EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Edição XXX

SAÚDE DA MULHER

Capítulo 33

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL: EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E MANEJO

JÚLIA FERREIRA ROCHA[1]
BRUNO PELLOZO CERQUEIRA[1]
PEDRO HENRIQUE MORETTI PEPATO[1]

[1]Discente. Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Palavras-chave: *Sangramento Uterino Anormal; Classificação PALM-COEIN; Menorragia.*

DOI 10.59290/0054120209

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O sangramento uterino anormal (SUA) é definido como alrteração do padrão menstrual de quanto à frequência, regularidade, duração ou volume do sangramento, em mulheres não gestantes em idade reprodutiva (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2012).

Estima-se que cerca de um terço das consultas ginecológicas ambulatoriais estejam relacionadas a essa queixa, e o SUA figura entre os motivos mais comuns de encaminhamento a especialistas, respondendo por parcela substancial das indicações de histerectomia e de outros procedimentos cirúrgicos ginecológicos.

Em 2011, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) propôs dois sistemas complementares para padronizar a terminologia e a classificação do SUA: o primeiro descreve os parâmetros do ciclo menstrual; e o segundo, conhecido pelo acrônimo PALM-COEIN, organiza suas principais causas etiológicas (MUNRO *et al.*, 2011).

A classificação foi revisada em 2018 e distingue causas estruturais, identificáveis principalmente por métodos de imagem e/ou histopatologia, de causas não estruturais, cujo diagnóstico depende sobretudo da história clínica, do exame físico e, quando indicado, de exames laboratoriais (MUNRO; CRITCHLEY; FRASER, 2018).

Este capítulo tem como objetivo revisar as principais etiologias do SUA em mulheres não gestantes em idade reprodutiva, organizadas segundo o sistema PALM-COEIN, além de apresentar uma abordagem prática para a avaliação diagnóstica e os princípios do tratamento clínico e cirúrgico.

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA: O SISTEMA PALM-COEIN

O sistema PALM-COEIN organiza as causas de SUA em nove categorias, agrupadas em dois grandes domínios, conforme a **Tabela 33.1** e **Figura 33.1**. O domínio estrutural inclui pólipo, adenomiose, leiomioma e malignidade/hiperplasia (PALM). O domínio não estrutural engloba coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica, não classificada (COEIN).

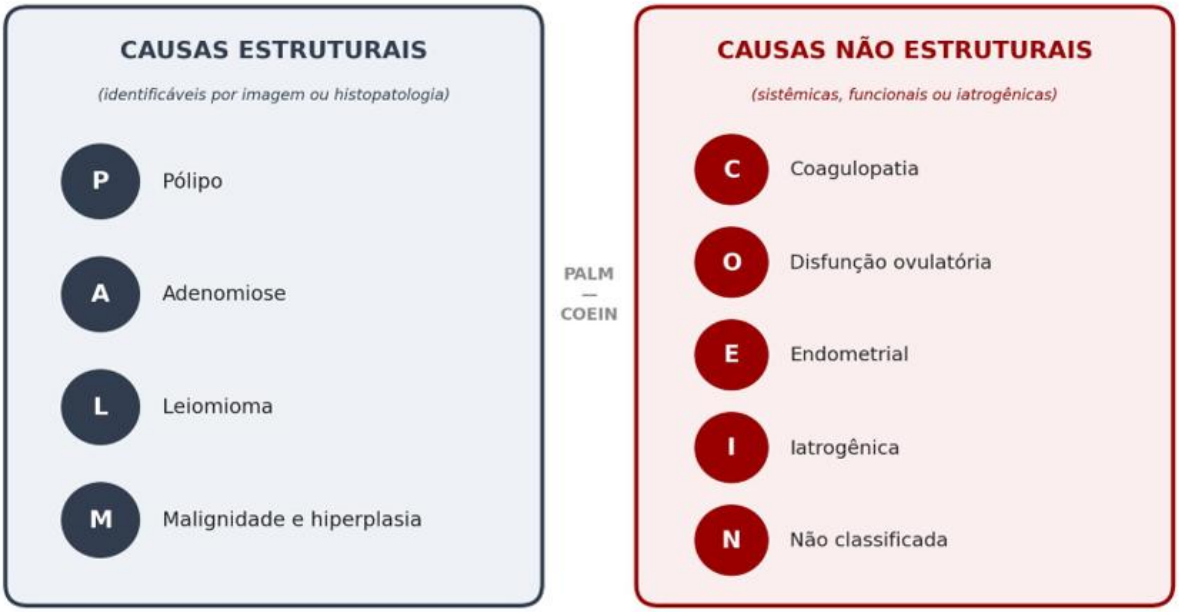
Tabela 33.1 Sistema de classificação FIGO PALM-COEIN para as causas de sangramento uterino anormal em mulheres não gestantes em idade reprodutiva

