

TeleCondutas[®]

Sangramento Uterino Anormal

2ª Edição

Versão Digital

2024

Publicadores

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TelessaúdeRS-UFRGS

Organizadores

Luíza Emília Bezerra de Medeiros
Ana Cláudia Magnus Martins
Renata Rosa de Carvalho
Elise Botteselle de Oliveira
Rudi Roman
Juliana Nunes Pfeil
Rodolfo Souza da Silva
Natan Katz
Roberto Nunes Umpierre

TeleCondutas

Sangramento Uterino Anormal

2ª Edição

Porto Alegre
UFRGS
2024



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo desde que citada a fonte.

A coleção dos TeleCondutas pode ser acessada na íntegra na homepage do projeto TelessaúdeRS-UFRGS. **Atenção:** verifique se há edições atualizadas deste material na página: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS-UFRGS – Sede Barbara Starfield
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar. Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3308.2092
Site: telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

1ª edição – 2018.

2ª edição – 2024.

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U58 Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS
TeleCondutas: Sangramento Uterino Anormal [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Medicina. TelessaúdeRS-UFRGS. – 2. ed. – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

34 p.

1. Condutas 2. Sangramento Uterino Anormal 3. Atenção primária à saúde 4. Telemedicina I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. TelessaúdeRS-UFRGS.

NML WP 400

Catalogação na fonte – Letícia Pereira de Souza (CRB10/2768)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Reitor: Prof. Carlos André Bulhões

Vice-Reitora: Profa. Patrícia Helena Lucas Pranke

Faculdade de Medicina

Diretora: Profa. Lúcia Maria Kliemann

Departamento de Medicina Social

Chefe: Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Coordenador: Prof. Rodrigo Citton Padilha dos Reis

TelessaúdeRS-UFRGS

Coordenador Geral: Roberto Nunes Umpierre

Vice-Coordenador Geral: Natan Katz

Coordenador Executivo: Rodolfo Souza da Silva

Coordenador Técnico-Científico: Marcelo Rodrigues Gonçalves

Coordenador Técnico-Científico substituto: Dimitris Rucks Varvaki Rados

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Organização:</i> Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Ana Cláudia Magnus Martins¹ Renata Rosa de Carvalho¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Rudi Roman¹ Juliana Nunes Pfeil¹ Rodolfo Souza da Silva¹ Natan Katz^{1,2} Roberto Nunes Umpierre^{1,2}</p> <p><i>Autoria:</i> Ana Cláudia Magnus Martins¹ Elise Botteselle de Oliveira¹ Ellen Machado Arlindo¹ Júlia Plentz Portich¹ Laura Grazziotin Vedana¹ Ligia Marroni Burigo¹ Letícia Royer Voigt¹ Lina Rigodanzo Marins³ Luíza Emília Bezerra de Medeiros¹ Milena Rodrigues Agostinho Rech⁴ Renata Rosa de Carvalho¹ Rudi Roman¹ Talita Colombo¹ Thaysa Guglieri Kremer¹</p> | <p><i>Colaboração:</i> Luciane da Silva⁵</p> <p><i>Revisão textual e Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva¹ Letícia Pereira de Souza¹</p> <p><i>Design:</i> Michelle Iashmine Mauhs¹</p> <p><i>Diagramação:</i> Luisa Nascimento¹ Laura Paiva Etchichury¹</p> <p><i>Ilustração:</i> Thais Gama Barbosa¹</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS-UFRGS.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social.

³ Universidade do alto Vale do Rio do Peixe.

⁴ Universidade de Caxias do Sul.

⁵ Secretaria Estadual de Saúde, Política de Saúde da Mulher - Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida/DAPPS/SES.

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **TeleCondutas**: Sangramento Uterino Anormal. 2. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 30 jan. 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-teleconduta/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TELECONDUTAS Nº 15 – SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

Sumário

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Atualizações desta versão | 6 |
| Introdução | 7 |
| Classificação | 7 |
| Etiologia | 8 |
| Avaliação diagnóstica | 10 |
| História clínica | 10 |
| História do sangramento menstrual..... | 10 |
| Sintomas associados..... | 12 |
| Exame físico | 12 |
| Exames complementares | 13 |
| Tratamento | 14 |
| Tratamento não hormonal | 15 |
| Antiinflamatórios não-esteroidais..... | 15 |
| Ácido tranexâmico..... | 15 |
| Tratamento hormonal | 15 |
| Anticoncepcionais orais combinados - ACO (estrógeno + progestágeno) | 16 |
| Progestágenos | 17 |
| Tratamento do SUA na fase aguda com sangramento uterino volumoso | 18 |
| Tratamento cirúrgico | 19 |
| Manejo em situações especiais | 19 |
| Adolescentes | 19 |
| Desejo de gestar | 19 |
| Anticoagulação | 20 |
| Homens trans e pessoas transmasculinas..... | 20 |
| Encaminhamento para o serviço especializado | 21 |
| Referências | 22 |
| Apêndices | 28 |
| Apêndice A – Causas de sangramento uterino aumentado de acordo com a classificação PALM-COEIN .. | 28 |
| Apêndice B – Questionário de avaliação de sangramento uterino aumentado. | 31 |
| Apêndice C – Rastreamento de coagulopatias em pacientes com sangramento uterino aumentado..... | 32 |
| Apêndice D – Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos..... | 33 |

Atualizações desta versão

- Atualização da seção “Etiologia”.
- Acréscimo do Apêndice A, com a descrição de Causas de sangramento uterino aumentado, de acordo com a classificação PALM-COEIN.
- Atualização da seção “Avaliação diagnóstica”.
- Inserção do Apêndice B e do Apêndice C, com um questionário para avaliação de sangramento uterino aumentado, e um instrumento para rastreamento de coagulopatias em pacientes com sangramento uterino aumentado, respectivamente.
- Atualização da seção “Tratamento”, incluindo subseção “Manejo em situações especiais”.
- Acréscimo do Apêndice D, com os critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos para condições clínicas mais prevalentes.
- Atualização da seção “Encaminhamento para o serviço especializado”.

Este conteúdo é destinado para profissionais de saúde e tem por objetivo fornecer informações atualizadas e baseadas em evidências científicas.

Introdução

Sangramento uterino anormal (SUA) é o termo que define anormalidades em quantidade, duração e frequência de sangramento de origem uterina, na ausência de gravidez [1–4]. A condição costuma impactar negativamente na qualidade de vida, sendo um problema de saúde frequente no atendimento da Atenção Primária à Saúde. Estima-se que cerca de um terço das pessoas com útero apresentará o quadro em algum momento da vida [5,6].

Classificação

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propõe um sistema de nomenclatura e classificação universal das causas de sangramento uterino anormal [7]. Esta classificação divide as condições entre causas estruturais e causas não estruturais, utilizando o mnemônico PALM-COEIN, conforme apresentado no [Quadro 1](#) [5].

Quadro 1 – Classificação do sangramento uterino anormal (PALM-COEIN)

| Causas estruturais | | Causas não estruturais | |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| P | Pólipo (SUA-P) | C | Coagulopatia (SUA-C) |
| A | Adeniose (SUA-A) | O | Disfunção Ovulatória (SUA-O) |
| L | Leiomioma (SUA-L) | E | Desordens Endometriais (SUA-E) |
| M | Malignidade e hiperplasia (SUA-M) | I | Iatrogênica (SUA-I) |
| | | N | Não classificado de outra forma (SUA-N) |

Fonte: Munro et al. (2018) [5].

Uma ou várias condições podem causar o ou contribuir para o sangramento uterino anormal. Em contrapartida, entidades estruturais, como adeniose, leiomiomas e pólipos endocervicais/endometriais podem ser assintomáticas e não contribuir para os sintomas apresentados [7]. Portanto, achados em exames de imagem sempre devem ser correlacionados ao quadro clínico apresentado [4].

Quanto ao tempo de evolução, a FIGO classifica o SUA em [4,7]:

- SUA crônico: aquele que persiste por mais de 6 meses e não necessita de intervenção médica imediata;
- SUA agudo: episódio de sangramento intenso, na ausência de gravidez, em quantidade suficiente para determinar necessidade de intervenção imediata e pode ocorrer na vigência de um quadro crônico de SUA.

Etiologia

Embora o útero seja frequentemente a fonte, lesões em qualquer parte do trato reprodutivo feminino podem causar sangramento vaginal. Sangramentos de sítios não ginecológicos (por exemplo, bexiga, uretra, períneo, ânus) podem ser referidos erroneamente como de origem vaginal [8,9]. As principais causas de sangramento genital, conforme a faixa etária, são apresentadas no [Quadro 2](#).

