**Mortalidade e fatores associados a histerectomias em mulheres com câncer de colo e corpo uterinos**

**Título curto:** Determinantes da mortalidade pós histerectomias

Giovanna Giovacchini dos Santos1, Francisco Winter dos Santos Figueiredo1 2\*

1Faculdade de Medicina, Centro Universitário FMABC, Santo André, SP, Brasil

2 Departamento de Pesquisa e Inovação, RR Médicos – Cirurgia Geral e Obesidade Mórbida, Santo André, SP, Brasil

\*Autor correspondente: Francisco Winter dos Santos Figueiredo, Departamento de Pesquisa e Inovação, RR Médicos – Cirurgia Geral e Obesidade Mórbida, Santo André, SP, Brasil. E-mail: [winterfigueiredo@gmail.com](mailto:winterfigueiredo@gmail.com)

RESUMO

Introdução: Objetivo: Métodos: Resultados: Conclusão:

Palavras-chave:

# INTRODUÇÃO

O termo histerectomia refere-se à remoção do útero e corpo uterino, a qual pode ser realizada pela via transvaginal, abdominal, por laparoscopia, roboticamente ou com assistência laparoscópica ou robótica. É o procedimento cirúrgico mais comum realizado em mulheres não-gestantes no mundo, com 400 a 600 mil procedimentos feitos anualmente nos Estados Unidos1-2.

Isso ocorre porque é indicada como tratamento para diversas alterações uterinas, entre elas, câncer de colo uterino e câncer de endométrio, sangramento uterino disfuncional grave ou intratável, adenomiose, endometriose, tumores benignos e cistos, leiomiomatose sintomática, prolapso uterino, dor pélvica e emergência no periparto3.

Ademais, a histerectomia está associada a uma série de complicações - hemorragia, infecção, tromboembolismo, fístula ureterovaginal, vesicovaginal ou retovaginal e lesão no trato urinário5 - que, apesar de apresentarem pequena morbidez e baixo risco de morte, acontecem em aproximadamente 4% dos casos. Dado que, a maior mortalidade por complicações ou após o procedimento pode estar associada às regiões de menor desenvolvimento socioeconômico e menor renda1, entender quais fatores estão relacionados à sobrevida de mulheres que realizaram histerectomia, bem como o custo atrelado ao tratamento posterior ao procedimento cirúrgico pode ser um caminho para redefinir as políticas públicas relacionadas à atenção à saúde da mulher no Brasil.

Apesar de ser uma cirurgia bastante frequente, no Brasil, estudos de base populacional que estimam a carga da histerectomia são escassos, principalmente devido à dificuldade de acesso aos dados. Ainda, pouco há na literatura nacional sobre os fatores que influenciam a mortalidade das pacientes submetidas ao procedimento, como o tipo de cirurgia e os fatores socioeconômicos: raça, renda, idade e região de residência. Portanto, o objetivo do presente trabalho é analisar quais os fatores relacionados à taxa de mortalidade de mulheres com câncer de colo e/ou corpo do útero e qual o papel das histerectomias nessa relação.

###### MÉTODO

**Desenho do estudo**

O presente artigo se trata de uma análise de dados secundários obtidos a partir do registro de internações hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que foram realizados no estado de São Paulo, região Sudeste do Brasil, em 2020.

**Fonte dos dados**

O DATASUS é um registro sistemático de informações realizado pelo Ministério de Saúde da República Federativa do Brasil. O programa disponibiliza dados de mortalidade e sobrevivência, informações demográficas e socioeconômicas, a fim de subsidiar análises objetivas da situação sanitária do país e, a partir delas, aprimorar os programas de ações de saúde.

O *TabWin* é o serviço de transferência de arquivos, que permite a realização de operações aritméticas e estatísticas dos dados das tabelas geradas, elaboração de gráficos, construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de epidemiologia e demografia.

As informações em si foram retiradas da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento fonte na qual os dados foram inseridos, através dela se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A AIH é um documento gerado a partir de uma internação em prestador público, privado ou conveniado ao SUS, enviada ao gestor da Unidade Prestadora e, posteriormente, ao Ministério da Saúde, que combina todos os envios em um arquivo único com os dados de todas as internações brasileiras.

