

Perfil epidemiológico dos casos de histerectomia em um Hospital Universitário Terciário

Geordanna Silva Wanderley¹ , José Humberto Belmino Chaves^{2,3} , Georgianna Silva Wanderley³ , Yanne Caroline Silva Mesquita³ 

RESUMO

INTRODUÇÃO: A histerectomia é o segundo procedimento operatório mais frequente em mulheres na idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana. É um tratamento cirúrgico de remoção parcial ou total do útero, indicado para diversas doenças do arcabouço uterino. Trata-se de uma cirurgia irreversível, com alteração da integridade corporal e com implicações na identidade sexual feminina. **MATERIAL E MÉTODOS:** A presente pesquisa se trata de um estudo descritivo, comparativo e transversal, realizado com base em dados secundários, coletados de laudos histológicos e prontuários médicos de mulheres submetidas à histerectomia total no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), Maceió-AL, na série histórica de 2009 a 2018, com o objetivo de descrever o perfil clínico-epidemiológico das pacientes que passaram pela histerectomia, a fim de avaliar a tendência de indicações cirúrgicas adotadas. **RESULTADOS:** A faixa etária de 41-50 anos correspondeu a 43,8% das pacientes que passaram pela histerectomia. A leiomiomatose uterina, em conformidade com o que demonstra a literatura, representou 60,3% das indicações. Os sintomas relacionados a alterações menstruais foram os principais citados. A ultrassonografia pélvica, considerada padrão ouro para diagnóstico desses leiomiomas, foi o exame complementar mais utilizado. **CONCLUSÃO:** Os dados coletados, de maneira geral, entram em consonância com a literatura disponível. Contudo, ainda existem casos em que é preciso uma melhor investigação para a indicação correta da histerectomia.

Palavras-chave: Histerectomia; Epidemiologia; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia.

INTRODUÇÃO

A histerectomia é o segundo procedimento operatório mais frequentemente realizado em mulheres na idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana, sendo que cerca de 20 a 30% das mulheres serão submetidas a esta operação até a sexta década de vida.¹ É uma cirurgia indicada para tratar diversas doenças que atingem o arcabouço uterino, podendo ser realizada por quatro vias distintas: a via abdominal por laparotomia, a via vaginal, a via abdominal laparoscópica e a cirurgia robô-assistida. A escolha da via dependerá da patologia a ser tratada, do estado geral da paciente, além da experiência do cirurgião assistente, que por vezes pode ser um fator limitante.² É praticada com o objetivo de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida da mulher. Está indicada quando o quadro clínico resultante dos problemas uterinos, como o sangramento excessivo ou a dor,

não respondem ao tratamento medicamentoso. Existem condições absolutas e relativas para a indicação da histerectomia.^{3,4}

As indicações mais comuns para histerectomia são leiomiomas uterinos, prolapso de órgão pélvico, dor pélvica ou infecção (por exemplo, endometriose, doença inflamatória pélvica), sangramento uterino anormal e doença maligna/pré-maligna. Embora a histerectomia seja o tratamento para a maioria das malignidades ginecológicas, o principal montante relativo a esse procedimento aborda doenças ginecológicas benignas.⁵

Assim como qualquer procedimento cirúrgico, envolve possíveis complicações, sejam pré ou pós-operatórias, as quais podem ser categorizadas como infecciosas, tromboembólica venosa, lesão do trato genitourinário e gastrointestinal, sangramento, lesão nervosa e deiscência de sítio cirúrgico. As implicações de natureza infecciosa são as mais comuns e incluem, sobretudo, celulite do manguito vaginal, hematoma ou abscesso pél-

¹ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, (AL) Brasil.

² Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Núcleo de Saúde Materno Infantil e do Adolescente, Maceió, (AL) Brasil.

³ Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Maceió, (AL) Brasil.

vico, infecção da ferida, infecção do trato urinário, infecção respiratória e morbidade febril.⁶

Além dos aspectos emocionais, ocorrem também modificações anatômicas na pelve, que podem levar a alteração do tamanho e/ou do formato dos órgãos genitais, dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual, rebaixamento do impulso sexual e do grau de atratividade por redução de níveis hormonais circulantes, decorrentes de alterações circulatórias, ocasionando, em última instância, disfunções sexuais. Autores relatam que a histerectomia pode causar encurtamento da vagina, diminuição da libido e menor frequência de orgasmos após a penetração.⁷

Dentre os procedimentos cirúrgicos, a histerectomia é a cirurgia que possui o maior número de indicações, sendo por isso necessário o estabelecimento de diretrizes que fundamentem a prática médica, evitando erros de retirada de peças anatômicas sem o devido critério e sem a tentativa de meios terapêuticos alternativos.⁸

Ademais, o aprimoramento de técnicas, como os procedimentos laparoscópicos e histeroscópicos, dispositivos de ablação endometrial, dispositivos intrauterinos à base de progestágeno, embolização da artéria uterina e a cirurgia robô-assistida, tendem a substituir a histerectomia em diversos casos que antes eram tratados de forma radical, podendo, por conseguinte, reduzir as indicações para essa cirurgia.⁹

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo e transversal, realizado com base em dados secundários, coletados de laudos histológicos de mulheres que se submeteram a histerectomia, no período de 2009 a 2018, no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), na cidade de Maceió, Alagoas.

As variáveis consideradas no estudo perante a disponibilidade de dados foram: idade; número do prontuário; local de residência; sintomas clínicos; exames complementares; indicações do procedimento cirúrgico; diagnóstico histopatológico pós-cirúrgico; peso da peça cirúrgica; tamanho da peça cirúrgica (comprimento, largura, espessura).

A coleta de dados se deu por meio de levantamento, do período entre 2009 e 2018,

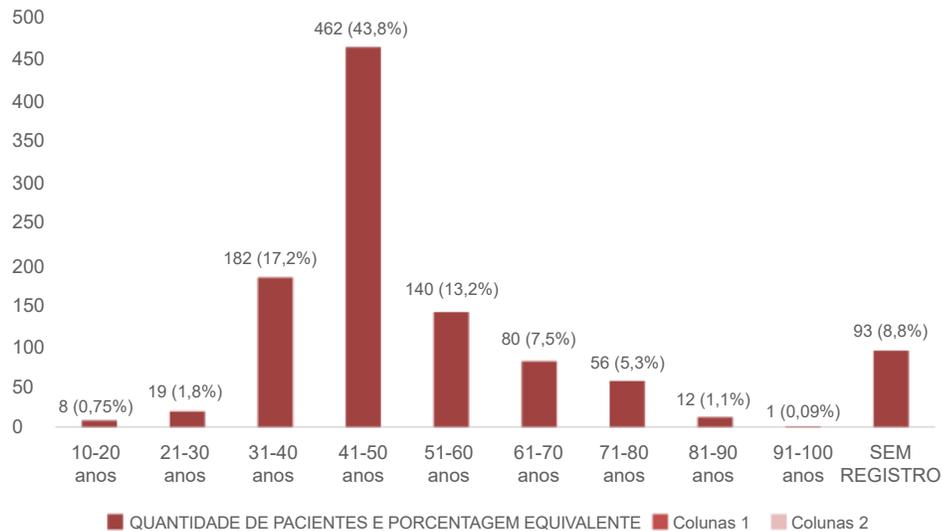
dos arquivos obtidos no Setor de Patologia do HUPAA/UFAL, de pacientes com histórico de realização de histerectomia total, no setor de Ginecologia do HUPAA, sendo nestes coletados: diagnóstico histopatológico pós-cirúrgico, dados pessoais – idade e número do prontuário, peso da peça cirúrgica e tamanho da peça cirúrgica (comprimento, largura e espessura). Por meio desses documentos, foram acessados dados sobre local de residência, indicações do procedimento cirúrgico, sintomas clínicos e exames complementares realizados. Esses dados foram então tabulados em programa Microsoft Excel, sendo confeccionadas tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 1053 prontuários do setor de Anatomia Patológica, das pacientes submetidas a histerectomia total no HUPAA, na série histórica de 2009 a 2018. A falta de uniformidade nos registros ou mesmo a pobreza nos relatos sobre, por exemplo, aspectos socioeconômicos das pacientes, indicação cirúrgica e exames complementares foi um desafio, mas muitas informações puderam ser extraídas.

