Patient experience in office versus tradicional hysteroscopy

Avaliação da experiência das pacientes na histeroscopia de consultório versus ambulatório

Alexandra Miranda*, Bárbara Ribeiro**, Sandra Ferreira***, Hermínia Afonso****, Afonso Rocha*****, Isabel Reis******, Cristina Nogueira-Silva*******,
Hospital de Braga, Escola de Medicina da Universidade do Minho, ICVS/3Bs Laboratório Associado

Abstract

Overview and Aims: Technology has allowed hysteroscopy to be increasingly performed in the office (HO). Yet, fear of patient pain associated with HO still prevents clinicians from choosing it instead of traditional hysteroscopy (HA). We aimed to compare pain perception and satisfaction in patients submitted to HO versus HA and to determine socio-demographic and clinical factors that influence patient experience.

Methods: We performed a prospective, observational, descriptive and analytical study, comparing women submitted to HA (n=119) and HO (n=113), between September and December 2016 and January to July 2017, respectively. Three self-report questionnaires were answered by the patients before, immediately and one month after the hysteroscopy, and another questionnaire was answered by the clinician in charge of the technique.

Results: Both HA and HO groups showed similar socio-demographic characteristics. Differences were found between felt and expected pain, both in HA (p<0,001) and HO (p= 0,001), with expected pain being higher in both groups. Despite HO group reported higher levels of pain (visual analog scale 4 versus 1,87 in the HA group), patients in this group presented significantly higher satisfaction regarding information given before (p=0,040) and after procedure (p<0,001) and with changes in their daily life (p<0,001). Generally, HO group showed higher levels of global satisfaction concerning the procedure (mean 20,45 versus mean 19,4 in the HA group, p= 0,001). Furthermore, the waiting time until hysteroscopy was lower in the HO group (p=0,007). We found no association between patients characteristics and the level of global satisfaction and experienced pain during hysteroscopy.

Conclusion: HO presents higher levels of global satisfaction, which may be related to better communication, less waiting time until procedure and faster return to daily activities. Thus, given the safety and cost-effectiveness of HO, fear of patient pain should not prevent most diagnostic and simple surgical hysteroscopies from being performed in the HO context.

Keywords: Hysteroscopy; Office; Ambulatory; Satisfaction; Pain.

INTRODUÇÃO

A histeroscopia permite a visualização endoscópica direta da cavidade uterina, constituindo uma técnica com alta taxa de sucesso e baixa taxa de complicações[1-4]. Trata-se de um meio complementar de diagnóstico de primeira linha para patologia intrauterina, apresentando como indicações a hemorragia uterina anómala persistente, infertilidade, espessamento endometrial, suspeita de pólipos endometriais, miomas submucosos ou aderências intrauterinas, e como contraindicações absolutas a gravidez e a infeção pélvica ativa[5,6].

A prevalência de complicações na histeroscopia diagnóstica é baixa e estimada entre 1,2% e 3,8% para falhas de procedimento, 0,13% para perfurações, inferior a 0,01% para infeções e menor que 0,06% para embolias gasosas sintomáticas. No caso da histeroscopia cirúrgica, a prevalência estimada de síndrome de absorção intravascular varia entre 0,06% e 0,02%, de perfurações uterinas entre 0,12% e 1,6% e de endo-

*Assistente Hospitalar, Assistente Convidada
**Interna de FormaçãoEspecífica
***Aluna do Mestrado Integrado em Medicina
****Assistente Hospitalar
*****Assistente Hospitalar Graduado
******Chefe de Serviço
*******Assistente Hospitalar, Professora Auxiliar

metrite entre 0,01% e 1,9%[6,7].

A histeroscopia pode ser realizada em consultório - modelo *office* (HO), não requerendo internamento hospitalar, recurso a bloco operatório ou anestesia geral. Pode, igualmente, ser realizada em bloco ambulatório - modelo *outpatient* (HA) ou em bloco central - modelo *inpatient* (HI), os quais necessitam de recobro, em regime de internamento hospitalar ou não, anestesia geral ou loco-regional, realização de exames pré-operatórios e consulta prévia de anestesiologia.

A evolução da tecnologia endoscópica, com a diminuição do diâmetro do histeroscópio e a utilização de geradores de energia bipolar, possibilitou aumentar a realização da HO, reservando a HA ou HI para o tratamento de patologia intrauterina de maior complexidade[8-13]. De facto, a utilização de mini-histeroscópios (3-5 mm), associada à administração de misoprostol e à abordagem por vaginoscopia, facilitam o procedimento e melhoram a tolerância da HO[14-20].

A HO permite, por vezes, combinar diagnóstico e tratamento, evitando múltiplas intervenções e procedimentos anestésicos. Comparativamente à HA, a HO tem sido associada a elevada satisfação para a utente, possibilitando maior facilidade de agendamento, uso mais eficiente do tempo e redução substancial dos custos, resultando numa melhor relação custo-efetividade[21-23]. Não obstante, e apesar da investigação no âmbito da dor e desconforto percecionados pelas utentes aquando ou após a HO, estes continuam a ser um dos principais fatores limitantes na realização de HO[24,25].

No âmbito da implementação da HO na nossa instituição, o presente estudo pretendeu avaliar a satisfação das utentes relativamente a todo o processo associado à HA e HO, quantificar a dor esperada e sentida em ambos os procedimentos e determinar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na satisfação e na dor sentida pelas utentes.

