

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

CESAR PATEZ FIGUEIREDO

**ESTUDO DA VARIEDADE DE PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS
POR HISTEROSCOPIA COMPREENDIDOS ENTRE OS ANOS DE
2019 A 2020: ESTUDO DE CASO**

**SÃO MATEUS- ES
2021**

CESAR PATEZ FIGUEIREDO

ESTUDO DA VARIEDADE DE PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS
POR HISTEROSCOPIA COMPREENDIDOS ENTRE OS ANOS DE
2019 A 2020: ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Educação e Tecnologia.

Orientador: Dr. Prof. Daniel Rodrigues Silva

SÃO MATEUS- ES
2021

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

F475e

Figueiredo, Cesar Patez.

Estudo da variedade de patologias diagnosticadas por histeroscopia compreendidos entre os anos de 2019 a 2020: estudo de caso / Cesar Patez Figueiredo – São Mateus - ES, 2021.

97 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2021.

Orientação: prof. Dr. Daniel Rodrigues da Silva.

1. Biópsia. 2. Endométrio. 3. Histeroscopia. 4. Sangramento uterino anormal. I. Silva, Daniel Rodrigues da. II. Título.

CDD: 618.14

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

CÉSAR PATEZ FIGUEIREDO

**ESTUDO DA VARIEDADE DE PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS
POR HISTEROSCOPIA COMPREENDIDOS ENTRE OS ANOS DE
2019 À 2020: ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração a Educação e a Inovação.

Aprovada em 05 de maio de 2021.

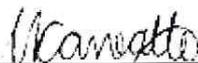
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador



Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Profa. Dra. Mayara Medeiros de Freitas Carvalho
Centro Universitário de Caratinga (UNEC)

Dedico este trabalho ao grande arquiteto do universo, criador e formador do universo, que merece menção especial por me conceder a vida, a fé e a esperança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me amparado em todos os momentos da minha vida, me ajudando, orientando e incentivando a seguir em frente. Ele me deu forças em transformar uma possibilidade em realidade. A ele meus agradecimentos!

A minha esposa Luanna Bastos Baltazar Patez, que tanto contribuiu com a minha formação, se fazendo presente em todos os momentos e vibrando com minhas conquistas. Obrigado por tudo.

A minha família, que me apoiou, pelo carinho, apoio e flexibilidade em todos os momentos de necessidade e pela grande contribuição dessa trajetória.

Aos meus amigos pela atenção e carinho e por não ter permitido que eu desistisse desse sonho.

Aos professores, que me ajudaram a transformar esse conjunto de informações em uma narrativa estruturada. Em especial, pela paciência, atenção e dedicação ofertadas a mim durante a construção deste trabalho. Muito obrigado.

Em especial ao Dr. Prof. Daniel Rodrigues Silva pela orientação de forma precisa e confiante, mas, sobretudo, pela atenção ao meu trabalho e por sempre acreditar no meu potencial, me incentivando a buscar por conhecimento, e motivando a seguir em frente pelo meu sonho. A ele o meu profundo respeito.

“Não ame pela beleza, pois um dia ela acaba.
Não ame por admiração, pois um dia você se
decepciona. Ame apenas, pois o tempo nunca
pode acabar com o amor sem explicação.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

FIGUEIREDO, CÉSAR PATEZ. **ESTUDO DA VARIEDADE DE PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS POR HISTEROSCOPIA COMPREENDIDOS ENTRE OS ANOS DE 2019 A 2020: ESTUDO DE CASO.** 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

Introdução: O sangramento uterino anormal é uma afecção frequente que pode afetar negativamente aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais das mulheres, reduzindo sua qualidade de vida e pode levar à anemia. É necessário de se ter conhecimento de quando as pacientes apresentam sangramentos intensos e agudos, elas necessitam de tratamento de urgência, com reposição volumétrica e substâncias hemostáticas. Muitas vezes, surgem situações que necessitam de tratamento prolongado e outras em que o tratamento cirúrgico é necessário. Denominada de ablação do endométrio cuja técnica cirúrgica é capaz de destruir ou ressecar o endométrio, indicada nos casos de sangramento uterino anormal sem apresentar melhora com o tratamento clínico ou com contra-indicação a este. É uma alternativa à histerectomia no tratamento de patologias benignas, sendo menos invasiva e menos agressiva, de menor morbidade e mortalidade e com bastante redução de custos.

Objetivo: A presente pesquisa objetiva analisar as principais indicações e procedimentos utilizados para o estudo de variedades de patologias diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica, qualitativa e descritiva que será realizada através de livros, leitura e análise de artigos científicos nacionais e internacionais, trabalhos de conclusão de curso por meio de consultas nas bases de dados eletrônicos, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo revistas eletrônicas especializadas na área. Para tanto, esta pesquisa foi dividida em dois momentos que se referem: a pesquisa bibliográfica e estudo de caso, utilizando a técnica de coleta de dados através dos resultados obtidos dos exames das pacientes. **Resultados:** Os resultados atestaram que a presença de pólipos endometriais, seguidos pelo endométrio atrófico, integraram os diagnósticos histológicos e histeroscópicos mais freqüentes. Os pólipos e o endométrio funcional prevaleceram nas pacientes mais jovens, enquanto nas mulheres de idade mais avançadas predominaram os pólipos e atrofia endometrial, tanto pela histeroscopia como pela histologia endometrial.

Palavras-chave: Biópsia. Endométrio. Histeroscopia. Sangramento uterino anormal.

ABSTRACT

FIGUEIREDO, CÉSAR PATEZ. **STUDY OF THE VARIETY OF PATHOLOGIES DIAGNOSED BY HISTEROSCOPY UNDERSTANDED BETWEEN THE YEARS FROM 2019 TO 2020: CASE STUDY.** ESTUDO DE CASO. 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade Vale do Cricaré, 2021.

Introduction: Abnormal uterine bleeding is a frequent condition that can negatively affect the physical, emotional, sexual and professional aspects of women, reducing their quality of life and can lead to anemia. It is necessary to be aware of when patients have severe and acute bleeding, they need urgent treatment, with volumetric replacement and hemostatic substances. Often, situations arise that require prolonged treatment and others in which surgical treatment is necessary. Named endometrial ablation whose surgical technique is capable of destroying or resecting the endometrium, indicated in cases of abnormal uterine bleeding without improving with clinical treatment or with contraindication to it. It is an alternative to hysterectomy in the treatment of benign pathologies, being less invasive and less aggressive, with less morbidity and mortality and with considerable cost reduction. **Objective:** This research aims to analyze the main indications and procedures used for the study of varieties of pathologies diagnosed by hysteroscopy performed in service between the years 2019 and 2020. **Methodology:** This is a bibliographic, qualitative and descriptive review that will be carried out through books, reading and analysis of national and international scientific articles, course completion works through consultations in the electronic databases, Pubmed, Virtual Health Library, including electronic journals specialized in the area. For this, this research was divided into two moments that refer: the bibliographic research and case study, using the data collection technique through the results obtained from the patients' exams. **Results:** The results attested that the presence of endometrial polyps, followed by the atrophic endometrium, integrated the most frequent histological and hysteroscopic diagnoses. Polyps and functional endometrium prevailed in younger patients, while in older women, polyps and endometrial atrophy predominated, both through hysteroscopy and endometrial histology. .

Key words: Biopsy. Endometrium. Hysteroscopy. Abnormal uterine bleeding.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação da Histeroscopia.....	23
Figura 2 – PALM – COEIN: Classificação para sangramento uterino anormal (MENACME).....	30
Figura 3 – Foto do canal pélvico normal.....	72
Figura 4 – Foto do canal apresentando pólipos cervical	73
Figura 5 – Foto do laudo de videohisteroscopia de paciente com 67 anos	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Total de histeroscopias realizadas e a distribuição segundo a faixa etária dos grupos.....	75
Tabela 2 –Distribuição das pacientes segundo o estado menopausal.....	76
Tabela 3 – Resultado Canal Cervical.....	77
Tabela 4 –Resultado do estudo do endométrio.....	78
Tabela 5 – Resultado dos exames de Óstio Tubário Direito.....	79
Tabela 6 – Resultado dos exames de Óstio Tubário Esquerdo	79
Tabela 7 – Medidas tomadas para Procedimentos Auxiliares.....	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das pacientes segundo o estado menopausal	76
Gráfico 2 – Resultado do Canal Cervical	77
Gráfico 3 – Resultado do estudo do endométrio	78
Gráfico 4 – Óstio Tubário Direito	79
Gráfico 5 – Óstio Tubário Esquerdo.....	80
Gráfico 3 – Procedimento Auxiliar.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -Concomitância de hiperplasia endometrial com câncer de endométrio em relação aos fatores de risco	35
Quadro 2 - Relação entre IMC e probabilidade de câncer de endométrio.....	36
Quadro 3 – Características clínicas de carcinoma de endométrio (tipo 1e tipo 2)....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUA - Sangramento Uterino Anormal

USTV-Ultrasonografia Transvaginal

PMA- Procriação Medicamente Assistida

CUP- Curetagem Uterina de Prova

FIGO- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists

FDA – Food and Drug Administration

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1: ORIGEM DA HISTEROSCOPIA E SUA IMPORTÂNCIA	18
1.1 A IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO DA HISTEROSCOPIA NA SAÚDE FEMININA	21
1.2 LESÕES UTERINAS INTRACAVITÁRIAS	24
CAPÍTULO 2: MÉTODOS DE TRATAMENTO E DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POSSÍVEIS ENCONTRADAS EM PACIENTES.....	28
2.1 ENDOMÉTRIO.....	28
2.2 SANGRAMENTO UTERINO NORMAL.....	28
2.3 SANGRAMENTOS UTERINOS ANORMAIS (SUA).....	29
2.4 PÓLIPOS.....	31
2.5 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	33
2.6 CARCINOMA DE ENDOMÉTRIO	35
2.7 CURETAGEM UTERINA DE PROVA (CUP)	40
2.8 ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL (USTV)	42
2.9 SONOHISTEROGRAFIA.....	44
2.10 PIPELLE.....	45
2.11 OUTROS MÉTODOS DE BIÓPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIAL	50
2.12 HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIAL.....	52
CAPÍTULO 3: HISTEROSCOPIA: INDICAÇÕES E CONTRA- INDICAÇÕES	54
3.1 INDICAÇÕES	54
3.2 CONTRA INDICAÇÕES	55
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTAL EM HISTEROSCOPIA.....	56
3.4 COMPLICAÇÕES EM HISTEROSCOPIA.....	58
3.5 LACERAÇÃO CERVICAL E FALSO TRAJETO	59
3.6 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO MEIO DE DISTENSÃO	60
3.6.1 Embolia Gasosa.....	60
3.6.2 Passagem Do Meio De Distensão Pelas Tubas.....	60
3.7 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA PRÓPRIA PACIENTE	60
3.7.1 Enfermidades Cardiovasculares Graves	60
3.7.2 Pacientes com Sangramento	61

3.7.3 Gravidez	61
3.8 COMPLICAÇÕES DA HISTEROSCOPIA OPERATÓRIA	61
3.8.1 Complicações Anestésicas	61
3.8.2 Complicações Relacionadas ao Meio de Distensão	61
3.8.3 Complicações com Manitol e Glicina (Fluidos De Baixa Viscosidade)	62
3.8.4 Complicações com Dextran 70 (alta viscosidade)	63
3.8.5 Complicações Traumáticas	63
3.8.5.1 Lacerações Cervicais	63
3.8.5.2 Perfuração Uterina	64
3.9 COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS	64
3.10 COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS	64
3.11 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO USO DE CORRENTE ELÉTRICA	65
3.12 OUTRAS COMPLICAÇÕES	65
CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO	66
4.1 TIPO DE ESTUDO	69
4.2 AMOSTRA E CRITÉRIO DE AMOSTRAGEM	70
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	70
4.4 COLETA DE DADOS	71
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS	71
5 RESULTADOS	72
6 DISCUSSÃO	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
9 APÊNDICES	92

INTRODUÇÃO

Atualmente, diversos estudos foram comprovados que diversificadas são as causas de sangramento vaginal proveniente do útero, onde este poderá ocorrer em qualquer idade, resultantes de problemas relacionados à anovulação, lesões anatômicas benignas ou malignas, gravidez ou distúrbios hormonais. Com a finalidade de se diagnosticar a causa do sangramento, é preciso realizar exames como a biópsia endometrial, a curetagem uterina, a ultra-sonografia transvaginal ou abdominal e a histeroscopia. Denomina-se de sangramento uterino anormal (SUA) as alterações da menstruação decorrentes de aumento no volume, na duração ou na frequência afetando negativamente os aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais das mulheres, piorando a qualidade de vida das mesmas, na idade reprodutiva, na peri e pós-menopausa podendo inclusive causar à anemia.

Muitas vezes, a maioria das mulheres, com exceção daquelas com sangramento uterino disfuncional, apresentam afecções benignas. Entretanto, as lesões intrauterinas focais, principalmente pólipos endometriais e miomas submucosos, são condições ginecológicas comuns, que afetam 30 e 40%, respectivamente das pacientes com sangramento uterino anormal (SVIRSKKY; SMORGICK; ROZOWSK; SAGIV; FEINGOLD; HALPERIN et al., 2008).

Acredita-se que a maioria das mulheres não tem o conhecimento do método realizado denominado de histeroscopia, apesar de ser um procedimento bastante realizado em clínicas e hospitais. Este método é considerado eficaz para a avaliação da cavidade uterina, seja em casos de sangramento indeterminado ou para a investigação de pacientes inférteis. A histeroscopia é muito importante porque detecta e localiza lesões anatômicas como pólipos, miomas, hiperplasias e carcinomas, e possibilitando a realização de biópsia dirigida. Por meio deste, o médico visualiza a parte interna do útero e do canal endocervical com um instrumento chamado histeroscópio que é introduzido pela vagina e através do colo do útero.

A razão da escolha do tema torna-se relevante e se justifica através da curiosidade e aprofundamento do pesquisador em investigar o estudo da utilização do instrumento histeroscópio, para a verificação com precisão e eficácia sobre o funcionamento do útero, problemas e dificuldades enfrentados pelas mulheres como: abortos espontâneos de repetição; fluxo menstrual excessivo e suspeita de câncer de

endométrio e dificuldades em engravidar, para que possa ser evitada a modalidade cirúrgica.

A pesquisa se torna relevante, pois traz informações e contribuições a área médica especializada, discorrendo e esclarecendo sobre sangramento uterino anormal e o sucesso do tratamento. Informando que em situações de sangramento agudo e intenso é aceitável que o tratamento seja estabelecido, cujo objetivo é estancar a hemorragia e estabilizar a hemodinâmica da paciente, retardando a investigação assim que o sangramento estiver controlado.

Conforme Goldstein (2010), afirma que toda paciente sintomática, com idade superior a 35 anos, deverá ser avaliada, ou antes, se apresentar fatores de risco, especificadamente como: obesidade e anovulação crônica. Destaca-se que a realização de um tratamento clínico isolado não é bastante para excluir afecções intrauterinas, sendo recomendada a obtenção de material endometrial para exame de anatomia patológica.

Dentro dessa visão, o problema que será investigado nesta pesquisa será o seguinte: Quais são as principais indicações e procedimentos utilizados para o estudo de variedades de patologias diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020?

Responder por este estudo, bem como algumas das hipóteses levantadas como possíveis sustentação ao problema levantado, acredita-se que o sangramento uterino anormal engloba uma série de enfermidades e alterações hormonais femininas, sugere-se realizar uma avaliação para detectar a acurácia da ultrassonografia transvaginal para diagnosticar possíveis lesões intrauterinas, onde a histeroscopia poderá tornar-se padrão de referência e sendo assim, julga-se que a histeroscopia é um exame pouco invasivo, requer treinamento, considerado de baixo custo, fácil acesso à população, tratando-se de padrão ouro para a avaliação da cavidade endometrial.

O intuito de obter respostas a esta questão levou à formulação do seguinte objetivo geral: Analisar as principais patologias e procedimentos utilizados para o estudo de variedades diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020. A partir dessa investigação, os objetivos específicos que este estudo se dedicou foram:

- Descrever a origem e a historicidade da histeroscopia;

- Compreender os procedimentos, a técnica de execução e preparação para o exame realizado com o instrumento histeroscópio,
- Apontar as indicações e contra-indicações ao realizar o exame de histeroscopia;
- Analisar os quadros patológicos diagnosticados em serviço durante os anos de 2019 e 2020;
- Trazer informações à população e a equipe da saúde, especialmente a classe médica, sobre a importância da realização do exame histeroscópico, nos casos em que se faz necessário um diagnóstico complementar.

Para tanto foi realizado um levantamento de origem bibliografia de publicação dos últimos cinco (5) anos, em seguida, um estudo de caso realizado através da avaliação de teste diagnóstico em pacientes atendidas na clínica do pesquisador, compreendido entre os anos de 2019 e 2020, para que houvesse um aprofundamento até ser redigida a dissertação. Entre as diversas publicações, serão selecionadas as de língua portuguesa e língua inglesa, artigos de internet que incluíssem em tratamentos ou pesquisas sobre a variedade de patologias diagnosticadas por histeroscopia em serviço. Serão excluídos os estudos que não tratassem das patologias ou que apresentarem pouca qualidade metodológica.

Dentro das perspectivas, a pesquisa se desenvolveu nos seguintes capítulos:

- **Capítulo 1:** Origem da histeroscopia e a sua importância;
- **Capítulo 2:** Métodos de tratamento e descrição das características

epidemiológicas possíveis encontradas em pacientes;

- **Capítulo 3:** Histeroscopia: indicações e contra-indicações;
- **Capítulo 4:** Percurso metodológico;

E por fim, logo após o desenvolvimento dos capítulos, serão apresentadas as considerações finais do estudo devidamente acompanhado com as recomendações e ou sugestões realizado pelo autor.

CAPÍTULO 1: ORIGEM DA HISTEROSCOPIA E SUA IMPORTÂNCIA

A histeroscopia tornou-se parte imprescindível do preparo ginecológico. A curiosidade em compreender o que se passava na cavidade uterina resultou no surgimento da histeroscopia. Foi no século XIX, que segundo Bozzini (1806) começaram-se a “espreitar” uma cavidade natural onde se deu a criação do endoscópio por Desormeaux AJ, no ano de 1853. Em seguida realizou-se a primeira histeroscopia por Pantoleoni D. no ano de 1869. Sendo que mais tarde, com o desenvolvimento dos meios ópticos realizados pelos médicos Nitze M e Leiter J. no decorrente ano de 1879 e de distensão da cavidade uterina; Rubin IC. que ocupou os investigadores no ano de 1925 (século XX).

Passaram-se mais de dez anos até o surgimento da técnica que se tem presenciado nos dias atuais. No ano de 1957, Palmer R, que utilizou um histeroscópio, alongando a cavidade com água e com a transmissão de uma fonte de luz externa, realizou vários exames. Após alguns anos, aperfeiçoando o sistema de lentes por Hopkins HH em 1960, o uso de outros meios de alongamentos da cavidade uterina realizado por Mencken FC (1968) e o desenvolvimento de um insuflador de dióxido de carbono (CO₂), Lindeman HJ em 1970 criou meios para que fosse atingidos a fase moderna da histeroscopia. Este período teve sua marca com Hamou J.com o surgimento dos instrumentos histeroscópicos, no ano de 1980, conforme conhecido hoje pela área médica. Com a realização de muitas pesquisas orientadas pela obtenção de ópticas simultaneamente mais finas e igualmente panorâmicas (Bettocchi, 2002) que possibilitou exames mais cômodos sem a obtenção de anestesia (DAMAIN JC, SOARES T, FREITAS WA, et al., 2007).

Atualmente, a visualização direta foi substituída pelas novas tecnologias de vídeo, tendo o registro passado a ser obrigatório, garantindo a reprodução da técnica. Ressalta-se que hoje a histeroscopia diagnóstica é considerada o *gold standard* do estudo da cavidade uterina (DAMAIN JC, MENNCAGLIA, et al., 2009).

A endoscopia é vista como um procedimento cirúrgico ou diagnóstico, geralmente pouco invasivo, com menos riscos e recuperação imediata para a paciente. A histeroscopia é a endoscopia da cavidade uterina, considerada um dos primeiros métodos avançados para visualização e estudo direto da cavidade uterina. Com isso, a sua introdução na prática ginecológica transformou o diagnóstico e o tratamento da doença intra-uterina. Com o surgimento de novos desenvolvimentos

metodológicos e tecnológicos possibilitaram a histeroscopia diagnóstica e operativa mais eficaz, segura, muito econômica e de grande utilidade. Segundo os especialistas a histeroscopia é indicada para o estudo do sangramento uterino anormal, e também é utilizada para casos de infertilidade e anomalias (FILOGÔNIO et al., 2010).

Nas palavras de Giusa, Chiferi et al. (1996), o procedimento de curetagem foi utilizado durante muitos anos e considerada o padrão-ouro para investigações de lesões endometriais, embora um certo número de lesões focais como: pólipos, hiperplasias, hiperplasias atípicas, cânceres) na cavidade uterina tenham sido perdidas.

Quando as mulheres realizavam o procedimento de curetagem, 62,5% não diagnosticavam as principais desordens intrauterinas e os distúrbios endometriais encontravam-se presentes no útero removido. Sendo um procedimento realizado às cegas, este se associa as falhas diagnosticadas contendo variantes de 2-6% (BETTOCHI et al., 2002).

Atualmente, a histeroscopia é considerada pelos especialistas como o novo padrão-ouro por permitir visualizar diretamente o endométrio e proporcionar a realização de biópsias direcionadas conforme indicado, e assim, eliminando os resultados falso-negativos da biópsia às cegas. Contendo o objetivo de reduzir os erros de amostragem, a histeroscopia tem se apresentado de grande valor no planejamento do manejo terapêutico correto para a patologia intracavitária e na detecção de patologias malignas (TINELLI et al., 2008).

Desde 1986, quando se iniciou a realização da primeira histeroscopia, que este método diagnóstico tem passado por permanente aperfeiçoamento contínuo. Segundo os estudiosos tem sido muito impressionante o avanço tecnológico que permitiu a redução do diâmetro da óptica, segurança na distensão da cavidade uterina e transporte da luz pela fibra óptica. Compreende-se então que, a histeroscopia permitiu o avanço de grandes possibilidades diagnósticas para avaliação do canal cervical e da cavidade uterina, cujas inovações técnicas recentes revolucionaram essa técnica. Assim sendo, é permitido atualmente realizar exame endoscópico em consultórios e clínicas particulares, atingindo assim o uso da anestesia ou dilatação do canal cervical (FILOGÔNIO et al., 2010).

Segundo Filogônio et al.,(2010), a histeroscopia é vista como um exame que auxilia na visualização direta do canal cervical, o que aumenta suas indicações e o

torna um “padrão-ouro” na ginecologia, para excluir patologias endometriais seja como diagnóstica ou cirúrgica.

Com os estudos realizados e os avanços contínuos das técnicas e materiais endoscópicos, na histeroscopia diagnóstica ambulatorial permite a realização de biópsia dirigida e exérese de pequenos pólipos, reduzindo o risco de complicações, e assim, evita-se procedimentos cirúrgicos maiores e até mesmo reduzir o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento de lesões complexas e graves como hiperplasia complexa ou carcinoma de endométrio (SILVA FILHO et al., 2012).

Para Silva Filho et al.,(2012) a histeroscopia cirúrgica pode ser realizada no bloco cirúrgico sob analgesia, com o ressectoscópio, seja ele bipolar ou monopolar, cuja finalidade é o tratamento de lesões intracavitárias diagnosticadas previamente, como pólipos ou miomas submucosos, sendo este o procedimento de escolha no tratamento de pólipos endometriais. Diversos estudos demonstraram que o risco de hiperplasia atípica e de câncer de endométrio associado a pólipos endometriais é cerca de 4%, sendo aconselhável polipectomia em todos os casos diagnosticados. Quando se trata de miomas submucosos, aderências uterinas e septo uterino opta-se pela histeroscopia cirúrgica, sendo geralmente indicada miomectomia histeroscópica em miomas submucosos menores que 4 cm, para tratamento de menorragia ou de infertilidade. Com a realização deste procedimento cirúrgico trata-se definitivamente de patologias localizadas dentro da cavidade uterina, podendo evitar cirurgias maiores e complicações futuras.

Para muitos estudiosos é um desafio compreender quando a visão histeroscópica pode eliminar totalmente a existência de doença intra-uterina e apontar lesões ou diagnosticar doença do endométrio. Apesar de a histeroscopia ter sido utilizada há muitos anos no diagnóstico de patologia intra-uterina, a sua sensibilidade e especificidade continuam a serem debatidas na literatura. Alguns usos de diferentes sistemas de classificação e histologia endometrial, o uso reduzido de pacientes e a heterogeneidade em estudos publicados impossibilitam realizar uma estimativa da precisão histeroscópica (GARUTI et al., 2001; CLARK et al., 2002).

