

LUIZ FERNANDO FRASSETTO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO DAS
PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE
PATOLOGIA ENDOMETRIAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**



03751301

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2004

LUIZ FERNANDO FRASSETTO

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO DAS
PACIENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE
PATOLOGIA ENDOMETRIAL DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Nascimento

Co-orientadores: Dra. Leisa Beatriz Grandó

Dra. Ana Rita Peixoto Panazzolo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

UFSC/BSCCS-M
Acervo: 207980
Registro: 3571301
Data de registro: 07/12/2004
Classificação: TCC | UFSC | T0355

Frassetto, Luiz Fernando.

Estudo epidemiológico descritivo das pacientes atendidas no ambulatório de patologia endometrial do Hospital Universitário. / Luiz Fernando Frassetto. – Florianópolis, 2004.

36p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Endométrio 2. Histeroscopia 3. Sangramento uterino anormal I. Título.

A Deus, sempre presente em minha vida.

*Aos meus pais, Moacir e Clarice,
pelo amor, compreensão e apoio irrestritos
em cada etapa de minha caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Nascimento, pela paciência e sabedoria na orientação deste trabalho, e por sempre ser, ao mesmo tempo, professor e amigo.

Às minhas co-orientadoras, Dra. Leisa Beatriz Grando e Dra. Ana Rita Peixoto Panazzolo, pelo auxílio na criação deste estudo e pelos ensinamentos médicos transmitidos durante a realização deste trabalho.

Aos funcionários do SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Universitário, pelo auxílio na procura dos prontuários.

À minha namorada, Cynthia Zocche Soprana, por todo o seu amor e dedicação.

Aos meus amigos e colegas, Daniel Medeiros Moreira, Ana Paula Silva Stratmann, Juliana Stradiotto Steckert e Gabriel El-Kouba Jr., pela amizade sincera e por toda a alegria nestes anos de faculdade.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
SUMMARY.....	vi
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO.....	5
3 MÉTODO.....	6
4 RESULTADOS.....	10
5 DISCUSSÃO.....	15
6 CONCLUSÃO.....	22
7 NORMAS ADOTADAS.....	23
8 REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE 1- Protocolo de Pesquisa.....	27
APÊNDICE 2 - Parecer Consubstanciado.....	29

RESUMO

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago possui o Ambulatório de Patologia Endometrial para o atendimento de pacientes com problemas relacionados à cavidade uterina, sendo utilizada a histeroscopia na investigação destas pacientes. Este método é considerado atualmente padrão-ouro para avaliação da cavidade uterina, sendo bem tolerado e apresentando maior acurácia quando comparado com outras técnicas. O objetivo deste trabalho é analisar as características das pacientes atendidas no serviço, bem como os achados histeroscópicos e anátomo-patológicos encontrados. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo populacional, com base nos prontuários médicos das pacientes atendidas no serviço no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2003. Foram incluídas no estudo 128 pacientes. Constatou-se que a média de idade das pacientes é de 49,7 anos, sendo a maioria (93,7%) procedente da Grande Florianópolis; 63,3% já havia sido atendida anteriormente no HU; 57,8% tinha até 3 filhos e 57,8% estava na menopausa. A queixa principal mais frequente foi de sangramento uterino anormal na menopausa (40,6%), seguida pela de anormalidades à ultrassonografia (36,7%). Das 128 pacientes estudadas, 116 (90,6%) foram investigadas por histeroscopia, e o achado mais frequente foi de pólipos endometriais (40,5%), confirmado pelo estudo anátomo-patológico do material de biópsia (42,1%). Foram diagnosticados dois casos de câncer de endométrio (1,7%). Tiveram indicação de histeroscopia cirúrgica 39% das pacientes atendidas no período. Houve discordância entre o achado histeroscópico e o exame anátomo-patológico em apenas um caso. Este estudo demonstrou o perfil epidemiológico das pacientes atendidas no referido ambulatório e poderá servir de base para futuros trabalhos.

SUMMARY

Patients with problems related to the uterine cavity are referred to the Ambulatory of Endometrial Pathology of Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago where they are investigated by hysteroscopy. This method is the gold standard for evaluation of the uterine cavity because it's well tolerated and more accurate compared to other techniques. The purpose of this study is to know who these patients are, analyzing their characteristics as well as hysteroscopic findings and anatomopathological results of biopsy. An epidemiological descriptive populational study was carried out, based on patients' dossiers, in which 128 patients' evaluations in the ambulatory from January 1st to June 30th 2003 were analyzed. The age average of the patients was of 49.7 years; the majority (93.7%) came from the region of Grande Florianópolis; 63.3% had already had contact with HU before; 57.8% had until three children and 57.8% were premenopausal. The most frequent reason to consult was abnormal uterine bleeding in fertile women (40.6%), followed by abnormal findings at uterine cavity on the ultrasound (36.7%). Of the 128 patients of this study, 116 (90.6%) were investigated by hysteroscopy, and the most frequent finding was endometrial polyp (40.5%), confirmed by biopsy (42.1%). Two cases of endometrial cancer were diagnosed (1.7%). The hysteroscopic surgery was indicated in 39% of the patients of this study. There was disagreement between the hysteroscopic finding and the biopsy in only one case. This study demonstrated the profile of the Ambulatory of Endometrial Pathology's patients, and may be used in future studies.

1 INTRODUÇÃO

A investigação da cavidade uterina possui raízes muito antigas. Em 1805, Bozzini idealizou um aparelho com finalidade endoscópica, tentou explorar a uretra e a cavidade uterina, mas foi censurado pela Academia Vienense de Medicina. Com o uretroscópio inventado por Desormeaux, em 1865, o médico inglês Pantaleoni acessou o útero em uma mulher fora do ciclo gravídico-puerperal, em 1869, constituindo-se na primeira histeroscopia realizada. Pantaleoni diagnosticou pólipos endometriais e os cauterizou com nitrato de prata.^{1, 2}

