



Protocolo de Atenção à Saúde

Sangramento Uterino Anormal

Área(s): Saúde da Mulher, Ginecologia

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Os artigos foram selecionados conforme os graus de recomendação das bases de dados PubMed, Cochrane, Scielo e UpToDate até janeiro de 2021, bem como manuais das sociedades de Ginecologia e publicações do Ministério da Saúde.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Termos em inglês: *heavy menstrual bleeding*, *menorrhagia*, *abnormal menstrual bleeding* e PALM-COEIN; em português: sangramento uterino anormal; menorragia; hemorragia uterina disfuncional

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados para o protocolo, 19 publicações relevantes no período de 2002 a 2020.

2- Introdução

O termo Sangramento Uterino Anormal (SUA) é usado para definir alterações na menstruação como: aumento do volume, frequência ou duração. Outros termos como menorragia, hipermenorreia, hemorragia uterina disfuncional ou polimenorreia foram abandonados¹.

O SUA tem grande importância porque é frequente e compromete a qualidade de vida da mulher. Ele a afeta negativamente do ponto de vista emocional, físico, profissional e sexual¹.

Os objetivos do tratamento são: reduzir o sangramento e a morbidade, além de melhorar a qualidade de vida. Sempre que possível a primeira opção terapêutica será a farmacológica⁶.

Uma boa relação médico paciente, com a elucidação detalhada de informações sobre riscos, benefícios, resultados esperados e duração do tratamento (que muitas vezes é longo), necessidade de disciplina e mudança de hábitos de vida, favorecem o sucesso terapêutico⁶.

3- Justificativa

O sangramento uterino anormal é uma afecção frequente que pode comprometer a qualidade da vida da mulher em vários aspectos: físicos, emocionais, sexuais e profissionais. Pode ter etiologia variada, incluindo patologias malignas, além de poder se manifestar de forma intensa e aguda, o que levaria as mulheres à possibilidade de necessitarem de tratamento de urgência, com reposição volêmica e de substâncias hemostáticas⁶.

O SUA crônico compromete a qualidade de vida das mulheres, sendo que no período menstrual elas mudam o tipo e a cor das roupas, sofrem modificações na relação com o seu parceiro, sentem-se inseguras, menos atraentes e evitam eventos sociais. O desempenho esportivo, escolar, profissional e nas atividades diárias são frequentemente afetados¹⁰.

Essa afecção resulta em aumento dos custos diretos e indiretos para todo o sistema de saúde¹¹. Nos Estados Unidos, mulheres portadoras de SUA utilizam 40% a mais de recursos de saúde em comparação àquelas não afetadas¹². No Reino Unido, esse diagnóstico representa 20% dos encaminhamentos ambulatoriais aos ginecologistas e constitui a principal indicação para procedimentos cirúrgicos ginecológicos, sendo que, em quase metade das mulheres submetidas a histerectomia por esse motivo, o exame histopatológico da peça cirúrgica é normal¹³.

A investigação adequada possibilita terapêutica eficaz poupando as mulheres de desgastes diversos inclusive de possíveis óbitos consequentes a patologias malignas e quadros agudos intensos, principalmente naquelas já espoliadas, além de reduzir gastos diretos e indiretos para todo o sistema de saúde¹³.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

N91.3 Oligomenorréia primária

N91.4 Oligomenorréia secundária

N91.5 Oligomenorréia, não especificada

N92.0 Menstruação excessiva e freqüente com ciclo regular

N92.1 Menstruação excessiva e freqüente com ciclo irregular

N92.2 Menstruação excessiva na puberdade

N92.3 Sangramento da ovulação

N92.4 Sangramento abundante na pré-menopausa

N92.5 Outros tipos especificados de irregularidade da menstruação

N92.6 Menstruação irregular, não especificada

N93.0 Sangramentos pós-coito ou de contato

N93.8 Outros sangramentos anormais especificados do útero e da vagina

N93.9 Sangramento anormal do útero ou da vagina, não especificado

N95.0 Sangramento pós-menopausa

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A avaliação inicial do SUA tem como objetivo determinar o padrão, a severidade e a etiologia do sangramento para que o manejo possa ser guiado. É importante definir nesta avaliação as seguintes questões:

- O útero é a fonte do sangramento?
- A paciente está na pré-menarca ou pós-menopausa?
- A paciente está grávida?