Quadro 2 – Causas de sangramento genital feminino por faixa etária

| Faixa etária | Principais causas |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento | <ul style="list-style-type: none"> ● Privação de estrogênio materno. |
| Infância | <ul style="list-style-type: none"> ● Corpo estranho. ● Trauma, incluindo abuso sexual. ● Infecções genitais (vulvovaginites, infecções sexualmente transmissíveis - IST). ● Prolapso uretral. ● Sarcoma botrióide. ● Tumor ovariano. ● Puberdade precoce. ● Iatrogênico (uso de estrogênio exógeno). |
| Adolescência | <ul style="list-style-type: none"> ● Gravidez. ● Anovulação (imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano). ● Coagulopatias. ● Disfunções ovulatórias (síndrome dos ovários policísticos, alterações tireoidianas, hiperprolactinemia). ● Disfunção hipotalâmica (induzida por distúrbios alimentares, exercício físico extenuante ou doenças sistêmicas associadas à perda de peso). ● Medicamentos (contraceptivos, andrógenos, antipsicóticos, antidepressivos, corticoide). ● Alterações estruturais uterinas (malformações uterinas, leiomiomas, pólipos endometriais, adenomiose). ● Infecções genitais (IST, vulvovaginites). |
| Idade reprodutiva | <ul style="list-style-type: none"> ● Gravidez. ● Disfunções ovulatórias (síndrome dos ovários policísticos, alterações tireoidianas, hiperprolactinemia). ● Alterações estruturais uterinas (leiomiomas, pólipos endometriais, adenomiose). ● Medicamentos (contraceptivos, tamoxifeno, andrógenos, anticoagulantes, antipsicóticos, antidepressivos, corticoide). ● Trauma (abuso sexual, laceração pós-coito e corpo estranho vaginal). ● Infecções genitais (IST, vulvovaginites). |
| Perimenopausa | <ul style="list-style-type: none"> ● Anovulação. ● Alterações estruturais uterinas (leiomiomas, pólipos endometriais e adenomiose). ● Medicamentos (contraceptivos, tamoxifeno, andrógenos, anticoagulantes, antipsicóticos, antidepressivos, corticoide). ● Hiperplasia e câncer de endométrio. |
| Pós-menopausa | <ul style="list-style-type: none"> ● Atrofia genital/endometrial. ● Pólipos endometriais. ● Terapia hormonal da menopausa. ● Hiperplasia e câncer de endométrio. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Kaunitz (2023) e DiVasta e Murray (2022) [8,10].

Como diagnóstico diferencial de SUA, deve-se considerar a possibilidade de gestação em pacientes em idade reprodutiva, incluindo adolescentes [1]. Uma gestação não diagnosticada é a causa mais comum

de sangramento uterino na menacme. Recomenda-se a realização de teste de gravidez, mesmo em pacientes com menstruação recente, em uso de contraceptivo ou sem relato de atividade sexual [1,6].

A distribuição da etiologia do SUA em mulheres com idade mediana de 45 anos, de acordo com estudo utilizando a classificação PALM-COEIN, foi [11]:

- leiomioma: 45,73% (487);
- disfunção ovulatória: 35,96% (383);
- pólipos: 16,53% (176);
- adenomiose: 9,58% (102);
- malignidade e hiperplasia: 2,91% (31);
- iatrogênicas: 1,31% (14);
- não classificado de outra forma: 0,75% (8);
- desordens endometriais: 0,38% (4).
- coagulopatia: nenhuma paciente.

Para as causas estruturais benignas, o diagnóstico presuntivo é sugerido pelo quadro clínico e pelos achados em exames de imagem, como ecografia transvaginal [8]. Já a suspeita de neoplasia de endométrio sempre deve ser considerada em pacientes com sangramento uterino após a menopausa. Essa hipótese também deve ser aventada em pessoas com sangramento uterino aumentado ou persistente, com espessamento endometrial na primeira fase do ciclo menstrual ou que apresentam fatores de risco para câncer de endométrio ([Quadro 3](#)) [2,12].

Quadro 3 – Fatores de risco para câncer de endométrio

- Obesidade.
- Nuliparidade.
- Diabetes mellitus.
- Anovulação crônica (ex: síndrome dos ovários policísticos).
- Uso de tamoxifeno.
- Uso de estrogênio sem oposição progestagênica.
- Tumor secretor de estrogênio.
- Síndrome de Lynch (câncer colorretal hereditário não poliposo).
- Síndrome de Cowden.
- História familiar de câncer de endométrio, ovário, mama ou cólon.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado Dynamed (2022) e Chen e Berek (2023) [2,12].

Mais informações a respeito de causas de SUA, de acordo com a classificação PALM-COEIN, encontram-se no [Apêndice A](#).

Avaliação diagnóstica

O diagnóstico de SUA baseia-se na modificação do padrão menstrual normal, aumento do volume diário de sangramento e/ou dos dias de fluxo menstrual, surgimento de coágulos volumosos e aumento do

número de absorventes utilizados diariamente. Complementarmente, a presença de anemia e de outras anormalidades no exame físico e em exame de imagem indicam a gravidade e as potenciais causas para o sangramento uterino anormal [1,13,14].

História clínica

Dados importantes a serem revisados na história clínica incluem [3,14]:

- idade;
- histórico menstrual: ciclicidade, volume de sangramento;
- tempo de evolução do sangramento anormal;
- uso de medicações: anticoagulantes, anticoncepcionais, terapia hormonal da menopausa;
- sintomas associados: dismenorreia, dor pélvica, distensão abdominal;
- tratamentos já realizados para a condição: posologia, tempo de uso, adesão e efeitos adversos;
- cirurgias pélvicas prévias.

Diagnósticos diferenciais com gravidez e sangramento de origem extra uterina, tais como sangramento urinário, de origem gastrointestinal ou proveniente do colo uterino, devem ser sempre considerados [6,14,15].

História do sangramento menstrual

As informações sobre as características do sangramento uterino aumentado auxiliam a identificar possíveis etiologias e a definir a investigação inicial [1,3]. Definições de sangramento menstrual e suas anormalidades estão descritas no [Quadro 4](#).

Termos tradicionalmente utilizados para abordar o sangramento uterino anormal, como menorragia, metrorragia, polimenorreia, hipermenorreia, oligomenorreia e sangramento uterino disfuncional, são mal definidos ou confusos. Por isso, essas expressões devem ser abandonadas [1,3].

Quadro 4 – Parâmetros menstruais normais

| Parâmetro | Termo descritivo | Definição |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Frequência (intervalo entre o início de cada ciclo) | Amenorreia | Sem sangramento por mais de 90 dias. |
| | Infrequente | Maior que 38 dias. |
| | Normal | Entre 24 a 38 dias. |
| | Frequente | Menor que 24 dias. |
| Regularidade (variação na duração entre o maior e o menor ciclo em 12 meses) | Regular | Entre 7 e 9 dias. |
| | Irregular | Igual ou maior que 10 dias. |
| Duração | Normal | Igual ou menor que 8 dias. |
| | Prolongado | Maior que 8 dias. |
| Volume (determinado pelo paciente)* | Leve | Paciente considera leve. |
| | Normal | Paciente considera normal. |
| | Aumentado | Paciente considera aumentado. |
| Sangramento intermenstrual (sangramento entre ciclos menstruais regulares) | Ausente (normal) | Sem sangramento. |
| | Randômico | Presente, não previsível. |
| | Cíclico | Presente, previsível, pode ocorrer no início, meio ou fim do ciclo. |
| Sangramento não programado na vigência de esteroides gonadais (estrógeno ± progestágeno) | Normal | Ausente. |
| | Anormal | Presente. |
| | Não aplicável | Sem uso de esteroides. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Munro et al. (2018) e Welt (2023) [5,16].

* Informação difícil de quantificar na prática clínica, exceto se paciente fizer uso de coletor menstrual. Volume normal até 80 mL por ciclo. Na ausência de outros meios para medir a perda de sangue, a avaliação deve ser baseada em indicadores indiretos de fluxo intenso, como presença de coágulos sanguíneos maiores que 2,5 cm de diâmetro, sangramento através da roupa, necessidade de troca de proteção sanitária durante a noite, sinais ou sintomas de depleção de volume durante o período menstrual e anemia (mais informações no [Apêndice B](#)).

Padrões alterados de sangramento uterino incluem:

- **Sangramento uterino aumentado:** refere-se a sangramento com aumento de volume ou de duração (> 8 dias) [1]. Associado a ciclos ovulatórios e causas estruturais como miomas, adenomiose, hiperplasia de endométrio ou neoplasia maligna, pólipos endometriais, defeito da cicatriz de cesariana (istmocele) ou discrasias sanguíneas [8,17].
- **Sangramento intermenstrual:** sangramento que ocorre entre os ciclos. Pode estar associado a infecções (cervicites, endometrites), pólipos cervical ou endometrial, neoplasia (endometrial, cervical, vulvar e vaginal) [8,17].

- **Sangramento uterino não programado:** pode ocorrer em pessoas que fazem uso de contraceptivos hormonais (estrógeno e progestágeno ou progestágeno isolado). Também conhecido como sangramento uterino de escape, ou seja, aquele que ocorre fora do período de pausa (privação hormonal) de anticoncepcional combinado oral (ACO) [1,3,18]. Escapes acontecem mais frequentemente nos primeiros meses de uso de ACO (fase de adaptação). Nesses casos, há tendência de melhora com o tempo de uso. Escapes menstruais também ocorrem com uso de contraceptivo com baixa dose (etinilestradiol 20 µg) ou se uso irregular [18].
- **Sangramento irregular:** associado a disfunções ovulatórias. É caracterizado por variações iguais ou maiores do que 10 dias. É associado a doenças endocrinológicas, como hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperprolactinemia e Síndrome dos Ovários Policísticos. Disfunção ovulatória ocasional (alteração em único ciclo menstrual) pode ocorrer de forma natural [19].

