

PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO PARA HISTERECTOMIA EM UM HOSPITAL DA REGIÃO NOROESTE DO PARANÁ

Débora Canassa Volpato

Farmacêutica, Discente do curso de Especialização em Fisiopatologia Humana da Universidade Estadual de Maringá – UEM; E-mail: dehboravc@hotmail.com

Tânia Cristina Alexandrino Becker

Farmacêutica, Doutora, Docente da disciplina de Patologia Geral, Departamento de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Estadual de Maringá – UEM; E-mail: tcabecker@uem.br.

RESUMO: A histerectomia é um procedimento que consiste na remoção parcial ou total do útero, sendo o segundo procedimento mais frequente dentre as mulheres em idade reprodutiva atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve por objetivos investigar e analisar as principais indicações e fatores de risco que predis põem as mulheres à realização da histerectomia em um hospital particular conveniado ao SUS. Aplicou-se um formulário estruturado e pré-codificado com questões dissertativas e de múltipla escolha, entre as pacientes que realizaram este procedimento cirúrgico no referido hospital no período de novembro de 2011 a abril de 2012, totalizando 105 mulheres. Observamos que houve um aumento no número de histerectomias relacionadas com o envelhecimento e a proximidade com a menopausa, com as baixas condições sócio-demográficas bem como o baixo nível de escolaridade. A miomatose uterina também foi a indicação predominante das histerectomias realizadas como primeira opção de tratamento, o que implica estabelecer a real necessidade da realização da cirurgia. Sendo assim fazem-se necessárias outras investigações empíricas que permitam aprofundar o conhecimento da realidade no âmbito estadual e nacional, com o objetivo de prevenção e conscientização das mulheres na realização de acompanhamento ginecológico, a fim de se evitar a histerectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Histerectomia; Fatores de Risco; Saúde da Mulher; Leiomiomas.

PREDOMINANCE OF HYSTERECTOMY RISK FACTORS IN A HOSPITAL IN THE NORTHWESTERN REGION OF THE STATE OF PARANÁ, BRAZIL

ABSTRACT: Hysterectomy consists in the partial or total removal of the uterus and is the second most frequent medical procedure among women within the reproduction age bracket attended by the Brazilian National Health Service (SUS). Current research investigated the main indications and risk factors that predispose women towards hysterectomy in a private hospital attending SUS patients. A structured and pre-codified questionnaire with dissertative and multi-choice questions was handed out to 105 female patients who underwent the surgery in the above-mentioned hospital between November 2011 and April 2012. There was an increase in the number of hysterectomies related to aging and to proximity with menopause, low social and demographical conditions and schooling. Uterine myomatosis was also the predominant indication for hysterectomy as first choice treatment and which established the need for surgery. Other empirical investigations are required to deepen knowledge within the state and national context towards the prevention and awareness of females in gynecological

follow-up so that hysterectomy may be avoided.

KEY WORDS: Hysterectomy; Risk Factors; Women ' S Health; Leiomyoma.

INTRODU 

A histerectomia consiste em um ato cirúrgico, que implica na remo o parcial (quando é mantido o colo uterino) ou total do útero, sendo o segundo procedimento mais frequente dentre as mulheres em idade reprodutiva atendidas no Sistema  nico de Saúde (SUS), precedida apenas pelo parto cirúrgico (ARAUJO; AQUINO, 2003).

Trata-se de um procedimento definitivo realizado para restabelecer a saúde ou mesmo salvar a vida da paciente. Contudo, a histerectomia pode desencadear altera es na vida sexual e emocional das mulheres, além de altera es determinadas pelos fatores psíquicos, fisiológicos, sociais e culturais (SBROGGIO, 2004).

