

Ciclo menstrual normal e sangramento uterino anormal na adolescente

Ciclo normal dos primeiros anos, PALM-COEIN, triagem de coagulopatia, exames antes do hormônio e tratamento do sangramento leve ao grave, segundo SBP 2023, MS 2016 e ACOG 2019

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A menstruação é um **sinal vital** (AAP/ACOG 2006, citado pela SBP; AEPap 2018): pergunte em toda consulta a data da última menstruação e o padrão do ciclo. Pela SBP (GPA nº 84/2023), o ciclo normal da adolescente tem **intervalo de 21 a 45 dias, fluxo de até 7 dias e 3 a 6 absorventes por dia. Ciclo irregular no início é esperado; sangramento intenso, nunca.** A causa mais comum é a anovulação; a segunda é a **coagulopatia** , sobretudo a **doença de von Willebrand** , presente em cerca de **20%** das adolescentes avaliadas por sangramento intenso (ACOG 2019). Peça **β -hCG, hemograma com plaquetas e ferritina** ; com triagem positiva, **TP, TTPa, fibrinogênio, fator de von Willebrand e fator VIII antes de iniciar estrogênio** . Sangramento leve com hemoglobina normal fica com o pediatra (🟢): calendário, ácido tranexâmico ou anti-inflamatório (só sem suspeita de coagulopatia) e ferro se houver ferropenia. Anemia, triagem positiva ou falta de resposta vão **com prioridade** à ginecologia infanto-puberal e à hematologia (🟡). **Taquicardia, hipotensão, síncope, sangramento ativo intenso ou hemoglobina < 7 g/dL (ou < 10 g/dL com sintomas) são** 🟠 : pronto-socorro.

1. O que é e como se apresenta

Ciclo menstrual normal na adolescente (SBP, GPA nº 84/2023, adaptado de AAP/ACOG):

PARÂMETRO	NORMAL
Menarca	Em média aos 12,4 anos, cerca de 2–3 anos após a telarca
Intervalo	21 a 45 dias (média de 32 dias no 1º ano); após 3 anos da menarca, 24 a 38 dias
Duração do fluxo	Até 7 dias
Volume e absorventes	30 a 60 mL por ciclo; 3 a 6 absorventes por dia

Nos primeiros 1 a 2 anos ginecológicos, a maioria dos ciclos é **anovulatória** (imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário); a maioria se regulariza até o 6º ano (SBP 2023).

O que foge do normal e pede avaliação (SBP 2023; AEPap 2018):

- Ciclos **< 21 dias** ou **> 45 dias** ; qualquer intervalo **> 90 dias** .
- Fluxo **> 7 dias** , troca de absorvente **a cada 1–2 horas** , coágulos grandes, "inundação".
- Volume **> 80 mL** (SBP 2023): na prática, fluxo que atrapalha escola, esporte ou sono.
- Sangramento intermenstrual ou pós-coito.
- Ausência de menarca aos 15 anos ou 3 anos após a telarca (ver "Puberdade precoce e puberdade atrasada").

Classificação das causas — PALM-COEIN (FIGO 2011/2018): causas estruturais — **Pólipo**, **Adenomiose**, **Leiomioma**, **Malignidade** e **hiperplasia** — e não estruturais — **Coagulopatia**, **disfunção Ovulatória**, **Endometrial**, **Iatrogênica** e **Não classificada**. Na adolescente, as **causas estruturais são raras**; predominam a **disfunção ovulatória** (imaturidade do eixo, SOP, tireoide, prolactina, transtorno alimentar, atividade física intensa, doença crônica) e a **coagulopatia** (ACOG 2019). Em revisão sistemática (Hall 2024), coagulopatias explicaram cerca de 19% dos casos, quase 90% delas von Willebrand. **Iatrogênicas:** anticoagulantes, antipsicóticos (prolactina), contraceptivos (escape), DIU de cobre.