É importante identificar se houve algum fator precipitante [1]. Sangramento relacionado a trauma ou relação sexual sugere origem vaginal ou cervical do sangramento, como displasia cervical, cervicite, atrofia vulvovaginal e pólipos cervical [1]. Já sangramento após procedimentos, como após inserção de dispositivo intrauterino (DIU), pode sugerir fonte uterina de sangramento [1]. Pacientes com histórico de infecção por SARS-CoV-2 e/ou vacinação contra COVID-19 podem relatar alterações transitórias em seu ciclo menstrual [1].

Sintomas associados

Sintomas associados ao sangramento, como dismenorreia e dispareunia, sugerem causas anatômicas como endometriose ou adenomiose. A presença de dor abdominal baixa, febre ou corrimento vaginal com odor fétido, aspecto acinzentado ou esverdeado, bolhoso, podem indicar doença inflamatória pélvica [1].

Outros sinais, como galactorreia, hirsutismo, intolerância ao calor ou ao frio devem ser considerados na investigação de causas endocrinológicas secundárias. Situações como exercício físico excessivo, alteração do peso corporal, adoecimento recente, infecção por SARS-CoV-2 ou distúrbios alimentares também devem ser lembrados na avaliação integral [1,2].

Mudança de hábito intestinal ou urinário pode sugerir fator compressivo (miomas volumosos, massa pélvica) ou invasão tecidual (endometriose, carcinoma de endométrio avançado) [2].

Exame físico

O exame físico é necessário para excluir sangramento oriundo do trato genital inferior (decorrente de trauma ou lesão cervical) e pode auxiliar na suspeita etiológica. Além disso, proporciona avaliação quantitativa do sangramento (volume e intensidade) [20].

Deve-se incluir:

- avaliação de sinais vitais [6];
- inspeção perineal, para identificar lesões vulvares ou em região perianal [1,2];

- exame especular, para avaliar paredes vaginais e colo uterino [1,6]. Considerar a coleta de exame citopatológico de colo do útero se ausência de sangramento ativo, conforme estratégia de rastreamento preconizada pelo Ministério da Saúde, que recomenda o início da coleta aos 25 anos de idade para pessoas com útero que já tiveram ou têm atividade sexual. Deve-se realizar a coleta anualmente e, após 2 resultados consecutivos negativos, o intervalo entre coletas passa a ser de 3 anos [21]. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e poderão ser interrompidos se houver registro de pelo menos 2 exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos. Pessoas com útero e história prévia de doença neoplásica podem ter essa rotina alterada de forma individualizada [21]. Para aqueles com mais de 64 anos de idade e que nunca se submeteram ao exame citopatológico, realizar 2 exames com intervalo de 1 a 3 anos. Se ambos os exames forem negativos, essas pessoas podem ser dispensadas de exames adicionais [21];
- toque bimanual, a fim de avaliar a consistência e a forma do colo uterino, além de estimar o volume e contorno uterinos, presença de abaulamentos ou nodularidades, dor à mobilização do útero ou à palpação dos anexos [1,2,6].

Exames complementares

Os exames adicionais subsidiários devem ser solicitados e direcionados conforme a suspeita clínica [1,2].

- Teste de gravidez: para pacientes em idade fértil [1,2,6,14].
- Hemograma, ferritina e índice de saturação de transferrina: sangramento intenso com suspeita de anemia ou deficiência de ferro [1,3,6,14].
- Provas de coagulação: contagem plaquetária, dosagens de tempo de protrombina e tempo de trombolastina parcial ativada estão indicados para pacientes com sangramento uterino aumentado desde a menarca, com história familiar de distúrbios da coagulação ou múltiplas manifestações hemorrágicas [22,23]. É importante aplicar um instrumento de rastreamento para a suspeita de SUA associado a coagulopatias, disponível no [Apêndice C](#) [4,8]. Para pacientes com rastreamento positivo e, conforme disponibilidade, sugere-se complementar a investigação com a dosagem de fibrinogênio, Fator VIII, dosagem do antígeno do Fator de Von Willebrand e atividade do cofator da ristocetina [22,24]. Em usuárias de contraceptivos combinados, esses exames só devem ser coletados após 7 dias da suspensão de estrógenos, já que o estrogênio exógeno pode elevar o Fator de Von Willebrand para a faixa normal [22]. Para casos suspeitos de SUA por coagulopatia, indica-se encaminhamento para a Ginecologia ou Hematologia [25].
- Exames de função tireoidiana: solicitar TSH, se houver sinais ou sintomas de hipotireodismo. Se suspeita de hipertireodismo, solicite TSH e T4 livre. Alterações da função tireoidiana têm sido associadas a ciclos anovulatórios, amenorreia ou sangramento uterino aumentado [1,2].

- **Prolactina:** deve ser solicitada em pacientes que se queixam de ciclos irregulares, infrequentes ou que apresentem amenorreia, associado ou não a galactorreia [1,2].
- **Ecografia pélvica ou transvaginal:** deve ser solicitada se sintomas sugestivos de causa estrutural (sangramento intenso ou intermenstrual, presença de dor pélvica ou sensação de pressão abdominal), útero aumentado de volume ou massa pélvica, e em caso de falha do tratamento clínico [2–4]. Pacientes com queixa de sangramento uterino pós-menopausa ou com SUA e fatores de risco para neoplasia de endométrio ([Quadro 3](#)) também devem ser avaliadas inicialmente com exame de imagem [26]. Para aquelas pessoas que não tiveram relações sexuais, sugere-se realização de ecografia pélvica via abdominal. Ecografia de rotina não é recomendada para avaliação do endométrio em pessoas assintomáticas [25,27].
- **Biópsia do endométrio:** indicada para excluir lesões pré-malignas ou malignas em pacientes com sangramento uterino anormal [2,28]. De forma geral, recomenda-se biópsia de endométrio em pacientes com sangramento pós-menopausa e espessamento endometrial (endométrio ≥ 5 mm, sem uso de terapia hormonal da menopausa) ou sintomas persistentes, ou para pessoas na menacme com sangramento uterino aumentado e espessamento endometrial (endométrio ≥ 12 mm quando ecografia realizada na primeira fase do ciclo menstrual). De acordo com a avaliação especializada, outras indicações de biópsia de endométrio em pacientes com SUA podem incluir idade igual ou maior que 45 anos, presença de pólipos endometriais ou presença de fatores de risco para câncer de endométrio ([Quadro 3](#)) [2,4,25,26].

Tratamento

O SUA engloba um grupo heterogêneo de condições clínicas com etiologias e tratamentos diversos. Idealmente, a investigação etiológica deve preceder o início do tratamento ou ocorrer concomitantemente. Os objetivos do tratamento incluem melhorar a qualidade de vida, prevenir SUA agudo e prevenir ou tratar anemia [29].

Para iniciar o tratamento, deve-se considerar: cronicidade, causa, gravidade do sangramento, sintomas associados, comorbidades, planejamento reprodutivo, riscos para tromboembolismo venoso e preferências da paciente [29,30].

Para os casos de SUA por condições estruturais que causam distorção da cavidade endometrial, indica-se encaminhamento para a atenção especializada, para avaliação de tratamento cirúrgico (ver [Encaminhamento para o serviço especializado](#)) [25].

Quando não há repercussão clínica, como em pacientes sem anemia, que não desejam tratamento ou que estão próximos da menopausa, o manejo expectante é uma opção. Nesses casos, recomenda-se acompanhamento regular, com novo hemograma e ferritina em 6 a 12 meses [29].

Já para pacientes com SUA que não apresentam suspeita de alterações estruturais ou histológicas e para aquelas com leiomiomas que não distorcem a cavidade uterina, o manejo farmacológico é a medida inicial [3].

Tratamento não hormonal

São utilizados nos períodos de sangramento, preferencialmente em pessoas que planejam engravidar, que não desejam utilizar ou que tenham contraindicações ao tratamento hormonal, ou em pacientes com sangramento pós-menopausa em investigação, para controle de quadro agudo [4,29,31].

Anti-inflamatórios não-esteroidais

Apresentam como vantagens não aumentar o risco de trombose, redução de dismenorreia e baixo custo. São iniciados no 1º dia do ciclo, até cessar a menstruação, por 4 a 5 dias. Podem ser utilizados como adjuvantes à terapia hormonal ou no tratamento de sangramento por escape associado ao método hormonal [3]. Não há superioridade entre as opções farmacológicas [3,32,33], sugerindo-se aquela que estiver disponível na rede pública ou com menor custo financeiro. Doses usuais incluem:

- ibuprofeno 600 mg, 3 x/dia [2,17];
- ácido mefenâmico 500 mg, 3 x/dia [2–4];
- naproxeno 500 mg, 1 a 2 x/dia [2–4];
- diclofenaco 50 mg, 1 a 3 x/dia [17,31].