No Brasil as informa es disponíveis na literatura não permitem estimar a prevalência deste procedimento entre mulheres brasileiras. Existem evidências de que a diversidade étnica e cultural das regiões brasileiras e a sua extensão geográfica podem demonstrar algumas diferenças regionais quanto   prática da histerectomia. Observa-se que na literatura internacional este tipo de procedimento cirúrgico é um amplo campo de estudos. Porém, entre os pesquisadores brasileiros, os trabalhos relativos à histerectomia ainda são em pequeno número, sendo realizada a análise de somente alguns serviços, tais como a histerectomia via abdominal, via vaginal e a via vaginal vídeo-assistida (videolaparoscópica), ou seja, a real necessidade deste procedimento cirúrgico ainda é desconhecida (LIPPI; LOPES; BARACAT, 2002).

Consistem como procedimentos técnicos para realiza o da histerectomia as vias: Abdominal Total (HAT) ou subtotal e via Vaginal (HV). Alternativamente, na HV pode-se utilizar o recurso da Videolaparoscopia Assistida (HVLA) (LIPPI; LOPES; BARACAT, 2002; JEFFCOATE, 1993). S ria et al (2007) detectou que a via operatória preferencial foi a abdominal em 80% dos procedimentos, seguida da via vaginal (20%). Dentre os procedimentos

pela via vaginal, o recurso videolaparosc pico foi utilizado em apenas 6% deles. Este fato, segundo os serviços de residência médica de ginecologia e obstetrícia do Brasil, sugere que o procedimento clássico consagrado da HAT predomina em nosso país, possivelmente associado à dificuldade dos clínicos e hospitais na aquisi o e manuten o de equipamentos e sua dispendiosa e demorada capacita o específica dos profissionais (JOHNSON et al., 2005; GARRY et al., 2004).

Dentre as indica es para a realiza o da histerectomia, os fatores de maior ocorrência incluem: pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento clínico ou nos procedimentos de abla o endometrial e curetagem; diagnóstico de leiomiomas uterinos associados a dor ou com sangramentos anormais; diagnóstico de leiomiossarcomas e doenças anat micas (LIPPI; LOPES; BARACAT, 2002). Segundo Lefebvre et al. (2003) a miomatose permanece como a indica o predominante para histerectomia.

Outras condi es ginecológicas como adenomioses, endometrioses e sangramento uterino anormal representam uma pequena parcela das indica es para a realiza o da histerectomia. Acredita-se que a escolha de tratamentos alternativos, como a abla o endometrial e miomectomia, são utilizados nestas condi es. Contudo, estudos recentes apontam uma diminui o nas taxas de histerectomia por indica es benignas, devido o alto risco de complica es p s-operatórias, convalescência prolongada, além do sentimento de perda da feminilidade por parte de algumas mulheres (JACOBSON et al., 2005).

As pesquisas que enfocaram os fatores que pre-dispõem as mulheres   realiza o da histerectomia mostram que as taxas de ocorrências dessa cirurgia podem elevar-se em fun o de características sociodemográficas, do padrão reprodutivo (especialmente com o aumento de idade e da paridade), uso de certas práticas contraceptivas por longo prazo (dispositivo intra-uterino - DIU ou de contraceptivos orais) e após laqueadura tubária (TRELOAR et al., 1999; BRETT; MARSH; MADANS, 1997; GOLDHABER et al., 1993).

No entanto, a prática de uma cirurgia consiste na mobiliza o emocional do paciente e de sua família, sendo a histerectomia uma cirurgia de grande porte, que

exige um período de internação no pós-operatório, o que afasta a mulher de imediato do convívio social e do trabalho (SALIMENA; SOUZA, 2008).

Os objetivos deste estudo consistiram em investigar e analisar as principais indicações e fatores de risco que predisõem as mulheres à realização da histerectomia, dentre as usuárias do SUS na região noroeste do Estado do Paraná.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório de cunho transversal, a qual foi realizada em um hospital particular conveniado ao SUS, no noroeste do Estado do Paraná.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, com CAAE 0422.0.093.000-11 sob parecer nº 606/2011, iniciou-se a coleta de dados durante o período de novembro de 2011 a abril de 2012, dentre as mulheres que se encontravam hospitalizadas no período pré-operatório, com indicação cirúrgica de histerectomia. Através da aplicação de um formulário estruturado e pré-codificado com questões dissertativas e de múltipla escolha, buscou-se responder os objetivos propostos no trabalho. O formulário contemplou a investigação sobre potenciais fatores de risco para histerectomia, incluindo características sócio-demográficas; história sexual, reprodutiva e de métodos de contracepção; indicações para histerectomia; história menstrual e de morbidade ginecológica.

