REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS VIAS DE ACESSO CIRÚRGICO EM HISTERECTOMIAS NO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO: UM ESTUDO DE 11 ANOS VIA DATASUS

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF SURGICAL ACCESS ROUTES FOR HYSTERECTOMIES AT SOBRADINHO REGIONAL HOSPITAL: AN 11-YEAR STUDY USING DATASUS DATA

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS VÍAS DE ACCESO QUIRÚRGICO EN HISTERECTOMÍAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO: UN ESTUDIO DE 11 AÑOS MEDIANTE DATASUS

Victória Gonçalves Rodrigues Condé
Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia, SES-DF / FEPECS, Brasília-DF, Brasil
E-mail: victoria.goncalves.conde@gmail.com

Janaína de Freitas Lazaro
Msc. Médica Ginecologista e Obstetra, SES-DF / FEPECS, Brasília-DF, Brasil
E-mail: Janalaz03@gmail.com

Débora Pipas de Simone
Médica Ginecologista e Obstetra, SES-DF, Brasília-DF, Brasil
E-mail: deborapipas@gmail.com

Daniel Amaral de Castro
Msc, Universidade de Brasilia, Brasil
E-mail: dacfloresta@gmail.com

Resumo

A histerectomia permanece como uma das intervenções cirúrgicas ginecológicas mais executadas no mundo. Diretrizes clínicas internacionais, como as do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), preconizam abordagens minimamente invasivas para patologias benignas sempre que viáveis, elegendo a via vaginal como prioritária e a laparoscópica como alternativa preferencial à laparotomia, mantendo a via abdominal em cenários clínicos selecionados. O objetivo deste trabalho foi analisar a distribuição das vias de acesso cirúrgico, o perfil clínico-administrativo e os indicadores hospitalares de permanência e ressarcimento de internações por histerectomia no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) ao longo de 11 anos. Trata-se de um estudo epidemiológico

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

descritivo e retrospectivo fundamentado em microdados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), extraídos via pacote Microdatasus em linguagem R, abrangendo o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2025. Foram analisadas 1.156 internações/procedimentos registrados (Autorizações de Internação Hospitalar - AIH). Os resultados demonstraram amplo predomínio da via abdominal (73,9%; n = 854), seguida pela via vaginal (25,0%; n = 289) e pela videolaparoscópica (1,1%; n = 13), esta última com primeiro registro identificado no sistema apenas em 2022. A idade média geral foi de 46,9 ± 8,9 anos, sendo o leiomioma uterino o diagnóstico principal mais frequente (68,4%). As internações por videolaparoscopia exibiram o menor tempo médio de estadia hospitalar (1,92 ± 2,18 dias) e as por via vaginal registraram o menor valor médio aprovado de AIH (R$ 725,97 ± 606,57). A tendência temporal de registros laparoscópicos não atingiu significância estatística formal (p = 0,054). Do ponto de vista econômico e assistencial, embora a base do DATASUS registre apenas valores tabulares de ressarcimento de AIH e não custos reais de microcusteio, a menor permanência das vias minimamente invasivas sustenta a hipótese lógica de que a redução de diárias hospitalares atenua o consumo agregado de hotelaria, vigilância de equipe e medicações nas enfermarias. Do mesmo modo, a baixa frequência de laparoscopias (1,1%) encontra plausibilidade nas limitações cotidianas da rede pública, a exemplo do compartilhamento concorrente de torre cirúrgica única entre múltiplas especialidades no centro cirúrgico. Conclui-se que o padrão administrativo no HRS permaneceu concentrado na via abdominal na série de 11 anos, ressaltando o potencial de ampliação das vias minimamente invasivas para a otimização de leitos e a qualificação assistencial.

Palavras-chave: Histerectomia; Epidemiologia Descritiva; Procedimentos Cirúrgicos Ginecológicos; Sistema de Informações Hospitalares; DATASUS.