Categoria (PALM-COEIN)	Características principais
Pólipo (AUB-P)	Lesão endometrial ou endocervical focal; associada sobretudo a sangramento intermenstrual
Adenomiose (AUB-A)	Tecido endometrial ectópico no miométrio; sangramento intenso e dismenorreia progressiva
Leiomioma (AUB-L)	Subdividido em submucoso (com componente intracavitário) e demais localizações
Malignidade e hiperplasia (AUB-M)	Hiperplasia endometrial ou neoplasia do endométrio/colo; investigada por amostragem endometrial
Coagulopatia (AUB-C)	Distúrbio sistêmico de hemostasia (ex.: doença de von Willebrand); sangramento intenso desde a menarca
Disfunção ovulatória (AUB-O)	Ciclos anovulatórios ou oligo-ovulatórios; mais comum nos extremos da vida reprodutiva
Endometrial (AUB-E)	Disfunção hemostática local do endométrio; diagnóstico de exclusão em ciclos ovulatórios
Iatrogênica (AUB-I)	Relacionada a contraceptivos, dispositivo intrauterino, anticoagulantes ou outros fármacos
Não classificada (AUB-N)	Entidades raras, como defeito de cicatriz de cesárea e malformação arteriovenosa uterina

Fonte: Elaborada pelos autores.

As causas estruturais podem ser identificadas principalmente por métodos de imagem, histeroscopia e/ou avaliação histopatológica, enquanto as causas não estruturais são estabelecidas predominantemente pela história clínica e por exames laboratoriais selecionados. Uma mesma paciente pode apresentar mais de uma categoria simultaneamente; portanto, a identificação de uma alteração estrutural não exclui a coexistência de uma causa não estrutural (MUNRO; CRITCHLEY; FRASER, 2018).

Figura 33.1 Esquema ilustrativo dos domínios estrutural (PALM) e não estrutural (COEIN) do sistema de classificação do sangramento uterino anormal



Fonte: Elaborada pelos autores.

Pólipos (AUB-P)

Os pólipos endometriais e endocervicais constituem causa comum e frequentemente benigna de SUA, manifestando-se sobretudo como sangramento intermenstrual acíclico, muitas vezes desencadeado pelo coito. O exame físico pode ser normal ou revelar pólipo exteriorizado pelo orifício cervical externo.

A ultrassonografia transvaginal é geralmente o exame inicial; quando há suspeita de lesão intracavitária, a histerossonografia com infusão salina ou a histeroscopia pode complementar a investigação e auxiliar na diferenciação de pólipos e leiomiomas submucosos. A polipectomia histeroscópica é o tratamento de escolha para a maioria das pacientes sintomáticas.

Adenomiose (AUB-A)

A adenomiose caracteriza-se pela presença de glândulas e estroma endometriais ectópicos no interior do miométrio, resultando em hipertrofia e hiperplasia da musculatura uterina adjacente.

Classicamente associada a sangramento menstrual intenso e dismenorreia progressiva. Ao exame físico, pode haver útero aumentado, globoso e doloroso.