Por fim, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), também organizado pelo Ministério da Saúde, é caracterizado pela união de diversos modelos de instrumentos utilizados para coleta de dados em mortalidade no Brasil. A partir da causa mortis atestada pelo médico nas declarações de óbito, torna-se possível construir indicadores e processar análises epidemiológicas.

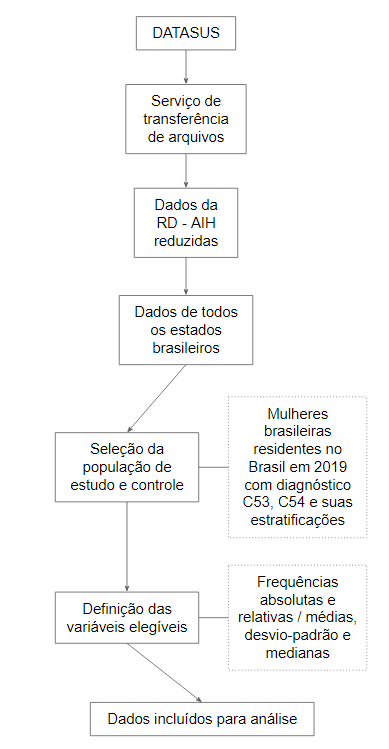
**População**

Foram incluídos registros hospitalares de mulheres residentes no Brasil em 2020, com diagnóstico de Neoplasia maligna do colo do útero (classificado pelo código C53 da 10ª classificação internacional de doenças - CID-10), ou neoplasia maligna do corpo do útero (Código C54 da CID-10), bem como suas respectivas estratificações - neoplasia maligna do endocérvix (código C53.0 da CID-10), neoplasia maligna do exocérvix (código C53.1 - CID-10), neoplasia maligna do colo do útero com lesão invasiva (código C53.8 - CID-10), neoplasia maligna do colo do útero, não especificado (código C53.9 - CID-10), neoplasia maligna do istmo do útero (código C54.0 - CID-10), neoplasia maligna do endométrio (código C54.1 - CID-10), neoplasia maligna do miométrio (código C54.2 - CID-10), neoplasia maligna do fundo do útero (código C54.3 - CID-10), neoplasia maligna do corpo do útero com lesão invasiva (código C54.8 - CID-10), neoplasia maligna do corpo do útero, não especificado (código C54.9 - CID-10).

**Processo de seleção da amostra**

Os dados foram extraídos do Sistema de Informações do DATASUS por meio do serviço de transferência de arquivos, onde foi realizado o download das Autorizações de Internação Hospitalar reduzidas (RD - AIH). Com os dados de todos os estados brasileiros disponíveis, foi selecionada a população de estudo (mulheres residentes no Brasil em 2020, com diagnóstico C53, C54 e suas estratificações submetidas a histerectomias) e a população de controle (mulheres residentes no Brasil em 2020 com diagnóstico C53, C54 e suas estratificações, que não foram submetidas a histerectomias). O processo de extração dos dados está apresentado na figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma de definição do processo de extração de dados

****

**Análise de dados**

Variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram apresentadas de acordo com a distribuição dos dados. Quando houve distribuição normal, utilizou-se médias e desvios-padrão. Quando não houve a distribuição normal, utilizou-se medianas e percentis 25% e 75%. O nível de significância foi de 5%. O programa utilizado foi o Stata (StataCorp, LC) versão 11.0

**Aspectos éticos**

O presente trabalho se trata de uma análise secundária de dados obtidos a partir do DATASUS, que é uma base de dados pública onde não é possível identificar os indivíduos. Assim, de acordo com a resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que dispõe sobre os requisitos para avaliação de pesquisas pelos comitês de ética em pesquisa, não houve registro ou avaliação pelo sistema CEP/CONEP.

# RESULTADOS

Foram analisados dados de 6307 registros de mulheres atendidas com câncer de colo de útero ou de corpo do útero no estado de São Paulo, região sudeste do Brasil, em 2020. A maioria dessas mulheres tinha menos de 60 anos (65,5%, n=4131) - a mediana de idade, em anos, das pacientes selecionadas foi de 54; de cor branca (65,87%, n=3748), brasileiras (99,35%, n=6266).

O tipo de câncer mais predominante foi os relacionados ao C53 (66.53%; n=4196). Dessas mulheres, apenas 24.13% (n=1522) foram submetidas ao procedimento de histerectomia, sendo a maioria por causas oncológicas (78.5%; n=1195). O tipo de internação obteve valores muito próximos entre internação eletiva (50.55%; n=3188) e internação de urgência (49.45%; n=3119); a mediana do tempo de permanência no hospital foi de 3 dias.