Ácido tranexâmico

É um agente antifibrinolítico, tomado apenas durante a menstruação, indicado para pacientes com contraindicação ao tratamento hormonal ([Apêndice D](#)). Até o momento, não há associação clara de eventos tromboembólicos com o uso de ácido tranexâmico [33]. Segundo alguns fabricantes, o uso simultâneo com contraceptivo hormonal é contraindicado pelo risco de tromboembolismo. No entanto, apesar das limitadas evidências, sua administração concomitante com anticoncepcional hormonal parece segura [33,34]. Assim, em casos selecionados, esse fármaco pode ser considerado para o tratamento de sangramento uterino aumentado em casos refratários ao uso de outras opções terapêuticas [20,35]. Para isso, orienta-se considerar fatores de risco tromboembólicos adicionais, como obesidade, imobilidade, coagulopatia, no momento da prescrição de ácido tranexâmico em paciente em uso de contraceptivo hormonal [29,36]. A dose recomendada é variável de acordo com diferentes fontes da literatura [31], sugerindo-se seguir a recomendação da sua bula [37]:

- ácido tranexâmico 250 mg, 2 a 3 comprimidos, 3 a 4 x/dia, por 3 a 4 dias. Iniciar no 1º dia do ciclo.

Tratamento hormonal

Costuma ser o tratamento de primeira linha para pacientes na menacme. Diferentes vias de administração e formulações podem ser utilizadas com vistas à redução ou supressão do sangramento [29]. Já em pacientes com sangramento pós-menopausa sem etiologia definida, sugere-se uso de antiinflamatório ou agente antifibrinolítico.

Os contraceptivos combinados são mais eficazes em relação aos progestagênios isolados na cessação do sangramento [20]. Contudo, em caso de contraindicação aos estrogênios, progestogênios isolados estão indicados [38].

Antes de recomendar tratamento hormonal, é necessário considerar os critérios de elegibilidade para contraceptivos, desejo de gestar e as preferências individuais. A idade isoladamente não contraindica nenhum método hormonal. Sugere-se orientar quanto ao padrão de sangramento esperado e os efeitos adversos mais comuns com cada método hormonal antes de sua prescrição [3,4,29].

As principais contraindicações aos anticoncepcionais hormonais combinados estão descritas no Quadro 5. Para mais informações, veja os critérios de elegibilidade para anticoncepcionais combinados no [Apêndice D](#).

Quadro 5 – Principais contraindicações formais aos anticoncepcionais combinados

- História pessoal de AVC.
- Cardiopatia isquêmica.
- Enxaqueca com aura.
- Tabagismo > 15 cigarros/dia ou tabagismo em idade > 35 anos.
- Cirrose grave ou tumor hepático.
- Hipertensão não controlada ($\geq 160/100$ mmHg).
- < 21 dias após o parto.
- Câncer de mama atual ou no passado.
- Histórico pessoal de trombose venosa profunda.
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Uso de anticonvulsivantes: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina e lamotrigina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Jewson et al. (2020) [39].

Anticoncepcionais orais combinados - ACO (estrógeno + progestágeno)

São a primeira linha para a maioria dos casos. Podem ser utilizados de maneira cíclica ou contínua. Tornam o sangramento mais regular (se uso cíclico), reduzem seu volume, reduzem dismenorreia associada, além de promoverem contracepção [23,29].

Sugere-se não utilizar formulações não contraceptivas de estrógeno-progestágeno, contendo dose ultrabaixa de etinilestradiol (com 10 μ g), para controle de sangramento uterino anormal [23].

O uso de ACO pode causar sangramento de escape (perda sanguínea irregular e em pequena quantidade) nos primeiros 3 meses de uso (fase de adaptação). Isso ocorre em maior frequência quando o ACO é utilizado sem pausas e com formulações de menor dose de estrógeno (etinilestradiol 20 μ g) [40–42]. A presença de escapes menstruais não se associa à falha contraceptiva, desde que o uso seja correto [18]. Sugere-se reforçar o uso diário aproximadamente no mesmo horário, evitando atrasos [41].

Não existe evidência de que a troca de formulação do ACO possa melhorar o padrão do sangramento uterino em pessoas que já fazem uso de ACO. Contudo, se paciente desejar modificar a formulação, as que utilizam baixa dose de estrógeno (etinilestradiol $\leq 20 \mu\text{g}$) podem receber formulações com doses maiores (etinilestradiol 30 a 35 μg) ou modificar o progestágeno para outro tipo [41]. Há, ainda, alguns contraceptivos combinados contendo estradiol hemi-hidratado que podem ser utilizados. Em alguns estudos, a formulação contendo valerato de estradiol e dienogeste demonstrou ser significativamente mais eficaz do que outros ACO para o controle de sangramento menstrual [23].

Quando os escapes forem persistentes, pode-se optar por:

- conduta expectante, quando o escape for de pequeno volume e duração inferior a 3 meses [41,43]; ou
- troca por ACO com dose maior de estrógeno (etinilestradiol 30 a 35 μg) [41]; ou
- uso concomitante de AINE [41]; ou
- associar ao ACO um estrógeno por curto período (estrógeno conjugado 0,625 mg, 2 comprimidos, 1 x/dia, por 7 dias ou estradiol 2 mg, 1 x/dia, por 7 dias) [41].

Progestágenos

Os mais comumente utilizados para o tratamento do SUA são:

- acetato de medroxiprogesterona 150 mg, intramuscular, trimestral [3,4,17];
- desogestrel 75 μg , contínuo [4];
- SIU liberador de levonorgestrel 52 mg [3,4,17];
- acetato de medroxiprogesterona 10 mg, 1 x/dia, do 5º ao 26º dia do ciclo [3,17] ou contínuo [4];
- acetato de noretisterona 10 mg, 1 x/dia, do 5º ao 26º dia do ciclo [3] ou contínuo [4].

A noretisterona 0,35 mg, conhecida como “minipílula”, e o implante subcutâneo de etonogestrel não são eficazes no tratamento da SUA [29].

Como o uso de progestágeno isolado pode causar irregularidade menstrual e sangramento de escape no início do tratamento, além do uso contínuo associar-se à supressão da menstruação, recomenda-se realizar aconselhamento antes do início do uso [30].

Estudos apontam que a medroxiprogesterona injetável produz redução do sangramento após 90 dias de uso, além de promover amenorreia em até 68 a 71% das pacientes em 2 anos, atingindo maiores taxas com o uso prolongado [44]. Pacientes que não se sentem confortáveis com a amenorreia ou que desejam gestar em curto prazo devem ser aconselhadas a utilizar outro método. Para aquelas que desejam intervenção para o sangramento por escape, sugere-se tratamento inicial com AINE (por 5 a 7 dias). Se o sangramento for persistente, e não houver contraindicação ao uso de estrógenos, pode-se utilizar concomitantemente um ACO combinado em baixa dosagem (etinilestradiol $\leq 30 \mu\text{g}$ + progestágeno) ou estrógeno isolado (estrógenos conjugados 0,625 mg, 2 comprimidos, 1 x/dia ou estradiol 2 mg, 1 x/dia),

fornecidos por 7 dias. Não se recomenda reduzir o intervalo entre as aplicações da medroxiprogesterona injetável para tratar o sangramento por escape [41].

Tratamento do SUA na fase aguda com sangramento uterino volumoso

Em caso de instabilidade hemodinâmica ou anemia grave sintomática (dispneia, taquicardia ou hipotensão), o atendimento em serviço de emergência se faz necessário [2,25,29]. Após a avaliação inicial e estabilização hemodinâmica, está indicado o tratamento farmacológico com objetivo de controle do sangramento [2,45].

Para pessoas na menacme com SUA volumoso, sem origem determinada, o tratamento hormonal é a primeira escolha, desde que não haja contraindicações [39]. As principais contraindicações aos ACO estão descritas no [Quadro 5](#). Para mais informações, veja os critérios de elegibilidade para anticoncepcionais orais combinados no [Apêndice D](#).

Inicialmente, sugere-se utilizar altas doses hormonais até o controle do sangramento, com transição para dose habitual posteriormente [20]. Múltiplos regimes de tratamento podem ser utilizados [20]. Algumas opções estão descritas no [Quadro 6](#).

Quadro 6 – Manejo hormonal ambulatorial do SUA na fase aguda com sangramento uterino volumoso

| Formulação | Dose de ataque | Manutenção* | Considerações |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anticoncepcional oral combinado com etinilestradiol 30 a 35 µg | 1 comprimido, 6/6 h ou 8/8 h, até parar o sangramento (manter por 2 a 7 dias) [4,17,31]. | 1 comprimido, 1 x/dia, por 3 a 6 semanas [31]; ou realizar pausa de 7 dias para sangramento de privação e, após, reiniciar com ACO, 1 x/dia para manutenção [4]. | Náuseas são o principal efeito adverso desse tratamento. Considerar o uso de antiemético concomitante [4,31]. |
| Acetato de medroxiprogesterona oral 10 mg | 2 comprimidos, 8/8 h, por 7 dias [4,31]. | 2 comprimidos, 1 x/dia, por 3 semanas [4,31]. | Especialmente recomendados em casos de contraindicação aos estrogênios [4,29,31]. |
| Acetato de noretisterona 10 mg | 1 comprimido, 1 x/dia, até parar o sangramento [31]. | 1 comprimido, 1 x/dia, por 3 a 6 semanas [31]. | Especialmente recomendados em casos de contraindicação aos estrogênios [4,29,31]. |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Kaunitz (2019), ACOG (2013) e FEBRASGO (2021) [6,20,38].

