade.
- Sintomas que afetam a qualidade de vida após avaliação clínica.

2 PRINCÍPIOS DA TERAPIA

CENÁRIO	PRINCÍPIO
Útero presente	Estrogênio sistêmico requer proteção endometrial com progestagênio adequado.
Histerectomia total	Estrogênio isolado pode ser considerado quando indicado.
Sintomas geniturinários isolados	Preferir estratégia local quando apropriada; individualizar conforme risco e disponibilidade.
Início de TH	Maior relação benefício-risco em mulheres sintomáticas mais jovens/próximas da menopausa, após avaliação clínica.

3 CONTRAINDICAÇÕES / CAUTELA

- Câncer de mama ou endométrio hormônio-dependente.
- Sangramento genital não esclarecido.
- Doença tromboembólica ativa ou alto risco.
- Doença hepática grave.
- Doença cardiovascular relevante – avaliar individualmente e encaminhar quando necessário.
- Não iniciar TH para prevenção primária de doença cardiovascular.**

4 TERAPIA LOCAL PARA SINTOMAS GENITURINÁRIOS

- ✓ Lubrificantes e hidratantes vaginais para sintomas leves.
- ✓ Estrogênio vaginal de baixa dose pode ser utilizado quando apropriado e sem contraindicações.
- ✓ Avaliar outras causas e comorbidades.

5 AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- ✓ Revisar sintomas, benefícios e efeitos adversos.
- ✓ Monitorar PA, fatores de risco cardiovascular, saúde óssea e rastreamentos por idade/risco.
- ✓ Uso na menor dose eficaz pelo menor tempo necessário, com reavaliação periódica.

6 ENCAMINHE AO ESPECIALISTA

- ✓ Menopausa precoce/insuficiência ovariana prematura.
- ✓ Contraindicações complexas.
- ✓ Sangramento pós-menopausa.
- ✓ Alto risco oncológico/trombótico.
- ✓ Sintomas refratários.

CASA DA MULHER – PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL – ITARIRI/SP – V1.0 – 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



RASTREAMENTO COM DNA-HPV



CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Desde 2025, o teste molecular para DNA-HPV oncogênico é o exame primário recomendado no Brasil. A implementação é progressiva; onde ainda não disponível, mantém-se o rastreamento citopatológico conforme fluxo vigente.

POPULAÇÃO-ALVO

- Pessoas com colo do útero, 25 a 64 anos, que já iniciaram atividade sexual, no programa de risco padrão.
- Após teste DNA-HPV negativo: repetir em 5 anos.
- Não realizar rastreamento por sintomas: sangramento pós-coital, lesão cervical ou outros sinais exigem investigação diagnóstica, independentemente da idade/intervalo.

TRANSIÇÃO MUNICIPAL

DISPONIBILIDADE	CONDUTA
DNA-HPV disponível	Utilizar como rastreamento primário conforme diretriz nacional e fluxo de triagem/genotipagem.
Ainda sem DNA-HPV	Manter citologia conforme programa local vigente até implantação; evitar coexistência desorganizada de métodos.
Resultado positivo	Seguir algoritmo nacional conforme genótipo e citologia de triagem; HPV 16/18 geralmente direciona à colposcopia.

ORGANIZAÇÃO Registrar população elegível, convocação, resultado, necessidade de triagem/colposcopia e conclusão do seguimento. Rastreamento só funciona se resultado alterado chegar ao cuidado adequado.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO PRECOCE E MAIS SAÚDE PARA TODAS

Desde 2025, o teste molecular para DNA-HPV oncogênico é o exame primário recomendado no Brasil. A implementação é progressiva; onde ainda não disponível, mantém-se o rastreamento citopatológico conforme fluxo vigente.

O rastreamento identifica alterações antes do câncer, permitindo tratamento precoce e mais chances de cura.