A existência de um acordo entre a histologia e a visão histeroscópica foi muito relevante para pólipos endometriais, miomas e cânceres de endométrio e moderado para hiperplasia endometrial simples. Importante afirmar que não pode ser descartada a avaliação histopatológica não devendo ser ocultada na presença de qualquer lesão, sendo que a visão histeroscópica não substitui de forma alguma o estudo

histopatológico com anormalidades endometriais, especificadamente no caso de hiperplasia endometrial. Tal estudo destaca a relevância de se relacionar os achados de histerocopia com histopatologia do endométrio e o uso de estatísticas para avaliar com bastante precisão o teste de diagnóstico (FILOGÔNIO et al., 2010).

1.1 A IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO DA HISTEROSCOPIA NA SAÚDE FEMININA

Os especialistas recomendam a realização da histeroscopia para procedimentos mais complexos, para cada complicação na região pélvica. Quando se realiza o procedimento de varredura de ultrassonografia transvaginal possibilita a constatação de patologia endometrial com alta sensibilidade, sendo este o primeiro passo para se utilizar um diagnóstico na triagem de mulheres pós-menopáusicas sintomáticas, porém não podendo ser excluído completamente uma patologia endometrial. Neste caso, deverá ser completada pela avaliação histeroscópica quando acontece uma alteração ou atrofia da espessura do endométrio, para poder detectar o câncer e seus precursores em um estágio inicial (MARELLO e BETTOCHI et al., 2002).

Quando a mulher apresenta um sangramento uterino que poderá surgir no período de um ano ou após a menopausa necessitam de ser diagnosticadas corretamente anteriormente a qualquer tratamento. Geralmente, 60% das mulheres que apresentam sangramento pós-menopausa não se observa nenhuma causa patológica no trato genital. Segundo Choo et al. (1995) a amostragem do endométrio apresenta um endométrio atrófico e raramente proliferativo; onde os cânceres endometriais são associados com hemorragia uterina pós-menopausa como sintoma de apresentação em 90-95% dos casos. Para o estabelecimento de um padrão ouro de um diagnóstico a amostragem endometrial sob anestesia geral é firmada pela amostra do endométrio.

Dados de pesquisas apontam que a curetagem da cavidade uterina tem uma taxa falso negativa entre 2% e 10% em casos de lesão focal. É necessário que todas as mulheres que apresentarem hemorragia pós-menopausa deverão se submeter rapidamente a um exame clínico e exame de ultrassonografia transvaginal. Ao realizarem tal procedimento, a ultrassonográfica da espessura endometrial mostra uma boa precisão na distinção entre endométrio normal e patológico e assim,

contribuirá para a diminuição de exames desnecessários em mulheres pós-menopáusicas (EPSTEIN e VALENTIN, 2004).

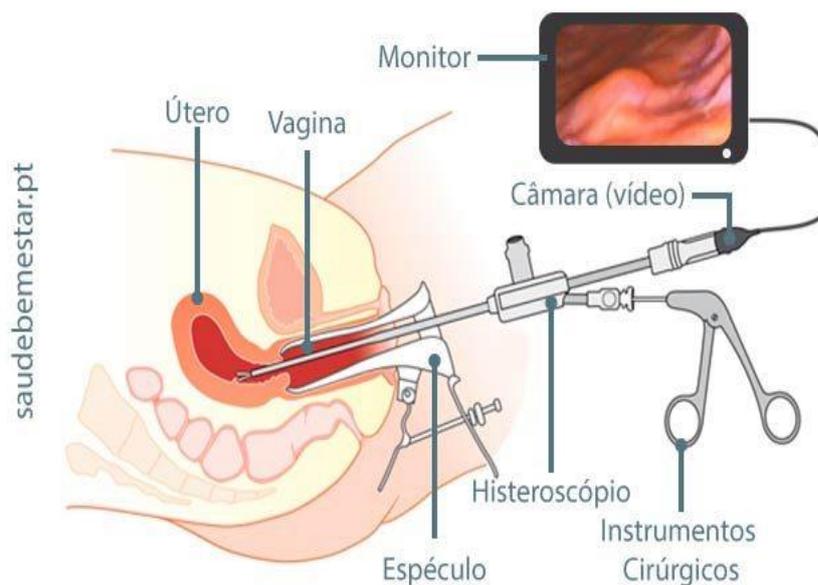
Ressalta Garuti et al. (2001) que o procedimento realizado pela histeroscopia é muito mais preciso que a ultrassonografia transvaginal devido a sua especificidade sendo indicada para todas as pacientes que apresentam faixa endometrial maior que 4mm de espessura.

Segundo Garuti et al. (2001), tal procedimento possibilita a visualização direta do endométrio onde supera a curetagem em realizar um diagnóstico preciso de patologias na cavidade uterina. A histeroscopia comparada a outros métodos invasivos possui um grande valor no diagnóstico de enfermidades benignas como pólipos endometriais fibrocísticos e miomas submucosos. Quando se refere a imagens histeroscópicas oncollogicamente suspeitas, estas deverão sempre ser seguidos por amostragem endometrial e a remoção da lesão é indicada em todas as pacientes sintomáticas, mesmo naquelas que possam apresentar risco definido para câncer de endométrio.

Contudo, é percebido que a histeroscopia apresenta uma parte relevante na avaliação do SUA em pacientes na pós-menopausa, isso acontece quando o sangramento uterino não se apresenta como uma barreira definitiva para que se possa visualizar a cavidade endometrial. Quando se associa a biópsia e visualização direta da cavidade uterina, a causa do sangramento pós-menopausa é identificada com alta probabilidade (LIBERIS et al., 2010).

A figura 1 representa a vídeohisteroscopia, onde é introduzida na vagina uma fina fibra óptica no canal uterino, transportando uma luz ao seu interior, juntamente com um gás (gás carbônico) para distendê-la, sendo controlado pelo histeroflator automático que possibilita a proteção e segurança quanto à absorção de CO² pela paciente. Ressalta-se que o gás pode ser substituído pelo uso do soro fisiológico como meio de distensão, sendo mais seguro e permitindo a realização de cirurgia histeroscópica com recurso à electrocirurgia bipolar em meio líquido (técnica de "ver e tratar"). A óptica mencionada fica inserida em uma micro câmera levando a imagem até um monitor permitindo ao médico especialista visualizar o canal cervical com maior nitidez e identificar as doenças existentes neste local. Logo após o exame, o paciente pode retornar a sua vida normal realizando suas atividades.. Naquele instante da realização dos exames, estes são gravados, e fotografados, e a este procedimento executado denomina-se de histeroscopia diagnóstica (CRISPI et al., 2012).

Figura 1: Representação da Histeroscopia



Fonte: Cátia Carnide (2019).

Após a análise dos exames, caso o médico verificar alguma enfermidade mais séria, ele solicitará ao paciente a sua internação. Para que possa ser efetuada uma Histeroscopia Cirúrgica, o qual este tratamento poderá ser realizado pela via endoscópica. Este tipo de procedimento permite realizar uma cirurgia através do colo do útero, não sendo necessário fazer algum corte ou incisões, estando o paciente em ambiente hospitalar, internado, no máximo, 24 horas. Mesmo esta sendo realizada do mesmo modo da Histeroscopia Diagnóstica, a Vídeo Histeroscopia operatória necessita de internação e anestesia, pois os instrumentos utilizados possuem diâmetros grandes, ou seja, mais calibrosos. Este método aplicado diminui o risco de infecção hospitalar e a recuperação da paciente é muito rápida (CRISPI et al., 2012).

Para Goyal et al. (2015) a histeroscopia possui um percentual de 1% de complicações cirúrgicas sendo indicada para a retirada de miomas, retirada de pólipos, retirada de sinéquias (cicatrizes) ou de septos (alteração congênita), ablação do Endométrio (alternativa à histerectomia) para redução de hemorragias, remoção de corpo estranho, biópsia dirigida e finalmente, cateterização/laqueação tubária.

1.2 LESÕES UTERINAS INTRACAVITÁRIAS

Denominados de pólipos endometriais as lesões de mucosa, benignos, de tecido endometrial coberto por epitélio e de conteúdo variável de glândulas, estroma e vasos sanguíneos. Podendo acometer nas pacientes em seu período menstrual ou na pós menopausa. Percebe-se que grande queixa das pacientes é devido aos sangramentos, em grande quantidade irregular ou na pós menopausa, podendo estar correlacionados a infertilidade. Muitas vezes são considerados assintomáticos, e por esta razão, a incidência real dos pólipos endometriais é desconhecida, alguns pesquisadores estimam uma prevalência em torno de 20 a 55% na população feminina (DEWAAY et al., 2012; BEM- ARIE et al., 2014).

Segundo os autores supracitados a imagem clássica do pólipo ao ultrassom é de estrutura ecogênica sólida, contendo limites definidos, deformando a cavidade uterina e o eco endometrial. Contudo, na prática do dia a dia, encontra-se frequentemente a presença de espessamento localizado da imagem endometrial e, na pós menopausa, imagem de formação sólida suprimindo ocupando toda a cavidade uterina com pequenas formações císticas permeadas.

À histeroscopia, apresentando diferentes formas e tamanhos, os pólipos endometriais ocupam praticamente toda a cavidade uterina, sendo os únicos ou múltiplos, pediculados ou sésseis. Por estarem localizados dentro da cavidade uterina tendo a inserção no endométrio, normalmente, nunca atingem o miométrio. Possuindo uma superfície rosa - acinzentada, lisa e brilhante e, sendo possível algumas vezes se notar a presença de pequenos cistos no estroma.. Estes não apresentam vascularização superficial abundante sendo possível visualizar. Muitos estudiosos afirmam que a acurácia no diagnóstico dos pólipos pelo ultrassom varia de 65,9% a 88,33%. (CRISPI et al., 2012).

Os tumores mais comuns encontrados no útero são os miomas, que são nodulações de natureza benigna, compostos por células musculares lisas e tecidos conectivo fibrosos, apresentando uma incidência estimada de 50% dos exames de necropsia. Grande parte das mulheres é assintomática e, após a menopausa, o mioma aumenta de tamanho e os sintomas são raros. Por estarem localizados dentro da cavidade uterina, provocam sangramentos contínuos causando a infertilidade (FATEMI et al., 2010; GOYAL et al., 2015).

Conforme Loverro et al., (1999); Trojano et al., (2018) o endométrio, consiste na camada de revestimento interno do útero, constituía por uma lâmina basal recoberta por glândulas e estroma. Quando a mulher apresenta-se em sua fase reprodutiva, ela sofre influência dos hormônios e possui um aumento e posteriormente um decréscimo de forma cíclica. Quando a mulher entra na fase da pós- menopausa, surge a redução dos estímulos estrogênicos, sendo esperado um endométrio não proliferado. Os estudos realizados demonstraram um valor limite de espessura de 5 mm, em avaliações ultrassonográficas, retratando segurança para avaliar espessamentos endometriais na pós menopausa quanto o possível risco de câncer endometrial, sendo esta a maior preocupação do especialista no que se refere a avaliação da cavidade endometrial.

Nas palavras de Fatemi et al.(2010) o câncer de endométrio é a neoplasia maligna da pelve feminina mais comumente encontrado nas mulheres dos Estados Unidos e sendo o segundo mais comum no Brasil justificando a preocupação na acurácia diagnóstica para essa enfermidade.

Quando se realiza uma avaliação ultrassonográfica do espessamento endometrial, considera-se a espessura o primeiro valor a ser obtido. Ressalta-se que na pós menopausa, endométrios com espessura superior a 5 mm devem ser investigados, e espessuras que ultrapassam a 10 mm estão relacionados a malignidade. A ecogenicidade trata-se de uma importante avaliação endometrial sendo realizada a regularidade da interface endométrio-miométrio e presença de líquido intracavitário. Geralmente, quando consta se qualquer filmagens suspeitas geralmente apresentam ecos de grande amplitude, heterogêneos e irregulares, subdivididos pela cavidade uterina e, ocasionalmente, miométrio (MENCAGLIA e ALBUQUERQUE NETO, 2004).

À histeroscopia, o espessamento endometrial é constituído por material esbranquiçado e em vasos compacto e de crescimento pseudopolipóide formando sulcos ao ter contato do histeroscópio. Mais além, percebe-se que a cavidade se apresenta com cor avermelhada com cistos, crateras, sinéquias, além do surgimento de áreas hemorrágicas e vasos hipertróficos de trajeto superficial. Às vezes é percebida uma anormalidade quando é apresentado um aspecto polipóide marcante, expressando tecido cerebriode, podendo ser variado apresentando uma consistência fibroelástica amolecida até amanteigado. A vascularização anormal é constituída por vasos de espessura diversa cujos formatos são espiral sendo o aspecto mais

relevante para ser avaliado quando este apresentar certa anormalidade (MENCAGLIA et al., 2004; DOTTO et al., 2003).

Segundo Shivalingaiah (2014); Wanderley et al.,(2016) a exatidão ultrassonográfica para que possa realizar uma avaliação de espessamento endometrial varia de 63,2% a 88,33% . Sendo que as variações anatômicas do útero acontecem geralmente a serem diagnosticadas a constatação do exame de infertilidade. Tal incidência de investigação costuma-se apresentar em torno de 6%; sendo que em pacientes inférteis, a incidência varia de 14% a 74% Ressalta-se que estes valores poderão variar de acordo com a amostra e o tipo de população estudada. Este grupo é constituído por alterações no processo de embriogênese (malformações genitais ou dos ductos de Müller). Principalmente, ao se referir as variações anatômicas intrauterinas, onde a ultrassonografia permite visualizar a duplicidade cavitária e cornos rudimentares.

O procedimento utilizado com o ultrassom transvaginal possui uma grande relevância na preparação dessas variações apresentando uma boa precisão. Considera-se a imagem 3D realizada pela ultrassonografia transvaginal confere acuracidade precisa para o melhor exame na avaliação de útero septado. Portanto a histeroscopia, baseia-se seu diagnóstico na visualização de septo demonstrando a cavidade dividida em orifício tubário único, nos casos de cavidade unicornual (BUTTRAM e GIBBONS, 1979).

Possuindo um endométrio inferior a 4 ou 5 mm denominada de atrofia endometrial, constando da realização da ultrassonografia na pós menopausa, é considerada um diagnóstico muitíssimo importante na avaliação da cavidade uterina. Com o endométrio abaixo de 4mm, constando nenhum sintoma após realizado a ultrassonografia apresenta-se um valor preditivo negativo alto (99%) para enfermidades malignas do corpo uterino(MENCAGLIA e ALBUQUERQUE NETO, 2004).

Conforme Mencaglia e Albuquerque (2004) afirmam que a conformidade para atrofia, pela ultrassonografia chega a 90%; pois ao realizar a histeroscopia, um endométrio atrófico representa-se pela cor esbranquiçada e pálida sendo exposta a vascularização da lâmina basal do endométrio. As Sinéquias uterinas são vistas como suspeitas ao ultrassom por constar pontos ecogênicos na intimidade do eco endometrial, podendo ser confundidos com pólipos por técnicos menos experientes.

Geralmente as sinéquias uterinas são resultantes de infecções, onde são classificadas em leves, moderadas ou graves, subordinada ao envolvimento de estruturas de tecido conjuntivo e da extensão de acometimento da cavidade. Ao realizar a histeroscopia, a avaliação pode apresentar um quarto da cavidade uterina acometida e com aderências finas na parede; moderada, com um quarto a três quartos da cavidade uterina com acometimento, sem adesão das paredes e com envolvimento parcial dos óstios e do fundo; e grave, quando acometida de mais de três quartos da cavidade, paredes aderidas, óstios e cavidade elevada provocando alterações (MARCH et al., 1978).

Quando se realiza uma análise da relevância das lesões endometriais, observa-se a exatidão do diagnóstico onde é permitido fazer um tratamento adequado e assim, melhorar o prognóstico. Quando se realiza um diagnóstico errado conduz a um tratamento incorreto aumentando a morbidade e diminuindo a qualidade de vida da paciente. A existência de custos e gastos para a paciente no sistema de saúde. Portanto, se faz necessário um diagnóstico preciso, reduzindo transtornos, riscos e custos para o sistema de saúde (MARCH et al., 1978).

Ressalta-se que, após ter apresentado detalhadamente todas as características de cada tipo de lesão à ultrassonografia transvaginal, sua conformidade, sensibilidade e especificidade, não se apresentam bem claras e definidas na literatura.

CAPÍTULO 2: MÉTODOS DE TRATAMENTO E DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS POSSÍVEIS ENCONTRADAS EM PACIENTES

2.1 ENDOMÉTRIO

No decorrer dos anos da menacme o endométrio é um tecido com emprego de grande dinamismo, sendo considerado sensível aos hormônios estrogênio e progesterona, que são produzidos através dos folículos ovarianos. A não ocorrência da gestação, o endométrio se apresenta em eterna sequência repetitiva e dinâmica através das fases: proliferativa, secretora e menstrual (LOPES, 2011).

Par Lopes (2011) o tecido glandular que recobre o estroma e também os vasos sanguíneos, funcional e morfológicamente obtém-se uma camada identificada como basal, que possui a responsabilidade de regenerar o endométrio durante o decorrer do período menstrual e pós-menstrual. A outra camada é identificada como “Funcional”, o qual tem a responsabilidade de acolher o blastocisto, mas também participar dos períodos proliferativo, secretor e menstrual regenerativo. Durante o período transicional perimenopáusico o endométrio passa a seguir o declínio ovulatório e na maioria das vezes este é submetido a extensos períodos de ação estrogênica apenas, ou seja, apenas fase proliferativa continuada, estando muitas vezes, relacionada junto às alterações menstruais próprias do período de vida. No período pós-menopausa temos um endométrio atrófico, ou seja, aquele que não possui ação de hormônios ovarianos fazendo com que deixe de ter uma camada funcional, e restando apenas a camada basal e um estroma considerado compacto

2.2 SANGRAMENTO UTERINO NORMAL

A menstruação cujo sangramento que ocorre de forma mensal esperado como normal possui intervalos que podem ocorrer uma variação e 24 a 38 dias, e com duração entre 4.5 a 8 dias. Ao apresentar regularidade, ou seja, uma variação menor ou igual a 9 dias e volume de fluxo entre 4 e 80 ml. (HALLBERG et al, 1966)

Conforme Hallberg et al, (1966) existe um padrão mais estável e com pouca variação de intervalo possuindo duração nos ciclos de idade entre 20 aos 40 anos. Essa variabilidade deste padrão ocorre geralmente nos períodos entre menarca até

20 anos e também após os 40 anos, pois esses períodos possui ciclos que são muitas as vezes anovulatórios. Após a idade de 40 anos as mulheres começam a apresentar diversos ciclos anovulatórios e tem a tendência de apresentar ciclos com grande volume e perdas sanguíneas podendo superar os 80 ml, com 90% dessa perda ocorrendo o princípio do ciclo menstrual que são os três primeiros dias ou apresentam sangramentos podendo ultrapassar os 7 dias. Após a menopausa, espera-se que pare de ocorrer mais sangramentos uterinos.

2.3 SANGRAMENTOS UTERINOS ANORMAIS (SUA)

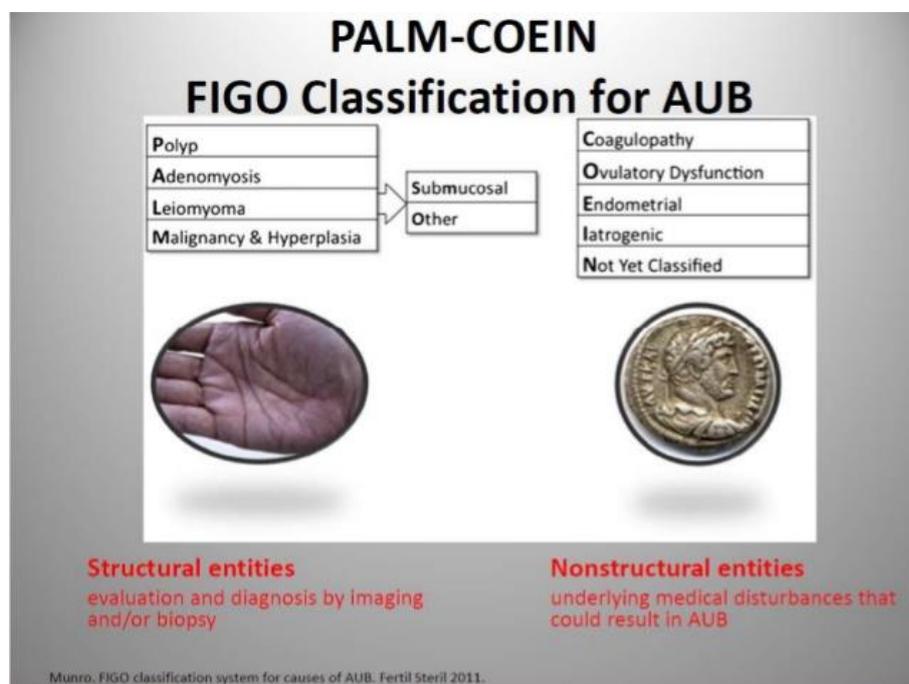
O SUA é utilizado para descrever uma grande gama de padrões de sangramentos que vão, desde a ocorrência de sangramentos uterinos intensos, até sangramentos uterinos intermenstruais ou sangramentos que se estendem por muitos dias, mesmo sem que sejam abundantes (BRADLEY, 2016).

Também se pode definir SUA como sangramento que provém do corpo do útero que é anormal na sua duração, volume, frequência, regularidade e que está presente na maioria dos ciclos dentro dos últimos seis meses (MUNRO, 2017).

A partir de 2011 a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) emprega a nomenclatura conhecida pelo acrônimo PALM-COEIN para classificação do SUA em mulheres do menacme não gestantes (MUNRO et al, 2011). Nesta classificação existe uma distinção entre as causas estruturais e Estruturais seriam PALM (Pólipos, Adenomioses, Leiomiomas, Malignidades ou Hiperplasias). As não estruturais seriam COEIN (Coagulopatias, Ovulatórias, Endometriais, Iatrogênicas, Não classificadas). Essa dissertação escolheu por avaliar apenas o SUA que possui origem as causas estruturais. Para as causas estruturais, o acrônimo PALM expressa os seguintes termos: SUA-P – é de conhecimento que temos um sangramento uterino associado a um pólipo, SUA A- a adenomiose, SUAL – a leiomioma, SUA- M – A malignidade/Hiperplasias.

A figura 2 representa um resumo esquemático do PALM- COEIN.

Figura 2 – PALM – COEIN – Classificação para sangramento uterino anormal (MENACME)



Fonte: MUNRO et al., 2011

Existe a recomendação que a FIGO para que sejam abandonados os termos utilizados para descrever as alterações menstruais que não são bem definidos ou que cria uma confusão por não ter clareza de definição. E dada à orientação para que sejam abandonados alguns termos como menorragia, metrorragia, menometrorragia, oligomenorreia, polimenorreia, sangramento uterino disfuncional, entre outros. Existe uma tentativa em padronizar de forma mundial a terminologia para melhorar a comunicação existente entre profissionais e área da saúde e para os estudos a serem realizados sobre o assunto (FRASER, et al., 2011).

A epidemiologia do SUA é situado nos seguintes achados em atendimentos ambulatoriais, 5% a 7% em adolescentes, 20% a 30% no menacme e 60% a 70% na transição e menopausa (MUNRO, 2017)

A prevalência do SUA associados aos pólipos, hiperplasias e carcinomas endometriais aumentam através do avanço da cidade (Azevedo et al., 2016; MORICE, et al., 2016). A qualidade de vida das mulheres com SUA e com sangramento menstrual intenso piora de maneira considerável, afeta a vida social e profissional. Estudo realizado com mulheres de idade entre 40 a 45 anos constata que 32% destas apresentam sangramento menstrual intenso e de maneira severa. Estas

experiências em que o fluxo sangue menstrual que transpassa o absorvente íntimo utilizado, e gera como consequência a necessidade de realizar trocas constantes, noturna e diurna de absorventes. É notado a presença de coágulos de sangue ao invés de apenas sangue menstrual. Ao serem comparadas com mulheres que apresentam sangramento uterino normal, sem que ocorram excessos menstruais descritos, a qualidade de vida social, profissional, sexual e emocional decai (BRADLEY, 2016).

Para Bradley (2016) chama a atenção para o sangramento pós-menopausa, onde este merece considerações a parte, devido à importância e necessidade de avaliar de forma correta. A quantidade de 90% dos pacientes com câncer de endométrio pós- menopausa sofreu sangramento em estágios iniciais da doença.

Meta-análise que reuniu a quantidade de 5892 pacientes que possuíam sangramento pós-menopausa em que todas foram biopsiadas foi encontrado 47% do endométrio atrófico, 40% de hiperplasias e pólipos e 13% de câncer (SMITH, et al, 1998).