* Opções contendo progestágenos isolados, como o sistema intrauterino de levonorgestrel, o implante subdérmico de etonogestrel e o acetato de medroxiprogesterona de depósito podem ser utilizadas como tratamento de manutenção para sangramento anormal, mas não são primeira linha para o manejo do quadro agudo [4].

Quando há contraindicações ao tratamento hormonal ([Apêndice D](#)) ou em pacientes com sangramento pós-menopausa, o uso do ácido tranexâmico (250 mg, 2 a 3 cp, 3 a 4 x/dia, por 3 a 4 dias [31,37]) pode ser considerado no tratamento agudo de sangramento volumoso [2,45]. Para uso concomitante com contraceptivo hormonal, veja a seção [Ácido tranexâmico](#).

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico é uma opção para pacientes com descendência constituída ou com falha da abordagem conservadora. A histerectomia constitui-se em estratégia de tratamento definitivo, indicada principalmente nos casos de miomatose com sintomas compressivos relacionados ao volume uterino e adenomiose refratária a tratamento clínico [29,46]. Riscos e benefícios de abordagem cirúrgica devem ser considerados, visto o potencial de complicações. Entre elas, destacam-se infecção de ferida operatória ou abscesso pélvico, fístulas e lesão de trato urinário [47,48]. A via de acesso (vaginal, laparoscópica ou aberta) deve ser avaliada individualmente pelo serviço especializado, a partir de características uterinas (tamanho, forma e acesso), assim como recursos técnicos do serviço e experiência do cirurgião [46,48,49]. Opção cirúrgica à histerectomia inclui a ablação endometrial, realizada por via histeroscópica [46].

Manejo em situações especiais

Adolescentes

O sangramento uterino anovulatório é a principal causa de SUA em adolescentes e refere-se ao fluxo sanguíneo menstrual não cíclico que resulta da produção anovulatória de esteroides sexuais. A imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano é a causa mais comum e é esperada durante os 1º e 2º ano após a menarca [22].

Assim, embora longos intervalos entre os ciclos sejam comuns na adolescência, devido à anovulação, intervalo intermenstrual superior a 3 meses indica avaliação [35,50]. Nesses casos, é importante excluir gravidez e infecção pélvica [50]. A ultrassonografia não deve ser obtida inicialmente para a investigação de sangramento menstrual intenso em adolescentes. No entanto, pode ser considerada se falha ao tratamento inicial [35]. Além disso, há maior prevalência de sangramento volumoso associado a desordens hematológicas, em comparação com mulheres adultas [23]. Sugere-se direcionar a anamnese a partir de questionário de suspeição de discrasias sanguíneas, disponível no [Apêndice C](#).

Para adolescentes com sangramento leve e com hemoglobina normal, orientações e observação são suficientes, a menos que haja comprometimento da qualidade de vida [50,51]. Se indicado tratamento medicamentoso, podem ser utilizadas as mesmas formulações contraceptivas indicadas para pessoas adultas, de acordo com a disponibilidade e preferências, já que a idade não é um fator limitador para a prescrição de métodos contraceptivos hormonais [52].

Desejo de gestar

Na decisão terapêutica do SUA, é importante questionar se há plano de gestar em um futuro próximo. Se sim, prefere-se terapia com progestágeno cíclico oral (por exemplo, acetato de noretisterona ou acetato de medroxiprogesterona administrada nos 5º a 26º dia do ciclo menstrual), em detrimento da medroxiprogesterona injetável, que possui efeito contraceptivo persistente por longos períodos de tempo.

Pelo mesmo motivo, a colocação de um SIU-LNG 52 mg pode não ser desejável ou economicamente inviável para pacientes que planejam engravidar no próximo ano [29].

Os AINE também podem ser usados, mas devem ser interrompidos na concepção, uma vez que estão associados a aborto espontâneo e anomalias congênitas. Não há evidências suficientes sobre a segurança do ácido tranexâmico na gravidez e estudos em animais sugerem que o ácido tranexâmico pode interferir na ovulação [29].

Para pacientes com infertilidade, o SUA deve ser tratado antes de prosseguir com os tratamentos de infertilidade. Além disso, os tratamentos para induzir a ovulação também costumam corrigir o sangramento uterino aumentado em pacientes nos quais a infertilidade é resultado de anovulação [29].

Anticoagulação

Pessoas em uso de anticoagulação podem apresentar sangramento uterino anormal. Usualmente, a anticoagulação não é a causa primária do SUA, mas essa terapia pode exacerbar uma causa secundária. A presença de sangramento é dose dependente e ocorre mais frequentemente em indivíduos que utilizam varfarina e apresentam razão normalizada internacional (RNI) acima do alvo. Frequentemente, ajustar a dose do RNI para o alvo terapêutico resolve o SUA [4,29].

Pacientes em uso de medicamentos anticoagulantes que apresentam sangramento uterino intenso, prolongado ou irregular devem ser avaliados quanto à etiologia e tratados conforme apropriado. Já para pacientes em terapia anticoagulante sem lesões estruturais, o manejo é semelhante quando há contraindicações à terapia com estrogênio, usualmente com uso de progestágenos isolados [4,29].

Homens trans e pessoas transmasculinas

O sangramento uterino persistente em homens trans e pessoas transmasculinas pode associar-se a angústia, sintomas depressivos e comportamentos autodestrutivos [53]. Como a supressão do sangramento menstrual é um dos objetivos da hormonização, junto com a supressão dos caracteres femininos e a indução da virilização, essa é considerada uma opção terapêutica, desde que o paciente deseje e não tenha contraindicações[54]. Para mais informações sobre hormonização, acesse o [Telecondutas de Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde](#).

Para aqueles que ainda não iniciaram o processo de hormonização e que apresentem queixas de sangramento uterino anormal, deve-se realizar investigação antes do início da terapia, incluindo ultrassonografia pélvica ou transvaginal [55].

Já para indivíduos que estão em hormonização e apresentem sangramento uterino, deve-se revisar causas de sangramento, incluindo tratamento irregular (testosterona em níveis abaixo do fisiológico) ou testosterona em excesso (aromatização periférica da testosterona em estradiol). Se houver sangramento persistente, mesmo após 3 a 6 meses da otimização da dose da testosterona, é possível associar um

progestágeno isolado (exemplos: acetato de medroxiprogesterona 10 mg, 1 x/dia, de forma contínua, ou acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg, intramuscular, a cada 3 meses) [54,56,57]. Além disso, deve-se realizar dosagem de estradiol e ultrassom transvaginal para avaliação de endométrio [57,58].

Caso o sangramento já tenha cessado após o início da hormonização e ocorrer novo sangramento uterino sem causa definida (perda de doses ou baixa dose de testosterona), é indicada a investigação com ultrassom transvaginal [57,58].

Encaminhamento para o serviço especializado

Pessoas com sangramento uterino anormal associado à anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica devem ser encaminhadas para serviço de urgência/emergência [25].

A abordagem na atenção especializada ambulatorial é reservada para os casos de falha terapêutica ao tratamento medicamentoso, presença de anormalidades anatômicas uterinas que promovam distorção da cavidade endometrial ou na suspeita de malignidade [30].

Para pessoas que menstruam e apresentam sangramento uterino durante a menacme, as indicações de encaminhamento para a Ginecologia incluem [25]:

- ausência de resposta ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, após excluídas causas secundárias, como alteração tireoidiana, hiperprolactinemia, escape por anticoncepcional hormonal de baixa dosagem, métodos contraceptivos que contenham somente progestágenos ou doença inflamatória pélvica; ou
- mioma intramural ou subseroso, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou
- mioma intramural ou subseroso em paciente que deseja gestar; ou
- mioma submucoso; ou
- pólipos endometrial ou espessura endometrial maior ou igual a 12 mm por ecografia pélvica transvaginal realizada na primeira fase do ciclo menstrual; ou
- adenomiose, refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses; ou
- idade igual ou maior que 45 anos; ou
- pelo menos um fator de risco para câncer de endométrio ([Quadro 3](#)).

Na suspeita de sangramento uterino anormal por discrasia sanguínea (sangramento uterino aumentado desde a menarca ou história familiar de coagulopatia ou múltiplas manifestações hemorrágicas), recomenda-se encaminhamento para Ginecologia ou Hematologia [25].

Já para pessoas com sangramento uterino pós-menopausal, está sempre indicado o encaminhamento especializado, para Oncologia Ginecologia (preferencialmente) ou Ginecologia, em serviço que realiza histeroscopia [25].

