



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
CAMPUS SENADOR HELVÍDEO NUNES DE BARROS



DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CURSO DE MEDICINA

MICHELE MIRELA DA SILVA PEREIRA RAMOS

**HISTERECTOMIA PERIPARTO EM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO  
NORDESTE BRASILEIRO**

PICOS

2023

MICHELE MIRELA DA SILVA PEREIRA RAMOS

**HISTERECTOMIA PERIPARTO EM HOSPITAL PÚBLICO  
NO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO**

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de pesquisa: Complicações Gestacionais

Orientador: Prof. Jefferson Torres Nunes

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes

---

Prof. Tercio Luz

---

Preceptora. Talita Barros

Picos

2023

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**R175h** Ramos, Michele Mirela da Silva Pereira  
Histerectomia periparto em Hospital Público no interior do nordeste brasileiro [recurso eletrônico] / Michele Mirela da Silva Pereira Ramos – 2023.  
44 f.

1 Arquivo em PDF  
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB  
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Medicina, Picos, 2023.  
“Orientador: Esp. Jefferson Torres Nunes”

1. Histerectomia. 2. Atonia uterina. 3. Hemorragia pós-parto. I. Nunes, Jefferson Torres. II. Título.

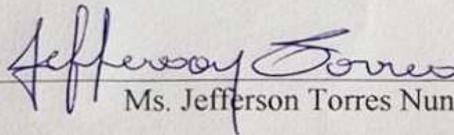
**CDD 618.145 3**

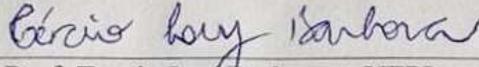
MICHELE MIRELA DA SILVA PEREIRA RAMOS

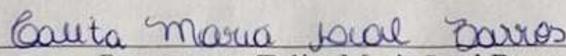
HISTERECTOMIA PERIPARTO EM HOSPITAL PÚBLICO NO INTERIOR DO  
NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Bacharelado em Medicina da  
Universidade Federal do Piauí, Campus  
Senador Helvídio Nunes de Barros como  
requisito parcial para obtenção do Grau de  
Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA:

  
Ms. Jefferson Torres Nunes – UFPI

  
Prof. Tercio Luz Barbosa – UFPI

  
Preceptora- Talita Maria Leal Barros

Dedico este trabalho a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia e aos meus queridos pais pelo amor e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço ao meu Deus, pela força e perseverança durante o curso e pela vitória de me formar em medicina.

Aos meus pais pela educação, amor e dedicação a minha formação, em especial a minha querida mãezinha Leudiam (in memoriam), cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos nossos esforços. Com muita gratidão.

Agradeço ao meu amado esposo por segurar a minha mão, pelas palavras amigas e por toda paciência nesse momento de construção do meu TCC, por todo seu amor, muito obrigada.

A minha irmã por seu amor e atenção que foi essencial para minha conclusão do curso.

A minha querida família pelo amor e incentivo.

Agradeço ao meu orientado, Professor Jefferson Torres Nunes por ter aceitado acompanhar-me neste projeto. O seu empenho foi essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso.

Aos grandes professores do curso de Medicina campus Senador Helvídio Nunes de Barros por toda sabedoria e entrega, meu sincero agradecimento por todo ensinamento transmitido a nós, alunos, ao longo do curso.

Aos meus grandes amigos da graduação que compartilharam de todos os momentos felizes e tristes desta caminhada e que apesar das fases difíceis, nunca se afastaram, estavam sempre me apoiando em todas as decisões tomadas.

A todos os meus colegas de sala pelos anos de experiência que passamos juntos nesses últimos seis anos e meio, pelos momentos de dificuldade, pelos momentos felizes e pelas agradáveis lembranças que nunca sairão do meu coração.

Finalmente, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez  
tão importante” (*Antoine Saint Exupéry*).

## RESUMO

*Objetivos:* identificar a incidência e prevalência de histerectomias puerperais, conhecer as principais etiologias, buscando traçar o perfil clínico-epidemiológico e obstétrico de uma maternidade pública no interior do Piauí.

*Métodos:* Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal com abordagem quantitativa que será realizado na maternidade do Piauí com todas as mulheres submetidas a laparotomia com histerectomia puerperal no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022. Utilizado um formulário onde constam informações sobre as características epidemiológicas e clínicas das pacientes.

*Resultados:* foram analisados dados de sete (7) pacientes após serem submetidas ao procedimento de histerectomia puerperal. O diagnóstico obtido na internação hospitalar com 42,8% diagnóstico de síndromes hemorrágicas, 28,5% síndromes hipertensivas, 14% polidrâmnio, 28,5% gemelaridade, 14% trabalho de parto prolongado, 14% indução de trabalho de parto e 14% acretismo placentário, sendo então atribuído a etiologia da hemorragia pós-parto (HPP): 71,44 % atonia uterina, 14,28 % acretismo placentário e 14,28% defeitos de coagulação. Além disso, durante internação 85% obtiveram necessidade de hemoderivados e 42,8% necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI).

*Conclusões:* elevada taxa de incidência de histerectomia puerperais observada na maternidade estudada e etiologia ratificado com a literatura. Este estudo serve como embasamento para melhor a atuação da equipe multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVES:** Histerectomia; Atonia uterina; Hemorragia pós-parto

## ABSTRACT

*Objectives:* to identify the incidence and prevalence of puerperal hysterectomies, to know the main etiologies, seeking to trace the clinical, epidemiological and obstetric profile of a public maternity hospital in the interior of Piauí.

*Methods:* This is a retrospective, longitudinal study with a quantitative approach that will be carried out at the maternity hospital in Piauí with all women who underwent laparotomy with puerperal hysterectomy from January 2020 to January 2022. epidemiological and clinical characteristics of the patients.

*Results:* data from seven (7) patients after undergoing puerperal hysterectomy were analyzed. The diagnosis obtained during hospitalization with 42.8% diagnosis of hemorrhagic syndromes, 28.5% hypertensive syndromes, 14% polyhydramnios, 28.5% twins, 14% prolonged labor, 14% induction of labor and 14% Placental accreta, being then attributed to the etiology of postpartum hemorrhage (PPH): 71.44% uterine atony, 14.28% placental accreta and 14.28% coagulation defects. In addition, during hospitalization, 85% needed blood products and 42.8% required admission to an intensive care unit (ICU).

*Conclusions:* high incidence rate of puerperal hysterectomies observed in the studied maternity and etiology ratified with the literature. This study serves as a basis for improving the performance of the multidisciplinary team.