O diagnóstico é predominantemente clínico e por imagem, especialmente pela ultrassonografia transvaginal; a ressonância magnética pode ser útil quando há dúvida diagnóstica ou para planejamento cirúrgico.

O tratamento depende dos sintomas e do desejo reprodutivo e pode incluir o sistema

intrauterino de levonorgestrel de 52 mg e outras terapias hormonais. Em casos refratários, especialmente quando não há desejo de gestação, a histerectomia é uma opção definitiva.

Leiomiomas (AUB-L)

Os leiomiomas uterinossão tumores benignos do músculo liso do miométrio e estão entre as causas estruturais mais comuns de SUA. No sistema PALM-COEIN, são subclassificados de acordo com sua relação com a cavidade endometrial.

Os leiomiomas submucosos, que apresentam componente intracavitário, têm associação mais consistente com sangramento menstrual intenso, enquanto a relação causal dos leiomiomas intramurais e subserosos com o SUA é menos direta. A avaliação inicial costuma incluir ultrassonografia transvaginal, complementada pela via transabdominal quando necessário.

A histerossonografia ou a histeroscopia pode ser particularmente útil para caracterizar lesões intracavitárias e planejar o tratamento. As opções terapêuticas incluem tratamento medicamentoso, miomectomia histeroscópica ou por abordagem laparoscópica/aberta e histerectomia, conforme localização, tamanho, sintomas e objetivos reprodutivos.

Malignidade e hiperplasia endometrial (AUB-M)

A hiperplasia endometrial e o carcinoma de endométrio devem ser sistematicamente considerados na avaliação do SUA, sobretudo em pacientes com fatores de risco para exposição estrogênica não contraposta, como obesidade, disfunção ovulatória crônica, uso de tamoxifeno ou síndromes hereditárias como Lynch e Cowden.

Embora o padrão classicamente associado à neoplasia endometrial seja o sangramento pós-menopausal, mulheres em idade reprodutiva com obesidade apresentam risco significativamente aumentado de hiperplasia complexa e carcinoma, independentemente da idade (WISE *et al.*, 2016).

A amostragem endometrial, geralmente por biópsia ambulatorial, constitui o método diagnóstico de escolha, sendo indicada conforme critérios de idade e fatores de risco detalhados adiante.

Coagulopatias (AUB-C)

Distúrbios sistêmicos da hemostasia, com destaque para a doença de von Willebrand, respondem por parcela relevante dos casos de sangramento menstrual intenso, particularmente quando o quadro se manifesta já na menarca.

Outras condições associadas incluem trombocitopenia imune, defeitos da função plaquetária e coagulopatias adquiridas secundárias a hepatopatia, nefropatia ou uso de medicamentos anticoagulantes (COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE; COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE, 2013).

A investigação deve ser considerada em pacientes com sangramento menstrual intenso desde a menarca, história pessoal ou familiar de sangramentos anormais, ou achados sugestivos ao exame físico, como equimoses ou petéquias, incluindo hemograma completo, tempos de coagulação e, quando indicado, painel específico para doença de von Willebrand.

Disfunção ovulatória (AUB-O)

A disfunção ovulatória constitui a causa mais comum de sangramento irregular, predominando nos extremos da vida reprodutiva, logo após a menarca e no período perimenopausal.

Caracteriza-se por ciclos anovulatórios ou oligo-ovulatórios, com fases de amenorreia intercaladas por episódios de *spotting* ou sangramento intenso imprevisível, tipicamente sem os sintomas de molimina que acompanham os ciclos ovulatórios.

A síndrome dos ovários policísticos representa a etiologia mais frequente de disfunção ovulatória crônica associada a hiperandrogenismo, mas hipotireoidismo, hiperprolactinemia e insuficiência ovariana prematura também devem ser considerados.

A avaliação laboratorial direcionada, com hormônio tireoestimulante, prolactina e, quando pertinente, androgênios séricos e gonadotrofinas, auxilia na identificação da causa subjacente, embora não seja obrigatória para a confirmação diagnóstica em si.