MÉTODOS

O presente trabalho de investigação foi submetido e aprovado pelas Comissões de Ética locais, tendo-se procedido à realização de um estudo prospetivo, observacional, descritivo e analítico, realizado na nossa instituição a uma amostra da população de pacientes submetidas a histeroscopia, HO e HA. Foram incluídas para análise pacientes com idade superior a 18 anos, submetidas a HA previamente à implementação da HO na nossa instituição (setembro a dezembro de 2016), e a HO entre janeiro e julho de 2017. Todas as pacientes incluídas aceitaram participar no estudo, assinando o consentimento informado. Foram excluídas do estudo utentes com défice cognitivo ou com iliteracia.

O tamanho da amostra foi calculado usando o programa *G*Power 3.1.9.3* para d=0,5, α=0,0, 1-β=0,95, resultando em 88 utentes por grupo e 176 utentes no total.

Foram constituídos dois grupos, de acordo com o local onde se realizou a histeroscopia, HA ou HO. Em ambos os grupos, o executante da técnica foi um de quatro médicos assistentes de Ginecologia e Obstetrícia da nossa instituição. No grupo HA, os histeroscópios, da marca Olympus® e Karl Storz® (modelo Bettocchi), possuíam um diâmetro entre 5-6,5 mm, as pacientes foram submetidas a anestesia geral ou sedação, necessitaram de recobro de cirurgia de ambulatório, realização de exames pré-operatórios e consulta prévia de anestesiologia. Por sua vez, no grupo HO, o histeroscópio utilizado, da marca Karl Storz®, modelo Bettocchi, apresentava diâmetro reduzido (4 mm), as pacientes não foram submetidas a anestesia ou sedação, não necessitaram de recobro, realização de exames pré-operatórios ou consulta prévia de anestesiologia. Em ambos os grupos, o histeroscópio foi introduzido preferencialmente por abordagem vaginoscópica, sendo que na sua impossibilidade recorreu-se à abordagem *clássica*, com colocação de espéculo e pinça de Pozzi, e utilizou-se soro fisiológico como meio de distensão.

As utentes elegíveis foram abordadas e informadas acerca do estudo, com uma explicação detalhada, oral e escrita, sobre o mesmo. As pacientes incluídas foram solicitadas a preencher três questionários, elaborados com base no QUASU - Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente e o Questionário Demográfico do mesmo estudo, tendo-se procedido às adaptações necessárias, atendendo às especificidades da situação avaliada[26]. O primeiro questionário, Questionário A (QA), destinava-se a preencher antes da histeroscopia, o segundo, Questionário B (QB), após a histeroscopia e o terceiro, Questionário C (QC), um mês após a realização do procedimento, na consulta posterior. O médico responsável pela realização da histeroscopia procedeu ao preenchimento do Questionário Médico (QM) no final do procedimento.

O QA tem como intuito a recolha de informação relativa a fatores sociodemográficos e antecedentes clínicos da utente, tempo de espera até à realização da

histeroscopia, assim como a sua satisfação face a este tempo e a dor esperada pela utente. O QB tem como objetivo avaliar a satisfação das utentes face à informação fornecida pelo médico antes e após a histeroscopia, ao conforto e higiene das instalações, competência dos profissionais e a dor sentida durante o procedimento. A dimensão da dor esperada e da dor sentida foi avaliada recorrendo a escala numérica visual analógica, numerada de 0 a 10 (0=sem dor e 10=dor máxima), sendo que 0-2 foi considerado "sem dor ou dor leve", 3-7 uma "dor moderada" e 8-10 uma "dor intensa"[27-31]. O QC tem como propósito avaliar, um mês após a realização do procedimento, a satisfação das utentes relativamente à dor sentida, bem como a satisfação global com o processo da histeroscopia e com a alteração nas atividades da vida diária (AVD). A satisfação global foi calculada através do somatório das várias dimensões de satisfação analisadas imediatamente após o procedimento e contempladas no QUASU, apresentando uma consistência interna adequada (α = 0,73). O QM tem como objetivo a recolha da informação do local onde foi realizada a histeroscopia, variáveis clínicas e da técnica realizada.

Foi realizado um pré-teste a um grupo de 20 doentes, confirmando-se que compreendiam as perguntas e o tempo médio de preenchimento não ultrapassou os 5 minutos, em cada um dos questionários.

A cada número de processo clínico foi atribuído um código alfanumérico de forma a garantir e assegurar o sigilo, anonimato e confidencialidade dos intervenientes.

A análise estatística foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Inc.®, Chicago, Illinois, USA), versão 24.0. O teste de Qui-quadrado ($\chi 2$) foi utilizado para averiguar as associações entre variáveis categóricas. Quando o valor esperado em mais de 20% das células foi inferior a 5 utilizou-se o teste exato de Fisher. Nas variáveis quantitativas foi realizada uma análise exploratória de dados para testar o pressuposto de normalidade, que teve por base os valores de assimetria e curtose (-1 e 1), os resultados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e a representação gráfica pelo histograma. Este pressuposto foi cumprido para todas as variáveis, tendo sido utilizado o teste t-*student* (t) e o teste one-way ANOVA (F) para amostras independentes. Para analisar diferenças entre a dor sentida e a dor esperada foi utilizada um teste t-*student* para amostras emparelhadas. Nas variáveis qualitativas ordinais foi utilizado o teste de Mann-Whitney (U), sendo apresentadas a mediana (Mdn) e amplitude interquartil (AIQ).