**KEYWORDS:** Hysterectomy; Uterine atony; postpartum hemorrhage

## LISTA DE QUADROS

QUADRO	PÁGINA
Quadro 1 – Condições potencialmente ameaçadoras da vida que podem acometer uma gestante ou puérpera.....	12
Quadro 2 – Critérios da OMS para diagnósticos do near miss materno.....	13

## LISTA DE TABELAS

TABELA	PÁGINA
TABELA.01. Características sociodemográficas de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre de janeiro de 2020 a janeiro de 2022.....	22
TABELA.02. Características obstétricas de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022.....	23
TABELA 03: Diagnóstico na internação de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022.....	24
TABELA 04: Etiologia da Hemorragia pós-parto (HPP) de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022.....	24

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PÁGINA
GRAFICO 01.....	25
GRAFICO 02.....	26
GRAFICO 03.....	26

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CPAV** condições potencialmente ameaçadoras da vida

**DHEG** Doença Hipertensiva Específica da Gestação

**DPP** Descolamento Prematuro de Placenta

**NV** Nascidos vivos

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PP** Placenta prévia

**UI** unidades internacionais

**UTI** Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Delineamento do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Local e período do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3. População do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4. Variáveis analisadas .....</b>	<b>20</b>
<b>3.5 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>20</b>
<b>3.6 Procedimentos para análise dos dados .....</b>	<b>20</b>
<b>3.7 Aspectos éticos e legais .....</b>	<b>20</b>
<b>3.8 Levantamento Bibliográfico .....</b>	<b>21</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>5.DISSCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>7. APÊNDICE .....</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maioria das gestações progredirá de uma forma saudável e fisiológica, finalizando-se com um parto sem intercorrências, gerando um conceito de peso e desenvolvimento adequado, com a plena recuperação da mulher ao fim do puerpério. Porém uma parcela das mulheres será, entretanto, acometida por complicações diversas, das menos graves às mais graves. Dentre as condições mais graves, algumas foram classificadas como condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV). Estas condições associam-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida, e foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde como evidenciados no quadro 01. (SANTANA DS et al, 2018).

Quadro 1 – Condições potencialmente ameaçadoras da vida que podem acometer uma gestante ou puérpera

Desordens hemorrágicas	Desordens hipertensivas	Outras desordens sistêmicas	Indicadores de manejo
Placenta prévia Placenta acreta/increta/percreta Gestação ectópica Hemorragia pós-parto Rotura uterina	Pré-eclâmpsia grave Eclâmpsia Hipertensão grave Encefalopatia hipertensiva HELLP síndrome	Endometrite Edema pulmonar Falência respiratória Convulsões Sepse Choque Trombocitopenia <100.000 Crise tireotóxica	Transfusão sanguínea Acesso venoso central Histerectomia Admissão em UTI Internação prolongada (>7 dias) Intubação não anestésica Retorno à sala cirúrgica Intervenção cirúrgica

FONTE: SAY L. et al, 2009

Por sorte ou por adequado tratamento, a maior parte das mulheres se recuperará da CPAV que apresentou, com pleno reestabelecimento, ou com algum grau de incapacidade, temporária ou permanente. Por outro lado, uma pequena fração destas mulheres evoluirá com complicações associadas à CPAV que lhe acometeu, complicações estas definidas pela deterioração clínica, a piora de parâmetros laboratoriais ou necessidade de medidas intensivas de cuidado, denotando algum grau de disfunção ou falência orgânica, com condições de fato ameaçadoras à vida e que se denominam atualmente near miss materno (SANTANA DS et al, 2018).

Dessa forma, parece claro o entendimento de que os determinantes para as complicações muito graves associadas à gestação e para o óbito materno sejam basicamente os mesmos. Assim, o near miss materno, caracterizado por um conjunto de condições que caracterizam a disfunção ou falência orgânica e que antecede imediatamente o óbito, constitui um importante marcador de saúde e cuidados obstétricos. (SANTANA DS et al, 2018). Este termo provém da aviação a qual se refere a acidentes ou “quase-acidentes” aeronáuticos não ocorridos, (SAY L et al, 2009) e foi citado pela primeira vez no final da década de 90, ainda sem definição dos critérios diagnósticos para a identificação dos casos, mas já surgindo como um útil marcador obstétrico. (SANTANA DS et al, 2018). Atualmente o near miss materno (NMM) possui alguns critérios (Quadro 2) e é empregado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para definir aquela mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação (SAY L et al, 2009).

Quadro 2 – Critérios da OMS para diagnósticos do near miss materno

Critério clínico	Critério laboratorial	Critério de manejo
Cianose aguda	Saturação de O <sub>2</sub> <90% por	Uso contínuo de drogas vasoativas
Gasping	≥60 minutos	Histerectomia por infecção ou hemorragia
Frequência respiratória >40 ou <6/min	PaO <sub>2</sub>	Transfusão de ≥5 unidades
Choque	/FiO <sub>2</sub>	Intubação e ventilação por ≥60 minutos não relacionada à anestesia
Oligúria não responsiva a fluídos ou diuréticos	<200 mmHg Creatinina ≥ 300μmol/l ou ≥ 3,5mg/dl	Diálise por falência renal aguda
Coagulopatia	Bilirrubina > 100μmol/l ou 6,0 mg/dl	Ressuscitação cardiopulmonar
Perda de consciência ≥12 h	pH <7,1	
Perda de consciência e ausência de pulso/ batimento cardíaco	Lactato >5	
Acidente vascular cerebral	Trombocitopenia (<50.000 plaquetas)	
Paralisia total	Perda de consciência e presença de gluconato ou cetoácidos na urina	
Icterícia na presença de pré-eclâmpsia		

FONTE: SAY L. et al, 2009

O conceito de morbidade materna aguda grave ou near miss é relativamente recente, e não havia consenso sobre o critério operacional mais adequado. Esta controvérsia podia ser em parte atribuída ao amplo espectro de gravidade clínica, já que de um lado está a gravidez

saudável; do outro, o óbito materno, sendo difícil determinar o ponto a partir do qual se caracteriza a morbidade materna grave/near miss (GELLER SE et al, 2002).

Com o advento do termo near miss, parecia-se ser particularmente útil em contextos onde a mortalidade materna era baixa, no entanto, na prática, tem se demonstrado útil em diversas situações. Primeiro, porque as mulheres sobrevivem e assim podem relatar melhor os problemas que tiveram e as dificuldades que encontraram para receber o cuidado. Segundo, porque de forma diferente do que para a mortalidade materna, o conceito traz consigo o potencial positivo oposto ao de fracasso (SOUZA JP et al, 2009). Embora seja um tema de grande relevância na discussão sobre a assistência à gravidez, parto e puerpério, ainda há pouca produção científica acerca da morbidade materna grave ou near miss no Brasil (MORSE ML et al, 2011).

A histerectomia é um procedimento que consiste na remoção do útero. Após a cesariana, é um dos procedimentos ginecológicos mais comumente realizado em mulheres. Ocupa o terceiro lugar na frequência entre operações cirurgia eletiva de grande porte (GARCIA, 2016).

Existem vários tipos de histerectomia e todos eles envolvendo a remoção do corpo uterino. Numa histerectomia subtotal, também designada de supracervical ou parcial, não ocorre exérese do colo uterino. Uma histerectomia total envolve a remoção de corpo e colo. A escolha do tipo e da via de histerectomia mais apropriado vai depender fundamentalmente de indicação cirúrgica, comorbidades da doente, cirurgias prévias abdominopélvicas, preferência da paciente, experiência do cirurgião e disponibilidade técnica institucional. Todas estas condicionantes são fatores com impacto na morbimortalidade cirúrgica desta intervenção (COSTA JA et al, 2017). Pode ser realizada por via abdominal ou vaginal e, nesse caso, também pode ser realizada com laparoscopia. As indicações mais frequentes para as quais essa operação é realizada são leiomiomas, câncer, hiperplasia endometrial, dor pélvica crônica, prolapso genital e endometriose pélvica (GARCIA, 2016). A histerectomia periparto inclui as

histerectomias realizadas durante ou após a cesariana bem como histerectomias realizadas após o parto vaginal (Yildirim GY et al, 2021).