Nitze, em 1879, inventou um cistoscópio dotado de sistema óptico e fonte iluminante, dando grande impulso à endoscopia na época. Em 1928, na França, David construiu o primeiro histeroscópio, dotado de uma lente de cristal embutida na extremidade do aparelho, evitando dessa forma a entrada de sangue e muco no interior do aparelho. Este histeroscópio possuía um diâmetro de 10,5 mm, necessitando de dilatação cervical sob anestesia para acesso à cavidade uterina. Em 1952, Palmer criou um histeroscópio de 5 mm de diâmetro, eliminando este entrave. A introdução de luz fria, em 1952, por Vulmiere, Forestier e Gladu e do cabo de fibra óptica, em 1957, por Norment, eliminou o problema do aquecimento do órgão em exame, bem como possibilitou a visão frontal por desobstruir a extremidade distal do histeroscópio.^{1, 2}

A histeroscopia teve sua prática difundida a partir da década de 70, quando surgiram endoscópios tão finos quanto 4 a 5 mm de diâmetro e com qualidades ópticas adequadas à satisfatória exploração endoscópica da cavidade uterina. O desenvolvimento de técnicas seguras de distensão da cavidade uterina com CO₂, em 1976, por Lindeman e colaboradores, possibilitou a histeroscopia panorâmica, reservando os meios líquidos para as histeroscopias cirúrgicas. Com o histeroscópio criado por Hamou, em 1979, tanto a histeroscopia de contato quanto a panorâmica podem ser realizados com CO₂.^{1, 2}

Atualmente, a histeroscopia tem aplicações tanto nos casos de infertilidade, detectando anomalias müllerianas, sinéquias intra-uterinas, miomas submucosos e lesões nos óstios das tubas uterinas, quanto nos sangramentos uterinos anormais.

É considerada atualmente padrão-ouro para investigação da cavidade uterina. Por proporcionar uma visão direta da cavidade, detecta lesões anatômicas como pólipos e

miomas, e sugere alterações endometriais como hiperplasias e carcinomas, permitindo a realização de biópsia orientada ou dirigida.³ Possui grande sensibilidade e especificidade.^{4, 5} Além disso, é procedimento bem tolerado, podendo ser realizado ambulatorialmente.^{6, 7, 8} Possui como desvantagem o alto custo dos equipamentos utilizados.

Outros meios para avaliação da cavidade uterina são métodos de imagem, como a histerossalpingografia, a ultrassonografia e a histerossonografia, e técnicas que permitem obtenção de material endometrial para análise anátomo-patológica, como a citologia, as biópsias por aspiração e a curetagem uterina.

A histerossalpingografia é um exame aceito há várias décadas para avaliação da cavidade uterina e permeabilidade tubária, e é um método clássico no diagnóstico de anormalidades uterinas.³

A ultrassonografia transvaginal é essencial para a avaliação da cavidade uterina, fornecendo imagens sugestivas de alterações.³

A histerossonografia consiste na instilação de uma solução salina na cavidade uterina simultaneamente à ultrassonografia transvaginal, como forma de distender a cavidade uterina e criar um contraste,^{3, 9} melhorando desta forma a qualidade das imagens.

Na busca por amostras de endométrio para análise anátomo-patológica, outros meios surgiram como métodos citológicos por meio de esfregaços (cervicovaginal e endometrial) e histológicos por meio de aspirados endometriais.¹⁰

A curetagem uterina é um método invasivo de avaliação da cavidade uterina, que necessita de hospitalização, uso de anestesia e possui taxas mais elevadas de complicações.¹¹ Possibilita material para análise histológica.¹²

A busca por melhores métodos de investigação da cavidade uterina deve-se ao fato de que o útero e sua mucosa podem sofrer diversas alterações. Estas podem ser benignas, tais como pólipos endometriais e miomas submucosos; com potencial de malignidade, como as hiperplasias endometriais, ou francamente malignas como o carcinoma endometrial.¹³ Estudos indicam que 23% das hiperplasias com atipias progridem para câncer em um intervalo de 13 anos.^{13, 14}

Estas alterações podem acometer a mulher em qualquer estágio da vida. Entretanto, com a maior longevidade, as mulheres podem viver até um terço de suas vidas no período peri e pós-menopáusicos,¹⁵ período em que ocorrem importantes modificações endocrinológicas, com grandes repercussões clínicas.¹⁶

Dentre estas alterações, está o carcinoma de endométrio. Noventa e sete por cento dos cânceres de corpo de útero são de origem endometrial, sendo os 3% restantes sarcomas. Câncer de útero é o quarto câncer mais freqüente em mulheres de países desenvolvidos, com uma estimativa de 34.000 casos novos diagnosticados e 6.000 mortes no Estados Unidos, em 1996.¹⁷ No Brasil, são esperados anualmente 5.685 casos novos de carcinoma de endométrio, com taxa de 7,6% casos por 100.000 mulheres, variando de 20/100.000 na Região Norte a 9,9/100.000 na Região Sudeste.¹¹ Dos dez cânceres mais comuns em mulheres, é o que apresenta melhores taxas de sobrevivência.^{17, 18}

Esta neoplasia maligna é mais comum no período pós-menopáusico, com uma média de idade de 63 anos.¹⁷ Reconhecem-se atualmente dois tipos de carcinoma endometrial. O tipo I está mais relacionado aos quadros hiperplásicos,¹⁹ e possui como fatores de risco obesidade, nuliparidade, comorbidades como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, uso de tamoxifeno, estrogênio terapia sem oposição por progestágenos (incluindo tumores produtores de estrogênios), anovulação crônica (incluindo a síndrome dos ovários policísticos), menarca precoce e menopausa tardia.^{4, 13, 19} O uso de anticoncepcional oral e o tabagismo são fatores que diminuem o risco de câncer de endométrio.¹⁷ O tipo II ocorre em endométrios atróficos.¹⁹

As doenças que acometem o endométrio costumam causar como sintoma principal sangramento uterino, sendo responsável por cerca de 33% das queixas em consultórios de ginecologia.^{8, 20} Estas queixas podem ser divididas em sangramento uterino anormal na menarca, caracterizado por desvios do ciclo menstrual quanto à quantidade, freqüência (ciclos < 21 dias ou > 35 dias) e duração (< 3 dias ou > 7 dias de fluxo menstrual), e em sangramento uterino anormal pós-menopáusico (qualquer sangramento uterino ocorrido após um ano de amenorréia). Este último é responsável por cerca de 5% das consultas ginecológicas no climatério. Além disso, é o principal sintoma do câncer de endométrio, sendo em 80% dos casos o primeiro sinal desta neoplasia.^{6, 11}

