



ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS AOS PÓLIPOS ENDOMETRIAIS**EVALUATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE ENDOMETRIAL POLYPS**Júlia Michelon Tomazzoni¹Rodrigo Dias Nunes^{1,2}Jefferson Traebert²**RESUMO**

Introdução: Pólipos endometriais são lesões benignas de baixo potencial de malignidade, identificadas como protrusões do endométrio, que parecem estar relacionadas a diversos fatores sociodemográficos e clínicos. **Objetivo:** Identificar os fatores associados à ocorrência de pólipos endometrial em pacientes submetidas à videohisteroscopia. **Métodos:** Estudo caso-controle com 162 mulheres que realizaram o exame de videohisteroscopia em uma clínica privada de diagnóstico por imagem, entre janeiro e junho de 2016. A coleta de dados foi realizada através de prontuários. Estudou-se a associação das variáveis independentes com a presença de pólipos endometriais por meio de cálculo de odds ratio e seus respectivos intervalos de confiança, com nível de significância $p < 0,05$. A regressão logística binária foi realizada entre as variáveis com $p < 0,25$. **Resultados:** As pacientes foram divididas em 81 casos e 81 controles. A idade média das mulheres foi de 49,6 ($\pm 12,5$) anos. O tipo histológico mais frequente de pólipos endometriais foi o hiperplásico (34,7%), seguido do tipo funcional (33,3%). Foi detectado apenas um caso de carcinoma endometrial. A idade das pacientes, número de partos e cesarianas anteriores, idade da menarca, menopausa, uso de terapia hormonal ou anticoncepção hormonal e comorbidades como hipertensão arterial e diabetes não estiveram associados ao aparecimento de pólipos endometrial ao exame videohistoscópico. A análise multivariada também não demonstrou associação entre o desfecho e cor de pele ($p = 0,137$), índice de massa corporal ($p = 0,154$), número de abortos anteriores ($p = 0,869$), presença de sangramento uterino anormal ($p = 0,486$) e seu tempo de duração ($p = 0,157$). **Conclusão:** As características clínicas e sociodemográficas avaliadas no presente estudo não estiveram associadas ao aparecimento de formações polipoides endometriais, identificadas pela videohisteroscopia.

Descritores: Pólipos. Endométrio. Metrorragia. Histeroscopia.

ABSTRACT

Background: Endometrial polyps are benign lesions with low malignancy potential, identified as endometrial protrusions, which appear to be related to some sociodemographic and clinical factors. **Objective:** To identify the factors associated with the occurrence of endometrial polyp in patients submitted to videohysteroscopy. **Methods:** A case-control study that included 162 women who underwent videohysteroscopy at a private diagnostic imaging clinic between January and June of 2016. Data collection was done through medical records. The association of the variables was calculated by odds ratio and confidence interval, with significance level $p < 0.05$. **Results:** Patients were divided into 81 cases and 81 controls. The mean age of the women was 49.6 (± 12.5) years. The most frequent histological type of endometrial polyps was the hyperplastic (34.7%), followed by the functional type (33.3%). Only one case of endometrial carcinoma was detected. The age of the

¹Faculdade de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/SC, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina/SC.



patients, number of previous vaginal deliveries and caesarean sections, age of menarche, menopause, use of hormonal therapy or hormonal contraception, and comorbidities such as hypertension and diabetes, were not associated with the appearance of endometrial polyp at videohysteroscopic examination. The multivariate analysis also showed no association between outcome and skin color ($p = 0.137$), body mass index ($p = 0.154$), number of previous abortions ($p = 0.869$), abnormal uterine bleeding ($p = 0.486$) and its duration ($p = 0.157$). Conclusion: The clinical and sociodemographic characteristics assessed in the present study were not associated with the appearance of endometrial polypoid formations, identified by videohysteroscopy.

Keywords: Polyps. Endometrium. Metrorrhagia. Hysteroscopy.

INTRODUÇÃO

Pólipos endometriais são proliferações focais do endométrio que apresentam composição semelhante ao endométrio, ou seja, formados de quantidade variável de glândulas, estroma e vasos sanguíneos^{1,2}. Em relação ao padrão histológico dos pólipos endometriais, eles podem ser classificados em funcionais, atróficos ou hiperplásicos^{1,2}.