Ademais, a maioria (91%; n=5741) não passou por Unidade de Tratamento Intensivo durante essa internação, sendo que a mediana do tempo de permanência na UTI foi calculada em 3 dias. De todos os casos, apenas 11.42% (n=720) evoluíram para óbito.

**Tabela 1.** Caracterização das mulheres internadas com diagnóstico de câncer de colo e de corpo de útero em São Paulo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características** |  | **N** | **%** |
| Idosa | Não | 4131 | 65.50 |
| Sim | 2176 | 34.50 |
| Cor | Branca | 3748 | 65.87 |
| Não branca | 1942 | 34.13 |
| Nacionalidade | Brasileira | 6266 | 99.35 |
| Estrangeira | 41 | 0.65 |
| Tipo de Câncer | Neoplasia maligna do colo do útero | 4196 | 66.53 |
| Neoplasia maligna do corpo do útero | 2111 | 33.47 |
| Histerectomia | Não | 4785 | 75.87 |
| Sim | 1522 | 24.13 |
| Histerectomia por causas oncológicas | Não | 327 | 21.5 |
| Sim | 1195 | 78.5 |
| Tipo de internação | Eletivo | 3188 | 50.55 |
| Urgência | 3119 | 49.45 |
| UTI | Não | 5741 | 91.0 |
| Sim | 566 | 9.0 |
| Óbito | Não | 5587 | 88.58 |
| Sim | 720 | 11.42 |
|  |  | Mediana (iqr) | Min.; Máx. |
| Idade (em anos) | | 54 (22) | 19; 96 |
| Tempo de permanência (em dias) | | 3 (5) | 0; 102 |
| Tempo de UTI (em dias) | | 3 (3) | 0; 45 |

C53: Neoplasia maligna do colo do útero; C54:Neoplasia maligna do corpo do útero; CID-10: 10ª Classificação Internacional de Doenças; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; iqr; Intervalo interquartis.

Os principais diagnósticos e as subclassificações desses diagnósticos estão apresentados na tabela 2. A maioria das mulheres (34.07%; n= 2149) apresentava diagnóstico de câncer de colo de útero não especificado (código C539 da CID-10). A neoplasia maligna de endométrio (código C541 da CID-10) foi encontrada em 19.91% das mulheres (n=1256), ficando em segundo lugar em frequência. Em seguida, a neoplasia invasiva de colo de útero com lesão invasiva (código C53.8 da CID-10) representou 14.76% dos diagnósticos (n=931). A minoria delas apresentou neoplasia maligna de miométrio (código C542 da CID-10) com 0,38% dos casos (n=24).

**Tabela 2.** Tipos de diagnósticos principais da população estudada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição** | **N** | **%** |
| C53 | Neoplasia maligna do colo do útero | 217 | 3.44 |
| C53.0 | Neoplasia maligna do endocérvix | 611 | 9.69 |
| C53.1 | Neoplasia maligna do exocérvix | 288 | 4.57 |
| C53.8 | Neoplasia maligna do colo do útero com lesão invasiva | 931 | 14.76 |
| C53.9 | Neoplasia maligna do colo do útero, não especificado | 2149 | 34.07 |
| C54 | Neoplasia maligna do corpo do útero | 69 | 1.09 |
| C54.0 | neoplasia maligna do istmo do útero | 106 | 1.68 |
| C54.1 | Neoplasia maligna do endométrio | 1256 | 19.91 |
| C54.2 | Neoplasia maligna do miométrio | 24 | 0.38 |
| C54.3 | Neoplasia maligna do fundo do útero | 28 | 0.44 |
| C54.8 | Neoplasia maligna do corpo do útero com lesão invasiva | 212 | 3.36 |
| C54.9 | Neoplasia maligna do corpo do útero, não especificado | 416 | 6.60 |

Foram realizadas 1522 histerectomias em mulheres com diagnóstico de câncer de colo e de corpo do útero, representando uma taxa de 24,1% de cirurgias nessa população. Das 1522 histerectomias realizadas no ano 2020 no estado de São Paulo, a maioria (43.23%; n=658) foi realizada com ou sem anexectomia (uni/bilateral) em oncologia, seguida por histerectomia total ampliada em oncologia (32.39%; n=493).

