



Etiologias do Sangramento Uterino Anormal: uma revisão narrativa

Thiago José Islanderson dos Santos Castro¹, Josiane Simplicio de Abreu¹, Beatriz Bastos Santos¹, Maria Gabriela Lermen de Souza¹, Gabriela Zorzo de Santana¹, Liz Silva Mariano¹, Claudianne Borges da Silva Bispo¹, Pedro Lucas Pessoa Cardoso¹, Gabriel Alves Da Silva Santiago¹, Palloma Oliveira de França¹, Ana Caroline dos Santos Sousa¹, Camila Camaia Souza Winter¹, Emanuele Batista Rafael¹, Caio Gabriel Ferreira Souza¹, Gabriela Castro de França¹, Brenna Martins Barboza¹, Henrique Lima Martins¹, Monique Lima Martins¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n6p493-507>

Artigo recebido em 28 de Abril e publicado em 08 de Junho de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

O sangramento uterino anormal (SUA) é uma queixa frequente nos consultórios médicos e representa um fator que prejudica a saúde da mulher, em todas as suas vertentes (físico, social e emocional). Com isso, o objetivo desse estudo foi escrever uma revisão narrativa de literatura sobre as principais causas de SUA. Uma vez que o SUA não é uma doença, e sim um componente de sintomatologia, não raro a resolução do quadro clínico depende da identificação do problema de origem. Nesse contexto, a FIGO criou o acrônimo PALM-COEIN, que visa reunir, de forma didática e simples, as principais etiologias de SUA em dois grupos: causas estruturais, representadas pelos pólipos uterinos, adenomiose, leiomioma e malignidade, e causas não estruturais, compostas pelas coagulopatias, disfunção ovulatória, endometriais, iatrogênicas e outras não classificadas. O conhecimento e a investigação dessas etiologias deve ser de competência dos profissionais de saúde, pois o manejo correto dessas pacientes se associa com impacto positivo na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Hemorragia Uterina, Adenomiose, Leiomioma, Transtornos da Coagulação Sanguínea, Anovulação.

Etiologies of Abnormal Uterine Bleeding: A Narrative Review

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding (AUB) is a common complaint in medical offices and represents a factor that harms women's health in all its aspects (physical, social and emotional). Therefore, the objective of this study was to write a narrative review of the literature on the main causes of AUB. Since AUB is not a disease, but rather a component of symptoms, the resolution of the clinical picture often depends on the identification of the underlying problem. In this context, FIGO created the acronym PALM-COEIN, which aims to group, in a didactic and simple way, the main etiologies of AUB into two groups: structural causes, represented by uterine polyps, adenomyosis, leiomyoma and malignancy, and non-structural causes, composed of coagulopathies, ovulatory dysfunction, endometrial, iatrogenic and other unclassified causes. Knowledge and investigation of these etiologies should be the responsibility of health professionals, since the correct management of these patients is associated with a positive impact on their quality of life.

Keywords: Uterine Hemorrhage, Adenomyosis, Leiomyoma, Blood Coagulation Disorders, Anovulation.

Instituição afiliada – UNINASSAU

Autor correspondente: *Thiago José Islanderson dos Santos Castro* thiaqoislanderson@rocketmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O ciclo menstrual corresponde a uma série de eventos endócrinos, manipulados pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovário, com o intuito de preparar o trato genital feminino para uma ovulação e, havendo fecundação, para uma gestação. As complexas interações entre tecidos e hormônios resultam em um processo de maturação folicular, no qual um óvulo será liberado de um dos ovários, e na preparação do ambiente uterino, que deverá apresentar condições estruturais para receber um embrião na vigência de fertilização (CUNHA *et al.*, 2021).

Para melhor compreensão dos fenômenos fisiológicos cíclicos que marcam o ciclo menstrual, algumas abordagens podem ser utilizadas. A exemplo, o ciclo menstrual pode ser observado sob duas óticas diferentes: o ciclo ovariano (composto pelas fases folicular e lútea), que descreve as modificações da histologia desse órgão, e o ciclo uterino (representado pelas fases menstrual, proliferativa e secretora), que aponta como as camadas do útero respondem aos estímulos hormonais (RAMALHO; CARVALHO; FERREIRA, 2024).