Outra meta-análise mostrou que a quantidade de 2896 pacientes com sangramento pós- menopausa biopsiadas 259 (a quantidade de 8,9%) possui câncer de endométrio. Não se deve esquecer a informação que a mesma paciente pode ter mais de uma doença dentro do PALM – COEIN que pode servir para determinar e explicar a origem do seu sangramento uterino anormal (BRADLEY, 2016).

2.4 PÓLIPOS

Pólipo endometrial ocorre devido ao crescimento endometrial hiperplásico de glândulas e estroma, com centro vascular, para o interior da cavidade uterina. Podem ser sésseis ou pediculados. Na maioria das vezes são assintomáticos, porém podem estar relacionados à SUA e a infertilidade (SPEROFF, 2015).

Pequenos pólipos são encontrados em 10% das pacientes assintomáticas com idade superior a 30 anos e na pré- menopausa. E são encontrados em 30% das pacientes de mesma faixa etária com SUA (SPEROFF, 2015).

Portanto, os pólipos são mais prevalentes em pacientes sintomáticas chegando a ser três vezes mais e pacientes com SUA do que em pacientes assintomáticas sem SUA (CLEVENGER- HOEFT et al., 1999). Existe uma grande variação na prevalência de pólipos em SUA, que varia entre 13 a 50 %.

De acordo com Serhat (2014) ao realizar histeroscopias em pacientes que possui infertilidade, abortamento de repetição ou em pacientes com sangramento uterinos considerados anormais, fica evidente que a idade e o índice de massa corporal estavam diretamente relacionados com a presença dos pólipos. Quanto maior a idade e maior o IMC maior a incidência de encontrar estes pólipos nas histeroscopias.

Para Serhat (2014) a hipertensão arterial e o diabetes não são fatores de risco para a incidência dos pólipos. Ao pensar em pólipos endometriais e a correlação existente com a malignidade ou hiperplasia do endométrio, identifica-se que pacientes realmente com risco para esta ocorrência são as que possuem características sintomáticas, ou seja, aquelas que tenha a presença de SUA. Uma vez ausente as hiperplasias ou malignidades endometriais em pacientes sem a presença de SUA as chamadas assintomáticas. Além de 90 % das malignidades e hiperplasias em pólipos ocorrem no período pós- menopausa.

Pólipos endometriais quando associados junto ao sangramento pós-menopausa devem ser submetidos a polipectomia, pois existe a probabilidade que em alguns casos ser câncer, isso ocorre na quantidade de 6% de todos os casos. Este procedimento, na maioria das vezes, pode ser realizado já durante a realização do exame diagnóstico padrão-ouro, que é a histeroscopia, no estilo “ver e tratar” (CLARKZ; STEVENSON, 2017).

Questiona-se a ocorrência da necessidade da polipectomia em pacientes consideradas assintomáticas. Em 359 polipectomias de pacientes pré e pós-menopausa sintomática, com SUA, e assintomáticas, sem SUA, as hiperplasias e malignidades não estão relacionadas com hipertensão arterial, a diabetes, obesidade, espessura endometrial ou diâmetro dos pólipos. A única correlação significativa foi a presença de SUA associada aos pólipos que tiveram histopatológico final de hiperplasia ou câncer, ou seja, para se suspeitar de malignidade associado com pólipos devemos ter a presença de SUA (AZEVEDO, et al., 2016).

Exames como histerosonografia, histerosalpinografia podem sugerir o diagnóstico de pólipo, mas a histeroscopia que permite a visualização de maneira direta da cavidade permanece sendo o padrão-ouro de diagnóstico (CLARKZ; STEVENSON, 2017).

De maneira geral a recomendação é para que seja tratado com polipectomia, principalmente nos pacientes sintomáticos, pois existem evidências de melhoria do

padrão de sangramento com redução do fluxo menstrual em mais de 75% das vezes em que são retirados, além do aumento da taxa de satisfação dos pacientes (TJARKS; VOORHIS, 2000).

Histologicamente considera-se que no mínimo de dois a três critérios, estejam presentes; desarranjo arquitetural, estroma fibroso, vasos sanguíneos com paredes espessadas. A Pipelle por ser considerada técnica de biópsia às cegas, falha ao não conseguir realizar biópsias de lesões focais e tem baixa acurácia quando comparada com biópsia guiada por histeroscopia, que é considerado padrão-ouro no diagnóstico de pólipos (CLARKZ; STEVENSON, 2017).

2.5 HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Hiperplasia endometrial é a resposta natural do endométrio ao estímulo continuado do estrogênio sem que ocorra a contraposição de progesterona (ARMSTRONG et al., 2012). Segundo o autor, na hiperplasia endometrial existe uma proliferação anormal e excessiva da porção glandular. Certamente, ao ser comparado com o endométrio proliferativo, a razão glândula/estroma está aumentada, numa razão superior a 50%. Associado a essa característica, ainda existe uma variação de tamanho e formato dessas glândulas proliferadas, podendo estar associadas ou não com as atipias.

Na pré- menopausa em pacientes tendo SUA a incidência de hiperplasias endometriais é superior a 10%. Durante essa mesma fase de vida, em mulheres assintomáticas incidência de hiperplasia sem atipias é inferior a 5% e com atipias menor que 1%(EMONS, et al., 2015)..

Ainda no período pré- menopausa e em pacientes que apresente Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) ao associar com amenorréia a incidência é maior que 20% lembrando que SUA e SOP são duas condições que na maioria das vezes relacionadas a anovulação e estímulo estrogênico excessivo sem contraposição da progesterona. Não podemos nos esquecer que 10 a 20% dos cânceres de endométrio não ocorrem na pré- menopausa, ocorre principalmente com mulheres da faixa etária entre 40 a 50 anos (AMSTRONG, et al., 2012).

A idade com maior ocorrência de hiperplasias sem atipia está em torno da idade de 50 anos e com atipias em torno dos 60 anos de idade. A classificação feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para tumores do trato genital feminino teve

início no ano de 1975. É amplamente conhecida por médicos de todo mundo e também muito utilizado os termos acima já descritos e dividia as hiperplasias em 4 categorias: hiperplasia simples, hiperplasia complexa, hiperplasia simples com atipia e hiperplasia complexa com atipia (WHO, 1994).

Atualmente é utilizado apenas termos hiperplasia sem atipia e hiperplasia com atipia (EMONS, et al., 2015). Hiperplasias endometriais são consideradas lesões precursoras de carcinoma de endométrio, principalmente na presença de atipias (ARMSTRONG et al., 2012).

Para Hertige Sommers (1949) já demonstraram, em artigo clássico, a correção de hiperplasia como sendo uma lesão precursora de carcinoma de endométrio, correlacionou que os carcinomas endometriais, muito antes de ocorrer o seu diagnóstico eram precedidos por hiperplasias endometriais, 3 a 5 anos.

Para Kurmaner (1985) em outro trabalho considerado clássico da literatura mostra que a probabilidade de pacientes evoluírem seu quadro para carcinoma de endométrio tendo previamente uma hiperplasia endometrial seria: Hiperplasia simples 1%, hiperplasia complexa 3%, hiperplasia simples com atipia 8%, hiperplasia complexa com atipia 29%. Neste mesmo estudo foi demonstrado que a presença de atipia é o fator responsável por discriminar a importância para hiperplasias endometriais. Uma vez separados apenas em hiperplasias com e sem atipias (excluindo os termos simples e também as complexas) existe um risco de progressão para carcinoma assim relatado: x hiperplasia sem atipia 1.6% x hiperplasia com atipia 23%.

Segundo Lacey et al. (2010) em seus estudos, demonstrou a probabilidade de mulheres com hiperplasias sem atipias e com atipias evoluírem para o quadro de carcinoma de endométrio. Em um acompanhamento de mulheres com hiperplasias endometriais que foram acompanhadas durante o período de 20 anos, foi percebido que a quantidade de menos de 5 % das com hiperplasias endometriais sem atipias desenvolvem carcinomas endometriais e que entre as com hiperplasias com atipias, ao redor de 28% tiveram progressão para o quadro de carcinoma.

Este estudo auxilia outro estudo feito anteriormente por Kurmaner (1985) que mostra que a idade avançada, e o índice de massa corporal, o diabetes e a hiperplasia complexa com atipia são fatores de risco que agem de forma independente para demonstrar a probabilidade de determinada hiperplasia endometrial, sendo esta associada ou não ao carcinoma de endométrio.

Em concordância com outros trabalhos prévios que foram mencionados acima, o principal fator que representa risco para a concomitância (hiperplasia/câncer de endométrio) é a presença da hiperplasia complexa com atipia. Além disso, ficou demonstrado que a prevalência de câncer endometrial concomitante com hiperplasia endometrial, conforme apontada nos fatores de risco – idade da pessoa, o índice de massa corporal, diabetes e hiperplasia complexa com atipia. O quadro a seguir, retrata a probabilidade de hiperplasia endometrial com câncer de endométrio em relação aos fatores de risco:

Quadro 1–Concomitância de hiperplasia endometrial com câncer de endométrio em relação aos fatores de risco

FATORES DE RISCO	PROBABILIDADE DE CARCINOMA DE ENDOMÉTRICO CONCOMITANTE
Nenhum	Zero
1	7%
2	17%
3	35%
4	45%

Fonte: Matsuo et al (2015)

Três por cento dos pacientes que possuem células glandulares atípicas (AGC) em citopatológicos de colo de útero (Papanicolau) terão carcinoma de endométrio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

2.6 CARCINOMA DE ENDOMÉTRIO

Apesar da utilização do nome genérico “câncer de endométrio”, é de conhecimento que existe uma divisão importante entre os tipos de câncer de endométrio que são o tipo 1 e o tipo 2. No primeiro tipo chamado de tipo 1 é mais frequente a ocorrência que chega de (80 a 90%), é estrogênio-dependente e de diagnóstico precoce também, sendo que na grande maioria dos casos capaz de ser diagnosticado em fase inicial da doença, com bom prognóstico (85% de sobrevida em 5 anos) e um grau baixo de malignidade. O tipo 2 ocorre com menos frequência (10 a 20 %), o mesmo não é estrogênio – dependente, de diagnóstico mais tardio, o seu prognóstico considerado ruim (55% de sobrevida em 5 anos) e um alto grau de malignidade (BACHMAN, et al., 1983).

Para Ali (2013) os fatores de risco que possuem relação com o câncer de endométrio tipo 1, estrogênio-dependente, apresenta-se outros fatores como: a idade avançada, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, etnia, menarca precoce e menopausa tardia, existência de casos na família, infertilidade, o grande consumo de gorduras animais, o uso de terapias que buscam reposição hormonal, não tabagismo, radioterapia e outros fatores socioeconômicos e geográficos.

Se tratando do fator de risco idade, a grande maioria dos casos de câncer de endométrio tem ocorrência após a menopausa através do pico de incidência entre a sexta e a sétima década da vida do paciente. Em 14% das vezes o câncer de endométrio pode ocorrer no período que antecede a menopausa, e 5% desses ocorrem antes de completar os 40 anos. Existe um crescimento de prevalência de 1.4% ao ano no câncer de endométrio após ultrapassar a idade de 50 anos. (DUSK et al., 2001; VISSER et al., 2015).

Outro fator de risco considerado é a obesidade, tanto no tipo 1 quanto no tipo 2. De acordo com estudo realizado na área de epidemiologia publicado no de 2013 (SETIAWAN et al., 2013). Observa-se abaixo o quadro 2 que explica esta relação:

Quadro 2- Relação entre IMC e probabilidade de câncer de endométrio

TIPOS	IMC	Chances de carcinoma de endométrio (ODDS RATIO)
Tipo 1	sobrepeso	1,5
	Obesidade grau 1	2,5
	Obesidade grau 2	4,5
	Obesidade grau 3	7,5
Tipo 2	sobrepeso	1,5
	Obesidade grau 1	1,7
	Obesidade grau 2	2,2
	Obesidade grau 3	3,1

Fonte: (SETIAWAN et al., 2013)

Entre os anos de 1999 até 2006, nos Estados Unidos, foram identificados 145.9 (90.3%) de diagnósticos de câncer endometrial do tipo 1 e 15.6(9,7%) de casos de câncer endometrial tipo 2. Durante este período, foi possível observar que a tendência de aumento é cada vez maior no que se trata 1. E, na maioria das vezes, dobra a quantidade de 1999 até 2006. Enquanto o câncer de endométrio do tipo 2, vem se

mantendo mais estável em quantidade de diagnósticos positivos anuais (SETIAWAN et al., 2013)

Ocorreu em 199.912.536 casos de tipo 1 e em 2006, foi total de 22.888 casos. Já para o tipo 2, no ano de 1999 houve 1.751 casos e em 2006, 2.169 casos. Esse fato se correlaciona com o aumento da obesidade que foi observada (DOUNG et al., 2011).

O carcinoma de endométrio possui idade média mais comum de diagnóstico entre a idade de 60 e os 70 anos. Só uma parcela pequena de até 20% ocorre entre a idade dos 40 e 50 anos (IRAM, et al., 2010).

Apesar de uma maneira geral, as doenças que ocorrem na pós-menopausa, 14% são diagnosticado antes do período da menopausa e desse grupo, a quantidade de 5% antes dos 40 anos de idade (EVANS, METCALF et al., 1998). O carcinoma de endométrio é um tumor ginecológico que tem maior incidência em países desenvolvidos ficando somente atrás do tumor de mama. Nos países em desenvolvimento só fica atrás dos tumores de colo de útero e em mamas. É o sexto câncer com mais incidência em mulheres no mundo, tendo um total de 319.600 novos casos a cada ano. E também é responsável por 7.600 mortes por ano no mundo, sendo considerada a décima quarta causa mundial de mortes por câncer. Fica destacada assim a importância do câncer de endométrio está mais relacionado com a quantidade de novos casos do que com a taxa de mortalidade. A maior incidência está localizada na América do Norte e oeste da Europa. As menores incidências ocorrem em continentes asiáticos, africanos e sul-americanos (FERLAY, et al., 2015).

O tipo 1 está relacionado com outros problemas como a obesidade, diabetes, sinais de hiperestrogenismo (Sangramentos uterinos anovulatórios, a infertilidade, a menopausa que ocorre tardia, hiperplasia de endométrio prévia) e possui também um grau de distinção tumoral bem distinto (G1) ou moderadamente diferenciado (G2). Normalmente apresenta apenas invasão superficial de miométrio, sensibilidade para progesterona e prognóstico considerado favorável com 85% de sobrevida em até 5 anos (BOKHMAN, 1983).

O tipo 2 não possui correlação com as características clínicas (obesidade, diabetes, hiperestrogenismo) que são apresentadas para o tipo 1, não existe correlação com os padrões considerados prévios de ciclos anovulatórios, não tem boa resposta a progesterona, e também são tumores em geral diferenciados (G3) e através da

invasão miometrial profunda e prognóstico considerado bastante reservado de 58% de sobrevida em um período de 5 anos (BOKHMAN, 1983).

O quadro 3 demonstra as características clínicas de carcinoma de endométrio (tipo 1 e tipo 2); seguir:

Quadro 3– Características clínicas de carcinoma de endométrio (tipo 1 e tipo 2)

Tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> - mais comum (mais de 80% das vezes); - padrão histológico endometriode; - relacionado a exposição crônica de estrogênios, obesidade, diabetes; - baixo grau de malignidade; - receptores hormonais positivos; - padrão histológico endometriode; - genoma diploide; - ausência de mutação TP53; - bom prognóstico (sobrevida de 85% em 5 anos).
Tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> - menos comum (20% das vezes); - padrão histológico não endometriode (seroso, células claras e outros); - não relacionado a exposição crônica de estrogênios, obesidade, diabetes; - alto grau de malignidade; - receptores hormonais negativos; - genoma aneuploide; - presença de mutação TP53; - mau prognóstico (sobrevida de 55% em 5 anos).

Fonte: BOKHMAN, 1983 E MORICE, 2016

O carcinoma de endométrio por ser considerado sintomático já em estágio precoce da doença, com o sangramento que ocorre na pós-menopausa, ou menos freqüente; opiométrio e aumento da secreção vaginal fazem com que o paciente busque um auxílio médico de maneira precoce, sendo ele um dos motivos de conquistar um bom prognostico. Em 75% dos casos, no momento do diagnóstico, a doença está confinada ainda no útero (BOKHMAN, 1983 E MORICE, 2016).

Segundo os autores a avaliação inicial de sangramento que ocorre na pós-menopausa sempre passa por USTV que é responsável por definir se há ou não a

necessidade de que se realize a biópsia dependendo da espessura do endométrio. Uma vez que, ocorra a necessidade de biópsia, esta pode ser executada facilmente no ambulatório através de cânula de aspiração de Pipelle.

Caso material histológico ofertado pela Pipelle seja câncer este já é considerado suficiente para planejamento e a conduta. Não sendo possível o uso de Pipelle, por estenose de colo de útero, ou quando o material da biópsia não é suficiente, pode ser necessária a dilatação do colo e curetagem sob anestesia. O método padrão-ouro permanece sendo a histeroscopia, que proporciona uma visão direta, superando a acurácia da curetagem às cegas (ANGIONIA et al, 2008).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG; 2009) recomenda que todo o sangramento que ocorra no período pós-menopausa requer avaliação para que seja excluída a malignidade. A partir dessa premissa, é recomendado que a avaliação inicial podendo ser realizada através de uma biópsia ambulatorial ou por USTV. No que se trata de biópsia ambulatorial, o mais utilizado é a biópsia com cânula de Pipelle. Caso a USTV mostre a espessura endometrial igual ou menor que 4mm, uma biópsia não é necessária. Se a espessura endometrial for igual ou maior que 5 mm uma biópsia é considerado necessária. Esta recomendação de não realizar a biópsia endométrios iguais ou menores que 4 mm é baseada nos valores preditivos negativos próximos de 100% dos estudos previamente realizados (FERRAZZI, et al., 1996).

Para ACOG (2009) não é fundamental realizar o USTV, pois é possível que a avaliação inicial seja feita apenas com a biópsia ambulatorial. No caso de incidência de sangramento persistente mesmo com endométrio igual ou menor que 4 mm, ou biópsia ambulatorial com Pipelle for inconclusiva, permanece a investigação com outras ferramentas até que seja possível descartar a malignidade.

Diz a ACOG (2009) que não existe um significado estabelecido para o endométrio que seja maior 4 mm em pacientes pós-menopausa assintomáticas, sem a existência de sangramentos, e o mesmo refere que não exista a necessidade de mais investigações nos casos deste achado incidental.

Diferente do que ocorre com o câncer de colo de útero e mama onde é possível rastrear para encontrar um diagnóstico precoce em pacientes assintomáticos, não há recomendações da literatura para o rastreio de câncer de endométrio em pacientes assintomáticos (SMITH. et al., 2016).

A solicitação de USTV para realizar a avaliação endometrial na grande maioria das vezes obedecerá a existência de necessidade clínica em situações de sangramentos uterinos anormais ou em caso de alterações citopatológicas de colo de útero. Em ambas as situações a idade mais incidente de achados anormais é acima dos 35 anos (BARCELOS et al., 2013).

2.7 CURETAGEM UTERINA DE PROVA (CUP)

A CUP existe desde 1843. Há mais de 150 anos existe a curetagem uterina semiótica ou de prova (CUP) vem sendo utilizada na ginecologia como método diagnóstico para as doenças endometriais. Alguns estudos no início do século XX já relatavam com detalhes técnica idêntica as que são utilizadas na atualidade quando realiza-se a CUP, ou seja, anestesia, histerometria, dilatação do colo de útero com velas de Hegar e curetagem (GROVES, 1903).

A técnica básica não alterou e com isso seus riscos também não. Pode apresentar riscos anestésicos, perfuração uterina, infecção, entre outros. O risco de que ocorra a perfuração se situa ao redor de 6 a 13 por 1000 e de infecção de 3 a 5 por 1000 (BETTOCCHI et al., 2001).

Desde 1958 o artigo Word et. al (1958) já era de conhecimento as limitações e deficiência da curetagem, como a sua falha em deixar de diagnosticar principalmente os pólipos. Além da existência desses relatos de perfuração, sinéquias, falsos trajeto e outros. Durante um longo tempo a CUP foi considerada o exame padrão a nível ouro de avaliação endometrial. Na atualidade muitos especialistas a utilizam como padrão-ouro na avaliação endometrial (SANAM, 2015).

Segundo Bettocchi et al., (2002) um estudo realizado com 397 pacientes que foram submetidos a curetagem uterina e na sequência, até um período de 2 meses, submetidas a histerectomia, verificou-se e constatou-se que 248 destas, ou seja uma quantidade de 62,5% dos casos a curetagem não foi satisfatória e falhou em não identificar lesões intra-uterinas. Deixando de identificar e diagnosticar um caso de câncer, uma hiperplasia com atipia e 49 pólipos endometriais. Quando encerrou-seo estudo ficou evidente a sensibilidade de se encontrar 46%, especificidade em 100% para as doenças endometriais, com valor considerado preditivo positivo de 100% e valor preditivo negativo de 7,1%. Um estudo prospectivo com trezentas e dezenove mulher com sangramento pós-menopausa submetidas a CUP e na sequência

(aplicado um intervalo de pelo menos uma semana) submetidas a Histeroscopia diagnóstica demonstram que a sensibilidade para detectar pólipos foi de 11% e a acurácia foi de 59% uma vez que a histeroscopia mostrou uma sensibilidade e acurácia de 91%.

Evidencia-se a baixíssima sensibilidade e acurácia da CUP para lesões focais, benignas endometriais e o valor superior de visualizações direta da cavidade endometrial pela histeroscopia. Esse dado comprova ser a histeroscopia o exame padrão-ouro da avaliação endometrial (ANGIONI et al., 2010)

Outro estudo de qualidade da CUP com 35 Histeroscopia em 112 mulheres que apresentaram sangramento pós-menopausa mostrou que os pólipos são diagnosticados em apenas 7% dos casos em que a mulher era portadora desta. Além de não terem sido diagnosticados os casos de hiperplasias consideradas simples ou complexas, mostrando uma porcentagem de falsos-negativos. A histeroscopia é reforçada através do exame padrão-ouro (LEE et al., 2011).

Antes da existência da USTV quase todas as mulheres que apresentavam sangramento após o período da menopausa eram submetidas a CUP. Respeita a premissa de que todo sangramento pós-menopausa é câncer até que fosse comprovado o contrário. Destacando que a prevalência de carcinoma de endométrio em pacientes com pós-menopausa é de aproximadamente 10%, pode-se dizer que 90% dos pacientes que apresentem sangramento pós-menopausa eram submetidos a CUP e tem um laudo negativo para o câncer (GOLDSTEIN, 2010).

Para Smith (1998) ao realizar a biópsia em uma quantidade grande de mulher com sangramento pós-menopausa, identifica-se que ao redor de 47% de todos os sangramentos são por atrofia endometrial e ao redor de 40% são causados por pólipos e hiperplasias endometriais, e o restante, ou seja, 13% são carcinomas endometriais.

Nas estenoses de colo de útero, não é possível submeter a biópsia endometrial com Pipelle nem com histeroscopia, fazendo com que se torne necessário que ocorra dilatação previa do colo de útero e CUP. Então mesmo com toda a evolução de métodos diagnósticos endometriais a CUP ainda demonstra-se ser útil em situações consideradas específicas como nas estenoses de colo de útero (MORICE et al., 2016).

De acordo com Rodriguez (1993) na grande maioria das vezes a CUP cureta menos do que 60% da cavidade endometrial. Em uma visão geral basicamente todos os métodos de biopsia endometrial ambulatorial proposto tem como principal objetivo evitar a CUP e as complicações que ela acarreta, como por exemplo, a perfuração

uterina, o sangramento pós-procedimentos, dor, sinéquias, riscos anestésicos; além de evitar também o internamento do paciente.

A CUP há muitos anos vem sendo considerada padrão-ouro para biópsia endometrial, mas tem sido utilizada em vários casos como complemento de técnicas mais simples e procedimentos ambulatoriais como o válvula aspirador e a canúla de Pipelle (RODRIGUEZ et al., 1993).

2.8 ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL (USTV)

A ultrassonografia pélvica transvaginal é considerada o melhor método preparatório para realizar uma avaliação da pelve feminina (LOPES, 2011). Não é considerada invasiva, não emite radiação, e apresenta um baixo custo para ser realizada, onde as pacientes tem uma aceitação considerada positiva.

Atualmente é utilizado como método de imagem para avaliar de forma inicial do SUA o USTV e na sequência, avalia-se a necessidade de realizar outros métodos semiológicos (BRADLEY, 2016).