Quadro: anovulação — atrasos longos seguidos de sangramento prolongado e abundante; coagulopatia — **fluxo intenso desde a menarca**, com epistaxe, equimoses, sangramento após extração e história familiar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Ciclos irregulares ou fluxo aumentado, estável , hemoglobina ≥ 12 g/dL , sem ferropenia importante, triagem de coagulopatia negativa , β -hCG negativo	Pediatra: orientação, calendário, tranexâmico ou anti-inflamatório, ferro se ferritina baixa; retorno com hemograma
● Moderada	Hemoglobina 7–12 g/dL , estável, sem sintomas nem sangramento ativo intenso (< 10 g/dL: hormônio — AEPap 2018), ou ferropenia; sangramento intenso persistente; triagem de coagulopatia positiva ou sangramento intenso desde a menarca ; ciclos > 90 dias ou amenorreia; sinais de SOP, tireoide ou prolactina; falta de resposta; anticoagulante	Colher os exames antes do hormônio ; iniciar tratamento; encaminhar com prioridade à ginecologia infanto-puberal e, na suspeita de coagulopatia, à hematologia pediátrica; reavaliar em 24–48 h se sangramento ativo
● Grave	Instabilidade: taquicardia, hipotensão ou queda ortostática, palidez intensa, síncope, letargia, extremidades frias; sangramento ativo intenso (encharca absorvente em 1 hora ou menos); hemoglobina < 7 g/dL , ou < 10 g/dL com sintomas ou sangramento ativo; β -hCG positivo com sangramento (abortamento, ectópica); trauma genital ou suspeita de violência sexual	Pronto-socorro: acesso venoso, expansão se instável; hormônio em dose alta e antifibrinolítico no hospital

Fatores que elevam a gravidade

- Coagulopatia conhecida, **PTI**, leucemia, hepatopatia, doença renal.
- Uso de anticoagulante ou antiagregante; quimioterapia; transplante.
- Contraindicação ao estrogênio (ver abaixo), que limita as opções de controle rápido.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: menarca, datas dos ciclos, duração, absorventes por dia, coágulos, faltas à escola (pergunte também ao responsável); atividade sexual (com entrevista em privado e sigilo, conforme ECA/CFM e SBP GPA nº 122/2023), medicamentos, peso, exercício, acne e hirsutismo, galactorreia, sintomas de tireoide.

Triagem de coagulopatia — o escore da ACOG (2019, adaptado de Philipp): positiva com um critério, que indica investigar:

1. Fluxo ≥ 7 dias com sensação de "inundação" ou troca de absorvente em ≤ 2 horas na maioria dos ciclos.
2. **Tratamento prévio de anemia.**
3. **História familiar** de coagulopatia diagnosticada.
4. Sangramento excessivo após **extração dentária, cirurgia, parto ou aborto.**

Alternativa: **ISTH-BAT ≥ 3** (ver "A criança que sangra").

Exame físico: frequência cardíaca, pressão arterial **deitada e em pé**, mucosas, petéquias e equimoses, hepatoesplenomegalia, massa abdominal, IMC, acne, hirsutismo e acantose, tireoide, galactorreia. Inspeção genital externa; **sem exame especular** em geral (ACOG 2019).

Exames:

PARA QUEM	EXAMES
Todas com sangramento intenso	β-hCG; hemograma com plaquetas; ferritina (ACOG 2019; NICE)
Triagem positiva, sangramento intenso desde a menarca, anemia ou internação	TP, TTPa, fibrinogênio, fator de von Willebrand (antígeno e atividade) e fator VIII — de preferência antes de iniciar estrogênio (MS 2016; ACOG 2019; site, "A criança que sangra")
Instabilidade	Tipagem sanguínea e prova cruzada
Conforme a clínica	TSH (não de rotina — NICE); prolactina (amenorreia, galactorreia); testosterona e 17-OH-progesterona (hiperandrogenismo — ver "Síndrome dos ovários policísticos"); pesquisa de IST com vida sexual ativa
Falta de resposta ao tratamento	Ultrassom pélvico , de preferência via abdominal (não de rotina — ACOG 2019)

Armadilhas: **TTPa normal não exclui von Willebrand**; o fator de von Willebrand sobe com **estresse, sangramento agudo, inflamação e estrogênio** e é menor no grupo sanguíneo O: resultado normal na emergência ou com contraceptivo deve ser repetido.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: gravidez (abortamento, ectópica) — β -hCG sempre, mesmo se a adolescente negar relação; **violência sexual**; doença inflamatória pélvica

e cervicite por clamídia (ver "Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência"); **PTI e leucemia** (plaquetas, outras citopenias); hipotireoidismo. **Sangramento vaginal antes da puberdade** não é menstruação: segue "Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual" e "Puberdade precoce e puberdade atrasada".