O SUA pode ser classificado em agudo ou crônico e a avaliação inicial consiste em história clínica e exame físico detalhados com avaliação rigorosa da estabilidade hemodinâmica para que, no caso de instabilidade, as medidas de emergência sejam imediatamente iniciadas.

Na história clínica gineco-obstétrica, é importante elucidar a história menstrual, a história sexual (risco de gravidez ou infecções sexualmente transmissíveis (IST)), história de cirurgias obstétricas ou ginecológicas (considerar cicatrização viciosa em procedimentos uterinos prévios, como cesarianas ou miomectomias), história contraceptiva (pensando em sangramentos por privação estrogênica, por atrofia endometrial) e fatores de risco para câncer de endométrio (como sangramento na pós-menopausa).

Na história clínica geral, observar se há suspeita de coagulopatias hereditárias ou adquiridas, patologias endócrinas (hipo/hipertireoidismo, hiperprolactinemia), doença celíaca

(é mais comum causar amenorreia, mas pode trazer sangramento por privação pela anovulação), ou história de uso de medicamentos: anticoagulantes, hormônios da tireoide, terapia hormonal, medicamentos que podem causar hiperprolactinemia (por exemplo, Cimetidina).

Outras questões adicionais podem ajudar na elucidação da etiologia, como:

- A paciente teve um trauma como fator precipitador do sangramento?
- Existem outras manifestações associadas (dor abdominal baixa, febre, leucorreia, dismenorreia, dispareunia ou infertilidade – sugerindo endometriose ou adenomiose, alterações do trato intestinal, galactorreia, hirsutismo ou fogachos)?
- Existe história recente de doença, estresse, excesso de exercício físico ou possibilidade de distúrbio alimentar?

Quanto ao exame físico, faz-se necessário avaliar possíveis sítios de sangramento na vulva, vagina, colo uterino, uretra, ânus e períneo; tamanho e contornos do útero no toque vaginal bimanual; a característica do sangramento atual e se há presença de massa anexial.

É importante ressaltar que o sucesso da terapêutica dependerá do diagnóstico etiológico correto. Apenas nos casos de sangramento agudo e severo é permitido estabelecer o tratamento com o objetivo de estabilizar a paciente e reduzir o sangramento postergando a investigação, que deve ser iniciada imediatamente assim que possível.

Por isso, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) convidou um grupo de especialistas em 2010 para discutirem as desordens menstruais de forma a facilitar o entendimento e o tratamento desse distúrbio. Desse estudo saiu um esquema conhecido como PALM-COEIN, no qual cada letra indica uma das possíveis etiologias do SUA, sendo a classificação PALM para causas estruturais e COEIN para as não estruturais. A figura 1 demonstra a especificação de tal classificação. Vale ressaltar que esse esquema só deve ser aplicado após descartar gravidez como agente causal e não inclui sangramento de origem do trato genital inferior (colo, vagina e vulva)^{2,3}.

P	P ólipo	C	C oagulopatias
A	A denomiose	O	O disfunções Ovulatórias
L	L eiomioma	E	E disfunções Endometriais
M	M alignidades (lesões pré-malignas e malignas uterinas)	I	I atrogênicas
		N	N ão classificadas

Figura 1. Classificação PALM-COEIN

A propedêutica laboratorial e de imagem deve ser solicitada conforme achados de história clínica e exame físico.

A avaliação ecográfica (ultrassonografia pélvica transvaginal ou transabdominal) é fundamental para excluir ou confirmar a presença das causas estruturais. Ela é o exame complementar que mais fornece dados para a condução dos casos de SUA (sensibilidade de 96 % e especificidade de 14 %)⁴.