Para quantificar a magnitude das diferenças encontradas entre os dois grupos, foram reportadas as medidas de dimensão do efeito, phi (Φ) ou o V de Cramér (Φc) (pequeno efeito: 0,1; médio efeito: 0,3; grande efeito: 0,5) para o teste qui-quadrado ($\chi 2$) para variáveis dicotómicas ou com mais de duas categorias, respetivamente. Foi reportado o d de Cohen (d) para o teste t-student (pequeno efeito: 0,2; médio efeito: 0,5; grande efeito: 0,8). Na one-way ANOVA, é apresentado o eta quadrado parcial (2) (pequeno efeito $\leq$ 0,05; médio efeito: 0,05 a 0,25, grande efeito: 0,25 a 0,50). No teste de Mann-Whitney foi calculado o valor de r (pequeno efeito: 0,1; medio efeito: 0,3; grande efeito: 0,5)[32]. Os resultados foram considerados significativos quando $p< 0,05$.

RESULTADOS

Foram incluídas no presente estudo 232 utentes, 119 pertencentes ao grupo que realizou HA e 113 pertencentes ao grupo que realizou HO.

Não foram verificadas diferenças entre os grupos para as variáveis sociodemográficas estudadas (Quadro I). Aproximadamente um terço das participantes tinha idades compreendidas entre os 45-54 anos (35,3%) e os 55-64 anos (32,7%) na HA e HO, respetivamente. Em ambos os grupos o grau de escolaridade mais frequente foi o 4º ano (27,7% HA *versus* 43,4% HO) e a maioria das pacientes eram trabalhadoras ativas (61,3% HA *versus* 53,1% HO) e casadas (84,9% HA *versus* 69,9% HO).

Relativamente às características clínicas (Quadro I), o motivo mais frequente da HA, em 45,4% das utentes, foi a suspeita de pólipo endometrial, enquanto na HO o motivo mais frequente para realização do procedimento, em 34,5% dos casos, foi o espessamento endometrial assintomático ($\chi^2(5)=19,23$, $p=0,001$, $\Phi_c=0,29$). Consequentemente, o procedimento mais frequentemente realizado na HA foi a polipectomia (45,2%), enquanto na HO foi a biópsia (33,6%) (Teste de Fisher, $p<0,001$, $\Phi_c=0,44$), tendo sido realizada histeroscopia exclusivamente diagnóstica em apenas 8,7% das HA, comparativamente a 40,2% das HO. No que concerne à preparação cervical, contrariamente à HA, na qual foi prescrito misoprostol a 16,8% das utentes, na HO este fármaco foi aplicado em 95,6% das utentes.

A duração aproximada do procedimento, desde a

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS GRUPOS EM ESTUDO

Variáveis	Ambulatório (HA; n/%)		Consultório (HO; n/%)		Estatística
Sociodemográficas					
Idade					
<=34 anos	5	4,2	4	3,5	
35-44 anos	31	26,1	22	19,5	
45-54 anos	42	35,3	31	27,4	Teste de Fisher, p = 0,166, Φc = 0,17
55-64 anos	31	26,1	37	32,7	
>=65	10	8,4	19	16,8	
Situação profissional					
Trabalhadora no Ativo	73	61,3	60	53,1	
Desempregada	24	20,2	20	17,7	$\chi 2$ (2) =3,68, p = 0,160, Φc = 0,13
Reformada	22	18,5	33	29,2	
Grau de escolaridade					
Até à 4ª classe	33	27,7	49	43,4	
5º ao 6º ano	32	26,9	23	20,4	
7º ao 9º ano	32	26,9	19	16,8	$\chi 2$ (4) =9,21, p = 0,055, Φc = 0,20
10º ao 12º ano	13	10,9	9	8	
Ensino Superior	9	7,6	13	11,5	
Estado civil					
Solteira	3	2,5	6	5,3	
União de Facto	3	2,5	3	2,7	
Casada	101	84,9	79	69,9	Teste de Fisher, p = 0,073, Φc = 0,19
Divorciada	6	5,0	10	8,8	
Viúva	6	5,0	15	13,3	
Clínicas					
Índice de massa corporal					
Baixo Peso	1	0,8	1	0,9	
Peso Normal	44	37,0	46	40,7	
Pré-Obesidade	38	31,9	35	31,0	
Obesidade I	24	20,2	22	19,5	Teste de Fisher, p = 0,935, Φc = 0,08
Obesidade II	7	5,9	7	6,2	
Obesidade III	5	4,2	2	1,8	
Preparação cervical com misoprostol					
Não	97	83,2	26	4,4	$\chi 2$ (1) = 145,40, p =<0,001, Φ = 0,79
Sim	22	16,8	87	95,6	
Menopausa					
Não	56	47,1	44	38,9	$\chi 2$ (1) = 1,559, p = 0,234, Φ = 0,082
Sim	63	52,9	69	61,1	
Tipo de parto					
Nulípara	11	9,2	11	9,7	
Parto Vaginal	72	60,5	79	69,9	
Parto Cesariana	25	21	13	11,5	$\chi 2$ (3) = 4,01, p = 0,266, Φc = 0,13
Parto Cesariana e Vaginal	11	9,2	10	8,8	
Motivo da Histeroscopia					
Espessamento Endometrial Assintomático	24	20,2	39	34,5	