4. Tratamento e seguimento

O pediatra orienta, colhe os exames, trata o sangramento leve e a ferropenia e pode iniciar o hormônio sem contraindicação. **O especialista** (ginecologia infanto-puberal; hematologia na coagulopatia) conduz desmopressina, DIU com levonorgestrel e casos refratários.

Anovulação leve com Hb normal: orientar; o MS (2016) oferece combinado por 3–6 meses se o padrão incomoda.

Medicamentos no consultório:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ácido tranexâmico VO	1 g ; máx. 4 g/dia	8/8 h	Do 1º dia do fluxo, até 4 dias por ciclo	Como em "A criança que sangra" (AEP, Pediamécum; MS 2008); AEPap 2018: 15–25 mg/kg, até 4 dias. MS 2016: 250 mg a 1 g de 6/6 a 12/12 h por 4 dias; ACOG 2019: 1,3 g 8/8 h por 5 dias. Escolha na suspeita de coagulopatia. Contraindicado com trombose atual ou prévia, CVID e hematúria macroscópica
Ibuprofeno	600 mg (abaixo de 40 kg, 10 mg/kg/dose — padrão do site)	8/8 h	4 dias, a partir do 1º dia do fluxo	MS 2016 (também diclofenaco 50 mg 8/8 h). Não usar na suspeita ou confirmação de coagulopatia, na plaquetopenia ou com anticoagulante (site, "A criança que sangra")
Contraceptivo oral combinado	Etinilestradiol 30 µg monofásico com levonorgestrel, 1 comprimido/dia	1x/dia (cíclico, estendido ou contínuo)	Ao menos 3–6 meses	MS 2016 (30–50 µg); ACOG 2019 (30–50 µg, uso contínuo na coagulopatia). Colher fator de von Willebrand antes
Acetato de medroxiprogesterona VO	10 mg/dia	1x/dia	12 dias por mês (dias 14 a 25 do ciclo) ou do 5º ao 26º dia	AEPap 2018 (cíclico, anovulação); MS 2016 (5º ao 26º dia, sangramento ovulatório). Se o estrogênio é contraindicado
Ferro elementar VO	3–6 mg/kg/dia ; no adolescente, até a dose do adulto	Dose única ou fracionada	3–6 meses ou até repor os estoques	SBP 2026 (Diretriz nº 32), como em "Anemia ferropriva". ACOG/CDC: 60–120 mg/dia. Hemograma em 30–45 dias

Contraindicações ao estrogênio (pílula, adesivo, anel, injetável mensal): **doença tromboembólica atual ou prévia e trombofilia conhecida, lúpus, enxaqueca com aura, hepatopatia grave, tireoidopatia descompensada e gestação** (SBP, GPA nº 122/2023); diabetes com doença vascular (MS 2016). Nesses casos: progestagênio isolado, ácido tranexâmico e, com o especialista, **DIU com levonorgestrel** — que a SBP (2023) considera apropriado com mutação trombogênica (ver "Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente" e "Lúpus eritematoso sistêmico juvenil"). **Não se pede trombofilia de rotina antes do contraceptivo.** O crescimento não contraindica o estrogênio (ACOG 2019).

Tranexâmico com contraceptivo: contraindicação teórica na bula; a ACOG (2019) aceita quando a monoterapia falha — decisão do especialista.

Não usar: anti-inflamatório na suspeita de coagulopatia; ácido acetilsalicílico; injeção intramuscular na coagulopatia; **DIU de cobre**; medroxiprogesterona de depósito no sangramento agudo (ACOG 2019); **hormônio antes de colher a coagulação**.

Seguimento: calendário em toda consulta; hemograma em 30–45 dias de ferro e ferritina ao final; reavaliar o hormônio após 3–6 meses.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Taquicardia, hipotensão, queda da pressão ao levantar, síncope, letargia, taquipneia, pele fria, pulsos finos, diurese reduzida (sinais de hipovolemia — MS 2016).
- Sangramento ativo intenso, que encharca o absorvente em 1 hora ou menos, por várias horas.
- **Hemoglobina < 7 g/dL**, ou **< 10 g/dL com sintomas** de anemia ou sangramento ativo (AEPap 2018; ACOG 2019).
- β -hCG positivo com sangramento ou dor pélvica; trauma genital; suspeita de violência sexual.
- Coagulopatia, anticoagulante ou plaquetopenia com sangramento que não cede.