A figura 2 mostra o protocolo *Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice* para diagnóstico do SUA.

1. DETERMINAÇÃO DO IMPACTO DO SANGRAMENTO
Impacto na vida Impacto físico Quantidade de sangramento
2. AVALIAÇÃO CLÍNICA INICIAL
Exame físico Hemograma Detecção de fatores de risco *Se não houver suspeita de patologia orgânica ou como conduta provisória enquanto aguarda propedêutica adicional => TRATAMENTO FARMACOLÓGICO *Se houver suspeita de patologia orgânica ou fatores de risco, ou falha do tratamento farmacológico => PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR
3. PROPEDÊUTICA COMPLEMENTAR
Estudos de imagem (individualizando) – USG transvaginal Exames sanguíneos adicionais (detecção de endocrinopatias, hepatopatias, coagulopatias) Biópsia endometrial (casos selecionados) *Em caso de diagnóstico de patologia estrutural ou orgânica => cirurgias/ tratamentos pertinentes *Se não houver detecção de patologia orgânica => tratamento farmacológico

Figura 2. Protocolo *Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice* para diagnóstico do sangramento uterino anormal

Para a conclusão sobre lesões da cavidade uterina pode ser necessário a histeroscopia e posteriormente biópsia guiada ou obtenção de material por aspiração ou curetagem. A

sensibilidade (94,4%) e a especificidade (99,6%) para o diagnóstico de malignidade são maiores pela biópsia guiada por histeroscopia⁵.

Os exames laboratoriais complementares iniciais incluem teste de gravidez (para mulheres no menacme, para descartar gravidez tópica ou ectópica, bem como abortamento) e hemograma (para avaliação de anemia e coagulação – plaquetas). Os testes adicionais devem ser guiados pela história clínica e exame físico e incluem: TAP, TTPa e fibrinogênio (na suspeita de coagulopatias); colpocitologia oncótica (se na fase de rastreamento ou na suspeita de patologia maligna do colo uterino); TSH, glicemia de jejum e dosagem de prolactina (na suspeita de patologias endócrinas); teste para clamídia e gonococo (na suspeita de IST) e outros que forem pertinentes conforme o quadro clínico.

6- Critérios de Inclusão

Mulheres com queixa de sangramento uterino anormal (SUA).

7- Critérios de Exclusão

Mulheres com diagnóstico de gravidez, abortamento ou prenhez ectópica. Para esses casos, seguir protocolo para cada etiologia.

8- Conduta

A conduta dependerá da etiologia e da intensidade do sangramento.

A) SUA agudo com estabilidade hemodinâmica preservada (manejo emergencial):

Nos casos de SUA agudo com estabilidade hemodinâmica preservada (paciente com bom estado geral, corada, hidratada, com boa perfusão periférica, consciente e orientada, sinais vitais estáveis e sem sinais de anemia ou hipovolemia), após a história clínica e exame físico detalhados, solicitar hemograma, teste de gravidez (para mulheres em idade fértil) e TAP e TTPa (para pacientes adolescentes ou na suspeita de coagulopatias). Se o teste de gravidez for positivo, manejar como sangramento de primeiro trimestre gestacional. Se não, prosseguir com a conduta para SUA.

Iniciar ácido tranexâmico na dose de 1 g por via intravenosa, de 08 em 08 horas na tentativa de controle do sangramento.

Se não houver contraindicações para estrogênio terapia (suspeita ou confirmação de lesões pré-malignas ou malignas da mama e/ou endométrio, insuficiência hepática, trombose venosa profunda atual ou pregressa, embolia pulmonar atual ou pregressa, tromboembolismo arterial ativo ou recente, história de câncer dependente de

estrogênio atual suspeito ou não tratado, coronariopatias ou doenças cerebrovasculares), iniciar o tratamento hormonal, conforme alternativas apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Opções farmacológicas hormonais para o tratamento do sangramento uterino anormal agudo