continua na página seguinte

QUADRO I. CONTINUAÇÃO

Variáveis	Ambulatório (HA; n/%)		Consultório (HO; n/%)		Estatística
Suspeita de Pólipo Endometrial	54	45,4	24	21,2	$\chi 2$ (5) = 19,23, p = 0,001, Φc = 0,29
Hemorragia Uterina Anómala	18	15,1	13	11,5	
Metrorragia Pós-Menopausa	10	8,4	16	14,2	
Infertilidade	4	3,4	5	4,4	
Outro	9	7,6	16	14,2	
Dificuldade na permeabilização do colo					
Muito Fácil	17	14,3	23	20,4	Teste de Fisher, p = 0,521, Φc = 0,12
Fácil	69	58,0	58	51,3	
Difícil	27	22,7	22	19,5	
Extremamente difícil	2	1,7	4	3,5	
Impossível	4	3,4	6	5,3	
Duração aproximada do procedimento (min)					
< 10 min	10	8,4	24	21,2	$\chi 2$ (3) = 10,78, p = 0,013, Φc = 0,22
10-14 min	33	27,7	31	27,4	
15-20 min	65	54,6	43	38,1	
> 20 min	11	9,2	15	13,3	
Procedimento realizado*					
Histeroscopia diagnóstica*	10	8,7	43	40,2	Teste de Fisher, p < 0,001, Φc = 0,44
Biópsia	32	27,8	36	33,6	
Polipectomia	52	45,2	22	20,6	
Lise de sinéquias	2	1,7	2	1,9	
Polipectomia e biópsia	9	7,8	3	2,8	
Miomectomia	7	6,1	1	0,9	
Outro	3	2,6	0	0,0	
Complicações associadas ao procedimento					
Falso Trajeto	2	1,7	0	0,0	Teste de Fisher, p =0,498, Φc = 0,112
Perfuração uterina	1	0,8	0	0,0	
Sem complicações	116	97,5	113	100,0	

n: número; p: valor de p; $\chi 2$: teste de Qui-quadrado; Φc: phi
*todas as pacientes realizaram Histeroscopia de Diagnóstico. O item Histeroscopia de Diagnóstico diz respeito às utentes que não realizaram procedimentos concomitantes.

introdução de espéculo ou histeroscópio na vagina (se abordagem por vaginoscopia) até à remoção dos mesmos, apresentou uma associação estatisticamente significativa com o tipo de histeroscopia realizada ($\chi^2(3)=10,78$, $p=0,013$, $\Phi_c=0,22$). Assim, cerca de 21% das HO tiveram duração inferior a 10 minutos (*versus* 8,4% das HA) enquanto que 54,6% das HA tiveram a duração aproximada de 15-20 minutos (*versus* 38,1% das HO). Não foram verificadas diferenças entre os grupos para as restantes variáveis clinicas estudadas (índice de massa corporal, antecedentes de partos vaginais, *status* pós menopausa, dificuldade de permeabilização do colo e complicações associadas ao procedimento) (Quadro I).

No que concerne ao tempo de espera, o agendamento do procedimento foi significativamente mais rápido nas HO (Mdn=2, "1-2 meses", AIQ=2) relativamente às HA (Mdn=3, "3-6 meses", AIQ=2) (U=5382,00, $p=0,007$, r=-0,18).

Considerando a perceção da dor, a dor sentida, na maioria das participantes submetidas a HA, foi reportada como "Sem dor ou dor leve" (67,2% *versus* 32,7% das HO), enquanto que, na HO, 54% das pacientes classificaram a dor como "Dor moderada" (*versus*

31,9% das HA), tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Teste de Fisher, $p<0,001$, $\Phi_c=0,38$) (Quadro II). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a dor esperada e a dor sentida, tanto na HA ($t(118)=6,01$, $p<0,001$, $d=-0,58$), como na HO ($t(112)=3,29$, $p=0,001$, $d=-0,40$). Em ambos os grupos verificou-se que as participantes reportaram mais dor esperada do que dor sentida (Quadro III).

Relativamente à avaliação de parâmetros da satisfação imediatamente após o procedimento, 63,9% (n=76) das pacientes submetidas a HA apresentou-se satisfeita com a informação fornecida pelo médico antes da histeroscopia (*versus* 42,5%, n=48, na HO), enquanto que a maioria das utentes na HO (n=59, 52,2%) revelou estar muito satisfeita (*versus* 24,4%, n=29, na HA), tendo sido observada uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (U=4731,50, $p<0,001$, r=-0,29) (Quadro IV). No que concerne ao conforto das instalações, 56,3% (n=67) e 53,1% (n=60) das pacientes, respetivamente na HA e HO, consideraram estar satisfeitas. A maioria das participantes em HA e em HO revelaram estar muito satisfeitas com a higiene das instalações, (n=60, 50,4% e n=64, 56,6%, respetivamente), bem como com a competência dos profissionais (n=73, 61,3% e n=79, 69,9%, respetivamente, na HA e HO). Por fim, constatou-se uma diferença estatisticamente significativa