Estima-se que a prevalência de pólipos endometriais na população mundial feminina seja de 25% a 30%¹⁻⁵.

A incidência de malignidade dos pólipos endometriais varia entre 0% e 4,8% na maioria dos estudos, sendo consideradas, portanto, formações de baixo potencial de malignização²⁻⁷. Em contrapartida, quando se obtém estatísticas de fatores de risco para adenocarcinoma endometrial, evidencia-se que a presença de pólipos endometriais nas portadoras do tumor é nove vezes mais frequente em relação às não portadoras^{1,7-9}.

Diferentes parâmetros clínicos e epidemiológicos podem estar relacionados à prevalência dos pólipos endometriais. Ademais da idade e do estado de menopausa, diversos estudos citam como possíveis fatores associados: a paridade, o tempo de menopausa, a obesidade, comorbidades como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, a terapia hormonal e a utilização de tamoxifeno^{3,4,6,8,9}. Porém nem todos aceitam estas associações^{3,5}.

Na presença de sintomas, o sangramento uterino anormal de intensidade variável é a manifestação clínica mais encontrada nas pacientes com pólipos endometriais¹⁻⁵. Lesões polipoides de endométrio podem ser diagnosticadas por métodos de imagem, como a ultrassonografia transvaginal, e por meios invasivos, como a videohisteroscopia ambulatorial, histerosapingografia, videohisterossonografia, biópsia endometrial e curetagem uterina¹⁻³.

A utilização rotineira da ultrassonografia transvaginal na prática ginecológica resulta em diagnóstico cada vez mais frequente e precoce de pólipos endometriais, especialmente nas mulheres



assintomáticas^{1,2,4}. Esse exame é capaz de detectar lesões endometriais, e recebe grande importância por mensurar a espessura e as características do endométrio. Diante da presença de um achado de espessamento endometrial pela ultrassonografia, a videohisteroscopia com biópsia endometrial faz-se necessária para a elucidação do correto diagnóstico - exame considerado padrão-ouro para esta investigação^{1,2,9,10}. O exame apresenta sensibilidade de 94% e especificidade de 58% no achado de pólipos endometriais¹⁰. A videohisteroscopia, além de possibilitar a realização da biópsia dirigida das áreas suspeitas, permite quantificar os pólipos, analisar a vascularização de sua superfície, sua forma e localização, bem como tamanho e largura da base de implantação das lesões^{1,2}.

Sobre a terapêutica dos pólipos endometriais, ainda não há consenso na literatura quanto à correta conduta frente ao seu diagnóstico¹. Embora sejam considerados de baixo risco de malignidade, alguns estudos sugerem que essas lesões devam ser vistas com desconfiança e, portanto, a remoção seria o melhor tratamento³. Outros afirmam que a exérese deva ser uma conduta restrita a alguns casos selecionados a partir da clínica individualizada da paciente,^{6,7,10-12}.

De fato, a mulher com pólipos endometriais se depara, ainda hoje, com muitas discordâncias em relação ao seu achado ginecológico. O conceito e os métodos de diagnóstico são bem estabelecidos na literatura, entretanto, a etiopatogenia, o prognóstico e a melhor conduta terapêutica são tópicos que exigem mais pesquisas. Não é infrequente a dúvida do médico ginecologista quanto ao próximo passo no momento do diagnóstico dos pólipos endometriais, já que não há um consenso para o manejo dessas lesões.^{9,13-17}