Medicamento	Regime	Eficiência
Contraceptivo oral combinado	Etinilestradiol + levonorgestrel 0,03 mg + 0,15 mg 01 comprimido VO de 8 / 8 horas, 7 dias, seguido de 1 comprimido / dia por 3 semanas.	alta
Progestogênio oral	Acetato de medroxiprogesterona 10 mg 1 comprimido VO de 8 / 8 horas, 7 dias, seguido de 1 comprimido / dia por 3 semanas. ou Noretisterona 0,35 mg 04 comprimido VO de 8/8 horas 7 dias seguido por 04 comprimido / dia. por 3 semanas.	alta
Ácido tranexâmico	Ácido tranexâmico comprimidos 250 mg 04 comprimidos (1 g) VO até de 6 / 6 horas, 4 dias ou Ácido tranexâmico solução injetável 50 mg/ml ampola com 5 ml 04 ampolas (1 g) EV 8 / 8 horas (a dose pode ser aumentada até dose máxima de 4 g / dia) European Medicines Agency (EMA).	alta
Estrogênios conjugados	Sangramento intenso: Iniciar com 2,5 mg VO 4 a 6 x / dia. Após diminuir o sangramento, reduzir para 1,25 mg 1 comprimido VO 1 x / dia e adicionar acetato de medroxiprogesterona 10 mg 1 comprimido VO 1 x /dia após o 20º dia por mais 10 dias. Sangramento moderado: Iniciar com 1,25 mg 1 comprimido VO até 6 x / dia por 24 horas. Após, reduzir para 1,25 mg 1 comprimido VO 1 x / dia e adicionar acetato de medroxiprogesterona 10 mg 1 comprimido VO 1 x /dia após o 20º dia por mais 10 dias.	alta
Estradiol	Sangramento moderado: Iniciar com 2,0 mg 1 comprimido VO até 6 x / dia por 24 horas. Após, reduzir para 2,0 mg 1 comprimido VO 1 x / dia e adicionar acetato de medroxiprogesterona 10 mg 1 comprimido 1 x / dia após o 20º dia por mais 10 dias.	alta

Fonte (modificado de): Benetti-Pinto CL, Rosa-e-Silva ACJ, Yela DA, Júnior JMS. Abnormal Uterine Bleeding. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2017; 39 (7): 358-368

Solicitar USG pélvica transvaginal (ou transabdominal, ou transretal, no caso de impossibilidade da via transvaginal) para descartar patologias estruturais. Se houver bom controle do sangramento, esse exame pode ser realizado ambulatorialmente.

Após controle do sangramento, dar alta segura e vinculada e encaminhar para seguimento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deverá ter o manejo de acordo com o diagnóstico etiológico e o protocolo da atenção básica. A necessidade de manutenção de esquema hormonal por 03 meses é controversa na literatura e dependerá muito da etiologia e do prosseguimento da investigação⁴.

B) SUA agudo causando instabilidade hemodinâmica (manejo emergencial):

Diante de um quadro de sangramento significativo que cursa com anemia e hipovolemia, a estabilização da paciente é prioritária, utilizando-se simultaneamente recursos terapêuticos para cessar o sangramento.

Para pacientes que chegam à emergência com SUA e instabilidade hemodinâmica:

- Providenciar 02 acessos venosos calibrosos (com jelco 14 ou 16) e iniciar ressuscitação volêmica com cristalóide, reavaliando os sinais vitais a cada 250 a 500 ml de solução infundida;

- Oxigenioterapia em máscara a 8 a 10 litros/min;

- Iniciar ácido tranexâmico na dose de 1 g IV de 8/8 horas;

- Monitorização contínua;

- Cateterismo vesical de demora para vigilância da diurese;

- Coletar exames: hemograma, teste de gravidez (para pacientes em idade fértil), tipagem sanguínea + fator Rh e prova cruzada;

Nos casos em que não houver estabilização da paciente após as medidas gerais iniciais (após infusão de 1500 ml de cristalóides), ou conforme resultados de exames (se fora das metas de Hb > 8,0 mg/dl e plaquetas > 50 mil/mm³), considerar o uso de hemocomponentes. O quadro abaixo mostra as características e indicações para as hemotransfusões.

