



Histeroscopia Ambulatorial

A **histeroscopia ambulatorial** é um procedimento diagnóstico ou terapêutico realizado fora do centro cirúrgico, sem necessidade de internação. Utiliza instrumentos de pequeno calibre para visualizar diretamente a cavidade uterina, permitindo avaliar e tratar alterações como pólipos, miomas submucosos, sinéquias, corpos estranhos e anomalias müllerianas. É amplamente usada na investigação de sangramento uterino anormal e infertilidade. O controle da dor pode variar de nenhuma medicação até analgésicos, anestesia local ou sedação consciente. Trata-se de um método seguro, eficaz e bem tolerado, com alta taxa de sucesso e baixo risco de complicações.

Objetivo deste documento é estabelecer o padrão para a realização da histeroscopia ambulatorial, padronizando indicações, preparo, técnica, condutas e registros, a fim de garantir segurança, eficácia e qualidade no atendimento às pacientes.

I. ASSISTENCIAL

1. INDICAÇÕES DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIAL COM BIÓPSIA ENDOMETRIAL

A histeroscopia ambulatorial, com ou sem biópsia dirigida, é indicada nos seguintes contextos clínicos:

✓ Pacientes na pós-menopausa

- Qualquer sangramento vaginal na pós-menopausa, em mulheres que não fazem uso de terapia de reposição hormonal (TRH).
- Sangramento uterino irregular em uso de TRH combinada cíclica.
- Sangramento uterino contínuo após 6 meses de uso de TRH combinada contínua.
- Presença de espessamento endometrial ou imagem heterogênea à ultrassonografia transvaginal em pacientes sintomáticas.
- Em mulheres com sangramento uterino anormal na pós-menopausa, a biópsia endometrial é indicada (Nível A).
- A biópsia endometrial guiada por histeroscopia deve ser a primeira escolha, por sua maior precisão e custo-efetividade (Nível B).

✓ Pacientes assintomáticas na pós-menopausa

- Não há consenso claro sobre qual limite de espessura endometrial deve ser utilizado para recomendar biópsia endometrial em pacientes assintomáticas (Nível B).
- A decisão deve ser individualizada, especialmente na presença de fatores de risco ou achados ultrassonográficos sugestivos.

✓ Pacientes na pré-menopausa ou em idade reprodutiva com sangramento uterino anormal (SUA)

- A biópsia endometrial tem alta sensibilidade para detectar patologias intrauterinas benignas, pré-malignas e malignas (Nível A).
- A biópsia endometrial guiada por histeroscopia é mais precisa do que as técnicas cegas, independentemente da idade da paciente (Nível A).
- A histeroscopia com biópsia endometrial é útil mesmo na ausência de evidência ultrassonográfica de patologia (Nível B).
- Mulheres com fatores de risco para neoplasia endometrial (obesidade, síndrome dos ovários policísticos, anovulação crônica) e heterogeneidade endometrial devem ser submetidas à biópsia (Nível A).
- Condições pré-malignas ou malignidade devem ser descartadas em mulheres não obesas com hiperestrogenismo não oponente (Nível B).

2. CONTRAINDICAÇÕES DA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA AMBULATORIAL

✓ Contraindicações absolutas

- Suspeita ou confirmação de gestação.
- Infecção genital ativa (cervicite purulenta, doença inflamatória pélvica).
- Infecção herpética ativa
- Sangramento uterino excessivo que comprometa a visibilidade da cavidade uterina.
- Perfuração uterina recente ou suspeita de perfuração.
- Câncer de colo uterino

✓ Contraindicações Relativas

- Estenose cervical importante, não responsiva a preparo medicamentoso.
- Comorbidades clínicas descompensadas (ex: cardiopatias graves).
- Histórico de reação grave a soluções de distensão ou anestésicos locais.
- Pacientes não colaborativas sem acesso à sedação assistida.
- Lesão ocupando toda a cavidade uterina, quando já há confirmação diagnóstica por outros métodos e risco aumentado de complicação.

3. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

3.1. Posicionamento

- Posicionar a paciente na cadeira ginecológica, em posição de litotomia.
- A antissepsia da região vulvar e vaginal com PVPI ou clorexidina é opcional

3.2. Introdução do Histeroscópio

- Na histeroscopia sem sedação evitar introduzir espéculo vaginal e tracionar o colo com Pozzi
- Na histeroscopia com sedação recomenda-se introduzir o espéculo para visualizar o colo uterino e tracionar o colo com pinça de Pozzi para retificação uterina
- Iniciar distensão uterina com soro fisiológico ou solução compatível.
- Introduzir o histeroscópio sob visão direta, guiado pelo fluxo da solução de distensão.
- Realizar inspeção sistemática da cavidade uterina: canal cervical, endométrio, óstios tubários e zonas de transição

3.3. Realização da Biópsia Endometrial (quando indicada)

- Introduzir instrumento de biópsia (pinça, grasper, tesoura ou eletrodo) pelo canal de trabalho.
- Selecionar a área suspeita com base em alterações visuais (espessamento focal, vascularização anormal, aspecto papilífero, ulceração).
- Executar a técnica de biópsia conforme protocolo técnico.
- Coletar o material com cuidado para não fragmentá-lo excessivamente.
- Retirar o instrumento com o material e transferir para frasco contendo formol a 10%, devidamente rotulado.

3.4. Finalização

- Remover o histeroscópio com cautela.
- Registrar as imagens ou descrever os achados em prontuário conforme protocolo institucional.

3.5. Limpeza e Processamento dos Equipamentos

3.5.1. Limpeza Imediata

- Remover resíduos orgânicos com gaze estéril embebida em solução enzimática.
- Irrigar os canais internos com água destilada ou solução adequada, logo após o procedimento.

3.5.2. Desinfecção ou Esterilização

- Seguir o protocolo institucional de desinfecção de alto nível (ex: glutaraldeído) ou esterilização (autoclave/óxido de etileno), conforme compatibilidade do material.
- Registrar o processamento em planilha ou sistema conforme diretrizes da RDC vigente da ANVISA.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO

✓ Preparo da paciente

- Analgésicos orais 30–60 minutos antes (ex: dipirona, ibuprofeno).
- Avaliar a necessidade de preparo cervical prévio (ex: pacientes menopausadas ou com estenose cervical).
- Pacientes na menarca realizar o procedimento preferencialmente na 1ª fase do ciclo menstrual, após o fim da menstruação, salvo quando outra indicação.
- Histeroscopia ambulatorial com sedação: jejum de 8 horas.

✓ Orientações Prévias ao Procedimento

- Explicar o procedimento ao paciente, esclarecendo dúvidas e riscos.
- Obter o termo de consentimento informado assinado.
- Orientar a paciente a comparecer com bexiga vazia.
- Não é necessário jejum, salvo nos casos de sedação.

✓ Após o Procedimento:

- Manter a paciente em observação por 15 a 30 minutos.
- Monitorar sinais vitais em caso de dor, tontura, sangramento ou intercorrência.

4. ORIENTAÇÕES DE ALTA

- Liberar para atividades habituais no mesmo dia, salvo intercorrência.
- Informar que é comum leve sangramento e cólicas uterinas nas primeiras 24-48h.
- Orientar retorno imediato em pronto atendimento se houver febre, dor intensa ou sangramento abundante.
- Prescrever analgésicos, se necessário.
- Informar o prazo estimado para liberação do laudo anatomopatológico.

5. DOCUMENTOS

- Encaminhamento médico
- Ultrassom transvaginal realizado há no máximo 1 ano
- Exame beta hCG de até 3 dias para todas as pacientes na menarca
- Papanicolau de até 3 anos ou DNA HPV até 5 anos

* Observação: a critério médico poderá ser dispensada a apresentação do papanicolau ou outros documentos quando houver suspeita de neoplasia maligna de endométrio e necessidade de rápido diagnóstico.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

Durante a execução do procedimento, devem ser geradas as seguintes evidências de controle:

- **Prontuário eletrônico do paciente**, com descrição detalhada do procedimento, técnica utilizada e achados histeroscópicos.
- **Formulário de envio de material para anatomopatológico**, com identificação do frasco, número de fragmentos e região biopsiada.
- **Planilhas institucionais de rastreabilidade**, contendo dados do profissional responsável, número de prontuário, tipo de biópsia e data do procedimento.
- Esses registros devem ser armazenados conforme a política institucional de guarda de documentos, com retenção mínima de 5 anos e posterior descarte seguro.