Embora a maioria das lesões que determinam sangramento uterino sejam benignas,²¹ até 15% dos sangramentos pós-menopáusicos devem-se a hiperplasias ou câncer de endométrio.^{6,}

22

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago possui um serviço de atendimento às pacientes encaminhadas por problemas relacionados à cavidade uterina, denominado de Ambulatório de Patologia Endometrial. Este serviço, criado em 2001, é um dos poucos no Estado de Santa Catarina a realizar histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas

pelo SUS – Sistema Único de Saúde. O estudo epidemiológico destas pacientes certamente trará benefícios para a melhoria do serviço em pauta, assim como, servirá de marco estatístico sobre os atendimentos realizados, fornecendo base para a geração de futuros trabalhos.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Este estudo tem por objetivo traçar as características mais freqüentemente encontradas nas pacientes atendidas no Ambulatório de Patologia Endometrial, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2003, mediante análise dos prontuários.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer por meio deste estudo:

- a) a média e mediana de idade das pacientes, bem como a distribuição por faixas etárias;
- b) sua procedência;
- c) a freqüência de pacientes cujo primeiro contato com o Hospital Universitário foi no Ambulatório de Patologia Endometrial;
- d) a paridade das mesmas;
- e) a freqüência de pacientes menopausadas e na menacma;
- f) a queixa principal;
- g) a freqüência de pacientes que tiveram indicação de histeroscopia diagnóstica;
- h) freqüência de achados histeroscópicos;
- i) freqüência dos diagnósticos anátomo-patológicos;
- j) freqüência de pacientes que tiveram indicação de histeroscopia cirúrgica.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo populacional.

3.2 População de Estudo e Coleta de Dados

Foram analisados os prontuários das 138 pacientes atendidas no Ambulatório de Patologia Endometrial do Hospital Universitário, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2003.

Os prontuários médicos foram resgatados com base nas agendas do ambulatório, através do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

Para a coleta de dados foi utilizado um protocolo de pesquisa (Apêndice 1), que continha o número do prontuário e dados da paciente como: idade, município de procedência, existência ou não de acompanhamento prévio no HU, paridade, período de vida em que sem encontra a paciente (menopausa ou menacma), queixa principal, achado histeroscópico, diagnóstico anátomo-patológico, indicação de histeroscopia cirúrgica ou não.

3.3 Definição das Variáveis Analisadas

3.3.1 Município de Procedência

Agrupados em microrregiões geográficas do Estado de Santa Catarina.²³

3.3.2 Paridade

- a) nulíparas;
- b) até 3 filhos;

- c) mais de 3 filhos.

3.3.3 Menopausa

Definida como tempo de amenorréia superior a um ano.²⁴

3.3.4 Queixa Principal

Classificadas em:

- a) pacientes assintomáticas com achados de anormalidades na cavidade uterina à ultrasonografia;
- b) sangramento uterino anormal na menacma: desvios do fluxo menstrual quanto à quantidade, frequência (ciclos < 21 dias ou > 35 dias) e duração (< 3 dias ou > 7 dias de fluxo menstrual), referidos pelas pacientes;²⁵
- c) sangramento uterino anormal pós-menopáusicos: qualquer sangramento uterino ocorrido após um ano de amenorréia;²⁴
- d) dor crônica em baixo ventre;
- e) abortamentos repetidos: três ou mais abortos prévios;
- f) DIU perdido: fio do dispositivo intra-uterino não visualizado na vagina, durante exame ginecológico em consulta anterior.

3.3.5 Achado Histeroscópico

Todas as histeroscopias diagnósticas foram realizadas no centro cirúrgico do Hospital Universitário, por um dos dois médicos do serviço, que possuem a mesma experiência em endoscopia ginecológica e se revezaram na realização dos exames. Foram utilizados histeroscópios rígidos, com ótica de 30°, com diâmetro de 2,9 mm, com distensão da cavidade com CO₂, sem anestesia.

Os achados histeroscópicos foram classificados em:¹¹

- a) endométrio funcional;
- b) endométrio atrófico;
- c) endométrio espessado;

- d) mioma submucoso;
- e) pólipos endometriais;
- f) câncer de endométrio;
- g) DIU na cavidade uterina;
- h) septo uterino.

3.3.6 Diagnóstico Anátomo-patológico

Foi realizada biópsia orientada pela histeroscopia com cureta 00. O material obtido foi encaminhado ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário e avaliado histologicamente, tendo sido os blocos de parafina cortados em micrótomos e as lâminas submetidas a coloração por hematoxilina-eosina. Os cortes histológicos foram avaliados por médicos patologistas do serviço.

Os diagnósticos anátomo-patológicos foram classificados em:

- a) endométrio funcional;
- b) endométrio atrófico;
- c) pólipos endometriais;
- d) mioma submucoso;
- e) hiperplasia endometrial simples sem atipias;
- f) hiperplasia endometrial simples com atipias;
- g) hiperplasia endometrial complexa sem atipias;
- h) hiperplasia endometrial complexa com atipias;
- i) câncer de endométrio;
- j) material insatisfatório para análise anátomo-patológica.

3.4 Critérios de Exclusão

Foram definidos como critérios de exclusão: a inexistência dos laudos da histeroscopia diagnóstica e do exame anátomo-patológico no prontuário médico e o não comparecimento à histeroscopia diagnóstica ou ao retorno agendado.

3.5 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foram utilizados os procedimentos usuais de estatística descritiva, tais como: o cálculo das frequências simples ou relativas; medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (valores mínimo e máximo e erro padrão da média).

3.6 Comitê de Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob projeto nº 249/2003, conforme Parecer Consubstanciado (Anexo I).

4 RESULTADOS

No período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2003, foram atendidas 138 pacientes no Ambulatório de Patologia Endometrial do Hospital Universitário.

Foram excluídas do estudo quatro pacientes por inexistência dos laudos da histeroscopia diagnóstica e do exame anátomo-patológico no prontuário médico, e seis pacientes por não comparecerem à histeroscopia diagnóstica ou ao retorno agendado, totalizando uma população de 128 pacientes.

A idade das pacientes variou de 24 a 78 anos, com uma média de 49,7 anos, desvio padrão de $\pm 11,7$ e mediana de 49 anos.