Para Munro (2017) a USTV serve como orientação às mulheres que necessitam de avaliação histológica quando apresenta SUA. Após realizar uma visualização de forma inicial de ocorrência de alteração endometrial é que os pacientes são encaminhados para a realização de biópsia conforme a necessidade. A ultrasonografia Transvaginal (STV) faz com que seja possível realizar uma avaliação de todas as causas estruturais da sua que estão ligadas ao PALM (pólipos, adenomioses, leiomiomas e malignidades e hiperplasias)

No sangramento que ocorre após o período da menopausa o USTV além de avaliar o endométrio para possíveis doenças, orienta quais os pacientes não são necessários realizar biópsia, ou seja, aqueles que o endométrio é menor que 5 mm (SMITH et al., 2016).

A última meta-análise no que se refere a esse tema adota que seria melhor considerar que o endométrio menor que 4mm como ponto de corte para a negativa de biópsia (TIMEERNANS et al., 2010)

O ACOG (2009) realiza a recomendação que desde 2009 os pacientes pós-menopausa que apresentem sangramento pode ter como forma de abordagem inicial no primeiro encontro com o médico a avaliação através de biópsia endometrial

ambulatorial ou ultrasonografia Transvaginal. Não havendo necessidade de ser utilizar os dois métodos inicialmente.

Se a ultrasonografia Transvaginal foi utilizada na primeira avaliação e for encontrada uma espessura endometrial menor ou igual a 4 mm não há necessidade de que ocorra nenhuma biópsia, exceto se o sangramento persistir. Se a espessura do endométrio for de 5 mm ou mais então será necessário realizar a biópsia do endométrio (ACOG, 2009).

No que se trata de conduta a ACOG (2009) pode-se constatar que a segurança recomendada que os endométrios menores que 5 mm não necessitam de realizar biópsias. O fato ocorre quando se tenta biópsia com Pipelle destes endométrios, a possibilidade de se conseguir tecido endometrial é de 27%, ou seja, 73% de taxa de não se obter sucesso para obtenção do tecido endometrial considerado satisfatório para realizar a avaliação (ELSANDABESE et al., 2005).

E necessário lembrar que quando temos um paciente com sangramento pós-menopausa e a mesma apresenta um endométrio menor que 5 mm visualizado na USTV, o valor preditivo negativo para incidência de câncer endometrial no exame de imagem está muito próximo de 100 % (FERRAZI et al, 1996).

A probabilidade de uma mulher que apresente sangramento no períodos pós-menopausa associado a um USTV com espessura endometrial menor ou igual a 4mm apresenta câncer de endométrio é de 1 caso para cada 917 pacientes no período pós-menopausa com sangramento que se submeta ao exame. (GOLDSTEIN, 2010).

Para Gull et al., (2003) demonstra que os pacientes com sangramento pós-menopausa quando somado com a ultrasonografia Transvaginal apresentando endométrio menor que 5mm não tiveram câncer de endométrio, mesmo após passar 10 anos da avaliação inicial. Antes de ser introduzido a ultrasonografia Transvaginal para a avaliação endometrial nas pacientes com sangramento após o período pós-menopausa, a grande maioria era submetida a CUP, sempre com fundamento de que o sangramento pós-menopausa é câncer até que se prove o contrário (GOLDSTEIN, 2010).

Conforme Smith-Bindman (1998) recomenda que os pacientes que estiverem no período pós- menopausa e for submetida a ultrasonografia Transvaginal e o mesmo demonstrar um endométrio menor que 5 mm, o paciente não necessariamente tem a necessidade de ser submetido a biópsia endometrial.

A USTV não possui a capacidade de mostrar se o espessamento que foi visualizado é hiperplasia, lesão benigna, endométrio proliferativo ou até mesmo a existência de um câncer. Mas tem a capacidade de dizer se o endométrio visualizado for fino, menor que 5 mm, que sua probabilidade de não haver lesão é de aproximadamente 100%. Apenas com o sangramento pós-menopausa existe a probabilidade da paciente estar com câncer é de aproximadamente 10%. Isso somado ao dado do sangramento pós-menopausa, uma USTV que seja capaz de mostrar um endométrio menor que 5mm, existe a probabilidade de câncer menor que 1% (GOLDSTEIN, 2010).

2.9 SONOHISTEROGRAFIA

A sonohisterografia basicamente é a mesma que a USTV que é auxiliada através da infusão no interior da cavidade uterina de solução salina através de cateter próprio. A solução salina distende de maneira discreta a cavidade e melhoram os contornos endometriais, permitindo que sejam visualizadas de maneira mais detalhada as lesões endometriais, principalmente as lesões focais como pólipos e leiomiomas submucosos. Pode auxiliar também a visualização de sinéquias e malformações uterinas (DE KROON et al., 2003).

O período considerado melhor pra se submeter ao exame aos pacientes que menstruam é na fase folicular inicial, que ocorre até 10° dia do ciclo, quando o endométrio ainda está fino de maneira suficiente a permitir que seja visualizado até os pequenos pólipos. A sonohisterografia tem eficácia e sensibilidade comparável a histeroscopia quanto a pólipos, leiomiomas submucosos, sinéquias e malformações uterinas. Análise de custo versus os benefícios mostrou que a sonohisterografia é superior a histeroscopia nas lesões consideradas benignas. Infelizmente não fornece histopatológico, o que não auxilia no diagnóstico das lesões pré- malignas e nas malignas (DE KROON et al. , 2003).

Não existe a possibilidade de ver e tratar um pólipo, como pode ser realizado na histeroscopia diagnóstica atual, com isso após o diagnóstico de uma lesão, haverá a necessidade de que um segundo procedimento para tratamento, em geral a histeroscopia (SESHADRI, 2015).

2.10 PIPELLE

Foi apresentada pela primeira vez em 1984 através do artigo publicado no *American Journal of Obstetric and Gynecology* pelo Dr Pipelle Cornier; daí a denominação de Pipelle de Cornier. Até hoje permanece com as mesmas características e dimensões descritas no artigo original. Neste artigo o Dr.Cornier relata biopsia de 250 pacientes, onde na maioria, 180 casos, foram realizados para dateamento de endométrio por infertilidade.

Também é realizado o diagnóstico de um endometrite nos pacientes com dispositivo intrauterino, uma hiperplasia de endométrio e 4 pacientes com carcinoma de endométrio. O método para os pacientes foi considerado aceitável e foi também responsável por fornecer amostras endometriais de qualidade para os patologistas. Não ocorreu uma infecção ou perfuração uterina e em cinco pacientes não foi possível a realização da Pipelle através estenose de colo de útero. Desde o princípio se sabia que a estenose de colo de útero seria considerada o único e o maior impeditivo da realização de Pipelle. Como um efeito indesejado ocorreu apenas sangramento de maneira discreta de 75 a 250 pacientes biopsiadas. Nos anos 80 a Pipelle foi apresentada sendo como um dispositivo de biópsia de endométrio ambulatorial de fácil execução. Outra vantagem percebida também foi o fato de ser descartável, sem que se tenha a necessidade de internação para realizar o procedimento, sem necessidade de anestesia ou de dilatação do colo de útero (CORNIER, 1984).

A Pipelle é confeccionada com polipropileno e possui características flexíveis. Possui as seguintes dimensões: 26.5 cm de comprimento e 3,1 mm de espessura externa. Apresenta uma numeração externa para ser usada após histerometria. Possui pistão interno que após ser tracionado promove vácuo no interior da cânula e permite aspiração de endométrio por orifício situado na extremidade da cânula e permite aspiração de endométrio através do orifício que se encontra situado na extremidade distal da cânula (CORNIER, 1984).

Com paciente submetido a uma posição ginecológica e espéculo posicionado tempo de realização da biópsia com a Pipelle propriamente dita é de média 30 segundos. Pipelle é amplamente usada no Reino Unido para avaliação de sangramento pós-menopausa (ELSANDABESEE, 2005).

Para Stovall et al., (1991) afirma ser um trabalho clássico, pioneirismo na literatura avaliou sensibilidade de Pipelle para o câncer de endométrio. Foi

comprovado que as biópsias endometriais com Pipelle possuem alta sensibilidade para o diagnóstico de câncer de endométrio. A biópsia com Pipelle em 40 pacientes sabidamente com câncer endometrial e na sequência foram submetidas a histerectomia. Os resultados demonstram que 39 laudos positivos para malignidade com o uso da Pipelle e apenas um único caso de câncer de endométrio não foi possível de ser diagnosticado.

O resultado final de sensibilidade de 97,5% para câncer endometrial em biópsias realizadas com Pipelle. De acordo com Guido (1995) realizaram trabalhos muito semelhantes ao de Stovall et al.,(1991) onde 65 mulheres sabidamente com câncer de endométrio foram submetidas a realizar biópsia com Pipelle, de forma imediata antes de serem histerectomizadas. Referente aos 65 procedimentos, a Pipelle diagnosticou 54 casos de câncer e não diagnosticou 11 casos. O resultado final foi de 83% de sensibilidade para existência de câncer de endométrio. Nos 11 pacientes onde a Pipelle não realizou o diagnóstico de câncer, os laudos histológicos da biópsia com Pipelle foram: em 5 pacientes hiperplasia com atipias, em 4 pacientes hiperplasia complexa sem atipias e em 2 outros paciente com material obtido foi considerado inadequado.

Nas palavras de Goldchmit (1993) realizou-se um trabalho prospectivo em que os pacientes de SUA que iriam ser submetidas a CUP, 2 a 4 horas antes de realizar USTV e biópsia com Pipelle. dos 176 pacientes (23% em período pós-menopausa e 77% em pré-menopausa) houve 90% de taxa de concordância entre os laudos de CUP com Pipelle. Nos três casos de câncer de endométrio encontrados foram também diagnosticados através da Pipelle.

O mesmo autor sugere que para a pré-menopausa a Pipelle possui alta acurácia. Na pós-menopausa em associação com USTV poderia servir para substituir a CUP, padrão-ouro daquela época. Nos casos (4%) a Pipelle não diagnosticou hiperplasia simples e de maneira complexa.

Para Brosh (1996) foram realizadas 89 biópsias endometriais em pacientes que apresentaram sangramento pós-menopausa, elas na sequência foram submetidas a CUP Histeroscopia ou Histerectomia. Foram encontrados 56% de endométrios atróficos, 38% de doenças benignas e 6% de câncer. A sensibilidade para doenças endometriais foi de 51% e especificidade de 100%. No entanto a Pipelle diagnosticou todos os 5 casos de câncer do endométrio, ou seja, sensibilidade de 100% para o câncer de endométrio.

Conforme Dijkhuizen (2000) realizou-se a primeira meta-análise devido a acurácia de métodos de biópsia endometrial ambulatorial para realizar o diagnóstico de câncer de endométrio e hiperplasia endometrial, tanto nos pacientes pré-menopausa quanto paciente para a pós-menopausa.

Foram encontrados de 1966 até o ano 1999; 39 artigos que foram responsáveis por comparar os diversos métodos ambulatoriais com CUP, Histeroscopia ou Histerectomia. Ao todo foram 7.914 pacientes submetidos a biopsias ambulatoriais. A biópsia endometrial realizada por Pipelle é considerada superior aos outros métodos de biópsia existente, inclusive superior ao Vabra no diagnóstico de câncer e hiperplasias. Sempre apresentou um melhor resultado na detecção de câncer na pós-menopausa que na pré-menopausa com uma sensibilidade de 99,6 % e 91%. Para se detectar a hiperplasias atípicas novamente a Pipelle se mostra superior a sensibilidade de 81%. A taxa conquistada de insucesso teve uma variação de 0 a 54%, mas estes casos de insucesso de coleta não foram contabilizada durante a amostragem final (CLARK, 2002).

Segundo o autor foi realizado uma revisão sistemática da acurácia de métodos referente a biópsia endometrial ambulatorial somente nos pacientes pós-menopausa com sangramento. Ao final os artigos atingiram os critérios almejados de serem prospectivos ou transversais comparativos e reveram que a acurácia da Pipelle é sempre elevada, desde que seja possível realizar uma coleta de quantidade de tecido considerada suficiente.

O artigo teve a preocupação com as taxas de insucesso da coleta das biópsias endometriais ambulatoriais. Para os casos referente a Pipelle, em 8% das tentativas não foi possível realizar a biópsia. Após a biópsia ter sido realizada com sucesso, inicia uma preocupação com a qualidade do material coletado, pois em 13% dos materiais enviados para patologista as amostras são consideradas inadequadas quanto ao instrumento utilizado para coleta a Pipelle. É necessário reforça o conceito onde a acurácia é alta desde que se tenha uma quantidade de tecido suficiente. No artigo de Clark (2002) mostrou as taxas de limitações do uso Pipelle que é a falhas ao tentar adentra a cavidade uterina devido a estenose de colo (8%) e a aspiração de quantidade inadequada de tecido endometrial (13%). Devido a Pipelle possuir uma alta sensibilidade para realizar a detecção de câncer poderia- se de maneira errada pensar que a quantidade de material insuficiente é reflexo da ausência de tecido biopsiável no interior da cavidade e a ausência da doença(VISSER et al., 2017).

Afirma Morice (2016) que uma vez que, o tecido coletado for considerado suficiente para realizar o diagnóstico do câncer endometrial, este laudo já será o bastante para realizar o planejamento da conduta. A taxa de concordância existente entre o subtipo histológico e grau de diferenciação do tumor para histeroscopia, CUP e biópsia ambulatorial quando comparadas com as peças cirúrgicas (histerectomia) foi de 89% para histeroscopia, 70% para CUP e 67% para biópsias ambulatoriais. A principal limitação existente nas biópsias ambulatoriais foi a pouca quantidade de tecidos obtidos, o que dificulta a avaliação do grau tumoral. No entanto a Cup e a Pipelle são semelhantes e as duas superadas pela histeroscopia.

Segundo o autor, o estudo foi responsável por avaliar as taxas de concordância do grau tumoral e subtipo histológico para Pipelle e histeroscopia cirúrgica comparada com a peça de histerectomia. As duzentas e vinte e quatro mulheres biopsiadas e com diagnóstico de câncer de endométrio que na sequência foram submetidas a histerectomia.

As 149 biópsias via Pipelle, e de 75 delas via histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio. Já as taxas de concordância de ambos os métodos foram semelhantes, chegando a 80% quando submetidos a uma comparação com a peça cirúrgica. Em 20% dos casos para Pipelle quanto para Histeroscopia cirúrgica ocorreu uma subestimativa ou superestimativa no grau tumoral ou subtipo histológico. Ou seja, em 20% das vezes aparentou ser uma doença considerada menos grave ou mais grave do que a verdadeira gravidade (PHELIPPEAU, 2016).

Conforme Seto (2016) foi realizado um trabalho retrospectivo com objetivo de avaliar o preditivo positivo de Pipelle em relação a pólipos. Foi revisto o histórico de cento e noventa e cinco pacientes que haviam sido submetidas a biópsia com Pipelle e tiveram um resultado histológico de pólipo. As pacientes na sequência foram realizadas a histeroscopia diagnostica que foi responsável por visualizar 111 pólipos, e esses foram biopsiados. Desta quantidade apenas 90 foram diagnosticados com laudo histológico de pólipos. Esse valor preditivo positivo geral foi de 56.3% sendo superior na pós-menopausa, 72,7%, que no período pré-menopausa, 53.7%. Pipelle é a biópsia ambulatorial considerada praticamente isenta de complicações como por exemplo, a incidência de perfuração uterina, ao contrário de CUP e da Histeroscopia (CORNIER et al, 1984).

O maior impeditivo para não realizar a pipelle, é a estenose de colo de útero, as quinhentas e vinte e seis biópsias com Pipelle foram realizadas, 200 em pós-

menopausa e 326 no pré-menopausa. No período pós-menopausa a taxa de sucesso de realização da biópsia com Pipelle foi de 87% isso quer dizer que em 13% das pacientes não foi possível passar pelo colo de útero a Pipelle. Na pré-menopausa o sucesso foi de 84% isso quer dizer que 16% dos pacientes não tiveram sucesso na passagem da Pipelle pelo colo do útero. Uma vez separadas em grupos de nulíparas e de múltíparas, foi observado que 22% das nulíparas não se conseguiu adentrar na cavidade endometrial, esse fato teve ocorrência em apenas 8% das múltíparas. Então através desse artigo a nuliparidade está fortemente relacionada com a taxa do insucesso alcançado com a biópsia endometrial por Pipelle (WILLIAMS et al., 2008).

Outro estudo comprovou que pacientes com queixa de sangramento na pós-menopausa era avaliada por USTV e biópsia com Pipelle, conquistou-se um sucesso de realização de biópsia em 92% das vezes e insucesso em 8% dos casos. Tal estudo foi responsável por realizar uma avaliação sobre o sucesso e, realizar ou não o procedimento, não avaliou a adequabilidade das amostras biopsiadas (ELSANDABESE et al., 2005).

Os últimos estudos citados, Williams et al (2008) mostra que a biópsia endometrial com Pipelle sendo realizada por médicos ginecologistas, portanto familiarizados com o exame ginecológico. A facilidade de utilizar Pipelle permite que a mesma possa ser utilizada pelo médico generalista para realizar cuidados primários a saúde.

Pesquisas realizadas em uma pequena cidade no interior dos Estados Unidos em área rural permitiram que os pacientes com SUA e sangramento pós-menopausa possam ser biopsiadas ambulatoriamente através de médicos generalistas, com 76% de taxa de sucesso, sem que ocorra a necessidade de encaminhá-las para centros considerados maiores. Ocorreram 76% de taxa de sucesso ao realizar o processo de coleta (SEAMARK, 1998).

Um estudo realizado por um período de um ano, entre os anos de 2009 e 2010, na Nova Zelândia, onde foram analisados pacientes que apresentaram sangramento pós-menopausa por médicos de famílias em Unidades Básicas de Saúde ficou demonstrado que as biópsias endometriais com Pipelle que foram realizadas pelos mesmos apresentaram uma taxa de insucesso de 55%. Esse mesmo programa permaneceu nos anos seguintes e no ano de 2014 a taxa de insucesso reduziu para

35% demonstrando assim uma curva de aprendizagem dos médicos generalistas ao manusear a Pipelle (SEAMARK, 1998).

Nas palavras do referido autor, através desse estudo, os pacientes com sangramento pós-menopausa que se dirigiram a Unidade Básica de Saúde da Nova Zelândia fazia USTV, e se o endométrio apresentasse uma espessura de 5mm ou superior. A Pipelle era realizada dentro da própria Unidade Básica de Saúde. Só ocorria o encaminhamento para centros terciários de pacientes que tivessem laudo histopatológico de câncer ou de aquelas que a Pipelle não tivesse sucesso ao serem realizadas.

Em centro terciário foi realizado histeroscopia diagnóstica para biópsia. Através deste protocolo/fluxograma de atendimento ocorria um acompanhamento a cada 5 anos e nenhum caso de câncer de endométrio deixou de ocorrer o seu diagnóstico e das 216 paciente que foram submetidas a avaliação com USTV associada a Pipelle quando necessária, proporcionou que 68% das pacientes fossem manejadas na própria Unidade Básica de Saúde e sem a necessidade que tivesse um encaminhamento para os outros centros terciários. Esse estudo comprovou também a necessidade de captar os médicos generalistas que com o passar do tempo não tiveram sucesso na taxa e apresentaram cada vez menos eficiência no diagnóstico (STRAVENS et al, 2016).

Na Holanda quase todos os cânceres endometriais foram diagnosticados por Pipelle. Um estudo realizado apresentou 432 diagnósticos histológicos de câncer de endométrio, 311 (72%) foi utilizado a Pipelle em algum momento da investigação. A Histeroscopia ficou em segundo e a CUP em terceiro lugar com métodos de avaliação endometrial mais utilizado para diagnosticar esses cânceres (VISSER et al.,2015).

A ACOG faz a recomendação desde 2009, e reafirma que esta recomendação no ano de 2015, que os pacientes que apresentarem sangramento pós- menopausa tenha como abordagem inicial a primeira avaliação com seu médico, uma biópsia endometrial ambulatorial (ACOG, 2009).

2.11 OUTROS MÉTODOS DE BIÓPSIA ENDOMETRIAL AMBULATORIAL

De acordo com Lopes (2011) apesar de a Pipelle ser considerado um método de biopsia ambulatorial mais utilizado da literatura, existe diversos dispositivos

ambulatoriais que atendem a mesma linha de abordagem. Os mais citados na literatura são a Pipelle, o Vabra aspirador e o Tao Brush.

No Brasil o dispositivo de biopsia endometrial ambulatorial mais utilizado é a Pipelle, de acordo com o Manual de Ginecologia Oncologia de Febrasgo (FEBRASGO, 2010).

O estudo responsável por comparar a biopsia endometrial com Vabra em 13 pacientes e biopsia endometrial com Pipelle em 12 pacientes, sendo todas elas submetidas a histerectomia na sequência demonstrou que a área de biopsia por Vabra foi de 41,6% e por Pipelle de 4,2%. Apesar de existir diferença entre a relação da área biopsiada a acurácia final em ambos foi semelhante, 84,6% para Vabra e 83,3% para Pipelle. Em ambos os métodos tiveram relatos de material considerado insuficiente, Vabra nos casos de Pipelle e dois casos (RODRIGUEZ et al., 1993).

Houve um caso de perfuração com Vabra. Embora exista semelhança de acurácia entre Vabra e Pipelle acima descrito, e necessário lembrar que, Vabra aspirador ocasiona mais dor e desconforto e ainda tem os riscos de ocorrer perfuração. Pipelle não depende de bomba para aspiração elétrica e é produzida em material polipropileno maleável, e produz menos dor (GOLDCHMIT, et al, 1993).

A comparação entre a Pipelle com Vabra na mesma paciente ficou demonstrado que a Pipelle é mais bem aceita por ocasionar menos dor nos pacientes. O Vabra não é portátil como a Pipelle, devido a necessidade do aspirador está conectado, ao contrário da Pipelle que é totalmente portátil (EDDOWES et al., 1990).

O Tao Brush foi lançado no ano de 1993, é dispositivo de biopsia endometrial aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA). Ele possui 26 cm de comprimento e na sua porção distal apresenta ter uma superfície em forma de escova de 3.5 cm de comprimento. Esta escova é recoberta com camisa e quando o dispositivo está situado na cavidade uterina esta camisa é extraída para que a escova do Tao Brush possa se mover para formar circular dentro da cavidade. Após então, a camisa é recolocado e o dispositivo é extraído da cavidade e a ponta em escova é colocado em meio líquida de conservação para o patologista. Existe a vantagem de não sofrer contaminação da amostra com material do trato genital inferior, pois a escova distal entra e sai da cavidade uterina recoberta com sua camisa protetora (EDDOWES et al., 1990).

De acordo com o autor citado possui acurácia semelhante áPipelle quando for possível a sua realização, ou seja, quando a passagem feita pelo colo do útero é

factível. Também semelhante a Pipelle, o Tao Brush possui a impossibilidade de atravessar o colo de útero em algumas mulheres, em nulíparidade de 20% das vezes e em múltiparidade de 8% das vezes.

2.12 HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIAL

Como foi mencionado anteriormente, a primeira histeroscopia que se tem relato foi feita por Pantaleoni em 1865. O mesmo utilizou um cistoscópio que havia inventado quatro anos antes por Desormaux em Paris, e que a fonte de luz era denominada de álcool. Panteloni em 1869 conseguiu realizar o isolamento de uma lesão polipóide em uma senhora que tinha 60 anos e apresentava sangramento pós-menopausa, na sequência cauterizou a lesão com nitrato de prata (MENGAGLIA; NETO, 2002).

Pantaleoni dilatou o colo de útero no período de 24 horas antes com laminárias. Em 1879 através da invenção da lâmpada elétrica por Thomas Edison, ocorreu melhorias na iluminação que foram incorporadas aos estetoscópios no ano de 1898. Já em 1914. Heineberg (1890) experimenta a distensão da cavidade uterina com água, para aprimorar a visualização da cavidade e resfriar o calor ocasionado pela fonte de luz.

No ano de 1925 Rubin introduziu o gás carbônico (CO₂) como forma de distensão, porém diversas pacientes tiveram como complicação pneumoperitôneo e a técnica foi abandonada. No ano de 1934 Shoeder foi o responsável por desenvolver endoscópio de 10 mm com sistema óptico com possibilidade de visão tridimensional. Em 1952, Forestier, Glandu e Vulmiere utilizaram pela primeira vez luz fria. Ocorreu no ano de 1957 Palmer reduziu o diâmetro dos histeroscópios que passaram a ter 5mm. Por volta de 1960 Hopkins rearranjou as lentes de vidro de maneira que mínimas colunas de ar ficassem entre as barras mais longas do vidro. No ano 1970 Lindeman e Porto reintroduziram o CO₂ como forma de distensão. Por volta 1979 Jacques Hamou inventou a moderna histeroscopia panorâmica, com histeroscópios mais finos, não considerando mais necessário a dilatação do colo de útero, nem analgesia. Jacques Hamou é o pai da moderna histeroscopia (MENGAGLIA; NETO, 2002). A histeroscopia diagnostica não necessita espelho, nem pinçamento ou dilatação do colo de útero.