QUADRO II. AVALIAÇÃO DA DOR SENTIDA DURANTE O PROCEDIMENTO

	Ambulatório n (%)	Consultório n (%)	Estatística
Sem dor/Dor leve	80 (67,2)	37 (32,7)	Teste de Fisher, p < 0,001 Φc = 0,38
Dor moderada	38 (31,9)	61 (54,0)	
Dor intensa	1 (0,8)	15 (13,3)	

A dimensão da dor sentida foi avaliada recorrendo a escala numérica visual analógica, numerada de 0 a 10, sendo que 0-2 foi considerado "sem dor ou dor leve", 3-7 uma "dor moderada" e 8-10 uma "dor intensa". p: valor de p; c: phi

QUADRO III. COMPARAÇÃO ENTRE DOR SENTIDA E DOR ESPERADA NA HA E HO

	Dor esperada M (DP)	Dor sentida M (DP)	Estatística
Ambulatório (n =119)	3,17 (2,26)	1,87 (1,87)	t(118)= 6,01, p< 0,001, d= -0,58
Consultório (n = 113)	4,81 (2,02)	4,00 (2,55)	t(112)= 3,29, p= 0,001, d= -0,40

d: Cohen's d; DP: desvio padrão; M: média; p:valor de p; t: t-test

QUADRO IV. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO IMEDIATAMENTE APÓS HA E HO

	Ambulatório (n = 119) Mdn (AIQ)	Consulta externa (n = 113) Mdn (AIQ)	Estatística de Teste
Informação fornecida pelo médico antes da histeroscopia	3,00 (0,00)	4,00 (1,00)	U = 4731,50, p < 0,001, r = -0,29
Conforto das instalações	3,00 (1,00)	3,00 (1,00)	U = 6514,00, p = 0,636, r = -0,03
Higiene das instalações	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	U = 6310,50, p = 0,351, r = -0,06
Competência dos Profissionais	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	U = 6153,50, p = 0,176, r = -0,09
Informação Pós-procedimento	3,00 (1,00)	4,00 (1,00)	U = 5809,50, p = 0,040, r = -0,13

AIQ: Amplitude Interquartil; Mdn: mediana; n: número; U= teste de Mann-Whitney; r: valor de r; p: valor de p. Operacionalização das variáveis qualitativas ordinais: 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito

QUADRO V. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO APÓS UM MÊS DA HA E HO

	Ambulatório (n = 43) Mdn (AIQ)	Consultório (n = 44) Mdn (AIQ)	Estatística
Alterações nas AVD	3,00 (1,00)	4,00 (0,00)	U= 368,00, p< 0,001, r= -0,59
Dor/Desconforto que sentiu	3,00 (1,00)	3,00 (1,00)	U= 859,00, p= 0,405, r= -0,09
Submeter-se-ia novamente	4,00 (0,00)	4,00 (0,00)	U= 942,00, p= 0,960, r= -0,005
Satisfação com processo total da realização da histeroscopia	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)	U= 924,50, p= 0,826, r= -0,02

AIQ: Amplitude Interquartil; AVD: atividades de vida diárias; Mdn: mediana; n: número; U= teste de Mann-Whitney; r: valor de r; p: valor de p. Operacionalização das variáveis qualitativas ordinais: 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito

quanto à satisfação com a informação prestada após o procedimento (U=5809,50, *p*=0,040, r=-0,13), com 48,7% (n=58) e 61,9% (n=70) das pacientes em HA e HO, respetivamente, a mostrarem-se muito satisfeitas.

Um mês após a realização da histeroscopia apenas 84 das 232 participantes responderam ao QC (44 pacientes na HO e 43 paciente na HA), não tendo sido observadas diferenças nas características sociodemográficas ou clínicas entre o grupo que respondeu ao questionário e o que não respondeu. Constatou-se que 62,8% e 65,9% das participantes, em contexto de HA e HO, respetivamente, estava "Muito Satisfeito" com o "Processo total da histeroscopia". No entanto, relativamente à satisfação face às alterações nas AVD, as participantes submetidas a HO demonstraram-se significativamente mais satisfeitas comparativamente às pacientes do grupo de HA (U=368,00, *p*<0,001, r=-0,59) (Quadro V). Ainda assim, uma percentagem semelhante em ambos os grupos, 81,4% e 81,8% das utentes respetivamente para HA e HO, respondeu "Sim, com certeza" "Submeter-se-ia novamente à histeroscopia".

Considerando a satisfação global imediata relativamente ao procedimento, as pacientes submetidas a HO apresentaram-se significativamente mais satisfeitas (M=20,45, DP=2,51) comparativamente às pacientes submetidas a HA (M=19,40, DP=2,51) (*t* (230)=-3,25, *p*=0,001, *d*= -0,59).

Por fim, avaliamos a relação entre as características sociodemográficas (idade e escolaridade) e clínicas (antecedentes de patologia depressiva, *status* pós-menopausa, duração aproximada do procedimento) e a satisfação global e dor sentida pelas pacientes, não tendo sido encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

A HO tem-se tornado um método de referência para avaliar a cavidade uterina[27]. De facto, os avanços tecnológicos recentes têm facilitado a generalização da HO, reservando-se a HA ou HI para o tratamento de patologias intrauterinas mais complexas[8-13].

