Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Contraste entre as histerectomias por via vaginal e videolaparoscópica realizadas na região Sudeste: análise epidemiológica de série temporal

Contrast between vaginal and laparoscopic hysterectomies performed in the Southeast region: a time series epidemiological analysis

Contraste entre las histerectomías por vía vaginal y laparoscópica realizadas en la región Sudeste: análisis epidemiológico de serie temporal

Adriele França de Queiroz[1], Paloma Aparecida Matos[2], Yasmin Fernandes Ferreira[3], Mateus Esteva Monteiro Salerno[4], Mailson Costa de Queiroz [2].

RESUMO

Objetivo: Descrever as histerectomias realizadas por via videolaparoscópica (HVL) e vaginal (HV). **Métodos:** Estudo ecológico, descritivo e de série temporal, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informação Hospitalar do SUS para a região Sudeste, no período de 2013 a 2023. As variáveis analisadas incluíram o número de internações por HV e HVL, taxa de mortalidade, tempo médio de internação e o valor médio por internação, avaliadas quanto à normalidade, homogeneidade e significância. **Resultados:** Foram realizadas 26.257 HV e 2.966 HVL. A taxa de mortalidade foi de 0,04% para a HV e 0,03% para a HVL. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 2,4 dias para HV e 2,5 dias para HVL, resultando em um custo adicional de 8,16% por internação para HVL. As análises indicaram que não houve diferenças significativas entre as técnicas em relação à mortalidade, tempo de internação e custo (p>0,05). **Conclusão:** A via vaginal tende a ser mais vantajosa, levando em consideração a necessidade de maior investimento e infraestrutura na HVL.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Epidemiologia, Histerectomia, Sistema único de saúde, Estudos de séries temporais.

ABSTRACT

Objective: To describe hysterectomies performed via videolaparoscopic (VLH) and vaginal (VH) approaches. **Methods:** Ecological, descriptive, and time-series study, based on secondary data obtained from the SUS Hospital Information System for the Southeast region, from 2013 to 2023. The variables analyzed included the number of hospitalizations for VHL and VHL, mortality rate, mean length of hospital stay, and the mean value per hospitalization, assessed for normality, homogeneity, and significance. **Results:** A total of 26,257 VHL and 2,966 VHL were performed. The mortality rate was 0.04% for VHL and 0.03% for VHL. The mean length of hospital stay was 2.4 days for VH and 2.5 days for HVL, resulting in an additional cost of 8.16% per hospitalization for HVL. The analyses indicated that there were no significant differences between the techniques regarding mortality, length of hospital stay, and cost (p>0.05).

[1] Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco – AC.
[2] Universidade Federal do Acre, Rio Branco – AC.
[3] Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei – MG.
[4] Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

Conclusion: The vaginal route tends to be more advantageous, taking into account the need for greater investment and infrastructure in HVL.

Keywords: Women's health, Epidemiology, Hysterectomy, Unified health system, Time series studies.

RESUMEN

Objetivo: Describir las histerectomías realizadas por vía videolaparoscópica (HVL) y por vía vaginal (HV). **Métodos:** Estudio ecológico, descriptivo y de series temporales, basado en datos secundarios obtenidos del Sistema de Información Hospitalaria del SUS para la región Sudeste, de 2013 a 2023. Las variables analizadas incluyeron el número de hospitalizaciones por HVL y HV, la tasa de mortalidad, la duración media de la estancia hospitalaria y el valor medio por hospitalización, evaluados en cuanto a normalidad, homogeneidad y significancia. **Resultados:** Se realizaron un total de 26.257 HVL y 2.966 HV. La tasa de mortalidad fue de 0,04% para HVL y 0,03% para HV. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 2,4 días para HV y 2,5 días para HVL, resultando en un costo adicional del 8,16% por hospitalización para HVL. Los análisis indicaron que no hubo diferencias significativas entre las técnicas en cuanto a mortalidad, duración de la estancia hospitalaria y costo (p>0,05). **Conclusión:** La vía vaginal tiende a ser más ventajosa, considerando la necesidad de una mayor inversión e infraestructura en la HVL.