CARACTERÍSTICAS DOS HEMOCOMPONENTES	
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH) Unidade: 250-300 ml	Cada unidade eleva a Hb em 1 a 1,5 /dl e o Ht em 3% Indicado para melhorar a oxigenação tecidual
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) Unidade: 180-200 ml	Indicado quando INR>1,5 ou TP>1,5x o valor normal e para reposição de fatores de coagulação nas transfusões maciças
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (PQT) Unidade randômica: 50 ml/UI	Indicado para sangramentos com contagem de plaquetas inferiores a 50 mil/mm ³ ou 100 mil/mm ³ com sangramento ativo ou disfunções plaquetárias. Também indicada nas transfusões maciças. 01 dose = 01 UI para cada 10 kg de peso mínimo de 05 UI, cada UI aumenta a contagem em 5 a 10 mil/mm ³
CRIOPRECIPITADO (CRIO) Unidade randômica: 10-20 ml/UI	Indicado se fibrinogênio < 200 mg/dl e nas transfusões maciças. Cada unidade aumenta o fibrinogênio em 10 mg/dl Dose indicada no adulto: 7 a 10 UI

Figura 3. Características dos hemocomponentes

Após as medidas iniciais de estabilização, no caso de não haver contraindicações para tal, iniciar estrogênio em altas doses para cessação do sangramento. É importante

lembrar que o uso do hormônio aumenta significativamente o risco de trombose, porém, na ausência de contraindicações, é um tratamento eficiente, que pode salvar vidas.

As principais contraindicações ao uso de estrogênio são: suspeita ou confirmação de lesões pré-malignas ou malignas da mama e/ou endométrio, insuficiência hepática, trombose venosa profunda atual ou pregressa, embolia pulmonar atual ou pregressa, tromboembolismo arterial ativo ou recente, história de câncer dependente de estrogênio atual (suspeito ou não tratado), coronariopatias ou doenças cerebrovasculares.

De uma forma geral, teoricamente, todos os contraceptivos orais combinados podem ser usados para essa finalidade. Em um estudo, o esquema com etinilestradiol 35 mcg associado a noretisterona 1mg (1cp 3x/dia por 07 dias e a seguir 1cp 1x/dia por 03 semanas) resultou em controle do sangramento em 88% das mulheres⁷. Nesse mesmo estudo o uso de múltiplas doses de progestogênio, especialmente em casos de contraindicação ao uso de estrogênios (acetato de medroxiprogesterona 20 mg 3x/dia por 07 dias e a seguir 20mg/dia por 03 semanas), também teve alto índice de sucesso⁷.

Em adolescente e mulheres no menacme, se a provável causa do sangramento for atrofia endometrial (uso prolongado de progestogênios por via IM ou VO, ou de pílulas combinadas contínuas), a melhor opção é o uso de estrogênios isolados. O estrogênio estimula a proliferação endometrial, estabiliza as enzimas lisossômicas e estimula a coagulação. O uso de ACO ou de progestogênios isolados pode piorar o quadro⁸. Assim, toda terapia estrogênica isolada necessita ser seguida de medicamento progestogênica.

Em sangramentos intensos, podem ser empregados estrogênios conjugados (EC) na dose de 2,5 mg, por via oral (VO) ou estradiol na dose de 2,0 mg VO, de 4 a 6x/dia, até a diminuição do sangramento. Deve-se reduzir a dose de estrogênio à metade após a interrupção ou redução significativa do sangramento e introduzir o acetato de medroxiprogesterona (AMP) 10 mg, VO, a partir do 20^o dia de uso do estrogênio e manter por 10 dias. Se não houver resposta satisfatória à estrogenerioterapia, o quadro deve ser reavaliado.

A tabela 1 mostra opções hormonais para o controle do sangramento.