No presente estudo foram comparados dois grupos, HA e HO, similares em termos de caraterísticas sociodemográficas (idade, situação profissional, grau de escolaridade e estado civil), índice de massa corporal, *status* pós-menopausa, paridade e tipo de parto. A decisão da formação do grupo de pacientes submetidas a HA, previamente à implementação da HO na nossa instituição, teve como objetivo a maior homogeneidade de seleção entre os dois grupos em análise. Ainda assim, o motivo para a realização da histeroscopia apresentou diferenças significativas entre os dois grupos, tendo sido a suspeita de pólipo endometrial o motivo mais frequente na HA e o espessamento endometrial assintomático o motivo mais prevalente na HO. Consequentemente, os atos técnicos e a duração total do procedimento foram significativamente diferentes entre os dois grupos. Não obstante a heterogeneidade encontrada entre os grupos na indicação para o procedimento, atos técnicos realizados e duração total do exame constituirem uma limitação quando pretendemos avaliar a satisfação das pacientes relativamente aos procedimentos associados à HO e HA, mantem-se pertinente a caracterização da satisfação das utentes relativamente à HO, dado que tem sido descrita na literatura a sua utilidade na prevenção de quase 60% de histeroscopias realizadas em contexto do bloco operatório. Mesmo quando o recurso ao bloco operatório é necessário, a HO pode fornecer informações

importantes relativas à programação da histeroscopia cirúrgica (procedimento a realizar, tempo de procedimento, material necessário)[33]. No presente estudo, em ambos os grupos a taxa de sucesso do procedimento foi elevada, 96,6% e 94,7% na HA e HO, respetivamente, com uma baixa taxa de complicações, 2,5% e 0% na HA e HO, sem diferenças significativas entre os grupos. Estes valores são similares aos reportados por alguns estudos[2,14,15,27,33-37].

Relativamente à perceção da dor, constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre a dor esperada, avaliada antes da histeroscopia, e a dor sentida, avaliada após o procedimento, tendo sido a dor esperada superior à dor sentida em ambos os grupos. Estes resultados sublinham a necessidade de reforçar o aconselhamento das utentes com o intuito de reduzir a ansiedade prévia ao procedimento e aumentar a autoconfiança. De facto, encontra-se descrito que a educação das utentes, a comunicação, interação e suporte durante o procedimento podem reduzir a ansiedade pré-operatória e a perceção de dor, aumentando a satisfação e o sucesso da histeroscopia[38,39].

Apesar de não terem sido constatadas diferenças significativas entre a HO e HA no que concerne à dificuldade de permeabilização do colo e antecedentes da partos vaginais, e da utilização de misoprostol ter sido significativamente mais elevada no grupo de HO, a dor sentida foi superior no grupo das pacientes submetidas a HO, o que pode relacionar-se com a ausência de qualquer procedimento anestésico (local, loco-regional ou sistémico) neste grupo de pacientes. Não obstante, a maioria das pacientes submetidas quer a HO ou a HA responderam estar muito satisfeitas com o processo total da realização da histeroscopia e uma percentagem elevada e semelhante em ambos os grupos referiu que se submeteria novamente a histeroscopia, se necessário. Estes resultados são concordantes com alguns estudos que não encontraram desvantagens da HO comparativamente à HA em termos de aceitação e satisfação por parte das utentes relativamente ao procedimento[21-23]. Inclusivamente, no presente estudo, a satisfação global relativa ao procedimento foi significativamente superior nas pacientes submetidas à HO. Este achado poderá relacionar-se com o menor tempo de espera, uma interação mais próxima entre a equipa de saúde-doente e o regresso mais célere às AVD neste grupo. De facto, o tempo de espera foi significativamente inferior nas pacientes submetidas à HO, o que se relaciona com o processo mais ágil associado a esta modalidade do procedimento que não requer exames pré-operatórios ou consulta prévia de anestesiologia e que se associa à gestão mais eficiente do tempo, permitindo realizar mais procedimentos em igual período temporal. Adicionalmente, em comparação com as pacientes do grupo HA, as pacientes do grupo HO mostraram-se mais satisfeitas relativamente às informações veiculadas pelo clínico antes e imediatamente após o procedimento. Este achado poderá justificar-se pelo contacto mais estreito entre médico e paciente proporcionado por esta modalidade de histeroscopia, comparativamente ao circuito realizado em cirurgia de ambulatório (HA), onde é mais privilegiado o contacto com a equipa de enfermagem. Apesar do executante da histeroscopia, em ambos os grupos, ter sido um de quatro elementos médicos, não foi possível na análise estatística, em consequência do número reduzido de cada um dos grupos, ter em consideração a influência do médico executante na satisfação do utente perante as informações veiculadas antes e após a histeroscopia, o que poderá ser interpretado como uma limitação do estudo. Adicionalmente, um mês após a realização da histeroscopia, o grupo submetido a HO encontrava-se significativamente mais satisfeito com o retorno às AVD. Este resultado é concordante com o esperado, tendo em conta que na HO o retorno às AVD é praticamente imediato[2].

Por fim, as características sociodemográficas e clínicas avaliadas no presente estudo não influenciaram a satisfação global e dor sentida pelas pacientes. Vários estudos têm avaliado os fatores preditores de satisfação e dor no âmbito da realização de histeroscopia[2,30,40,41-46]. Embora alguns resultados estejam em concordância com os nossos, outros autores associaram uma maior perceção de dor com a idade, nuliparidade, *status* pós-menopausa e duração prolongada do procedimento (superior a 40 minutos)[40,42,43,46]. Particularmente no que concerne à duração do procedimento, o facto de no presente estudo não se fazer qualquer destrinça nos procedimentos com duração superior a 20 minutos pode constituir uma limitação na inferência de conclusões dado que, em procedimentos prolongados, qualquer incremento na duração poderá interferir na perceção individual da dor. A patologia ansiosa também parece interferir na perceção da dor e satisfação global das utentes[38,39,43,47].