Conforme Mengaglia, Neto (2002) ao realizar a histeroscopia cirúrgica esta possui a necessidade de anestesia, dilatação do colo de útero até vela de Hegar nº 9

para realizar a introdução de instrumentais. A histeroscopia cirúrgica permite a ressecção de endométrio através de grandes quantidades nos procedimentos de ablação endometrial e miomectomia de miomas submucosos, além de polipectomias entre outros. Usa ressectoscópio com corrente mono ou bipolar e trabalha com energia elétrica.

Na atualidade é utilizada luz de led, e a distensão da cavidade uterina em geral é realizada com soro fisiológico 0,9% das histeroscopias diagnósticas. O colo de útero apresenta terminações nervosas simpáticas e parassimpáticas, o que torna local de dor ao ser pinçado, tracionado ou distendido. A moderna histeroscopia diagnóstica não utiliza mais espécuro, nem realiza pinçamento do colo de útero com pinça Pozzi. A técnica empregada na introdução do histeroscópio se faz atualmente com paciente em posição ginecológica sem que ocorra a necessidade de anestesia ou sedação do paciente, quando então se oblitera a entrada da vagina com a mão esquerda, o histeroscópio irriga a cavidade vaginal com soro fisiológico, visualiza-se o colo do útero e adentra o mesmo sob visão direta. Ao visualizar o orifício cervical interno gira-se o histeroscópio em 90° e adentra a cavidade uterina. O orifício cervical interno possui formato oval deitado e as histeroscópio também apresenta este formato, por isso existe a necessidade rotação em 90°, para que as superfícies ovaladas e encaixem, e o histeroscópio adentre a cavidade uterina. Após estar dentro da cavidade, além da visualização de óstios tubares e paredes uterinas, pode-se introduzir micropinças de biópsia ou mesmo microtesouras. A histeroscopia diagnóstica não se limita em apenas analisar lesões, mas também o ato de realizar procedimento como seccionar sinéquias e exérese de pequenos pólipos, e biopsiar endométrio, retirar corpos estranhos entre outras coisas (BETTOCHI et al, 2002)..

É importante lembrar que o endométrio é desprovido de terminações nervosas e pode ser utilizado sem ocasionar dor, mas o miométrio possui terminações nervosas e a manipulação interna da cavidade sempre tenta evitar o aprofundamento de qualquer pinça. Esta técnica descrita sem o uso do espécuro, sem que ocorra pinçamento do colo de útero é identificada como vaginoscopia ou histeroscopia (BETTOCHI et al, 2002).

Entre as patologias endometriais em que a histeroscopia demonstra claramente com padrão-ouro de diagnóstico, e muitas vezes cria a possibilidade toda a comodidade do ver e tratar, existe os pólipos endometriais (CLARK, STEVENSON, 2017).

CAPÍTULO 3: HISTEROSCOPIA: INDICAÇÕES E CONTRA- INDICAÇÕES

3.1 INDICAÇÕES

Por ser considerada atualmente pelos especialistas como padrão ouro na avaliação da cavidade uterina e doenças que se inter-relacionam com esta cavidade, a histeroscopia é o procedimento mais adequado a ser utilizado. Tal método possibilita realizar uma avaliação da cavidade uterina, o funcionamento do endométrio como vascularização, espessura, presença ou ausência de muco e qualquer sinal de infecção; sendo exclusivamente o único que permite uma biópsia dirigida de áreas suspeitas ou lesões. Recomenda-se este método por ser também possível tratar as possíveis lesões onde já foi mencionado algumas vantagens classicamente relacionadas a abordagem endoscópica como menor morbi-mortalidade, reduzido tempo de internação e menor custo (OSTHOFF L.; SOARES A.; KOCH H.A, 2007).

Segundo os autores as indicações poderão ser:

1 Sangramento uterino anormal

Classificado como uma das mais importantes causas de consulta ginecológica, sendo indicado a histeroscopia. Muitas vezes é considerado o principal fator que está associado ao câncer de endométrio. No caso de sangramentos é necessário realizar uma biópsia a qual será permitida averiguar a grande sensibilidade e especificidade na detecção das neoplasias endometriais. Considerado um diagnóstico preciso sendo diferenciado com as outras enfermidades intra-uterinas(OSTHOFF L.; SOARES A.; KOCH H.A , 2007).

2 Infertilidade

Neste caso é considerada a segunda indicação para a realização do exame histeroscópico. Permite visualizar diretamente a cavidade uterina identificando ou definindo detalhes minuciosos que estejam correlacionados com a cavidade uterina. Ressalta-se a importância de perceber o impacto positivo nos resultados reprodutivos por possibilitar o tratamento das lesões como miomas submucosos, pólipos, septos, sinéquias, dentre outros. Quando se seleciona pacientes com indicação de

tratamentos de reprodução assistida, muitos estudiosos e pesquisadores usam tal método como uma avaliação de rotina para o estudo da cavidade uterina e endométrio cuja finalidade é aprimorar seus resultados (OSTHOFF L.; SOARES A.; KOCH H.A , 2007).

3 Diagnóstico de patologias suspeitadas por outros métodos

Com acuracidade superior comparado aos outros métodos de avaliação da cavidade uterina, a histeroscopia é sempre apontada para que se possa retirar qualquer dúvida em relação a achados de exames preparatórios como a histerossalpingografia (HSG), ultra-som (US) e histerosonografia (OSTHOFF L.; SOARES A.; KOCH H.A , 2007).

4 Localização de corpos estranhos na cavidade uterina

Segundo Osthoff, Soares A, Koch H A (2007) o DIU é o corpo estranho mais comum e abordado, no entanto pode ser retirado ao ser instalado na cavidade uterina sendo ele removido pela histeroscopia. Podendo ser realizado os seguintes procedimentos: Diagnóstico e seguimento de hiperplasia endometrial; diagnóstico e estadiamento de carcinoma endometrial e de endocervix;; identificação e localização de restos ovulares; diagnóstico e seguimento de neoplasia trofoblástica gestacional e instrumento de apoio em outras abordagens preparatórias como: Falopioscopia, hidrolaparoscopia e Fertiloscopia.

3.2 CONTRA INDICAÇÕES

Quando a paciente se apresenta grávida, não se deve realizar a histeroscopia. Ao ser constatado a presença de sangramento uterino freqüente e com grande abundância onde poderão dificultar a visualização através do histeroscópio, e a infecção recente ou ativa. Sendo impossível de realizar um procedimento seguro como dificuldades para biópsias, sangramentos mais freqüentes e fragilidade dos tecidos uterinos. Não é identificado como grande risco de disseminação ou agravando em um processo infeccioso, este está relacionado com a execução do procedimento. Ao deparar com tais situações deve-se priorizar cada caso, sempre considerando as

características específicas da paciente e também considerando a experiência de toda a equipe médica com a referida técnica (FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E,P 2011).

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTAL EM HISTEROSCOPIA

1 Instrumental

Inicialmente é necessário ter um instrumental adequado contendo boas condições para que se possa realizar qualquer procedimento histeroscópico. Tal equipamento é condição fundamental para que o médico especialista possa desenvolver sua extensão motora e sensitiva desenvolvendo suas ações diagnósticas e terapêuticas mediado por si próprio na histeroscopia. Ressalta-se que é de responsabilidade do histeroscopista garantir que este instrumental tenha total segurança para a realização dos procedimentos (SCAVUZZI. A, AMORIN. M, NETO. J. S. P., SANTOS.L. C, 2003).

Segundo os autores mencionados o instrumental básico consiste de:

- Óptica de Histeroscopia 30°. (2,8 ou 4 mm).
- Fonte de Luz (Alógena ou xenon).
- Sistema de vídeo. Fonte de Luz, câmara de vídeo e monitor.
- Sistema de armazenamento de imagem. (Vídeo cassete, DVD ou sistema informatizado com placa de captura).
- Sistemas de controle de infusão de gases ou líquido (Histeroflator, histeromat ou artro-bombas).
- Eletrocauterio.
- Meio de distensão (CO₂, Soro fisiológico ou meios hiposmolares com Glicina, Manitol, Sorbitol).
- Instrumental histeroscópico acessório; camisa diagnóstica, camisas interna e externas cirúrgicas, ressectoscópio, alças de ressecção e coagulação, equipos de entrada e saída de meio de distensão.
- Instrumental para biópsia. (Pipelle ou cureta de Novak ou curetas uterinas ou equivalentes como o sistema AMIU.)

- Instrumental médico cirúrgico acessório. Velas de Hegar para dilatação do colo, pinças de Pozzi, Cheron, histerômetro, espéculos, porta agulha, tesouras e pinças anatômicas.

Sendo assim, pode afirmar as condições para executar procedimentos diagnósticos quanto cirúrgicos. Tais equipamentos permitem a visualização correta da cavidade uterina, controle da distensão uterina, balanço hídrico adequado, adequada abordagem das patologias intra-cavitárias e das complicações mais comuns intra-operatórias (SCAVUZZI. A, AMORIN. M, NETO. J. S. P., SANTOS. L. C, 2003).

2 Técnica

A) Histeroscopia diagnóstica.

É um procedimento ambulatorial que geralmente as pacientes apresentam maior tolerância, possibilitando a paciente retornar as suas tarefas após o término do exame. Nas palavras de Donaldio e Neto (2011) é considerado um procedimento invasivo, sendo que é preciso iniciar a histeroscopia diagnóstica realizando anteriormente o exame com anamnese; identificando-se o período do ciclo menstrual da paciente, paridade e vias de parto, análise de exames complementares associados realizados inicialmente e assim, poderão ser levantadas possíveis hipóteses diagnósticas, devendo ser reavaliada a indicação, sendo ela de responsabilidade do histeroscopista.

É preciso considerar os seguintes passos ao ser realizado este exame, tais como: toque bimanual, anti-sepsia, anestesia local e pinçamento do colo que não são obrigatórios, introdução gentil do histeroscópio seguindo os eixos direcionais do canal cervical até atingir o interior da cavidade. No interior da cavidade o profissional histeroscopista deverá avaliar os óstios tubários; cavidade uterina; paredes uterinas anterior, lateral direita, lateral esquerda, parede posterior apontando as especificidades do endométrio que as reveste e finalmente o canal cervical e istmo. Este exame deverá ser documentado com laudo e podendo ser armazenada todas as imagens importantes e significativas para o diagnóstico (DONADIO, N. NETO, 2011).

B) Histeroscopia cirúrgica.

Este procedimento é considerado invasivo, porém deve ser feito estritamente em hospital. Chama-se a atenção que se deve seguir todos os protocolos pré-operatórios como: anamnese detalhada, exames pré-operatórios, risco cirúrgico, e por

último avaliação pré-anestésica. É importante destacar também a realização de, reanálise da preparação complementar associada e da indicação. Ao adentrar na fase do per-operatório é preciso fazer uma assepsia e anti-sepsia corretas, capeamento da paciente, dilatação do colo até vela nº 9, introdução do histeroscópio com ressectoscópio acoplados para a realização da cirurgia proposta (SCAVUZZI. A, AMORIN. M, NETO. J. S. P., SANTOS. L. C. 2013).

Um detalhe muito importante é que durante todo o procedimento realizado deve-se preservar o controle do balanço hídrico na entrada e saída dos meios de distensão. Normalmente utiliza-se meios hipoosmolares e a absorção aumentada destes fluídos está associadas a uma das mais graves complicações dos procedimentos histeroscópicos, a intoxicação hídrica com hiponatriemia. Para evitar futuras complicações é necessário controlar a pressão intracavitária e respeito ao tempo cirúrgico, evitando o seu tempo de duração longo. Caso não haja a existência de exame histeroscópico diagnóstico prévio sugere-se a realização da análise histeroscópica diagnóstica rapidamente anteriormente a dilatação do colo possibilitando um melhor dimensionamento da cavidade e da enfermidade a ser abordada, podendo ser uma recompensa para redução de complicações ou até mesmo evitar procedimentos cirúrgicos dispensáveis. A internação da paciente, normalmente, pode atingir a 12 horas e sendo que no período de 5 a 7 dias ela pode voltar as suas atividades normalmente. Importante destacar que assim como na histeroscopia diagnóstica, a documentação com laudo e armazenagem das imagens deverão ser realizados (SCAVUZZI. A, AMORIN. M, NETO. J. S. P., SANTOS. L. C. 2013).

3.4 COMPLICAÇÕES EM HISTEROSCOPIA

Estes acontecimentos são muito comuns na histeroscopia cirúrgica do que na histeroscopia diagnóstica. Grande parte destas são de pequena gravidade e são previsíveis; isto acontece quando normalmente as contra-indicações não são respeitadas. São divididas esquematicamente em duas categorias, as da histeroscopia diagnóstica e as da histeroscopia cirúrgica ((DE KROON et al., 2003; ACOG, 2009; MUNRO, 2017).

Segundo os mesmos autores a histeroscopia cirúrgica se deve a :

- Complicações da Histeroscopia Diagnóstica;

- Complicações possíveis da anestesia local;
- erupção cutânea;
- choque anafilático;
- Bradicardia;
- Hipotensão;
- choque ;
- parada cardíaca;
- depressão respiratória;
- Apnéia;
- Náuseas;
- Vômitos;
- desorientação espacial;
- Convulsões;
- - lesões vasculares em paramétrios em caso de bloqueio para-cervical.

Orientação: ter à disposição adrenalina, anti-histamínicos, broncodilatadores e oxigênio.

3.5 LACERAÇÃO CERVICAL E FALSO TRAJETO

Segundo Spies JB (2016) afirma que quando se refere a laceração cervical, no caso de sangramento, é necessário realizar uma cauterização ou uma suturação.

É muito corriqueira a realização de um falso trajeto, sendo que por muitas vezes, o canal cervical é estreito ou trata-se de útero em retroversão ou anteversão acentuada. Quando surge este quadro, se faz necessário Nesta situação, a retirada do aparelho histeroscópio. Observa-se a estrutura tubular com paredes irregulares sem o epitélio glandular típico do canal cervical. Podendo ser tentado novamente a sua introdução, porém é costume de não se conseguir sendo então adiado o exame para mais ou menos 15 dias. Não se deve insistir neste procedimento, pois pode acontecer de perfurar o útero. Geralmente o sangramento é muito pequeno devido a pressão de distensão (SPIES JB, 2016).

3.6 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO MEIO DE DISTENSÃO

3.6.1- Embolia Gasosa

Grande parte destes procedimentos utiliza-se o gás carbônico como meio de distensão na histeroscopia diagnóstica, pois raros são os que utilizam soro fisiológico, dextran, manitol ou glicina. Neste caso ao realizar o procedimento com gás carbônico na histeroscopia diagnóstica é preciso evitar a posição de Trendelenburg onde o útero fica em nível superior ao do coração. O tratamento da passagem excessiva de gás carbônico para o intravascular restringe no término da realização do exame, ventilação da paciente e suportes pulmonar e vascular (MOORE AA, 2013).

3.6.2. Passagem Do Meio De Distensão Pelas Tubas

Nas palavras de Moore (2013) o fluxo de gás carbônico dentro do canal cervical até a cavidade uterina pode conduzir para a cavidade peritoneal, através das tubas, microorganismos, células tumorais de um adenocarcinoma endometrial e células endometriais normais. Quando se realiza uma seleção correta das pacientes, a utilização da técnica certa e do instrumental correto torna tais complicações menores com muito baixa incidência.

3.7 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DA PRÓPRIA PACIENTE

3.7.1 Enfermidades Cardiovasculares Graves

É necessário realizar uma avaliação muito rigorosa neste grupo de pacientes, onde é indicada a histeroscopia diagnóstica. Porém, muitas vezes poderá ocorrer uma reação neurovegetativa como hipotensão e reflexo vagal, onde a incidência nestas pacientes a gravidade é bem maior. Caso esta indicação for imperativa, é preciso um encaminhamento hospitalar contendo assistência cardiovascular e respiratória. Caso apresente maior gravidade, recomenda-se efetuar o exame sob anestesia geral (SESHADRI, S. et al., 2015).

3.7.2 Pacientes Com Sangramento

Primeiramente é importante aguardar o término da hemorragia ou podendo realizar uma histeroscopia com meio líquido. Ressalta-se que a chance de acontecer uma embolia gasosa pela abertura dos vasos sanguíneos em vigência ao sangramento (SESHADRI, S. et al., 2015).

3.7.3 Gravidez

É muito raro acontecer este procedimento na gravidez, devido ao aumento da vascularização e elasticidade uterina podendo ser preciso maior quantidade de gás carbônico e com isto, aumenta o risco de embolia gasosa. Chama-se a atenção da possibilidade de lesionar o nervo ótico pela intensidade da luz do aparelho (é uma possibilidade teórica importante (VISSER et al., 2017).

3.8 COMPLICAÇÕES DA HISTEROSCOPIA OPERATÓRIA

Nas palavras de Visser et al.,(2017) as complicações em histeroscopia operatória poderão ocorrer em procedimentos cirúrgicos como:

3.8.1 Complicações Anestésicas

Tal procedimento é realizado com anestesia peridural ou raqui, cujas complicações anestésicas são próprias a este tipo de anestesia. Chama-se a atenção que a histeroscopia não adiciona nenhum risco maior à anestesia a não ser pela possibilidade de passagem excessiva do meio de distensão para o intravascular (VISSER et al., 2017).

3.8.2 Complicações Relacionadas Ao Meio De Distensão

Geralmente são realizadas por meios de distensão líquidos as histeroscopias operatórias, onde ocasionalmente utiliza-se o CO₂, pois o meio gasoso não deve ser usado, pois neste caso existe uma abertura de vasos sanguíneos e onde pode ser trabalhado sob pressão de 100 mmHg. Quando se realiza tal combinação o paciente

pode sofrer uma embolia gasosa. Na área médica são mais utilizados o manitol diluído a 3% em água destilada e a glicina a 1,5%. Denomina-se de “overload” a passagem de líquido para o intravascular, ocorrendo em 1,1% das mulheres que apresentam alto risco; como nas ressecções de miomas sub mucosos. Considera-se muito freqüente quando se trabalha em regime de pressões altas mesmo com superfície endometrial intacta. Quando se tem pressões acima de 100 mmHg não é permitido uma melhor visão da cavidade uterina. Acontece maior passagem de líquido pelas tubas uterinas, permitindo que o líquido seja infundido, aumentando a reabsorção pelas paredes uterinas. Qualquer improvisação para se infundir líquido na cavidade uterina poderão aumentar o risco de complicações (CHOLKENI, SINGH A, SASAKI KJ, 2015).

3.8.3 Complicações Com Manitol E Glicina (Fluidos De Baixa Viscosidade)

No momento cirúrgico deve-se manter um controle adequado do volume de líquido infundido e do volume que retorna da paciente. Alguns especialistas admitem que exista um limite a ser respeitado o débito de 800 ml, e quando for acima deste estabelecido, é preciso interromper imediatamente a cirurgia. A consequência da reabsorção massiva é a hiponatremia e hipo-osmolaridade. A existência de casos mais graves conduz a paciente a um edema agudo de pulmão, edema cerebral, coma e levando a morte. Geralmente a anestesia provoca um bloqueio na paciente como um grau de confusão mental, tosse intensa e poliúria pela sonda vesical. Após realizar a monitoração do volume de líquido infundido e retornado, deve-se também dosar o sódio sanguíneo a cada 15 minutos. Quando as dosagens estiverem abaixo de 130 mmol/litro o processo deve ser interrompido. Caso o nível estiver abaixo de 120 mmol/l é preciso repor o sódio com infusão endovenosa de cloreto de sódio a 3 ou 5% (VISSER et al., 2017)..

Ressalta-se que poderá ser usado diurético. Se o meio de distensão for manitol a 5%, pode-se abster de diuréticos para não obter uma somatória de efeitos. Deve-se ficar atento ao nível de oxigenação da paciente, onde esta deve ser mantida com a infusão de oxigênio nasal por cateteres(VISSER et al., 2017).

3.8.4 Complicações com Dextran 70 (alta viscosidade)

No Brasil o Dextran não é utilizado como meio de distensão uterina. Muitas são as complicações oriundas de seu uso como: o edema agudo de pulmão, coagulopatias e reações alérgicas podendo até mesmo conduzir a um choque anafilático. Alguns especialistas afirmam que o edema pulmonar está correlacionado às propriedades osmóticas do dextran 70. A coagulopatia em consequência ao uso de Dextran está relacionada à quantidade infundida. Ao utilizar o Dextran, a partir de certa quantidade, este começa a ter ação anticoagulante ((SESHADRI, S. et al., 2015).

O mesmo autor afirma que as reações alérgicas vão desde prurido, reações urticariformes até o choque anafilático. Quando a paciente apresenta um edema pulmonar percebe-se que este é resultante do uso de Dextran, onde deve-se fornecer uma boa oxigenação mantendo um suporte ventilatório até o controle da diurese. É necessário realizar o controle infundido, para a prevenção da coagulopatia, sendo que este tipo de complicação é dose dependente. Quanto ao tratamento das reações alérgicas realiza-se com a utilização de anti-histamínicos ou corticóides.

3.8.5 Complicações Traumáticas

Para Moore (2013) as complicações traumáticas são comuns na histeroscopia operatória do que na diagnóstica, podendo ter as cervicais e as perfurações uterinas.

3.8.5.1 Lacerações Cervicais

Geralmente ocorre por tração da pinça de Pozzi ou na dilatação do canal cervical, trazendo como consequência o sangramento. Realiza-se a prevenção utilizando velas de dilatação calibradas de 0,5 em 0,5 mm com o primeiro centímetro da cada vela sendo do mesmo diâmetro da que a precedeu. Importante lembrar que o toque vaginal anteriormente de iniciar a dilatação para que se possa avaliar bem a posição e o volume uterino. Às vezes, algumas lacerações cervicais precisam ser suturadas. A utilização de laminaria 24 horas antes da cirurgia permitirá a dilatação cervical, podendo ter a inconveniência de dilatar demais o colo uterino, impossibilitando a distensão uterina por retorno do meio líquido (MOORE, 2013).

3.8.5.2 Perfuração Uterina

Quando a vela de dilatação for maior do que o esperado pelo tamanho uterino pode acontecer a perfuração uterina. Neste caso, não se consegue distensão da cavidade uterina, pois o líquido perpassa para a cavidade peritoneal. Finalmente, deve-se realizar o diagnóstico pela visão de alças intestinais ou epíloon através da cavidade uterina. Quando se tem a segurança da confirmação de perfuração uterina, não é correto continuar a cirurgia. Realiza-se uma avaliação da perfuração, marcando uma nova cirurgia para a paciente num período de dois meses. Caso a perfuração se deu antes da cirurgia, onde a dilatação cervical, geralmente não é preciso realizar a laparoscopia, devendo haver um maior controle clínico de 24 horas. Caso a perfuração ocorreu durante a cirurgia, neste caso recomenda-se a laparoscopia diagnóstica e cauterização ou sutura (caso haja sangramento) no ponto de perfuração. A laparoscopia confirma o caso de lesões de alças intestinais próximas ao útero (MOORE, 2013).

3.9 COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS

O sangramento intra-operatório é conseqüente a lesão da musculatura da parede uterina. O diagnóstico é realizado através da quantidade de sangramento no intra ou no pós-operatório. Primeiramente, realiza-se a coagulação elétrica. Caso seja insatisfatório ou o sangramento for intenso realiza-se o tamponamento uterino com sonda de Foley. A sonda é introduzida na cavidade uterina e o balão é cheio com 15 ml de líquido. Após 3 horas, caso o sangramento tenha cessado retira-se a sonda e se persistir pode-se deixar o balão por 12 horas. A utilização de substâncias vasopressoras deve ter muito cuidado em razão dos efeitos colaterais. O uso dos análogos do GnRH no pré-operatório pode reduzir este tipo de complicação ((HANEGEM et al., 2016).

3.10 COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

Segundo Moore (2013) a realização destes procedimentos prolongados são muito freqüentes. Inicialmente, os sintomas ocorrem 72 horas, onde a paciente apresenta-se com febre, secreção vaginal com mal cheiro e dores abdominais. Neste

caso não é necessário um internamento hospitalar, apenas indica-se a utilização de antibióticos por via oral, onde se obtém resultados positivos. A prevenção se faz pelo uso de antibiótico profilático (cefazolina) durante a cirurgia (MOORE, 2013).

3.11 COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO USO DE CORRENTE ELÉTRICA

Algumas complicações decorrentes de uso de corrente elétrica ou laser poderão ocorrer ocasionando lesões de órgãos e estruturas próximas ao útero perfurando a cavidade uterina. Geralmente tais perfurações acontecem quando há aproximação com miomas intramurais em úteros com paredes finas; podendo acontecer também próximo dos óstios tubários e em cicatrizes de cesárea. Grande parte das lesões abdominais surge quando acontece perfuração uterina na utilização de laser ou corrente elétrica. Quando ocorre a perfuração é necessário realizar a laparoscopia para que se possa avaliar o abdominal e eventualmente executar a laparotomia. É muito difícil utilizar a técnica de laparoscopia para investigar todo o intestino; pois caso não exista perfuração, não é preciso fazer diagnóstico durante a cirurgia. Geralmente a paciente apresenta com muita febre, dores no abdômen, sinais de peritonite e leucocitose (SESHADRI, S. et al., 2015).