Palabras clave: Salud de la mujer, Epidemiología, Histerectomía, Sistema único de salud, Estudios de series temporales.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Ginecológica é uma subespecialidade da cirurgia geral que se dedica a intervenções para tratar condições do sistema reprodutor feminino. Dentre as cirurgias realizadas, a histerectomia se destaca, sendo amplamente praticada em todo o mundo. Tal procedimento é, logo a seguir à cesariana, a segunda cirurgia ginecológica mais frequentemente realizada nos países desenvolvidos e no Brasil em mulheres em idade reprodutiva (COSTA, 2016 e MELO; BARROS, 2009). Cerca de 20 a 30% das mulheres serão submetidas a essa operação até a sexta década de vida (COELHO, et al., 2015 e SÓRIA, et al., 2007).

Tal procedimento consiste na exérese do útero, podendo ser realizado por diferentes vias, tendo como principais: abdominal, vaginal ou laparoscópica (JOHNSON, et al., 2005). A cirurgia pode incluir a retirada total do útero e do colo uterino ou ser subtotal, mantendo-se apenas o colo do útero (COSTA, 2016). Tradicionalmente, cerca de 70-80% das histerectomias eram realizadas pela via abdominal, entretanto com o avanço tecnológico identificou-se uma maior incidência de complicações, traumas e morbidades associadas a essa abordagem. Todavia, a via vaginal demonstrou ser mais vantajosa em casos de patologias benignas, úteros móveis e ausência de doenças anexiais, embora sua superioridade em relação à via laparoscópica ainda não esteja claramente estabelecida (CANDIANI, et al., 2009).

A histerectomia é considerada um tratamento mais invasivo, sendo realizada após tratamento clínico ineficaz (MESQUITA, et al., 2021). Suas principais indicações incluem condições benignas, como adenomiose e miomatose, ou malignas, como neoplasias de ovário, colo e corpo uterino (GUTIERREZ, 2015). A escolha da via e técnica cirúrgica são pautadas nos fatores que afetam o arcabouço uterino, como idade da paciente, hábitos sexuais e histórico de rastreamento e/ou lesões cervicais, além da experiência do cirurgião e infraestrutura disponível, fato que em algumas circunstâncias pode se tornar um fator limitante (SÓRIA, et al., 2007 e MESQUITA, et al., 2021), principalmente no contexto da via videolaparoscópica que requer um treinamento maior e recursos especializados.

A escolha da via cirúrgica é influenciada, também, pelas contraindicações específicas de cada técnica. Apesar dos avanços e das vantagens da abordagem laparoscópica, a via abdominal ainda é vastamente utilizada nos serviços de saúde, especialmente em casos com contraindicações relativas à via vaginal (COSTA, 2016 e RICHARDSON RE, et al., 1995). Nos últimos anos, tem-se observado um aumento da frequência e da relevância da transição da via laparotômica para a laparoscópica. Essa migração se justifica

pela capacidade da laparoscopia de fornecer uma visão panorâmica da pelve vaginal e do conteúdo abdominal, além de possibilitar adesiólises extensas ao redor do útero e anexos, o que contribui para a segurança e eficácia do procedimento (RICHARDSON RE, et al., 1995).

Além dos aspectos técnicos, é fundamental destacar os benefícios clínicos e econômicos inerentes a cada abordagem. A HV está associada à menor tempo operatório, menor tempo de internação, menor intensidade de dor no pós-operatório e redução de complicações imediatas, além de refletir em menores custos diretos para o sistema de saúde pública (LEE, et al., 2019; AARTS, et al., 2015; SANDBERG, et al., 2017). Por sua vez, a HVL, embora exija maior investimento em infraestrutura tecnológica, capacitação profissional e maior tempo cirúrgico, apresenta vantagens clínicas relevantes, como menor perda sanguínea, menor risco de infecções de ferida operatória, menor taxa de complicações relacionadas à cicatrização e melhores resultados estéticos, além de possibilitar uma visualização mais ampla da cavidade abdominal (RICHARDSON RE, et al., 1995; LEE et al., 2019; AARTS, et al., 2015; SANDBERG, et al., 2017). No entanto, no contexto da saúde pública brasileira, a via vaginal permanece como a estratégia preferencial, sobretudo devido à sua maior relação custo-benefício, menor dependência de tecnologia especializada e ampla aplicabilidade em centros com limitações estruturais (AARTS, et al.,2015; SANDBERG, et al., 2017; FARIA, et al., 2023).