Após medidas iniciais, se não houver bom controle do sangramento, pode haver necessidade de medidas mecânicas para tal. Dentre as opções, estão:

- Tamponamento uterino (inserir sonda de Foley com balão dentro da cavidade uterina e infundir 30 ml de soro fisiológico, observando se há parada no sangramento; após a estabilização da paciente, o balão deve ser retirado em no máximo 24 horas, reduzindo 10 ml a cada hora e observando a resposta);

- Curetagem uterina ou aspiração manual intrauterina (AMIU) - o procedimento deve ser cuidadoso para prevenir a ocorrência de sinéquias, especialmente em mulheres com interesse reprodutivo. É importante destacar que a curetagem uterina não é curativa e que

os episódios de sangramento uterino anormal se repetirão se não for tratada a causa específica⁹;

- Nos casos de sangramento muito intenso, sem melhora após as medidas iniciais e as mecânicas, considerar histerectomia de emergência.

Após ter conseguido o controle do sangramento, dar alta segura e vinculada e encaminhar para seguimento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deverá ter o manejo de acordo com o protocolo da atenção básica. A necessidade de manutenção de esquema hormonal por 03 meses é controversa na literatura e dependerá muito da etiologia e do prosseguimento da investigação⁴.

C) SUA crônico ou acompanhamento ambulatorial após a alta da emergência por SUA agudo:

C.1) Avaliação clínica inicial

Uma história clínica completa é a etapa inicial para o diagnóstico do SUA. Ela deve ser dirigida para identificar a natureza do sangramento, o impacto na qualidade de vida e avaliar as expectativas da mulher, especialmente em relação a necessidade de contracepção ou desejo de gravidez¹⁴. Alguns questionamentos são considerados fundamentais na abordagem de um quadro de SUA, como demonstrado na figura 4. O exame físico deve ser completo por meio de palpação abdominal, exame especular e toque bimanual.

QUESTIONAMENTOS	
A) Como o sangramento menstrual afeta sua vida diária?	- Você tem que organizar suas atividades sociais fora do período menstrual? - Você se preocupa em ter algum acidente relacionado ao sangramento?
B) Como você é afetada fisicamente?	- Você apresenta perda de grandes coágulos durante a menstruação? - Alguma vez você se sentiu fraca ou com falta de ar durante a menstruação?
C) Quanto você sangra...	- Você necessita trocar absorventes durante a noite ou acorda durante a noite para a troca de absorventes? - Durante os dias de maior sangramento, alguma vez você apresentou transbordamento do absorvente interno ou externo em menos de 2 horas?

Figura 4. Perguntas-chave- *Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice* para determinação clínica do impacto do sangramento uterino anormal

Se a resposta for sim para qualquer uma dessas perguntas, o diagnóstico é positivo para SUA.

C.2) Indicação de propedêutica complementar

Um hemograma deve ser solicitado para todos os casos e um teste de gravidez para todas as mulheres no menacme, mesmo que refiram uso de contracepção (para descartar gravidez tópica ou ectópica, bem como abortamento)¹⁴. Os exames adicionais devem ser solicitados de acordo com o direcionamento da história e exame clínico¹⁴.

- Ultrassonografia pélvica transvaginal: constitui a primeira linha propedêutica para identificação de anomalias estruturais. Em caso de impossibilidade de utilizar a via transvaginal, realizar por via abdominal, ou perineal, ou transretal;

- Exames laboratoriais: testes de coagulação (TAP, TTPa e fibrinogênio) para descartar coagulopatias – indicado para casos de antecedentes de sangramento menstrual aumentado desde a menarca ou antecedentes pessoais e/ou familiares de sangramento anormal; função tireoidiana e hepática para pacientes com sinais e sintomas que sugerem transtornos tireoidianos ou hepáticos; teste para clamídia e gonococo para casos suspeitos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e colpocitologia oncótica se na fase de rastreamento ou na suspeita de patologia maligna do colo uterino¹⁴;

- Biópsia endometrial:

- *Guiada por histeroscopia (padrão ouro):

- SUA em mulheres no menacme, sem resposta ao tratamento clínico por 6 meses, sem patologias estruturais suspeitas na avaliação inicial;

- Idade superior a 40 anos com 01 ou mais fatores de risco para hiperplasia e adenocarcinoma endometrial (oligoanovulação crônica persistente sem tratamento por tempo superior a 2 anos associada à obesidade, diabetes, história familiar de câncer de cólon, nuliparidade e uso de tamoxifeno)^{14,15};

- *Por AMIU, curetagem semiótica ou cureta de Novak:

- Nos casos de espessamento endometrial sem disponibilidade de histeroscopia.