No atual cenário, com o advento de novos procedimentos cirúrgicos e/ou médicos conservadores para o controle da hemorragia obstétrica houve diminuição da incidência de histerectomia pós-parto (HOFFMAN, B.L. et a 2014). Em um estudo de nível populacional demonstrou uma taxa de histerectomia pós-parto de quase uma por 1000 (0,1 por cento) nos Estados Unidos, com risco de morte variando de um a seis por cento (GOVINDAPPAGARI S et al, 2016)

Em todo o mundo, a taxa de histerectomia periparto varia amplamente. Em países de alta renda, menos de um em 1000 partos é complicado por histerectomia periparto, enquanto na Nigéria e no Paquistão a incidência é de 4 e 11 por 1000 partos, respectivamente. A taxa de histerectomia periparto de emergência tem aumentado ao longo do tempo. Nos EUA, aumentou 12% entre 1998 e 2003 e 15% entre 1995 e 2007 (HUQUE et al,2018). Alguns autores estimam esse procedimento entre 5 a 15 para cada 1.000 eventos obstétricos (CALVO O et al, 2016).

Em qualquer circunstância, a histerectomia periparto continua sendo uma complicação obstétrica grave e foi categorizada como um evento de near miss materno e também usada como indicador de auditoria de qualidade de assistência materna (HADDAD, S.M et al, 2014).

O desfecho de um paciente crítico é resultado de fatores individuais, incluindo estado de saúde anterior, reserva fisiológica, diagnóstico da doença e também adequação cuidados prestados durante a doença. Assim, é difícil para analisar individualmente e prever os resultados de morbidade e mortalidade em pacientes críticos (STRAND, K et al.2008). Em decorrência disso, vários estudos utilizavam diferentes parâmetros para morbidade grave, como admissão em unidades de cuidados (UTI) ou diagnósticos clínicos (DONATI, S et al. 2012), visto que estratificação de grupos de pacientes de acordo com a gravidade clínica pode facilitar interpretação desses resultados comparando grupos semelhantes (HIGGINS, T.L.2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou critérios de disfunção orgânica e parâmetros de extrema gravidade específicos à Obstetrícia para definir as condições de risco de vida associadas com a gravidez, padronizando os critérios de near miss materno. Um near miss materno é um evento em que uma mulher quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante gravidez, parto ou no prazo de 42 dias após o seu término. Isto representa o grau extremo de disfunção/falha de órgãos em o amplo espectro de morbidade e difere apenas da morte pelo resultado final (SAY L. et al.2008)

Alguns sistemas de pontuação são capazes de quantificar a gravidade, por exemplo, o APACHE (Acute Physiology and Chronic Avaliação de Saúde), SAPS (Fisiologia Aguda Simplificada Pontuação), SOFA (Avaliação Sequencial de Falha de Órgãos) e MPM (Modelo de Previsão de Mortalidade) (STRAND, K. 2008). No entanto, foram desenvolvidos usando populações gerais de pacientes críticos em países de alta renda. Considerando gravidez grave com complicações, vários fatores parecem reduzir a capacidade de classificar a gravidade e prever a mortalidade entre gestantes mulheres com esses modelos (HADDAD, S.M et al, 2014).

A histerectomia periparto é um evento realizado para prevenir a morte materna (CAMPBELL, S.M et al, 2016). Porém muitos estudos demonstram que a histerectomia obstétrica aumenta o risco de mortalidade materna entre 0 e 27%, e tem uma alta morbidade pós-operatória, maior que cirurgias ginecológicas, principalmente, devido à sua associação com uma situação de emergência ou como consequência em complicações mais graves como hemorragia transoperatória, laceração de bexiga, surgimento de fistula vesicovaginal, ureterovaginal ou retovaginal, anemia, choque hipovolêmico ou séptico, coagulação intravascular disseminada (CIVD), lesões do trato urinário e hematoma abdomino-pélvico (CASAS, R.L et al, 2013).

Outras complicações menos frequentes são febre, pneumonia, falência múltipla de órgãos e parada cardíaca, hematoma e/ou hemorragia da abóbada vaginal, hematúria, abscesso abdominopélvico, hematoma e abscesso da parede abdominal, íleo intestinal, icterícia, pneumotórax, convulsões, secção ureteral, acidente vascular cerebral, hematometra ou piometra, insuficiência renal, infecção urinária, hepatite, pancreatite, deiscência da ferida operatória, laceração vaginal, distúrbios psicológicos e transfusões de sangue (CASAS, R.L et al, 2013).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Traçar perfil clínico-epidemiológico e obstétrico das mulheres submetidas a histerectomia periparto em maternidade de Hospital no interior do Piauí.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Avaliar morbimortalidade materna
- Identificar possíveis causas para histerectomia periparto
- Correlacionar via de parto com histerectomia periparto
- Identificar letalidade em mulheres submetidas a histerectomia periparto

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento do estudo**

O estudo realizado foi de natureza analítica, observacional e retrospectiva, através da análise de prontuários das pacientes atendidas em uma maternidade de referência em Picos – Piauí, que foram submetidas a histerectomia puerperal.

### **3.2 Local e período do estudo**

O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Regional Justino Luz. Foram analisados os dados contidos nos prontuários das pacientes que foram submetidas a histerectomia puerperal de janeiro de 2020 a janeiro de 2022.

### **3.3. População do estudo**

A população do estudo foi de pacientes internadas na Maternidade do Hospital Justino Luz que necessitaram ser submetidas a histerectomia puerperal identificadas através das informações contidas no prontuário da instituição.

### **3.4. Variáveis analisadas**

As variáveis analisadas foram classificadas e divididas em:

1. Variável qualitativa nominal: procedência, estado civil, raça, admissão na UTI, tipo de parto, causas de histerectomia e procedimentos realizados.
2. Variável qualitativa ordinal: escolaridade e fase do ciclo gravídico puerperal na internação.
3. Variável quantitativa contínua: idade e dias de internação.
4. Variável quantitativa discreta: óbito total

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

Para coleta dos dados da pesquisa foi elaborado, pela própria pesquisadora, um formulário (APÊNDICE A).

### **3.6 Procedimentos para análise dos dados**

Os dados obtidos nos prontuários foram, primeiramente, colocados em planilha através do Programa Excel. Para análise estatística dos dados fez-se necessária a aplicação de métodos estatísticos descritivos e inferenciais, utilizando o software IBM SPSS Statistics versão 20. Nas análises descritivas foram utilizadas tabelas com frequência absoluta (n) e relativa (%) para caracterizar a amostra do estudo com relação à dados obstétricos e sociodemográficos. Foram utilizadas medidas de resumo, como médias e desvios-padrão para variáveis quantitativas. Na inferência estatística foi realizado o teste de Mann Kendall para verificar se o número de histerectomia puerperal possui tendência ao longo dos anos e teste Exato de Fisher para analisar associações. Todos os testes foram desenvolvidos com nível de 0,05 de significância.