- POPULAÇÃO-ALVO E INTERVALO**
 - Pessoas com **colo do útero, 25 a 64 anos**, que já iniciaram atividade sexual, no programa de risco padrão.
 - Após teste **DNA-HPV negativo**: repetir em **5 anos**.
 - Não realizar** rastreamento por sintomas: sangramento pós-coital, lesão cervical ou outros sinais exigem investigação diagnóstica, independentemente da idade/intervalo.
- TRANSIÇÃO MUNICIPAL**

DISPONIBILIDADE	CONDUTA
DNA-HPV disponível	Utilizar como rastreamento primário conforme diretriz nacional e fluxo de triagem/genotipagem.
Ainda sem DNA-HPV	Manter citologia conforme programa local vigente até implantação; evitar coexistência desorganizada de métodos.
Resultado positivo	Seguir algoritmo nacional conforme genótipo e citologia de triagem; HPV 16/18 geralmente direciona à colposcopia.
- COMO É O EXAME DE DNA-HPV?**
 - ✓ Coleta simples, sem necessidade de jejum.
 - ✓ Detecta o vírus HPV de alto risco.
 - ✓ É o exame primário recomendado.
 - ✓ Intervalo de **5 anos** se resultado negativo.
- RESULTADO POSITIVO: E AGORA?**
 - ✓ Realizar genotipagem para HPV 16/18 e citologia de triagem, conforme protocolo.
 - ✓ HPV 16/18: geralmente direciona à colposcopia.
 - ✓ Demais genótipos: seguir algoritmo nacional de manejo.
- ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA**
 - ✓ Registrar população elegível.
 - ✓ Realizar convocação ativa.
 - ✓ Acompanhar resultado e necessidade de triagem/colposcopia.
 - ✓ Garantir a conclusão do seguimento.
 - ✓ Rastreamento só funciona se resultado alterado chegar ao cuidado adequado.
- ATENÇÃO**
 - ✓ Exame de rastreamento não deve ser realizado por sintomas.
 - ✓ Sangramento pós-coital, lesão cervical, corrimento persistente ou outros sinais devem ser investigados, independentemente da idade/intervalo.
 - ✓ Manter qualidade da coleta, registro e seguimento.
 - ✓ Em situações especiais (imunossupressão, história prévia de lesão de alto grau), seguir diretrizes específicas e considerar acompanhamento especializado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



QUANDO NÃO É RASTREAMENTO



INVESTIGUE / ENCAMINHE

- Lesão cervical visível suspeita, sangramento pós-coital persistente, sangramento inexplicado ou colo friável persistente após tratamento de infecção.
- Resultado de rastreamento que indique colposcopia conforme algoritmo nacional.
- História de lesão de alto grau/câncer exige seguimento específico; não aplicar automaticamente rotina de risco padrão.

BOAS PRÁTICAS NA COLETA

- Confirmar identidade, indicação e histórico de rastreamento; explicar procedimento e obter consentimento.
- Evitar coleta inadequada quando sangramento intenso impedir avaliação; tratar cervicite/tricomoníase quando indicado e seguir orientação de repetição conforme resultado.
- Garantir rastreabilidade da amostra e busca ativa de resultados alterados.

HPV NÃO É SINÔNIMO DE CÂNCER Infecção por HPV é comum; o objetivo do programa é identificar persistência oncogênica e lesões precursoras, evitando tanto perda de seguimento quanto excesso de procedimentos.

Base: Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2025.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO PRECOZE E MAIS SAÚDE PARA TODAS

O rastreamento identifica alterações antes do câncer, permitindo tratamento precoce e mais chances de cura.

Desde 2025, o teste molecular para DNA-HPV oncogênico é o exame primário recomendado no Brasil. A implementação é progressiva; onde ainda não disponível, mantém-se o rastreamento citopatológico conforme fluxo vigente.

3 BOAS PRÁTICAS NA COLETA

- Confirmar identidade, indicação e histórico de rastreamento; explicar o procedimento e obter consentimento.
- Realizar coleta adequada com espátula e escova, segundo técnica recomendada.
- Evitar coleta inadequada quando sangramento intenso impedir avaliação; tratar cervicite/tricomoníase quando indicado e seguir orientação de repetição conforme resultado.
- Garantir rastreabilidade da amostra e busca ativa de resultados alterados.

4 INVESTIGUE / ENCAMINHE

- Lesão cervical visível suspeita, sangramento pós-coital persistente, sangramento inexplicado ou colo friável persistente após tratamento de infecção.
- Resultado de rastreamento que indique colposcopia conforme algoritmo nacional.
- História de lesão de alto grau/câncer exige seguimento específico; não aplicar automaticamente rotina de risco padrão.