Abstract

Hysterectomy remains one of the most frequently performed gynecologic surgical interventions worldwide. International clinical guidelines, such as those from the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recommend minimally invasive approaches for benign disease whenever feasible, prioritizing the vaginal route and reserving laparoscopy as a preferred alternative over laparotomy, while retaining the abdominal route for selected clinical situations. This study aimed to analyze the distribution of surgical access routes, clinical-administrative profiles, and hospital indicators of length of stay and approved reimbursement for hysterectomy admissions at Sobradinho Regional Hospital (HRS) over an 11-year period. A descriptive, retrospective epidemiological study was conducted using secondary microdata from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS), extracted via the Microdatasus package in R, covering the period from January 2015 to December 2025. A total of 1,156 registered hospital admissions/procedures (Hospital Admission Authorizations - AIH) were evaluated. Results demonstrated a predominance of the abdominal route (73.9%; n = 854), followed by vaginal (25.0%; n = 289) and laparoscopic access (1.1%; n = 13), the latter showing its

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

first recorded admission in the system in 2022. The overall mean age was 46.9 ± 8.9 years, with uterine leiomyoma representing the most frequent primary diagnosis (68.4%). Laparoscopic hospitalizations showed the shortest mean length of stay (1.92 ± 2.18 days), while vaginal procedures had the lowest mean approved AIH value (R$ 725.97 ± 606.57). Linear trend analysis of the laparoscopic proportion did not achieve formal statistical significance (p = 0.054). Although DATASUS records reflect administrative reimbursement rather than microcosting, the shorter hospital stay observed in minimally invasive routes supports the logical hypothesis that reduced bed-days diminish aggregated hospital expenses with bed occupancy, multidisciplinary staffing, and basic supplies. Furthermore, the low volume of laparoscopic cases is consistent with the well-known daily challenges of the public healthcare system, including the sharing of a single laparoscopy tower among multiple surgical specialties. In conclusion, administrative records at HRS remained largely centered on the abdominal route over 11 years, highlighting the clinical and organizational value of expanding minimally invasive techniques.

Keywords: Hysterectomy; Descriptive Epidemiology; Gynecologic Surgical Procedures; Hospital Information Systems; DATASUS.

Resumen

La histerectomía sigue siendo una de las cirugías ginecológicas más comunes a nivel global. Las guías clínicas internacionales, como las del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomiendan abordajes mínimamente invasivos para patologías benignas siempre que sean factibles, priorizando la vía vaginal y reservando la laparoscópica como alternativa ante la inviabilidad vaginal, manteniendo la laparotomía en situaciones clínicas seleccionadas. El objetivo de este estudio fue analizar la distribución de las vías quirúrgicas, el perfil clínico-administrativo y los indicadores hospitalarios de estancia y reembolso de internaciones por histerectomía en el Hospital Regional de Sobradinho (HRS) a lo largo de 11 años. Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo y descriptivo con microdatos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH/SUS), procesados mediante el paquete Microdatasus en R, abarcando de enero de 2015 a diciembre de 2025. Se analizaron 1.156 internaciones/procedimientos registrados (Autorizaciones de Internación Hospitalaria - AIH). Predominó la vía abdominal (73,9%; n = 854), seguida de la vaginal (25,0%; n = 289) y la laparoscópica (1,1%; n = 13), con primer registro identificado en 2022. La edad media global fue de 46,9 ± 8,9 años, siendo el leiomioma uterino el diagnóstico principal predominante (68,4%). Las admisiones laparoscópicas registraron menor estancia media (1,92 ± 2,18 días), y la vía vaginal presentó el menor valor medio aprobado de AIH (R$ 725,97 ± 606,57). La tendencia temporal laparoscópica no alcanzó significancia estadística formal (p = 0,054). Aunque los datos del DATASUS reflejan transferencias arancelarias y no microcostos reales, la menor estancia en las vías mínimamente invasivas sustenta la hipótesis de que un menor tiempo de cama reduce costos hospitalarios agregados de hotelería, medicación y equipo. Asimismo, la baja tasa de laparoscopias

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

resulta coherente con limitaciones operativas cotidianas del sistema público, como el uso compartido de una única torre de video entre diversas especialidades. Se concluye que el registro administrativo en el HRS evidenció una marcada concentración en la vía abdominal durante los 11 años analizados.
Palabras clave: Histerectomía; Epidemiología Descriptiva; Procedimientos Quirúrgicos Ginecológicos; Sistema de Información Hospitalaria; DATASUS.