3.12 OUTRAS COMPLICAÇÕES

A existência de complicações muito raras poderá acontecer como: hematometra pós cirurgia, sinéquias uterinas pós cirurgias, complicações obstétricas tais como placenta de inserção baixa, acretismo placentário e abortamentos de repetição adenomiose pós ablação endometrial por fragmentos endometriais que pela pressão, penetrariam na musculatura uterina, possível quebra de instrumentos como alças elétricas dentro da cavidade uterina (CHOLKENI, SINGH A, SASAKI KJ, 2015).

CAPÍTULO 4: PERCURSO METODOLÓGICO

Calcado na discussão apresentada nos capítulos anteriores, torna-se condição necessária que se estabeleça uma forma para trazer o rigor científico para esta pesquisa.

Nesse ponto, o valor da discussão citada atrela-se ao conjunto de procedimentos necessários para sua execução para ser considerada de valor científico. Para tanto, o presente capítulo estrutura-se para explicar o tipo de pesquisa desenvolvida, os instrumentos de captação de dados, sua abrangência e validade do ponto de vista de uma neutralidade do investigador.

Segundo Lakatos & Marconi (2011):

“O conhecimento científico é real (factual) porque lida com ocorrências ou fatos, isto é, com toda "forma de existência que se manifesta de algum modo" (Trujillo, 1974:14). Constitui um conhecimento contingente, pois suas preposições ou hipóteses têm a sua veracidade ou falsidade conhecida através da experimentação e não apenas pela razão, como ocorre no conhecimento filosófico. É sistemático, já que se trata de um saber ordenado logicamente, formando um sistema de ideias (teoria) e não conhecimentos dispersos e desconexos. Possui a característica da verificabilidade, a tal ponto que as afirmações (hipóteses) que não podem ser comprovadas não pertencem ao âmbito da ciência. Constitui-se em conhecimento falível, em virtude de não ser definitivo, absoluto ou final e, por este motivo, é aproximadamente exato: novas proposições e o desenvolvimento de técnicas podem reformular o acervo de teoria existente”.(Lakatos & Marconi 2011, p. 80)

No tangente ao aspecto epistemológico, o trabalho desenvolvido configura-se como uma pesquisa. Gil (2012) afirma que uma pesquisa pode ser definida de seguinte maneira:

“O procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema. A pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos”.

Trata-se, sobretudo, de um processo que engloba desde a formulação pertinente da premissa até a apresentação idônea dos resultados.

Yin (2011) destaca que não existe um método definitivo ou superior. Deve-se buscar uma adequação entre método, objetivo e as condições as quais a pesquisa será desenvolvida. Quanto ao tipo, Robert Yin indica que pesquisas cuja medição precisa venha a validar a hipótese do investigador sejam classificadas como quantitativas, e pesquisas derivadas de observações e estudos cujos resultados se expressem melhor, não por dados sobre quantidades, mas pela significância de seus dados, sejam classificadas como qualitativas. Pesquisas quantitativas tendem a ser utilizadas em situações em que tudo seja quantificável e demandam conhecimento e emprego de técnicas e métodos estatísticos. Denzin, N. K. e Lincoln, Y. S. (1994, APUD GIL) esclarecem que a pesquisa qualitativa implica em *“uma ênfase nos processos e significados que não são rigorosamente examinados, ou mensurados (se mensurados), em termos de quantidade, intensidade ou frequência”*. Gil (2002) nos coloca ainda que *“[...] métodos de pesquisa qualitativa estão voltados para auxiliar os pesquisadores a compreenderem pessoas e seus contextos sociais, culturais e institucionais”*.

Bervian, Cervo & da Silva (2010) apontam que uma pesquisa pode ser classificada ainda segundo seus objetivos como bibliográfica, descritiva ou experimental, enquanto Dankhe (1986, APUD SAMPIERI) classifica-as como exploratória, descritiva, correlaciona e explicativas. Gil (2012) ressalta que pesquisas exploratórias ou experimentais buscam gerar mais conhecimento sobre determinado assunto em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, facilitar a delimitação de temas de pesquisa ou descobrir novos olhares sobre determinados temas. Já pesquisas descritivas, segundo Marconi e Lakatos (2011) objetivam conhecer a natureza do fenômeno estudado, a forma como ele se constitui, as características e processos que dele fazem parte. Gil (2012) afirma que esta *“[...] tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entreas variáveis”*.

Pesquisas qualitativas de cunho exploratórias/experimentais e descritivas são as que, geralmente, são efetuadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Suas premissas e hipóteses tendem a mudar e serem refinadas durante o processo de investigação, a medida que o pesquisador se encontra imerso no ambiente de seu público de estudo e passa a tomar conhecimento de seus códigos e aspirações. Tais ocorrências se devem, em grande parte, ao fato de o pesquisador entender os códigos e os fatos por um prisma pessoal e com a maior abrangência possível, quase holístico. Nas palavras de Creswell:

“os estudos de pesquisa qualitativa aparecem como visões amplas em vez de microanálises [...]. O pesquisador usa um raciocínio complexo, multifacetado, interativo e simultâneo” (CRESWELL, APUD DIAS 2010 p.67).

Creswell (2010) ainda ressalta que dentro da pesquisa qualitativa no campo prático/social, o pesquisador pode seguir entre cinco formas de abordar o tema escolhido: a etnografia, a teoria fundamentada, o estudo de caso, a fenomenologia e a narrativa, descritos por Creswell da seguinte maneira:

Etnografia é uma estratégia de investigação em que o pesquisador estuda um grupo cultural intacto em um cenário natural durante um período de tempo prolongado, coletando principalmente dados observacionais e de entrevistas (Creswell, 2010). O processo de pesquisa é flexível e se desenvolve, tipicamente, de maneira contextual em resposta às realidades vividas encontradas no ambiente de campo (LeCompte&Schensul, 1999).

Teoria fundamentada é uma estratégia de investigação em que o pesquisador deriva uma teoria geral, abstrata, de um processo, ação ou interação fundamentada nos pontos de vista dos participantes. Esse processo envolve o uso de muitos estágios da coleta de dados e o refinamento e a inter-relação das categorias de informação (Charmaz, 2006; Strauss e Corbin, 1990, 1998). Duas características principais deste modelo são a constante comparação dos dados com as categorias emergentes e a amostragem teórica de diferentes grupos para maximizar as semelhanças e diferenças entre as informações.

Estudos de caso são uma estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos. Os casos são relacionados pelo tempo e pela atividade, e os pesquisadores coletam informações detalhadas usando vários procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo prolongado (Stake, 1999).

Pesquisa fenomenológica é uma estratégia de investigação em que o pesquisador identifica a essência das experiências humanas, com respeito a um fenômeno, descritas pelos participantes. O entendimento das experiências vividas distingue a fenomenologia como uma filosofia e também como um método, e o procedimento envolve o estudo de um pequeno número de indivíduos por meio de um engajamento extensivo e prolongado para desenvolver padrões e relações significativas (Moustakas, 1994). Nesse processo, o pesquisador inclui ou põe de lado suas próprias experiências para entender aquelas dos participantes do estudo (Nieswiadomy, 1993).

Pesquisa narrativa é uma estratégia de investigação na qual o pesquisador estuda as vidas dos indivíduos e pede a um ou mais indivíduos para contar histórias sobre suas vidas. Essas informações são, com frequência, recontadas ou re-historiadas pelo pesquisador em uma cronologia narrativa. No fim, a narrativa combina visões da vida do participante com aquelas da vida do pesquisador em uma narrativa colaborativa (Clandinin e Connelly, 2000).(CRESWELL, 2010 p.37-38)

Na maioria dos casos, a validade de uma pesquisa não é facilmente comprovada. Na pesquisa qualitativa, problemas como a validade científica do estudo

ou o caráter subjetivo/objetivo do investigador são constantemente trazidos à baila. Já que o pesquisador está imerso no processo de produção de conhecimento, torna-se impreterível que o mesmo reconheça a subjetividade inerente ao processo, no sentido de estabelecer uma objetividade.

“Na perspectiva de Guba (1981) e Guba e Lincoln (1988), todo o processo de pesquisa precisa de apresentar um valor próprio (truthvalue), aplicabilidade (applicability), consistência (consistency) e neutralidade (neutrality) de forma a ter valor científico. Assim, o rigor procurado, usando um paradigma quantitativo, é conseguido usando critérios de validade interna e externa, fiabilidade e objectividade, num paradigma qualitativo procura-se a confiabilidade (trustworthiness) usando como critérios a credibilidade (credibility, ou seja a capacidade dos participantes confirmarem os dados), a transferibilidade (transferability, ou seja, a capacidade de os resultados do estudo serem aplicados noutros contextos), a consistência (dependability, ou seja, a capacidade de investigadores externos seguirem o mesmo método usado pelo investigador) e a aplicabilidade ou confirmabilidade (confirmability, ou seja, a capacidade de outros investigadores confirmarem as construções do investigador) (Lincoln &Guba, 1991)”.(MIRANDA,2009).

Uma das maneiras de assegurar essa relação de validade, neutralidade e confiabilidade é através da triangulação de dados. Consiste em combinar dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados numa mesma pesquisa para que se possa obter como resultado final um retrato mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa do fenómeno a analisar. A maior diversidade e integração de métodos produzem uma maior confiança nos resultados. Outro ponto de valor nessa estratégia consiste no fato de que se pode atingir o melhor de cada método, uma vez que pontos fracos de uma abordagem são supridos pelas qualidades de outra abordagem no mesmo quesito, reforçando as qualidades umas das outras e permitindo que se supram possíveis deficiências.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia empregada neste estudo trata-se de uma pesquisa de natureza quali/ quantitativa e descritiva, onde se utilizou dados do processo produtivo já existente. Consiste em um estudo de caso realizado através da avaliação de teste diagnóstico em pacientes, sendo o teste o diagnóstico histeroscópico da cavidade endometrial e o padrão ouro o resultado da histologia do endométrio. Os estudos realizados envolveram os diagnósticos patológicos: pólipos, endometrite, hiperplasia endometrial, sinéquias, mioma.

4.2 AMOSTRA E CRITÉRIO DE AMOSTRAGEM

De um universo de 188pacientesque realizaram videohisteroscopias na clínica, foram selecionadas 50 amostras que tiveram indicação clínica para investigação da cavidade uterina.

A amostra é uma parte que foi retirada do universo por meio da qual se estabelece ou aproxima as características do universo, ou seja, a amostra é uma porção do universo escolhida conforme algum critério de representatividade (VERGARA 2011).

Segundo Fachin (2013), apoiado por amostras representativas o observador pode delimitar o universo através da amostragem. O pesquisador escolhendo uma amostra que represente o mais fielmente o universo pesquisado, pode através da coerência, fazer análises da população.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A) Foram incluídas no trabalho as pacientes com as seguintes indicações para a realização do exame histeroscópico:

- **sangramento uterino anormal (SUA):** Foi considerado como sangramento uterino anormal desvios do fluxo menstrual quanto à quantidade (80 ml/dia); freqüência (ciclos < 21 dias ou > 35 dias); duração (7dias de fluxo menstrual) e sangramento pós-menopáusico.24', 25', 26', 27', 28; pacientes assintomáticas com achados de anormalidades na cavidade uterina à ultrasonografia de rotina, após indicação do ginecologista responsável. As suspeitas de achados anormais à ultra-sonografia consideradas foram: pólipos endometriais, miomas submucosos, hiperplasias endometriais e carcinomas endometriais.

b) Foram excluídos desta pesquisa mulheres nas quais, por qualquer condição, não foi possível a realização completa do exame histeroscópico ou a realização da coleta de material da cavidade uterina para estudo anatomopatológico.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados das 50 pacientes avaliadas foi de acordo com a idade, número de gestações referidas, medicação hormonal em uso e indicações da histeroscopia. Em seguida, avaliaram-se os diagnósticos histopatológicos do material obtido por biópsia orientada por histeroscopia, em ordem de frequência segundo a faixa etária

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Esta pesquisa abordou primeiramente a análise qualitativa dos dados, através da análise de conteúdo, e posteriormente a análise quantitativa através da verificação dos resultados dos exames realizados por histeroscopia.

Segundo Gil (2012), no processo de análise de dados, pode-se inicialmente reduzi-los, categorizá-los e interpretá-los antes da composição do estudo. Ainda segundo este autor, a análise de dados pode ser feita de duas formas: qualitativa e quantitativa.

De acordo Marconi e Lakatos (2011), na análise de conteúdo o pesquisador faz uma análise detalhada do conteúdo adquirido com o objetivo de estabelecer correlação com as conjecturas estabelecidas.

Segundo Beuren (2008), a análise de conteúdo está fortemente ligada aos objetivos do projeto de pesquisa, logo o pesquisador necessita de um senso crítico sobre o assunto para poder sustentar os dados coletados.

Foi observada inicialmente a descrição das pacientes de acordo com a idade, número de gestações referidas, medicação hormonal em uso e indicações da histeroscopia. Em seguida. Avaliaram-se os diagnósticos histopatológicos do material obtido por biópsia orientada por histeroscopia, em ordem de frequência segundo a faixa etária.

Após a categorização dos dados, a partir das respostas dos estudos detalhados e dos exames realizados, foi possível o pesquisador interpretar, categorizar e quantificar os resultados obtidos.

Toda a documentação dos achados histeroscópicos foi realizada através de registros por relatórios operatórios escritos e individuais e através de fotos coloridas (quatro exposições por paciente).

5 RESULTADOS

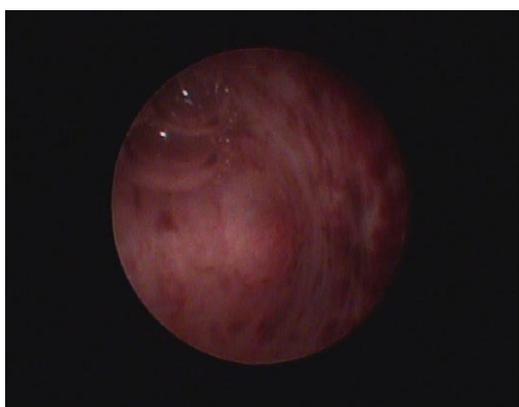
Os resultados atestaram que das 50 pacientes analisadas obteve-se 53 patologias, pois algumas pacientes no exame tiveram mais de um diagnóstico, porém as mulheres atendidas receberam alta até 24 horas seguintes ao procedimento.

As figuras a seguir correlacionam aos achados histeroscópicos e anatomopatológicos freqüentes em alguns pacientes

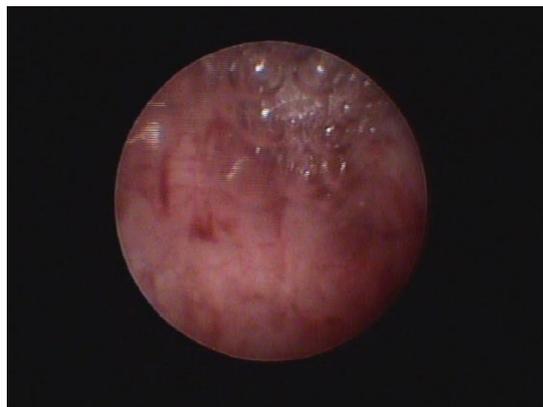
A fotografia da cavidade endometrial apresenta-se grande quantidade de conteúdo hemático em seu interior, realizada a retirada de coágulos, sendo observados focos de endometrite aguda difusa. O óstio tubário direito visível e sem anormalidades, conforme mostra a figura 3..

Figura 3: Fotografia da cavidade endometrial

PAREDE LATERAL DIREITA



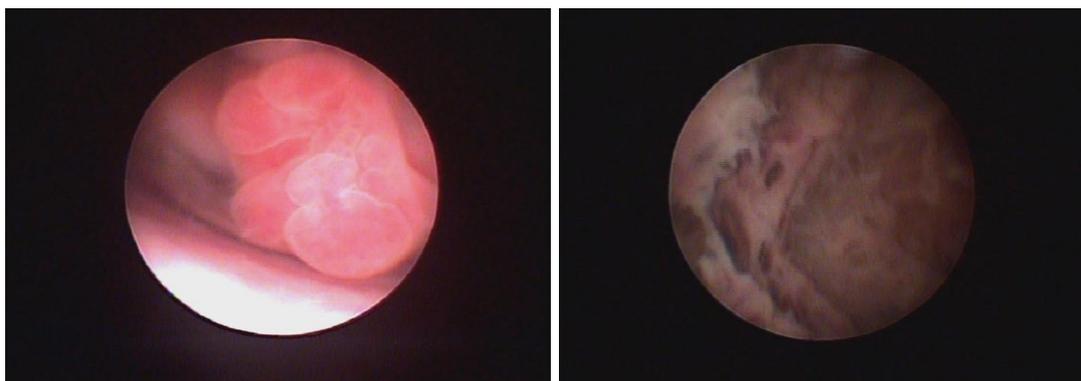
PAREDE POSTERIOR



Fonte: Conteúdo do próprio autor

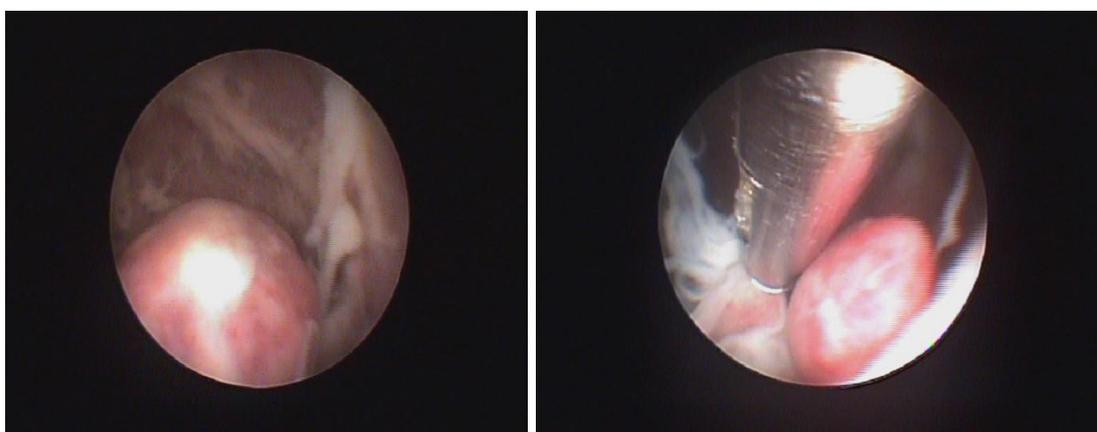
A figura abaixo mostra o canal apresentando pólipos cervical aproximadamente de 0,8cm. A cavidade endometrial apresenta múltiplas sinéquias frouxas, principalmente em parede lateral direita, além do pólipo em parede posterior parcialmente sésil de aproximadamente 2 cm. O endométrio se apresenta medicamentoso. O óstio tubário esquerdo e direito estão visíveis e sem anormalidades.

Figura 4: o canal apresentando pólipos cervical



PÓLIPO CERVICAL

SINÉQUIAS

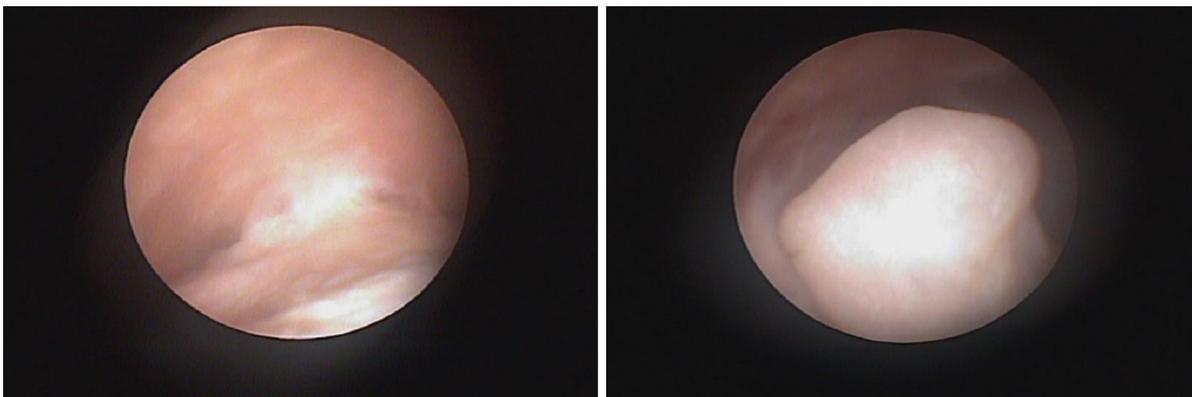


PÓLIPOPÓLIPO

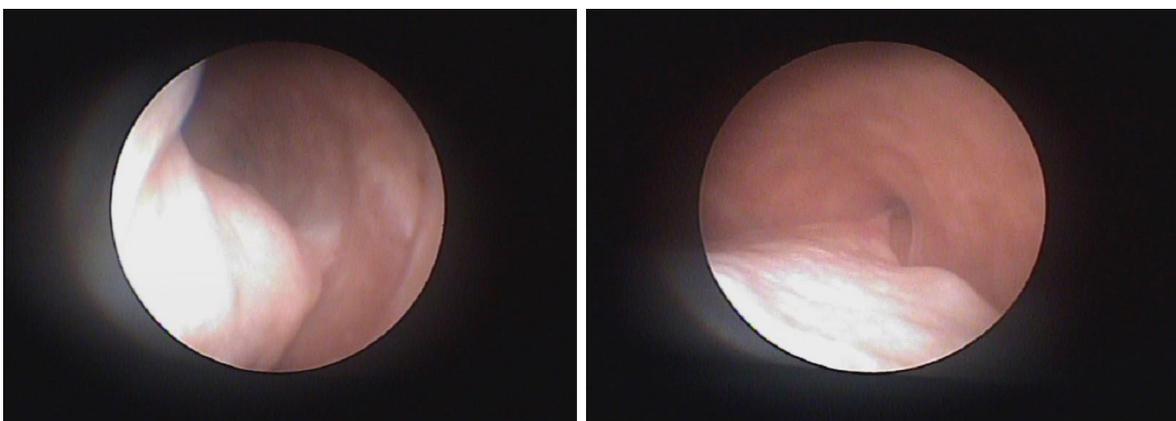
Fonte: Conteúdo do próprio autor

A fotografia a seguir mostra um laudo de videohisteroscopia de uma mulher de 67 anos, apresentando canal pélvico atrofiado, cuja cavidade endometrial é volumosa, o pólipo com característica fibrocística em parede posterior ocupando 2/3 da cavidade, o endométrio atrofico com espessura de 2mm, sendo que o óstio tubário esquerdo não foi visualizado, óstio tubário direito foi visível e não apresentou anormalidades. Como procedimento auxiliar realizou-se uma biópsia do material.

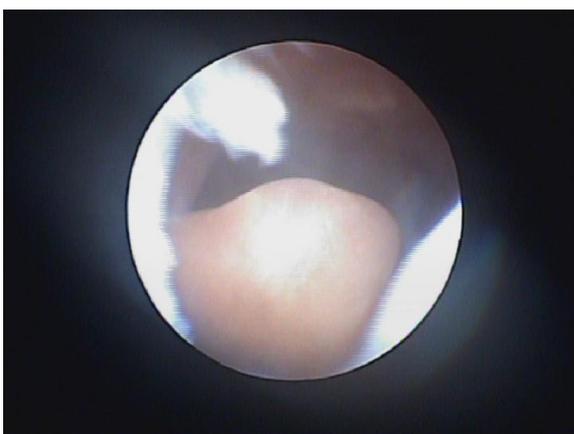
Figura 5: Laudo de videohisteroscopia de uma mulher de 67 anos,



PAREDE ANTERIOR



ÓSTIO TUBÁRIO ESQUERDO



PÓLIPO

Fonte: Conteúdo do próprio autor

Com o objetivo de avaliar a associação dos principais achados endometriais encontrados como: endométrio normal, póli­po endometrial, mioma submucoso, hiperplasia endometrial, carcinoma, endométrio atrófico e patologia disfuncional e as

variáveis: anticoncepcional oral, paridade, terapia de reposição hormonal, obesidade, hipertensão arterial sistêmica diabetes mellitus, foi utilizado o método o estatístico de Análise de Correspondência Múltipla. Após a realização desta análise, foram eliminados os achados de mioma submucoso e carcinoma endometrial por pertencerem a grupos de baixa representatividade numérica (11 e 3 casos, respectivamente). Pelo mesmo motivo, foram eliminados 14 casos, do total (50), por pertencerem ao grupo de associação de achados (outros).