No hospital (especialista): expansão com cristalóide; **estrogênio conjugado 25 mg IV a cada 4–6 h por até 24 h** (ACOG 2019), onde houver; ou **contraceptivo monofásico com 30–50 µg de etinilestradiol, 1 comprimido a cada 6–8 h até cessar o sangramento** (MS 2016: 6/6 h; ACOG 2019), depois redução gradual, com **antiemético**; sem estrogênio, **medroxiprogesterona 20 mg VO 8/8 h por 7 dias** (ACOG 2019); **ácido tranexâmico IV 10 mg/kg/dose 8/8 h** (MS 2015, como em "A criança que sangra"; ACOG: máx. 600 mg/dose). Transfusão **pela instabilidade e pelo sangramento ativo**, não só pelo número — em geral com Hb $\leq$ 7 g/dL, uma unidade e reavaliação (ACOG 2019). Sem resposta em 24–48 h: hematologia.

Como encaminhar

1. Deitar; frequência cardíaca, pressão e SpO₂. **Acesso venoso**; se instável, **SF 0,9% 20 mL/kg** e reavaliar; oxigênio para **SpO₂ entre 94% e 98%** (padrão do site).
2. Se possível, **colher antes de qualquer hormônio ou transfusão**: hemograma, tipagem, β -hCG, TP, TTPa, fibrinogênio, fator de von Willebrand e fator VIII.
3. **Não dar anti-inflamatório** nem fazer injeção intramuscular; contato prévio com o serviço; **SAMU 192** se houver instabilidade.
4. **Relatório:** padrão menstrual, triagem, medicamentos, exames e condutas.

5. Na suspeita de violência sexual: atendimento no serviço de referência, **notificação obrigatória (compulsória)**, Conselho Tutelar e comunicação obrigatória à polícia pelo serviço (Lei nº 12.845/2013, art. 3º, IX, incluído pela Lei nº 15.516/2026).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "No começo, o ciclo irregular é normal; menstruação muito forte, não."
- Anote o 1º dia e quantos absorventes usa por dia.
- O ferro é diário, longe do leite; as fezes ficam escuras.
- Não comece o anticoncepcional antes de colher os exames pedidos.
- **Retorne antes** se: fluxo > 7 dias, troca a cada 1–2 horas, > 3 meses sem menstruar, manchas roxas, sangramento de nariz ou gengiva.
- **Pronto-socorro se:** tontura ao levantar, desmaio, coração acelerado, falta de ar, palidez intensa, absorvente encharcado em 1 hora, dor forte na barriga; em uso de anticoncepcional, dor e inchaço na perna, dor no peito ou dor de cabeça súbita e forte.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Ciclo normal	21–45 dias, ≤ 7 dias, 3–6 absorventes (GPA nº 84, jul/2023)	Irregularidade dos primeiros anos esperada (Saúde das Mulheres, 2016)	Sinal vital (AAP/ACOG 2006, citado pela SBP); ACOG nº 785: 21–45 dias	Sem parâmetros da adolescência (NG88, 2018, atualizada jul/2026)	21–45 dias, 2–7 dias (AEPap, FAPap 2018)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Coagulopatia	von Willebrand é a mais associada à menarca	Suspeitar se intenso desde a adolescência; hemograma, TP, TTPa	ACOG nº 785 (2019): triagem de 8 perguntas; ~20% com coagulopatia	Testar se intenso desde a menarca com história sugestiva	Hemograma, TP, TTPa, β-hCG	—	—	Segue o NICE
Exames	Anamnese e exame; imagem se necessário	Gravidez, hemograma	ACOG: β-hCG, hemograma, ferritina, coagulação; sem ultrassom de rotina	Hemograma para todas; sem hormônios nem TSH de rotina	Ultrassom se exame incompleto	—	—	Segue o NICE
Tratamento ambulatorial	Sem esquema localizado; contracepção (GPA nº 122, dez/2023)	AINE, tranexâmico, combinado, progestagênio, DIU-LNG	ACOG: combinado 30–50 µg, progestagênio, DIU-LNG, tranexâmico	1ª linha DIU-LNG; depois tranexâmico, AINE, hormônio	Por Hb: AINE ou tranexâmico; < 10 g/dL hormônio	—	—	Segue o NICE
Sangramento agudo	Sem posição localizada	Estrogênio ou combinado 6/6 h; emergência se hipovolemia	ACOG: internar se instável; estrogênio IV ou combinado em dose alta	Sem recomendação específica	Internar Hb < 7, ou < 10 com sintomas	—	—	Segue o NICE
Ferro	3–6 mg/kg/dia (Diretriz nº 32, 2026)	—	60–120 mg/dia (CDC, citado pela ACOG)	—	—	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que, nos primeiros anos após a menarca, ciclos irregulares de 21 a 45 dias são esperados, que o **sangramento intenso não é** e que a **coagulopatia** — sobretudo a doença de von Willebrand — deve ser investigada quando o fluxo é intenso desde a menarca ou há história pessoal ou familiar. Divergem na **investigação** (ACOG: ferritina e coagulação com triagem positiva; NICE: só hemograma de rotina), na **1ª linha** (NICE: DIU com levonorgestrel, pensado para adultas; MS e ACOG: medicação oral; AEPap: escalona pela hemoglobina), na **dose do ácido tranexâmico** (MS 2016 250 mg a 1 g; AEP 1 g 8/8 h por até 4 dias; ACOG 1,3 g 8/8 h por 5 dias) e no **anti-inflamatório** (MS e NICE o aceitam; o site o evita na suspeita de coagulopatia, como em "A criança que sangra"). A SBP define o ciclo normal (GPA nº 84/2023) e as contraindicações do estrogênio (GPA nº 122/2023), sem documento oficial sobre o tratamento: o site adota a **SBP** e, na falta dela, o **Ministério da Saúde** (2016), com a **ACOG 2019** na triagem de coagulopatia e no sangramento agudo hospitalar, que nem SBP nem MS detalham para a adolescente.