Referências

1. Kaunitz AM. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: terminology, evaluation, and approach to diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-terminology-evaluation-and-approach-to-diagnosis>
2. Dynamed. Abnormal Uterine Bleeding [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/approach-to/abnormal-uterine-bleeding>
3. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5º ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. 2424 p.
4. Passos EP, Martins-Costa SH, Magalhães JA, Ramos JGL, Wender MCO, Oppermann ML da R. Rotinas em ginecologia. 8º ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. dezembro de 2018;143(3):393–408.
6. Kaunitz AM. Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Age Women. JAMA [Internet]. 4 de junho de 2019 [citado 23 de outubro de 2023];321(21):2126. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2019.5248>
7. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. abril de 2011;113(1):3–13.
8. Kaunitz AM. Causes of female genital tract bleeding [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-female-genital-tract-bleeding>
9. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
10. DiVasta A, Murray P. Evaluation of vulvovaginal bleeding in children and adolescents.
11. Ni P, Wu M, Guan H, Yuan Y, Zhang L, Zhang F, et al. Etiology distribution of abnormal uterine bleeding according to FIGO classification system: a combined study of ultrasound and histopathology. J of Obstet and Gynaecol [Internet]. julho de 2022 [citado 2 de novembro de 2023];48(7):1913–20. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.15226>
12. Chen L may, Berek JS. Endometrial carcinoma: epidemiology, risk factors, and prevention [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-carcinoma-epidemiology-risk-factors-and-prevention>
13. Barros VV de, Hase EA, Salazar CC, Igai AMK, Orsi FA, Margarido PFR. Sangramento uterino anormal e deficiência crônica de ferro. Febrasgo Position Statement [Internet]. dezembro de 2022 [citado 3 de novembro de 2023];(11). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/posicionamentos-febrasgo/FPS---N11---Dezembro-2022---portugues.pdf>

14. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 1º de fevereiro de 2019 [citado 2 de novembro de 2023];94(2):326–35. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619618309959>
15. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. julho de 2012;120(1):197–206.
16. Welt CK. Normal menstrual cycle [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/normal-menstrual-cycle>
17. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado 10 de abril de 2023]. 230 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
18. Roe AH, Bartz DA, Douglas PS. Combined estrogen-progestin contraception: side effects and health concerns [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-contraception-side-effects-and-health-concerns>
19. Munro MG, Balen AH, Cho S, Critchley HOD, Díaz I, Ferriani R, et al. The FIGO Ovulatory Disorders Classification System. *Fertil Steril*. outubro de 2022;118(4):768–86.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 557: Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. abril de 2013 [citado 23 de outubro de 2023];121(4):891–6. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006250-201304000-00042>
21. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2º ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 3 de novembro de 2023]. 118 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf
22. Silva NKD. Abnormal uterine bleeding in adolescents: evaluation and approach to diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-adolescents-evaluation-and-approach-to-diagnosis>
23. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and Management of Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents. *JAMA Pediatr*. 1º de fevereiro de 2020;174(2):186–94.
24. James AH. Heavy menstrual bleeding: work-up and management. *Hematology* [Internet]. 2 de dezembro de 2016 [citado 2 de novembro de 2023];2016(1):236–42. Disponível em: <https://ashpublications.org/hematology/article/2016/1/236/21050/Heavy-menstrual-bleeding-workup-and-management>

25. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TelessaúdeRS-UFRGS, Rio Grande do Sul, Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial: Ginecologia [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2023 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_ses_ginecologia_20170911_v016.pdf
26. Feldman S, Levine D. Overview of the evaluation of the endometrium for malignant or premalignant disease [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-evaluation-of-the-endometrium-for-malignant-or-premalignant-disease>
27. Dynamed. Endometrial Cancer [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/endometrial-cancer>
28. Priore GD. Endometrial sampling procedures [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-sampling-procedures>
29. Kaunitz AM. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-management>
30. National Institute For Health And Care Excellence. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Internet]. London: NICE; 2021 [citado 3 de novembro de 2023]. (Nice guideline). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549>
31. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de Ginecologia Febrasgo. São Paulo: GEN Guanabara Koogan; 2018. 1024 p.
32. Bofill Rodriguez M, Lethaby A, Farquhar C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 19 de setembro de 2019;9(9):CD000400.
33. Bryant-Smith AC, Lethaby A, Farquhar C, Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 15 de abril de 2018;4(4):CD000249.
34. Rodriguez MB, Dias S, Jordan V, Lethaby A, Lensen SF, Wise MR, et al. Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2022 [citado 2 de novembro de 2023];(5). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013180.pub2/full>
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. Obstetrics & Gynecology [Internet]. setembro de 2019 [citado 2 de novembro de 2023];134(3):e71–83. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000003411>
36. Merative Micromedex. Tranexamic Acid [Internet]. Greenwood Village, Colorado; Cambridge, Massachusetts, USA: IBM Watson Health/EBSCO Information Services,; [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-monograph/tranexamic-acid>

37. Zydus Nikkho Farmacêutica Ltda. TRANSAMIN[®] ácido tranexâmico. Farmacêutica Responsável: Roberta Lopes Nazareth [Internet]. Rio de Janeiro: Zydus Nikkho Farmacêutica Ltda.; [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=156510045>
38. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Diagnóstico e tratamento de sangramento uterino anormal agudo [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2021 [citado 23 de outubro de 2023]. 24 p. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Diagnostico-e-tratamento-de-sangramento-uterino-anormal-agudo-2021.pdf>
39. Jewson M, Purohit P, Lumsden MA. Progesterone and abnormal uterine bleeding/menstrual disorders. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. novembro de 2020 [citado 23 de outubro de 2023];69:62–73. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152169342030081X>
40. Allen RH. Combined estrogen-progestin oral contraceptives: patient selection, counseling, and use [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use>
41. Edelman A, Kaneshiro B. Evaluation and management of unscheduled bleeding in individuals using hormonal contraception [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-unscheduled-bleeding-in-individuals-using-hormonal-contraception>
42. Dynamed. Oral Contraceptives [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/drug-review/oral-contraceptives>
43. FSRH Guideline (January 2019, amended November 2020) Combined Hormonal Contraception. BMJ Sex Reprod Health [Internet]. janeiro de 2019 [citado 2 de novembro de 2023];45(Suppl 1):1–93. Disponível em: <https://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsex-2018-000000>
44. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Clinical Consensus—Gynecology. General Approaches to Medical Management of Menstrual Suppression: ACOG Clinical Consensus No. 3. Obstet Gynecol. 1^o de setembro de 2022;140(3):528–41.
45. Zacur HA. Managing an episode of acute uterine bleeding [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 23 de outubro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/managing-an-episode-of-acute-uterine-bleeding>
46. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. Obstetrics & Gynecology [Internet]. junho de 2021 [citado 2 de novembro de 2023];137(6):e100–15. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000004401>
47. Walters MD, Ferrando C. Hysterectomy (benign indications): patient-important issues and surgical complications [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-benign-indications-patient-important-issues-and-surgical-complications>
48. Dynamed. Hysterectomy [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 2 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/procedure/hysterectomy/about>

49. Walters MD, Ferrando C. Hysterectomy (benign indications): selection of surgical route [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-benign-indications-selection-of-surgical-route>
50. Silva NKD. Abnormal uterine bleeding in adolescents: management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2022 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-adolescents-management>
51. Yaşa C, Güngör Uğurlucan F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 6 de fevereiro de 2020;12(Suppl 1):1–6.
52. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5º ed. Geneva: WHO; 2015 [citado 2 de novembro de 2023]. 276 p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/181468>
53. Carswell JM, Roberts SA. Induction and Maintenance of Amenorrhea in Transmasculine and Nonbinary Adolescents. Transgender Health [Internet]. dezembro de 2017 [citado 2 de novembro de 2023];2(1):195–201. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2017.0021>
54. Tangpricha V, Safer JD. Transgender men: evaluation and management [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 4 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/transgender-men-evaluation-and-management>
55. Obedin-Maliver J. Pelvic pain and persistent menses in transgender men [Internet]. San Francisco: UCSF Transgender Care; 2016 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>
56. Defreyne J, Vanwonderghem Y, Collet S, Iwamoto SJ, Wiepjes CM, Fisher AD, et al. Vaginal bleeding and spotting in transgender men after initiation of testosterone therapy: A prospective cohort study (ENIGI). International Journal of Transgender Health [Internet]. 2 de abril de 2020 [citado 12 de setembro de 2023];21(2):163–75. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2020.1719951>
57. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. Obstet Gynecol. julho de 2019;134(1):81–90.
58. Bourns A. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients [Internet]. 4º ed. Ontario: Sherbourne Health; 2019 [citado 18 de maio de 2023]. 134 p. Disponível em: <http://www.transforumquinte.ca/downloads/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2019.pdf>
59. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine fibroids (leiomyomas): epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>
60. Dynamed. Uterine Leiomyoma [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/uterine-leiomyoma>
61. Stewart EA. Endometrial polyps [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps>
62. Stewart EA. Uterine adenomyosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2023 [citado 3 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-adenomyosis>