5 HPV NÃO É SINÔNIMO DE CÂNCER

HPV

- ✓ Infecção por HPV é comum.
- ✓ A maioria das infecções é transitória e some espontaneamente.
- ✓ O objetivo do programa é identificar a persistência oncogênica e lesões precursoras, evitando tanto a perda de seguimento quanto o excesso de procedimentos.

6 ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA

- Registrar população elegível.
- Realizar convocação ativa.
- Acompanhar resultado e necessidade de triagem/colposcopia.
- Garantir a conclusão do seguimento.
- Rastreamento só funciona se resultado alterado chegar ao cuidado adequado.

BASE: Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE



MAMAS



Em setembro de 2025, o Ministério da Saúde atualizou o acesso à **mamografia**: rastreamento populacional prioritário passou a 50–74 anos, bienal. Mulheres de 40–49 anos podem acessar mamografia sob demanda após orientação sobre benefícios e riscos.

SITUAÇÃO	CONDUTA
Assintomática 50–74 anos	Mamografia de rastreamento a cada 2 anos.
Assintomática 40–49 anos	Pode realizar sob demanda, após decisão informada/compartilhada; não estabelecer periodicidade automática.
>74 anos	Individualizar conforme saúde, risco, expectativa de vida e preferência.
Sintoma suspeito	Não é rastreamento: investigação diagnóstica sem aguardar idade/intervalo de rotina.

SINAIS SUSPEITOS

- Nódulo endurecido/fixo ou novo persistente; retração cutânea/mamilar; pele em “casca de laranja”; descarga papilar sangüinolenta/unilateral espontânea; linfonodo axilar suspeito; alteração eczematosa persistente do mamilo.

IMPORTANTE Exame clínico e mamografia diagnóstica não devem ser adiados porque a paciente “ainda não está na idade do rastreamento”.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

MAMAS

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

DETECÇÃO PRECOCE • MAIS CHANCES DE TRATAMENTO • MAIS SAÚDE PARA A MULHER

Em setembro de 2025, o Ministério da Saúde atualizou o acesso à mamografia: rastreamento populacional prioritário passou a **50–74 anos, bienal**. Mulheres de **40–49 anos** podem acessar mamografia sob demanda após orientação sobre benefícios e riscos.

1 INDICAÇÕES E CONDUTA

SITUAÇÃO	CONDUTA
Assintomática 50–74 anos	Mamografia de rastreamento a cada 2 anos.
Assintomática 40–49 anos	Pode realizar sob demanda, após decisão informada/compartilhada; não estabelecer periodicidade automática.
>74 anos	Individualizar conforme saúde, risco, expectativa de vida e preferência.
Sintoma suspeito	Não é rastreamento: investigação diagnóstica sem aguardar idade/intervalo de rotina.

2 SINAIS SUSPEITOS

- Nódulo endurecido/fixo ou novo persistente.
- Retração cutânea/mamilar.
- Pele em “casca de laranja”.
- Descarga papilar sangüinolenta/unilateral espontânea.
- Linfonodo axilar suspeito.
- Alteração eczematosa persistente do mamilo.

3 ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- Orientar a paciente sobre benefícios e riscos da mamografia, especialmente entre 40–49 anos.
- Manter acompanhamento regular conforme faixa etária e risco individual.
- Diante de achados suspeitos, solicitar exames diagnósticos e encaminhar conforme fluxo da rede.
- Considerar fatores de risco (história familiar, mutações genéticas, exposição à radiação torácica, entre outros) para individualizar conduta.

4 IMPORTANTE

Exame clínico e mamografia diagnóstica não devem ser adiados porque a paciente “ainda não está na idade do rastreamento”.

CASA DA MULHER - PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP - V1.0 - 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



FLUXO DIANTE DE QUEIXA OU IMAGEM ALTERADA



MAMAS

ALTO RISCO

História pessoal relevante, mutação conhecida/suspeita, múltiplos familiares, câncer de mama/ovário em idade jovem ou padrão hereditário → avaliação individualizada e referência para estratificação de risco.

BUSCA ATIVA Resultados críticos/suspeitos devem gerar contato e seguimento ativo; não depender apenas de a paciente retornar espontaneamente.