Causas endometriais (AUB-E)

A categoria endometrial engloba disfunções primárias dos mecanismos hemostáticos locais do endométrio, envolvendo, por exemplo, alterações na produção local de prostaglandinas e na regulação da fibrinólise, em pacientes com ciclos ovulatórios regulares e avaliação estrutural e sistêmica normais. Trata-se, portanto, de diagnóstico de exclusão, estabelecido após afastadas as demais categorias do PALM-COEIN.

A endometrite crônica, frequentemente associada a sangramento intermenstrual e por vezes de curso subclínico, também se insere neste domínio e costuma responder a curso de antibioticoterapia dirigida.

Causas iatrogênicas (AUB-I)

O sangramento iatrogênico decorre de intervenções ou medicamentos capazes de modificar o padrão de sangramento, incluindo contraceptivos hormonais, dispositivos intrauterinos, anticoagulantes e alguns outros fármacos, como o tamoxifeno. Contraceptivos combinados e progestagênios isolados podem causar sangramento não programado, sobretudo nos primeiros meses de uso.

O dispositivo intrauterino de cobre pode aumentar o volume menstrual, enquanto o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel geralmente reduz o sangramento após um período inicial de adaptação. Em pacientes em uso de anticoagulantes, o padrão e a intensidade do sangramento podem variar conforme o medicamento utilizado (YELLIN *et al.*, 2026).

Causas não classificadas (AUB-N)

A categoria AUB-N reúne entidades raras ou ainda não suficientemente caracterizadas para serem incluídas nas demais categorias. Entre elas estão o defeito de cicatriz de cesárea, também denominado nicho ou istmocele, associado principalmente a spotting pós-menstrual cíclico, e algumas alterações vasculares uterinas.

A malformação arteriovenosa uterina é rara, mas potencialmente grave, e deve ser considerada diante de sangramento importante, especialmente após procedimentos uterinos. Sua suspeita é relevante porque procedimentos invasivos podem precipitar ou agravar uma hemorragia (GROSZMANN; HEALY MURPHY; BENACERRAF, 2018).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação de uma paciente com SUA começa com história clínica detalhada, incluindo idade, possibilidade de gestação, padrão habitual do ciclo, data da última menstruação, duração e intensidade do sangramento, presença de sangramento intermenstrual ou pós-coital e impacto dos sintomas nas atividades diárias.

Devem ser investigados sintomas associados, como dor pélvica e dismenorreia, além de antecedentes obstétricos e ginecológicos, incluindo cesarianas, miomectomias e procedimentos cervicais.

Também é importante revisar o uso atual ou recente de contraceptivos, dispositivos intrauterinos e medicamentos, além de pesquisar fatores de risco para neoplasia endometrial, distúrbios da hemostasia e doenças endócrinas.

O exame físico deve ser direcionado às hipóteses diagnósticas levantadas pela história clínica. Devem ser pesquisados sinais de doença sistêmica, como palidez, febre, equimoses e petéquias, além de sinais de hiperandrogenismo ou alterações endócrinas, como hirsutismo, acne e galactorreia.

O exame pélvico deve avaliar colo uterino, vagina, presença de lesões ou sangramento ativo e, quando apropriado, tamanho, contorno, mobilidade e dor à mobilização uterina, além de massas ou dor anexial. Um útero aumentado pode ocorrer na gestação, em leiomiomas ou na adenomiose; um útero globoso e doloroso pode sugerir adenomiose.

A gestação deve ser excluída em pacientes em idade reprodutiva nas quais exista possibilidade de gravidez, independentemente do uso de contracepção. A investigação pode ser realizada por teste urinário ou dosagem sérica de β-hCG, conforme o contexto clínico.

A ultrassonografia pélvica, principalmente por via transvaginal quando apropriado, é o principal exame de imagem inicial para investigação de alterações estruturais. A via transabdominal pode complementar o exame em determinadas situações (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2020).