Com relação aos questionamentos que caracterizaram o padrão menstrual, considerou-se o perfil dos ciclos menstruais prevalente no início da vida adulta (em torno dos vinte anos) e o predominante nos cinco anos que antecederam o procedimento da histerectomia. Além disto, avaliou-se a presença ou ausência de transtorno(s) menstrual(ais) durante os ciclos, caracterizados nos momentos da entrevista como: presença ou ausência de dor menstrual, o número de dias de sangramento e a regularidade e duração do ciclo menstrual.

A amostra foi constituída de forma aleatória, sem um número pré-definido de participantes. Todas as pacientes receberam esclarecimentos sobre os objetivos da

pesquisa e a forma de abordagem do formulário. Além disto, as pacientes foram informadas que os resultados obtidos não ofereceriam benefícios imediatos quanto a mudanças na realidade do atendimento dispensado, e que o respectivo anonimato seria garantido. Somente após estes esclarecimentos, as pacientes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram entrevistadas para preenchimento do formulário.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 105 mulheres, sendo que todas foram submetidas a cirurgias de histerectomia total, adotando a via abdominal como procedimento padrão. Os grupos etários das pacientes com indicação cirúrgica apresentavam entre 20 a 60 anos, sendo que a faixa de idade predominante era de 31 a 50 anos. Observou-se que houve um aumento no número de histerectomias relacionadas com o envelhecimento e a proximidade com a menopausa (Tabela 1). Este resultado confere com outros estudos, onde a idade média no momento da histerectomia, para as mais diversas indicações de cirurgia, foi 48,3 anos, havendo, portanto, um favorecimento a cirurgia, sugerindo que a concepção médica considera o útero necessário enquanto é mantida a função reprodutiva feminina. Porém, Luoto, Keskimari e Reunanen (1997) observaram em sua pesquisa que mulheres na categoria de renda mais elevada eram submetidas à histerectomia em uma idade mais jovem quando comparadas às mulheres com renda inferior. É possível que essa distribuição etária dos casos reflita a intensificação do processo de medicalização entre mulheres mais jovens, acrescido do fato de que o término da vida reprodutiva vem ocorrendo em idade mais jovem. Maiores investigações a respeito da função uterina enquanto estrutura anatômica integrante do sistema genito-urinário devem ser conduzidas, avaliando as possíveis complicações futuras.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos casos de histerectomia

Características	Casos	
	Número	%
Idade (anos completos)		
21-30	3	2,85
31-40	27	25,71
41-50	59	56,21
51-60	13	12,38
Acima de 60 anos	3	2,85
Estado civil		
Solteira	16	15,24
Casada ou amasiada	77	73,33
Divorciada	8	7,62
Viúva	4	3,81
Profissão		
Inserida no mercado de trabalho	65	61,92
Do lar	35	33,33
Aposentada	2	1,90
Desempregada	3	2,85
Escolaridade		
Analfabeta	4	3,81
Fundamental	74	70,48
Médio	25	23,81
Superior	2	1,90
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	1	0,95
1-2 salários	68	64,75
2-3 salários	17	16,20
Acima de 3 salários	19	18,10

Fonte: Dados da Pesquisa

Nas demais condi es sócio-demográficas estudadas observamos um aumento de histerectomias no grupo de mulheres com renda familiar entre um e dois salários mínimos (64,75%). Este fator provavelmente está relacionado ao fato das pacientes serem oriundas do setor público de saúde. Isso provavelmente ocorre em razão ao acesso desigual   investiga o clínica e aos procedimentos terapêuticos, inclusive cirúrgicos, em segmentos da popula o com nível de renda aparentemente menos privilegiado (LUOTO; KESKIMARI; REUNA-

