



**VERÔNICA KASPER**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ENCAMINHAMENTO VIA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA A PARTIR DA SINTOMATOLOGIA REFERIDA PELAS PACIENTES.**

Santa Maria, RS

2021

**VERÔNICA KASPER**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA ENCAMINHAMENTO VIA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE HISTERECTOMIA A PARTIR DA SINTOMATOLOGIA REFERIDA PELAS PACIENTES.**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana-UFN, como requisito parcial para aprovação na disciplina TFG1.

**Orientador: Márcio Pedroso Saciloto**

**Santa Maria, RS**

**2021**

## RESUMO

A histerectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais amplamente utilizados no mundo e consiste na exérese do útero, com ou sem seus anexos. Essa cirurgia é utilizada mais frequentemente para o tratamento de miomas uterinos, tumores benignos bastante frequentes. Outras condições que podem levar a indicação de histerectomia são as adenomioses, pólipos uterinos, dor pélvica e prolapso uterino. Essas patologias possuem tratamentos alternativos, sendo a histerectomia uma dentre as opções. A histerectomia também é utilizada em patologias mais graves como no caso de neoplasias de ovário, corpo e colo uterinos. Quanto aos sintomas, os leiomiomas, pólipos uterinos, adenomiose e lesões precursoras de malignidade podem apresentar-se como quadros clínicos de sangramento uterino anormal, com menometrorragia, o que interfere negativamente na qualidade de vida das mulheres e é motivo de grande parte das consultas ginecológicas. Outro sintoma associado não somente ao leiomioma, mas também a adenomiose e doença e inflamatória pélvica é a dor pélvica, muitas vezes incapacitante. Devido a frequência e o peso que tais sintomas tem na vida das mulheres, torna-se importante entender como as indicações para histerectomia funcionam, se são compatíveis com outros serviços de saúde bem como elucidar quais os sintomas mais frequentemente associados a posterior indicação cirúrgica. Pensando nisso, será elaborado um protocolo assistencial focado em otimizar as consultas ginecológicas durante o atendimento na Atenção Básica. A partir da análise retrospectiva de prontuários para criar a relação queixas mais prevalentes *versus* indicações de histerectomia, sendo assim capaz de conhecer melhor o perfil de pacientes histerectomizadas e o serviço em que estamos inseridos.

**Palavras-chave:** Histerectomia abdominal. Histerectomia vaginal. Epidemiologia. Indicações. Leiomiomas. Sangramento uterino anormal.

## ABSTRACT

Hysterectomy is one of the most widely used surgical procedures in the world and consists of exeresis of the uterus, with or without its appendices. This surgery is most often used to treat uterine fibroids, benign tumors quite common. Other conditions that can lead to the indication of hysterectomy are adenomyosis, uterine polyps, pelvic pain and uterine prolapse. These pathologies have alternative treatments, hysterectomy being one of the options. Hysterectomy is also used in more serious pathologies such as ovarian neoplasms, uterine body, and cervix. As for symptoms, leiomyomas, uterine polyps, adenomyosis and malignant precursor lesions may present as clinical pictures of abnormal uterine bleeding, with menometrorrhagia, which negatively interferes with the quality of life of women and is the reason for most of the gynecological consultations. Another symptom associated not only with leiomyoma, but also with adenomyosis and pelvic inflammatory disease is pelvic pain, is often disabling. Due to the frequency and weight that such symptoms have in women's lives, it becomes important to understand how indications for hysterectomy work, whether they are compatible with other health services, as well as elucidating which symptoms are most frequently associated with subsequent surgical indication. Thinking that, a care protocol will be developed focused on optimizing gynecological consultations during care in Primary Care. From the retrospective analysis of medical records to create the relation "most prevalent complaints" *versus* "indica-

tions for hysterectomy”, thus being able to better understand the profile of hysterectomized patients and the service in which we are inserted.

**Keywords:** Abdominal hysterectomy. Vaginal hysterectomy. Epidemiology. Indications. Abnormal uterine bleeding.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	7
<b>2. Metodologia.....</b>	<b>8</b>
2.1 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA DAS DOENÇAS (CID-10).....	8
2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	8
2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	8
<b>3. DISCUSSÃO E ANÁLISE.....</b>	<b>10</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL .....	10
3.2 EPIDEMIOLOGIA NACIONAL .....	11
3.3 PERFIL DAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....	12
3.3.1 QUEIXA PRINCIPAL .....	14
3.4 INDICAÇÕES DE HISTERECTOMIA.....	15
3.5 EXAMES DE IMAGEM.....	15
3.6 PATOLOGIAS ASSOCIADAS .....	16
3.7 ESCOLHA DA VIA DE HISTERECTOMIA .....	19
3.8 INTERCORRÊNCIAS .....	21
3.9 RESOLUÇÃO DOS SINTOMAS.....	21
<b>4. DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL .....</b>	<b>22</b>
4.1 ABORDAGEM DE SANGRAMENTO UTERINO EM MULHERES PRÉ-MENOPAUSA .....	22
4.1.1 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	23
4.2 ABORDAGEM DE SANGRAMENTO EM MULHERES PÓS MENOPAUSA .....	26
4.2.1 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	26

<b>5. FLUXOGRAMAS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A histerectomia é a cirurgia ginecológica mais realizada no mundo, sendo indicada principalmente para o tratamento de leiomiomas. Os leiomiomas uterinos são tumores benignos frequentes que, quando sintomáticos, podem vir acompanhados de sintomas como sangramento uterino anormal, sensação de dor ou pressão pélvica. Ou ainda, em mulheres em idade reprodutiva, durante a investigação de infertilidade, são um achado. (SILVA, 2005)

Além dos leiomiomas, a histerectomia é utilizada para tratamento de condições como o sangramento uterino anormal por outras causas (pólipos endometriais ou adenomiose), para prolapso de órgão pélvico e neoplasias. Apesar dessa cirurgia ser considerada parte importante do tratamento para cânceres do aparelho reprodutor feminino, a grande maioria das histerectomias é realizada para doenças ginecológicas benignas e possui caráter eletivo. (WRIGHT et al., 2013)

Apesar do caráter benigno, essas patologias costumam interferir na qualidade de vida das pacientes e são frequentemente relatadas durante consulta na Atenção Primária. Os principais sintomas citados na literatura que levam às pacientes a buscar o atendimento e posteriormente a realização da histerectomia são: sangramento vaginal, dor pélvica, lombalgia, limitação das atividades diárias, distúrbios de sono, fadiga, inchaço abdominal e incontinência urinária.

Tendo em vista a frequência com que ocorrem queixas relacionadas a possível presença dessas patologias, bem como quantas vezes a histerectomia se faz ferramenta, é possível inferir que o reconhecimento e sinalização desses sintomas pode otimizar e direcionar os profissionais atuantes nas Unidades Básicas que contam com atendimento ginecológico.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Sangramento uterino anormal, dor/pressão pélvica e até dificuldade para engravidar, são sintomas frequentemente referidos no atendimento ginecológico. Diante investigação criteriosa e escolha individualizada, a histerectomia torna-se uma das alternativas para tratamento de patologias causadoras desses sintomas. (BAIRD, 2003)

Dada a frequência e importância do procedimento, é possível avaliar retrospectivamente quais quadros clínicos estão mais associados ao desfecho histerectomia e, a partir disso, confeccionar um protocolo assistencial. Com isso, visamos direcionar e, conseqüentemente, otimizar os encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde para o serviço de cirurgia.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA DAS DOENÇAS (CID-10)

CID 10 – D25	Leiomioma do útero
CID 10 – D25.0	Leiomioma submucoso do útero
CID 10 – D25.1	Leiomioma intramural do útero
CID 10 – D25.2	Leiomioma subseroso do útero
CID 10 – D25.9	Leiomioma do útero, não especificado
CID 10 – N80	Endometriose
CID 10 – N80.0	Endometriose do útero
CID 10 – N84	Pólipo do trato genital feminino
CID 10 – N73.9	Doença inflamatória não especificada da pelve feminina
CID 10 – R10	Dor abdominal e pélvica
CID 10 – C55	Neoplasia maligna do útero, porção não especificada

### 2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo contemplará pacientes do sexo feminino, adultas ou idosas submetidas a histerectomia realizada no Hospital Casa de Saúde em Santa Maria – RS, a partir de janeiro de 2019 a agosto de 2021.

### 2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O protocolo é direcionado a pacientes femininas, maiores de idade, com procedimento realizado em hospital específico, portanto, exclui faixa etária de menores de 18 anos e histerectomizadas em outros serviços.

Prontuários com dados insuficientes para análise da história ginecológica das pacientes, bem como tratamentos específicos para neoplasias que não incluíam a exérese uterina foram excluídos.