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA CONFORME O PADRÃO DE SANGRAMENTO

A investigação complementar é selecionada conforme o padrão predominante do sangramento: intenso, intermenstrual ou irregular; além dos fatores de risco individuais para neoplasia endometrial, conforme a **Tabela 33.2**.

Sangramento menstrual intenso

Nas pacientes com sangramento menstrual intenso, o hemograma completo deve ser solicitado para avaliar anemia, e a ferritina é útil para identificar deficiência de ferro mesmo antes do desenvolvimento de anemia. A ultrassonografia pélvica auxilia na identificação de leiomiomas, adenomiose e pólipos.

A investigação de coagulopatia deve ser realizada quando houver história sugestiva, e a avaliação da função tireoidiana deve ser considerada quando houver sinais ou sintomas de doença da tireoide. Em pacientes em uso de varfarina, o efeito anticoagulante deve ser acompanhado pelo INR, de acordo com a indicação do tratamento.

Sangramento intermenstrual

O sangramento intermenstrual pode estar relacionado a alterações cervicais, como pólipos, cervicite e ectopia, ou a alterações endometriais, como pólipos. Também pode ocorrer como sangramento não programado associado a métodos contraceptivos.

A avaliação deve incluir exame especular quando indicado e, conforme a suspeita, ultrassonografia transvaginal e métodos complementares para investigação de lesões intracavitárias. A amostragem endometrial deve ser considerada quando houver fatores de risco para malignidade ou outra indicação clínica específica.

Sangramento irregular

O sangramento irregular está frequentemente relacionado à disfunção ovulatória. A confirmação laboratorial da anovulação não é necessária em todos os casos; a investigação deve ser direcionada às causas subjacentes sugeridas pela história e pelo exame físico. TSH e prolactina podem ser úteis quando houver suspeita de disfunção tireoidiana ou hiperprolactinemia, enquanto androgênios podem ser indicados diante de sinais de hiperandrogenismo.

A ultrassonografia é indicada quando houver suspeita de doença estrutural ou quando for necessária para investigação de condições específicas.

Indicações de amostragem endometrial

A amostragem endometrial está indicada em pacientes com SUA e fatores de risco para hiperplasia ou carcinoma endometrial, com critérios que variam conforme a faixa etária: entre 45 anos e a menopausa, indica-se amostragem diante de sangramento frequente, intenso, prolongado ou intermenstrual; abaixo dos 45 anos, a investigação é reservada a pacientes com sangramento persistente, geralmente, definido como seis meses ou mais, associado à exposição estrogênica não contraposta (obesidade, disfunção ovulatória crônica), falha do tratamento medicamentoso ou fatores de alto risco, como uso de tamoxifeno ou síndromes de Lynch ou Cowden (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2012).

Pacientes obesas apresentam risco aumentado de neoplasia endometrial independentemente da idade, devendo ser avaliadas com esse critério adicional (WISE *et al.*, 2016).

Tabela 33.2 Abordagem diagnóstica secundária do sangramento uterino anormal conforme o padrão clínico predominante

Padrão de sangramento	Investigação complementar	Achados / interpretação
Sangramento intenso	Ultrassonografia pélvica, hemograma completo, ferritina	Leiomioma, adenomiose ou pólipo; anemia ou depleção de ferro
Sangramento intenso, suspeita de coagulopatia	Coagulograma, função plaquetária, painel para von Willebrand	Distúrbio de hemostasia subjacente (AUB-C)
Sangramento intermenstrual	Ultrassonografia pélvica, histerossonografia	Pólipo endometrial ou defeito de cicatriz de cesárea
Sangramento irregular	TSH, prolactina	Hipotireoidismo ou hiperprolactinemia como causa de anovulação
Sangramento irregular, sinais de hiperandrogenismo	Androgênios séricos	Síndrome dos ovários policísticos ou outra causa de excesso androgênico
Qualquer padrão, fatores de risco para neoplasia	Amostragem endometrial	Hiperplasia ou carcinoma de endométrio (AUB-M)

MANEJO

Os objetivos do manejo do SUA são tratar a causa subjacente quando identificada, reduzir o sangramento e seus impactos sobre a qualidade de vida, prevenir ou tratar anemia e deficiência de ferro e, quando apropriado, preservar ou otimizar a fertilidade.