ACHADO	AÇÃO
Nódulo palpável	Exame clínico + imagem conforme idade/contexto; em jovens, USG frequentemente é exame inicial; não tranquilizar apenas por idade.
BI-RADS 0	Complementação de imagem conforme laudo.
BI-RADS 3	Seguimento radiológico conforme recomendação do serviço/laudo.
BI-RADS 4 ou 5	Encaminhamento prioritário para mastologia/serviço diagnóstico para biópsia e definição.
Descarga papilar suspeita	Avaliar espontânea, unilateral, ducto único, sanguinolenta/serosa; encaminhar conforme risco.
Mastalgia isolada	Avaliar padrão cíclico, exame e fatores associados; câncer é causa incomum de dor isolada, mas achados suspeitos mudam o fluxo.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

MAMAS

RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA

DETECÇÃO PRECOCE • MAIS CHANCES DE TRATAMENTO • MAIS SAÚDE PARA A MULHER

CUIDAR DAS MAMAS TAMBÉM É CUIDAR DO SEU FUTURO

CASA DA MULHER ITARIRI

1 RASTREAMENTO – QUEM É QUANDO?

- 50–74 anos (assintomáticas)**
Mamografia de rastreamento a cada 2 anos.
- 40–49 anos (assintomáticas)**
Pode realizar sob demanda, após decisão informada/compartilhada, com orientação sobre benefícios e riscos. Não estabelecer periodicidade automática.
- >74 anos**
Individualizar conforme saúde, risco, expectativa de vida e preferência.
- Sintoma suspeito**
Não é rastreamento: investigação diagnóstica sem aguardar idade/intervalo de rotina.

2 ACHADOS E CONDUTA

ACHADO	AÇÃO
Nódulo palpável	Exame clínico + imagem conforme idade/contexto; em jovens, USG frequentemente é exame inicial; não tranquilizar apenas por idade.
BI-RADS 0	Complementação de imagem conforme laudo.
BI-RADS 3	Seguimento radiológico conforme recomendação do serviço/laudo.
BI-RADS 4 ou 5	Encaminhamento prioritário para mastologia/serviço diagnóstico para biópsia e definição.
Descarga papilar suspeita	Avaliar espontânea, unilateral, ducto único, sanguinolenta/serosa; encaminhar conforme risco.
Mastalgia isolada	Avaliar padrão cíclico, exame e fatores associados; câncer é causa incomum de dor isolada, mas achados suspeitos mudam o fluxo.

3 SINAIS DE ALERTA

- Nódulo endurecido/fixo ou novo persistente.
- Retração cutânea ou mamilar.
- Pele em “casca de laranja”.
- Descarga papilar sanguinolenta ou unilateral espontânea.
- Linfonodo axilar suspeito.
- Alteração eczematosa persistente do mamilo.

4 ALTO RISCO

História pessoal relevante, mutação conhecida/suspeita, múltiplos familiares, câncer de mama/ovário em idade jovem ou padrão hereditário → avaliação individualizada e referência para estratificação de risco.

5 BUSCA ATIVA E SEGUIMENTO

Resultados críticos/suspeitos devem gerar contato e seguimento ativo; não depender apenas de a paciente retornar espontaneamente.

6 IMPORTANTE

Exame clínico e mamografia diagnóstica não devem ser adiados porque a paciente “ainda não está na idade do rastreamento”.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



QUEIXAS FREQUENTES, EXAME DIRIGIDO



VULVA, PROLAPSO E INCONTINÊNCIA

QUEIXAS VULVARES

- Prurido crônico, fissuras, alteração de cor/arquitetura, úlcera ou lesão persistente não devem receber antifúngico repetido indefinidamente.
- Considerar dermatites, líquen escleroso, líquen plano, vulvodínia, herpes e neoplasias; lesão persistente/suspeita → ginecologia/dermatologia e possível biópsia.

PROLAPSO

- Perguntar sensação de “bola”, peso pélvico, dificuldade miccional/evacuatória e impacto sexual.
- Exame em esforço quando necessário; manejo conservador inclui medidas para constipação/peso e fisioterapia do assoalho pélvico; pessário conforme capacitação/fluxo.
- Encaminhar se prolapso sintomático importante, ulceração, retenção urinária ou desejo cirúrgico.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

TIPO	PISTA
Esforço	Perda ao tossir, rir, correr ou levantar peso.
Urgência	Urgência miccional acompanhada de perda; frequência/noctúria.
Mista	Componentes de esforço e urgência.