## 2.4 TERMINOLOGIAS

Sangramento uterino normal refere-se ao padrão de sangramento normal (menstruação). São quatro os parâmetros avaliados para considerar um sangramento normal:

1. Duração: Quanto tempo dura o sangramento. A média de duração normal é menor ou igual a 8 dias.
2. Frequência: Com que frequência iniciam os sangramentos. A média de tempo de cada ciclo é de 28-30 dias.
3. Regularidade: Regularidade é a diferença de dias entre o início de um ciclo e outro. Para idades < 18 anos e > 45 anos os períodos de ovulação são mais imprevisíveis, o que torna difícil definir uma regularidade nesta população. Entre 18 e 25 anos a regularidade varia em tempo inferior ou igual a 9 dias. Já entre os 26 aos 41 anos a variação do ciclo é de tempo inferior ou igual a 7 dias. Em idade entre os 42 a 45 a regularidade volta a ser em tempo menor ou igual a nove dias.
4. Volume: o volume de perda sanguínea. É subjetivo e variável. A média de perda sanguínea considerada normal é de até 80 ml por ciclo.

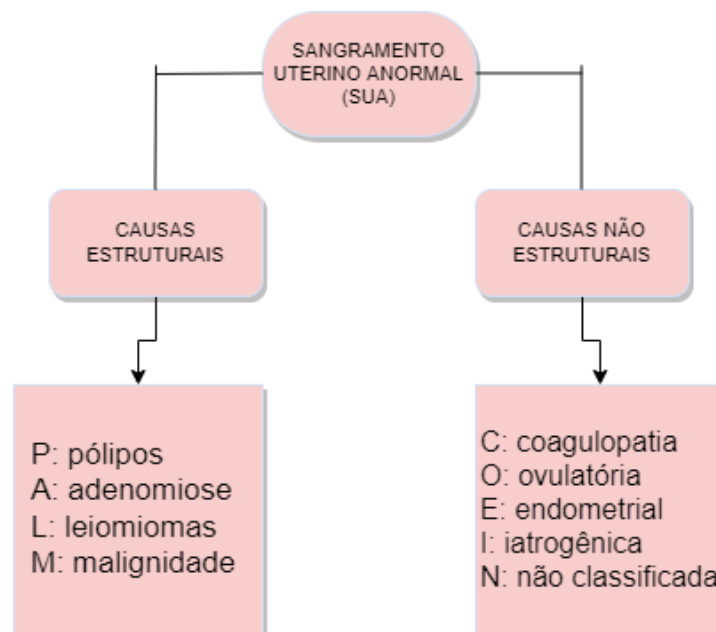
É válido reiterar que pacientes em uso de anticoncepcionais hormonais locais ou sistêmicos, agonistas e antagonistas de GnRH, inibidores da aromatase e moduladores seletivos do receptor estrogênio ou progesterona alteram a produção de esteróides gonadais ou a função endometrial, não conferindo um sangramento natural.

O termo Sangramento uterino anormal (SUA) engloba a variação em qualquer um dos quatro parâmetros do sangramento uterino normal. Inclui sangramentos intermenstruais (sangramentos que ocorrem entre ciclos regulares) e sangramentos não programados em usuárias de anticoncepcionais hormonais. Visando estratificar as causas de SUA é comum utilizarmos o sistema PALM – COEIN, um mnemônico que separa as etiologias em causas estruturais (PALM), onde é possível a visualização por meio de exames de imagem e/ou histológicos e causas não-estruturais (COEIN) (Figura 1). As etiologias são discutidas mais adiante. (FIGO,2018)

Nas causas não estruturais, utilizava-se o tradicional termo “Sangramento uterino disfuncional”. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (2018) aconselha o abandono dessa terminologia e que os profissionais passem a se utilizar de termos mais simples e específicos para o entendimento global dos termos. Sendo assim, serão utilizadas as seguintes definições:

1. Sangramento uterino anormal por distúrbios sistêmicos de hemostasia (SUA-C): inclui as causas de sangramento por coagulopatias como a Doença de Von Willebrand.
2. Sangramento uterino anormal por disfunção ovulatória (SUA-O): A disfunção ovulatória geralmente resulta de disfunção no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, tipicamente se manifestando com amenorréia ou sangramento uterino com duração de ciclo variável e / ou volume de fluxo sanguíneo.
3. Sangramento uterino por disfunção endometrial primária: Inclui doenças endometriais inflamatórias ou infecciosas, como endometrite por clamídia. Esses agentes atuam alterando os mecanismos celulares responsáveis pela regulação do volume perdido na menstruação.

**Figura 1-** Etiologias do sangramento uterino anormal.



Fonte: Kasper. (2021)

### 3. DISCUSSÃO E ANÁLISE

#### 3.1 EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL

Atualmente, a histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas no mundo. Ela é voltada ao tratamento de condições como leiomiomas, sangramento uterino anormal e prolapso uterino. Em países como Estados Unidos, Alemanha e Portugal, com o advento de opções de tratamento menos invasivas, sua porcentagem de realização vem cain-

do, porém ainda ocupa o primeiro lugar em número de procedimentos ginecológicos realizados.

Em uma publicação feita pelo *American College of Obstetricians and Gynecologist*, Wright et al. (2013), cruzaram os dados de abordagem cirúrgica e as principais indicações de histerectomia dos anos de 1998 a 2010 nos Estados Unidos e verificou-se que até 2007 a via mais utilizada foi a abdominal e a principal indicação o tratamento de leiomiomas. A partir de 2008, com a ampliação de tratamentos alternativos a essa patologia, o procedimento cirúrgico como indicação emparelhou-se as indicações por sangramento anormal. De forma geral, o número de procedimentos cirúrgicos diminuiu em 40% por hospital.

Na Alemanha, em um estudo realizado nos anos de 2005 e 2006, com base no banco estatístico alemão, 153 000 cirurgias foram registradas somente no ano de 2006. A taxa geral de histerectomias na Alemanha foi de 362 por 100 mil mulheres-ano. Sendo que 55% das histerectomias foram voltadas para tratamento de patologias benignas e a via mais utilizada foi a via vaginal. (STANG, MERRILL; KUSS, 2011)

Em Portugal, um estudo retrospectivo realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, avaliou mulheres submetidas a histerectomia em hospitais públicos entre os anos 2000 a 2014 e concluiu-se que apesar de as taxas de histerectomia terem diminuído nesses 15 anos – redução de 9,3% - ainda é o principal procedimento ginecológico realizado em Portugal, totalizando 166 177 cirurgias realizadas. A via abdominal sofreu a maior redução, entretanto ainda é a mais utilizada. Quanto as indicações, a mais comum é por leiomiomas. (GANTE; BORGES; ÁGUAS, 2016).

### 3.2 EPIDEMIOLOGIA NACIONAL

No Brasil em 2019, via Sistema Único de Saúde, foram realizadas 106.492 histerectomias. A região nordeste é a região que mais realiza este procedimento e é responsável por 40% de todas as histerectomias realizadas, um total de 42.669. Na região sul foram realizadas 13.374, correspondendo a 12,5% do total. No estado do Rio Grande do Sul foram realizadas 4.254 cirurgias no ano de 2019. Entre as brasileiras, a faixa etária de maior incidência de histerectomia é durante a idade reprodutiva. (DATASUS).

Em uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo, intitulada “Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?”, que avaliou 132 Serviços de Residência Médica de Ginecologia e Obstetria

cia, constatou-se que a via operatória preferencial foi a abdominal (79%), seguida da via vaginal (20,4%) e vídeolaparoscópica (6%). A principal indicação foi a miomatose (60,4%), seguida de adenomiose e sangramento uterino anormal (SÓRIA et al., 2007).

Ainda, segundo o Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), no ano de 2019, via Sistema Único de Saúde a taxa bruta de histerectomias a cada 100 mil mulheres com idade de 20 anos ou mais é de 122/100 mil. No Rio Grande do Sul, o número de histerectomias nesse mesmo padrão é de 79,03/100 mil. Sendo o estado do Maranhão o local que mais realiza o procedimento, chegando a 284,9/100 mil mulheres.

### 3.2.1 EPIDEMIOLOGIA LOCAL

Foram realizadas 254 histerectomias no Hospital Casa de Saúde em Santa Maria -RS. Após a seleção de prontuários condizentes com os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a análise de 233 prontuários de pacientes histerectomizadas, durante o período de janeiro de 2019 a agosto de 2021. Observou-se as seguintes características do serviço: são utilizadas duas vias operatórias, a via abdominal e a via vaginal. O procedimento via abdominal é o de escolha, sendo responsável por 93,99 % das histerectomias realizadas. Por seguinte, a via vaginal se faz presente em 6% das cirurgias.

### 3.3 PERFIL DAS PACIENTES HISTRECTOMIZADAS

Durante a análise dos prontuários das pacientes histerectomizadas no Hospital Casa de Saúde (HCS), durante o período de 32 meses, ao depararmos com a escassez de dados na literatura atual e pensando em traçar um perfil mais completo, foram coletadas as seguintes informações: idade, índice de massa corporal (IMC), se houve tentativa de tratamento clínico prévio, presença de prole, necessidade de transfusão sanguínea pré-operatória, uso de sulfato ferroso, exames de imagem realizados, tipo de abordagem cirúrgica e intercorrências. A seguir será feita análise dos tópicos: idade, IMC, prole, necessidade de uso de sulfato ferroso e transfusão sanguínea. Os assuntos exames de imagem, tratamento clínico, abordagem cirúrgica e intercorrências são discutidos separadamente.