Na Tabela 1 apresenta-se a frequência total das pacientes segundo a faixa etária. Observou-se que a faixa etária com maior número de pacientes foi a compreendida entre 40 e 49 anos, com 41 pacientes (32%), seguida pela de 50 a 59 anos, com 35 pacientes (27,3%).

TABELA 1 – Distribuição das pacientes segundo a faixa etária.

Faixa Etária (anos)	n	%
20 – 29	6	4,7
30 – 39	19	14,8
40 – 49	41	32,0
50 – 59	35	27,3
60 – 69	20	15,6
70 – 79	7	5,5
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição das pacientes segundo a microrregião de procedência. Observou-se que a microrregião da Grande Florianópolis concentra a maior parte das pacientes deste estudo, com 120 pacientes (93,7%).

TABELA 2 – Distribuição das pacientes segundo a microrregião geográfica de procedência.

Microrregião	n	%
Grande Florianópolis	120	93,7
Tijucas	3	2,3
Tabuleiro	2	1,6
Campos de Lages	1	0,8
Canoinhas	1	0,8
Tubarão	1	0,8
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Observou-se neste estudo que a maioria das pacientes já foi atendida anteriormente no Hospital Universitário, no próprio setor de Ginecologia e Obstetrícia ou em outras áreas, totalizando 81 pacientes (63,3%), enquanto que 47 pacientes (36,7%) eram novas, e tiveram como seu primeiro contato com o Hospital Universitário a consulta no Ambulatório de Patologia Endometrial, como pode ser observado na Tabela 3.

TABELA 3 – Distribuição das pacientes em já atendidas anteriormente no HU e pacientes novas.

Pacientes	n	%
Já atendidas anteriormente	81	63,3
Novas	47	36,7
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Na Tabela 4, observa-se a distribuição das pacientes com relação à paridade. Observou-se que 74 pacientes (57,8%) tinham até 3 filhos, 39 pacientes (30,5%) tinham mais de 3 filhos e apenas 15 pacientes (11,7%) eram nulíparas.

TABELA 4 – Distribuição das pacientes de acordo com a paridade.

Número de Filhos	n	%
Nulíparas	15	11,7
Até 3 filhos	74	57,8
Mais de 3 filhos	39	30,5
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Observou-se neste estudo que 74 pacientes (57,8%) estavam na menacma e 54 pacientes (42,2%) eram menopausadas, conforme a Tabela 5.

TABELA 5 – Distribuição das pacientes de acordo com período de vida da mulher.

Pacientes	n	%
Menacma	74	57,8
Menopausa	54	42,2
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Na Tabela 6, observamos a distribuição das pacientes de acordo com a queixa principal na consulta no Ambulatório de Patologia Endometrial. Observou-se que 52 pacientes (40,6%) apresentaram como queixa principal sangramento uterino anormal na menacma, 47 pacientes (36,7%) procuraram o ambulatório por apresentarem anormalidades em exames ultrassonográficos, sem apresentarem sintomas, e 23 pacientes (18%) apresentaram como queixa principal sangramento uterino anormal pós-menopáusico. Outras queixas relatadas são descritas na mesma tabela.

TABELA 6 – Distribuição das pacientes de acordo com a queixa principal na consulta no Ambulatório de Patologia Endometrial.

Queixa Principal	n	%
Sangramento uterino anormal na manacma	52	40,6
Anormalidades à ultrassonografia	47	36,7
Sangramento uterino anormal pós-menopáusico	23	18,0
Dor em baixo ventre	4	3,1
Abortamentos repetidos	1	0,8
DIU perdido	1	0,8
Total	128	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Das 128 pacientes analisadas neste estudo, tiveram indicação de histeroscopia diagnóstica 116 pacientes, correspondendo a 90,6% da população estudada.

Na Tabela 7, observa-se a frequência dos achados histeroscópicos. O achado mais comum foi pólipos endometriais, encontrado em 47 pacientes, correspondendo a 40,5% das 116 pacientes que foram submetidas à histeroscopia diagnóstica. Os demais achados são relatados na mesma tabela.

TABELA 7 – Frequência dos achados à histeroscopia diagnóstica.

Achado Histeroscópico	n	%
Pólipo endometrial	47	40,5
Endométrio atrófico	22	19,0
Endométrio funcional	19	16,4
Endométrio espessado	17	14,6
Mioma submucoso	7	6,0
Câncer de endométrio	2	1,7
DIU na cavidade uterina	1	0,9
Septo uterino	1	0,9
Total	116	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Na Tabela 8, encontra-se a frequência dos diagnósticos anátomo-patológicos realizados através de amostra de tecido colhido pela biópsia orientada pela histeroscopia. Em todas as pacientes foi realizada a biópsia de endométrio, exceto nos casos de DIU perdido e de septo uterino, cuja imagem à histeroscopia já era suficiente para se firmar o diagnóstico. Desta forma, foram realizadas no total 114 biópsias.

O diagnóstico anátomo-patológico mais freqüente foi de pólipo endometrial, encontrado em 48 pacientes (42,1%), seguido pelo de endométrio funcional em 28 pacientes (24,6%). Apenas um caso (0,9%) apresentou material de biópsia insatisfatório para análise anátomo-patológica. Os demais diagnósticos são expostos na mesma tabela.

TABELA 8 – Frequência dos diagnósticos anátomo-patológicos nas biópsias de endométrio orientadas por histeroscopia.

Diagnóstico Anátomo-patológico	n	%
Pólipo endometrial	48	42,1
Endométrio funcional	28	24,6
Endométrio atrófico	22	19,3
Mioma submucoso	5	4,4
Hiperplasia endometrial simples sem atipias	4	3,5
Hiperplasia endometrial complexa com atipias	4	3,5
Câncer de endométrio	2	1,7
Material insatisfatório	1	0,9
Total	114	100,0

FONTE: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), Hospital Universitário, janeiro a junho de 2003.

Após a realização da histeroscopia diagnóstica e do diagnóstico anátomo-patológico, 50 pacientes tiveram indicação de histeroscopia cirúrgica, equivalendo a 39% das 128 pacientes atendidas no ambulatório no período estudado e a 43,1% das 116 pacientes em que foi realizada a histeroscopia diagnóstica.