### **3.7 Aspectos éticos e legais**

A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

CMHNB. Após a aprovação por essas entidades, a pesquisa seguiu os princípios éticos que constam na Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 37058020.7.0000.5214/ nº do parecer: 4.416.145). Foi elaborado também um Termo de Consentimento Livre e esclarecido conforme solicitado pelo CEP-UFPI (APÊNDICE A).

### **3.8 Levantamento Bibliográfico**

Para o levantamento de material bibliográfico foram realizadas buscas em bases de dados indexadas eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO, PubMed, MEDLINE, LILACS e Cochrane Library, site do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

#### 4. RESULTADOS

Durante o os anos de 2020 a 2021, 07 mulheres foram submetidas a histerectomia periparto. Considerando que na instituição estudada houve 3274 nascimentos nesse intervalo de tempo, estima-se uma taxa de 2.13 histerectomia periparto por 1000 nascimentos.

A média de idade das pacientes investigadas foi de 33 anos ( $\pm 5,9$  anos), oscilando de 27 a 39 anos. Prevaleram mulheres procedentes da macrorregião de cidades vizinhas (85.8%) e apenas uma (14.2%) mulher era residente da cidade de Picos. Com relação ao estado civil, cinco pacientes (71,5%) eram casadas e duas (28,5%) estavam em regime de união estável. Já quanto aos antecedentes obstétricos, a média foi de 2,71 filhos por mulher.

TABELA.01. Características sociodemográficas de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre de janeiro de 2020 a janeiro de 2022.

VARIÁVEL	N	%
<b>PROCEDÊNCIA</b>		
<b>Picos</b>	1	14.2%
<b>Macrorregião de Picos</b>	6	85.8%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
<b>Casada</b>	5	71.5%
<b>União Consensual</b>	2	28.5%
<b>RAÇA</b>		
<b>Branca</b>	2	28.5%
<b>Parda</b>	5	71.5%

<b>ESCOLARIDADE</b>	1	14.2%
<b>Ensino Fundamental 1ª ao 4ª ano</b>	4	57.4%
<b>Ensino Fundamental 5ª ao 8ª ano</b>	1	14.2%
<b>Ensino Médio</b>	1	14.2%
<b>Ensino Superior</b>		
<b>PROFISSÃO</b>	1	14.2%
<b>Do Lar</b>	5	71.6%
<b>Lavradora</b>	1	14.2%
<b>Enfermeira</b>		

TABELA.02. Características obstétricas de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ÉPOCA DA INTERNAÇÃO</b>		
<b>Gravidez</b>	5	71.5%
<b>Puerpério</b>	2	28.5%
<b>TIPO DE PARTO</b>		
<b>Vaginal</b>	1	14.2%
<b>Cesariana</b>	6	85.8%

O período de internação das pacientes teve grande variabilidade com média de 5,6 dias ( $\pm 2,7$  anos), com variação de 3 a 11 dias. Na tabela 3 é evidenciado o diagnóstico obtido na

internação hospitalar, dos quais 42.8% das pacientes receberam o diagnóstico de síndromes hemorrágicas, 28.5% síndromes hipertensivas, 14.2% polidrâmnio, 28.4% gemelaridade, 14.2% trabalho de parto prolongado, 14.2% indução de trabalho de parto e 14.2% acretismo placentário, sendo então atribuído a etiologia da HPP: 71.6 % atonia uterina, 14.2 % acretismo placentário e 14.2% defeitos de coagulação, demonstrado na tabela 4.

**Tabela 3:** Diagnóstico na internação de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

<b>Diagnóstico inicial</b>	
Síndrome hemorrágicas	42.8 %
Gravidez gemelar	28.5 %
Acretismo placentário	14.2 %
Polidrâmnio	14.2 %
Trabalho de parto prolongado	14.2 %
Síndrome hipertensivas	28.5 %

*Fonte:* prontuário em maternidade no interior do Piauí, 2020 - 2021

**Tabela 04:** Etiologia da Hemorragia pós-parto (HPP) de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

<b>Diagnóstico</b>	
Atonia Uterina	71.6 %
Anormalidades sanguíneas (discrasias)	14.2 %

Acretismo placentário	14.2 %
<b>Total</b>	<b>100%</b>

*Fonte:* prontuário em maternidade no interior do Piauí, 2020 - 2021

Durante internação 85.8% obtiveram necessidade de hemoderivados e 42.8% necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI), ilustrados no gráfico 1. Em relação ao procedimento realizado 57.2% das pacientes foram submetidas a histerectomia subtotal (retirada de corpo uterino, poupando colo do útero) e 42.8% submetidas a histerectomia total (retirada de corpo e colo uterino), explicito no gráfico 2.

**Gráfico 1**

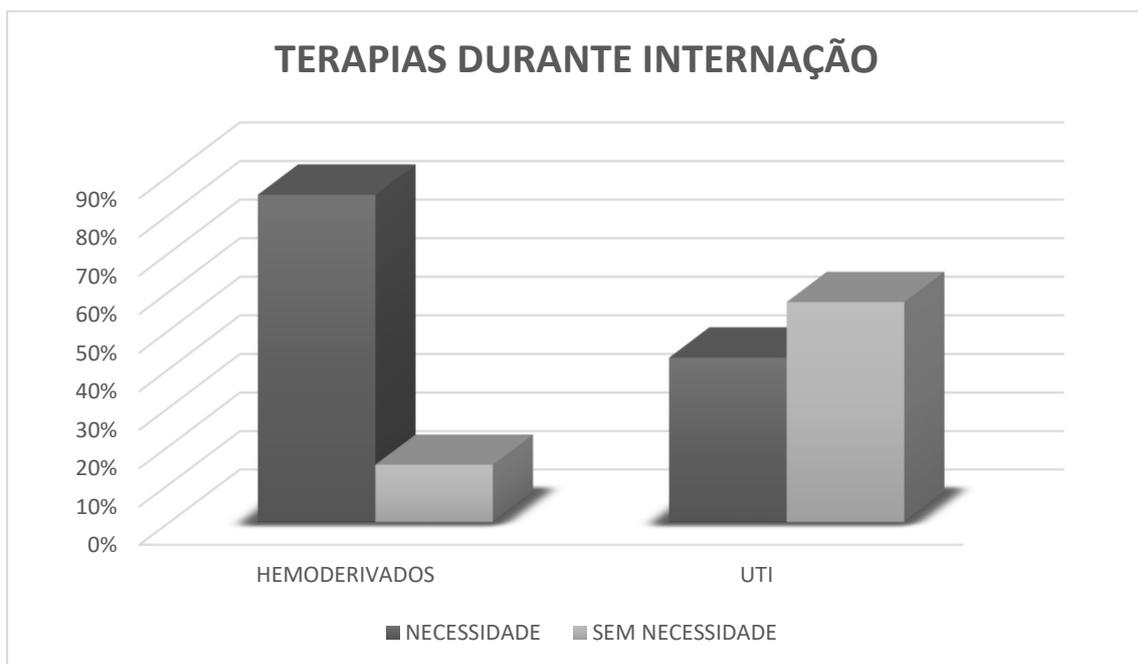


Gráfico 1: Necessidade de terapias durante internação hospitalar de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