PONTOS PRÁTICOS

1. Intervalo de 21 a 45 dias é normal no início; fluxo > 7 dias, troca a cada 1–2 horas ou intervalo > 90 dias não são.
2. Sangramento intenso desde a menarca: pense em von Willebrand — triagem, hemograma, ferritina, coagulação e fator de von Willebrand **antes** do hormônio.
3. β -hCG sempre, mesmo quando a adolescente nega relação sexual.
4. Na suspeita de coagulopatia, ácido tranexâmico sim, anti-inflamatório não.
5. Taquicardia, hipotensão, síncope, sangramento ativo intenso ou Hb < 7 g/dL: pronto-socorro, com acesso venoso e exames colhidos antes do tratamento.

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que sangra — hemofilia, doença de von Willebrand e outras coagulopatias**, **A criança anêmica — como investigar além da anemia ferropriva**, **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança e Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente** (Hematologia); **Anemia ferropriva**, **Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual e Puberdade precoce e puberdade atrasada** (Patologias do consultório); **Síndrome dos ovários policísticos na adolescente** (Endocrinologia); **Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência** (Infectologia); **Contracepção na adolescência — métodos, critérios de elegibilidade e aspectos legais** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Medicina do Adolescente. Como reconhecer um ciclo menstrual normal em adolescentes? Guia Prático de Atualização nº 84, 2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Medicina do Adolescente. Atualização sobre métodos efetivos de contracepção na adolescência. Guia Prático de Atualização nº 122, 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde / Instituto Sírio-Libanês. Protocolos da Atenção Básica — Saúde das Mulheres, 2016. [PDF](#)
- ACOG, Committee on Adolescent Health Care. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding. Committee Opinion nº 785, 2019. [PDF](#)
- NICE. Heavy menstrual bleeding: assessment and management (NG88), 2018, atualizada em 2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- AEPap. Cuerpo Triguero C, García Rebollar C. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia — sangrado uterino anormal. Form Act Pediatr Aten Prim, 2018. fapap.es
- FIGO. Munro MG et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding (PALM-COEIN): 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet, 2018. [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
- Hall EM et al. Systematic review and meta-analysis of the etiology of heavy menstrual bleeding in 2,770 adolescent females. BMC Womens Health, 2024. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.