Apesar de, um mês após o procedimento, apenas 84 (36,2%) das pacientes terem respondido ao QC, a taxa de resposta foi semelhante entre os dois grupos, de HO e HA, não tendo sido constatadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas dife-

rentes dimensões da satisfação relativamente ao procedimento. Por outro lado, não se observaram diferenças, sociodemográficas ou clínicas, entre o grupo que respondeu e o que não respondeu ao QC, excluindo-se a interferência destas variáveis na avaliação da satisfação tardia relativamente ao procedimento.

Em conclusão, a comparação de dois grupos, HA e HO, com caraterísticas sociodemográficas semelhantes, demonstrou que, apesar de associada a níveis de dor sentida superiores, a HO apresenta níveis de satisfação global superiores, provavelmente relacionados com o menor tempo de espera pelo procedimento, uma maior comunicação entre médico-paciente e o regresso mais célere às AVD. As características sociodemográficas e clínicas das pacientes não parecem influenciar os níveis de dor e satisfação relativamente ao procedimento. Assim, na HO, sendo igualmente segura e com melhor relação custo-efetividade, o receio pela dor e baixa tolerância manifestadas pelas pacientes não deverá impedir que, futuramente, a maior parte das histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas *minor* sejam realizadas exclusivamente pela técnica HO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Clark TJ, Gupta JK. Handbook of Outpatient Hysteroscopy: A Complete Guide to Diagnosis and Therapy. 1st ed. London: Hodder Education. 2005.
2. Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomised controlled trial. British Medical Journal. 2000;320(7230):279–282.
3. Porreca MR, Pansini N, Bettocchi S, Loverro G, Selvaggi L. Hysteroscopic polypectomy in the office without anesthesia. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 1996;3(4):40
4. Saridogan E, Tilden D, Sykes D, Davis N, Subramanian D. Cost-analysis comparison of outpatient see-and-treat hysteroscopy service with other hysteroscopy service models. Journal of minimally invasive gynecology. 2010;17(4):518-525.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best Practice in Outpatient Hysteroscopy. Green-Top Guideline No. 59. London: RCOG/BSGE; 2011.
6. Deffieux X, Gauthier T, Menager N, Legendre G, Agostini A, Pierre F. Hysteroscopy: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2014;178:114-122.
7. Agostini A, Bretelle F, Ronda I, Roger V, Cravello L, Blanc B. Risk of vasovagal syndrome during outpatient hysteroscopy. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2004;11 (2):245-247.
8. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. Obstetrics and gynecology clinics of North America. 2004;31(3),641-654.
9. Cicinelli E, Schonauer LM, Barba B, Tartagni M, Luisi D, Di Naro E. Tolerability and cardiovascular complications of outpatient diagnostic minihysteroscopy compared with conventional hysteroscopy. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2003;10(3):399-402.
10. Farrugia M. Modern Operative Hysteroscopy. Johnson & Johnson Medical, Ethicon Women's Health & Urology EMEA. 2008.
11. Diwakar L, Roberts TE, Cooper NA, Middleton L, Jowett S, Daniels J, Smith P, Clark TJ. An economic evaluation of outpatient versus inpatient polyp treatment for abnormal uterine bleeding. Gynaecological Surger. 2015;123(4):625-663.
12. Walid MS, Heaton RL. Office Hysteroscopy & Healthcare Efficiency. Proceedings in Obstetrics and Gynecology. 2011; November 2(2): Article 2. Available from: http://ir.uiowa.edu/pog/
13. Bettocchi S, Ceci O, Di Venere R, Pansini MV, Pellegrino A, Marello F, Nappi, L. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr bipolar electrode. Human reproduction. 2002;17(9):2435–2438.
14. Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, Di Venere R, Masciopinto V, Pansini V, Pinto L, Santoro A, Cormio G. Operative hysteroscopy without anesthesia: analysis of 4863 cases performed with mechanical instruments. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2004;11(1):59–61.
15. Cooper NA, Smith P, Khan KS, Clark TJ. Vaginoscopic approach to outpatient hysteroscopy: a systematic review of the effect on pain. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010;117(5):532–539.
16. Garbin O, Kutnahorsky R, Gollner JL, Vayssiere C. Vaginoscopic versus conventional approaches to outpatient diagnostic hysteroscopy: a two-centre randomized prospective study. Human Reproduction. 2006;21(11):2996-3000.
17. Ghosh A, Chaudhuri P. Misoprostol for cervical ripening prior to gynecological transcervical procedures. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2013;287(5):967–973.
18. Lanzone A, Selvaggi L. The use of different size-hysteroscope in office hysteroscopy: our experience. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2013;288(6):1355–1359.
19. Sagiv R, Sadan O, Boaz M, Dishi M, Schechter E, Golan A. A new approach to office hysteroscopy compared with traditional hysteroscopy: a randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology. 2006;108(2):387–392.
20. Siristatidis C, Chrelias C, Salamalekis G, Kassanos D. Office hysteroscopy: current trends and potential applications: a critical review. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2010;282(4): 3383-3888.
21. Marsh FA, Rogerson LJ, Duffy SR. A randomised controlled trial comparing outpatient versus daycase endometrial polypectomy. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006;113:896–901.
22. Wortman M, Daggett A, Ball C. Operative Hysteroscopy in an Office-Based Surgical Setting: Review of Patient Safety and Satisfaction in 414 Cases. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2013;20(1):56–63.
23. Lindheim SR, Kavic S, Shulman SV, Sauer MV. Operative hysteroscopy in the office setting. Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2000;7(1):65–69.
24. Rodrigues M, Di Martino P, Mairos J. Excision of intracavitary masses in office hysteroscopy – what are the limits?. Acta Obs-