Em linhas gerais, a fase folicular é marcada pelo desenvolvimento de um grupo de folículos sob estímulo o hormônio FSH. No meio do ciclo, ocorre um pico de secreção de outro hormônio, o LH, que estimula a ovulação do folículo pré-ovulatório (também chamado de Graaf), recrutado previamente. A ovulação é o que divide a fase folicular e a fase lútea, uma vez que o que resta da estrutura do folículo após a expulsão do oócito se transforma no corpo lúteo, produtor de progesterona. Quando não existe fecundação, o corpo lúteo regride espontaneamente, ocasionando redução na produção de estrogênio e progesterona. Essa queda hormonal promove reações vasomotoras, que culminam na perda da camada funcional (os dois terços superiores do endométrio) e, conseqüentemente, no sangramento menstrual normal (ALZUETA; BAKER, 2023).

Segundo a FEBRASGO, o sangramento uterino normal é um fluxo menstrual que dura entre 3 a 8 dias, com ciclos variando entre 24-38 dias e com perda sanguínea entre 5-80mL. O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é definido por qualquer sangramento que não obedeça à esses parâmetros. Ou seja, um sangramento com quantidade,

duração e/ou frequência anormal (FERNANDES, 2019).

Em termos de epidemiologia, ainda que o SUA possa acometer todas as faixas etárias, a prevalência tende a se concentrar nos extremos de vida reprodutiva, uma vez que são períodos caracterizados por maior concentração de ciclos anovulatórios ou irregulares (FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

É importante destacar que esse fluxo menstrual excessivo tem potencial para determinar repercussões físicas, socioemocionais e prejuízo na qualidade de vida da mulher. Estima-se que 40% da população feminina apresente algum padrão de sangramento que contrasta com a normalidade, e que os relacionamentos sociais são danificados em cerca de 60% (YELA; BENETTI-PINTO, 2019). Ainda, 35% das paciente já manifestam algum grau de anemia no momento da consulta (FERNANDES, 2019).

Outro ponto a ser lembrado é que o SUA é um sintoma, e não um diagnóstico etiológico. A justificativa para o surgimento de uma mudança nos padrões de sangramento pode estar em várias etiologias distintas. Nesse sentido, objetivando facilitar a investigação da etiologia do SUA pelos profissionais da saúde, a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) criou um acrônimo chamado PALM-COEIN, que divide as causas de SUA em dois grandes grupos: o grupo PALM, que representa as causas estruturais, visualizadas em exames de imagem ou histopatologia, e o grupo COEIN, que são desordens não estruturais (CHODANKAR; CRITCHLEY, 2019).

Dito isso, uma vez que o SUA exibe uma considerável prevalência entre as mulheres e apresenta importante impacto na qualidade de vida das pacientes femininas, e que as intervenções mais apropriadas dependem de um diagnóstico etiológico, o objetivo desse estudo é realizar uma revisão narrativa das etiologias do SUA, baseando-se no acrônimo PALM-COEIN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Não houve sistematização de estudos, todavia, para garantir que as informações utilizadas nesse estudo são relevantes, recentes e de qualidade, foram escolhidos artigos publicados entre 2019-2025, em inglês ou português, disponíveis na íntegra na plataforma PUBMED e Google Acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acrônimo PALM-COEIN foi aceito pela FIGO em 2011, com o intuito de tornar mais eficaz a comunicação, o atendimento e as pesquisas envolvendo o sangramento uterino anormal. O grupo PALM se refere às causas estruturais: pólipos uterinos, adenomiose, leiomioma e malignidade/hiperplasia do endométrio. Essas etiologias podem ser definidas por exame de imagem e/ou achados de biopsia. Por outro lado, o grupo COEIN abrange as causas não estruturais: coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica e outras não classificadas (FERNANDES, 2019). A FIGURA 1 apresenta uma esquematização dos sistema PALM-COEIN.