PRIMEIRA LINHA Treinamento do assoalho pélvico, manejo de peso/constipação, reduzir irritantes vesicais e tratar causas reversíveis. Hematúria, dor, infecção recorrente ou retenção exigem investigação.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP



VULVA, PROLAPSO
E INCONTINÊNCIA

ACOLHIMENTO • DIAGNÓSTICO ADEQUADO • TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO • MAIS QUALIDADE DE VIDA



1 QUEIXAS VULVARES



Prurido crônico, fissuras, alteração de cor/arquitetura, úlcera ou lesão persistente não devem receber **antifúngico repetido indefinidamente**.



Considerar dermatites, líquen escleroso, líquen plano, vulvodínia, herpes e neoplasias.



Lesão persistente/suspeita → encaminhar para ginecologia/dermatologia e possível biópsia.

EXAME E ORIENTAÇÕES



- ✓ História detalhada, exame cuidadoso da vulva e região perianal.
- ✓ Tratar infecções quando identificadas.
- ✓ Orientar higiene adequada, evitar irritantes e roupas apertadas.

2 PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS



Perguntar sobre sensação de “bola”, peso pélvico, dificuldade miccional/evacuatória e impacto sexual.



Exame em esforço quando necessário.



Manejo conservador inclui medidas para constipação/peso e fisioterapia do assoalho pélvico.



Pessário conforme capacitação/fluxo.



Encaminhar se prolapso sintomático importante, ulceração, retenção urinária ou desejo cirúrgico.

MEDIDAS CONSERVADORAS



Tratar constipação



Controle de peso



Fisioterapia do assoalho pélvico



Evitar esforços excessivos

3 INCONTINÊNCIA URINÁRIA



Esforço

Perda ao tossir, rir, correr ou levantar peso.



Urgência

Urgência miccional acompanhada de perda; frequência/noctúria.



Mista

Componentes de esforço e urgência.

PRIMEIRA LINHA

- ✓ Treinamento do assoalho pélvico.
- ✓ Manejo de peso/constipação.
- ✓ Reduzir irritantes vesicais (café, álcool, ultraprocessados).
- ✓ Tratar causas reversíveis.
- ✓ Hematúria, dor, infecção urinária recorrente ou retenção exigem investigação.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



ACOLHER, PROTEGER, NÃO REVITIMIZAR



VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER



O primeiro atendimento pode ocorrer em qualquer serviço de saúde, sem agendamento e sem exigir boletim de ocorrência. A prioridade é segurança, cuidado clínico e autonomia.

ATENDIMENTO

- Acolhimento privativo e escuta sem julgamento; registrar história com linguagem objetiva e palavras da paciente quando relevantes.
- Avaliar lesões, risco imediato, violência sexual, possibilidade de gestação e risco de IST.
- Violência sexual: contracepção de emergência, testes, profilaxias para HIV/IST/hepatite B conforme janela e protocolo; PEP-HIV até 72 h por 28 dias.
- Notificação compulsória em saúde em até 24 h, preservando sigilo conforme normas; BO não é condição para cuidado.
- Acionar assistência social e apoio jurídico da Casa da Mulher conforme desejo/necessidade e rede de proteção.

VIOLÊNCIA SEXUAL ATÉ 72 H Tratar como urgência para PEP-HIV e demais profilaxias. Contracepção de emergência pode ser oferecida até 120 h. Encaminhar imediatamente ao serviço de referência se insumos/procedimentos não estiverem disponíveis.

SEGURANÇA Se risco atual de morte/lesão grave, priorizar proteção e acionamento da rede de urgência/proteção conforme legislação e protocolos locais.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

ACOLHIMENTO • CUIDADO • PROTEÇÃO • AUTONOMIA

O primeiro atendimento pode ocorrer em qualquer serviço de saúde, sem agendamento e sem exigir boletim de ocorrência. A prioridade é segurança, cuidado clínico e autonomia.

VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHA. VOCÊ TEM DIREITO A CUIDADO E PROTEÇÃO.

- 1 ATENDIMENTO INICIAL**
 - Acolhimento privativo e escuta**
sem julgamento; registrar história com linguagem objetiva e palavras da paciente quando relevantes.
 - Avaliar clinicamente**
lesões, risco imediato, violência sexual, possibilidade de gestação e risco de IST.
 - Registrar e notificar**
Notificação compulsória em saúde em até 24 h, preservando sigilo conforme normas. BO não é condição para cuidado.
 - Acionar a rede de apoio**
Acionar assistência social e apoio jurídico da Casa da Mulher conforme desejo/necessidade e rede de proteção.
- 2 VIOLÊNCIA SEXUAL ATÉ 72 HORAS**
 - Tratar como urgência para PEP-HIV e demais profilaxias.
 - Contracepção de emergência pode ser oferecida até 120 h.
 - Solicitar testes conforme protocolo: HIV, sífilis, hepatites B e C, IST conforme janela.
 - Iniciar profilaxias conforme janela e protocolo (ex.: PEP-HIV até 72 h por 28 dias).
 - Encaminhar imediatamente ao serviço de referência se insumos/procedimentos não estiverem disponíveis.
- 3 AVALIAÇÃO E MANEJO CLÍNICO**
 - Documentar lesões com descrição detalhada e, quando possível, registro fotográfico conforme protocolo e consentimento.
 - Tratar lesões e condições clínicas (analgesia, profilaxia do tétano, cuidados locais e demais necessidades).
 - Avaliar possibilidade de gestação e oferecer contracepção de emergência quando indicado.
 - Prevenir e tratar IST conforme risco e tempo da exposição.
 - Oferecer suporte emocional e orientações claras sobre opções, direitos e próximos passos (sem forçar decisões).
- 4 SEGURANÇA E REDE DE PROTEÇÃO**
 - Se risco atual de morte/lesão grave, priorizar proteção e acionamento da rede de urgência/proteção conforme legislação e protocolos locais.
 - Orientar sobre medidas de segurança (plano de fuga, contatos de confiança, evitar novas exposições).
 - Encaminhar e articular com rede intersetorial (assistência social, Conselho Tutelar quando aplicável, Ministério Público, segurança pública).
- 5 DIREITOS DA MULHER**
 - Atendimento sem exigir boletim de ocorrência.
 - Sigilo e respeito à sua decisão.
 - Informações claras sobre opções de cuidado, contracepção, profilaxias e apoio jurídico/social.
 - Acesso à rede de proteção e acompanhamento contínuo.
- 6 IMPORTANTE**
 - Violência é questão de saúde pública e deve ser abordada com acolhimento, seriedade e sem julgamento.
 - Garantir documentação adequada, notificação e seguimento.
 - Respeitar o tempo e as escolhas da paciente.
 - Trabalhar em rede para assegurar proteção, cuidado integral e autonomia.

CASA DA MULHER - PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP - V1.0 - 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



PÁGINA DE BOLSO



RED FLAGS E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAR AO PS / URGÊNCIA	ENCAMINHAR À ESPECIALIDADE
Instabilidade, síncope, hemorragia genital importante.	SUA persistente/refratário, anemia recorrente ou indicação de investigação endometrial.
Dor pélvica aguda intensa, peritonismo, suspeita de ectópica/torção.	Massa anexial complexa/persistente, pós-menopausa ou suspeita oncológica.
DIP grave, abscesso tubo-ovariano, gestação com DIP, vômitos ou falha em 72 h.	Endometriose profunda/refratária, endometrioma ou infertilidade.
Violência sexual recente quando profilaxias/avaliação urgente não disponíveis.	Lesão cervical/vulvar suspeita; rastreamento alterado com indicação de colposcopia.
Sepse ou deterioração clínica.	BI-RADS 4/5, nódulo/alteração mamária suspeita ou alto risco hereditário.
Teste de gravidez positivo + dor/sangramento com suspeita de complicação.	Prolapso sintomático importante, retenção urinária ou indicação cirúrgica.