tetrica Ginecológica Portuguesa. 2014;8(3):252-256.

25. Yang J, Vollenhoven B. Pain control in outpatient hysteroscopy. Obstetrical & Gynecological Survey. 2002;57(10):693-702

26. McIntyre T, Pereira M, Silva N, Fernandes S, & Correia M. Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Avaliação regional e sub-regional (In depth study of patient satisfaction in the Northern region: Regional and sub-regional evaluation). 2001.Porto: Administração Regional de Saúde Norte.

27. De Angelis C, Santoro G, Re ME, Nofroni I. Office hysteroscopy and compliance: mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in a randomized trial. Human Reproduction. 2003;18 (11):2441-2445.

28. Breivik EK, Björnsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. The Clinical journal of pain. 2000;16(1):22-28.

29. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. British Journal of Anaesthesia. 2008;101(1):17-24.

30. de Freitas Fonseca M, Sessa FV, Resende JAD, Guerra CGS, Andrade CM, Crispi, CP. Identifying predictors of unacceptable pain at office hysteroscopy. Journal of minimally invasive gynecology. 2014;21(4):586-591.

31. Toolkit SWRWC. WHO Pain Ladder with Pain Management Guidelines. 2010.1

32. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). New York: Academic Press, New York. 1988.

33. Cicinelli E, Parisi C, Galantino P, Pinto V, Barba B, Schonauer S. Reliability, feasibility, and safety of minihysteroscopy with a vaginoscopic approach: experience with 6,000 cases. Fertility and sterility. 2003;80(1):199-202.

34. Litta P, Bonora M, Pozzan C, Merlin F, Sacco G, Fracas M, Capobianco G, Dessole S. Carbon dioxide versus normal saline in outpatient hysteroscopy. Human Reproduction. 2003;18(11): 2446--2449.

35. Moawad NS, Santamaria E, Johnson M, Shuster J. Cost-effectiveness of office hysteroscopy for abnormal uterine bleeding. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2014;18(3).

36. Campo R, Molinas CR, Rombauts L, Mestdagh G, Lauwers M, Braekman P, Brosens I, Belle YV, Gordts, S. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. Human Reproduction. 2005;20(1):258-263.

37. Siristatidis C, Chrelias C. Feasibility of office hysteroscopy through the "see and treat technique" in private practice: a prospective observational study. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2011;283(4):819-823.

38. Morgan M, Dodds W, Wolfe C, Raju S. Women's views and experiences of outpatient hysteroscopy: implications for a patient-centered service. Nursing & health sciences. 2004;6(4):315-320.

39. Gambadauro P, Navaratnarajah R, Carli V. Anxiety at outpatient hysteroscopy. Gynecological Surgery. 2015;12(3):189-196.

40. Pinto AP, Sousa V, Martino PD, Mairos J. Perceção da dor em histeroscopia no consultório. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa. 2016;10(4):286-291.

41. McIlwaine K, Readman E, Cameron M, Maher P. Outpatient hysteroscopy: Factors influencing post-procedure acceptability in patients attending a tertiary referral centre. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009;49(6):650--652.

42. Török P, Major T. Evaluating the level of pain during office hysteroscopy according to menopausal status, parity, and size of instrument. Archives of gynecology and obstetrics. 2013;287(5): 985-988.

43. Carta G, Palermo P, Marinangeli F, Piroli A, Necozione S, De Lellis V,Patacchiola F. Waiting time and pain during office hysteroscopy. Journal of minimally invasive gynecology. 2012;19(3):360--364.

44. Cicinelli, E. Hysteroscopy without anesthesia: review of recent literature. Journal of minimally invasive gynecology. 2010;17(6):703-708.

45. Van Dongen H, De Kroon CD, Van den Tillaart SAHM, Louwé LA, Trimbos-Kemper GCM, Jansen FW. A randomised comparison of vaginoscopic office hysteroscopy and saline infusion sonography: a patient compliance study. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2008;115(10):1232-1237.

46. Zayed SM, Elsetohy KA, Zayed M, Fouda UM. Factors affecting pain experienced during office hysteroscopy. Middle East Fertility Society Journal. 2015;20(3):154-158.

47. Cicinelli E, Rossi AC, Marinaccio M, Matteo M, Saliani N, Tinelli R. Predictive factors for pain experienced at office fluid minihysteroscopy. Journal of minimally invasive gynecology. 2007;14 (4):485-488.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Alexandra Miranda
Hospital de Braga, Escola de Medicina
Universidade do Minho, ICVS/3B's
E-Mail: alexandramiranda@med.uminho.pt

RECEBIDO EM: 11/02/2018
ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 22/06/2018