Diante disso, observou-se o aumento da relevância da histerectomia no cenário nacional, especialmente com os avanços tecnológicos na medicina. Nessa senda, torna-se pertinente realizar uma análise epidemiológica na região Sudeste, que abrange uma população expressiva do país, podendo subsidiar estratégias de aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde materna. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever as histerectomias realizadas por via videolaparoscópica (HVL) e vaginal (HV) no sistema de saúde brasileiro, na região Sudeste, entre 2013 e 2023. O estudo buscou verificar se há diferenças entre as técnicas em relação à média de permanência, número de internações, taxa de mortalidade e custos, com o intuito de mensurar possíveis benefícios de uma abordagem sobre a outra.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e de série temporal, utilizando dados secundários com uma abordagem quantitativa, fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), mediante a consulta ao sítio eletrônico do departamento em 21 de novembro de 2023.

A coleta de dados foi realizada por meio das seguintes etapas no sistema DATASUS: (1) Acesso ao DATASUS pelo site: http://www2.datasus.gov.br, na seção "Informações de Saúde (TABNET)"; (2) (2) Seleção da opção "Assistência à Saúde" e acesso à página "Produção Hospitalar (SIH/SUS)"; (3) Escolha dos “Dados Consolidados AIH (RD) por local de internação a partir de 2008” e abrangência geográfica selecionado "Brasil por Região e Unidade da Federação"; (4) Para obtenção dos resultados, foram selecionados os seguintes critérios: "Unidade da Federação" na linha, "Ano de internação" na coluna e, como conteúdo, o número de internações, o valor médio das internações, a média de permanência e os óbitos; (5) Foram considerados os dados do período de janeiro de 2013 a setembro de 2023, abrangendo a região Sudeste, com caráter de atendimento eletivo e de urgência, os procedimentos selecionados foram: histerectomia por via vaginal (código0409060100) e histerectomia videolaparoscópica (código 0409060151), pertencentes ao grupo de procedimentos cirúrgicos (código 04).

Os critérios de exclusão adotados foram: histerectomias realizadas em regime privado, internações ocorridas em outras regiões do país e cirurgias realizadas fora do período analisado. Além disso, não foram incluídas outras vias de histerectomia. O estudo incluiu exclusivamente mulheres submetidas a HV ou HVL na rede pública, residentes na região Sudeste, dentro do período analisado. As variáveis coletadas foram: número de internações por procedimento, taxa de mortalidade, tempo médio de internação e valor médio por internação.

Os dados foram previamente analisados quanto à sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e homogeneidade pelo teste de Bartlett. Para a análise de significância das variáveis numéricas, utilizou-se a

estatística não paramétrica pelo teste de Mann-Whitney, já que os dados em quase toda a sua totalidade não apresentavam distribuição normal (p-valor=0,006) e homogênea (p-valor=0,045). Para a análise das variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2). Todos os dados foram analisados utilizando o programa Epi-Info 2021 a um nível de significância de 5%.

Este estudo foi conduzido em conformidade com a Lei 14.784/2024 e as diretrizes das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016. Desse modo, a aprovação pelo comitê de ética torna-se dispensável, uma vez que foram utilizados exclusivamente dados secundários, anonimizados e de acesso público.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos, foram realizadas 26.257 histerectomias por via vaginal e 2.966 videolaparoscópicas totalizando 29.223 cirurgias desse tipo na região Sudeste do Brasil. Nesse mesmo intervalo de tempo, ocorreram 13 óbitos devido a cirurgia vaginal (0,04% de mortalidade) e 1 óbito para a cirurgia videolaparoscópica (0,03%).

O tempo médio de permanência hospitalar para os procedimentos foi de 2,4 dias para via vaginal e 2,5 dias por vídeo. Os custos médios para cada internação foram de R$ 604,11 para via vaginal e R$ 653,43 para a videolaparoscópica, conforme demonstra a (**Tabela 1**), o que totalizam para saúde pública um gasto adicional de 8,16% a mais por internação aprovada para realização por meio da HVL.

As técnicas de histerectomia observadas foram similares, ou seja, sem diferenças significativas em relação a taxa de mortalidade, tempo médio de internação e custo por internação (p-valor>0,05) (**Tabela 1**). Isso implica que a HV e HVL de acordo com as variáveis utilizadas, são estatisticamente semelhantes entre si.