Observou-se que as mulheres possuíam de 14 a 93 anos, perfazendo 43,8% a faixa etária de 41-50 anos. Não foram encontrados registros de idade em 93 arquivos. Nessa seleção de pacientes, constatou-se que sua procedência majoritária foi Maceió (48,81%), seguida por Rio Largo (2,37%). Messias, Pilar, Atalaia e União dos Palmares somaram 2,56%. Cerca de 37,89% dos prontuários, entretanto, não possuíam o quesito “local de procedência” preenchido. Além disso, o dado “raça/cor” era raramente encontrado, dificultando o delineamento do perfil epidemiológico dessas pacientes.

Dentre as diversas indicações/hipóteses diagnósticas elencadas, a mais frequente foi a leiomiomatose uterina, que representou 60,3% dos casos; seguida pelo prolapso uterino (10,7%). As patologias ovarianas, de uma maneira geral, compreenderam 7,5%, sendo as de etiologia maligna responsáveis por 4,2% dos casos. A hiperplasia endometrial (3,7%) trazia, em sua maioria, relato de ser secundária ao tratamento de câncer de mama. Ademais, quarenta prontuários não apresentavam a indicação para a cirurgia.

**Gráfico 1**

Distribuição por idade das pacientes que realizaram histerectomia total no HUPAA - Maceió, AL, na série histórica de 2009 a 2018.

Fonte: Prontuários do setor de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) - Maceió, AL. Gráfico elaborado pelo autor.

Tabela 1

Principais indicações da realização de histerectomia total no HUPAA - Maceió, AL, na série histórica de 2009 a 2018.

INDICAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAGEM
LEIOMIOMATOSE UTERINA	635	60,3%
PROLAPSO UTERINO	113	10,7%
PÓLIPO ENDOMETRIAL	52	4,9%
PATOLOGIAS OVARIANAS MALIGNAS	45	4,2%
HIPERPLASIA ENDOMETRIAL	40	3,7%
PATOLOGIAS OVARIANAS BENIGNAS	34	3,2%
NEOPLASIA DE COLO UTERINO	30	2,8%
ADENOMIOSE	19	1,8%
ATONIA UTERINA	15	1,4%
ENDOMETRIOSE	12	1,1%
ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL	12	1,1%
CISTOCELE	6	0,56%
SEM INDICAÇÃO	40	3,7%
TOTAL	1053	100%

Fonte: Prontuários do setor de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) - Maceió, AL. Tabela elaborada pelo autor.

Nesse contexto, é importante citar a realização de histerectomia em pacientes mais jovens. Vale destacar a importância da histerectomia puer-

peral em tal situação. Um estudo retrospectivo de três anos, analisando fatores de risco associados a essa cirurgia, concluiu que a maioria das pacientes

(42,8%) tinham entre 30 e 34 anos, e que o número de partos prévios parece ser o mais importante fator de risco para o procedimento. A alta incidência de cesarianas no Brasil tem provavelmente propiciado um aumento da histerectomia puerperal.

Nota-se que as principais indicações primárias para a retirada do útero, no presente estudo, refletem as mais prevalentes patologias que o acometem. Segundo Oliveira e Ferraz¹¹, entre as enfermidades uterinas benignas que mais acometem as mulheres, destacam-se os leiomiomas, a endometriose, o prolapso uterino, e, entre as malignas, destacam-se o câncer do colo uterino e o câncer de endométrio, sendo estas últimas mais prevalentes em mulheres pós-menopausa ou naquelas sem acesso aos serviços médicos.