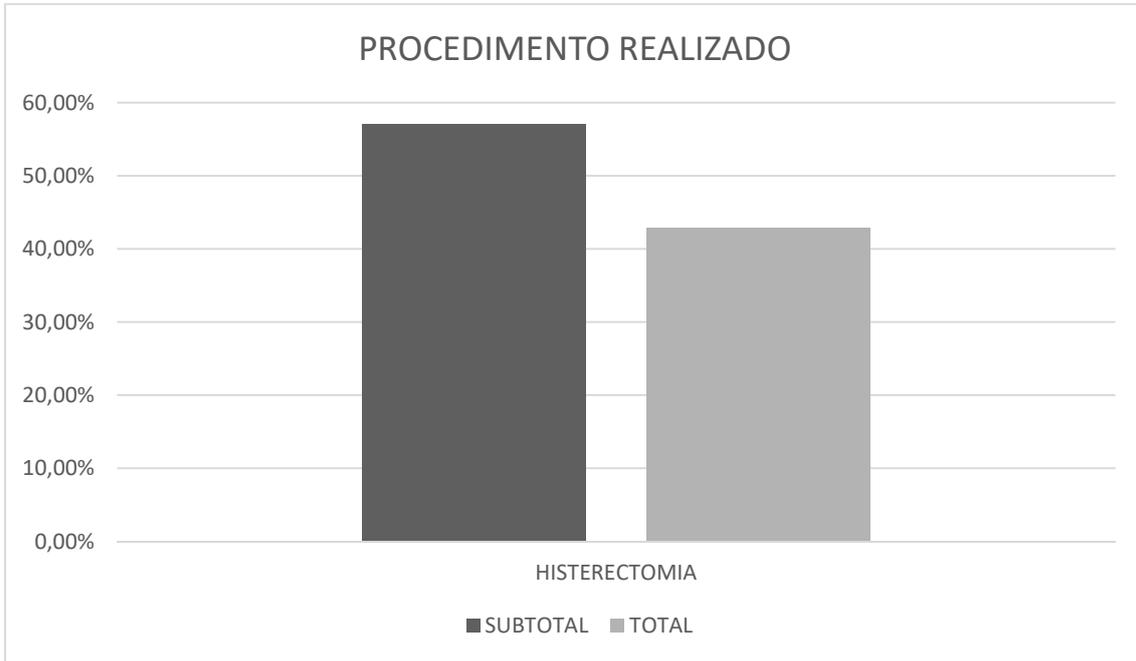
**Gráfico 2**

Gráfico 2: Tipo de Histerectomia de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022

O gráfico 3 demonstra o desfecho clínico, em que mais de 85% das pacientes receberam alta por cura, enquanto menos de 15% necessitaram de transferência para serviço especializado.

**Gráfico 3**

Gráfico 3: Desfecho clínico de pacientes submetida a histerectomia periparto na Maternidade do interior do Piauí entre janeiro de 2020 a janeiro de 2022.

## 5.DISCUSSÃO

Durante o período de tempo do estudo, houveram 7 histerectomias periparto, esse número no intervalo de tempo de 2 anos é alta quando comparados com estudos desenvolvidos em maternidades terciárias de países europeus tais como Portugal (RAMILO et al, 2015) e Itália (CROMI et al, 2016) que evidenciaram 41 casos em 15 anos e 34 casos em 10 anos, respectivamente, bem como quando comparados com um estudo brasileiro onde foi registrado 23 casos em 5 anos numa maternidade terciária do nordeste do Brasil (MENDONÇA, DIAS, 2018) ou em estudos desenvolvidos na Ásia como Índia que encontrou 68 casos em 13 anos (RAMADEVI et al,2014). Todavia, ao comparar com países como Paquistão no qual um estudo evidenciou 32 histerectomias periparto em 2 anos numa maternidade terciária de Karachi (KAZI, 2018), nossos resultados são bem mais baixos.

A incidência de histerectomia obstétrica na literatura varia entre 0,2% e 1,5% por 1.000 partos, com praticamente todas realizadas em situações de emergência (TANG PLOOG LE et al, 2013). Estima-se uma taxa de 2.13 histerectomia periparto por 1000 nascimentos na instituição analisada. Essa alta incidência pode ser explicada por altas taxas de parto na instituição, assistência adequada de pré-natal insuficiente no Piauí como um todo, bem como no nordeste brasileiro e a uma estrutura geográfica que impede que as pacientes cheguem à unidade de saúde de alta complexidade em tempo hábil para realização de procedimentos que possibilitem a preservação do útero, visto que muitas vezes se observa grande número de mulheres com estado geral comprometido ou outras complicações, como sinais de choque hipovolêmico. Além do mais já se é evidenciado na literatura médica que muitos desfechos desfavoráveis em centros terciários de saúde obstétrica são provenientes de transferências (TRONCON JK et al, 2013).

Em decorrência da importância do assunto, muitos serviços de saúde buscam determinar a incidência do procedimento, como o estudo realizado no Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital na Turquia onde foi evidenciado uma taxa 0,91 por 1.000 partos no período de 2001 a 2017(YLDIRIM et al, 2021). Por 5 anos também, Rodríguez e colaboradores (2013) avaliaram 17 pacientes que foram submetidas a histerectomia periparto no serviço de obstetrícia e ginecologia do Hospital Geral Universidade de Elche, encontraram uma frequência de 1,3 por mil nascimentos, o que representa uma histerectomia para cada 769 partos. Nesse mesmo estudo a idade variou entre 17 e 38 anos. Com uma média de idade de  $29,1 \pm 4,2$  anos, prevalecendo menores de 26 (18%).

Em um estudo de desfechos perinatais adversos e near miss materno em um centro terciário em Campinas (SP), constatou-se que 48% dos casos eram transferidos de outros serviços, o que caracteriza um volume que exige esforços consideráveis para o manejo dessas situações por esses centros de referência. Neste mesmo estudo, concluiu-se que desfechos adversos poderiam ser evitados se houvesse protocolos de conduta bem estabelecidos pelo serviço que atendeu inicialmente a gestante e, também, no serviço de referência. As principais causas de maus resultados obstétricos na região considerada foram complicações hipertensivas e hemorragias puerperais (AMARAL E et al, 2013).

Ao analisar as características obstétricas, tiveram a via de parto através da cesariana. Muitos estudos evidenciam que a histerectomia periparto está associada ao parto cesáreo, já que na maioria das vezes um parto cesáreo anterior está associado a um aumento da taxa de placentação anormal, incluindo placenta prévia e placenta acreta em gestações subsequentes. Além disso, acredita-se que o útero com diversas cicatrizes, especialmente com o aumento do número de partos cesáreos anteriores, também aumenta o risco de histerectomia periparto, mesmo na ausência de placenta prévia (SAKSE A et al,2007).