A importância do estudo cresce ao dar atenção à frequência do diagnóstico de pólipo endometrial nas consultas médicas. O presente estudo tem como principal objetivo relacionar essas lesões endometriais com determinados parâmetros sociodemográficos e clínicos. Sua incidência é alta e a comprovação destas associações pode contribuir na elucidação do risco do desenvolvimento do pólipo endometrial, assim como no manejo de cada paciente frente ao diagnóstico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo caso-controle, desenvolvido no Laboratório Femina, um centro privado de diagnóstico por imagem, no município de Caxias do Sul, estado do Rio Grande do Sul. Foram analisados os prontuários das pacientes que foram submetidas ao exame de videohisteroscopia, com realização de biópsia, para diagnóstico de patologias endometriais, no período de janeiro a junho de 2016. A amostra foi calculada pela fórmula de estudo caso-controle, no programa OpenEpi 2.3.1, com os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, poder do teste de 80%, razão de controles



para casos de 1:1, percentual de controles expostos de 14%, percentual de casos expostos de 34%, odds ratio de pelo menos 3, acrescido de 10% para possíveis perdas. O procedimento resultou em um tamanho de amostra final de 162 pacientes (81 casos e 81 controles), selecionada por intermédio de sorteio aleatório.

A seleção da amostra do estudo foi efetuada de maneira consecutiva. Foram incluídos os prontuários das pacientes que realizaram videohisteroscopia, precedida de avaliação ultrassonográfica e com posterior análise anatomopatológica, com e sem diagnóstico de pólipos endometriais. Foram excluídos os prontuários de pacientes que não continham as informações necessárias para a realização da análise no estudo. As pacientes foram divididas em dois grupos: 1) Mulheres com diagnóstico videohistoscópico de pólipos endometriais (grupo caso). 2) Pacientes com outro achado videohistoscópico (grupo controle). A fim de reduzir diferenças de interpretação ao exame endoscópico, o resultado do exame de videohisteroscopia advém da realização e avaliação de apenas um especialista em endoscopia ginecológica.

A variável dependente do estudo foi a paciente ter apresentado confirmação videohistoscópica de pólipos endometriais, enquanto as independentes foram características sociodemográficas e clínicas das pacientes.

As informações foram analisadas pelo programa SPSS 18.0. As variáveis foram inicialmente descritas em números absolutos e proporções. Estudos de associação foram efetuados utilizando-se o teste qui-quadrado. Foram calculados odds ratio e os respectivos intervalos de confiança de 95%, com nível de significância estabelecido $p < 0,05$. A regressão logística binária foi realizada entre as variáveis com $p < 0,25$, para descartar eventuais variáveis de confusão.

O estudo obedeceu a todos os critérios éticos necessários; tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob CAAE 51045015.8.0000.5369. Os riscos inerentes a essa pesquisa foram mínimos, uma vez que foi realizada a análise de prontuários e assegurada a privacidade e o anonimato das informações coletadas.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 162 pacientes divididas em dois grupos. A idade média das mulheres foi de 49,6 ($\pm 12,5$) anos, variando de 16 a 88 anos de idade. Quanto à cor da pele, as 12 mulheres de cor não branca apresentaram referência em prontuário como sendo mulatas e negras. O índice de massa corporal variou de 18,0 a 46,0 kg/m², com média de 27,2 ($\pm 5,8$) kg/m². A idade da menarca referida pelas pacientes variou de 7 a 19 anos. Entre as 65 pacientes menopausadas, o tempo



médio em que se encontravam neste período foi de 11 (\pm 7,8) anos e entre as 84 mulheres que referiam sangramento uterino anormal, o sintoma ocorreu de um a 48 meses.

Sobre as características videohistoscópicas dos pólipos endometriais, entre as pacientes do grupo caso, 64,2% eram menores que 2 centímetros. Quanto à histologia, 21,7% dos pólipos eram atróficos, 34,7% caracterizavam-se como hiperplásicos, 33,3% funcionais, e 10,1% inflamatórios. Houve, no estudo, um caso de neoplasia endometrial. Obteve-se, nesse sentido, uma taxa de malignidade de pólipos endometriais de 1,2%. O tamanho dos pólipos variou de 4 a 40 mm de maior diâmetro, com média de 16,1 (\pm 8,2) mm.