Tabela 1 - Comparação entre as técnicas de histerectomia por HV e HVL na região Sudeste no período de 2013 a 2023. Apresentam-se dados referentes ao número de internações, óbitos, taxa de mortalidade, tempo médio de internação (em dias) e custo médio por internação (em reais).

Parâmetros avaliados	Histerectomia		p-valor
	Vaginal HV	Videolaparoscópica	
Internações aprovadas	26.257	2.966	*0.0001*
Óbitos	13	1	-
Taxa de mortalidade	0,03%	0,04%	*0,709*
Tempo médio de internação (dias)	2,4	2,5	*0,117*
Custos por internação (R$)	604,11	653,43	*0,303*

Fonte: Queiroz AF, et al., 2026; dados extraídos do TABNET/DATASUS, 2023.

As histerectomias realizadas por via vaginal e por via videolaparoscópica eram inicialmente pouco frequentes, totalizando apenas 109 procedimentos em 2013. Em 2019, houve um brusco aumento com 3.255 cirurgias realizadas. Entre 2015 e 2019, o número de procedimentos manteve-se estável, mas apresentou uma queda significativa nos anos de 2020 e 2021, seguida por um novo crescimento em 2022 e 2023. Esse padrão, conforme demonstrado na (**Tabela 2**), sugere uma possível interferência da pandemia de Covid-19 na realização desses procedimentos cirúrgicos.

Tabela 2 - Análise descritiva da quantidade mensal de internações aprovadas de histerectomia por via vaginal HV) e videolaparoscópica (HVL) na região Sudeste no período de 2013 a 2023.

Ano	Histerectomia Vaginal	Histerectomia Videolaparoscópica
2013	109	10
2014	3.255	175
2015	2.893	262
2016	2.836	315
2017	2.780	327
2018	2.627	319
2019	2.724	335
2020	1.374	157
2021	1.804	213
2022	3.396	386
2023	2.459	467
Total	**26.257**	**2.966**

Fonte: Queiroz AF, et al., 2026; dados extraídos do TABNET/DATASUS, 2023.

Foi realizado o cálculo do índice de proporção de serviço especializado por internação, conforme apresentado na (**Tabela 3**). Observou-se que foram realizadas 59,8 internações por HV a cada 100.000 internações hospitalares na Região Sudeste no período estudado. Quando comparamos com o mesmo índice para a HVL, tivemos 6,4 a cada 100.000 internações. Quando avaliamos esse índice por estados, observamos que em Minas Gerais, a cada 100.000 internações para realização de histerectomias, 65,8 são HV e 4,2 são HVL. No Espírito Santo, 65,6 são HV e 0,6 são HVL. Em São Paulo, 54,8 são HV e 8,5 são HVL, enquanto no Rio de Janeiro, são 64,7 HV e 5,3 HVL.

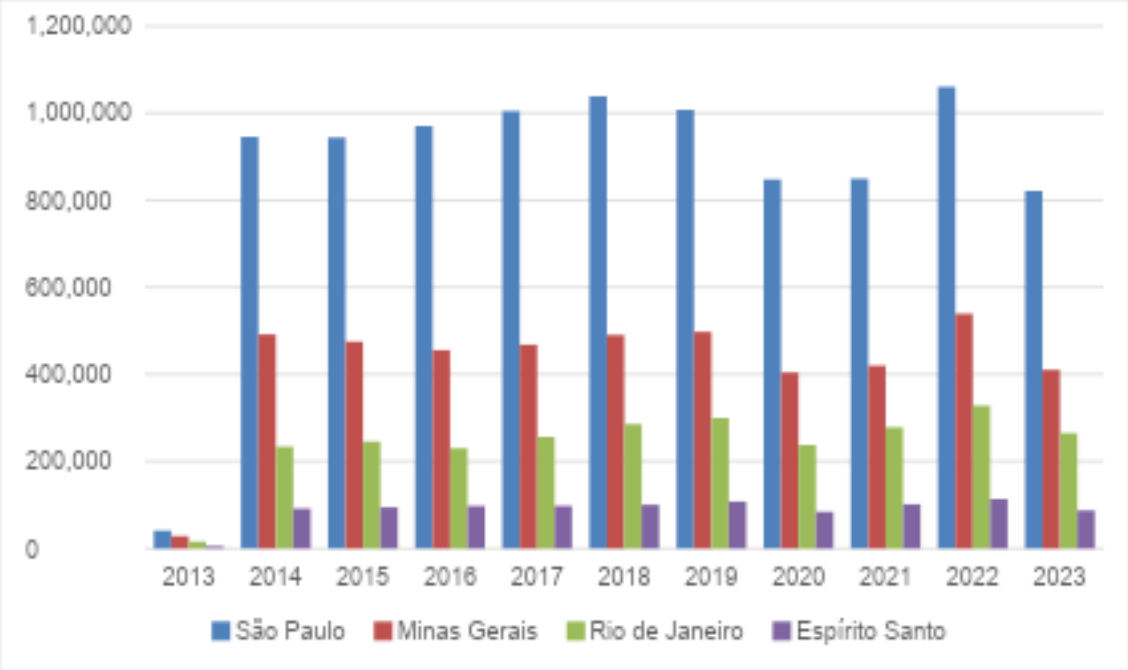
Tabela 3 - Proporção de internações entre as técnicas por via vaginal (HV) e videolaparoscópica (HVL) por 100.000 internações para histerectomias nos estados da região Sudeste, no período de 2013 a 2023.