Por outro lado, o aumento global das taxas de parto cesáreo pode levar a uma maior incidência de patologia placentária e, portanto, histerectomia (KNIGHT M et al, 2008). A histerectomia periparto, geralmente é realizada em resposta a um risco de vida materno em decorrência de uma hemorragia que não respondeu ao tratamento mais conservador, podendo ser realizada a qualquer momento, desde o parto até a alta hospitalar (OZDEN, S et al, 2005). Em face de hemorragias incessantes, os obstetras enfrentam um dilema em realizar o procedimento ou atrasar ao tentar outras terapias que podem resultar em morbimortalidade (KNIGHT M et al, 2008).

Entre outros fatores de risco para histerectomia após o parto além da cesariana anterior que aumenta sua probabilidade de 10 a 12 vezes, estão a idade materna acima de 35 anos, multiparidade com mais de três filhos, instrumentação uterina anterior e histórico de sangramento no parto anterior. Já as principais causas de histerectomias obstétricas relatadas estão ruptura uterina por deiscência de cicatriz de cesariana anterior com incidência estimada de 12%, placenta acreta com 4,1%, placenta prévia 0,5%, descolamento de placenta (DPP) 23,5%, 23,5% de atonia uterina. A gravidez ectópica cortical ou intersticial que constitui 3% de todas as gestações ectópicas é outra causa, embora menos frequente, como a ectópica cervical, uma forma rara com incidência de 1 em 180.000 gravidezes, mas parece estar em ascensão (ESTRADA ROV et al, 2009).

Diante do exposto, algumas pesquisas sistemáticas procuraram comparar prevalência, indicações, riscos e resultados de histerectomia periparto de emergência, e assim apontaram que o procedimento está associado a morbidade e mortalidade consideráveis e é mais frequente em países de baixa renda, onde apresenta maior risco de mortalidade, e ainda que um parto cesáreo anterior está associado a um risco maior de histerectomia periparto de emergência (AKKER et al, 2016).

Existe uma clara diferença na incidência entre a histerectomia periparto realizada após o parto vaginal e a realizada após cesariana. Embora a incidência de intervenção após o parto vaginal varie de 0,10 a 0,30%, e é bastante constante em todos os estudos europeus e americanos, a incidência de histerectomia após cesariana varia muito entre 0,17 e 8,70%. Isto é atribuído principalmente à proporção diferente de mulheres com cesariana prévia, e o risco concomitante de alterações placentárias e ruptura útero nesses casos (KWEE, A et al, 2006). Porém ressalta-se que geralmente há uma indicação precisa de um parto cesariano que pode comprometer o processo de placentação também como a doença hipertensiva específica da gravidez e deficiências nutricionais (REZENDE FILHO J, MONTENEGRO CA. 2017).

A necessidade de histerectomia pode mudar com o tempo e é específico do contexto. A disponibilidade de transfusão de sangue e outras intervenções como agentes uterotônicos, suturas de B-Lynch e embolização arterial podem ter necessidade reduzida (KNIGHT M et al, 2008). As indicações de cesariana bem como as indicações das histerectomias do presente estudo vão de encontro a literatura, visto que muitos autores afirmam que a histerectomia pós-parto é frequentemente realizada para condições obstétricas que ameaçam a vida da mulher, especialmente quando a abordagem de tratamento conservador não consegue interromper a hemorragia pós-parto, (FLOOD KM, 2009) como em hemorragias de placenta acreta\ percreta visto que na placenta acreta, o tecido placentário invade o miométrio permanecendo firmemente aderido à parede uterina após o nascimento, causando severa perda de sangue. O tempo para tentar o manejo conservador é limitado na placenta acreta, e os obstetras podem fazer a histerectomia diretamente. Isso se reflete em um intervalo de tempo mais curto entre o diagnóstico de hemorragia e a histerectomia em mulheres com placenta prévia / acreta em comparação com outras causas de hemorragia. Porém alguns obstetras optam por um modo conservador de tratamento na placentação anormal deixando a placenta in situ e finalmente realizando histerectomia (CHANTRAINE F et al, 2013). Como observado nos resultados,

houve indicações precisas do parto cesariano o que já se entende por uma paciente de alto risco e assim com possibilidades de complicações e não apenas justifica-se a histerectomia como consequência de um parto cesariano em si.

A literatura médica esclarece que a experiência do obstetra é fundamental para melhorar os resultados devido à complexidade envolvida no estabelecimento da indicação e a dificuldade técnica da intervenção. No entanto, é difícil ganhar experiência nesse sentido (RODRÍGUEZ INGELMO JM et al, 2013). Um estudo Dutch ressalta que, levando em conta a baixa frequência da intervenção, a probabilidade de um obstetra realizar uma intervenção deste tipo é uma a cada 11 anos (KWEE A et al, 2005).

São descritas na literatura duas circunstâncias operacionais com relação a histerectomia, a primeira e a mais importante, como último recurso da hemostasia, denominada emergência ou necessidade de histerectomia; e o segundo, atualmente realizado em casos excepcionais, eletivamente após cesariana, histerectomia eletiva ou por oportunidade (CABRERA JR et al, 2017).

Nos países em desenvolvimento a rotura uterina persiste como principal indicação de histerectomia pós-parto (CLARK SL, 2012; ALLAM IS, 2014). Portanto muitos especialistas apoiam o encaminhamento de mulheres com alto risco de histerectomia periparto, principalmente aquelas com suspeita de placenta acreta / percreta, para centros terciários no intuito de minimizar os riscos e otimizar o planejamento do parto ( MACHADO SML, 2011), ou já realizam a histerectomia por oportunidade em pacientes com suspeita de tal alteração na placentação em exames de imagem visto que alguns estudos indicam haver menores taxas de complicações como um recente estudo desenvolvido na Turquia que comparou 31 casos de histerectomia periparto planejados com 35 casos de histerectomia periparto de urgência e evidenciou que histerectomia periparto planejada com uma equipe experiente resulta em menos

necessidade de transfusão e melhora os resultados neonatais em relação à histerectomia periparto de emergência (OGE T et al, 2022). A maioria das histerectomias do estudo foram realizadas ainda no intraoperatório do parto cesariano (64%); tendo a sua necessidade justificada por atonia uterina (83%) e prevaleceu a histerectomia total com preservação dos anexos na qual remove-se até o colo uterino (56%).

Yildirim e colaboradores observaram num estudo um aumento de aproximadamente três vezes na indicação do espectro de placenta acreta em detrimento da atonia uterina, visto que a indicação mais comum de histerectomia periparto durante 2001-2008 foi atonia uterina (51,6%), a qual mudou de 2009 para 2017, com espectro da placenta acreta substituindo a atonia uterina como principal causa de histerectomia periparto (83,5%). Porém observa-se que a incidência da indicação da histerectomia periparto por atonia uterina vem diminuindo devido ao amplo uso de medicamentos preventivos e cirúrgicas (uterotônicos, Bakri-balão e BLynch/Hayman) e um aumento nos cuidados pré-natais, bem como educação e melhorias em cuidados obstétricos de emergência através de protocolos de saúde.

Algumas complicações foram observadas como as principais na histerectomia periparto de emergência as quais incluem transfusões, necessidade de reexploração por causa de sangramento persistente e morbidade febril, e complicações cirúrgicas importantes como lesão do trato genitourinário ou morte materna (BRIERY CM et al,2007; KNIGHT M,2007). Porém não foram observadas as duas últimas complicações citadas como mais graves.