A escolha do tratamento deve considerar a gravidade dos sintomas, a etiologia, a presença de anemia, o desejo contraceptivo e reprodutivo, as comorbidades, as contraindicações aos medicamentos e as preferências da paciente.

O tratamento expectante pode ser apropriado em pacientes selecionadas com sintomas leves e sem repercussões clínicas importantes, desde que haja acompanhamento adequado.

Quando há uma causa estrutural, infecciosa ou endócrina identificável, seu tratamento específico deve ser priorizado. Pólipos endometriais e leiomiomas submucosos podem ser tratados por ressecção histeroscópica quando houver indicação.

A adenomiose pode ser manejada com terapias hormonais e, em casos selecionados e refratários, histerectomia. Quando houver infecção documentada, deve-se instituir tratamento antimicrobiano adequado. Distúrbios endócrinos, como hipotireoidismo, devem ser tratados conforme sua etiologia.

Na ausência de uma causa estrutural que demande correção cirúrgica, o tratamento medicamentoso é frequentemente a primeira opção. O sistema intrauterino de levonorgestrel de 52 mg e os contraceptivos hormonais combinados são

opções eficazes para redução do sangramento em pacientes apropriadas.

O sistema intrauterino de levonorgestrel tende a proporcionar maior redução do sangramento menstrual do que outras terapias medicamentosas, embora a magnitude do benefício varie entre os estudos (BOFILL RODRIGUEZ *et al.*, 2022; GUPTA *et al.*, 2013). Progestagênios orais ou injetáveis e outras opções hormonais podem ser utilizados conforme o perfil clínico e os objetivos da paciente.

A escolha de métodos contendo estrogênio deve respeitar as contraindicações e os critérios de elegibilidade para contracepção hormonal.

História de tromboembolismo venoso, determinadas trombofilias, tabagismo em mulheres com 35 anos ou mais, hipertensão não controlada e enxaqueca com aura são exemplos de situações que podem contraindicar ou limitar o uso de métodos combinados, conforme o risco individual.

Nesses casos, o sistema intrauterino de levonorgestrel de 52 mg e os métodos exclusivamente com progestagênio podem ser alternativas, desde que não haja contraindicações específicas.

Para pacientes com sangramento menstrual intenso, o ácido tranexâmico e os anti-inflamatórios não esteroidais são opções não hormonais. O ácido tranexâmico é utilizado durante os dias de maior sangramento e pode ser particularmente útil quando há contraindicação, recusa ou preferência por não utilizar terapia hormonal.

Os anti-inflamatórios não esteroidais também podem reduzir o sangramento e são especialmente úteis quando há dismenorreia associada. A indicação do ácido tranexâmico deve considerar o histórico trombótico e as contraindicações individuais.

Quando o tratamento medicamentoso falha, é contraindicado, não é tolerado ou não atende aos objetivos da paciente, podem ser consideradas opções cirúrgicas. A ablação endometrial é uma alternativa para mulheres que não desejam gestação futura e apresentam cavidade uterina adequadamente avaliada; após o procedimento, a gestação deve ser evitada.

A histerectomia é o tratamento definitivo para o SUA, porém está associada a maior morbidade e recuperação mais prolongada. A escolha da técnica deve considerar a etiologia, a anatomia uterina, as comorbidades e as preferências da paciente.

Considerações específicas são necessárias em determinadas situações. Em pacientes que desejam engravidar em curto prazo, métodos contraceptivos devem ser escolhidos de acordo com esse objetivo; podem ser considerados contraceptivos combinados ou progestagênios cíclicos quando não houver contraindicação, enquanto o ácido tranexâmico e os anti-inflamatórios não esteroidais são opções não hormonais para o controle do sangramento.