NEN,1997).   medida que a renda familiar aumenta o acesso a atendimentos por convênios ou consultas particulares também aumenta. Segundo Keskimaki, Salinto e Aro (1996) dentre as pacientes que fazem consultas com médicos especialistas em seus consultórios próprios, 30% são encaminhadas para hospitais privados. Tal fato pode ter influenciado nossos resultados com rela o   maior incidência de histerectomias em mulheres com renda familiar menor. Além disto, o nível de escolaridade predominante dentre as pacientes foi apenas o ensino básico concluido (70,49%), dado este que reforça nossas conclusões, ou seja, o baixo nível de escolaridade somado ao baixo poder aquisitivo colabora para o aumento no número das cirurgias realizadas como primeira op o.

Outros dados relevantes pesquisados, relacionados à vida sexual das pacientes, nos mostraram que 74% delas eram casadas e/ou mantinham vida sexual ativa e estavam inseridas no mercado de trabalho (61,72%) (Tabela 2). Acredita-se que o fato das pacientes terem vida sexual ativa as coloca em maior risco a processos inflamatórios, distúrbios menstruais ou até mesmo a DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis). Tais condi es benignas deveriam ser melhor avaliadas quanto à necessidade da cirurgia, conforme discutiremos mais adiante, embasados nos dados da tabela 4. Por outro lado, segundo Araújo e Aquino (2003), em um estudo similar ao apresentado, quando comparado com um grupo controle de mulheres com útero preservado, concluíram que a vida sexual ativa não influenciava na taxa de risco para histerectomia.

Tabela 2. Características dos casos de histerectomia segundo história sexual, reprodutiva e contraceptiva

(continua)

Características	Casos	
	Número	%
Vida sexual ativa		
Nunca teve	1	0,95
Não tem	14	13,34
Sim	90	85,71
Número de gesta�es		
Nenhuma	11	10,47
1-3	70	66,68
4 ou mais	24	22,85

Características	(conclusão)	
	Casos	
Número de filhos (paridade)		
Nenhuma	11	10,47
1-3	75	71,43
4 ou mais	19	18,10
Idade da primeira gravidez		
Não teve gravidez	11	10,47
Menos de 15 anos	6	5,72
Entre 16-25 anos	75	71,43
Entre 26-35 anos	12	11,43
Acima de 35 anos	1	0,95
Idade da última gravidez		
Não teve gravidez	11	10,47
Menos de 19 anos	4	3,81
Entre 20-29 anos	61	58,11
Entre 30-35 anos	18	17,14
35 anos ou mais	11	10,47
Laqueadura tubária		
Sim	66	62,86
Não	39	37,14
Uso de contraceptivo oral		
Sim		
Menos de 1 ano	5	4,76
1-4 anos	26	24,77
5-10 anos	27	25,71
Acima de 10 anos	13	12,38
Não	34	32,38

Fonte: Dados da Pesquisa

Em contraste com estudos realizados em outros países, que relataram um aumento progressivo do risco de histerectomia com a elevação do número de filhos (BRETT; MARSH; MADANS, 1997; SETTNES; JORGENSEN, 1996), observamos que mulheres com mais de quatro filhos apresentaram uma incidência quatro vezes menor de risco de histerectomia quando comparadas com mulheres que tiveram até três filhos. Por outro lado, o risco aumentou em sete vezes quando comparamos as mulheres que tiveram até três filhos em relação às mulheres nulíparas (Tabela 2). Este perfil, a princípio, parece

paradoxal, entretanto, sugere que a paridade não estaria expressando o efeito de processos unicamente biológicos relacionados à gravidez, mas refletindo outras dimensões da vida das mulheres que seriam determinantes do risco de histerectomia. Provavelmente, a falta de informação e de atendimento médico especializado a estas mulheres colaboram com estes índices.