O tempo médio de internação hospitalar aproximou-se de um estudo desenvolvido na cidade de Manaus que teve como objetivo determinar a incidência, indicações, fatores de risco e complicações associadas com histerectomia pós-parto de emergência no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 o qual encontrou um tempo médio de internação hospitalar, de 8,9 ± 4,1 dias com mínimo de 1 e máximo de 16 dias (SOUZA et al, 2019).

O aumento de tempo de internação hospitalar traz custos adicionais ao sistema público de saúde. Estima-se que o custo médio de um dia de hospitalização em um hospital de cuidados agudos (com tempo médio de internação menor que 30 dias) seja de € 371 (VRIJENS, F. et al 2012). Um estudo que buscava evidenciar os custos diários associados ao tempo extra de internação para tratar CHA, especificamente infecções, demonstrou que ele foi de 1,79 a 6,91 dias para pacientes neurológicos, de 3,76 a 11,3 dias para pacientes atendidas no serviço de ginecologia e, na média geral, de 0,91 a 8,09 dias. Ressalta-se que o tempo de permanência é um indicador de eficiência hospitalar e se relaciona à qualidade do cuidado prestado (SILVA, AMN. et al 2014). Porém outro fator que pode contribuir para o aumento dos custos para a saúde, ocasionado pelo aumento do tempo de permanência hospitalar, é o evento adverso, o qual é definido pela OMS como dano causado pelo procedimento ou complicação relacionada ao cuidado, não relacionado ao diagnóstico da admissão, que resulta em hospitalização prolongada ou em incapacidade presente no momento da alta hospitalar (WHO,2010).

Em vista disso o detalhamento da história obstétrica bem como o conhecimento de possíveis fatores de risco para histerectomia puerperal deve ser antecipado no intuito de obter uma conduta medica obstétrica ágil, rápida e adequada que possa diminuir gastos públicos e morbidade materna, como nos elucidou Rodríguez e colaboradores (2013), atualmente as recomendações são direcionadas para a identificação de fatores de risco para uma histerectomia periparto. Esses incluem combinações de alta paridade, cesarianas anteriores, manipulação uterina, como curetagem e suspeita de placenta prévia e/ou placenta acreta num pré-natal adequado, em que possa ser utilizado o ultrassom doppler colorido ou ressonância magnética nuclear, e em caso de dúvida permitiria identificar a maioria desses casos. Isso tornaria possível que a presença de um obstetra mais experiente e que as medidas estejam preparadas para lidar com uma hemorragia maciça.

O tratamento conservador é muito importante em pacientes jovens com baixa paridade e hemodinamicamente estáveis. As medidas que podem ser empregadas incluem drogas uterotônicas, ligadura ou embolização das artérias uterinas ou hipogástricas e suturas hemostáticas. Quando essas medidas têm poucas chances de sucesso ou quando falham, a histerectomia periparto não deve ser adiada. No entanto ressalta-se que muitas vezes o desempenho do pré-natal no Piauí é comprometido em decorrência do acesso das gestantes aos serviços públicos de saúde de qualidade, acesso ágil a exames complementares ou mesmo a medicações, além do comprometimento do estado nutricional visto que o Piauí é um dos Estados mais pobres da Federação brasileira e possui uma grande parcela de baixa renda da sua população. Esse conjunto de fatores pode ser primordial na tomada da decisão da histerectomia periparto na tentativa de salvar a vida da mulher já que muitas vezes o tempo num serviço de urgência é primordial.

## 6 CONCLUSÃO

Durante o os anos de 2020 a 2022, uma quantidade de 7 mulheres foi submetida a histerectomia periparto na Maternidade do Hospital Regional Justino Luz. A incidência estimada foi de 2.13 histerectomia periparto por 1000 nascimentos. As mulheres analisadas tiveram uma média de 33 anos ( $\pm 5,9$  anos), oscilando de 27 a 39 anos, procederam da macrorregião de cidades vizinhas (85.8%), identificavam-se como pardas (71.5%), casadas (71.5%), lavradora (71.5%) e com ensino fundamental completo (57.4%).

A incidência de histerectomia pós-parto encontrada neste estudo ainda é alta quando comparada a países desenvolvidos. Embora o parto cesariano esteja associado com um significativo aumento de alterações na placenta principalmente no processo de aderência ao miométrio, esse procedimento cirúrgico é de extrema importância na prática obstétrica como método de resgate terapêutico de gestações com alterações clínicas como a doença hipertensiva específica da gravidez que representa a principal etiologia de mortalidade materna no Brasil. Portanto, ressalta-se a possibilidade de histerectomia puerperal relacionar-se com a cesárea mediante complicações inerentes da gestação, e não apenas relacionado ao procedimento.

A maioria das indicações das cesarianas relacionou-se com os distúrbios hemorrágicos (42.8%). A maioria das histerectomias do estudo foram realizadas ainda no intraoperatório do parto cesariano (71.5%); tendo a sua necessidade justificada por atonia uterina (71.6%) e prevaleceu a histerectomia subtotal com preservação dos anexos na qual remove-se apenas o corpo uterino (57.2%). Dentre as principais complicações relacionadas à histerectomia periparto, houve a necessidade de hemotransfusão em 85.8% dos casos e de cuidados de terapia intensiva em 42.8%. O tempo médio de internação hospitalar foi de 5.6 (2.7) dias com mínimo de 3 e máximo de 11 dias.

## REFERÊNCIAS

AKKER, T.V. et al. Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 128, n. 6, p.1281-1294, Dez 2016. ISSN 0002-9378.

Amaral, E. et al. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project. **BMC Pregnancy Childbirth**. v.11, n.8, p.2-8.2011.

BRIERY, CM. et al.. Planned vs emergent cesarean hysterectomy. **Am J Obstet Gynecol**, v.197, n.2, p. 151-5. 2007.

CABRERA, J.R. et al. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003–2015. **Rev. peru. ginecol. obstet**, v.63, n.1, p.27-33, 2017.

CALVO, O. et al. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. **Rev. Chil. Obstet Ginecol** .2016; v.81, n.6, p. 473-479, 2016.

CAMPBELL, S.M. Peripartum hysterectomy incidence, risk factors and clinical characteristics in Ireland. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. v.207, n.1, p.56-61, 2016.

CASAS, R.L. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de cohorte. **Rev Colomb Obstet Ginecol**. 2013; v.64, n.2, p.121-125.

CLARK, S.L. Preventing maternal death: 10 clinical diamonds. **Obstet Gynecol**. v.119, n.1, p.360–4, Fev 2012.

CHANTRAINE, F. Abnormally invasive placenta–AIP. Awareness and pro-active management is necessary. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.92, n.4, p.369–71, 2013.

COSTA, A. A. R. et al. Mortalidade materna na cidade do Recife. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, n. 7, 2002.

CROMI, A. Risk of peripartum hysterectomy in births after assisted reproductive technology. **Fertility and Sterility**. v.106, n. 3, p.623-628, Set 2016.