A média de idade das pacientes histerectomizadas foi de 47,52 anos. Semelhante a faixa etária verificada no HUPPA, em Alagoas. Lembrando que a miomatose uterina acomete mulheres entre 30 e 40 anos e é a causa mais prevalente, então esta média de idade encontra-se dentro do esperado.

A obesidade é um dos principais fatores de risco para patologias de origem ginecológica. A conversão de androstenediona para estrogênio que ocorre no tecido adiposo leva a paciente a uma maior exposição a esse hormônio e, conseqüentemente, interfere na progressão de doenças como miomatose uterina e carcinoma de endométrio. Das pacientes histerec-tomizadas, cerca de 83,33% apresentavam-se acima do peso. Sendo que 45,5 % das pacientes encontradas se enquadram no IMC para Obesidade (>30) e 37,7% das pacientes se enquadram em IMC para Sobrepeso (> 25). Apenas 10 % das pacientes encontravam-se com o Índice de Massa Corporal adequado para peso e idade (IMC 18,5 – 24,9) e 1% das pacientes encontravam-se abaixo do peso (< 18,5).

Segundo o perfil antropométrico da mulher brasileira na faixa dos 25-59 anos, o excesso de peso se faz presente em 55,26% delas (IBGE,2019). Cerca de metade da população feminina com faixa etária semelhante à das pacientes submetidas a histerectomia está com IMC elevado, porém, quando são comparadas as pacientes histerec-tomizadas versus o perfil antropométrico das brasileiras no geral, a porcentagem de mulheres com excesso de peso é marcadamente superior (83,33%) nas pacientes histerec-tomizadas. Esses dados, portanto, falam a favor da maior prevalência de doenças estrogênio-dependentes em pacientes acima do peso.

O desejo da constituição de uma prole deve sempre ser levado em consideração em mulheres em idade reprodutiva. Cabe ao médico questionar e esclarecer para as mulheres com indicação de histerectomia sobre a perda da fertilidade, bem como as opções de via cirúrgicas que preservem ou não os ovários (quando possível), pensando na sintomatologia causada por uma menopausa cirúrgica. No HCS, 193 pacientes possuíam prole já constituída, o equivalente a (85,40%) e 40 pacientes não possuíam prole constituída (17,16%). Dessas 40 mulheres, 8 apresentaram desejo explícito de não gestar (20%). Lembrando que o ato de escolha de formar ou não uma prole deve ser sempre respeitada, independentemente das crenças do médico.

Anemia e transfusão sanguínea: sangramento uterino intenso e prolongado pode resultar em anemia. Um estudo realizado por Milman et al. (1998) com 268 pacientes em idade reprodutiva na Dinamarca, avaliou o status de ferro por meio da ferritina sérica e da hemoglobina e revelou que a deficiência de ferro estava presente em 9,7% das mulheres e a anemia em 2,2%.

Em nosso serviço, as pacientes que se apresentavam com anemia de acordo com os exames laboratoriais nas consultas de avaliação pré-operatória: 23 pacientes (9,87%). Destas,

7 pacientes necessitaram de transfusão sanguínea, o equivalente a 30,43% das pacientes com anemia.

Muitas pacientes já faziam uso sulfato ferroso anteriormente a consulta, por prescrição do médico na ESF e no momento da consulta pré-operatória não se enquadravam mais como pacientes anêmicas. Os dados relatados são de mulheres que mesmo em uso de sulfato ferroso não alcançaram níveis adequados de hemoglobina e ferritina sérica.

### 3.3.1 QUEIXA PRINCIPAL

É possível buscar nas queixas trazidas pelas pacientes, durante o atendimento na Atenção Básica, um padrão de manifestações comuns as patologias descritas como precursoras de uma possível histerectomia. Pensando nisso, avaliamos a queixa principal das pacientes que, posteriormente, foram encaminhadas ao ambulatório de ginecologia pré-operatória no Hospital Casa de Saúde.

As queixas referidas foram: padrão anormal de sangramento (alterações no fluxo, duração e frequência), dismenorreia, dor pélvica crônica, aumento do volume abdominal/presença de massa, prolapso (uterino, vesical e retal), sangramento pós menopausa, dispareunia, insatisfação corporal relacionada a identidade de gênero e alterações nos exames de rotina.

De 233 pacientes, 156 buscaram a Atenção básica por sangramento uterino anormal, sendo mais preponderante a queixa de fluxo intenso e prolongado. Destas 156 mulheres (66,95%), 73 possuíam o sangramento associado a dismenorreia e 36 apresentavam dor pélvica crônica (fora do período menstrual) e sangramento. A porcentagem de mulheres com queixa de somente dor pélvica foi de 13,30%, aumento de volume abdominal foram 6,86 %, de prolapso foram 6,43%, sangramento pós-menopausa 2,57%, dispareunia com ou sem sangramento pós coito foram 1,71% e outras queixas foram 2,1%.

Com isso, verifica-se que na imensa maioria dos casos o sangramento uterino anormal foi o que levou as pacientes a buscarem atendimento. Como o objetivo deste protocolo é relacionar as queixas com o encaminhamento para a realização de histerectomia, nossa atenção será mais voltada as causas estruturais relacionadas a esses sangramentos, visto que são elas as mais frequentemente relacionadas a cirurgia.

### 3.4 INDICAÇÕES DE HISTERECTOMIA

Existem condições consideradas absolutas e relativas para a indicação de histerectomia. Podemos classificar cinco grandes categorias diagnósticas de indicação do procedimento: Miomas uterinos, sangramento uterino anormal de difícil controle, prolapso de órgão pélvico, dor pélvica ou infecção (endometriose, doenças inflamatórias pélvicas) e doenças malignas e pré-malignas. Apesar dessa cirurgia ser considerada tratamento essencial para cânceres do aparelho reprodutor feminino, a grande maioria das histerectomias é realizada para doenças ginecológicas benignas. (WRIGHT et al., 2013).

Em um estudo transversal realizado no Hospital Universitário Professor Alberto Nunes (HUPAA) em Alagoas, por meio da coleta de laudos histológicos de mulheres submetidas a histerectomia no período de 2009 a 2018, obteve-se um perfil epidemiológico das pacientes. Foram avaliados 1053 prontuários, onde a faixa-etária que mais realizou a cirurgia foi entre 41-50 anos (43,8%) e as cinco principais indicações cirúrgicas foram as seguintes: leiomiomatose uterina (60,3%), prolapso uterino (10,7%), pólipos endometriais (4,9%), patologias ovarianas malignas (4,2%) e hiperplasia endometrial (3,7%). (WANDERLEY et al., 2020)

Em comparação com a presente análise, no Hospital Casa de Saúde as cinco principais indicações cirúrgicas foram: leiomiomas (57,08%), adenomiose (10,72%), patologias ovarianas benignas (9,00%), prolapso uterino (6,43%) e hiperplasia endometrial (6,00%). Outras indicações menos comuns formam: dor pélvica de difícil controle, neoplasia de colo uterino, pólipos endometriais, endometriose e insatisfação corporal relacionada a identidade de gênero.

### 3.5 EXAMES DE IMAGEM

Dos prontuários analisando ainda na atenção básica, 193 pacientes foram encaminhadas para realizar ultrassonografia transvaginal (83,69%), sendo que apenas 2 apresentaram resultados sem particularidades. A USTV tem alta sensibilidade (95-100%) na detecção de miomas em úteros com altura uterina correspondente a 10 semanas de gestação, além disso, são capazes de avaliar espessura endometrial e presença de alterações em ovários ou trompas. Em resumo, a interpretação dos resultados demonstrou uma excelente sensibilidade e uso da ultrassonografia transvaginal.

Dentre as mulheres que não realizaram USTV, o profissional adotou uma conduta alinhada a queixa principal. É o caso do prolapso uterino, verificado por meio do exame físico

ginecológico. Além disso, houve casos que o USTV foi positivo para lesões suspeitas e se fez necessário o uso de outros exames de imagem como ultrassom de abdome total/pelve com doppler (primeira escolha), tomografia computadorizada ou ressonância magnética de abdome/pelve. Segundo a literatura, (FREITAS et al., 2011)

Em situações em que há dúvida diagnóstica ou que a paciente apresentava importante aumento do volume abdominal e/ou palpação de massa anexial, a utilização da ultrassonografia deve ser sempre relacionada a história clínica da paciente. A ultrassonografia transvaginal é capaz de avaliar sinais de malignidade – como tamanho de massa, a presença de componentes sólidos e irregularidades. Porém, caso haja suspeita de invasão de órgãos adjacentes ou a visualização muito dificultada há possibilidade de solicitar tomografia computadorizada ou ressonância magnética de abdome total e pelve. (FREITAS et al, 2011).

### 3.6 PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Com o objetivo de compreender a causa do desenvolvimento dos sintomas referidos, bem como entender por que a histerectomia é uma das indicações terapêuticas e/ou curativas, vamos discutir brevemente as principais patologias associadas aos sintomas referidos, com maior foco em patologias benignas, tendo em vista sua maior prevalência na prática clínica.