Estados	Histerectomia Vaginal	Histerectomia Videolaparoscópica
Minas Gerais	65,8	4,2
Espírito Santo	65,6	0,6
São Paulo	54,8	8,5
Rio de Janeiro	64,7	5,3
Região Sudeste	59,8	6,4

Fonte: Queiroz AF, et al., 2025; dados extraídos do TABNET/DATASUS, 2023.

Em uma mensuração dentro de todas as internações com finalidade cirúrgica no mesmo intervalo de tempo assumido pelo estudo, a histerectomia vaginal representou aproximadamente 0,14% do número total de internações que foi de 17.938.478 (**Gráfico 1**), indicando que a cada 683 internações, uma possuía a finalidade de HV. Já a histerectomia videolaparoscópica representou cerca de 0,016%, sendo realizada em uma proporção de um para 6.048 procedimentos.

Gráfico 1 - Procedimentos cirúrgicos realizados nos estados da região sudeste, no período de 2013 a 2023.



Fonte: Queiroz AF, et al., 2026; dados extraídos do TABNET/DATASUS, 2023.

Com relação a uma proporção de todas as internações com finalidade cirúrgica envolvendo procedimentos de histerectomia, a HV representou aproximadamente 8,36% do número total de histerectomia, indicando que a cada 11 histerectomias, uma tinha a finalidade de HV, sendo destas, a 4ª técnica mais realizada. Já a HVL representou cerca de 0,94%, sendo realizada em uma proporção de um para 105 procedimentos, sendo destas, a sétima técnica mais realizada.

DISCUSSÃO

As descobertas deste estudo são consistentes com os dados publicados na literatura, que demonstram não haver diferença significativa na mortalidade e no tempo de permanência hospitalar entre os procedimentos realizados por via vaginal e por via laparoscópica (LEE, et al., 2019 e AARTS, et al., 2015). Dessa forma, conclui-se que não se verifica superioridade de uma técnica sobre a outra quanto a esses aspectos (BARBOSA; ROSSI, 2022). Todavia, os estudos analisados também indicam vantagens da histerectomia vaginal sobre a histerectomia por laparoscopia para tratamentos de doenças benignas, e destacam maior tempo operatório e lesões no trato urinário com maior incidência (AARTS, et al., 2015). Ainda de forma comparativa, apesar de não ser um resultado direto, há uma associação com menor tempo de internação, menor tempo operatório e menor dor pós-operatória após 24 horas do procedimento (LEE, et al., 2019). Esses fatores não são objetivo de análise direta deste trabalho, entretanto, são fundamentais para a prática clínica e tomada de decisões.