O sistema intrauterino de levonorgestrel e o acetato de medroxiprogesterona de depósito não são adequados quando há intenção imediata de concepção. Em pacientes em uso de anticoagulantes, o manejo deve ser individualizado, evitando-se a suspensão do anticoagulante sem orientação do profissional responsável. A deficiência de ferro deve ser pesquisada e tratada quando presente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sangramento uterino anormal é uma queixa frequente e de etiologia heterogênea. A abordagem sistemática segundo o sistema PALM-COEIN ajuda a organizar o raciocínio diagnóstico, diferenciando causas estruturais de não estruturais e orientando a escolha dos exames complementares.

A avaliação deve começar pela caracterização do padrão de sangramento, exclusão de gestação quando pertinente e identificação de sinais

de gravidade, anemia, coagulopatia ou doença endometrial.

O reconhecimento de causas tratáveis, como pólipos e leiomiomas submucosos, de distúrbios da hemostasia e de fatores de risco para hiperplasia ou neoplasia endometrial é fundamental para evitar complicações e atrasos diagnósticos.

O tratamento deve ser individualizado e compartilhado com a paciente, considerando etiologia, intensidade dos sintomas, anemia, desejo reprodutivo e contraceptivo, comorbidades, contraindicações e preferências. Para o estudante de medicina, o principal objetivo é reconhecer o padrão clínico, organizar o diagnóstico pelo PALM-COEIN e identificar as situações que exigem investigação complementar ou encaminhamento especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. ACOG Practice Bulletin n. 128. Obstetrics & Gynecology, v. 120, n. 1, p. 197–206, jul. 2012. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318262e320.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. ACR Appropriateness Criteria® abnormal uterine bleeding. Journal of the American College of Radiology, v. 17, n. 11S, p. S336–S345, nov. 2020. DOI: 10.1016/j.jacr.2020.09.008.

BEELEN, P. *et al.* Levonorgestrel-releasing intrauterine system versus endometrial ablation for heavy menstrual bleeding. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 224, n. 2, p. 187.e1–187.e10, fev. 2021. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.08.016.

BOFILL RODRIGUEZ, M.; DIAS, S.; JORDAN, V. *et al.* Interventions for heavy menstrual bleeding; overview of Cochrane reviews and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 5, p. CD013180, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD013180.pub2.

BOFILL RODRIGUEZ, M.; LETHABY, A.; JORDAN, V. Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 6, p. CD002126, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD002126.pub4.

BRIOSO, X. B. *et al.* Abnormal uterine bleeding in anticoagulated patients by drug class: outcomes and management. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 229, n. 3, p. 318.e1–318.e14, set. 2023. DOI: 10.1016/j.ajog.2023.05.006.

COCKRUM, R. H. *et al.* Association of progestogens and venous thromboembolism among women of reproductive age. Obstetrics & Gynecology, v. 140, n. 3, p. 477–487, set. 2022. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004896.

COMMITTEE ON ADOLESCENT HEALTH CARE; COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE. Committee Opinion n. 580: von Willebrand disease in women. Obstetrics & Gynecology, v. 122, n. 6, p. 1368–1373, dez. 2013. Reafirmado em 2025. DOI: 10.1097/01.AOG.0000438961.38979.19.

CREININ, M. D. *et al.* Heavy menstrual bleeding treatment with a levonorgestrel 52-mg intrauterine device. Obstetrics & Gynecology, v. 141, n. 5, p. 971–978, maio 2023. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005137.

GROSZMANN, Y. S.; HEALY MURPHY, A. L.; BENACERRAF, B. R. Diagnosis and management of patients with enhanced myometrial vascularity associated with retained products of conception. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, v. 52, n. 3, p. 396–399, set. 2018. DOI: 10.1002/uog.18954.

GUPTA, J. *et al.* Levonorgestrel intrauterine system versus medical therapy for menorrhagia. The New England Journal of Medicine, v. 368, n. 2, p. 128–137, jan. 2013. DOI: 10.1056/NEJMoa1204724.