O leiomioma uterino representa o tumor benigno mais frequente do trato genital feminino (95% do total de casos), acometendo entre 20 e 40% das mulheres durante a vida reprodutiva.¹² Estima-se que 70% das mulheres tenham miomas uterinos que não são percebidos por, muitas vezes, serem assintomáticos. Quando chega a apresentar manifestações clínicas relacionadas, a maioria das mulheres encontra-se na quarta ou quinta década de vida, como comprovado no atual estudo.^{13,14}

Dados da literatura apontam a leiomiomatose uterina como a principal indicação de histerectomia. Alguns estudos, no entanto, mostram a histerectomia sendo uma solução para pacientes com os leiomiomas, porém assintomáticas. Vale lembrar que, frequentemente, as mulheres tinham o desejo de preservarem seus úteros.⁴ A histerectomia elimina os sintomas e a chance de problemas futuros. Para mulheres com prole completa, sintomas significativos, múltiplos miomas e desejo de um tratamento definitivo, é o tratamento recomendado, pois foi demonstrada redução da intensidade dos sintomas, de depressão e de ansiedade e melhora da qualidade de vida.¹³

É importante que sejam considerados esses fatores concernentes à mulher na hora de decidir a respeito da conduta, a fim de prevenir principalmente a retirada inadvertida do útero numa mulher com potencial e desejo reprodutivo, além do impacto físico e emocional que isso possa lhe causar. Afinal, há opções de tratamento conservador como o uso da terapia medicamentosa, podendo-se também realizar miomectomia ou embolização da artéria uterina.

Dentre as distopias genitais citadas nos prontuários, destaque seja dado ao prolapso uterino grau III, que foi apontado como indicação cirúrgica em 10,7% dos casos, estando todas essas mulheres inclusive já no climatério. O objetivo da correção cirúrgica nestes casos é restaurar a anatomia, aliviar os sintomas e corrigir alterações funcionais dos órgãos pélvicos. Nas mulheres em idade reprodutiva que desejam engravidar, indicam-se cirurgias conservadoras, preservando o útero. Em todas as demais, preconizam-se as cirurgias radicais.¹⁵

Quanto aos pólipos endometriais, elencados como indicação cirúrgica, em sua maioria, se associados a outros fatores (sintomatologia, comorbidades) que justifiquem a indicação, são, de acordo com Dias et al.¹⁶, neofomações focais da camada basal do endométrio que acometem entre 7,8 e 34,9% das mulheres, a depender do método utilizado e da população estudada. Formam uma projeção sésil ou pedunculada na superfície do endométrio. Em sua grande maioria, são benignos, porém pode ocorrer malignização em algumas mulheres, e são considerados causas estruturais para a ocorrência de sangramento uterino anormal, sobretudo no pós-menopausa, quando são responsáveis por 21 a 28% de todas as causas de sangramento uterino nesse período, configurando relevante condição para o diagnóstico diferencial da neoplasia endometrial.

A polipectomia histeroscópica é indicada como uma opção eficaz e segura para diagnóstico e tratamento dos pólipos endometriais causando sangramento uterino anormal, com recuperação rápida e precoce retorno às atividades. No entanto, na impossibilidade de realizar a polipectomia ou quando não há desejo de preservar a fertilidade, a histerectomia está indicada para o controle do sangramento uterino anormal.¹⁷

A atonia uterina, por sua vez, foi responsável por 1,4% das indicações da histerectomia total, sendo pacientes no pós-parto, no HUPAA. A hemorragia pós-parto constitui uma das principais causas de mortalidade materna, a par da pré-eclâmpsia e da infecção.¹⁸ A abordagem conservadora da hemorragia pós-parto por atonia uterina, segundo Ramilo et al.¹⁸, incluiria a massagem uterina, administração de fármacos uterotônicos (ocitocina, misoprostol, sulproston), tamponamento uterino com balão intrauterino e procedimentos cirúrgicos como as suturas de compressão

uterina; persistindo o problema, a histerectomia ganha relevância como tratamento de última linha da hemorragia pós-parto de origem uterina.