**Tabela 3. Tipos de histerectomias realizadas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **N** | **%** |
| **Histerectomia** |  |  |
| Não | 4785 | 75.87 |
| Sim | 1522 | 24.13 |
| **Histerectomia por causas oncológicas** |  |  |
| Não | 327 | 21.5 |
| Sim | 1195 | 78.5 |
| **Tipos de histerectomia** |  |  |
| Via Vaginal | 17 | 1.12 |
| Com anexectomia (Uni/Bilateral) | 119 | 7.82 |
| Subtotal | 66 | 4.34 |
| Total | 72 | 4.73 |
| Total ampliada (Werthein-Meigs) | 38 | 2.50 |
| Videolaparoscópica | 15 | 0.99 |
| Com ressecção de órgãos contíguos em Oncologia | 44 | 2.89 |
| Total ampliada em Oncologia | 493 | 32.39 |
| Com ou Sem Anexectomia (Uni/ Bilateral) em Oncologia | 658 | 43.23 |

Os fatores associados ao óbito em mulheres internadas com diagnóstico principal de câncer de colo e de corpo uterino no Estado de São Paulo estão apresentados na Tabela 4. Nela, é possível identificar quais fatores estão relacionados às menor e maior taxas de mortalidade. A taxa de mortalidade das mulheres que foram submetidas à histerectomia foi de 0,46%; enquanto as que não fizeram o procedimento obtiveram taxa de mortalidade de 14,9% (p<0.001).

**Tabela 4.** Fatores associados ao óbito em mulheres internadas com diagnóstico principal de câncer de colo e de corpo de útero em São Paulo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **Óbito** | |  |
| **Não**  5587 (88,58%) | **Sim**  720 (11,42%) | **p\*** |
| **Idade maior ou igual a 60 anos (n, %)** |  |  |  |
| Não | 3760 (91.02) | 371 (8.98) | <0.001 |
| Sim | 1827 (83.96) | 349 (16.04) |  |
| **Raça/Etnia (n, %)** |  |  |  |
| Branca | 3340 (89.11) | 408 (10.89) | 0.003 |
| Não branca | 1678 (86.41) | 264 (13.59) |  |
| **Nacionalidade (n, %)** |  |  |  |
| Brasileira | 5549 (88.56) | 717 (11.44) | 0.408 |
| Estrangeira | 38 (92.68) | 3 (7.32) |  |
| **Tipo de Câncer (n, %)** |  |  |  |
| C53 - colo do útero | 3697 (88.11) | 499 (11.89) | 0.093 |
| C54 - corpo do útero | 1890 (89.53) | 221 (10.47) |  |
| **Tipo de Internação (n, %)** |  |  |  |
| Eletivo | 3107 (97.46) | 81 (2.54) | <0.001 |
| Urgência | 2480 (79.51) | 639 (20.49) |  |
| **Internação em UTI (n, %)** |  |  |  |
| Não | 5127 (89.30) | 614 (10.70) | <0.001 |
| Sim | 460 (81.27) | 106 (18.73) |  |
| **Histerectomia (n, %)** |  |  |  |
| Não | 4072 (85.10) | 713 (14.90) | <0.001 |
| Sim | 1515 (99.54) | 7 (0.46) |  |
| **Histerectomia por causas oncológicas**  **(n, %)** |  |  |  |
| Não | 324 (99.08) | 3 (0.92) | 0.168 |
| Sim | 1191 (99.67) | 4 (0.33) |  |
|  | Mediana (IC 95%) |  | p\*\* |
| **Idade (em anos)** | 53 (53; 54) | 60 (59;61) | <0.001 |
| **Tempo de permanência (em dias)** | 3 (3; 3) | 6 (6; 7) | 0.001 |

UTI: Unidade de terapia intensiva; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%; \*Qui-quadrado; \*\*Mann-Whitney

Na Tabela 5 é apresentada análise multivariada dos fatores associados ao óbito de mulheres internadas com diagnóstico principal de câncer de colo e de corpo de útero em São Paulo. A partir dessa análise foi possível observar que a chance de evoluir a óbito das mulheres que realizaram histerectomias foi menor do que as que não realizaram (OR= 0.06, IC 95% 0.03 a 0.13; p<0.001). Por outro lado, ter sido internada como urgência (OR = 4.85, IC 95% 3.77 a 6.23; p<0.001), a idade (OR = 1.02, IC 95 1.01 a 1.03; p<0,001), o número de dias de permanência no hospital ( OR = 1.04, IC 95% 1.03 a 1.06; p<0,001) e o tempo de internação na UTI (OR = 1.04, IC 95% 1.01 a 1.07; p= 0.014) foram fatores associados a maior mortalidade da população estudada.