ENCAMINHAMENTO DE QUALIDADE

- Hipótese/diagnóstico e motivo objetivo; duração/evolução; exame físico relevante.
- Exames já realizados com datas/resultados; tratamentos tentados, doses, duração e resposta.
- Comorbidades/medicações relevantes; urgência/prioridade sugerida e dados de contato quando fluxo exigir.

NÃO ENCAMINHAR SEM PLANO Enquanto aguarda regulação, defina manejo, sinais de alarme e responsabilidade pelo seguimento. Encaminhamento não encerra o cuidado.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

RED FLAGS

IDENTIFICAR
SINAIS DE ALARME
SALVA VIDAS.

E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

RECONHECER • AGIR • ENCAMINHAR COM QUALIDADE • GARANTIR CONTINUIDADE DO CUIDADO



1



ENCAMINHAR AO PS / URGÊNCIA

Situações que exigem avaliação e manejo imediatos.



Instabilidade, síncope, hemorragia genital importante.



Dor pélvica aguda intensa, peritonismo, suspeita de ectópica/torção.



DIP grave, abscesso tubo-ovariano, gestação com DIP, vômitos ou falha em 72 h.



Violência sexual recente quando profilaxias/avaliação urgente não disponíveis.



Sepse ou deterioração clínica.



Teste de gravidez positivo + dor/sangramento com suspeita de complicação.

2



ENCAMINHAR À ESPECIALIDADE

Situações que requerem investigação e acompanhamento especializado.



SUA persistente/refratário, anemia recorrente ou indicação de investigação endometrial.



Massa anexial complexa/persistente, pós-menopausa ou suspeita oncológica.



Endometriose profunda/refratária, endometrioma ou infertilidade.



Lesão cervical/vulvar suspeita; rastreamento alterado com indicação de colposcopia.



BI-RADS 4/5, nódulo/alteração mamária suspeita ou alto risco hereditário.



Prolapso sintomático importante, retenção urinária ou indicação cirúrgica.

3

ENCAMINHAMENTO DE QUALIDADE



- ✓ Hipótese/diagnóstico e motivo objetivo; duração/evolução; exame físico relevante.
- ✓ Exames já realizados com datas/resultados; tratamentos tentados, doses, duração e resposta.
- ✓ Comorbidades/medicações relevantes; urgência/prioridade sugerida e dados de contato quando fluxo exigir.

4

NÃO ENCAMINHAR SEM PLANO



- ✓ Enquanto aguarda regulação, defina manejo, sinais de alarme e responsabilidade pelo seguimento.
- ✓ Encaminhamento não encerra o cuidado.

CASA DA MULHER - PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP - V1.0 - 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde
Casa da Mulher de Itariri



VERSÃO 1.0 • 2026



GUIA RÁPIDO TERAPÊUTICO
E REFERÊNCIAS



CONDIÇÃO	ESQUEMA-RESUMO
Candidíase	Miconazol 2% vaginal 7 d OU Nistatina 100.000 UI vaginal 14 d; fluconazol 150 mg VO DU (não em gestantes/lactantes).
Vaginose	Metronidazol 500 mg VO 12/12 h por 7 d.
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO DU OU 500 mg 12/12 h 7 d; tratar parceria(s).
Gonorreia/clamídia	Ceftriaxona 500 mg IM DU + azitromicina 1 g VO DU; clamídia isolada: azitro 1 g DU ou doxi 100 mg 12/12 h 7 d.
DIP ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg IM DU + doxiciclina 100 mg 12/12 h 14 d + metronidazol 500 mg 12/12 h 14 d.
Emergência contraceptiva	Levonorgestrel 1,5 mg VO DU; DIU cobre até 5 dias se elegível.

REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Anexo alterado em 04/07/2024; página atualizada em 22/01/2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PCDT da Endometriose. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SCTIE nº 54/2026; anexo vigente em setembro de 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde / INCA. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: rastreamento organizado com teste molecular para DNA-HPV oncogênico. 2025.
- INCA / Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer de mama: atualização de acesso e rastreamento. Faixa prioritária 50–74 anos, bienal; acesso sob demanda 40–49 anos após orientação. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Contracepção – Saúde Sexual e Reprodutiva; DIU de cobre; notas técnicas vigentes sobre implante subdérmico. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília, 2016 (utilizado para fundamentos ainda vigentes, complementado por atualizações posteriores).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Violência sexual e Profilaxia Pós-Exposição (PEP): páginas e notas técnicas vigentes.