A idade das pacientes, número de partos e cesarianas anteriores, idade da menarca, menopausa, uso de terapia hormonal ou anticoncepção hormonal e comorbidades como hipertensão arterial e diabetes não estiveram associados ao aparecimento de pólipo endometrial ao exame videohistoscópico. As distribuições das características clínicas e sociodemográficas, conforme suas categorizações, estão descritas na tabela 1. A análise multivariada também não demonstrou associação entre o desfecho e cor de pele ($p = 0,137$), índice de massa corporal ($p = 0,154$), número de abortos anteriores ($p = 0,869$), presença de sangramento uterino anormal ($p = 0,486$) e seu tempo de duração ($p = 0,157$). Os odds ratio e seus respectivos intervalos de confiança das análises bivariadas e multivariadas estão descritos na tabela 2.

DISCUSSÃO

O centro de diagnóstico, onde foi realizado o estudo, conta com uma equipe e equipamentos de excelência, permitindo a confiabilidade da pesquisa. O exame de videohistoscopia de todas as pacientes foi realizado por um médico capacitado em endoscopia ginecológica. Durante os exames, todas as lesões endometriais ou achados relevantes foram fotografados e acoplados ao prontuário de cada paciente.

Sobre a malignidade dos pólipos endometriais, no presente estudo houve um caso de neoplasia, pertencente a uma paciente categorizada como do grupo controle, por se tratar de um resultado anatomopatológico diferente de pólipo endometrial. Porém, durante o exame de videohistoscopia, a lesão precursora foi descrita como semelhante a uma formação polipoide. Segundo a literatura, a taxa de malignização de pólipos endometriais está entre 0% e 4,8%, portanto, de baixo potencial de malignidade^{3-7,18,19}. Nesse sentido, o estudo condiz com a informação na literatura, por se tratar de uma porcentagem de 1,2%, e corrobora com a descrição de que pólipos endometriais são lesões benignas.



O estudo observou a homogeneidade das características sociodemográficas e clínicas semelhantes entre os dois grupos, já que o exame de videohisteroscopia, normalmente, acaba sendo indicado a pacientes de um mesmo perfil, embora trate de alterações endometriais de diferentes naturezas.

Quanto às características sociodemográficas da população geral estudada, o estudo não demonstrou associação estatística entre os diferentes grupos etários estudados. Frassetto et al²⁰ afirmaram que a média etária das mulheres que apresentam problemas relacionados à cavidade uterina era de 49,7 anos, resultado semelhante a outros estudos^{8,11,13,21}. Assim, os dados da presente pesquisa não reforçam a ideia dos exames ginecológicos ultrassonográficos de rastreamento para as mulheres, principalmente nas que apresentam idade entre 40 e 60 anos.

Ademais, não foi detectada associação significativa entre a existência de pólipos endometrial e a cor da pele. Miranda et al avaliaram a presença de pólipos endometriais em mulheres na pós-menopausa, identificando maior presença de pólipos em pacientes não brancas⁵.

A queixa de sangramento uterino anormal ocorreu em mais da metade das mulheres (52,5%), porém, não houve associação significativa entre este sintoma e a presença de lesão polipoide. Frassetto et al concluíram, no seu estudo de patologias endometriais, que 40,9% de suas pacientes apresentavam essa queixa, sendo o principal motivo para investigação videohistoscópica²⁰. A literatura corrobora com o achado, em artigos que estudaram esta variável com a presença de pólipos em mulheres no período do menacme, verificando o sintoma de sangramento uterino anormal em 65,4% das portadoras da lesão polipoide^{1,22}. A sintomatologia descrita é comumente observada nos consultórios de ginecologia e acaba sendo o fator de maior indicação para a realização do exame de videohisteroscopia^{23,24}. A lesão polipoide, por ser tratar de uma formação protrusa na cavidade uterina e por apresentar características semelhantes ao tecido endometrial, isto é, composta por grande quantidade de vasos sanguíneos, pode conferir à lesão uma suscetibilidade de sangramento e explicaria a queixa frequente nas pacientes com pólipos endometriais. A remoção da mesma, por via videohistoscópica, é comum nessas pacientes e contribui para a resolução do sintoma.

Alguns autores afirmam que os mesmos fatores de risco conhecidos para o câncer de endométrio seriam comuns para as mulheres com pólipos endometriais, e citam como exemplos idade, hipertensão, obesidade, diabetes e terapia hormonal^{15,22,25,26}. Porém, estas associações não foram identificadas no presente estudo.