**Tabela 5.** Análise multivariada dos fatores associados ao óbito de mulheres internadas com diagnóstico principal de câncer de colo e de corpo de útero em São Paulo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variáveis** | **Óbito**  **OR (IC 95%)** | **p\*** |
| Histerectomia |  |  |
| Não | Ref. | Ref. |
| Sim | 0.06 (0.03; 0.13) | <0.001 |
| Raça/Etnia |  |  |
| Branca | Ref. | Ref. |
| Não Branca | 1.14 (0.95; 1.36) | 0.153 |
| Tipo de internação |  |  |
| Eletiva | Ref. | Ref. |
| Urgência | 4.85 (3.77; 6.23) | <0.001 |
| Idade (em anos) | 1.02 (1.01; 1.03) | <0.001 |
| Tempo de permanência (em dias) | 1.04 (1.03; 1.06) | <0.001 |
| Tempo de UTI (em dias) | 1.04 (1.01; 1.07) | 0.014 |

Ref. Categoria de referência; OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; \*Regressão Logística

###### DISCUSSÃO

No presente estudo, encontrou-se maior prevalência de neoplasia maligna do colo do útero. Esse código abrange um grupo de códigos que contém neoplasias malignas de endocérvix (CID 10- C53.0), de exocérvix (CID 10 - C53.1), do colo de útero com lesão invasiva (CID 10- C53.8) e de colo de útero não especificado (C53.9). O câncer de colo uterino é o segundo câncer mais diagnosticado e a terceira causa de morte por câncer em mulheres em países em desenvolvimento.

De acordo com o INCA, os fatores predisponentes para a doença são tabagismo, uso de contraceptivos orais, carência de vitaminas, múltiplos parceiros, fatores genéticos, ambientais, culturais, socioeconômicos e infecção por HPV6, principalmente os subtipos 16 e 18. Assim, a prevalência do câncer está associada à prevalência do vírus e da capacidade tecnológica e científica de cada país em realizar a identificação do vírus e diagnóstico de lesões pré-cancerosas. No Brasil, em 2014, houve 15.590 novos casos da doença, podendo ser diagnosticados precocemente, com redução da mortalidade em cerca de 80% dos casos7.

O tratamento do câncer de colo uterino depende de avaliação de risco, que envolve o tamanho, estadio, profundidade da invasão, acometimento linfonodal, invasão do espaço linfovascular e subtipo histológico da lesão. Além disso, pode ser considerado o desejo da paciente em manter sua fertilidade. No presente estudo, a histerectomia foi realizada Aproximadamente 24% das mulheres, sendo 75,8% por causas oncológicas.

A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas de maior porte. É a segunda cirurgia realizada em mulheres em idade fértil mais frequente no Brasil, atrás apenas de partos cesáreas8. Em 2020, foram realizados 1522 procedimentos, pela rede pública de saúde do Estado de São Paulo. No Brasil, para cada 100 mil mulheres com 20 anos ou mais, a taxa bruta de histerectomias oscila em tendência crescente.9

Infelizmente, pouco se discute com as pacientes sobre a operação cirúrgica, de modo que há intensa ansiedade pré-operatória e grande preocupação acerca da futura função sexual da mulher operada10. Da mesma forma, na literatura, as conclusões acerca das consequências para histerectomizadas também são controversas, indicando tanto bons resultados quanto negativos10.