5 DISCUSSÃO

O método diagnóstico ideal otimiza a sensibilidade, a especificidade e a eficácia diante dos custos, e ao mesmo tempo maximiza o conforto da paciente e proporciona uma clara compreensão do seu estado.⁴

Embora hoje se disponha de avançados métodos para a avaliação de doenças ginecológicas, nenhum dos exames por si só pode explorar completamente todas as alterações do trato genital feminino. Cada técnica tem suas vantagens, limites, riscos e falsos resultados.³

Na histerossalpingografia, por exemplo, a localização de pólipos nas paredes anterior ou posterior, bem como a identificação de sua base de inserção e o diagnóstico diferencial com mioma submucoso ficam prejudicados.³

A ultrassonografia transvaginal não permite a diferenciação inequívoca das imagens entre pólipos e hiperplasias, malformações uterinas e fenômenos proliferativos resultantes de terapia de reposição hormonal, assim como na determinação da localização intramural ou submucosa de um mioma.³ Sua acurácia relaciona-se com o fato de que o câncer de endométrio, geralmente, associa-se a um espessamento endometrial e raramente encontra-se presente em endométrios finos. A ultrassonografia é um método bastante útil na triagem das pacientes com sangramento uterino, identificando aquelas que devem ser submetidas a uma avaliação uterina invasiva.¹¹

A histerossonografia apresenta resultados melhores do que a ultrassonografia transvaginal,^{3, 15} possuindo sensibilidade e especificidade semelhantes à histeroscopia sem biópsia. Sua desvantagem é que não permite obtenção de material para estudo anátomo-patológico.

Já quanto aos métodos citológicos e histológicos por meio de esfregaços e aspirados endometriais, estudos demonstraram pequena sensibilidade quando comparados com a curetagem uterina.¹⁰

A curetagem uterina, por ser realizada às cegas (sem visão direta da cavidade uterina), é comumente associada à falhas diagnósticas. Possui uma taxa de falso-negativos que vai até 10%. Estudos mostram que em 60% das curetagens realizadas, menos da metade da cavidade uterina é curetada,^{4, 6} e em 16% dos casos menos de um quarto do endométrio é curetado.¹¹ Estudos indicam que 40 a 90% dos pólipos, 43 a 66% das hiperplasias e até 15% dos cânceres

de endométrio não são diagnosticados pela curetagem uterina. A curetagem uterina não é o melhor método para investigação de sangramento uterino anormal, a menos que lesões focais possam ser excluídas.^{8,12}

Na investigação do sangramento uterino, principalmente na peri e pós-menopausa, a histeroscopia é o exame de primeira linha. A partir do final da quarta década de vida, por exemplo, um dos diagnósticos mais freqüentes é o de atrofia endometrial, respondendo por 40% dos sangramentos uterinos anormais, sendo este diagnóstico possível de ser feito somente por histeroscopia, porque exclui, com certeza, outras alterações ou lesões associadas. Pólipos endometriais e miomas submucosos são facilmente diagnosticados à histeroscopia. Carcinomas de endométrio podem ocupar as regiões cornuais do útero, sítio passível de não ser atingido pela curetagem uterina.^{1, 2} A histeroscopia realizada ambulatorialmente, sem necessidade de anestesia, reduz em cerca de 60% o número de internações decorrentes de sangramento uterino anormal pós-menopáusicos, com queda substancial dos custos hospitalares.¹¹ A histeroscopia permite ainda pesquisar fatores etiológicos da amenorréia de causa uterina e avaliar os defeitos de enchimento revelados pela histerossalpingografia.^{1,2}

Ainda em relação à histeroscopia, reconhece-se que seu uso isolado representa método limitado para o diagnóstico de lesões intra-uterinas. Em conseqüência, recomenda-se que se deve sempre complementar este exame com a coleta de material para avaliação histopatológica. Procedendo-se desta maneira, a histeroscopia com biópsia de endométrio torna-se método de elevada acurácia diagnóstica, motivo pelo qual o utilizamos como padrão-ouro para o diagnóstico das lesões endometriais.⁸ Estudos apontam uma taxa de falso-negativos na histeroscopia diagnóstica em torno de 3%.¹¹

Desta forma, a histeroscopia diagnóstica associada à biópsia resulta em economia de tempo para o ginecologista e de risco anestésico para a paciente, obtendo-se maior sensibilidade e especificidade do que, por exemplo, a ultrassonografia e a curetagem nas patologias da cavidade uterina.⁴ Não obstante, com todas essas vantagens, a histeroscopia permanece ainda como método invasivo, requerendo profissionais treinados e aparelhagem de custo elevado para sua realização.¹¹

Há alguns anos, havia controvérsias quanto à realização de histeroscopia na suspeita de câncer, devido à possível disseminação de células neoplásicas na cavidade endometrial. Estudos recentes comprovaram não haver alteração no prognóstico da doença.⁴

O estudo da população atendida no Ambulatório de Patologia Endometrial é inédito. Não se encontrou na literatura pesquisada nenhum trabalho envolvendo pacientes de um ambulatório de doenças uterinas. Alguns estudos partem diretamente de uma população submetida à histeroscopia diagnóstica, enquanto outros trabalham apenas com indicações específicas, como o sangramento uterino anormal pós-menopáusicos. Também são freqüentes comparações entre diferentes métodos de avaliação da cavidade uterina, testando suas sensibilidades, especificidades e acurácias. Não há, portanto, possibilidade de se fazer uma exata comparação de grande parte dos dados deste estudo com a literatura, sendo considerado este um viés do trabalho, mas deriva daí seu grande valor. Sua importância se traduz na necessidade de uma análise geral da demanda do Ambulatório de Patologia Endometrial, gerando conhecimento básico para que novos estudos mais específicos e aprofundados sejam realizados no serviço.