Em nosso estudo, mais de 70% das mulheres pesquisadas tiveram a primeira gestação com idade entre 16 e 25 anos e a última entre 20 e 29 anos. Segundo Sacramento (2011), quanto mais tardia for a primeira gravidez e quanto maior o intervalo decorrido após o último parto, relata-se um aumento no diagnóstico de miomas, independente do número de filhos nascidos vivos. Outros autores descrevem um aumento de risco quatro vezes superior de ocorrência de mioma uterino em mulheres nulíparas em comparação com as mulheres múltíparas, e o risco diminui em 20 - 50% em mulheres que apresentam um filho nascido vivo, continuando a diminuir com o aumento do número de filhos nascidos vivos (mais de 4 filhos), apresentando um risco de 70 - 80% menor com relação à mulher nulípara (MUKHOPADHAYA; POKUAH; MANYONDA, 2007). Tal fato pode estar associado à frequência de procura de atendimento ginecológico, levando a omissão de casos de miomas em mulheres nulíparas.

De acordo com os dados informados na Tabela 3, nossos resultados apontam a miomatose uterina como a indicação predominante das histerectomias realizadas (83,83%), visando uma resolução definitiva. Os miomas são o tipo mais comum de tumores sólidos benignos presentes em mulheres de idade reprodutiva que se desenvolvem na parede muscular do útero. A incidência varia em uma faixa de 20 a 70% em mulheres na fase pré-menopausa tendo tendência a aumentar com a idade (SACRAMENTO, 2011; MUKHOPADHAYA; POKUAH; MANYONDA, 2007; TOZO et al., 2009). Estes dados são compatíveis com o descrito por Villar e Silva (2010) e Melo e Barros (2009), bem como faz referência à importância de se definir critérios de avaliação para a real necessidade de histerectomia por doença benigna, haja vista que em nossos estudos foi observado um predomínio de leiomioma uterino como responsável pela quase totalidade das histerectomias. O julgamento clínico quanto

À necessidade da cirurgia deveria, portanto, considerar a gravidade dos sintomas (quando sintomático), os riscos cirúrgicos, as implica es p s-cirúrgicas e as altera es psicológicas que geram a estas mulheres, uma vez que existem tratamentos não invasivos para este tipo de patologia (MYERS et al., 2002).

Com relação aos métodos contraceptivos (Tabela 2), houve predomin o do uso contraceptivo oral (pílula) e da laqueadura tubária sobre as demais formas de regulação da fecundidade, disponíveis como métodos contraceptivos no Brasil. Aproximadamente 50% das mulheres optaram pelo uso do contraceptivo oral no intervalo de 10 anos. No entanto, o efeito dos contraceptivos orais relacionado ao aumento de risco de histerectomias ainda é controverso. Alguns estudos demonstram uma associação positiva, enquanto outros, negativa. Porém, os estudos que demonstram associação positiva citam que a mesma está relacionada com a duração da sua utilização e com a quantidade de estrog nios que possuem (SACRAMENTO, 2011; MYERS et al., 2002). Este fato pode explicar parcialmente nossos resultados quanto ao aumento de histerectomia em mulheres com uso de contraceptivo oral por períodos mais longos, mas não   possível fazer relação com mulheres que optaram por outros métodos, pois, no momento da entrevista, as mulheres laqueadas (62,86%) relataram que também haviam feito uso de contraceptivos orais por longos períodos anteriores   laqueadura. Desta maneira, não existe um consenso quanto   existência de uma fundamentação biológica para o excesso de histerectomias entre mulheres com laqueadura, pois há evidências da maior incidência de distúrbios menstruais entre estas, fato este que favorece o uso de hormônios como reguladores do ciclo menstrual (WILCOX et al., 1992). Além disso, uma associação entre histerectomia e laqueadura tubária seria possível em ocasiões onde os médicos estariam propensos a optarem por uma solução cirúrgica para problemas ginecológicos de natureza benigna, quando as pacientes são mulheres que já encerraram definitivamente sua vida reprodutiva (GOLDHABER et al., 1993).