Ademais, a literatura destaca a histerectomia vaginal como a técnica de escolha, por apresentar melhor custo-benefício, tempo de recuperação ligeiramente inferior, menor incidência de complicações pós-operatórias e tempo de internação reduzidos (AARTS, et al., 2015 e SANDBERG et al., 2017).Sendo assim, nossos achados convergem com estudos europeus e americanos, os quais indicam que a abordagem laparoscópica possui custo superior em comparação à via vaginal (LEE, et al., 2019; AARTS, et al., 2015; SANDBERG, et al., 2017). De forma a complementar, a região Sudeste brasileira reflete essa tendência ao ser evidenciado neste trabalho que o número de histerectomias por via vaginal é 8,86 vezes maior, em relação à histerectomia por vídeo.

Consoante aos materiais internacionais, na literatura científica nacional, a via vaginal tem-se destacado como a principal abordagem cirúrgica nas histerectomias (BARBOSA; ROSSI, 2022; FARIA, et al., 2023; TRIGO ÁLVARO; GUIMARÃES; ANDRADE E SILVA, 2022). Ainda que os dados disponíveis não apontam diferenças significativas entre as vias vaginal e videolaparoscópica no que tange à mortalidade e ao tempo médio de internação hospitalar, é notório reconhecer que a escolha pela via cirúrgica transcende tais indicadores (BARBOSA; ROSSI, 2022). A eleição acerca da técnica a ser empregada deve considerar uma análise qualitativa, abordando benefícios clínicos, proficiência do cirurgião, disponibilidade de equipamentos e da adequação anatômico-patológica da paciente à técnica proposta (BARBOSA; ROSSI, 2022 e FARIA, et al., 2023).

Embora em muitos países desenvolvidos haja uma redução na realização de histerectomias, possivelmente reflexo do desenvolvimento e do acesso precoce a serviços de saúde, este estudo identificou um aumento significativo em 2014, dado que sugere maior acessibilidade ao procedimento por uma parcela mais ampla da população (CURE; ROBSON, 2018).Tal incremento pode estar relacionado a políticas públicas implementadas nesse período, como o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), que priorizou municípios com maiores índices de pobreza e difícil acesso, e o Programa Mais Médicos, instituído em 2013, que buscou expandir o provimento de médicos em localidades com alta vulnerabilidade social (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017 e ANDERSON, 2019).

Observa-se uma estabilização na realização desses procedimentos, com diminuição apenas durante os anos de 2020 e 2021, sugerindo uma interferência da pandemia de COVID-19 (CURE; ROBSON, 2018; MERRILL, 2008; LUNDHOLM, et al., 2009; WRIGHT, et al., 2013).A literatura demonstra uma queda no número de cirurgias eletivas, com represamento de demandas e posterior aumento dos procedimentos nos anos subsequentes (BARROS, et al., 2024 e ALMEIDA et al., 2020).O estudo de Gupta et al. (2021) evidenciou esse impacto, exibindo uma redução de 1.545 procedimentos ginecológicos em 2019 para 942 em 2020, o que representa uma queda de 39% (GUPTA, et al., 2021). Esse cenário decorre, sobretudo, das medidas restritivas adotadas para conter a disseminação viral, priorizar leitos de terapia intensiva para casos graves e minimizar riscos de complicações no pós-operatório (BARROS, et al., 2024 e ALMEIDA, et al., 2020).

No Sudeste brasileiro, estima-se que 55 a cada 100.000 internações sejam decorrentes de histerectomia por via vaginal e 6 a cada 100.000 por videolaparoscópica, representando juntas 0,61% das internações totais da região. Esses achados reforçam a relevância do tema no contexto da saúde pública e refletem desigualdades regionais em relação ao acesso aos diferentes tipos de abordagem cirúrgica. Tais resultados estão em consonância com o estudo de Afonso et al. (2024), que identificou maior prevalência de histerectomia entre mulheres com melhores condições socioeconômicas, em união estável, com acesso a planos de saúde e maior adesão a exames preventivos, como o Papanicolau. Assim, a maior concentração de procedimentos no Sudeste pode ser explicada pelo maior desenvolvimento socioeconômico e pela segunda maior renda per capita do país (IBGE, 2022).

Curiosamente, enquanto a literatura indica uma tendência decrescente na proporção de histerectomias por via vaginal, mesmo sendo está mais custo-efetiva que a laparoscópica, este estudo demonstra que, no Sudeste, essa técnica permanece como a mais prevalente (TURNER, et al., 2013 e JOHANSON, et al., 2020).Destaca-se, o estado do Espírito Santo, que apresenta a segunda maior proporção de internações por HV, convergindo com os números dos outros estados. No entanto, registra uma taxa significativamente menor de HVL em relação às outras áreas analisadas, o que pode refletir um número reduzido de hospitais com infraestrutura adequada para a realização desse tipo de procedimento.