Miomatose uterina: Os miomas uterinos são as neoplasias pélvicas benignas mais comuns em mulheres em idade reprodutiva. São compostos por tecido muscular liso uterino. Com comportamento e localizações variadas, podem ser desde assintomáticos até causadores de sangramento uterino intenso. Duas das condições preditoras de sintomas são o contato com tecido endometrial e o tamanho. Sendo o sangramento uterino anormal o sintoma mais frequentemente referido. (STEWART, 2001).

Os miomas subserosos encontram-se na camada mais externa do útero, a serosa. Por não ter contato direto com o endométrio, sangramentos são raros, os seus sintomas estão associados, portanto, a compressão e distorção da anatomia pélvica – as pacientes podem referir aumento do volume abdominal, sensação de peso e urgência miccional quando localizados anteriormente. Os miomas intramurais são o tipo histológico mais comum, localizam-se entre as paredes uterinas e tem como sintomas associados sangramentos uterinos e dismenorria. Os miomas submucosos estão em contato direto com a cavidade uterina, provocando sangramentos irregulares e são responsáveis por 2 a 3% dos casos de infertilidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)



Quanto a epidemiologia, a maioria das mulheres com miomatose sintomática encontram-se entre a 3ª e 4ª décadas de vida, ainda em fase reprodutiva. Como fatores de risco temos nulíparas, obesas, raça negra e história familiar positiva para miomatose. Somado a isso, percebe-se que há crescimento dos miomas durante a gestação e quadros de regressão pós menopausa.

Embora a fisiopatologia não esteja totalmente elucidada, com base nas informações supracitadas, reconhecemos a relação entre a exposição hormonal ao estrogênio e a progesterona e o desenvolvimento de miomas. Ademais, a análise das concentrações de estradiol e de receptores de progesterona é maior nos miomas se em comparação ao miométrio sadio (FREITAS et al., 2011)

Endometriose: a endometriose pode ser definida como o crescimento de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora da cavidade uterina, sendo que esse tecido pode proliferar-se nos ovários, no peritônio pélvico e nos ligamentos uterossacros. Em casos de endometriose profunda pode haver invasão de órgãos como intestino e bexiga. Sua fisiopatologia ainda não é bem esclarecida; é sabido que é uma doença estrogênio-dependente e, portanto, mais visível em mulheres jovens. Essa patologia é encontrada em até 50% das mulheres com dor pélvica crônica ou infertilidade. (FREITAS et al., 2011).

Adenomiose: trata-se da presença de estroma no miométrio, apresentando o mesmo comportamento da endometriose, porém, restrito ao local. A presença de tecido endometrial na musculatura uterina causa aumento uterino, sangramento uterino anormal e dismenorreia. Frequentemente é tratada com histerectomia, entretanto, os estudos vêm mostrando a possibilidade de controle por meio de terapias usadas no tratamento de SUA por causa não estrutural, uma opção muito útil em mulheres que pretendem manter a fertilidade. (PONTIS et al., 2016)

Endometrioma: trata-se da presença de tecido endometrial nos ovários. Apesar de possuir caráter benigno, os endometriomas podem causar dor pélvica, dismenorreia e dispareunia.

Cistoadenomas: são os tumores císticos ovarianos mais comuns em mulheres pós-menopausa. Quanto maiores as suas porções sólidas e septações, maior a chance de malignidade. Portanto, em casos de suspeita de cistoadenoma e/ou presença de sinais indicativos de malignidade, a exérese da massa pode se fazer necessária. Esses cistos costumam ser assintomáticos, porém, com seu crescimento podem levar a dor pélvica e distensão abdominal.

Cisto dermoide: Ao contrário dos cistoadenomas, esses cistos são mais comuns em mulheres em idade reprodutiva e são a neoplasia benigna ovariana mais comum nessa faixa etária. São derivados das células germinativas, também são conhecidos como teratomas maduros. Esses teratomas são capazes de produzir hormônios, portanto, são capazes de produzir sintomas como o sangramento uterino anormal. Ademais, também podem apresentar sintomas compressivos como aumento do volume abdominal e dor pélvica. (HOCHBERG et al., 2021)

Hiperplasia endometrial: A hiperplasia endometrial é uma proliferação das células endometriais. Pode apresentar-se como uma hiperplasia endometrial sem atipia - de caráter quase sempre benigno - ou como hiperplasia endometrial com atipia - ou seja, com células neoplásicas. Essa última classificação se faz importante por estar fortemente relacionada ao carcinoma endometrial. O espessamento do tecido endometrial provoca mais comumente sangramento uterino anormal e é mais comum em pacientes perimenopausa ou na pós-menopausa inicial. Seus fatores de risco estão associados a exposição do endométrio ao estrogênio contínuo sem oposição da progesterona, como nos casos de obesidade onde há mais conversão do estrogênio periférico ou disfunção ovulatória (exposição a estrogênio endógeno) e uso de medicamentos sem prescrição (estrogênio exógeno). (EPPLEIN et al., 2008)

Pólipos endometriais: são neoformações focais da camada basal do endométrio que se projeta na superfície endometrial. A maioria deles são benignos, porém, pode ocorrer malignização em algumas mulheres. A sintomatologia mais associada aos pólipos é o sangramento uterino anormal, principalmente na pós menopausa, sendo responsável por até 28% das causas de sangramento uterino nesse período. A histerectomia pode ser utilizada na impossibilidade a realização de uma polipectomia histeroscópica. (DIAS et al., 2013)

### 3.6 TRATAMENTO CLÍNICO

Na maior parte das patologias benignas o tratamento clínico/medicamentoso é uma opção. Quando ele não se faz suficiente ou não gera os resultados esperados, a histerectomia é uma das alternativas. Nos casos avaliados o principal foco de tratamento estava no sangramento uterino anormal, sendo que esse sintoma engloba mais de uma etiologia. As patologias associadas são discutidas separadamente. De maneira geral, o manejo inicial consiste no uso de medicamentos à base de progestagênio como os anticoncepcionais orais combinados, o dispositivo intrauterino com liberação de levonogestrel e medicamentos com alta dose de progestagênio.

Em relação a porcentagem de pacientes que tentaram tratamento clínico antes da via cirúrgica em nosso serviço, foram um total de 134 mulheres, o equivalente a 57,51%. É válido ressaltar que em casos de lesões suspeitas de malignidade ou presença de massas de grande volume a decisão é individualizada conforme gravidade e o tratamento clínico pode não ser uma opção.

A decisão sobre qual tratamento utilizar não deve exclusivamente do médico. O atendimento da mulher com queixa de sangramento uterino ou outras queixas relacionadas deve ser voltado a entender os aspectos psicossociais por detrás disso. Deve-se levar em conta as expectativas da paciente, a qualidade de vida, o desejo de manutenção da fertilidade, a psique relacionada a exérese uterina e a sexualidade feminina. A partir disso, inicia-se o tratamento mais adequado.

Em situações eletivas, quando o tratamento medicamentoso não obtém a resposta adequada ou a paciente deseja realizar a histerectomia, os mesmos questionamentos deverão ocorrer. Sobre o cumprimento das expectativas e a importância de uma decisão bilateral, de acordo com De Gelder et al. (2005):

Para que uma mulher possa participar ativamente de discussões com seus médicos e para fazer uma decisão informada, ela precisa receber todas as informações disponíveis sobre os riscos envolvidos na histerectomia e alternativas de tratamento. Portanto, os potenciais resultados da histerectomia também são apresentados. É importante perceber que os pacientes não precisam de aconselhamento adequado somente na fase de tomada de decisão, mas também no período pós-histerectomia.

### 3.7 ESCOLHA DA VIA DE HISTERECTOMIA

As histerectomias podem ser realizadas por via abdominal, via vaginal ou laparoscópica, sendo possível a combinação de técnicas como a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia. Quanto as abordagens cirúrgicas, são consideradas técnicas minimamente invasivas a via vaginal e a laparoscópica. Essas técnicas diferem da via abdominal por não necessitarem de uma incisão abdominal maior.

O estudo de Wright et al. (2013) ressalta a tendência a escolha de técnicas minimamente invasivas com o passar dos anos. Fato justificado principalmente pelo menor tempo de pós-operatório e internação hospitalar.

A escolha da via de acesso varia conforme a doença, o volume uterino, as comorbidades e a experiência da equipe cirúrgica. A escolha da via de histerectomia para as patologias benignas é influenciada pelo tamanho e formato da vagina e útero. A acessibilidade ao útero

também deve ser considerada, como em casos de aderências pélvicas, o acesso via vaginal pode ser prejudicado.

Ademais, considera-se a extensão da doença extrauterina, a necessidade de outros procedimentos simultaneamente, preferência do paciente e o treinamento e experiência do cirurgião. Cada via cirúrgica tem suas considerações exclusivas, incluindo tempo de recuperação, duração da hospitalização, viabilidade técnica, tempo de cirurgia e riscos de lesão.

Em uma meta-análise de 47 ensaios clínicos randomizados comparando as vias de histerectomia realizado por Aarts et al. (2015), os resultados trouxeram a histerectomia vaginal como sendo a com menor tempo de internação, retorno mais rápido as atividades normais e menos infecções ou febre quando comparada a histerectomia abdominal.