Sabe-se que a histerectomia pode afetar a função sexual diretamente, pela lesão nervosa local e complicações anatômicas e indiretamente, pelos aspectos psicossociais e resposta do parceiro. Ademais, o procedimento pode causar dispareunia, pela diminuição da abóbada vaginal, fibrose, redução da lubrificação vaginal e possíveis aderências intestinais. No entanto, pacientes com câncer de colo uterino que apresentavam sintomas dolorosos também podem experimentar redução da dispareunia que sentiam antes, tornando a relação sexual mais frequente e prazerosa para a mulher10. Outrossim, estudo realizado em Maine (*Maine Women’s Health Study)* para avaliação da qualidade de vida das mulheres, constatou grande melhora nos escores de qualidade de vida e nos sintomas relatados anteriormente pelas mulheres - disfunções urinárias, dor pélvica, disfunção sexual e dispareunia.11

Fatores psicossociais e o medo em perder a função sexual e sua feminilidade podem se tornar importantes obstáculos durante a aceitação do procedimento. De acordo com os resultados encontrados, a mortalidade entre mulheres com câncer de colo e corpo uterino que não fizeram histerectomia foi aproximadamente 30 vezes maior do que a taxa relacionada às mulheres que fizeram o procedimento. Além disso, o risco de ir a óbito entre as mulheres que fizeram histerectomia foi 94% menor quando comparado as mulheres que não o fizeram.

A tomada de decisão direta e a realização de cirurgia eletiva parecem ser também determinantes de um bom desfecho, dado que o óbito de mulheres em procedimentos eletivos é 10 vezes menor do que em procedimentos de urgência, que representou chance 385% maior de ir a óbito nessas mulheres.

Diante dos resultados obtidos, também foi possível perceber que os fatores relacionados à taxa de mortalidade de mulheres com câncer de colo e/ou corpo de útero que realizaram histerectomias foram, principalmente, a idade das pacientes, o tempo de permanência em hospital e o tempo de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A maioria das mulheres que foram submetidas à histerectomia eram menores de 60 anos, sendo que a mediana de idade foi de 54 anos. Em estudo realizado na Venezuela, semelhante a este, em 2016, a média de idade das mulheres que foram submetidas ao procedimento cirúrgico foi de 44,21 anos.12 Em estudo conduzido na Índia, com pacientes entre 30 e 49 anos, observou-se que a frequência de histerectomias foi aumentando conforme a idade. Ademais, percebeu-se também que mulheres sem ou com baixa escolaridade realizaram histerectomias mais novas (idade média 34 anos) do que aquelas com maior escolaridade (idade média 38,4 anos). 13

Assim, a idade parece ser um preditor relevante não só da frequência de histerectomias, mas também de um melhor desfecho. Dado que, apesar de quanto menor a idade da paciente, maior a chance de obter um desfecho favorável; mulheres mais velhas tendem a tomar a decisão mais rapidamente, principalmente por já terem tido o número de filhos que desejavam.13

O tempo de permanência no serviço de saúde e o tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva, assim como a idade das pacientes, também aumentam o risco de morte por histerectomias. Ambos os tempos podem estar atrelados a complicações cirúrgicas e comorbidades que as mulheres apresentavam previamente à cirurgia, que prolongam o tempo no leito após o procedimento e podem produzir complicações pós-cirúrgicas secundárias à imobilidade no leito.14

Uma das maneiras de reduzir complicações pós-cirúrgicas é diminuir as disfunções neuromusculares dos operados, a partir, principalmente, de mobilização e deambulação precoces15. Estudo realizado em 201612, com 100 pacientes que realizaram histerectomia sem prolapsos uterinos, o tempo de internação após a cirurgia foi de 24 horas em 92% dos casos, sendo que 4 pacientes continuaram internadas por 48h, devido a sangramento pós-operatório.

Em estudo feito no estado do Paraná, também em 2016, a maioria das pacientes recebeu alta entre 24h e 48h pós-operatórias, sendo que uma parcela delas tiveram alta no pós-operatório imediato.14 No presente estudo, mulheres internadas em UTI com diagnóstico principal de câncer de colo ou corpo uterinos obtiveram 18,73% das mortes, contra 10,7% de mortes entre mulheres internadas com a mesma patologia que morreram sem internação para cuidados intensivos. O tempo de permanência obteve mediana de 3 dias para sobreviventes e 6 dias para as que morreram.

Desse modo, se por um lado a realização de histerectomias reduz a chance de morrer, por outro, a idade, o tempo de permanência e o tempo de UTI aumentam essas chances. Além disso, foi observado que a realização de histerectomias de urgência, em comparação às eletivas, também estão relacionadas a um maior desfecho mórbido.