Franco *et al*, em estudo comparativo entre histerografia, histerossonografia e histeroscopia, constataram uma mediana de idade das pacientes de 45 anos, com variação de 33 a 60 anos.³ Gimpelson *et al*, em estudo com 276 mulheres de 22 a 71 anos investigadas por histeroscopia, encontraram uma média de idade de 42 anos.⁵ Kremer *et al* estudaram 554 mulheres submetidas à histeroscopia diagnóstica, encontrando variações de idade de 22 a 88 anos, com média de 46 anos.⁷ Carta *et al*, analisando 284 histeroscopias diagnósticas, encontraram pacientes de 21 a 81 anos, com média de 51 anos, sendo que 34,6% das pacientes encontravam-se na faixa etária de 40 a 50 anos e 28,5% entre 51 e 60 anos.²⁶ Rojas, estudando 215 histeroscopias realizadas em mulheres acima de 40 anos, encontrou 58,6% das pacientes entre 40 e 49 anos.²⁷ Em nosso estudo, encontramos pacientes de 24 a 78 anos, com média de idade de 49,7 e mediana de 49 anos, concordando com a literatura pesquisada. Constatou-se que 32% das pacientes atendidas no Ambulatório de Patologia Endometrial encontravam-se na faixa etária de 40 a 49 anos, e 27,3% encontravam-se na faixa de 50 a 59 anos, coincidindo com a peri e pós-menopausa, período de grandes mudanças hormonais na mulher, que a predispõe a alterações do útero e de sua mucosa.

A maioria das pacientes deste estudo são procedentes da microrregião geográfica da Grande Florianópolis (93,7%), sendo que 63,3% já tiveram contato prévio com o Hospital Universitário, no setor de Ginecologia e Obstetrícia ou em outras áreas, antes da consulta no Ambulatório de Patologia Endometrial. Este dado levanta a hipótese de que o serviço ainda não é muito conhecido em outras regiões do Estado de Santa Catarina, nem nos demais

serviços de Ginecologia da Grande Florianópolis (hospitais ou postos de saúde). Contribuiu para isto o fato de que o Sistema Único de Saúde baseia sua organização na regionalização do atendimento, referenciando os pacientes de acordo com a proximidade de suas residências com os serviços oferecidos.

Estudando a paridade de 104 pacientes submetidas à polipectomia histeroscópica, Costa *et al* observaram que 3 em cada 4 mulheres de sua casuística tinham dois ou mais filhos, e que 11,5% eram primíparas.²⁸ Em nosso estudo, constatou-se que a maioria da população analisada (57,8%) possuía até três filhos. A análise da paridade das pacientes não foi citada nos demais estudos que compõem a referência deste trabalho.

Franco *et al* encontraram em seu estudo um predomínio de mulheres na menacma,³ assim como Viscomi *et al* que, em 6.466 histeroscopias diagnósticas, encontraram 59,5% de pacientes na menacma.⁴ Kremer *et al* encontraram em apenas 31% de sua casuística mulheres já menopausadas.⁷ Carta *et al* encontraram 56,3% das pacientes na menacma,²⁶ bem como Rojas (59,1%).²⁷ Em nosso estudo, pouco mais da metade das pacientes (57,8%) encontrava-se na menacma, concordando com a literatura.

Gimpelson *et al* encontraram o sangramento uterino anormal na menacma como a indicação de histeroscopia diagnóstica mais comum (76,1%), sendo a segunda indicação mais freqüente o sangramento uterino anormal pós-menopáusico (8,3%).⁵ Kremer *et al* descreveram 28% de indicações de histeroscopia por menorragia.⁷ Tahir *et al*, analisando 400 mulheres acima de 35 anos submetidas à investigação por histeroscopia, descreveram menorragia como a indicação de investigação mais freqüente (40,7%), seguida do sangramento uterino anormal pós-menopáusico (30,7%).⁸ Já Carta *et al* encontraram sangramento uterino anormal pós-menopáusico como a maior indicação de histeroscopia (57,2%), seguido do sangramento uterino anormal na menacma como a segunda indicação mais freqüente (42,8%).²⁶ Em nosso estudo, encontramos como queixa principal mais freqüente nas consultas no Ambulatório de Patologia Endometrial, o sangramento uterino anormal na menacma (40,94%), concordando com grande parte da literatura referenciada acima. Carta *et al* encontraram grande número de indicações de histeroscopia por infertilidade ou abortamentos repetidos (13%).²⁶ Em nosso estudo, encontramos apenas um caso de procura do serviço por queixa de abortamentos repetidos, e nenhum por infertilidade. Este fato talvez possa ser explicado pela inexistência de um ambulatório de reprodução humana no

HU, que encaminharia à histeroscopia um número significativo de pacientes com estas queixas.

Quanto à histeroscopia diagnóstica, tiveram indicação 90,6% dos casos estudados. Das doze pacientes que não foram a ela submetidas, duas tinham anormalidades à ultrassonografia. Seis pacientes tinham sangramento uterino anormal na menacma, e se optou nestes casos pelo tratamento clínico até o presente estudo ser concluído. Quatro pacientes tinham como queixa principal dor em baixo ventre que, por suas características, não tiveram indicação de investigação por histeroscopia.

Quanto aos achados histeroscópicos, Rojas encontrou pólipos endometriais como o mais freqüente, presente em 39,1% das histeroscopias diagnósticas.²⁷ Scavuzzi *et al* encontraram pólipos endometriais em 35,9% das histeroscopias realizadas em pacientes com sangramento pós-menopáusico.¹¹ Resultado semelhante tiveram Accorsi Neto *et al*, que encontraram pólipos endometriais em 58% das histeroscopias realizadas em mulheres menopausadas.¹⁵ Em nosso estudo, o pólipo endometrial foi o achado histeroscópico mais freqüente, presente em 40,5% dos exames realizados. Os pólipos endometriais originam-se como uma hiperplasia focal da camada basal do endométrio, dando origem a uma tumoração localizada, recoberta por epitélio. Acometem as pacientes durante a menacma e na pós-menopausa. Podem ser assintomáticos, sendo encontrados em exames ultrassonográficos de rotina, bem como causar sintomas, sendo os mais freqüentes os desvios do ciclo menstrual (geralmente para maior quantidade e duração) e sangramento uterino anormal pós-menopáusico. A associação de pólipo endometrial com câncer de endométrio ainda é controversa. Enquanto alguns estudos relataram ocorrência de carcinoma em apenas 0,5% dos casos, outros observaram, em estudos prospectivos, desenvolvimento de carcinoma em 3,5% das portadoras de pólipos.²⁸

Em relação ao câncer de endométrio, Carta *et al* o descreveram em 2,5% das histeroscopias diagnósticas realizadas em mulheres menopausadas.²⁶ Viscomi *et al* encontraram em sua casuística 92 casos de carcinoma endometrial, correspondendo a 1,4% das histeroscopias realizadas, sendo 83 em mulheres menopausadas e apenas 9 em mulheres na menacma.⁴ Kremer *et al* encontraram 6 casos de carcinoma de endométrio, correspondendo a 1,2% das histeroscopias diagnósticas.⁷ Tahir *et al* encontraram câncer de endométrio em 2% de sua casuística.⁸ Rojas encontrou carcinoma de endométrio em 2,3% das histeroscopias diagnósticas.²⁷ Em nosso estudo, o câncer de endométrio representou 1,7% das histeroscopias diagnósticas, concordando com a literatura.