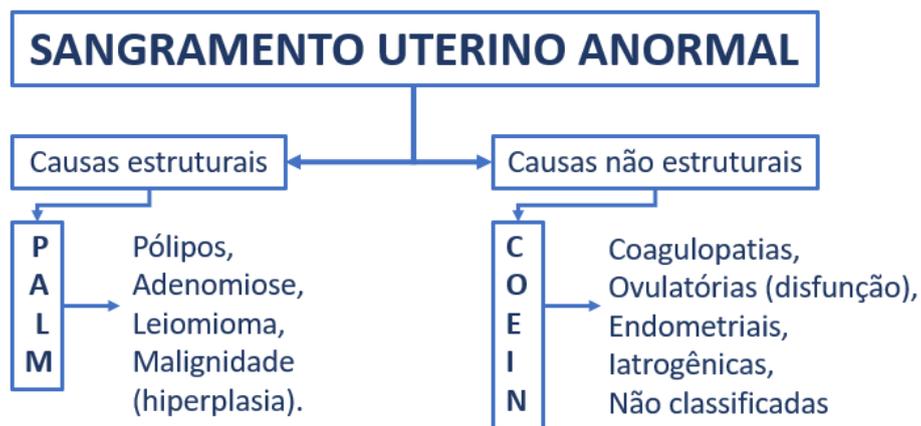


Figura 1. O acrônimo PALM-COEIN. Imagem autoral.

Pólipos uterinos

O pólipo uterino tem, por definição, uma projeção digitiforme de tecido glandular (ou seja, uma hipertrofia focal desse tecido), com pedículo vascular. Tende à benignidade, apresentando baixas incidências de degeneração maligna. Ainda, os pólipos uterinos podem ser divididos em cervicais e endometriais, apresentando sintomatologias diferentes (LASMAR et al., 2020).

Os pólipos cervicais se originam quando o tecido glandular que recobre o canal cervical apresenta projeções digitiformes, devido à hipertrofia focal desse tecido. Podem ainda ser classificados em endocervicais ou em ectocervicais. Os pólipos endometriais, por sua vez, representam projeções da mucosa endometrial. Podem ser únicos ou múltiplos, tendem a ser lisos, regulares, com rede vascular subdesenvolvida, e a projeção pode apresentar base pediculada ou larga (LASMAR et al., 2020).

Estima-se que sua prevalência seja em torno de 7,8 a 34%, sendo mais comum na pós-menopausa. Ademais, alguns fatores de risco propostos são: idade avançada, nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, hipertensão, obesidade, uso de tamoxifeno e diabetes (SILVA et al., 2024). Um mecanismo proposto para o surgimento de sangramento é o fato de que existe fragilidade vascular na superfície do pólipó, associado à inflamação crônica e microerosões, culminando em sangramento (MANSO et al., 2024).

Os pólipos cervicais não raro são assintomáticos, porém estão associados com SUA, principalmente durante e/ou após a relação sexual (sinusiorragia). Os pólipos endometriais também podem não originar queixas, todavia, quando cursa com sintomatologia, também está associado com SUA. Ambos os pólipos podem causar também infertilidade, seja por oclusão do orifício interno ou dos óstios tubários (LASMAR et al., 2020).

Em casos de exteriorização do pólipó endocervical pelo orifício externo do colo uterino, o exame especular pode flagrar tal lesão. O diagnóstico de Pólipos uterinos pode ser sugerido pela Ultrassonografia Transvaginal (USG-TV), e o uso do doppler contribui para a análise vascular do pólipó. Contudo, a Histeroscopia é o padrão ouro para o diagnóstico dos pólipos, uma vez que permite visualizar diretamente a cavidade uterina e, dependendo das características do pólipó, a extração dos pólipos (LASMAR et al., 2020).

A retirada do pólipó (polipectomia) via histeroscopia representa uma opção segura e eficaz, havendo recuperação rápida e rápido retorno às atividades de rotina. Em caso do pólipó ser menor que 0,5cm, é possível a remoção ambulatorialmente, enquanto que os maiores de 0,5cm serão retirados em bloco, pela ressecção da base de implantação da lesão (FERNANDES, 2019). Os pólipos deverão ser submetidos à análise histopatológica para investigar malignidade (LASMAR et al., 2020).