Caracterizar um grupo de mulheres como mais suscetível a ser portadora de pólipos endometriais ainda representa um desafio, por tratar-se de uma lesão hormônio-dependente, a qual tem a sua origem relacionada, além da exposição ambiental, à determinação genética.



O presente estudo concluiu não haver associação entre as características clínicas e sociodemográficas e a presença de lesões polipoides endometriais identificadas com a videohisteroscopia. E, devido ao fato de existirem poucos e controversos estudos sobre a associação de pólipos endometriais a fatores de risco clínicos e epidemiológicos na atualidade^{5,27}, sugere-se que o assunto faça parte de futuras pesquisas médicas, dentro da área de ginecologia.

REFERÊNCIAS

1. Lenci MA, Nascimento VA, Grandini AB, Fahmy W, Depes DB, Baracat FF, et al. Lesões precursoras e câncer em pólipos do endométrio de pacientes submetidas à polipectomia histeroscópica. *Einstein*. 2014; 12(1):16-21.
2. Campaner AB, Carvalho S, Lima SM, Santos RE, Galvão MA, Ribeiro P, et al. Avaliação histológica de pólipos endometriais em mulheres após a menopausa e correlação com o risco de malignização. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(1):18-23.
3. Nogueira AA. Pólipos Endometriais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(5):289-92.
4. Bueloni-Dias FN, Spadoto-Dias D, Nahás-Neto J, Nahás AT. Fatores preditivos para a ocorrência de pólipos endometriais em mulheres na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(11):489-96.
5. Miranda SM, Gomes MT, Guerreiro ID, Castello MJ. Pólipos endometriais: aspectos clínicos, epidemiológicos e pesquisa de polimorfismos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(7):327-33.
6. Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP, Savelli L, Omodei U, Moscarini M, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200:235-41.
7. Perri T, Rahimi K, Ramanakumar AV, Wou K, Pilavdzic D, Franco E, et al. Are endometrial polyps true cancer precursors? *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203:232-44.
8. Hebbar S, Chaya V, Ramachandran L. Factors Influencing Endometrial Thickness in Postmenopausal Women. *Ann Med Health Sci Res*. 2014; 4(4):608-14.
9. Baiocchi G, Mancini N, Pazzaglia M, Giannone L, Burnelli L, Giannone E, et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201:462-6.
10. Wolff LP, Monte AA, Souza AC, Monteiro IM. Avaliação de morfologia e histologia endometrial de mulheres após a menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(6):711-4.
11. Godoy Junior CE, Antunes Junior A, Morais SS, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L. Accuracy of sonography and hysteroscopy in the diagnosis of premalignant and malignant polyps in postmenopausal women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(6):243-8.
12. Lopez J, San Miguel AG, Garcia AT, Muñoz-Gonzalez J, Lopez-Gonzalez G. Effectiveness of