Portanto, a Tabela I, apresenta-se a freqüência total de histeroscopias segundo a faixa etária onde a idade das pacientes avaliadas variou de 21-69 anos. Observou-se que 17 pacientes (34%) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos e 14 pacientes (28%) encontravam-se na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos totalizando 31 pacientes (62%). Entre 21 e 29 anos, observou-se 6 casos (12%), e 61 a 69 anos observou-se 9 casos, totalizando 18% e finalmente, entre 51 e 59 anos houve 4 casos constituindo um percentual de 8%.

TABELA I - Total de histeroscopias realizadas e a distribuição segundo a faixa etária dos grupos

Faixa etária	Frequência	%
20 – 29	06	12
30 – 39	14	28
40 – 49	17	34
50 – 59	04	08
60 – 69	09	18
Total Geral	50	100

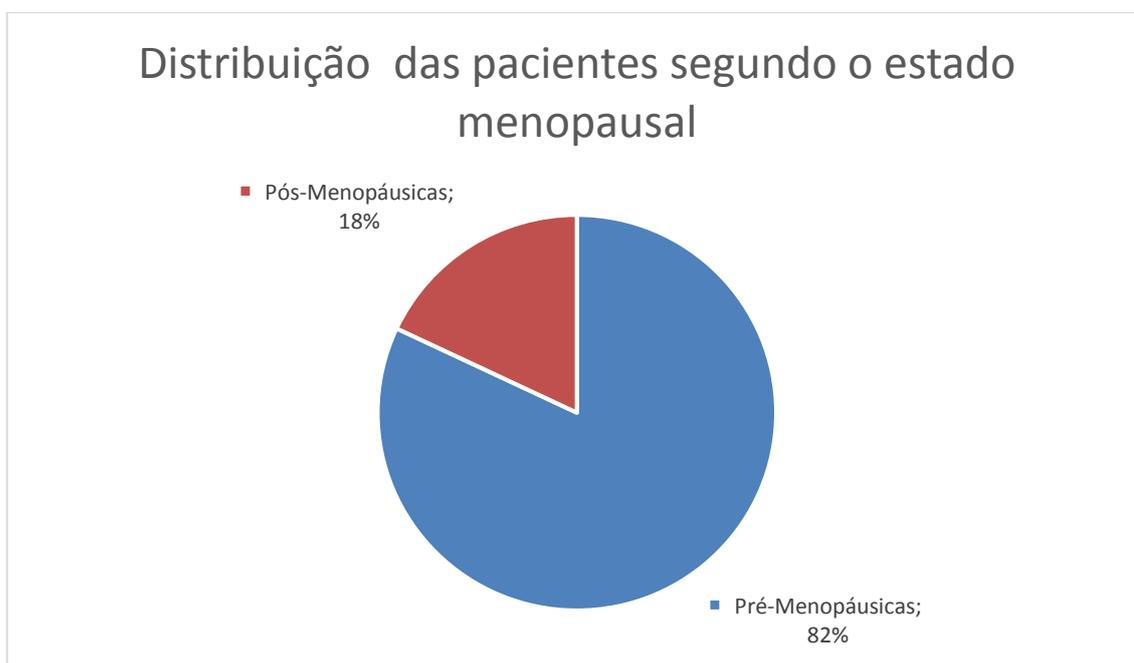
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Na Tabela II constata-se resultados histeroscópicos geral de acordo com a condição pré ou pós-menopáusia das pacientes. Verificou-se que 82% dos exames realizados foram em mulheres que apresentavam condições na pré-menopausa; constituindo um universo de 41 mulheres.

TABELA II - Distribuição das pacientes segundo o estado menopausal

Estado Menopausal	N° de casos	%
Pré- Menopáusicas	41	82
Pós- Menopáusicas	09	18
Total Geral	50	100

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



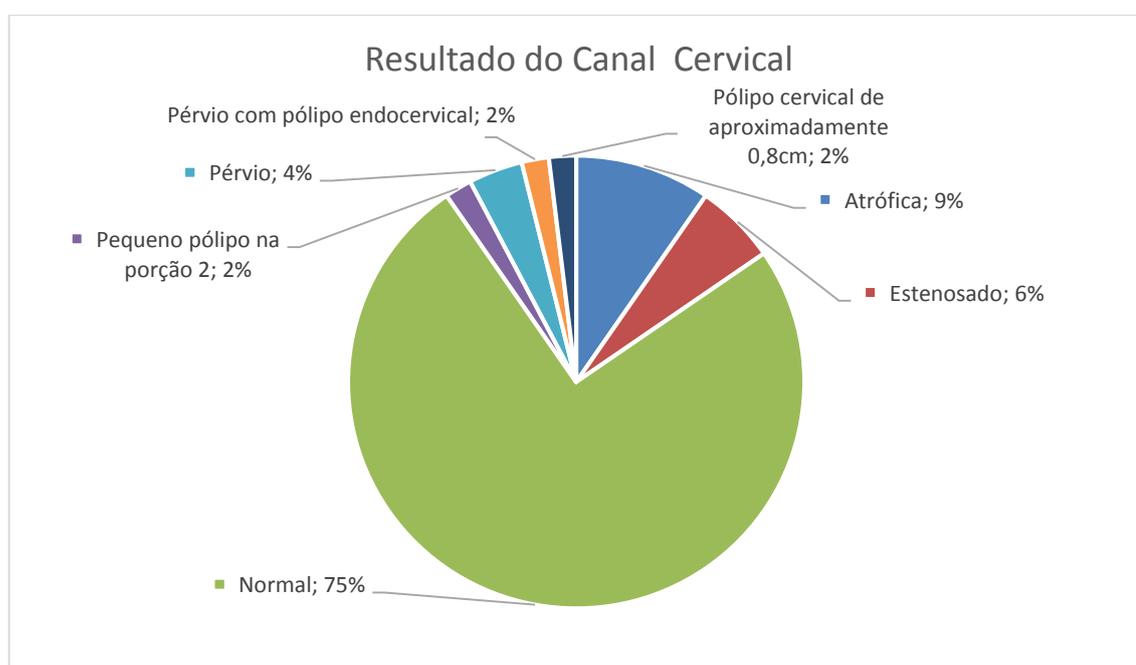
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Em seguida, foi analisado o canal pélvico onde verificou-se que 74% delas não apresentavam nenhuma anormalidade; porém 5 pacientes apresentaram um canal atrófico, significando atrofia ou seja, não conseguiu desenvolver por completo; sendo que 3 pacientes demonstraram ter um canal estreito ou seja estenosado equivalente a 6% da amostra constituída.

TABELA III –Resultado do Canal Cervical

Canal	Frequência
Atrófica	05
Estenosado	03
Normal	37
Pequeno pólipó na porção	201
Pérvio	02
Pérvio com pólipó endocervical	01
Pólipó cervical de aproximadamente 0,8cm	01
Total Geral	50

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



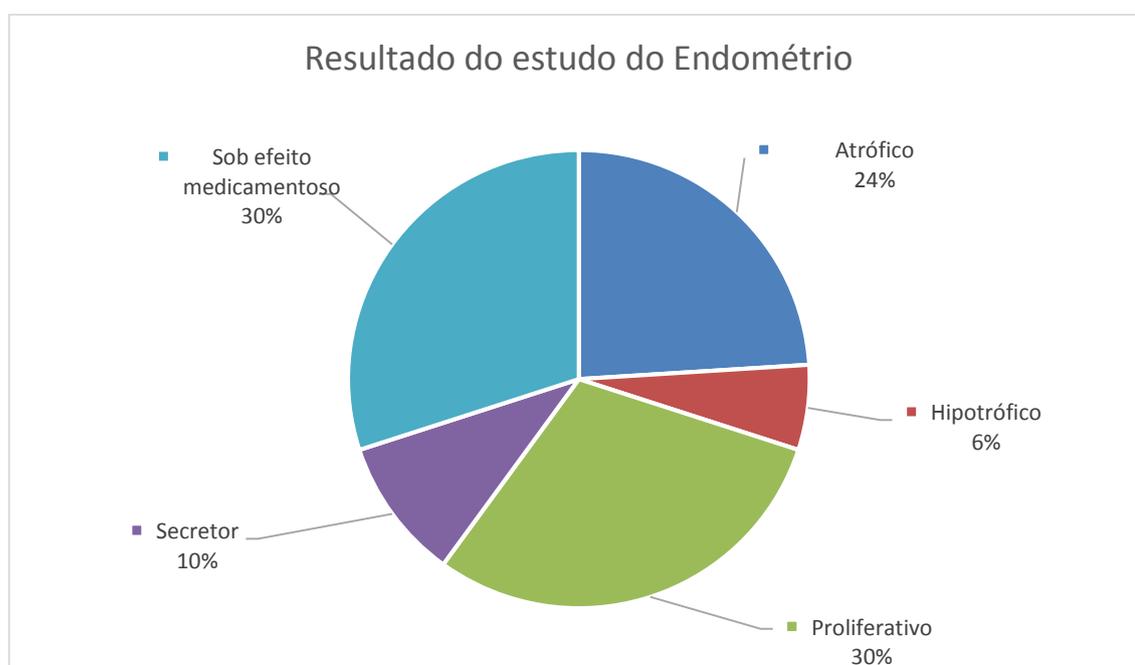
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Para melhor detalhamento foi feito também um estudo do endométrio das pacientes os quais dados encontrados são especificados na tabela a seguir; ressaltando que 15 das mulheres examinadas estão sob tratamento medicamentoso e 15 mulheres encontra-se no estado proliferativo.

TABELA IV- Resultado do estudo do Endométrio

Rótulos de Linha	Frequência
Atrófico	12
Hipotrófico	03
Proliferativo	15
Secretor	05
Sob efeito medicamentoso	15
Total Geral	50

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



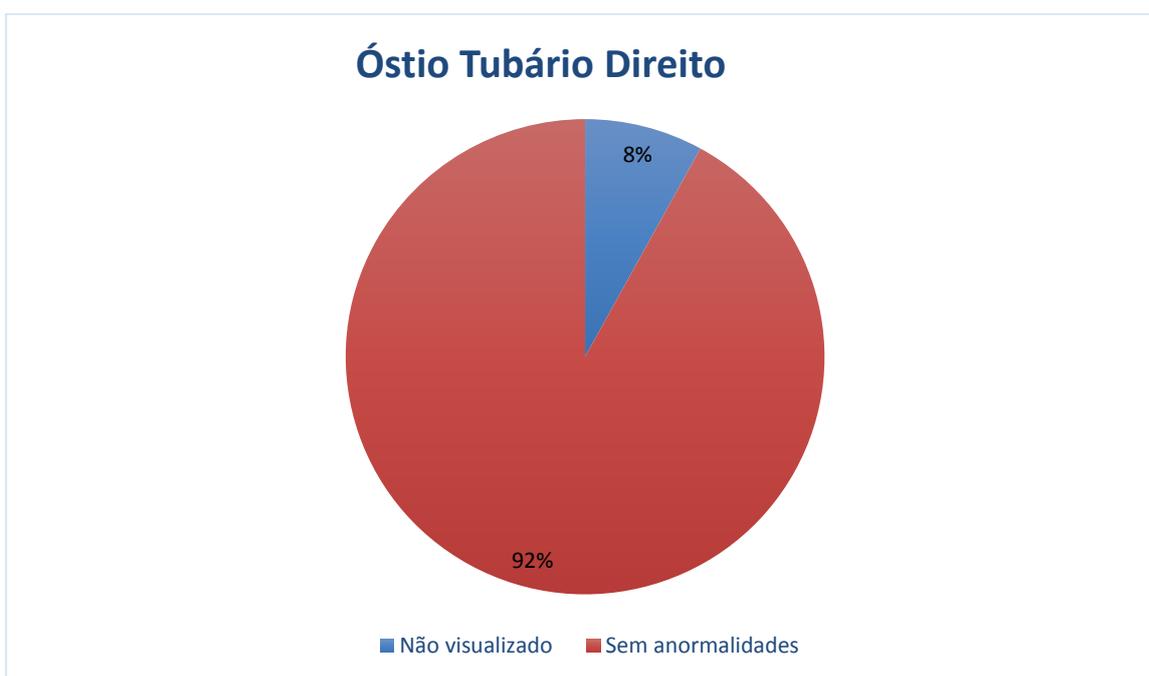
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Na amostragem realizada foi possível verificar que 46 mulheres apresentaram o óstio tubário direito sem anormalidades, correspondendo um total de 92%. E que 8% das pacientes não se concretizou a visualização do óstio direito.

TABELA V- Resultado dos exames de Óstio Tubário Direito das pacientes

Óstio Direito	Frequência
Não Visualizado	04
Sem Anormalidades	46
Total Geral	50

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



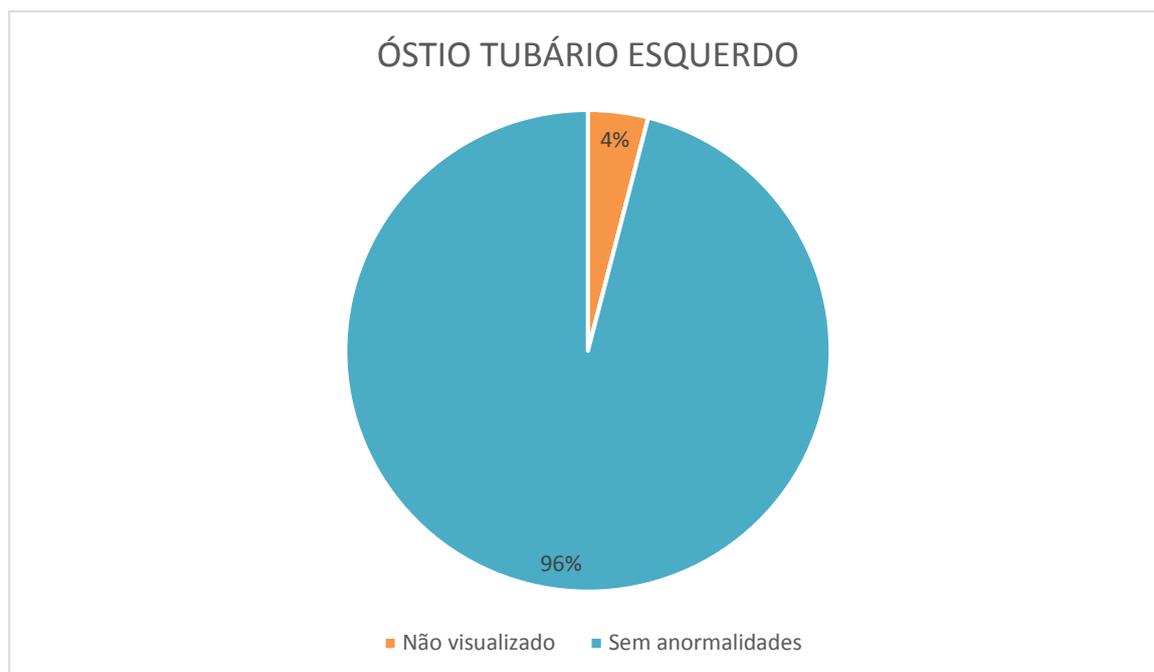
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Prosseguindo com a realização dos exames histeroscópicos, verificou-se que no óstio esquerdo da amostra de pacientes estudadas, 96% apresentaram-se sem anormalidades; ou seja, um total de 48 mulheres; mediante a um percentual de 4% das pacientes não sendo possível visualizar o óstio esquerdo.

TABELA VI- Resultado do estudo do Óstio Tubário Esquerdo das pacientes

Óstio Esquerdo	Frequência
Não Visualizado	02
Sem Anormalidades	48
Total Geral	50

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



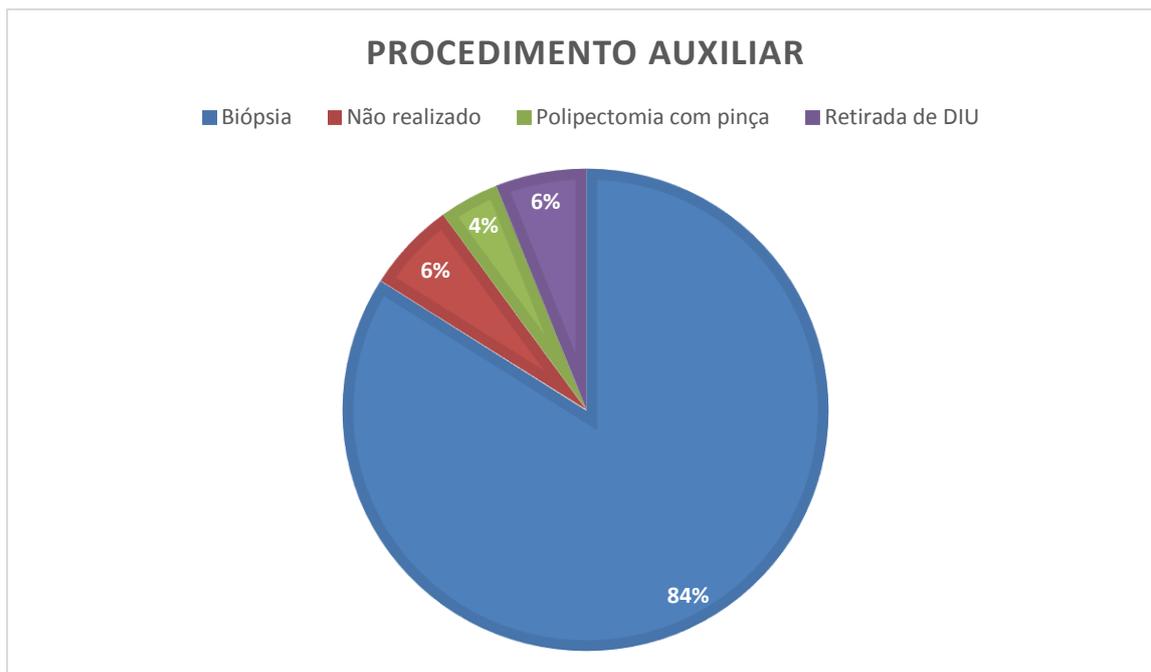
Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

Quanto a realização de procedimentos auxiliares constatou-se que 84% das pacientes fizeram a biópsia, 4% realizaram o procedimento de polipectomia com pinça, 6% não realizaram nenhum procedimento e finalmente, 6% submeteram a retirada de DIU.

TABELA VII- Medidas tomadas para Procedimentos Auxiliares

Procedimento auxiliar	Frequência
Biópsia	42
Não realizado	03
Polipectomia com pinça	02
Retirada de DIU	03
Total Geral	50

Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)



Fonte: Clínica privada do Autor (Jan/2019 a set./ 2020)

6 DISCUSSÃO

Foram registrados dados de idade, cavidade endometrial, endométrio, óstio tubário direito, óstio tubário esquerdo e procedimento utilizado. Após a realização do método da histeroscopia diagnóstica concluída nas pacientes, foi possível verificar que todas as anomalias uterinas as quais poderão afetar negativamente a receptividade do endométrio e a implantação. Ao tomar conhecimento desta informação foi necessário direcionar e realizar o tratamento adequado.

Segundo Lopes (2015), tal método avalia a cavidade uterina e diagnostica definitivamente o tratamento da patologia encontrada, a qual está afetando a fertilidade feminina, tornando um procedimento indolor, rápido e livre de complicações. A histeroscopia é considerada um método preciso e para avaliar e tratar a enfermidade uterina melhorando as taxas de concepção em períodos de tempo menores.

Ficou evidente que ao realizar o tratamento histeroscópico dos miomas submucosos em algumas pacientes, estes cresceram consideravelmente, as taxas de gravidez em pacientes submetidas a procriação medicamente assistida (PMA), onde foi recomendado o tratamento destes miomas com ressecção histeroscópica completa de forma a alcançar uma gravidez. Denomina-se de miomas uterinos o crescimento originado pelo tecido muscular liso e contendo um componente variável de tecido conjuntivo (YELA DA, HIDALGO SR, PEREIRA KCHM, GABIATTI JRE, MONTEIRO IMU, 2011).

Foi verificado que as sinéquias manifestaram presentes em 0,3% a 14% das pacientes inférteis, podendo estar associadas a infertilidade devido à obstrução dos orifícios tubária ou a uma obstrução mecânica do canal cervical. Podendo também ser decorrente a abortos ao quais poderão ter prejudicado a implantação e desenvolvimento da placenta.

Ressalta-se que o resultado final da histeroscopia diagnóstica realizada nas pacientes é a somatória do exame endoscópico com o resultado do exame anatomopatológico da biópsia endometrial.

Finalmente, as avaliações de 50 pacientes realizadas com histeroscopia diagnóstica foram seguidas de biópsia de endométrio com pinça histeroscópica e comparou-se a conformidade da biópsia endometrial às cegas com a da histeroscopia para lesões intrauterinas. Não houve a existência de material considerado insuficiente, mesmo sendo o material obtido por biópsia dirigida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral dessa pesquisa consistiu em analisar as principais patologias e procedimentos utilizados para o estudo de variedades diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020.

Tendo como pergunta de pesquisa: Quais são as principais indicações e procedimentos utilizados para o estudo de variedades de patologias diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020?

Como resposta a pergunta proposta e ao objetivo de pesquisa compreende-se que estudo demonstrou as patologias diagnosticadas por histeroscopia foram encontradas a presença de os pólipos endometriais, seguidos por endometrite integraram os diagnósticos histeroscópicos mais freqüentes.

O estudo apresentou uma correlação anátomo-endoscópica elevada para pólipos endometriais, endométrio atrófico, miomas submucosos e, contudo, baixa para hiperplasias endometriais. Portanto, não se pode afirmar a existência de um padrão de associação na amostra estudada, entre os achados endometriais e as variáveis pesquisadas.

Ressalta-se variadas existências de opções terapêuticas disponíveis no tratamento do sangramento uterino anormal devendo ser utilizadas de modo racional para que possa ser permitido o seu controle, podendo ser reservados os procedimentos cirúrgicos para as situações mais específicas, e assim evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Finalmente, é percebido que a histeroscopia é um avanço tecnológico e científico, tanto para diagnóstico como para tratamento cirúrgico, essencial nos dias atuais.

Para pesquisas futuras sugere estudos minuciosos para que possa acontecer a ampliação do conhecimento nessa área, onde possam surgir mais equipamentos contendo diâmetros cada vez menores, permitindo procedimentos menos invasivos e preciso, melhorando assim o atendimento e a satisfação das pacientes.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNECOLOGISTS (ACOG). The Role of Transvaginal Ultrasonography in the Evaluation of Postmenopausal Bleeding. **ObstetGynecol**, v. 114, n. 440, p. 409–411, 2009.

ALI, A. **Risk factors for endometrial cancer**. *Ceskagyneekologie*, v. 78, n. 1, p. 448–459, 2013.

ANGIONI, S. et al. Detection of Benign Intracavitary Lesions in Postmenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding: A Prospective Comparative Study on Outpatient Hysteroscopy and Blind Biopsy. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, v. 15, n. 1, p. 87–91, 2008.

ARMSTRONG, A. J. et al. Diagnosis and Management of Endometrial Hyperplasia. **Journal of Minimally Invasive Gynecology**, v. 19, n. 5, p. 562–571, 2012.

AZEVEDO, J. M. da R. de et al. **Endometrial polyps: when to resect?** **ArchivesofGynecologyandObstetrics**, v. 293, n. 3, p. 639–643, 2016.

BARCELOS, R. S.; ZANINI, R. de V.; SANTOS, I. da S. dos. Menstrual disorders among women 15 to 54 years of age in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2333–46, 2013.

BARROSO, SG; RANGEL, M; BARROSO, PRM; LASMAR, RB; OLIVEIRA, MAP; DIAS, R. Uma proposta de ensino da videoendoscopia ginecológica em nível de pós-graduação. **RevistaFemina**. Rio de Janeiro. vol 33, nº 6 p. 423 – 427, 2005.

BETTOCCHI, S. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. **Fertility and Sterility**, v. 75, n. 4, p. 803–805, abr. 2002.

BETTOCCHI, S. et al. What does “diagnostic hysteroscopy” mean today? The role of the new techniques. **Current Opinion in Obstetrics & Gynecology**, v. 15, n. 4, p. 303–8, 2003.

BRADLEY, L. D.; GUEYE, N. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 1, p. 31–44, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do SUS**. DATASUS. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em 22 janeiro, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) Estimativa 2018 Incidência de Câncer no Brasil. RIO DE JANEIRO 2018 BRASIL

BOKHMAN, J. V. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. **Gynecologic Oncology**, v. 15, n. 1, p. 10–17, 1983.