Além disso, nesse mesmo estudo, quando comparadas a via laparoscópica com a via abdominal tivemos menos perda sanguínea, menor permanência no hospital, retorno mais rápido as atividades cotidianas e menos infecções ou febre na via laparoscópica. Já na via abdominal tivemos menos tempo de cirurgia e menos lesões em trato urinário, fato fortemente associado a maior familiaridade dos cirurgiões com essa via.

Se tratando de Brasil, no contexto SUS, sabemos que a tecnologia hospitalar e dispositivos disponíveis é deficiente. No estudo realizado por Sória et al. (2007), foi possível concluir que:

Os Serviços de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil executam o procedimento consagrado da histerectomia abdominal em sua grande maioria, indicando que operações clássicas ainda predominam em nosso país [...] observou-se uma utilização menos frequente, comparativamente à via abdominal, da histerectomia vaginal.

Com isso, levanta-se o questionamento sobre a indisponibilidade de recursos, equipamentos e capacitações dos profissionais para utilizar vias de mais alta complexidade, sendo esses fatores limitantes para o uso das vias recomendadas pela literatura internacional em nosso país.

Em nosso serviço a abordagem por via abdominal é a principal, sendo utilizada em 219 paciente, o equivalente a 94% das cirurgias realizadas. As cirurgias por via vaginal foram reservadas para os casos de prolapso. Sendo assim, os fluxogramas são voltados para a realização de histerectomia abdominal.

A opção de manter ou não os anexos estão relacionados com a idade da paciente e a presença de lesões nos mesmos. Em pacientes mais jovens, sem eminência de menopausa, a preservação dos ovários é preferível. A histerectomia sem anexectomia ou ooforectomia é

realizada pensando na manutenção da função ovariana e a não indução de menopausa cirúrgica. Excetuando-se, obviamente, os casos que não existam lesões e/ou história familiar de neoplasia em tubas e ovários. Estudos demonstraram que mulheres que realizaram histerectomia com preservação dos ovários entram em menopausa espontânea dentro de 5 anos devido a alteração do fluxo sanguíneo ovariano, ocorrendo perda gradual da função ovariana.

Pacientes pré-menopausa submetidas a menopausa cirúrgica está associada a um aumento de risco a doenças cardiovasculares, o que se deve em parte ao efeito protetor. Além disso, mulheres submetidas a histerectomia com ooforectomia na pré ou perimenopausa, devido a queda brusca nas concentrações séricas de estrogênio podem apresentar fortes sintomas menopáusicos. Essas mulheres geralmente precisam de uma dose mais alta de estrogênio nos primeiros dois ou três anos após a cirurgia. Portanto, em mulheres que submeteram a histerectomia e são candidatas a terapia de reposição hormonal, é possível administrar estrogênio sem oposição. (MARTIN; BARBIERI; 2021, *UpToDate* )

Quanto as variações cirúrgicas realizadas em nosso serviço, foram realizadas 131 histerectomias com anexectomia bilateral, 13 histerectomias com anexectomia unilateral, 62 histerectomias com salpingectomia bilateral, 3 histerectomias com salpingectomia unilateral, 4 histerectomias subtotais com salpingectomia bilateral (casos muito específicos) e 6 histerectomias com salpingectomia bilateral e ooforectomia unilateral. Demos preferência a histerectomia total, onde há remoção de corpo e colo uterino. Os casos em que ocorreu histerectomia subtotal foram por alguma intercorrência cirúrgica/variações anatômicas em que o cirurgião julgou necessário.

### 3. 8 INTERCORRÊNCIAS

Foram analisadas a presença de intercorrências perioperatórias e pós-operatórias. Em 32 meses, ocorreu apenas 1 episódio perioperatório. Quanto as complicações pós-operatórias tivemos presença de fístula (1) formação de seroma (4), infecção da ferida operatória com sinais flogísticos (2) e deiscência (2). Não houve complicações relacionadas a histerectomia via vaginal. A maioria das intercorrências descritas são relacionadas aos cuidados pós-operatórios que devem ser sempre lembrados antes da alta hospitalar.

### 3.9 RESOLUÇÃO DOS SINTOMAS

Os principais sintomas citados na literatura que levam às pacientes a buscar o atendimento e posteriormente a realização da histerectomia são: sangramento vaginal, dor pélvica,

dor nas costas, limitação das atividades diárias, distúrbios de sono, fadiga, inchaço abdominal e incontinência urinária. Kjerulff et al. (2000), em estudo prospectivo com 1299 mulheres que foram submetidas a histerectomia revelou melhoras significativas nos aspectos sintomatologia, função psicológica e qualidade de vida. Um total de 96% das entrevistadas disse que a cirurgia resolveu de alguma forma ou completamente os sintomas presentes antes da cirurgia.

Questões psicosssexuais também estão fortemente ligadas a retirada do útero. Porém, estudos prospectivos trazem efeitos positivos na qualidade de vida. A função sexual após histerectomia também mostra resultados neutros a positivos, visto que o sangramento uterino anormal ou a dor pélvica foram sanadas com a cirurgia. Os efeitos positivos ocorreram independentemente da técnica cirúrgica utilizada. Por conseguinte, a histerectomia tem sido associada a melhorias nas medidas de qualidade de vida física e mental, imagem corporal e aspectos da atividade sexual, com poucas diferenças entre as vias cirúrgicas. (ROOVERS, 2003).

#### **4. DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL**

##### **4.1 ABORDAGEM DE SANGRAMENTO UTERINO EM MULHERES**

###### **PRÉ-MENOPAUSA**

Uma história clínica bem coletada será essencial na abordagem do sangramento uterino em mulheres em idade reprodutiva. É necessário em primeiro lugar afastar gravidez (realizando teste rápido no momento da consulta) e excluindo causas não estruturais bem como sangramentos não relacionados ao útero. Ao descrever “exame ginecológico” deve-se inferir anamnese e exame ginecológico voltados a causa.

Para isso, iniciaremos avaliando o padrão menstrual da paciente. Convém salientar que o foco deste protocolo é em sangramentos de origem estrutural ou situações de sangramento não estruturais que necessitem de histerectomia, portanto, outras causas de irregularidade do padrão menstrual serão apenas brevemente comentadas.

Pacientes com história de menstrual de frequência irregular/períodos de amenorreia pressupõem ciclo anovulatórios. Esse quadro somado a observação clínica de sinais de hiperandrogenismo fala a favor de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Ademais, ciclos irregulares e amenorreia devem levar o médico já na Atenção Básica investigar hiper/hipotireoidismo e hiperprolactinemia. A suspeita clínica deve ser complementada com exames.

Além disso, é possível que esses sangramentos ocorram por uma disfunção endometrial, seja por infecções, seja por causa idiopática. Portanto, devemos realizar a coleta de história sexual e por meio do exame especular buscar sinais de vulvovaginites. Também, durante o exame físico examinar se há presença de lesões sugestivas de violência.

Pacientes com padrão menstrual entre os ciclos do tipo *spotting*, com menor volume, devem ter suspeita clínica maior sobre o uso de medicamentos capazes de causar sangramento como os próprios anticoncepcionais, anticoagulantes, tamoxifeno, corticoides, antipsicóticos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). Nesses casos a conduta é variável e não será descrita.

Sangramentos uterinos com ciclo regular, mas aumento de volume/duração falam a favor de causas estruturais como pólipos, adenomiose, leiomiomiose e malignidades – seu diagnóstico e tratamento é detalhado posteriormente. Durante a palpação abdominal e pélvica é possível que alguns pacientes apresentem massa na região ou visível distensão uterina ou abdominal, nesses casos há forte suspeita de causa estrutural e um ultrassom transvaginal deverá ser solicitado.

Outra causa de sangramentos de maior intensidade é a colocação do dispositivo intra uterino (DIU) de Cobre. Nos meses subsequentes a sua colocação pode ocorrer aumento da perda sanguínea e dismenorreia. Por fim, sangramentos muito intensos desde a menarca associados a petéquias ou hematomas deverá ser investigadas doenças que afetem a coagulação.

#### 4.1.1 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para o diagnóstico do SUA é necessária uma história clara do sangramento, anamnese bem-feita e avaliação inicial com exame físico geral, abdominal e pélvico. Como avaliação secundária faz-se a solicitação de exames laboratoriais conforme a suspeita clínica (TSH, Prolactina, hemograma completo) e o Ultrassom transvaginal (USTV) para fechar ou excluir diagnósticos de causa estrutural.

A ultrassonografia da região pélvica (USTV) é um dos primeiros passos diagnósticos, que permite avaliar a espessura da lâmina endometrial, assim como o miométrio, a forma e o volume uterino e dos anexos. Possui uma sensibilidade de até 96%, além de ser de fácil acesso, sendo o exame de imagem de escolha para a investigação de SUA. Porém, possui baixa especificidade (13,8%) para lesões endometriais em geral, então em lesões intracavitárias sem conclusão diagnóstica e em pacientes de alto risco para carcinoma de endométrio se faz ne-

cessária uma biópsia endometrial (BE) e/ou uso de outros métodos de imagem. (FEBRASGO,2017)

Pólipos: após o diagnóstico por USTV, em mulheres pré-menopausa sintomáticas a polipectomia histeroscópica com biópsia é o tratamento padrão-ouro para controle de sangramentos. Em casos de malignidade confirmada por BE ou persistência dos sangramentos a histerectomia torna-se uma opção. (COSTA-PAIVA;ANTUNES JUNIOR; PINTO-NETO.,2012)

Miomas: Em relação ao diagnóstico de miomatose, os leiomiomas podem ser facilmente reconhecidos pela USTV. Em casos de dúvida diagnóstica quanto a massa encontrada, podemos utilizar ultrassonografia com doppler buscando sinais de vascularização. Também, o é no exame é possível visualizar pólipos e levantar suspeita diagnóstica quanto a presença de adenomiose (confirmada após RM ou no anatomopatológico).