Wilkinson et al. (2021) analisaram as barreiras enfrentadas por países de baixa e média renda na formação em cirurgia laparoscópica, apontando limitações como falta de financiamento para aquisição e manutenção de equipamentos, escassez de profissionais capacitados para treinamento, salas cirúrgicas não adaptadas, ausência de currículos específicos e insuficiência de oportunidades práticas (WILKINSON, et al., 2021). Tais particularidades impactam diretamente na escolha da técnica, levando muitos centros a optarem por métodos tradicionais, como a histerectomia abdominal ou vaginal, que demandam menos recursos. Para superar esses detrimentos, é essencial investir na modernização da infraestrutura hospitalar, capacitação contínua de profissionais, aquisição de tecnologias adequadas e desenvolvimento de currículos adaptados à realidade local.

Contrariamente, o estado de São Paulo possui a maior taxa de internações por histerectomia videolaparoscópica e, simultaneamente, a menor proporção de procedimentos por via vaginal. Isso reflete uma maior adoção da técnica laparoscópica, favorecida pela ampla disponibilidade de recursos tecnológicos e infraestrutura adequada. Consequentemente, São Paulo exibe o menor custo médio para internações por histerectomia vaginal, mas o maior custo associado à laparoscópica, quando comparado aos demais estados da região Sudeste.

O presente estudo representa um levantamento de dados pioneiro sobre as diferenças nas abordagens cirúrgicas da histerectomia na região Sudeste do Brasil. Ressalta-se que a fonte de dados foi o DataSUS, um banco de informações vinculado exclusivamente ao sistema público de saúde. Sob tal lógica, a ausência de dados da rede privada constitui uma limitação, pois os resultados refletem apenas a realidade do Sistema Único de Saúde, podendo haver viés interpretativo caso os dados do setor privado apresentem dados divergentes.

Com o intuito de promover maior detalhamento e direcionamento dos dados, este trabalho restringiu-se intencionalmente à análise dos procedimentos realizados no SUS, servindo como base comparativa para estudos semelhantes conduzidos em outras regiões ou períodos. A não inclusão dos dados da rede privada deve-se às limitações no acesso e na distribuição dessas informações, prática comumente adotada na literatura científica (LEE, et al.,2019; AARTS, et al., 2015; SANDBERG, et al., 2017).

Por se tratar de dados secundários, existe a possibilidade de subnotificação, preenchimento inadequado das fichas e envio de informações imprecisas, considerando que a qualidade dos registros depende diretamente da correta descrição dos procedimentos realizados. Somado a isso, este estudo baseia-se exclusivamente em uma análise quantitativa, o que limita uma compreensão mais abrangente dos fatores que influenciam as variações regionais. A própria limitação do banco de dados impossibilitou a inclusão de variáveis importantes, como o perfil sociodemográfico das pacientes e informações detalhadas sobre os procedimentos cirúrgicos. Portanto, ressalta-se a necessidade de pesquisas futuras para aprofundar a compreensão desses determinantes.

Adicionalmente, foram avaliadas apenas duas modalidades cirúrgicas, excluindo a via abdominal nesta análise, visto que nosso objetivo era a avaliação da utilização das novas técnicas cirúrgicas de histerectomias no sistema público de saúde da região Sudeste. No entanto, a não inclusão da totalidade dos dados pode gerar um viés interpretativo, especialmente se os procedimentos não analisados apresentarem resultados discrepantes na avaliação final.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos indicam que as histerectomias mantiveram-se estáveis na região Sudeste, com predominância da via vaginal sobre a laparoscópica. Entretanto, não houve superioridade entre as duas técnicas do ponto de vista estatístico quanto à mortalidade, tempo de internação e custo. Ao se levar em consideração a necessidade de uma infraestrutura adequada e preparo dos cirurgiões, bem como maior investimento na HVL, atualmente pode-se sugerir maiores vantagens ao utilizar-se a via vaginal, devido à maior acessibilidade. Faz-se necessário mais estudos que realizem a caracterização do perfil epidemiológico em cada região e que levem em consideração os custos indiretos para o procedimento, para otimizar a distribuição de recursos e aprimorar a qualidade dos cuidados ofertados.