C.3) Tratamento

O objetivo do tratamento é diminuir as repercussões do SUA, por meio da redução da perda de sangue menstrual e melhorar a qualidade de vida da paciente¹.

O tratamento clínico deve ser considerado para as pacientes sem anormalidades histológicas ou estruturais significativas. A classificação PALM-COEIN (figura 1) deve ser utilizada para excluir causas estruturais ou específicas de SUA. Na presença destas causas

(pólipos, adeniose, leiomiomatose, malignidades, coagulopatias ou iatrogenias), o tratamento deve seguir o protocolo específico de cada uma.

É importante ressaltar que, na ausência de indicação de propeidêutica complementar, os esforços devem ser direcionados para o início do tratamento.

Na abordagem inicial do SUA crônico, o primeiro passo é determinar se há ou não desejo de gravidez. Se houver, é preciso realizar abordagem da anovulação e/ou infertilidade porventura existentes. Obviamente, o tratamento de condições subjacentes que interferem no sangramento menstrual e a correção da anemia devem ser imediatamente implementados.

A escolha entre tratamento hormonal ou não depende de fatores individuais, mas em casos de sangramento irregular ou prolongado, seu uso regula o ciclo reduzindo a probabilidade de sangramento não programado ou aumentado, além de proteger o endométrio da hiperplasia/câncer. Outros fatores fundamentais para o sucesso terapêutico incluem a discussão com a paciente em termos das opções existentes, suas preferências e tolerância a eventuais efeitos colaterais, presença de contraindicações, desejo de contracepção e sintomas associados, como dismenorreia, assim como a intensidade do sangramento¹⁷.

As alternativas terapêuticas para o sangramento uterino anormal crônico estão demonstradas na figura 5.

ALTERNATIVAS	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
ALTERNATIVAS NÃO HORMONAIS	Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)	Opções: - Ibuprofeno 600 mg VO 8/8 horas durante o período de sangramento *Avaliar necessidade de proteção gástrica
	Ácido tranexâmico	- Ácido tranexâmico comprimidos 250 mg 04 comprimidos (1 g) VO 6/6 horas por 4 dias durante o período de sangramento – podendo ser usado de forma cíclica
ALTERNATIVAS HORMONAIS	Progestogênios (orais, injetáveis)	Algumas opções: - acetato de Medroxiprogesterona 150 mg / ml 01 ampola IM 3 / 3 meses - acetato de Medroxiprogesterona 10 mg 01 comprimido VO 1 x / dia contínuo, ou 10 dias na fase lútea

	Anticoncepcionais orais combinados (AOC)	- etinilestradiol + levonorgestrel comprimido 0,03 mg + 0,15 mg - 01 comprimido 1 x / dia no esquema 21 dias de tomada com 7 dias de intervalo
ALTERNATIVAS CIRÚRGICAS (considerar nos casos de falha ou não aceitabilidade do tratamento farmacológico)	Ablação endometrial	Encaminhar ao ambulatório de histeroscopia para avaliação
	Histerectomia	No caso de falha terapêutica com desejo manifesto da paciente de retirada do útero

Figura 5. Alternativas terapêuticas para o sangramento uterino anormal crônico

8.1 Conduta Preventiva

Consiste na prevenção secundária das complicações do SUA, através do correto diagnóstico e manejo do problema, conforme este protocolo.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Ver item conduta.