Adeniose

A parede uterina é dividida em três camadas: endométrio (camada que reveste internamente o útero), miométrio (a camada muscular) e perimétrio (esta última também chamada de serosa). A adeniose é uma condição ginecológica na qual o

endométrio invade o miométrio, mais especificamente a presença de glândulas endometriais e estroma ectópicos. A fisiopatologia não está bem esclarecida, mas acredita-se que essa invasão endometrial possa ser engatilhada por estímulos traumáticos ou hormonais. Ainda, a adenomiose pode ser subdividida em focal, quando a invasão é localizada e bem delimitada, e em difusa, em que existe ampla e irregular disseminação do endométrio por todo o miométrio, cursando com espessamento da parede uterina (NOGUEIRA et al., 2024).

Existe uma certa inconsistência no diagnóstico, o que falseia as estimativas de prevalência, porém estima-se que 20 a 35% das pacientes em idade reprodutiva apresentem adenomiose (NOGUEIRA et al., 2024). Os casos tendem a se concentrar na faixa etária de 41 a 45 anos (SANTOS et al., 2022), e observa-se que os casos de adenomiose comumente se apresentam junto de outras comorbidades, como leiomioma e endometriose, fato este que dificulta a atribuição dos sintomas de uma paciente à invasão endometrial específica (MOAWAD et al., 2022).

O quadro clínico de uma paciente com adenomiose é variável e depende da profundidade da invasão endometrial no miométrio. Quando essa invasão atinge até 0,5mm abaixo do endométrio, classifica-se como forma superficial e, mais comumente, origina os quadros de SUA. A forma profunda, todavia, associa-se mais com dismenorreia e dispareunia (FERNANDES, 2019). Ademais, a adenomiose é uma das principais causas de infertilidade (MENDES; LISBOA; LIMA, 2023).

O diagnóstico de adenomiose tende a exibir certa complexidade, sobretudo pela comum coexistência com outros diagnósticos diferenciais. Sendo assim, é necessária uma boa anamnese, aliada aos exames de imagem. A USG-TV e a Ressonância Magnética (RM) podem ambas ser úteis na propedêutica da investigação (SANTOS et al., 2022).

O manejo da adenomiose pode ser medicamentoso ou cirúrgico, a depender da idade da paciente, dos sintomas e do desejo de preservar fertilidade. Dentre o arsenal medicamentoso, destacam-se os contraceptivos orais combinados, porém outras opções são progestagênios, DIU liberador de levonorgestrel e análogos do GnRH. Em quadros mais graves, falha da terapia conservadora ou quando não existe vontade da paciente de manter a fertilidade, intervenção cirúrgica pode ser optada, sendo a histerectomia o tratamento definitivo (NOGUEIRA et al., 2024).

Leiomioma

Os leiomiomas uterinos, popularmente chamados de miomas, são tumores benignos de músculo liso, formados pelas fibras musculares lisas e tecido conectivo, e que apresentam certa sensibilidade ao estrogênio e progesterona. Surgem no miométrio de mulheres antes da menopausa, e acredita-se que 70% das mulheres antes dos 50 anos desenvolvem leiomioma (CARRIJO; SILVA, 2022).

Uma vez que se trata de um tumor benigno hormônio-dependente, sobretudo o estrogênio, os fatores de risco são aqueles que aumentam a exposição uterina ao estrogênio: nuliparidade, menarca precoce, obesidade e uso de contraceptivos orais combinados antes dos 16 anos (SOUZA et al., 2022).

Em 98% dos casos, os miomas se localizam no útero, sendo classificados como miomas corporais. Estes, por sua vez, são subclassificados em subseroso, intramural e submucoso. Um quadro mais raro é a exteriorização de um mioma submucoso pelo orifício externo do colo do útero, sendo chamado de mioma parido (SANTOS et al., 2022).

O leiomioma submucoso fica no endométrio, camada mais interna do útero, enquanto que o intramural se aloja na camada muscular, sem atingir endométrio ou serosa, e o mioma subseroso permanece na camada de revestimento externo do útero, a serosa (CARRIJO; SILVA, 2022). Todavia, as localizações podem não respeitar os limites das camadas e, nesse contexto, utiliza-se a classificação dos miomas segundo a FIGO, demonstrada pela FIGURA 2.