REFERÊNCIAS

1. AARTS JW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015; 8: CD003677.
2. AFONSO LO, et al. Prevalência de histerectomia e fatores associados em mulheres brasileiras com 50 anos ou mais: resultados do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil). BMC Public Health, 2024; 24: 1747.
3. ALMEIDA ALC, et al. Repercussões da pandemia de COVID-19 na prática assistencial de um hospital terciário. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2020; 115(5): 862–870.
4. ANDERSON MI. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2019; 14(41): 2180.
5. BARBOSA JSR, ROSSI LMT. Estudo epidemiológico comparativo entre a histerectomia videolaparoscópica versus vaginal. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2022; 8(11): 2014–2022.
6. BARROS AD, et al. O impacto da pandemia de COVID-19 na cirurgia eletiva e a sobrecarga do sistema de saúde após o retorno dos procedimentos no Brasil: um estudo transversal. Brazilian Journal of Health Review, 2024; 7(9): e75269.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2022. IBGE, 2022.
8. CANDIANI M, et al. Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2009; 200(4): 368.e1–368.e7.
9. COELHO SM, et al. Epidemiological profile and postoperative complications of women undergoing gynecological surgery in a reference center in the northern Brazilian Legal Amazon. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2015; 42(6): 372–375.
10. COSTA JRCC. Tipos e vias de abordagem cirúrgica da histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário [monografia]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2016; 45p.
11. CURE N de e ROBSON SJ. Changes in hysterectomy route and adnexal removal for benign disease in Australia 2001–2015: a national population-based study. Minimally Invasive Surgery, 2018; 1–6.
12. FARIA PM, et al. Comparação epidemiológica da histerectomia vaginal e videolaparoscópica no Brasil de 2016 a 2021. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 2023; 9(5): 3080–3089.
13. GUPTA S, et al. Analysis of COVID-19 response and impact on gynecologic surgery at a large academic hospital system. JSLS: Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons, 2021; 25(4): e2021.00056.

14. GUTIERREZ AL. Avaliação do tempo cirúrgico e de recuperação pós-operatória nas pacientes submetidas à histerectomia robótica e outras técnicas de histerectomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015; 98p.
15. JOHANSON ML, DÖGL M, LIENG M. Hysterectomy in Norway 2008–18. Tidsskr Nor Laegeforen, 2020; 140(14).
16. JOHNSON N, et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 2005; 330(7506): 1478.
17. LEE SH, et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. BMC Women's Health, 2019; 19(1): 83.
18. LUNDHOLM C, et al. Hysterectomy on benign indications in Sweden 1987–2003: a nationwide trend analysis. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2009; 88(1): 52–58.
19. MACHADO CV, LIMA LD, BAPTISTA TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cadernos de Saúde Pública, 2017; 33(Supl.2).
20. MELO MCB, BARROS ÉN. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2009; 12(2): 80–99.
21. MERRILL RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. Medical Science Monitor, 2008; 14(1): CR24–31.
22. MESQUITA YCS, et al. Perfil epidemiológico dos casos de histerectomia em um hospital universitário terciário. Medicina (Ribeirão Preto), 2021; 54(1): e174293.
23. RICHARDSON RE, et al. Is laparoscopic hysterectomy a waste of time? The Lancet, 1995; 345(8941): 36–41.
24. SANDBERG EM, et al. Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2017; 24(2): 206–217.e22.
25. SÓRIA HLZ, et al. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na residência médica no Brasil? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2007; 29(2): 67–73.
26. TRIGO ÁA, et al. Histerectomia: análise de dados comparativos entre técnicas videolaparoscópica e vaginal. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 8: e10146.
27. TURNER LC, et al. Hysterectomy surgical trends: a more accurate depiction of the last decade? American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013; 208(4): 277.e1–277.e7.
28. WILKINSON E, et al. Barriers to training in laparoscopic surgery in low- and middle-income countries: a systematic review. Tropical Doctor, 2021; 51(3): 408–414.
29. WRIGHT JD, et al. Nationwide trends in the performance of inpatient hysterectomy in the United States. Obstetrics & Gynecology, 2013; 122(2): 233–241.