8.3 Tratamento Farmacológico

Ver item conduta

8.3.1 Fármaco(s)

Ver item conduta

8.3.2 Esquema de Administração

Ver item conduta

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Ver item conduta

9- Benefícios Esperados

Melhoria na qualidade da assistência às mulheres com SUA, impactando em sua qualidade de vida e satisfação com o sistema de saúde, bem como redução de gastos através da sistematização do diagnóstico e tratamento.

10- Monitorização

Após controle do sangramento, dar alta segura e vinculada e encaminhar para seguimento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deverá ter o manejo de acordo com o diagnóstico etiológico e o protocolo da atenção básica.

Se não houver suspeita de patologia orgânica ou como conduta provisória enquanto aguarda propedêutica adicional, poderá ser instituído tratamento farmacológico. Deverá ser realizado acompanhamento periódico para avaliação de adequado controle do sangramento uterino anormal.

Se houver suspeita de patologia orgânica, fatores de risco para malignidade, falha do tratamento farmacológico ou naquelas pacientes com intolerância ou contra indicações ao tratamento farmacológico, a paciente deverá ser encaminhada para ambulatório especializado para propedêutica complementar.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Seguimento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde deverá ter o manejo de acordo com o diagnóstico etiológico e o protocolo da atenção básica.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Será considerado como indicador de adequada implementação deste protocolo a estimativa do quantitativo de profissionais médicos que aderiram às medidas propostas.

14- Referências Bibliográficas

1. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(01):31-44
2. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril* 2011; 95(07):2204-2208
3. Munro MG, Critchley HO, 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* 2011; 113(01):3-13
4. Babacan A, Gun I, Kizilaslan C, et al. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine pathologies. *Int J Clin Exp Med* 2014;7(03):764-769
5. Ribeiro CT, Rosa-E-Silva JC, Silva-de-Sá MF, et al. Hysteroscopy as a standard procedure for assessing endometrial lesions among postmenopausal women. *Sao Paulo Med J* 2007;125(06):338-342
6. Benetti-Pinto CL, Rosa-e-Silva ACJ, Yela DA, Júnior JMS. Abnormal Uterine Bleeding. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2017; 39 (7): 358-368
7. Munro MG, Mainor N, Basu R, Brisinger M, Barreda L. Oral medroxyprogesterone acetate and combination oral contraceptives for acute uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108(04):924-929
8. Wen Y, Liu SD, Ling YS, Luo Y, Liu Q. Association of PAEs with Precocious Puberty in Children: A systematic review and meta-analysis. *J. Environ. Res. Public Health* 2015;12,15254-15268
9. Panisset KSP, Fonseca VLM. Manejo do sangramento uterino disfuncional em adolescentes. *Adoles Saude.* 2009;6(4):26-32
10. Bitzer J, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contraception*, 2013;4:21-28
11. Fraser IS, Langham S, Uhl-Hochgraeber K. Health-related quality of life and economic burden of abnormal uterine bleeding. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology.* 2009;4(2):179-189

12. Jensen JT, Lefebvre P, Laliberté F, Sarda SP, Law A, Pocoski J, et al. Cost burden and treatment patterns associated with management of heavy menstrual bleeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(5):539-547
13. Bhattacharya S, Middleton LJ, Tsourapas A, Lee AJ, Champaneria R, Daniels JP, Roberts T, et al Hysterectomy, endometrial ablation and Mirena(R) for heavy menstrual bleeding: a systematic review of clinical effectiveness and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*. 2011;15(19):iii-xvi, 1-252
14. NICE. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Heavy Menstrual Bleeding Clinical Guideline 44. 2007, RCOG Press: London
15. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician*. 2012;85(1):35-43
16. Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. *J Fam Pract*. 2002 Jul; 51(7):601-609.
17. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL; Clinical Practice – Gynaecology Committee, et al Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(5):473-479
18. Committee on Practice Bulletins – Gynecology Practice bulletin no. 136: management of abnormal uterine bleeding associated with ovulatory dysfunction, *Obstet Gynecol* 2013; 122: 176. Reaffirmed 2020.
19. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo: Sangramento uterino anormal. Febrasgo, 2018.