III. GLOSSÁRIO

SUA - Sangramento Uterino Anormal

TRH - Terapia de Reposição Hormonal

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Chee RKW, Koshy RM, Haidey J, Murad MH, Low G, Wilson MP. (2025). Reevaluating endometrial thickness in symptomatic postmenopausal patients for excluding cancer: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Radiology*, 22, 425–435. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2024.11.008>
- [2] Clarke MA, Long BJ, Sherman ME, Lemens MA, Podratz KC, Hopkins MR, et al. (2020). Risk assessment of endometrial cancer and endometrial intraepithelial neoplasia in women with abnormal bleeding and implications for clinical management algorithms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(4), 549.e1–549.e13. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.032>
- [3] Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, et al. (2016). ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on endometrial cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 27, 16–41. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv484>
- [4] Di Spiezo Sardo A, De Angelis MC, Della Corte L, Carugno J, Zizolfi B, Guadagno E, et al. (2020). Should endometrial biopsy under direct hysteroscopic visualization using the grasp technique become the new gold standard for the preoperative evaluation of the patient with endometrial cancer? *Gynecologic Oncology*, 158(1), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.05.012>
- [5] Doll KM, Pike M, Alson J, Williams P, Carey E, Stürmer T, et al. (2024). Endometrial thickness as diagnostic triage for endometrial cancer among Black individuals. *JAMA Oncology*, 10(8), 1068–1076. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2024.1891>
- [6] Dong H, Wang Y, Zhang M, Sun M, Yue Y. (2021). Whether preoperative hysteroscopy increases the dissemination of endometrial cancer cells: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(9), 3236–3246. <https://doi.org/10.1111/jog.14897>
- [7] Gentry-Maharaj U, Karpinskyj A. (2020). Screening for gynaecological cancers. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 65, 110–128. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.008>
- [8] Ianieri MM, Staniscia T, Pontrelli G, Di Spiezo Sardo A, Manzi FS, Recchi M, et al. (2016). A new hysteroscopic risk scoring system for diagnosing endometrial hyperplasia and adenocarcinoma. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(5), 712–718. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.02.017>
- [9] McCluggage WG. (2016). Morphological subtypes of endometrial carcinoma: diagnostic features, diagnostic challenges and recommendations for accurate pathological diagnosis. *Pathology*, 48(2), 151–163. <https://doi.org/10.1016/j.pathol.2015.12.002>
- [10] Moore JF, Carugno J. (2023). Hysteroscopy. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Atualizado 2022 out 20; citado 2024 jan 1]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564345/>
- [11] Shen Y, Yang W, Liu J, Zhang Y. (2023). Minimally invasive approaches for the early detection of endometrial cancer. *Molecular Cancer*, 22, 53. <https://doi.org/10.1186/s12967-023-03901-7>

- [12] Thoprasert P, Phaliwong P, Smanchat B, Prommas S, Bhamarapratana K, Suwannarurk K. (2023). Endometrial thickness in perimenopausal uterine bleeding. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 24(2), 694–699. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.2.694>
- [13] Török P, Molnár S, Lampé R, Jakab A. (2020). The use of hysteroscopy in endometrial cancer: old questions and novel challenges. Climacteric, 23(4), 330–335. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1732914>
- [14] van Hanegem N, Breijer MC, Khan KS, Mol BW, Timmermans A. (2016). Diagnostic accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of endometrial carcinoma: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 197, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.12.003>
- [15] Visser NCM, Reijnen C, Massuger LFAG, Nagtegaal ID, Bulten J, Pijnenborg JMA. (2017). Accuracy of endometrial sampling in endometrial carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics & Gynecology, 130(4), 803–813. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002252>
- [16] Zhang Y, Wang Z, Zhang J, Wang C, Wang Y, Chen H, et al. (2021). Deep learning model for classifying endometrial lesions. Journal of Translational Medicine, 19, <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02660-x>

Código Documento: CPTW491.1	Elaborador: Carolina da Rocha Resende	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 09/01/2026	Data de Aprovação: 12/01/2026
---------------------------------------	---	---	--	--	---