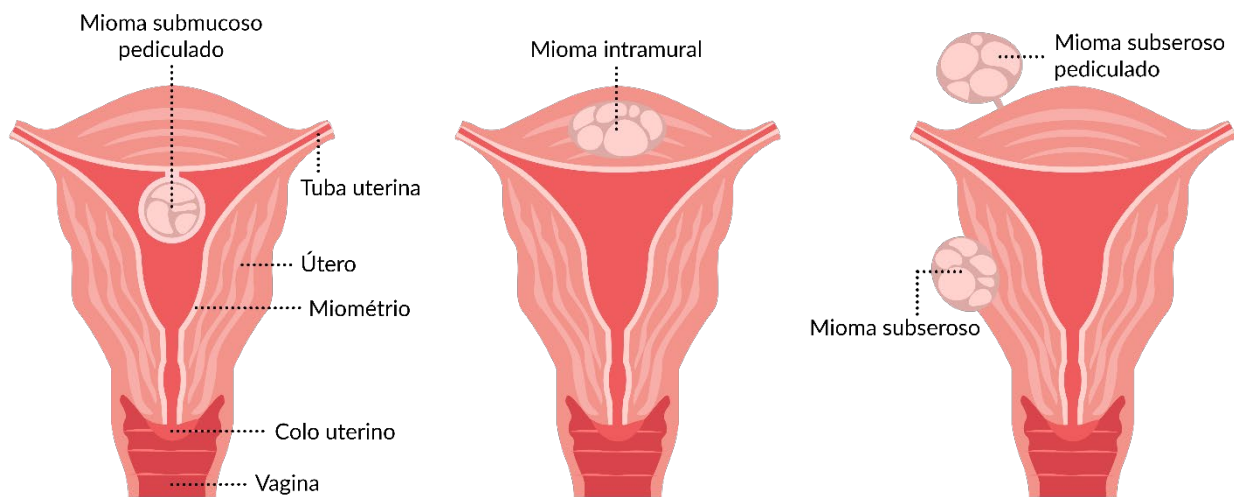
63. Murji A, Sanders AP, Monteiro I, Haiderbhai S, Matelski J, Walsh C, et al. Cesarean scar defects and abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. outubro de 2022;118(4):758–66.
64. Kremer TG, Ghorzi IB, Dibi RP. Isthmocele: an overview of diagnosis and treatment. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. maio de 2019 [citado 2 de novembro de 2023];65(5):714–21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019000500714&tlng=en
65. Rosen A, Chan WV, Matelski J, Walsh C, Murji A. Medical treatment of uterine arteriovenous malformation: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. outubro de 2021;116(4):1107–16.
66. He Y, Zhong J, Zhou W, Zeng S, Li H, Yang H, et al. Four Surgical Strategies for the Treatment of Cesarean Scar Defect: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020;27(3):593–602.
67. Hoang VT, Van HAT, Trinh CT, Pham NTT, Huynh C, Ha TN, et al. Uterine Arteriovenous Malformation: A Pictorial Review of Diagnosis and Management. *J Endovasc Ther*. outubro de 2021;28(5):659–75.
68. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 29 de julho de 2016 [citado 2 de novembro de 2023];65(3):1–103. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>

Apêndices

Apêndice A – Causas de sangramento uterino aumentado de acordo com a classificação PALM-COEIN

Os leiomiomas uterinos, também conhecidos como miomas, são os tumores pélvicos mais prevalentes do trato genital feminino. Em sua maioria, são lesões pequenas e assintomáticas. Contudo, frequentemente podem se associar a SUA, especialmente se submucosos e intramurais ([Figura 1](#)). Já os subserosos não se relacionam com SUA [3,4]. Quando numerosos e/ou volumosos, podem promover efeito de massa, com dor pélvica e compressão de órgãos adjacentes. Ressalta-se que uma mesma pessoa pode apresentar mais de um tipo de mioma [59].

Figura 1 – Localização de leiomiomas uterinos



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024) adaptado de Dynamed (2023) [60].

As disfunções ovulatórias podem se apresentar como um espectro de anormalidades menstruais, variando de amenorreia, sangramento irregular de leve intensidade, até sangramentos imprevisíveis com fluxo intenso e podendo cursar com instabilidade hemodinâmica. Podem ser atribuídas a endocrinopatias (síndrome dos ovários policísticos, hipotireoidismo, hiperprolactinemia), associados a estresse orgânico, perda de peso significativa ou prática intensa de exercícios extremos, como entre atletas de alta performance. Também é bem reconhecido que distúrbios ovulatórios inexplicados frequentemente ocorrem nos extremos da idade reprodutiva, como nos primeiros 2 anos após a menarca e no período peri-menopausa [7,8].

Apesar de frequentemente assintomáticos, os pólipos endometriais e endocervicais são considerados fatores etiológicos de SUA, tanto em pacientes na menacme, como na pós-menopausa [8,61]. A grande maioria é benigna e sua prevalência aumenta com a idade. O sintoma mais frequente é o sangramento intermenstrual, podendo ocorrer sangramento após esforço ou levantamento de peso. Quadros menos habituais incluem sangramento intenso ou prolongado, sangramento pós-coito,

sangramento pós-menopausa, prolapso através do orifício cervical e sangramento não programado durante a terapia hormonal da menopausa [8].

O achado de adenomiose em exames de imagem é comum em pacientes com leiomiomas uterinos ou endometriose. No entanto, o seu papel na gênese do sangramento uterino é pouco compreendido, e os dados são conflitantes em relação à sua associação com períodos menstruais intensos, prolongados ou dolorosos [8]. Sangramento uterino anormal é um dos principais sintomas associados à adenomiose, ocorrendo em torno de 60% dos casos, seguido de dismenorrea e dor pélvica crônica. Cerca de um terço das pessoas com adenomiose são assintomáticas [62].

A suspeita de neoplasia de endométrio sempre deve ser considerada em pacientes com sangramento uterino após a menopausa. Embora relativamente incomum em pessoas em idade reprodutiva, essa hipótese deve ser aventada em pessoas com sangramento uterino aumentado ou persistente e que apresentem espessamento endometrial na primeira fase do ciclo menstrual (≥ 12 mm) ou com fatores de risco para câncer de endométrio ([Quadro 3](#)) [2,12].

Dispositivos intrauterinos, medicações que impactam diretamente no endométrio, que interferem nos mecanismos de coagulação sanguínea e que interferem sistematicamente na ovulação são causas de sangramento uterino anormal iatrogênico [5,7]. Medicamentos que podem associar-se à alteração do padrão menstrual incluem contraceptivos, espironolactona, anticoagulantes, antipsicóticos (haloperidol, risperidona), metoclopramida, domperidona, antidepressivos (principalmente os tricíclicos amitriptilina e clomipramina), corticoide, antiinflamatórios não esteroidais, tamoxifeno e quimioterápicos [1,2].

Os distúrbios primários da hemostasia endometrial e os processos inflamatórios locais, presentes na endometrite crônica, podem causar SUA [7]. O diagnóstico das desordens endometriais deve ser determinado pela exclusão de outras anormalidades identificáveis em pessoas com útero em idade reprodutiva e que parecem ter função ovulatória normal [7].

Apesar da anovulação ser a principal causa de SUA em adolescentes, alterações da coagulação respondem por 20% dos casos de sangramento uterino anormal nessa faixa etária, que se apresenta mais frequentemente como sangramento aumentado [22]. Deve-se suspeitar de discrasias sanguíneas em pacientes com sangramento uterino aumentado desde a menarca, história familiar de distúrbios da coagulação ou múltiplas manifestações hemorrágicas. Estima-se que 13% das pessoas com queixa de sangramento uterino aumentado apresentem algum tipo de diátese hemorrágica, sendo a doença de von Willebrand a mais comum delas [7]. Os defeitos hemorrágicos também incluem trombocitopenia imune, defeito da função plaquetária, alterações decorrentes de insuficiência renal (disfunção plaquetária), doença hepática (síntese reduzida de fatores de coagulação), malignidade hematológica, anticoagulantes ou agentes quimioterápicos [8].

O SUA-N é a classificação utilizada para alterações que são menos frequentes ou mal definidas até o momento da avaliação, que não podem ser classificadas de outra forma. Entre outras condições, estão as

malformações arteriovenosas e os defeitos na cicatriz da cesariana, também denominados istmoceles [63,64]. Essas são causas pouco frequentes de SUA, mas que têm apresentado maiores prevalências com o aumento de instrumentação cirúrgica uterina e aumento das taxas de cesariana [63,65]. Suspeita-se de istmocele em pessoas com SUA, especialmente sangramento intermenstrual, e histórico prévio de parto cesáreo com ecografia demonstrando espessura miometrial menor em topografia de histerorrafia ou aumento de vascularização local [63,64]. O tratamento indicado é a ressecção cirúrgica por histeroscopia ou laparoscopia [64,66]. O diagnóstico da malformação arteriovenosa pode ser sugerido pelo aumento do número e pela dilatação dos vasos sanguíneos no miométrio à ecografia [67]. Possíveis tratamentos medicamentosos incluem o uso de progestágenos e análogos de GnRh [65]. Tratamento endovascular com embolização de artéria uterina é um dos tratamentos indicados para pacientes com malformações arteriovenosas uterinas hemodinamicamente instáveis [65,67].