DONATI, S. Obstetric near-miss cases among women admitted to intensive care units in Italy. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**.v. 91, n. 4, p. 452–457, 2012.

ESTRADA, R.O.V. et al. Histerectomía obstétrica de urgência. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v.35, n.3, p.1-10, 2009.

GARCÍA, J.L.C. et al. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. **Ver Obstet Ginecol Venez**, Estado Táchira, v. 1, n. 76, p.4-10, 2016.

GELLER, S.E. et al. Defining a conceptual framework for near-miss maternal morbidity. **J Am Med Womens Assoc**, v.1, n. 57, p. 135-9. 2002.

GOVINDAPPAGAR, S. et al. Risk of Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery. **Obstet Gynecol**.v.128,n.6,p.1215-1224, Dec,2016.

HADDAD, S.M. et al. Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a multicenter surveillance. **BioMed Research International**. v. 2014, n.1, p.1-10; 2014.

HOFFMAN, B.L. et. **Ginecologia de Williams**. artMed. 3 ed.2014 ISBN 978-8580553109

HUQUE, S. Risk factors for peripartum hysterectomy among women with postpartum haemorrhage: analysis of data from the WOMAN Trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.18,n.186, May 2018.

KAZI, S. Emergency peripartum hysterectomy: A great obstetric challenge. **Pak J Med Sci**, v.34, n.6, p.1567-1570, Nov 2018.

KWEE, A et al. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** v.1, n.124, p.187-92.2006

KNIGHT, M. et al. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. **BJOG**, v.114, n.11, p1380-7, 2007.

KNIGHT, M. et al. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 111, n.1, p.95-101, 2008.

MACHADO S,M,L. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. **N Am J Med Sci**;v.3, n.1, p.358-61, 2011.

MENDONÇA, A. S. Prevalência de histerectomia pós-parto em maternidade pública do Estado de Sergipe. **Revista Medica de Minas Gerais.** v.25,n.2,p.168-174,2018. ISSN 2238-3182.

MORSE, M.L et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. **Rev Bras Epidemiol.** v.14, n.2, p.310-22. 2011

OGE, T et al. Peripartum Hysterectomy: Is There Any Difference Between Emergency and Planned Surgeries?. **Rev Bras Ginecol Obstet** . v. 44, n. 1, p. 3-9. 2022.

OZDEN, S et al. Analysis of 59 cases of emergent peripartum hysterectomies during a 13-year period. **Arch Gynecol Obstet.** v.271, n.4, p.363-7. 2005

RAMADEVI, W.V. Emergency Peripartum Hysterectomy: A 13-Year Review at a Tertiary Center in Kuwait. **The Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v.64, n.6, p.403–408, Nov 2014.

RAMILO, I. et al. Postpartum hysterectomy: 15-year review Histerectomia pós-parto: revisão de 15 anos. **Acta Obstet Ginecol Port**, v.9, n.1, p16-22, 2015. ISSN 1646-5830.

REZENDE FILHO J, MONTENEGRO CA. *Rezende Obstetrícia*. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

RODRÍGUEZ INGELMO JM, et al. Histerectomía periparto en el Hospital General Universitario de Elche. **Clin Invest Gin Obst**. v. 2, n.304, p01-06. 2013.

SANTANA DS, et al. Near miss materno-entendendo e aplicando o conceito. **Rev Med (São Paulo)**. v.97, n.4, p.187-94, 2018.

SAY L. et al. Maternal near miss— towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**. v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SAKSE, A. et al. Peripartum hysterectomy in Denmark 1995–2004. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v.86,n.1,p.1472-5, 2007.

SILVA, AMN. et al. Factors that contribute to prolonged length of stay in the hospital environment. **Cuidado é Fundamental**.v.6,n.4, p:1590, 2014

SOUZA, J P. et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. **Birth**.v.36, n.2, p:149-58. 2009

SOUZA, L S. et al. Histerectomia **Pós-Parto de emergência em maternidade pública de cuidados de alto risco no estado do Amazonas**. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. Vol.Sup.32 | e1618. 2019 ISSN 2178-2091

STRAND, K. et al. Severity scoring in the ICU: a review. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**. v. 52, n. 4, p. 467–478, 2008

VRIJENS, F. et al. Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: an estimation of their global impact on mortality, length of stay and healthcare costs. **Epidemiol Infect**. v.140,n.1,p:126-36, 2012.

World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1: final technical report. Geneva: WHO; 2010

YILDIRIM, G.Y. et al. What is new in peripartum hysterectomy? A seventeen year experience in a tertiary hospital. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**. V. 60, n.1,p: 95-98, 2021.

TANG PLOOG, L.E. et al. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. **Rev peru ginecol obstet**. v.59, n.3, p.199-202, 2013.

TRONCON, JK. et al. Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.35, n.9, p.388-93, 2013.

## 7. APÊNDICE

### 7.1. APÊNDICE A: FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

#### FICHA DE COLETA DE DADOS

##### 1- DADOS SOCIOECONÔMICOS

Data da admissão:

Número prontuário:

Idade em anos:

Gestante adolescente- 14 a 19 anos ( )

Gestante adulta- 20 a 35 anos ( )

Gestante idosa > 35 anos ( )

Naturalidade:

Procedência:

Proveniente próprio serviço ( )

Proveniente outros serviços ( ), se sim, especificar ( )

Escolaridade: 0 a 3 ( ) 4 a 7 ( ) 8 a 10 ( ) 11 ou mais ( )

Estado civil: solteira ( ) Casada ( ) União estável ( )

Cor: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) outras( )

Profissão: \_\_\_\_\_

## 2. Dados clínicos e hospitalares

Período de internação: \_\_\_\_\_

História

obstétrica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico na internação: \_\_\_\_\_

( ) Síndrome hipertensivas ( ) Síndromes hemorrágicas( ) Infecção puerperal

( ) Outras infecções ( ) outras causas. Qual : \_\_\_\_\_

Via de parto ( ) vaginal ( ) cesariana

Idade gestacional do parto ( ) semanas

Época da internação ( ) Durante a gravidez ( ) Pós-parto

Procedência: ( ) Picos ( ) outra cidade ( ) Outros estados

Necessitou de hemotransusão: ( ) Sim ( ) Não

Necessitou de cuidados em centro de terapia intensiva ( ) Sim ( ) Não

Necessitou de reexploração cirúrgica( ) Sim ( ) Não

Desfecho: ( ) Alta por cura ( ) Óbito Materno ( ) Transferência ( ) Outras

## Instruções Aos Autores

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / *Brazilian Journal of Mother and Child Health* (BJMCH) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

### Direitos autorais

A Revista adota a licença CC-BY do Sistema *Creative Commons* o que possibilita cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos aprovados deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

<http://rbsmi.org.br/index.php/instrucoes/instrucoesaosautores>



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- ( ) Tese  
 ( ) Dissertação  
 (X) Monografia  
 ( ) Artigo

Eu, Michelle Melo do Silo Pereira Romos,  
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Histerectomia peuporta em hospital público no interior do  
Nordeste Brasileiro  
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 17 de fevereiro de 20 23

Michelle Melo do Silo Pereira Romos  
 Assinatura

Michelle Melo do Silo Pereira Romos  
 Assinatura