A avaliação da escolha pela conduta cirúrgica tomada nos casos visualizados na presente pesquisa se torna uma tarefa um tanto dificultada pelo fato de haver poucas informações auxiliares nos prontuários do setor da Anatomia Patológica das pacientes.

É importante ressaltar ainda a relação entre as hipóteses diagnósticas formuladas que justificavam a indicação do procedimento cirúrgico e o diagnóstico histopatológico, obtido através da análise das peças. Um total de 46 histerectomias realizadas apresentaram discordância da indicação com o resultado do exame histopatológico. Dessas, em 12 prontuários, com idades que variam de 36 a 73 anos, a indicação cirúrgica justificou-se pela presença de miomatose uterina, no entanto, não foram achadas no estudo histo-

patológico alterações compatíveis com a indicação. Em outros casos, apesar de serem aventadas as hipóteses de: tumor ovariano, hiperplasia endometrial (em dois pacientes), adeniose, endometrioma e cistoadenoma ovariano, também não foram encontradas alterações nos exames histopatológicos compatíveis com a suspeita. Três histerectomias realizadas em pacientes com idades de 36, 39 e 52 anos, com indicação de neoplasia uterina, o achado histopatológico obtido foi de leiomioma uterino.

A respeito dos exames pré-operatórios que foram realizados e citados em prontuário, no período de investigação diagnóstica, estão: Ultrassonografia Pélvica, Tomografia Computadorizada de Pelve, Dosagem do marcador CA 125, Curetagem semiótica e Histeroscopia Diagnóstica. Muitos dos prontuários não traziam esta informação auxiliar. A Tabela 2 ilustra a distribuição dos exames realizados.

Tabela 2

Distribuição de exames pré-operatórios realizados em pacientes submetidas a Histerectomia no HUPAA - Maceió, AL, na série histórica de 2009 a 2018.

ANO	USG PÉLVICA	DOSAGEM DE CA125	CURETAGEM SEMIÓTICA	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
2009	28	1	0	0	0	0
2010	19	1	0	0	0	0
2011	8	0	3	1	0	0
2012	3	1	0	0	0	0
2013	2	0	0	0	0	0
2014	6	0	0	0	0	0
2015	15	1	0	0	0	0
2016	7	2	0	0	1	0
2017	3	0	0	0	0	0
2018	17	3	0	0	1	3
TOTAL	108	9	3	2	2	3
VALOR EM %	85	7	2,3	1,5	1,5	2,3

Fonte: Prontuários do setor de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) - Maceió, AL. Tabela elaborada pelo autor.

A análise da tabela permite afirmar que o exame mais realizado no pré-operatório das pacientes foi a Ultrassonografia Pélvica, sendo citada em 10% do total de prontuários analisados. Ao relacionar os exames pré-operatórios com as

hipóteses diagnósticas, observa-se que, em 95 pacientes, foi realizada a Ultrassonografia Pélvica na suspeita diagnóstica de leiomiomatose uterina e, em sete pacientes, na suspeita de pólipos endometriais. A dosagem do marcador CA 125 foi realiza-

da principalmente na hipótese de tumor ovariano (em sete prontuários). Já a curetagem semiótica foi realizada em três pacientes diante da hipótese de hiperplasia endometrial. A histeroscopia diagnóstica foi realizada em duas pacientes cuja hipótese diagnóstica apresentada foi pólipos endometrial. A Tomografia Computadorizada da pelve feminina foi realizada numa suspeita de cisto ovariano e em outra paciente na suspeita de hiperplasia endometrial. A Ressonância Magnética da pelve feminina foi realizada em duas pacientes com hipótese diagnóstica de leiomiomatose uterina e em uma na suspeita de neoplasia de colo uterino.