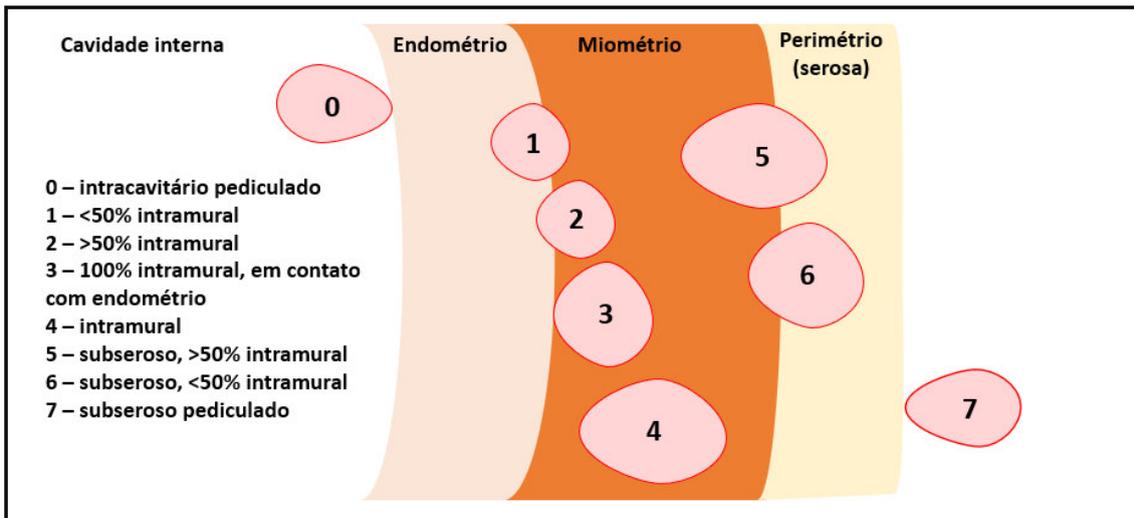


Figura 2: esquematização das camadas da parede uterina e representação das localizações possíveis dos leiomiomas. Imagem autoral, com informações baseadas em FERNANDES, 2019.

A localização do mioma determina o quadro clínico apresentado pela paciente. Os submucosos e intramurais são os mais associados à SUA, dismenorreia, infertilidade, anemia ferropriva. Ademais, no âmbito da obstetrícia, por determinar alterações anatômicas da cavidade uterina, podem representar um obstáculo para o desenvolvimento adequado de uma gestação. Os miomas subserosos não se associam com SUA, mas sim com sintomas compressivos, podendo cursar com dor pélvica, constipação, dispareunia e incontinência urinária (SANTOS et al., 2022).

Ao exame pélvico, pode se suspeitar de um quadro de leiomioma caso, ao toque bimanual, sejam identificadas tumorações superficiais e profundas. Ainda, nos casos de mioma parido, o mesmo pode ser observado ao exame especular. A USG-TV é o método de imagem de primeira escolha para a confirmação do diagnóstico, todavia a RM é o melhor exame de imagem que permite avaliar número, volume e localização dos miomas (PATÚ et al., 2024).

AINE's, ácido tranexâmico, contraceptivos hormonais e análogos do GnRH representam opções do tratamento clínico conservador. Todavia, não raro, os miomas voltam a se desenvolver após a retirada dos medicamentos, consequentemente reiniciando os sintomas. Dentre as possíveis intervenções cirúrgicas, destacam-se: miomectomia, histerectomia, ligadura de artérias uterinas. O que determinará a intervenção invasiva a ser realizada será o número e a localização dos miomas, o desejo de preservar a fertilidade, a existência de sintomas compressivos e quando existe suspeita de malignidade (SOUZA et al., 2022).

Malignidade (e hiperplasia)

Ainda que a prevalência de malignidade se concentre nas pacientes perimenopáusicas, tal diagnóstico deve ser aventado em todas as faixas etárias. Um dos fatores que determina o surgimento de malignidade/hiperplasia é a ausência de estímulo da progesterona para contrapor a ação proliferativa que o estrogênio promove no endométrio. Nesse sentido, diabetes, obesidade e qualquer situação de exposição demasiada ao estrogênio deve ser entendida como fator de risco. A suspeita diagnóstica deve ser aventada frente a sangramentos, sobretudo na pós-menopausa. Os cânceres endometriais, cervicais e ovarianos precisam ser descartados na presença de sangramento, principalmente no período perimenopausa. Em pacientes pós-menopausa investigando SUA, frente a um espessamento endometrial (> 8mm nas usuárias de terapia hormonal e > 5mm nas que não realizam essa terapia), recomenda-se realizar histeroscopia com biópsia endometrial (FERNANDES, 2019).