Há uma considerável possibilidade de uma paciente com sangramento uterino anormal pós-menopáusico apresentar doença benigna, uma vez que, uma minoria dos casos de sangramento uterino anormal pós-menopáusico se deve a presença de câncer de endométrio. Isso se explica pelo fato de que o delgado e frágil endométrio encontrado nos casos de atrofia seria a principal causa de sangramento em pacientes na pós-menopausa. O sangramento nesses casos é facilmente justificável pelas características histológicas do endométrio, ocorrendo pela ruptura dos capilares arteriais e venosos desprotegidos. No entanto, a investigação endometrial é obrigatória, uma vez que todo processo maligno e pré-maligno deve ser excluído.¹¹

Estudos indicam a presença de câncer de endométrio em 1 a 25% dos casos de sangramento uterino anormal pós-menopáusico, sendo classicamente citada esta frequência em aproximadamente 10%.^{11, 17, 20} Scavuzzi *et al*, estudando 156 pacientes com sangramento pós-menopausa, encontrou câncer de endométrio em 10,3% dos casos.¹¹ Em nosso estudo, nenhum sangramento uterino anormal pós-menopáusico deixou de ser investigado por histeroscopia, visto ser este o principal sintoma do câncer de endométrio e, em 80% dos casos, o primeiro sinal desta neoplasia.^{6, 11} Os dois casos de carcinoma endometrial encontrados neste estudo representaram 8,7% dos casos de sangramento uterino anormal pós-menopáusico, concordando com a literatura.

Quanto à correlação dos achados à histeroscopia diagnóstica com o anátomo-patológico, algumas considerações devem ser feitas. Neste estudo, de acordo com a metodologia utilizada, o achado de endométrio espessado não tem correlação anátomo-patológica, bem como o diagnóstico de hiperplasias não tem correlação com uma imagem histeroscópica específica. Este fato ressalta a importância da biópsia associada à imagem histeroscópica, para a definição do diagnóstico final.²⁹

Dos dezessete achados de endométrio espessado, oito tiveram como diagnóstico anátomo-patológico endométrio funcional; três foram diagnosticados como pólipos; três como hiperplasias simples sem atipias e três como hiperplasias complexas com atipias.

Dois achados de pólipos endometriais mostraram, ao exame anátomo-patológico, área de hiperplasia simples sem atipias um e área de hiperplasia complexa com atipias outro.

O correto diagnóstico de hiperplasia endometrial é extremamente importante. Mulheres com hiperplasia endometrial, mas sem atipias celulares, têm um baixo risco de desenvolver

câncer. No entanto, mulheres com hiperplasia com atipias celulares têm um risco de 23% de desenvolverem câncer na próxima década.¹⁷

Dois miomas apresentaram-se à biópsia como endométrios funcionais. Isso decorre do fato de que neste estudo a biópsia foi orientada pela histeroscopia, mas não foi feita sob visão direta (biópsia dirigida), para a qual seria necessária a introdução na cavidade uterina de uma camisa de histeroscopia de 7 mm, com dilatação do colo uterino sob anestesia. Por isso, muitas vezes a biópsia não é feita sobre a lesão observada. Também, por vezes, não se consegue material de mioma à biópsia, apenas do endométrio que o recobre, razão pela qual a imagem histeroscópica é tão importante no diagnóstico desta alteração.

Apenas um achado de endométrio funcional não obteve correlação lógica com o diagnóstico anátomo-patológico de pólipos endometrial, mesmo com a revisão das lâminas histológicas pelo Serviço de Anatomia-Patológica. Este caso foi considerado como a única discordância entre a histeroscopia diagnóstica e o exame anátomo-patológico encontrada neste estudo.

Em apenas um caso, o material de biópsia foi considerado insuficiente para análise anátomo-patológica. Este fato decorre da não utilização de anestesia nas histeroscopias diagnósticas realizadas neste estudo, de modo que a dor sentida pela paciente pode prejudicar a realização da biópsia. A avaliação da cavidade uterina com o histeroscópio, geralmente, é bem tolerada, sendo a biópsia o procedimento que determina dor.

Este trabalho representa uma primeira descrição da demanda do Ambulatório de Patologia Endometrial, oferecendo conhecimento básico para que novos estudos sejam realizados.

6 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pudemos traçar as características mais freqüentemente encontradas nas pacientes atendidas no Ambulatório de Patologia Endometrial, do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, no período de 1º de janeiro a 30 de junho de 2003: idade entre 40 e 49 anos, procedência da microrregião geográfica da Grande Florianópolis, com atendimento anterior no Hospital Universitário, paridade de até 3 filhos, na menacma, com queixa de sangramento uterino anormal na menacma, com achado à histeroscopia diagnóstica de pólipos endometrial confirmado pela biópsia.

7 NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para a confecção deste trabalho foram as determinadas pela Resolução nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada na reunião de 5 de julho de 2001.