Tabela 3. Indicação para histerectomia

Indicação	Casos	
	Número	%
Neoplasias benignas de útero e ovário	88	83,83
Neoplasias malignas de útero e ovário	-	-
Hemorragia (sangramento uterino)	10	9,51
Prolapso uterino	4	3,81
Outros	3	2,85

Fonte: Dados da Pesquisa

A história menstrual das mulheres abrange não são a existência de distúrbios da função menstrual, mas também as causas ginecológicas como o sangramento uterino. Quando se observa neste estudo as demais indicações   prática da histerectomia, as hemorragias uterinas aparecem como a segunda causa de indicação (9,51%). Nestes casos, portanto, a hemorragia caracterizou-se como o principal motivo pelo qual as mulheres procuraram cuidados médicos, tendo assim, desencadeado o processo de investigação diagnóstica que resultou na indicação deste procedimento cirúrgico.

Dentre as mulheres entrevistadas, a menarca aconteceu entre oito e treze anos de idade, sendo que aos vinte anos, 80% das pacientes relataram que tinham um padrão menstrual normal (sem transtornos). Porém, nos últimos cinco anos que antecederam a cirurgia, 79,05% das pacientes apresentaram alteração do padrão menstrual, com transtornos relacionados principalmente ao aumento do fluxo sanguíneo. Segundo algumas pesquisas, o aparecimento de miomas é raro antes da menarca e após a menopausa, porém, aparecem na forma de miomas sintomáticos em 20-30% das mulheres em idade fértil e em 40% daquelas com mais de 40 anos (MYERS et al., 2002). Desta maneira, o principal motivo pelo qual as mulheres procuraram cuidados médicos pode estar relacionado diretamente ao tamanho, ao número e   localização dos miomas desenvolvidos no corpo uterino (submucoso, subseroso e intramural) ou ainda no colo uterino, sendo este último, o tipo menos frequente. Os miomas subserosos tendem a causar sintomas compressivos e distorção anat mica de órgãos adjacentes, os intramurais causam sangramento e dismenorreia, enquanto que os submucosos produzem frequentemente sangramentos

irregulares (CORLETA et al., 2007).

Muitas pacientes relataram que realizavam exame preventivo do colo uterino anualmente (Tabela 4), quanto à frequência de consultas realizadas nos últimos três anos. Porém, este procedimento era realizado com profissionais da enfermagem e posterior acompanhamento com médico clínico geral devido à falta de médicos especialistas na região onde vivem. Esta realidade pode também ter contribuído na escolha, por estes profissionais, pelo procedimento cirúrgico como primeira opção de tratamento da miomatose uterina e/ou dos distúrbios menstruais.

Tabela 4. Características dos casos de histerectomia segundo história menstrual e morbidades ginecológicas

Características	Casos	
	Número	%
Idade menarca		
8-13 anos	70	66,67
14 ou mais	35	33,33
Padrão menstrual prevalente aos 20 anos		
Com transtorno menstrual	21	20
Sem transtorno menstrual	84	80
Padrão menstrual prevalente nos últimos 5 anos		
Com transtorno menstrual	83	79,05
Sem transtorno menstrual	13	12,38
Não menstruou devido à menopausa	9	8,57
Menopausa		
Sim	10	9,52
Não	95	90,48
Número de consultas ginecológicas nos últimos 3 anos		
Nunca procurou	5	4,76
1-3 vezes	72	68,58
4 vezes ou mais	28	26,66