HE, Y. *et al.* Four surgical strategies for the treatment of cesarean scar defect: a systematic review and network meta-analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 27, n. 3, p. 593–602, mar. 2020. DOI: 10.1016/j.jmig.2019.03.027.

HELIÖVAARA-PEIPPO, S. *et al.* Quality of life and costs of levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy in the treatment of menorrhagia: a 10-year randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 209, n. 6, p. 535.e1–535.e14, dez. 2013. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.08.041Link externo.

HUIJS, D. P. C. *et al.* A 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system vs bipolar radiofrequency nonresectoscopic endometrial ablation in women with heavy menstrual bleeding: long-term follow-up of a multicenter randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 230, n. 5, p. 542.e1–542.e10, maio 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.01.016.

HUQ, F. Y. *et al.* Menstrual problems and contraception in women of reproductive age receiving oral anticoagulation. Contraception, v. 84, n. 2, p. 128–132, ago. 2011. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.12.011.

KLEIN MEULEMAN, S. J. M. *et al.* Definition and criteria for diagnosing cesarean scar disorder. JAMA Network Open, v. 6, n. 4, p. e235321, abr. 2023. DOI: 10.1001/jamannetworkopen.2023.5321.

LETHABY, A.; DUCKITT, K.; FARQUHAR, C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, p. CD000400, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD000400.pub3.

LETHABY, A.; WISE, M. R.; WETERINGS, M. A. *et al.* Combined hormonal contraceptives for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2, p. CD000154, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD000154.pub3.

LUKES, A. S. *et al.* Tranexamic acid treatment for heavy menstrual bleeding: a randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, v. 116, n. 4, p. 865–875, out. 2010. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f20177.

MATTESON, K. A. *et al.* Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review. Obstetrics & Gynecology, v. 121, n. 3, p. 632–643, mar. 2013. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182839e0e.

MUNRO, M. G. *et al.* FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 113, n. 1, p. 3–13, abr. 2011. DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011.

MUNRO, M. G.; CRITCHLEY, H. O. D.; FRASER, I. S. 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. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 143, n. 3, p. 393–408, dez. 2018. DOI: 10.1002/ijgo.12666.

NEBGEN, D. R. *et al.* Abnormal uterine bleeding as the presenting symptom of hematologic cancer. Obstetrics & Gynecology, v. 128, n. 2, p. 357–363, ago. 2016. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001529.

NGUYEN, A. T. *et al.* U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2024. MMWR Recommendations and Reports, v. 73, n. 4, p. 1–126, 2024. DOI: 10.15585/mmwr.rr7304a1.

TOWER, A. M.; FRISHMAN, G. N. Cesarean scar defects: an underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. Journal of Minimally Invasive Gynecology, v. 20, n. 5, p. 562–572, set. 2013. DOI: 10.1016/j.jmig.2013.03.008.

TRABUCO, E. C. *et al.* Association of ovary-sparing hysterectomy with ovarian reserve. Obstetrics & Gynecology, v. 127, n. 5, p. 819–827, maio 2016. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001398.

VAN DEN BRINK, M. J. *et al.* The levonorgestrel intrauterine system versus endometrial ablation for heavy menstrual bleeding: a cost-effectiveness analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 128, n. 12, p. 2003–2011, nov. 2021. DOI: 10.1111/1471-0528.16836.

VAN DER VOET, L. F. *et al.* Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 121, n. 2, p. 236–244, jan. 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.12542.

WISE, M. R. *et al.* Body mass index trumps age in decision for endometrial biopsy: cohort study of symptomatic premenopausal women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 215, n. 5, p. 598.e1–598.e8, nov. 2016. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.06.006.

YELLIN, L. R. *et al.* Abnormal uterine bleeding among oral anticoagulant users. Obstetrics & Gynecology, v. 147, n. 3, p. 355–365, mar. 2026. DOI: 10.1097/AOG.0000000000006165.