8 REFERÊNCIAS

1. Loyola A, Lunardi C, Valle E, Silveira L. Curso - Endoscopia ginecológica. GO Atual 1999 Jan/Fev; Ano VIII(1/2): 23-34.
2. Melki LAH, Tostes Filho W. Histeroscopia panorâmica: conquista de dois séculos. Atualização Revisão. GO 1995 Nov/Dez; Ano IV(11/12): 16-27.
3. Franco RC, Machado JC, Elias Junior J, Berezowski AT, Nogueira AA, Sala MM. Avaliação da cavidade uterina: estudo comparativo entre histerografia, histerossonografia e histeroscopia. Rev Bras Ginecol Obstet 2000 Dez; 22(10): 619-25.
4. Viscomi FA, Lima SMRR, Aldrighi JM, Ihlenfeld MFK. Frequência de adenocarcinoma de endométrio em ambulatório de histeroscopia: um estudo multicêntrico. Rev Bras Ginecol Obstet 2002 Jan; 24(1): 45-50.
5. Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. Am J Obstet Gynecol 1988 Mar; 158(3): 489-92.
6. Sousa R, Silvestre M, Sousa LA, Falcão F, Dias I, Silva T, et al. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding: a prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2001 Sept; 80(9): 856-62.
7. Kremer C, Barik S, Duffy S. Flexible outpatient hysteroscopy without anaesthesia: a safe, successful and well tolerated procedure. Br J Obstet Gynaecol 1998 Jun; 105: 672-6.
8. Tahir MM, Bigrigg MA, Browning JJ, Brookes ST, Smith PA. A randomised controlled trial comparing transvaginal ultrasound, outpatient hysteroscopy and endometrial biopsy with inpatient hysteroscopy and curettage. Br J Obstet Gynaecol 1999 Dec; 106: 1259-64.
9. Gronlund L, Hertz J, Helm P, Colov NP. Transvaginal sonohysterography and hysteroscopy in the evaluation of female infertility, habitual abortion or metrorrhagia: a comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand 1999 May; 78(5): 415-8.
10. Marques JA. Câncer de corpo do útero: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca; 1987, v.2: 2207-11.
11. Scavuzzi A, Amorim M, Pinho Neto JS, Santos LC. Comparação entre os achados ultrasonográficos, histeroscópicos e histopatológicos no sangramento uterino da pós-menopausa. Rev Bras Ginecol Obstet 2003 Maio; 25(4): 229-35.

12. Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Dec; 80(12): 1131-6.
13. Gredmark T, Kvint S, Havel G, Mattsson L. Histopathological findings in women with postmenopausal bleeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1995 Febr; 102: 133-6.
14. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia: a long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 Patients. *Cancer* 1985 Jul; 56(2): 403-12.
15. Accorsi Neto AC, Gonçalves WJ, Mancini SN, Soares Junior JM, Haidar MA, Lima GR, et al. Comparação entre a histerossonografia, a histeroscopia e a histopatologia na avaliação da cavidade uterina de mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9): 667-72.
16. Utian WH. Overview on menopause. *Am J Obstet Gynecol* 1987 May; 156(3): 1280-3.
17. Rose PG. Medical progress: endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1996 Aug; 335(9): 640-9.
18. Goldstein SR, Nachtigall M, Snyder JR, Nachtigall L. Endometrial assessment by transvaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Jul; 163(1): 119-23.
19. Carvalho FM. Câncer do corpo do útero: lesões precursoras. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca; 1987, v.2: 2204-6.
20. Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003 Febr; 188(2): 401-8.
21. Gupta JK, Chien PF, Voit D, Clark TJ, Khan KS. Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Sept; 81(9): 799-816.
22. Bakour SH, Dwarakanath LS, Khan KS, Newton JR, Gupta JK. The diagnostic accuracy of ultrasound scan in predicting endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 May; 78(5): 447-51.
23. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico e Integração ao Mercosul do Estado de Santa Catarina. *Estado de Santa Catarina: mesorregiões e microrregiões geográficas*. [Florianópolis]: A Secretaria, 2001. 1 mapa: colorido; 40cm x 60cm, escala gráfica..

24. Büyük E, Durmusoglu F, Erenus M, Karakoç B. Endometrial disease diagnosed by transvaginal ultrasound and dilatation and curettage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 May; 78(5): 419-22.
25. Halbe HW. Perturbações menstruais - conceitos. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*. São Paulo: Roca; 1987, v.2: 854-6.
26. Carta G, Iovenitti P, Buttari F, D'Álfonso A, Pestilli S. Diagnostic hysteroscopy in the third millennium. Indications and role. *Minerva Ginecol* 2003 Apr; 55(2): 159-65.
27. Rojas PFB. Estudo da distribuição das patologias da cavidade uterina analisadas por histeroscopia. [Tese de Mestrado] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2001.
28. Costa HLFF, Alencar AV, Carvalho MSA, Menelau SR, Costa LOBF. Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio para polipectomia endometrial: eficácia e segurança. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001 Jul; 23(6): 371-6.
29. Gianninoto A, Morana C, Campione C. Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding. Five years' experience. *Minerva Ginecol* 2003 Feb; 55(1): 57-61.

APÊNDICE 1
Protocolo de Pesquisa

Protocolo de Pesquisa

Ficha n.º: _____

Prontuário n.º: _____

1) Idade: _____

2) Município de procedência: _____

3) Paciente nova no HU? Sim () Não ()

4) Paridade: _____

5) Período de Vida: Menacma () Menopausa ()

6) Queixa principal:

7) Achado histeroscópico:

8) Diagnóstico anátomo-patológico:

9) Indicação de histeroscopia cirúrgica: Sim () Não ()

APÊNDICE 2

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Parecer Consubstanciado



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto n: 249/2003

Título do Projeto: Perfil clínico e epidemiológico das pacientes do ambulatório de patologia endometrial do Hospital Universitário.

Pesquisador Responsável: Profa. Ricardo Nascimento, M.Sc., Dept. de Clínica Médica - UFSC.

Instituição onde será realizado o estudo: Setor de Tocoginecologia / Ambulatório de Patologia Endometrial do Hospital Universitário da UFSC.

Data de Apresentação ao CEPESH: 24/11/2003

Objetivos:

Traçar um perfil clínico e epidemiológico das pacientes atendidas pela primeira vez no Ambulatório de Patologia Endometrial do HU-UFSC no período de 1 de janeiro de 2003 a 30 de Junho de 2003.

Sumário:

Estudo retrospectivo transversal através da análise de dados de todos os prontuários disponíveis no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HU-UFSC, para os sujeitos da pesquisa no período considerado. Não haverá TCLE e os autores acessarão os dados das pacientes diretamente dos prontuários. Este comitê aceita a não existência do TCLE visto se tratar de estudo em hospital-escola e nenhum outro procedimento será realizado, além da análise de dados dos prontuários, desde que todos os cuidados sejam tomados para a não identificação das pacientes. O processo se encontra bem instruído e o orçamento, bem como todas as declarações, são apresentados.

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

Parecer do CEPESH:

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por _____ em reunião deste
Comitê na data de _____

Florianópolis, 16 de Dezembro de 2003.

***O processo em pendência deverá retornar em 60 dias ao Comitê.**

Vera Lúcia Bosco

Prof^ª. Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEPESH/UFSC



03751301