- transcervical hysteroscopic endometrial resection based on the prevention of the recurrence of endometrial polyps in post-menopausal women. *BMC Women's Health*. 2015; 15:20.
13. Ralph T, Zajac A, Petris V, Gejman R, Cuello M. Pólipo endometrial, una causa infrecuente de sangrado genital anormal en la adolescencia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014; 79(4).
 14. Vivas CA, Ríos JJ, Romero HA. Pólipos endometriales, fisiopatología y factores de riesgo. *Rev CES Med*. 2012; 26(2):175-84.
 15. Van den Bosch T, Ameye L, Van Schoubroeck D, Bourne T, Timmerman D. Intra-cavitary uterine pathology in women with abnormal uterine bleeding: a prospective study of 1220 women. *Facts Views Vis Obgyn*. 2015; 7(1):17-24.
 16. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yang Y, Chen MJ. Factors influencing the recurrence potential of benign endometrial polyps after hysteroscopic polypectomy. *Plos One*. 2015; 10(12):57-71.
 17. Peireira N, Petrini AC, Lekovich JP, Elias RT, Spandorfer SD. Surgical management of endometrial polyps in infertile woman: a comprehensive review. *J Midlife Health*. 2015; 6(2):59-65.
 18. Rocha de Azevedo J. Avaliação da taxa de malignidade de pólipos endometriais e dos fatores de risco associados. [Dissertação] [Internet] Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, 2013. [Acesso em 20 set 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/97307>
 19. Gibran L, Pina Carvalho LF, Abrão MS. Pólipos endometriais: ainda exérese para todos? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(4):146-147.
 20. Frassetto LF, Nascimento R, Grando LB, Peixoto Panazzolo AR. Estudo epidemiológico descritivo das pacientes atendidas no Ambulatório de Patologia Endometrial do Hospital Universitário. *Arq Catarin Med*. 2005; 34(2).
 21. Viguera AS, Escalona JR. Pólipos endometriais: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016; 81(2):152-158.
 22. Giordano G, Gnetti L, Merisio C, Melpignano M. Postmenopausal status, hypertension and obesity as risk factors for malignant transformation in endometrial polyps. *Maturitas*. 2007; 56(2):190-7.
 23. Freitas Pinho J. Espessamento endometrial na pós-menopausa: será que o fluxo vascular endometrial é um fator preditivo para o aparecimento de pólipos? [Dissertação] [Internet] Portugal, Europa: Universidade da Beira Interior, Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde, 2013. [Acesso em 20 set 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/999>.
 24. Bassil Lasmar R, Barrozo PR, Parente R, Lasmar B, Baltar da Rosa D, Penna I, et al. Avaliação histeroscópica em pacientes com infertilidade. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2010; 32(8):393-397.
 25. Papadia A, Gerbaldo D, Fulcheri E, Ragni N, Menoni S, Zanardi S, et al. The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps: should every polyp be resected? *Minerva Ginecol*. 2007; 59(2):117-24.



26. Nappi L, Idraccolo U, Di Spiezio Sardo A, Gentile G, Palombino K, Castaldi MA, et al. Are diabetes, hypertension and obesity independent risk factors for endometrial polyps? *J Minim Invasive Gynecol.* 2009; 16(2):157-62.
27. Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D, Bar J, Ben-Rafael Z, Neri A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999; 78(10):883-6.

TABELAS

Tabela 1. Análise comparativa entre as características clínicas e sociodemográficas e a presença de pólipos endometriais à videohisteroscopia. Caxias do Sul, RS, Brasil, 2016 (n=162).

Características clínicas e sociodemográficas	Pólipo endometrial			Valor de <i>p</i>
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Idade (n=162)				
< 40 anos	16 (47,1)	18 (52,9)	34 (21,0)	
40-60 anos	50 (52,1)	46 (47,9)	96 (59,2)	0,615
> 60 anos	15 (46,9)	17 (53,1)	32 (19,8)	0,988
Cor da pele				
Não Branca	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (7,4)	0,016
Branca	71 (47,3)	79 (52,7)	150 (92,6)	
Índice de massa corporal (n=162)				
< 30 kg/m ²	63 (53,4)	55 (46,6)	118 (72,8)	0,158
≥ 30 kg/m ²	18 (40,9)	26 (59,1)	44 (27,2)	
Partos anteriores (n=162)				
0	44 (47,3)	49 (52,7)	93 (57,4)	0,427
≥ 1	37 (53,6)	32 (46,4)	69 (42,6)	
Cesarianas anteriores (n=162)				
0	48 (53,9)	41 (46,1)	89 (54,9)	0,269
≥ 1	33 (45,2)	40 (54,8)	73 (45,1)	
Abortos anteriores (n=162)				
0	71 (52,2)	65 (47,8)	136 (84,0)	0,199
≥ 1	10 (38,5)	16 (61,5)	26 (16,0)	
Idade da menarca (n=162)				
≤ 10 anos	36 (50,7)	35 (49,3)	71 (43,8)	0,874
> 10 anos	45 (49,5)	46 (50,5)	91 (56,2)	
Menopausa (n=162)				
Sim	32 (49,2)	33 (50,8)	65 (40,1)	0,873
Não	49 (50,5)	48 (49,5)	97 (59,9)	
Tempo de Menopausa (n=65)				
≤ 10 anos	15 (45,5)	18 (54,5)	33 (50,8)	0,536
> 10 anos	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (49,2)	
SUA (n=162)				
Sim	47 (55,3)	38 (44,7)	85 (52,5)	0,157
Não	34 (44,2)	43 (55,8)	77 (47,5)	
Tempo de SUA (n=84)				
≤ 5 meses	19 (45,2)	23 (54,8)	42 (50,0)	0,079