Coagulopatias

Um sangramento uterino anormal pode ser decorrente da falha dos processos de hemostasia e coagulação, todavia, deve-se suspeitar de alguma coagulopatia sobretudo nas pacientes que desde a menarca apresentam fluxo intenso ou nas pacientes que apresentem anemia significativa associada ao sangramento menstrual (GOMES et al., 2024).

Outros fatores que devem alertar para a presença de uma coagulopatia são: hemorragia associada ao pós-parto, procedimento cirúrgico ou dentário; histórico de hematoma e/ou epistaxe (uma vez ao mês); sangramento gengival persistente; ou histórico familiar de coagulopatia/sangramento. A coagulopatia mais comum é a Doença de von Willebrand (DVW), contudo, outras etiologias devem estar no grupo de diagnósticos diferenciais: disfunções plaquetárias, hemofilias, púrpura trombocitopênica. Ainda, algumas disfunções orgânicas (como hepatopatia) pode provocar dano ao sistema de coagulação, cursando com sangramentos (FERNANDES, 2019).

Ovulatório (disfunção)

Os sangramentos devidos à disfunção da ovulação (ou anovulatórios) predominam nos extremos da idade reprodutiva, além de ser característico também da Síndrome dos Ovários Policísticos, causa mais frequente de anovulação durante o período reprodutivo (MANSO et al., 2024). No que se refere às adolescentes, a imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário é o que determina a anovulação (FIGUEIREDO et al., 2022). O sangramento determinado pela insuficiência do corpo lúteo e o encurtamento da fase folicular da pré-menopausa também deve ser incluído no grupo dos sangramentos por disfunção da ovulação (FERNANDES, 2019).

Endometrial

A regeneração da camada funcional uterina depende da integridade da camada basal. Nesse contexto, disfunção das células endometriais da camada basal podem estimular um crescimento anormal e irregular da camada funcional. Ainda, uma regulação errante dos fatores de desenvolvimento vascular exibe potencial para estimular o surgimento de vasos endometriais anormais, e uma expressão insuficiente de fatores hemostáticos locais pode tornar a hemostasia local incompetente. (MARGARIDO; SALAZAR, 2021).

Hiperplasia endometrial e câncer de endométrio devem ser descartados, sobretudo frente a sangramentos após a quarta década de vida (MANSO et al., 2024). Ainda, infecções do endométrio também podem causar sangramento, por exemplo, uma endometrite fazendo parte do espectro da Doença Inflamatória Pélvica (GOMES et al., 2024).

Iatrogenias

As principais causas de iatrogenia estão frequentemente associadas ao uso de terapia hormonal, que inclui fármacos capazes de modificar a estrutura e a funcionalidade do endométrio. Além disso, dispositivos intrauterinos, sejam eles medicados ou inertes, podem exercer influência sobre a coagulação sanguínea ou o processo de ovulação, contribuindo para efeitos adversos. Os anticoncepcionais hormonais também representam uma causa relevante nesse contexto (MANSO et al.,

2024).

Ademais, diversos outros medicamentos merecem destaque devido ao seu potencial de interferência, tais como anticoagulantes, que afetam a coagulação, e o ácido acetilsalicílico, amplamente utilizado por suas propriedades antiplaquetárias. Fármacos antiepilépticos, hormônios tireoidianos, antidepressivos e agentes moduladores hormonais, como o tamoxifeno, também estão entre os responsáveis por reações iatrogênicas. Os corticosteroides, frequentemente empregados por suas propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, podem igualmente desencadear efeitos adversos significativos, reforçando a necessidade de um uso criterioso dessas substâncias na prática clínica (FERNANDES, 2019).