BOSCH, T. VAN DEN et al. **Endopap®- versus Pipelle®-sampling in the diagnosis of postmenopausal endometrial disease. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 64, n. 1, p. 91–94, 1996. 76

BOZZINI (1806) "Lichtleiter, eine Erfindung zur Anschauung innerer Teile und Krankheiten, nebst der Abbildung" (Light conductor, an invention for viewing internal parts and diseases, together with illustrations), *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst (Journal of Practical Medicine and Surgery)*, **24** : 107-124.

BUTTRAM, V. C.; GIBBONS, W. E. Müllerian anomalies: a proposed classification. (An analysis of 144 cases). **FertilSteril**, v. 32, n. 1, p. 40-6, Jul 1979. ISSN 0015-0282. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/456629>>.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIAZZE, L. et al. The Length and Variability of the Human Menstrual Cycle. **JAMA: Association The Journal of the American Medical**, v. 203, n. 6, p. 377, 1968.

CLARK, T. J. et al. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. **BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 109, p. 313–321, 2002.

CLARK, T. J.; STEVENSON, H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): **What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, p. 89–104, 2017.

CLEVENGER-HOEFT, M. et al. Sonohysterography in Premenopausal Women With and Without Abnormal Bleeding. **Obstetrics and Gynecology**, v. 94, n. 4, p. 516–520, 1999.

CORNIER, E. The Pipelle: a disposable device for endometrial biopsy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 148, n. 1, p. 109–110, 1984.

CHOLKENI, SINGH A, SASAKI KJ. **Hysteroscopy for Infertile Women: A Review. J Minim Invasive Gynecol**. Elsevier Ltd; 2015;22(3):353–62.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010

CRISPI, C. P.; OLIVEIRA, F. M. M.; JUNIOR, J. C. D.; OLIVEIRA, M.A.P.; RIBEIRO, P. A. G. **Tratado de Vídeoesoscopia e cirurgia minimamente invasiva em ginecologia**. 3ª edição. Rio de Janeiro. Ed Revinter, 2012.

DAMAIN JC, SOARES T, FREITAS WA, et al. **Material e instrumental. Tratado de videoendoscopia e cirurgia minimamente invasiva em ginecologia**. Editora Livraria e Editor Levinter Ltda. 2007, pag. 687-710.

DAMAIN JC, MENNCAGLIA, et al. **Vaginoscopic versus conventional approaches to outpatient diagnostic hysteroscopy: a two-centre randomized prospective study**. *HumReprod*. 2009;21(11):2996-3000.

DEMIRKIRAN, F. et al. Which is the best technique for endometrial sampling? Aspiration (pipelle) versus dilatation and curettage (D&C). **Archives of Gynecology 77 and Obstetrics**, v. 286, n. 5, p. 1277–1282, 2012.

DIJKHUIZEN P. H. L. J., F. et al. **The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: A meta-analysis**. *Cancer*, v. 89, n. 8, p. 1765–1772, 2000
DU, J. et al. Endometrial sampling devices for early diagnosis of endometrial lesions. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, v. 142, n. 12, p. 2515– 2522, 2016.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DEWAAY, D. J. et al. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. **ObstetGynecol**, v.100, n. 1, p. 3-7, Jul 2002. ISSN 0029-7844. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100797> .

DOTTO, J. E.; LEMA, B.; HAMOU, J. Classification of microhysteroscopic images and their correlation with histologic diagnoses. **J Am Assoc GynecolLaparosc**, v. 10, n. 2, p. 233-46, May 2003. ISSN 1074-3804. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12732778>.

DUSKA, L. R. et al. **Endometrial cancer in women 40 years old or younger**. *GynecologicOncology*, v. 83, n. 2, p. 388–93, 2001

DONADIO, N. NETO, L. C. **A. Consenso Brasileiro em Videoendoscopia Ginecológica**. 1ª edição. São Paulo. 2011.p.325-328.

F EDDOWES, H. A.; READ, M. D.; CODLING, B. W. Pipelle: a more acceptable technique for outpatient endometrial biopsy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 97, n. 10, p. 961–962, 1990.

ELSANDABESE, D.; GREENWOOD, P. The performance of Pipelle endometrial sampling in a dedicated postmenopausal bleeding clinic. *Journal of Obstetrics and Gynaecology : the Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, v. 25, n. 1, p. 32–4, 2005.

EMONS, G. et al. **New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias**. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, v. 75, n. 2, p. 135-136, 2015

EVANS-METCALF, E. R. et al. **Profile of Women 45 years of Age and Younger With Endometrial Cancer. *Obstetrics and Gynecology***, v. 91, n. 3, p. 349–54, 1998.

FARRELL, T. et al. The significance of an “insufficient” Pipelle sample in the investigation of post-menopausal bleeding. ***Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica***, v. 78, n. 9, p. 810–2, 1999.

FATEMI, H. M. et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. ***Hum Reprod***, v. 25, n. 8, p. 1959–65, Aug 2010. ISSN 1460-2350. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20570971>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA e OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação Ginecologia Oncológica**, p. 52 e p.70. 2010. 78.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. ***International Journal of Cancer***, v. 136, n. 5, p. E359–E386, 2015.

FERRAZZI, E. et al. **Sonographic endometrial thickness: a useful test to predict atrophy in patients with postmenopausal bleeding.** An Italian multicenter study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1996.

FRASER, I. S. et al. **The FIGO Recommendations on Terminologies and Definitions for Normal and Abnormal Uterine Bleeding.** *Semin Reprod Med*, v. 29, p. 383–390, 2011.

FILOGÔNIO, I. D. de S. et al. Accuracy of Hysteroscopic View in the Diagnosis of Intrauterine Pathology: A Brazilian Experience. ***Journal of Gynecologic Surgery***, v. 26, n. 1, p. 23–30, mar. 2010.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E.P. **Rotinas em Ginecologia**. 6ª edição. Porto Alegre: editora artmed, 2011. 736.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas 2002.

GIUSA-CHIFERI, M. G. et al. Transvaginal ultrasound, uterine biopsy and hysteroscopy for postmenopausal bleeding. ***International Journal of Gynecology & Obstetrics***, v. 55, n. 1, p. 39–44, out. 1996.

GOLDSTEIN, SR. Modern evaluation of the endometrium. ***Obstet Gynecol.*** 2010;116(1):168-76.

GOLDSTEIN, S. R. The endometrial echo revisited: Have we created a monster? ***American Journal of Obstetrics and Gynecology***, v. 191, n. 4, p. 1092–1096, 2004.

GOYAL, B. K. et al. Transvaginal sonography versus hysteroscopy in evaluation of abnormal uterine bleeding. ***Med J Armed Forces India***, v. 71, n. 2, p. 120-5, Apr

2015. ISSN 0377-1237. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859072>

GROVES, E. On the Diagnosis of Malignant Disease of the Body of the Uterus. **Bristol Medical-Chirurgical Journal**, v. 21, n. 80, p. 128–137, 1903.

GUIDO, R. S. et al. Pipelle Endometrial Sampling - Sensitivity in the Detection of Endometrial Cancer. *Journal of Reproductive Medicine*, 1995.

GULL, B. et al. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 188, n. 2, p. 401–408, 2003.

GOLDCHMIT, R. et al. The Accuracy of Endometrial Pipelle Sampling With and Without Sonographic Measurement of Endometrial Thickness. **Obstetrics and Gynecology**, v. 82, n.5, p. 727-730, 1993.

HALLBERG, L. et al. Menstrual Blood Loss—A Population Study: Variation at different ages and attempts to define normality. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 45, n. 3, p. 320–351, 1966.

HANEGEM, N. VAN et al. The accuracy of endometrial sampling in women with postmenopausal bleeding: A systematic review and meta-analysis. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 197, p. 147–155, 2016.

IRAM, S.; MUSONDA, P.; EWIES, A. A. A. Premenopausal bleeding: When should the endometrium be investigated?-A retrospective non-comparative study of 3006 women. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 148, n. 1, p. 86–89, 2010.

KROON, C. D. DE et al. Technology assessment of saline contrast hysterosonography. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 188, n. 4, p. 945–949, 2003. LEE, D. O.; JUNG, M. H.; KIM, H. Y. Prospective comparison of biopsy results from curettage and hysteroscopy in postmenopausal uterine bleeding. **The journal of obstetrics and gynaecology research**, v. 37, n. 10, p. 1423–6, 2011

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2004.

LOPES, R. G. C. O Endométrio. Atheneu, 2011. MATSUO, K. et al. Prediction of concurrent endometrial carcinoma in women with endometrial hyperplasia. **Gynecologic Oncology**, v. 139, n. 2, p. 261–267, 2015.

MARCH, C. M.; ISRAEL, R.; MARCH, A. D. Hysteroscopic management of intrauterine adhesions. **Am J ObstetGynecol**, v. 130, n. 6, p. 653-7, Mar 1978. ISSN 0002-9378. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/637078>

MENCAGLIA, L.; ALBUQUERQUE NETO, L. C. DE .**Histeroscopia Diagnóstica. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. MORICE, P. et al. Endometrial cancer**. *The Lancet*, v. 387, n. 10023, p. 1094– 1108, 2016.

MUNRO, M.; CRITCHLEY, H.; FRASER, I. Research and clinical management for women with abnormal uterine bleeding in the reproductive years: More than PALMCOEIN. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 124, n. 2, p. 185–189, 2017.

MUNRO, M. G. Practical aspects of the two FIGO systems for management of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, v. 40, p. 3–22, 2017.

MUNRO, M. G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age; for the FIGO 80 Working Group on Menstrual Disorders. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 113, p. 3–13, 2011.

MELKI L. A. H., OLIVEIRA M. A. P., FILHO V. T., ASSUMPÇÃO A. M. B., OLIVEIRA H.C. **Dilatação e curetagem no sangramento uterino anormal: achados histopatológicos e relação custo/benéfico.** Rio de Janeiro. *RBGO*. 22(8): 495-502, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** *Vigitel Brasil 2016.* Brasília, 2016

MOORE AA. **Heavy menstrual bleeding.** *AdvNPsPAs*. 2013; 4(1):21-3.

OSTHOFF L.; SOARES A.; KOCH H.A. Videohisteroscopia da imagem endometrial alterada: uma avaliação crítica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro vol.34(6) p. 401-406. Dez 2007.

PHÉLIPPEAU, J. et al. Preoperative diagnosis of tumor grade and type in endometrial cancer by pipelle sampling and hysteroscopy: Results of a French study. *Surgical Oncology*, v. 25, n. 4, p. 370–377, 2016. Pipelle®: Endometrial Suction Curette. Instructions for use. Coopersurgical REZK, M.; SAYYED, T.; DAWOOD, R. The Effectiveness and Acceptability of Pipelle Endometrial Sampling versus Classical Dilatation and Curettage: A Three-Year Observational Study. *Gynecologic and obstetric investigation*, 2016.

RODRIGUEZ, G. C.; YAQUB, N.; KING, M. E. A comparison of the Pipelle device and the Vabra aspirator as measured by endometrial denudation in hysterectomy specimens: The Pipelle device samples significantly less of the endometrial surface than the Vabra aspirator. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 168, n. 1, p. 55–59, 1993. ROL Hierarquizado Unimed Curitiba (RHUC), 3. ed. Curitiba, 2016 ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Best Practice in Outpatient Hysteroscopy Royal College. Green-top Guideline n.59, mar. 2011.

SANAM, M.; MAJID, M. M. K. Comparison the Diagnostic Value of Dilatation and Curettage Versus Endometrial Biopsy by Pipelle--a Clinical Trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, v. 16, n. 12, p. 4971–5, 2015.

SEAMARK, C. J. Endometrial sampling in general practice. **British Journal of General Practice**, v. 48, n. 434, p. 1597–1598, 1998. 81

SESHADRI, S. et al. The evolving role of saline infusion sonography (SIS) in infertility. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 185, p. 66–73, 2015.

SETIAWAN, V. W. et al. Type I and II endometrial cancers: Have they different risk factors? **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, n. 20, p. 2607–2618, 2013.

SETO, M. T. Y. et al. Positive predictive value of endometrial polyps in Pipelle aspiration sampling: a histopathological study of 195 cases. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 203, p. 12–15, 2016.

SMITH-BINDMAN, R. et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, v. 280, n. 17, p. 1510–1517, 1998. SMITH, R. A. et al. Cancer Screening in the United States, 2016: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening. *A Cancer Journal for Clinicians*. v. 66, n. 2, p. 95-114, 2016

SPEROFF, L.; FRITZ, M. A. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade*. 8 ed. Rio de Janeiro, 2015.

STOVALL, T. G. et al. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. *Obstetrics and gynecology*, v. 77, n. 6, p. 954–6, 1991.

STRAVENS, M. et al. Management of postmenopausal bleeding by general practitioners in a community setting: an observational study. *The New Zealand medical journal*, v. 129, n. 1434, p. 59–68, 2016.

STUBERT, J.; GERBER, B. Current Issues in the Diagnosis and Treatment of Endometrial Carcinoma. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, v. 76, n. 2, p. 170–175, 2016.

SYMONDS, I. Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, v. 15, n. 3, p. 381–391, 2001.

SCAVUZZI, A, AMORIN, M, NETO, J. S. P., SANTOS, L. C. **Comparação entre os achados ultra-sonográficos, histeroscópicos e histopatológicos no sangramento uterino pós-menopausa**. Rio de Janeiro. *RBGO*. 25(4)229-235, 2013. SESHADRI, S. et al. The evolving role of saline infusion sonography (SIS) in infertility. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 185, p. 66–73, 2015.

Svirsky R, Smorgick N, Rozowski U, Sagiv R, Feingold M, Halperin R et al. **Can we rely on blind endometrial biopsy for detection of focal intrauterine pathology?** *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199:115.e1-.e3.

SPIES JB. **Current role of uterine artery embolization in the management of uterine fibroids**. Clin Obstet Gynecol. 2016; 59(1):93-102.

TANGJITGAMOL, S. et al. Management of endometrial cancer in Asia : consensus 82 statement from the Asian Oncology Summit 2009. **Lancet Oncology**, v. 10, n. 11, p. 1119–1127, 2009.

TIMMERMANS, A. et al. Endometrial Thickness Measurement for Detecting Endometrial Cancer in Women With Postmenopausal Bleeding A Systematic Review and Meta-Analysis. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 116, n. 1, p. 160–167, 2010.

TJARKS, M.; VOORHIS, B. J. VAN. **Treatment of endometrial polyps**. **Obstetrics and Gynecology**, v. 96, n. 6, p. 886–889, 2000.

TORRE, L. A. et al. **Global Cancer Statistics**, 2012. CA: a cancer journal of clinicians., v. 65, n. 2, p. 87–108, 2015. TOUBOUL, C. et al. Factors predictive of endometrial carcinoma in patients with atypical endometrial hyperplasia on preoperative histology. Anticancer Res, v. 34, n. 10, p. 5671–5676, 2014.

TROJANO, G. et al. The Role of Hysteroscopy in Evaluating Postmenopausal Asymptomatic Women with Thickened Endometrium. **Gynecol Minim Invasive Ther**, v. 7, n. 1, p. 6-9, 2018. ISSN 2213-3070. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30254927>

TINELLI, R. et al. **The role of hysteroscopy with eye-directed biopsy in postmenopausal women with uterine bleeding and endometrial atrophy: Menopause**, v. 15, n. 4, p. 737–742, jul. 2008.

VISSER, N. C. M. et al. **Pipelle Prospective Endometrial carcinoma (PIPENDO) study, pre-operative recognition of high risk endometrial carcinoma: a multicentre prospective cohort study**. **BMC cancer**, v. 15, n. 1, p. 487, 2015.

Yin, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2001.

YELA, D. A. et al. [Comparative study of transvaginal sonography and outpatient hysteroscopy for detection of pathologic endometrial lesions in postmenopausal women]. **Rev Assoc Med Bras (1992)**, v. 55, n. 5, p. 553-6, 2009 Sep-Oct 2009. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> acesso em 12 de fevereiro de 2021.

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Instituição: Faculdade Vale do Cricaré.

Título do projeto: A Contribuição do Lúdico no Processo de Alfabetização.

Pesquisador (a): César Patez Figueiredo.

Endereço: Rua xxxxxxxxxxxxxx

Telefone: (27) 99988- 49-36

e-mail: cesarpatezfigueiredo@gmail.com

Prezado (a) Professor (a),

Estamos realizando um estudo para o trabalho de conclusão de curso de Mestrado intitulado “**Estudo da variedade de patologias diagnosticadas por histeroscopia compreendidos entre os anos de 2019 A 2020: Estudo de caso**”

O (a) Sr.(a) foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico , que tem como um dos objetivos analisar as principais indicações e procedimentos utilizados para o estudo de variedades de patologias diagnosticadas por histeroscopia realizadas em serviço compreendidas entre os anos de 2019 e 2020.

O presente projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Cricaré – FVC-, cujo endereço é Rua Humberto de Almeida Franklin, 1 - Universitário, São Mateus - ES, CEP: 29934-170, telefone (27) 3313-0000

Os dados referentes ao Sr.(a)serão sigilosos e privados , preceitos estes assegurados pela Resolução n 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr.(a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. A coleta de dados será realizada pelo acadêmico César Patez Figueiredo, cursista do mestrado da Faculdade Vale do Cricaré- FVC- orientado pelo Dr. Daniel Rodrigues Silva.

Na publicação dos resultados desta pesquisa sua identidade será mantida em sigilo, assim como e o uso dessas informações será exclusivo do (a) pesquisador (a) para os fins que se propõe a pesquisa. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente, a você estará contribuindo para a produção de conhecimento

científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável.

Atenciosamente,

Aluno (a) Pesquisador (a):

Número de Matrícula:

Documento de Identidade:

Assinatura:

APÊNDICE B: A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DE EXAMES GINECOLÓGICOS PERIÓDICOS (PROFISSIONAIS DA SAÚDE E COMUNIDADE)

INTRODUÇÃO

Cuidar da saúde é uma atitude que deve ser tomada, diariamente, para evitar qualquer tipo de patologia para manter uma qualidade de vida mais equilibrada. No entanto, muitas vezes, devido à rotina cada vez mais agitada, as pessoas acabam se esquecendo do cuidado que deveriam ter com a saúde.

Com este intuito, o trabalho realizado pode ser considerado uma fonte relevante de informações do ponto de vista ginecológico para todas as pacientes, principalmente, para aquela que deseja engravidar ou até mesmo tem apresentado um sangramento uterino anormal ou que possuem alguma alteração ultrassonográfica, que por vez não foi efetiva. Em geral por favorecer um diagnóstico minimamente invasivo e mais resolutivo comparado com outros métodos diagnósticos como a ultrassonografia e, até mesmo, a realização da própria curetagem que nem sempre traz um diagnóstico efetivo no anatomopatológico. Portanto, este estudo pode ser considerado uma fonte de inspiração e conhecimento cuja finalidade é promover ações científicas e, até mesmo, comunitárias por meio de palestras e/ ou eventos, orientando a população em relação aos benefícios realizados com os exames feitos.

A seguir, apresentam-se duas cartilhas/folders informando a população feminina e aos profissionais da saúde a verdadeira importância da realização de exames ginecológicos conferidos com muita precisão, utilizando o aparelho “histeroscópico” quando necessário logo após a verificação de um método diagnóstico não eficiente

A histeroscopia diagnóstica é um exame simples realizado pelo ginecologista que serve para visualizar e estudar a cavidade uterina (interior do útero), sem necessidade de realizar qualquer incisão cirúrgica (cicatriz). São obtidas fotos do interior do útero e, caso alguma alteração seja encontrada, pode-se realizar uma biópsia, obtendo material para o exame de anatomopatológico.

Todo o exame não dura mais do que 10 minutos, sem necessidade de repouso ou afastamento das atividades diárias após a sua realização.

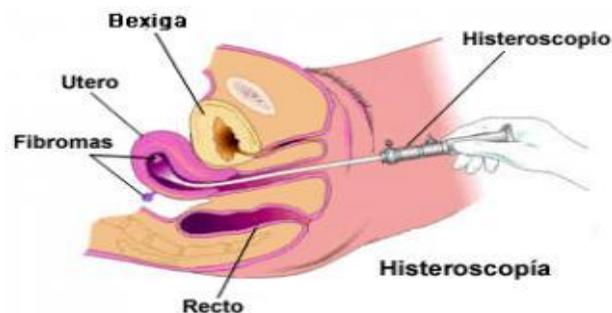
FOLDER EDUCATIVO

ENTENDA A IMPORTÂNCIA DA HISTEROSCOPIA

Neste caso, a missão é apenas investigar o que está acontecendo por meio da coleta de imagens do útero, do canal cervical e da vagina. Se necessário, nesse mesmo momento podem ser realizadas biópsias.

O que é a histeroscopia?

É um procedimento onde o médico **visualiza a parte interna do útero e do canal endocervical** com um instrumento chamado histeroscópio.



O aparelho é introduzido pela vagina e através do colo do útero. Esse aparelho possui uma câmera acoplada, que filma e transmite as imagens para um monitor de tv, ou seja, até mesmo a paciente pode acompanhar tudo em tempo real, se optar pelo procedimento sem

sedação, ou pode assistir o DVD depois, ou apenas mostrar para o seu médico.

Histeroscopia diagnóstica

Neste caso, a missão é apenas investigar o que está acontecendo por meio da coleta de imagens do útero, do canal cervical e da vagina. Se necessário, nesse mesmo momento podem ser realizadas biópsias. O exame causa pouco desconforto à mulher, mas, para garantir a comodidade das pacientes, pode ser realizado sob sedação quando há indicação médica.

A IMPORTÂNCIA DE UMA HISTEROSCOPIA

A principal indicação é para investigar sangramentos anormais. Problemas no funcionamento do útero ou quando há dificuldade para engravidar, abortos espontâneos de repetição, fluxo menstrual excessivo e suspeita de **câncer de endométrio** estão entre as indicações para a investigação diagnóstica.



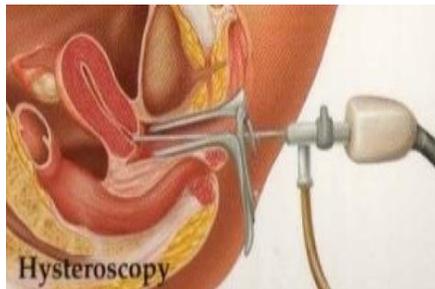
Revista Exame, 2018.

FOLDER EDUCATIVO: SAÚDE DA MULHER: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PARA CADA FASE DA VIDA. PREVINA-SE !

Importante você mulher ficar atenta a cada ciclo de sua vida, pois este possui características diferentes e requer uma atenção especial para que possa manter a qualidade de vida e saúde.

Os exames periódicos são extremamente relevantes, pois todas as mulheres passam por períodos complexos e delicados como a **gravidez e a menopausa**.

Ressalta-se a importância de todas as mulheres realizarem exames específicos de forma periódica sendo o papanicolau e a mamografia dois dos exemplos mais conhecidos para a saúde feminina. Mesmo na **ausência de sintomas ou doenças** as mulheres devem comparecer ao **ginecologista** para realização de exames apropriados para **cada faixa etária**.



O exame realizado com o **aparelho histeroscópio** é seguro, eficaz e indolor eliminado qualquer tipo de patologia encontrada na cavidade uterina, principalmente utilizado como complementação Diagnóstica, nos casos de pólipos uterinos, miomas, infertilidade, câncer de endométrio e outros.



Importante lembrar que os **exercícios físicos** e **alimentação balanceada** são indicados em **TODAS AS FASES DA VIDA**. Assim como, **não fumar** e ingerir **bebidas alcoólicas com moderação**. E o **acompanhamento médico** é a melhor maneira de se prevenir contra doenças.

PREVINA-SE: A Importância do Exame Ginecológico Para a Saúde da Mulher

Prevenção é o melhor e o primeiro passo para evitar patologias graves ou até mesmo, diagnosticá-las no início para ter mais chances de cura. A prevenção evita surpresas desagradáveis e pode prevenir o surgimento de uma doença mais grave como por exemplo, um câncer de colo de útero.

O QUE É UM EXAME PREVENTIVO?

O exame ginecológico preventivo é uma bateria de exames indicada pelo seu ginecologista de confiança que vai investigar qualquer tipo de **anormalidade** que esteja ocorrendo no seu **sistema reprodutor**.



CUIDE-SE!

Muitas mulheres apresentam uma resistência em consultar com um médico ginecologista para realização de exames, às vezes alegando a falta de tempo, a falta de informação ou até mesmo por vergonha.

Falar sobre a saúde da mulher ainda é um tabu em muitos lugares e é por isso que muitas mulheres acabam não visitando o ginecologista com a frequência que deveriam.



O que é a HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA?

É um tipo de exame ginecológico que objetiva a visualização interna do útero para ajudar o médico a diagnosticar possíveis lesões, como pólipos ou adesões.

ATENÇÃO! Este exame deve ser realizado na **primeira quinzena da menstruação**, pois é quando o útero ainda não está se preparando para receber uma possível gravidez, facilitando a observação das lesões