Apêndice B – Questionário de avaliação de sangramento uterino aumentado

1. Com que frequência você troca seu absorvente durante os dias de maior fluxo menstrual?
2. Quantos absorventes você usa em um único período menstrual?
3. Você precisa trocar o absorvente durante a noite?
4. Caso apresente coágulos, são de quais tamanhos?
5. Algum profissional da saúde disse que você tem anemia?

As pessoas com um volume normal de sangramento menstrual tendem a:

- trocar os absorventes em intervalos ≥ 3 horas;
- usar menos de 21 absorventes por ciclo;
- raramente precisar trocar o absorvente durante a noite;
- têm coágulos com menos de 2,5 cm de diâmetro;
- não ter anemia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Kaunitz (2023) [1].

Apêndice C – Rastreamento de coagulopatias em pacientes com sangramento uterino aumentado

Quadro 1 – Suspeita de sangramento uterino aumentado associado à discrasia sanguínea

A triagem inicial para um distúrbio subjacente da hemostasia em pacientes com sangramento uterino aumentado deve ser realizada por meio de uma história clínica estruturada. Um resultado de triagem indicativo compreende qualquer um dos seguintes critérios:

1. Sangramento menstrual intenso desde a menarca.
2. Um dos seguintes:
 - hemorragia pós-parto;
 - sangramento relacionado a procedimento cirúrgico;
 - sangramento associado a tratamento dentário.
3. Dois ou mais dos seguintes sintomas:
 - equimoses 1-2 x/mês;
 - epistaxe 1-2 x/mês;
 - sangramento gengival frequente;
 - história familiar de sangramento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2024), adaptado de Passos et al. (2023) e Kaunitz (2023) [4,8].

Apêndice D – Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos

| Categorias de elegibilidade para cada método: | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Categoria 1 = A condição não restringe o uso do método. | | | | | | |
| Categoria 2 = As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado. | | | | | | |
| Categoria 3 = Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição. | | | | | | |
| Categoria 4 = O risco do uso do método é inaceitável nesta condição. | | | | | | |
| | CHC | POP | DMPA injetável | Implante | DIU de cobre | DIU-LNG |
| Condição | | | | | | |
| Idade | < 40 = 1 ≥ 40 = 2 | < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1 | < 18 = 2 18-45 = 1 > 45 = 2 | < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1 | < 20 = 2 ≥ 20 = 1 | < 20 = 2 ≥ 20 = 1 |
| Pós-parto em aleitamento materno | | | | | | |
| Amamentando e < 21 dias pós-parto | 4 | 2 | 2 | 2 | | |
| Amamentando e entre 21-42 dias pós-parto | 2 (3 se <30 dias ou fator de risco para TVP) | 1 (2 se <30 dias) | 1 (2 se <30 dias) | 1 (2 se <30 dias) | | |
| Amamentando e > 42 dias pós-parto | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| Pós-parto sem aleitamento materno | | | | | | |
| < 21 dias pós-parto | 4 | 1 | 1 | 1 | | |
| Entre 21-42 dias pós-parto | 2 (3 se outro fator de risco para TVP) | 1 | 1 | 1 | | |
| > 42 dias pós-parto | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| Pós-parto (sem ou em aleitamento materno) | | | | | | |
| < 48h, inclusive pós-dequitação imediata | | | | | 1 | 1=sem aleitamento |
| ≥ 48 horas a < 28 dias pós-parto | | | | | 3 | 2=em aleitamento |
| ≥ 28 dias pós-parto | | | | | 1 | 3 |
| Sepse puerperal | | | | | 4 | 1 |
| 4 | | | | | | 4 |
| Tabagismo | | | | | | |
| Idade < 35 anos | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Idade ≥ 35 anos | | | | | | |
| < 15 cigarros/dia | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ≥ 15 cigarros/dia | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Doença cardiovascular | | | | | | |
| Múltiplos fatores de risco para DCV (HAS, idade avançada, tabagismo e DM) | 3/4 * | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| Hipertensão | | | | | | |
| Hipertensão controlada adequadamente | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| PA sistólica = 140-159 ou diastólica = 90-99 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 ou com DCV | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| TVP e embolia pulmonar | | | | | | |
| Doença no passado | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Doença aguda | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| História familiar em 1º grau | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Trombose venosa superficial | | | | | | |
| Veias varicosas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tromboflebite superficial | 2/3 ** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Doença isquêmica do coração | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| AVC | 4 | 2+/3 [‡] | 3 | 2+/3 [‡] | 1 | 2 |
| Doença neurológica | | | | | | |
| Cefaleia não migrânea (leve ou grave) | I= 1; C=2 | I=1; C=1 | I=1; C=1 | I= 1; C= 1 | I=1; C=1 | I=1; C=1 |
| Migrânea | | | | | | |
| Sem aura e idade < 35 anos | I= 2; C=3 | I=1; C=2 | I=2; C=2 | I=2; C=2 | I=1; C=1 | I=2; C=2 |
| Sem aura e idade ≥ 35 anos | I= 3; C=4 | I=1; C=2 | I=2; C=2 | I=2; C=2 | I=1; C=1 | I=2; C=2 |
| Com aura, em qualquer idade | I=4; C=4 | I=2; C=3 | I=2; C=3 | I= 2; C=3 | I=1; C=1 | I= 2; C=3 |
| Anticonvulsivantes[‡] | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| | 1=ác. valproico | | | | | |

| | | 1=lamotrigina e ác. valproico | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------|----------|-----------------|---------|
| | CHC | POP | DMPA injetável | Implante | DIU de cobre | DIU-LNG |
| Doença ginecológica ou mamária | | | | | | |
| Doença trofoblástica | | | | | | |
| Níveis de β-HCG decrescentes ou indetectáveis | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Níveis crescentes de β-HCG ou doença maligna | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Mama | | | | | | |
| Câncer de mama atual | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 |
| Câncer no passado (≥5 anos sem a doença) | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| Fibroma uterino | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Doença inflamatória pélvica | | | | | | |
| Atual ou ≤3 meses (inclui cervicite purulenta) | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| Passada | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| HIV/Aids | | | | | | |
| Clinicamente bem, em uso de TARV [€] | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estado clínico deteriorado ou não uso de TARV | € | € | € | € | 2 | 2 |
| Alterações endócrinas | | | | | | |
| Diabetes mellitus | | | | | | |
| Diabetes gestacional prévio | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Diabetes sem DCV | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Diabetes com complicações ou >20 anos de diagnóstico | 3/4 [§] | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| Alterações gastrointestinais | | | | | | |
| Hepatite viral | | | | | | |
| Ativa | I=3/4 [§] ; C=2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Portador/crônica | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lúpus eritematoso sistêmico | | | | | | |
| Anticorpos antifosfolipídeos positivos ou desconhecido | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 |
| Trombocitopenia grave | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Terapia imunossupressora | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Nenhuma das anteriores | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |

Fonte: Duncan (2022), adaptado de Organização Mundial de Saúde (2015) e Curtis et al. (2016) [3,52,68].

AVC: acidente vascular cerebral; CHC: contraceptivo hormonal combinado; DM: diabetes mellitus; DCV: doença cardiovascular; DIU: dispositivo intrauterino; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito; HAS: hipertensão arterial sistêmica; HIV: vírus da imunodeficiência humana; IMC: índice de massa corporal; PA: pressão arterial; POP: pílula de progestágeno isolado; DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel; TARV: terapia antirretroviral; TVP: trombose venosa profunda.

* Quando há múltiplos fatores de risco, os quais qualquer um aumenta substancialmente o risco de DCV, o uso de CHC pode aumentar o risco a um nível inaceitável. No entanto, uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco não é adequada. Por exemplo: uma combinação de 2 fatores de risco atribuídos como categoria 2 não necessariamente justifica uma maior categoria.

** Tromboflebite superficial pode estar associada com risco aumentado de TVP. Se uma mulher tiver fatores de risco concomitantes (ex: trombofilia conhecida ou câncer), diagnóstico ou histórico de TVP, consulte as recomendações para TVP. Trombose venosa superficial associada com um cateter intravenoso periférico é menos provável de ser associada a trombose adicional e uso de CHC pode ser considerado.

†Início: pode-se iniciar o método nestas condições.

¥ Continuidade: quando o método já estava sendo usado e ocorre o AVC, passa a ser categoria 3 para continuar o método.

£ Fenitoína, carbamazepina, barbiturato, primidona, topiramato, oxcarbazepina.

€ Fosamprenavir implica categoria 3 para CHC. Os demais ARV são categoria 1 ou 2 para CHC. Os demais métodos não interferem substancialmente na TARV (categoria 1 ou 2).

§ A categoria deve ser avaliada de acordo com a gravidade da doença.

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS do Brasil.
Para esclarecer dúvidas, ligue:



0800 644 6543