NOTA DE IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL Antes da publicação normativa: validar REMUME/apresentações disponíveis, serviços de referência, acesso a DNA-HPV/colposcopia, fluxo de mamografia/mastologia, disponibilidade de DIU/implante e responsabilidades profissionais locais.

Revisão recomendada: anual ou sempre que houver atualização normativa relevante do Ministério da Saúde/CONITEC/INCA.

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP

GUIA RÁPIDO TERAPÊUTICO

TRATAMENTO SEGURO - ESQUEMAS PRÁTICOS - USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS - MELHOR CUIDADO PARA A MULHER

TRATAR CORRETAMENTE EVITA COMPLICAÇÕES E PROTEGE A SAÚDE DA MULHER.

CONDIÇÃO	ESQUEMA-RESUMO
Candidíase	Miconazol 2% vaginal por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI vaginal por 14 dias; fluconazol 150 mg VO, dose única (não em gestantes/lactantes).
Vaginose	Metronidazol 500 mg VO, 12/12 horas por 7 dias.
Tricomoníase	Metronidazol 2 g VO, dose única OU 500 mg 12/12 horas por 7 dias; tratar parceria(s).
Gonorreia/clamídia	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única + azitromicina 1 g VO, dose única; clamídia isolada: azitromicina 1 g VO, dose única ou doxiciclina 100 mg VO, 12/12 horas por 7 dias.
DIP ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg IM, dose única + doxiciclina 100 mg VO, 12/12 horas por 14 dias + metronidazol 500 mg VO, 12/12 horas por 14 dias.
Emergência contraceptiva	Levonorgestrel 1,5 mg VO, dose única; DIU de cobre até 5 dias se elegível.

CASA DA MULHER - PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL - ITARIRI/SP - V1.0 - 2026

PROTOCOLO MUNICIPAL DE GINECOLOGIA AMBULATORIAL

CASA DA MULHER – REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITARIRI/SP

APROVAÇÃO E OFICIALIZAÇÃO

VERSÃO 1.0 | 2026

O presente Protocolo Municipal de Ginecologia Ambulatorial estabelece diretrizes para a organização e padronização da assistência ginecológica ambulatorial no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Itariri/SP, especialmente na **Casa da Mulher**, em articulação com as Unidades Básicas de Saúde/Equipes de Saúde da Família e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

O documento tem por finalidade promover assistência segura, resolutiva, humanizada e baseada nas melhores evidências disponíveis, definindo critérios para avaliação, investigação, tratamento, acompanhamento, referência e contrarreferência das principais condições ginecológicas atendidas no município.

Sua aplicação deverá respeitar a avaliação clínica individual, a autonomia da paciente, a disponibilidade da rede municipal, a REMUME, os fluxos regulatórios vigentes e as normas técnicas do Ministério da Saúde e demais autoridades sanitárias competentes.



O pré-natal, as urgências obstétricas e a assistência ao parto não integram o escopo deste documento e serão disciplinados por protocolos municipais específicos.

ELABORAÇÃO E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Dr. Mario Augusto A. Lima
Médico – CRM-SP 30.014
Rede Municipal de Saúde de Itariri/SP

DIREÇÃO / COORDENAÇÃO DA CASA DA MULHER

Nome: _____
Cargo: _____

DIREÇÃO DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____
Cargo: _____

SECRETÁRIO(A) / DIRETOR(A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____
Assinatura / Carimbo

HOMOLOGAÇÃO

Nome: _____
Cargo: _____



Data de aprovação: ____ / ____ / 2026

Início de vigência: ____ / ____ / 2026

Versão: 1.0

Revisão programada: 2028, ou anteriormente diante de atualização normativa relevante.



DOCUMENTO INSTITUCIONAL

Após aprovação e homologação, este protocolo constitui referência técnica para a organização da assistência ginecológica ambulatorial da Rede Municipal de Saúde de Itariri/SP, sem substituir o julgamento clínico individual nem normas sanitárias hierarquicamente superiores.



CONTROLE DOCUMENTAL

Alterações futuras deverão ser registradas por versão, data, responsável pela revisão e ato de aprovação correspondente.