A ultrassonografia transvaginal, associada, se necessário, à via abdominal, é o padrão ouro para diagnóstico dos miomas uterinos. O exame possui alta sensibilidade (95 a 100%), é não invasivo, de baixo risco, com boa acurácia e baixo custo. Outro exame que pode auxiliar na investigação de úteros muito grandes ou com múltiplos leiomiomas é a ressonância magnética (RM), que auxilia na informação sobre o número dessas tumorações, tamanho e localização, além de auxiliar também no diagnóstico diferencial entre leiomioma, adenomiose e adenomiomas e leiomiossarcomas.¹³

Em relação à histeroscopia, embora possa ser realizada sem anestesia, algumas pacientes necessitam de anestesia local, e outras, de anestesia geral. Estudos comparando histeroscopia com ultrassonografia transvaginal e com histerossonografia demonstram resultados semelhantes. Já a Tomografia Computadorizada (TC), embora ofereça visualização completa da pelve feminina, incluindo estruturas não ginecológicas, tem baixa resolução para avaliar a arquitetura interna dos órgãos da pelve, sendo preferível a ultrassonografia transvaginal.¹⁹

Em casos de sangramento uterino anormal (SUA) sem repercussão sistêmica, a identificação da causa do sangramento é imprescindível antes de iniciar o tratamento. Considerando-se os principais diagnósticos desta manifestação clínica, deve-se descartar a presença de lesões vaginais e de colo, por meio do exame físico e excluir-se a presença de gestação. Em seguida, a avaliação da cavidade uterina por exames de imagem deve ser realizada para identificar a presença de lesões orgânicas na cavidade endometrial.²⁰ O estudo radiológico auxilia não só no diagnóstico, como na melhor programação cirúrgica. Nos dados encontrados na pesquisa,

apesar de ser o SUA de causa estrutural a principal manifestação clínica correlacionada às histerectomias realizadas, em apenas 12,06% dos prontuários analisados o exame de imagem foi descrito.

No tocante à sintomatologia, dos 1053 prontuários analisados, apenas 196 traziam tais informações. Destes, 124 estavam relacionados à hipótese diagnóstica de leiomiomatose uterina, a principal indicação cirúrgica constatada na pesquisa. Os principais sintomas referentes à existência de leiomiomas mencionados foram citados como: metrorragia (79%), metrorragia associada a dor pélvica (14,5%), metrorragia associada a dismenorreia (2,4%), dor pélvica (3,2%) e metrorragia associada à menometrorragia (0,8%).

Embora a maioria desses tumores seja assintomática, os sintomas, quando existentes, relacionam-se com o número, tamanho e localização dessas estruturas. A principal clínica envolve alterações menstruais (sangramento uterino aumentado ou prolongado), anemia por deficiência de ferro, sintomas devido ao volume (dor e compressão de estruturas pélvicas, sintomas obstrutivos) e disfunção reprodutiva. O sangramento uterino da leiomiomatose é caracterizado por menorragia e hipermenorreia (sangramento menstrual prolongado e excessivo). Leiomiomas localizados anteriormente podem comprimir a bexiga vesical e causar urgência miccional. Dor aguda dificilmente pode ocorrer por degeneração ou torção de pedúnculo de um tumor.¹³

Quanto ao volume das peças cirúrgicas, 55 prontuários não apresentaram dados conclusivos. Trezentos e setenta e três dos 998 prontuários válidos nesse quesito apresentavam útero com volume dentro dos limites da normalidade, considerando, segundo Mauad¹⁹, o intervalo de normalidade de 25 a 180 cm³ na menacme e de 20 a 70 cm³ na menopausa. Seis das pacientes apresentavam útero com volume abaixo desses limites, e tinham idade acima de 50 anos, inclusive três delas estavam acima dos 70 anos.

Quanto ao peso das peças cirúrgicas, 219 prontuários não continham dados. Os 854 prontuários com dados válidos nesse quesito permitiram inferir que 161 peças cirúrgicas (18%) eram de úteros com peso dentro dos limites da normalidade, levando em consideração, de acordo com Platt²¹, o peso aproximado de 60 g em nulíparas, 109 g em

primíparas e 108 g em múltiparas. Setenta e cinco peças cirúrgicas (8,7%) representavam úteros abaixo desses valores limítrofes, sendo que mais de 90% dessas peças com menores pesos eram de pacientes acima dos 50 anos. Os demais prontuários apresentavam úteros aumentados de volume, o que é consoante com a principal causa das histerectomias estudadas na pesquisa.