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames de exceção. A ressonância magnética permite uma excelente visualização da localização e do tamanho de praticamente todos os miomas em úteros volumosos, além de auxiliar no diagnóstico diferencial com adenomiose, porém é um exame oneroso e muito menos prático se comparado a ultrassonografia.

O tratamento inicial de escolha é farmacológico e as opções incluem medicamentos de ação hormonal e não hormonal e baseia-se na ação dos hormônios e de outros mediadores inflamatórios sobre o endométrio, além do controle hemostático do sangramento

Medicamentos de ação hormonal:

1. Anticoncepcional oral combinado (ACO): 30 mcg de etinilestradiol associado ao levonorgestrel.
2. Progestagênio oral contínuo: As formulações citadas na literatura são acetato de medroxiprogesterona oral (2,5 mg a 10 mg ao dia), noretisterona (2,5 mg e 5 mg ao dia), acetato de megestrol (40 e 320 mg ao dia), ou progesterona micronizada (200 mg e 400 mg ao dia), usadas do dia 5 ao 26 do ciclo ou continuamente.
3. Progestagênios injetáveis: acetato de medroxiprogesterona 150 mg para uso IM a cada 3 meses
4. Sistema uterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG): liberação de 20 mcg de levonorgestrel diariamente.



Medicamentos não hormonais: inclui o uso de antifibrinolíticos ou de anti-inflamatórios não hormonais. É indicado para mulheres que não desejam usar hormônios ou que tenham contraindicação ao uso de hormônios, além de mulheres com desejo de gestação.

1. Antifibrinolíticos: Ácido tranexâmico 3 a 4 vezes ao dia nos dias de sangramento mais volumoso. Contraindicado em pacientes com história de tromboembolismo ou insuficiência renal.
2. Anti-inflamatórios não hormonais: Ácido mefenâmico durante a menstruação. Pode ser usar em monoterapia ou em associação a métodos hormonais. Contraindicado em pacientes com história de úlcera.

Na ausência de resposta ao tratamento clínico, deve-se considerar a abordagem cirúrgica, na qual a via e o tipo de abordagem dependerão do número, da localização, do tamanho do mioma e do desejo futuro de concepção.

Nos miomas submucosos, de acordo com a proporção de componente submucoso ou intramural, define-se a melhor abordagem cirúrgica. Nos casos em que a maior parte da lesão se encontra intracavitária, pode-se realizar miomectomia, enquanto lesões com grande componente intramural devem ser assistidas por laparoscopia ou, na impossibilidade dessa, devem ser realizadas por via laparotômica. Miomas intramurais requerem exérese completa do útero em pacientes sintomáticas.

Adenomiose: o diagnóstico pode ser feito por USTV e sinais clínicos associados, como o próprio sangramento e dismenorreia. Em casos de dúvida diagnóstica, o exame anatomopatológico da peça nos confirma a suspeita.

O principal tratamento para a adenomiose é a histerectomia. Entretanto, alguns estudos vêm trazendo o tratamento medicamentoso de causas não estruturais como uma alternativa. (FEBRASGO,2017)

Sangramentos de causa não estrutural: o diagnóstico das causas não estruturais inclui a investigação de coagulopatias, disfunções anovulatórias, disfunções endometriais, sangramentos causados pelo uso de medicamentos ou DIU e não especificadas além de, obviamente, não serem encontradas causas orgânicas no USTV.

O tratamento, nesses casos, tem por princípio atuar na estabilidade endometrial ou no controle dos fatores que levam à descamação e à cicatrização do endométrio. Na falha do tratamento farmacológico a histerectomia torna-se uma opção.

#### 4.2 ABORDAGEM DE SANGRAMENTO EM MULHERES PÓS MENOPAUSA

Diferentemente de mulheres pré-menopausa a exclusão das causas de SUA é mais simples. O foco principal nessa população é investigar malignidades. Como abordagem inicial (anamnese e exame ginecológico) podemos responder algumas questões que facilitam a descoberta da etiologia do sangramento.

Em mulheres pós menopausa, com sangramento uterino, o carcinoma de endométrio sempre deve ser investigado. São fatores para o carcinoma de endométrio: A idade crescente por si só já é fator de risco, somando-se a obesidade, nuliparidade, diabetes melitus, anovulação crônica e uso de tamoxifeno. Outras questões podem ser abordadas para a exclusão de possível neoplasia:

1. Sangramento acompanhado de secura vaginal, dispareunia e sangramento pós coito sugerem atrofia vulvovaginal.
2. Sangramento acompanhado de corrimento vaginal, prurido e/ou dor pélvica sugerem presença de ISTs, candidíase e DIP.
3. Situações de trauma, agressão sexual e violência sempre devem ser questionados e avaliados durante o exame físico.
4. Sintomas associados a febre, alterações na bexiga, alterações funcionais podem direcionar o diagnóstico para causas como doença diverticular e infecções no trato gastrointestinal e genito-urinário.
5. Palpação de massas em abdome e/ou pelve sempre devem ser investigados e em sua presença a investigação por imagem se faz necessário.
6. Ainda na avaliação inicial é possível excluir sangramentos de causa medicamentosa como no caso de TRH e anticoagulantes.

#### 4.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Em pacientes de baixo risco para carcinoma de endométrio após excluídas ou tratadas as doenças subjacentes não houver melhora do sangramento o USTV deve ser realizado. Já

em pacientes com fatores de risco, independente de outras possíveis causas, o USTV deverá ser realizado.

No USTV devemos avaliar a espessura endometrial e a presença de possíveis alterações uterinas (miomas, pólipos, adenomiose). A identificação das lesões benignas do endométrio melhora a precisão na indicação terapêutica, enquanto o diagnóstico diferencial das neoplasias endometriais, feito logo após a instalação do quadro clínico, interfere diretamente no prognóstico. O diagnóstico definitivo é feito por meio de biópsia de lesão difusa ou focal.

Esses exames são geralmente suficientes para o diagnóstico dos pólipos, miomas e lesões malignas ou pré-malignas. Independente da espessura endometrial, na presença de miomas e adenomiose, a histerectomia deve ser considerada caso o tratamento clínico seja ineficiente.

No caso da presença de pólipos em mulheres pós-menopausa, um tratamento conservador pode não ser seguro. O tratamento padrão-ouro é a polipectomia histeroscópica com biópsia. A histerectomia é uma conduta de exceção devido a sua natureza invasiva, riscos cirúrgicos e custos, devendo ser reservada para casos excepcionais como o alto grau de malignidade e invasão. Ainda assim, quando existe indicação de histerectomia, deve-se ter uma avaliação histológica endometrial prévia para afastar malignidade antes da histerectomia. A partir daqui as opções de investigação/tratamento tornam-se mais individualizadas:

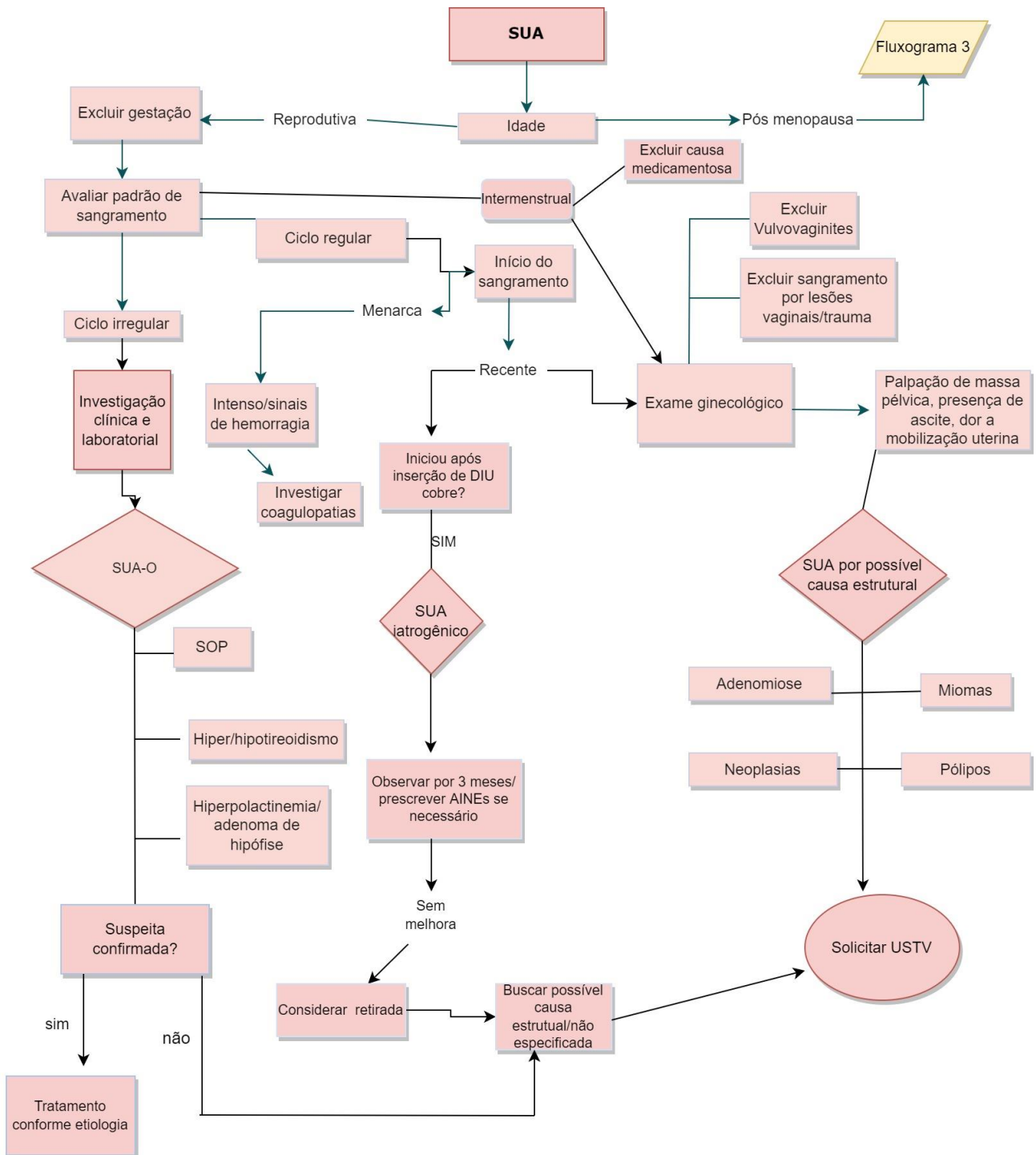
Mulheres com espessamento endometrial  $> 5$  mm deverão realizar biópsia de endométrio. A alternativa com melhor sensibilidade/especificidade e ainda possibilidade terapêutica é a histeroscopia com biópsia guiada sensibilidade (94,4%) e especificidade (99,6%). Entretanto, em nosso serviço a histeroscopia acaba sendo reservada apenas para pacientes de alto risco (espessura endometrial por faixa etária aumentada, histórico familiar positivo para carcinoma de endométrio e presença de lesão cavitária) devido o custo e tempo de espera para realização do exame, o que é compatível com a literatura. Como alternativa, realizamos a biópsia endometrial por curetagem semiótica.

No caso de biópsia positiva para lesões malignas ou pré-malignas, a histerectomia está indicada. Em casos de biópsia negativa, mas persistência de sintomas e/ou presença de lesões no USTV para lesões estruturais a histerectomia.

Mulheres com espessamento endometrial  $< 3$  mm possuem menos de 1% de chance de desenvolver câncer de endométrio (GOLDSTEIN, 2004.). Portanto, a conduta é apenas de acompanhamento.

## 5. FLUXOGRAMAS

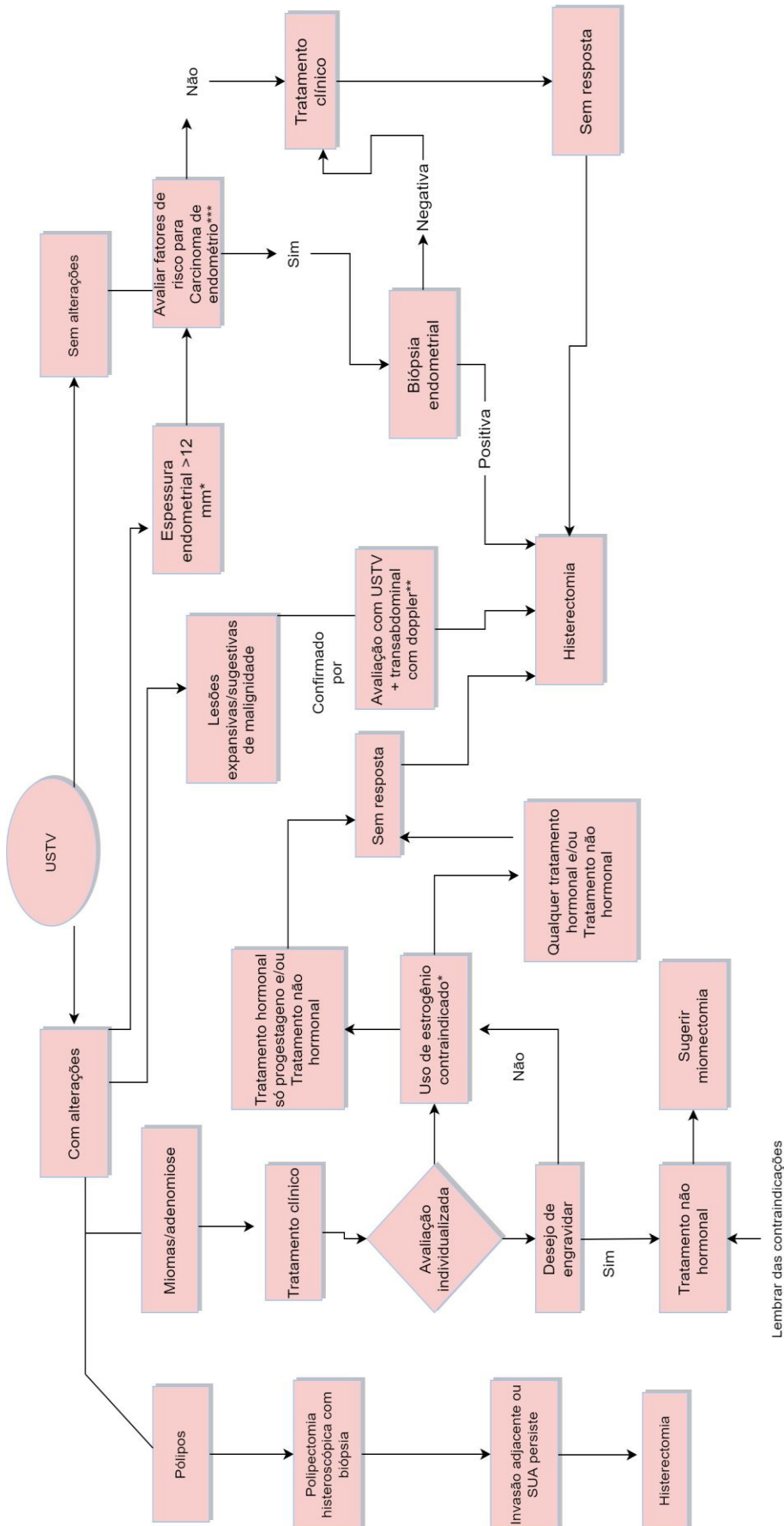
**Fluxograma 1.** Abordagem inicial em UBS/ESF de sangramento uterino em mulheres pré-menopausa



**Fluxograma 1.** Abordagem inicial em UBS/ESF de sangramento uterino em mulheres pré-menopausa.

SUA, sangramento uterino anormal ; SUA-O, sangramento uterino anormal por disfunção ovariana; AMP, acetato de medroxiprogesterona; ACO, anticoncepcional oral combinado, AINE, antiinflamatório não esteroidal. USTV, ultrassonografia transvaginal.

**Fluxograma 2.** Diagnóstico e tratamento de sangramento uterino anormal em mulheres pré-menopausa



**Fluxograma 2. Diagnóstico e tratamento de sangramento em mulheres pré-menopausa.**

SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel;