Apesar de, no presente trabalho, terem sido analisados mais de 6 mil prontuários, esses dados foram extraídos apenas de procedimentos realizados no Estado de São Paulo, que é um centro tecnológico e referência nos tratamentos de saúde e de câncer no Brasil. Assim, para que haja uma generalização ampla para campanhas públicas nacionais, é importante que estudos como este, que se adequem e busquem os determinantes sociais de cada unidade federativa, sejam realizados nos demais estados do país, a fim de fornecer um panorama mais representativo da condição de saúde brasileira.

Conduzir programas e campanhas para conscientização geral sobre questões da saúde reprodutiva da mulher, como autoavaliação, busca de tratamentos e seus impactos, sexualidade e infertilidade e seus efeitos na psicologia feminina devem ser recomendados para reduzir a mortalidade e diminuir o impacto desses fatores associados.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde fornece vacinação gratuita contra o vírus HPV para meninas de 9 a 14 anos de idade e meninos de 11 a 14 anos de idade, mas pouco se fala sobre as consequências de não se vacinar, fazendo com que a adesão não seja satisfatória, culminando em taxas altas de câncer de colo uterino.

É necessário, também, ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, para evitar não só histerectomias desnecessárias, mas também histerectomias de urgência que poderiam ter sido feitas de forma eletiva com o diagnóstico e seguimento apropriados. Esse estudo mostrou, também, a importância dos programas de rastreamento e identificação precoce das lesões pré-cancerosas por colposcopia, dado que quanto antes for realizada a intervenção, maiores as chances de um melhor desfecho.

# CONCLUSÃO

Idade, tempo de internação e tempo de Unidade de Terapia Intensiva foram os determinantes para a mortalidade de mulheres com câncer de colo e corpo do útero internadas no estado de São Paulo em 2020, e a realização de histerectomias parece reduzir a chance de morte nessa população. Nesse sentido, campanhas de melhor esclarecimento sobre benefícios da histerectomia podem ser interessantes para reduzir a mortalidade de mulheres com câncer de colo e corpo do útero.

###### REFERÊNCIAS

1. Aleixo, Gabriel Francisco et al. “Total Versus Subtotal Hysterectomy: Systematic Review and Meta-analysis of Intraoperative Outcomes and Postoperative Short-term Events.” Clinical therapeutics vol. 41,4 (2019): 768-789. doi:10.1016/j.clinthera.2019.02.006
2. Wright, Jason D et al. “Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States.” Obstetrics and gynecology vol. 122,2 Pt 1 (2013): 233-241. doi:10.1097/AOG.0b013e318299a6cf
3. Thompsom JD, Birch HW: Indications for hysterectomy. Clin Obstetric Gynecol, 1981, 24(04):1245-1258.
4. Murta, Eddie Fernando Cândido, et al. “Histerectomias: Estudo Retrospectivo De 554 Casos.” Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões, vol. 27, no. 5, 2000, pp. 307–311., doi:10.1590/s0100-69912000000500004.
5. Harris WJ. Complications of hysterectomy. Clin Obstet Gynecol, 1997, 40(4): 928-937.
6. INCA, Instituto nacional de câncer. Jose Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.>-[gov.br/wps/wcm/connect/in](http://gov.br/wps/wcm/connect/in)ca/portal/home>. Acesso em: 6 nov. 2021
7. Souza AFD, Costa LHR. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia. 2015;61(4):343–50.
8. Augusto KL, Brilhante AVM, Modesto GCD, Saboia DM, Rocha CFC, Karbage SAL, et al. Costs and mortality rates of surgical approaches to hysterectomy in Brazil. Revista de Saúde Pública. 2018;52:25.
9. Sousa LPD, Gonçalves MJ, Valle F, Geber S. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? Reprodução & Climatério. 2013;28(3):117–21.
10. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. British Menopause Society Journal. 2006;12(4):153–7.
11. Chapron C. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. Human Reproduction. 2002;17(5):1334–42.
12. García, JLC. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. Rev Obstet Ginecol Venez [online]. 2016;76(1):4-10.
13. Shekhar C, Paswan B, Singh A. Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. Reproductive Health. 2019;16(1).
14. Cardoso, BC, Camargo, CR, & Fernandes, I. Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar. Revista Pleiade. 2017;11.(21): 17-24.
15. Matos CAD, Meneses JBD, Bucoski SCM, Mora CTR, Fréz AR, Daniel CR. Existe diferença na mobilização precoce entre os pacientes clínicos e cirúrgicos ventilados mecanicamente em UTI? Fisioterapia e Pesquisa. 2016;23(2):124–8.