Fonte: Dados da Pesquisa

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, a indicação de histerectomia por tumores benignos ou transtornos menstruais, implica em estabelecer a cirurgia como necessária ou não. Esta decisão, aparentemente, se apresenta dependente apenas do julgamento médico. Este fato deveria na realidade ser construído com base em considerações quanto à gravidade dos sintomas e de uma série de outros aspectos mais subjetivos no âmbito fisiológico e psicológico das mulheres. Além disto, faz-se necessária a realização de outras investigações empíricas que permitam aprofundar o conhecimento da realidade no âmbito estadual e nacional, com o objetivo de prevenção e conscientização das mulheres na realização de acompanhamento ginecológico, a fim de se evitar a histerectomia.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, T. V. B.; AQUINO, E. M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, v.19, suppl. 2, p. 407-17, 2003.
- BRETT, K.; MARSH, J. V.; MADANS, J. H. Epidemiology of hysterectomy in the United States: Demographic and reproductive factors in a nationally representative sample. *J. Womens Health*, v.6, n.3, p.309-316, 1997.
- CORLETA, H. V. E. et al. Tratamento atual dos miomas. *Rev. Bras. Ginecl. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.324-328, 2007.
- GARRY, R. et al. The evaluate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*, v.328, n.7432, p.129-133, 2004.
- GOLDHABER, M. K., et al. Long-term risk of hysterectomy among 80,007 sterilized and comparison women at Kaiser Permanente, 1971-1987. *Am. J. Epidemiol.*, v.138, n. 7, p.508-521, 1993.
- JACOBSON, G. F. et al. Hysterectomy rates for benign in-

- dications. **Obstet. Gynecol.**, v.107, n.6, p.1278-83, 2006.
- JEFFCOATE, S. N. **Princ pios de ginecologia**. S o Paulo: Manole, 1983.
- JOHNSON, N. et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **BMJ**, v.330, n.7506, p.1478, 2005.
- KESKIMAKI, I.; SALINTO, M.; ARO, S. Private medicine and socioeconomic differences in the rates of common surgical procedures in Finland. **Health Policy**, v.36, n.3, p.245-259, 1996.
- LEFEBVRE, G. et al. The management of uterine leiomyomas. **J. Obstet. Gynecol. Can.**, v.25, n.5, p.396-418, 2003,
- LIPPI, U. G.; LOPES, R. G. C.; BARACAT, F. F. **Ginecologia: manual de normas e condutas**. S o Paulo: EPUB, 2002.
- LUOTO, R.; KESKIMARI, I.; REUNANEN, A. Socioeconomic variations in hysterectomy: Evidence from a linkage study of the Finnish hospital discharge register and population census. **J Epidemiol Commun Health.**, v.51, n. 1, p.67-73, 1997.
- MELO, M. C. B.; BARROS,  . N. Histerectomia e simbolismo do  tero: possíveis repercuss es na sexualidade feminina. **Rev SBPH**, v.12, n.2, p. 80-99, 2009.
- MUKHOPADHAYA, N.; POKUAH, A. G.; MANYONDA, I. T. Uterine fibroids: impact on fertility and pregnancy loss. **Obstet. Gynecol. Reprod. Med.**, v.17, p.311-317, 2007.
- MYERS, E. R. et al. Management of uterine leiomyomata: What do we really know? **Obstet. Gynecol.**, v.100, n. 1, p.8-17, 2002.
- SACRAMENTO, S. I. G. **Miomas uterinos, infertilidade e gravidez uma problemática actual**. 2011. Disserta o de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Integrado em Medicina, Porto (Portugal): Instituto Superior de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O sentido da sexualidade de mulheres submetidas a histerectomia. **Rev Enferm**, v.12, n.4, p.637-44, 2008.
- SBROGGIO, A. M. R. **Mitos em rela o   retirada do útero em mulheres hospitalizadas no período pré-operatório**. 2004. Disserta o de mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas (SP).
- SETTNES, A.; JORGENSEN, T. Hysterectomy in a Danish cohort. Prevalence, incidence and socio-demographic characteristics. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.75, p.274-280, 1996.
- S RIA, H. L. Z. et al. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.29, n.2, p.67-73, 2007.
- TOZO, I. M. et al. Avalia o da sexualidade em mulheres submetidas a histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.10, p.503-07, 2009.
- TRELOAR, A. S. et al. Predictors of hysterectomy: An Australian study. **J Obstet Gynecol**, v.160, p.945-54, 1999.
- VILLAR, A. S. E.; SILVA, L. R. História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. **Ciênc cuid saúde**, v.9, n.3, p.479-86, 2010.
- WILCOX, L. S. et al. Menstrual function after tubal sterilization. **Am J Epidemiol**, v.135, p.1368-81, 1992.

Recebido em: 30 de janeiro de 2013

Aceito em: 10 de março de 2013