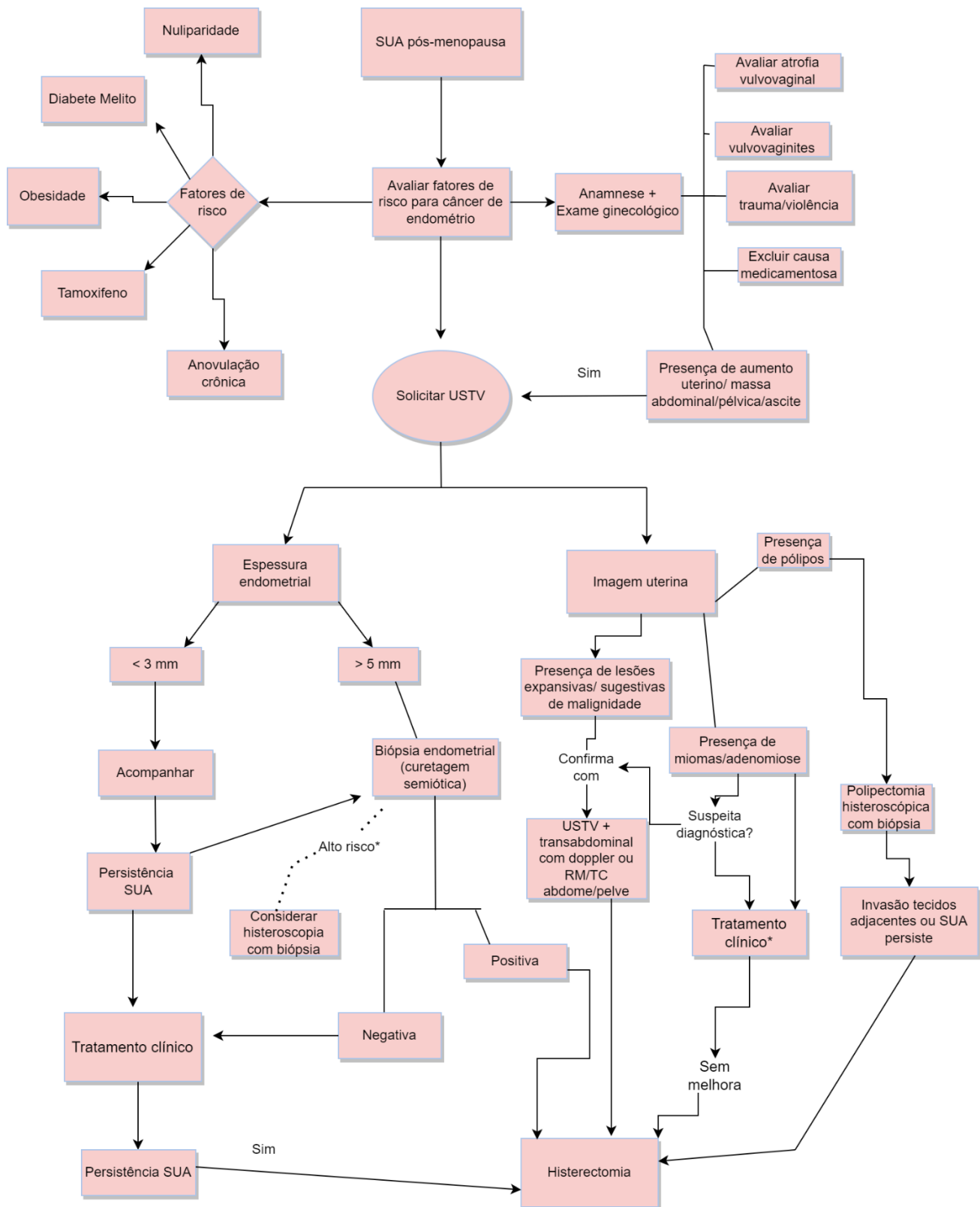
\* Critérios de elegibilidade para métodos contraceptivos segundo a OMS: Idade > 35 e tabagista, hipertensas, enxaqueca com aura, histórico de TVP, trombofilias.

\*\* Avaliação para TC/RM abdome/pelve se indisponível

\*\*\* Avaliação baseada na idade, tamanho/comprimento de anexos e pode ser alterada no perioperatório se necessário

\*\*\*\* < 35 anos, obesidade, nuliparidade anovulação crônica, uso de tamoxifeno

**Fluxograma 3.** Abordagem, diagnóstico e tratamento em mulheres pós-menopausa



**Fluxograma 3.** Abordagem, diagnóstico e tratamento em mulheres pós-menopausa.

SUA, sangramento uterino anormal; USTV, ultrassonografia transvaginal; RM, ressonância magnética; TC, tomografia computadorizada.

\* Refere-se ao mesmo tratamento realizado para sangramento por causas não estruturais

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARTS, Johanna WM. et al. **Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease.** Cochrane Database Syst Rev. 2015. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26264829/> . Acesso em 24 de junho. 2021.

BAIRD, Donna Day. et al. **High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence.** Am J Obstet Gynecol, v. 188, n. 1, pg. 100-107, 2003. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12548202/> .Acesso em 25 de junho 2021.

CLAYTON, RD. **Hysterectomy.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology, v. 20, n.1, p. 73–87.2006. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16275095/>. Acesso em 24 junh. 2021.

COMMITTEE OPINION. No 701. **Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease.** Obstetrics & Gynecology, v. 129, e. 6, p. 155-159, jun. 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28538495/> . Acesso em 28 de Junho. 2021.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Home Page. Brasília; 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em: 2021 junho 23.

DE GELDER, R. RICHTERS, A. PETERS,L.ichters A.,**The integration of a woman’s perspective in hysterectomy decisions.** J Psychosom Obstet Gynaecol, p.26, n.1,p53-62, 26 mar. 2005.Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15962722/> . Acesso em 27de jun. 2021.

DIAS DS et al. **Pólipos endometriais e seu risco de malignização: aspectos epidemiológicos, clínicos e imunoistoquímicos.** 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3778.pdf> . Acesso 15 de jun. 2021.



DONNEZ, J; JADOUL, P. **What are the implications of myomas on fertility? A need for a debate?**. Hum Reprod, v. 17, n.6, pg. 424-430, Jun. 2002. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12042254/> . Acesso em 29 de Junho. 2021.

EPPLEIN M et al. **Risk of complex and atypical endometrial hyperplasia in relation to anthropometric measures and reproductive history**. Am J Epidemiol. 2008 Sep 15;168(6):563-70; discussion 571-6. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18682485/> . Acesso em 16 nov. 2021.

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

FEBRASGO. **Série Orientações e Recomendações: Sangramento uterino anormal**. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo: 2017. Disponível em: [https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/11SANGRAMENTO\\_UTERINO\\_ANORMAL.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/11SANGRAMENTO_UTERINO_ANORMAL.pdf) . Acesso em 15 de nov. 2021.

GANTE, I.; MEDEIROS-BORGES, C.; ÁGUAS, F. **Hysterectomies in Portugal (2000–2014): What has changed?**. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.021> . Acesso em 24 de jun. 2021.

GARRY, Ray. et al. **The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy**. BMJ. 2004 Jan 17. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14711749/> . Acesso em 27 de Junh. 2021.

HOWARD, BV et al. **Women's Health Initiative. Risk of cardiovascular disease by hysterectomy status, with and without oophorectomy: the Women's Health Initiative Observational Study**. Circulation. 2005. Mar 29;111(12):1462-70. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781742/> . Acesso em: 20 de novembro. 2021.

KJERULFF, KH. et al. **Effectiveness of hysterectomy**. *Obstet Gynecol*, v. 95, n.3, p. 319-326-, mar. 2000. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/10711536> . Acesso em: 25 de Junh. 2021.

LYKKE, R. et al. **Hysterectomy in Denmark 1977- 2011: changes in rate, indications, and hospitalization**. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24094821/>. Acesso em 23 de junho. 2021.

MILMAN, N; CLAUSEN,J ; BYG, KE. **Iron status in 268 Danish women aged 18-30 years: influence of menstruation, contraceptive method, and iron supplementation**. *Ann Hematol*. 1998 Jul-Aug;77(1-2):13-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9760147/> .Acesso em: 10 de nov. 2021.

Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons. **Myomas and reproductive function**. *Fertil Steril*, 2008. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19007608/> . Acesso em 27 junho. 2021.

PROADESS. Laboratório de Informação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro,2011. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res1> . Acesso em 25 mai. 2021.

ROOVERS, Jan-Paul WR. et al. **Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy**. *BMJ*, Oct 4. 2003. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14525872/> . Acesso em 22 de Junh. 2021.

SILVA, Ana Luiza Berwanger Da.et al. **Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*,2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100002>. Acesso em 29 Junho .2021.

SÓRIA, Helena Lúcia Zydan et al. **Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?**.*Revista Brasileira de Ginecolo-*

gia e Obstetrícia, vol. 29, n. 2, pp. 67-73.2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000200002>. Acesso em: 27 de maio de 2021

STANG, A.; Merrill, RM; Kuss, O. **Hysterectomy in Germany: a DRG-based nationwide analysis, 2005-2006.** Dtsch Arztebl Int, 2011 Jul. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21904583/> . Acesso em 25 de maio.2021.

SUTTON, Chris. **Hysterectomy: a historical perspective.** Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, v. 11, n.1, p. 1-22. 1997. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0950355297800478> . Acesso em 25 de junho .2021.

WANDERLEY, Geordana S. Perfil epidemiológico dos casos de histerectomia em um Hospital Universitário Terciário. Revistas USP;54(1):e-174293.2021. Disponível em [Perfil epidemiológico dos casos de histerectomia em um Hospital Universitário Terciário | Medicina \(Ribeirão Preto\) \(usp.br\)](Perfil%20epidemiol%C3%B3gico%20dos%20casos%20de%20histerectomia%20em%20um%20Hospital%20Universit%C3%A1rio%20Terci%C3%A1rio%20|%20Medicina%20(Ribeir%C3%A3o%20Preto)%20(usp.br)). Acesso em 15 nov.2021.

WRIGHT, Jason D. et al. **Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States.** Obstet Gynecol, v. 122. 2 pt 1. pg 233-241. 2013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969789/> . Acesso em 22 Junh .2021.

WU, JM. et al. **Hysterectomy Rates in the United States, 2003.** Obstetrics & Gynecology,2007. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17978124/> . Acesso em 23 de junh. 2021.