Não classificadas

O grupo das etiologias não classificadas engloba condições cuja compreensão não está bem fortalecida, ou cuja ocorrência seja rara. Dentre elas, é possível citar as malformações arteriovenosas, que exibem padrões variados de sangramento, os defeitos de cicatriz de cesarianas e as alterações mullerianas (SALAZAR, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz do exposto, entende-se que o sangramento uterino anormal é queixa frequente entre as mulheres, sendo na verdade um sintoma que pode representar um amplo espectro de etiologias e diagnósticos diferentes. O conhecimento do acrônimo PALM-COEIN ajuda no raciocínio e na investigação frente à queixas de SUA, impactando positivamente no prognóstico e na qualidade de vida das mulheres, uma vez que, não raro, o correto manejo do sangramento dependerá da descoberta de sua doença de base.

REFERÊNCIAS

1. ALZUETA, E.; BAKER, F. C. The Menstrual Cycle and Sleep. *Sleep Medicine Clinics*, v. 18, n. 4, p. 399–413, 2023.



2. CARRIJO, N. G.; SILVA, L. N. Análise dos aspectos inerentes ao Leiomioma Uterino no período de 2017 a 2022. *Revista Artigos.com*, v. 36, p. 1-8, 2022.
3. CHODANKAR, R.; CRITCHLEY, H. O. D. Abnormal uterine bleeding (including PALM COEIN classification). *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, v. 29, n. 4, p. 98-104, 2019.
4. CUNHA, M. et al. EFEITO DO CICLO MENSTRUAL NO DESEMPENHO EM EXERCÍCIO FÍSICO: UMA REVISÃO RÁPIDA DA LITERATURA. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 15, n. 96, p. 194-202, 2021.
5. FERNANDES, C. E. *Tratado de Ginecologia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
6. FIGUEIREDO, B. Q. et al. Principais causas do Sangramento Uterino Anormal (SUA) por faixas etárias: uma revisão narrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e33611528540, 2021.
7. GOMES, F. D. G. et al. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. In: *GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA*, 10ª ed. Editora Pasteur, 2024.
8. LASMAR, R. B. et al. Pólipo uterino. *FEMINA*, v. 48, n. 1, p. 54-58, 2020
9. MANSO, G. S. A. et al. SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. In: *LIVRO DE GINECOLOGIA*, Editora Pasteur, 2024.
10. MARGARIDO, P.F.; SALAZAR, C.C. Sangramento uterino anormal na perimenopausa. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), cap. 6; p. 85-100, 2021.
11. MENDES, R. N. P. M.; LISBOA, M. S. A.; LIMA, T. P. A. Doença Ginecológica nos Desfechos Obstétricos: Saúde da Mulher Frente a Endometriose e Adenomiose. ID on line. *Revista de psicologia*, v. 17, n. 68, p. 57-68, 2023.
12. MOAWAD, G. et al. Adenomyosis and infertility. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, v. 39, p. 1027–1031, 2022.
13. NOGUEIRA, R. A. et al. OS EFEITOS DA ADENOMIOSE UTERINA NA INFERTILIDADE FEMININA. *Periódicos Brasil Pesquisa Científica*, v. 3, n. 2, p. 1878—1893, 2024.
14. PATÚ, L. F. P. et al. LEIOMIOMA UTERINO. In: *LIVRO DE GINECOLOGIA*, Editora Pasteur, 2024.
15. RAMALHO, C. C.; CARVALHO, N. M. S.; FERREIRA, P. A. OS IMPACTOS DO CICLO MENSTRUAL NA PERFORMANCE DE ATLETAS EUMENORRÉICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, v. 18, n. 109, p. 24 2- 252, 2024.
16. SALAZAR, C. C. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), cap.5, p.70-84, 2021.
17. SANTOS, M. S. B. et al. Análise das características da Adenomiose e Miomatose Uterina: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 19, p. 1-7, 2022.



18. SILVA, L. R. S. et al. Repercussões associadas a relação pólipos endometrial e sangramento uterino anormal um relato de caso. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 1, n. 2, p. 160-170, 2024.
19. SOUZA, R. B. et al. Leiomioma uterino – aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, v.8, n.7, p. 52581-52593, 2022
20. YELA, D. A; BENETTI-PINTO, C. L. Sangramento uterino anormal. *FEMINA*, v. 47, n. 8, p. 506-512, 2019.