> 5 meses	27 (64,3)	15 (35,7)	42 (50,0)	
Terapia hormonal (n=162)				
Sim	5 (50,0)	5 (50,0)	10 (6,2)	1,000
Não	76 (50,0)	76 (50,0)	152 (93,8)	
Anticoncepção hormonal (n=162)				
Sim	9 (45,0)	11 (55,0)	20 (12,3)	0,633
Não	72 (50,7)	70 (49,3)	142 (87,7)	
HAS (n=162)				
Sim	24 (48,0)	26 (52,0)	50 (30,9)	0,734
Não	57 (50,9)	55 (49,1)	112 (69,1)	
Diabetes mellitus (n=162)				
Sim	8 (50,0)	8 (50,0)	16 (9,9)	1,000
Não	73 (50,0)	73 (50,0)	146 (90,1)	

SUA: sangramento uterino anormal; HAS: hipertensão arterial sistêmica

Tabela 2. Regressão logística bivariada e múltipla entre as características clínicas e sociodemográficas e a presença de pólipos endometriais à videohisteroscopia. Caxias do Sul, RS, Brasil, 2016 (n=162).

Características clínicas e sociodemográficas	Pólipo endometrial			
	OR _b (IC 95%)	Valor de p*	OR _a (IC 95%)	Valor de p
Idade (n=162)				
< 40 anos	1,00			
40-60 anos	1,22 (0,56-2,68)	0,615	#	
> 60 anos	0,99 (0,38-2,61)	0,988	#	
Cor da pele (n=162)				
Não Branca	5,56 (1,18-26,26)	0,016	0,18 (0,02-1,71)	0,137
Branca	1,00		1,00	
Índice de massa corporal (n=162)				
< 30 kg/m ²	1,66 (0,82-3,34)	0,158	0,46 (0,16-1,34)	0,154
≥ 30 kg/m ²	1,00		1,00	
Partos anteriores (n=162)				
0	0,78 (0,42-1,45)	0,427	#	
≥ 1	1,00			
Cesarianas anteriores (n=162)				
0	1,42 (0,76-2,64)	0,269	#	
≥ 1	1,00			
Abortos anteriores (n=162)				
0	1,75 (0,74-4,13)	0,199	1,17 (0,30-4,17)	0,869
≥ 1	1,00		1,00	
Idade da menarca (n=162)				
≤ 10 anos	01,05 (0,57-1,96)	0,874	#	
> 10 anos	1,00			
Menopausa (n=162)				
Sim	0,95 (0,51-1,78)	0,873	#	
Não	1,00			
Tempo de Menopausa (n=65)				
≤ 10 anos	0,74 (0,28-1,95)	0,536	#	
> 10 anos	1,00			



SUA (n=162)				
Sim	1,56 (0,84-2,91)	0,157	0,81 (0,45-1,47)	0,486
Não	1,00		1,00	
Tempo de SUA (n=84)				
≤ 5 meses	0,46 (0,19-1,10)	0,079	1,92 (0,78-4,74)	0,157
> 5 meses	1,00		1,00	
Terapia hormonal (n=162)				
Sim	1,00 (0,28-3,60)	1,000	#	
Não	1,00			
Anticoncepção hormonal (n=162)				
Sim	0,80 (0,31-2,04)	0,633	#	
Não	1,00			
HAS (n=162)				
Sim	0,89 (0,46-1,74)	0,734	#	
Não	1,00			
<i>Diabetes mellitus</i> (n=162)				
Sim	1,00 (0,36-2,81)	1,000	#	
Não	1,00			

ORB: odds ratio bruto; ORa: odds ratio ajustado por regressão logística

* valor de p bruto; ** valor de p ajustado pelas outras variáveis do modelo

SUA: sangramento uterino anormal; HAS: hipertensão arterial sistêmica