A análise das dimensões uterinas denota a evolução natural da conformação uterina, que muda sob a influência hormonal da puberdade e também da paridade, alcança seus diâmetros máximos na fase de menacme, e atrofia com a menopausa.²¹

Por fim, quanto à presença de anexos na histerectomia, apenas 219 prontuários informaram sobre tal. Considerando as estruturas do sistema reprodutor feminino, houve a presença de um dos ovários (34,2%), ambos ovários (27,8%), ovário e trompa uterina (11,8%), trompas uterinas (8,6%), ambos ovários e trompas (3,2%) e uma das trompas uterinas (4,1%).

CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades em uniformizar dados de prontuários preenchidos manualmente por terceiros, pôde-se inferir que os resultados, de uma forma geral, entraram em consonância com o que a literatura expõe. A miomatose uterina e seus sintomas associados foram a principal indicação cirúrgica. A ultrassonografia pélvica mostrou-se o principal método de imagem, e os volumes das peças tenderam a seguir as conformidades da patologia/idade associada. Acrescenta-se ao delineamento epidemiológico a principal procedência das pacientes. Quase metade das histerectomias realizadas no serviço do referido trabalho contemplaram pacientes procedentes de Maceió, tendo em vista que o Hospital Universitário é referência para o município.

Contudo, a ausência de informações sobre raça/cor das mulheres e história natural de suas doenças comprometem uma avaliação mais acurada, pois, para estabelecer relação coerente da hipótese diagnóstica com a indicação cirúrgica, é fundamental que se saiba em que condições a paciente se encontrava.

Vale destacar que, em 20 prontuários, não houve consonância entre a indicação cirúrgica

e o diagnóstico histopatológico, o que, a princípio, remete a uma controversa indicação da cirurgia. Entretanto, a falta de dados sobre o estado clínico das pacientes dificulta a avaliação do caráter subjetivo da indicação médica para o procedimento. Nesse contexto, a falta de mais dados acerca da paciente e das intervenções realizadas demonstra a importância do preenchimento completo dos prontuários e da necessidade da educação médica nesse sentido, desde a formação acadêmica.

Por fim, no contexto das indicações para a histerectomia, em sua maioria, faz-se necessário que, na ausência de uma emergência, como hemorragia uterina, a decisão sobre a realização da cirurgia seja feita em conformidade da mulher com seu médico. Mostra-se imprescindível uma correta elucidação acerca de possíveis complicações e de tratamentos que podem ser realizados de forma primária.

REFERÊNCIAS

1. Coelho SM, Perez ETC, Lins CDM, Gomes MTV, Bella ZIK-JD, Andrés MP et al. Perfil epidemiológico e complicações pós-operatórias de mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas em um centro de referência no norte da Amazônia legal brasileira. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2015 [acesso em 2020 ago 14]; 42 (6): 372-375. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000700372&lng=en.
2. Costa JR, Costa A. Tipos e vias de abordagem cirúrgica em histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Ago 14]; 11(1):46-56. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000100007&lng=pt.
3. Darós AC. Perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas a histerectomia no Distrito Federal. [Tese de Mestrado], Brasília:Universidade Católica de Brasília; 2008.
4. Sória HLZ, Fagundes DJ; Vieira SS, Cavalli N, Santos CRC. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2007 Fev [acesso em 2020 Jul 22]; 29(2): 67-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000200002&lng=en.
5. Mavrova R, Radosa JC, Juhasz-Böss I, Solomayer E-F. Abdominal Hysterectomy: Indications and Contraindications. In: Alkatout I., Mettler L. (eds) *Hysterectomy*. 1th ed. Springer, Cham; 2017. p.1035-1040. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319851851_Abdominal_Hysterectomy_Indications_and_Contraindications
6. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of Hysterectomy. *Obstet. Gynecol.* 2013 [acesso em 2019 fev 12]; 121(3), p. 654-673. Disponível em: <https://journals.lww.com/>

- greenjournal/Abstract/2013/03000/Complications_of_Hysterectomy.23.aspx>.
- Real AA, Cabeleira MEP, Nascimento JR, Braz MM, Pivetta HMF. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. *Saúde (Sta Maria)*[internet]. 2012[acesso em 2020 ago 14]; 38(2): 123-130. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/6581>
 - Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guidelines for the selection of the route of hysterectomy: application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2002[acesso em 2019 mar 6]; 187(6): 1521-1527. Disponível em: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)00463-5](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00463-5)>
 - Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy Rates for Benign Indications. *Obstet. Gynecol.* 2006[acesso em 2019 mar 14]; 107(6): 1278-1283. Disponível em: <https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2006/06000/Hysterectomy_Rates_for_Benign_Indications.11.aspx>
 - Gonçalves MAG, Hotta EH, Oliveira MRD, Latorre, Silveira PE. Fatores de risco associados a histerectomia puerpal: estudo retrospectivo de 3 anos / Risk factors associated to puerpal hysterctomy: a three-year retrospective study. *J. bras. ginecol.* 1994[acesso em 2020 nov 10]; 104(9): 301-5. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-159256>>
 - Oliveira, JDFA, Ferraz BG. Principais doenças ginecológicas responsáveis por indicação de histerectomia em pacientes acompanhadas no município de Serra Talhada – PE. *Saúde Coletiva em Debate*[internet]. 2012[acesso em 2020 jul 24]; 2(1): 52-61. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo05.pdf>>.
 - Chen CM, Novo JLVC. Leiomioma uterino e atonia uterina pós-parto: relato de caso. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.* Jul. 2018 [acesso em 2019 jun 30]; 20(2), p. 113-115. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/32769>>.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: leiomioma de útero. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
 - Rosa TP, Zunino MKRT, Marot RP, Amaral Filho WN, Falone VE, Amaral WN. Prevalência de doenças ginecológicas em mulheres acima de 40 anos diagnosticadas através de ultrassonografia transvaginal. *Rev. Bras. Ultras.* 2015 [acesso em 2019 jun 1]; 18: 21-25. Disponível em: <https://sbus.org.br/wp-content/uploads/2015/09/rbus-marco-de-20151.pdf#page=21>.
 - Horst, W; Silva JC. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. *ACM arq. catarin. med.* 2016[acesso em 2019 jun 26]; 45(2): 91-101. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/79>.
 - Dias DS, Dias FN, Dias R, Nahás Neto J, Nahás EA. Pólipos endometriais e seu risco de malignização: aspectos epidemiológicos, clínicos e imunoistoquímicos. *Femina*[periódicos na internet]. 2013[acesso em: 04 abr 2015]; 41(1): 33-38. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-694476>
 - Yela DA, Benetti-Pinto CL. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 42/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
 - Ramilo I, Caeiro AF, Mendinhos G, Santos AP, Matos F. Histerectomia pós-parto: revisão de 15 anos. *Acta Obstet Gynecol Port.* 2015[acesso em 2019 jun 20]; 9(1), 16-22. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/05_20151-ao_14-00028.pdf.
 - Mauad FF, Beduschi AF, Meschino RAG, Mauad FM, Casanova MS, Ferreira AC. Avaliação Ultra-sonográfica das Variações do Volume Uterino. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2001 Apr [acesso em 2019 jun 31]; 23(3): 175-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000300007&lng=en.
 - Benetti-Pinto CL, Rosa-e-Silva ACJ, Yela DA, Júnior JMS. Sangramento uterino anormal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 7/ Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Endócrina).
 - Platt JF, Bree RL, Davidson D. Ultrasound of the normal nongravid uterus: correlation with gross and histopathology. *J Clin Ultrasound.* 1990; 18:15-9.

Autor correspondente:
Geordanna Silva Wanderley
geordannawanderley@gmail.com

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: 30/08/2020
Aprovado em: 05/11/2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.