1. Introdução

A histerectomia figura entre os procedimentos cirúrgicos ginecológicos mais consolidados e frequentes no cenário hospitalar mundial. Ao longo do último século, a cirurgia pélvica evoluiu da laparotomia abdominal aberta para as vias de menor invasão tecidual, compreendendo o refinamento da via vaginal e a incorporação da videolaparoscopia a partir da década de 1980.

As diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, Comitê de Opinião nº 701, reafirmado em 2021) preconizam que as abordagens cirúrgicas minimamente invasivas devam ser a primeira opção terapêutica no manejo de patologias ginecológicas benignas sempre que tecnicamente viáveis. Nessas diretrizes, a via vaginal figura como a abordagem preferencial devido à ausência de incisões parietais abdominais, perfil consagrado de segurança e rápida recuperação pós-operatória; a via laparoscópica desponta como a segunda alternativa de escolha quando a via vaginal não for indicada ou anatomopatologicamente viável. Contudo, a própria sociedade médica destaca que a decisão cirúrgica é multifatorial e depende de fatores anatômicos e operatórios — tais como volume e formato do útero, mobilidade pélvica, antecedente de cirurgias prévias com suspeita de aderências densas, afecções extrauterinas associadas, porte de procedimentos concomitantes, desejo da paciente e proficiência técnica da equipe —, de forma que a via abdominal permanece como opção relevante e necessária em situações selecionadas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o acompanhamento dos padrões cirúrgicos praticados nas unidades hospitalares por meio de bases de dados secundárias constitui uma estratégia central de gestão e vigilância epidemiológica. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), alimentado

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), documenta o volume de procedimentos, o tempo de permanência e os valores aprovados para repasse financeiro segundo a tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Estudos nacionais baseados em dados públicos do DATASUS mostram que a histerectomia abdominal ainda responde por mais de 70% das internações no Brasil, evidenciando uma persistente disparidade em relação a centros hospitalares de nações de alta renda, onde os procedimentos minimamente invasivos se tornaram majoritários. Essa discrepância estimula a reflexão sobre os desafios estruturais, de insumos e de rotina assistencial enfrentados pelos hospitais da rede pública.

O presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição das vias de acesso cirúrgico, o perfil sociodemográfico e os indicadores hospitalares de internações por histerectomia no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) ao longo de um período de 11 anos (janeiro de 2015 a dezembro de 2025). Adicionalmente, busca-se discutir as indicações registradas, a evolução temporal das técnicas e formular hipóteses contextualizadas sobre o impacto da rotatividade de leitos nos custos hospitalares agregados e os fatores operacionais do cotidiano do SUS que modulam a frequência da videocirurgia na unidade.

2. Revisão da Literatura

A evolução da histerectomia reflete o contínuo esforço da cirurgia ginecológica para mitigar a agressão cirúrgica e o trauma à parede abdominal. Conforme documentado por Sutton (1997), a prática da histerectomia progrediu da era pré-anestésica e dos desafios do controle hemostático para o estabelecimento de técnicas padronizadas no século XX. O surgimento da cirurgia vídeo-assistida proporcionou a ampliação da visão operatória na pelve profunda com redução substancial do trauma incisional e de complicações da ferida cirúrgica.

O posicionamento do ACOG orienta que, em doenças benignas, a via cirúrgica deve buscar o menor impacto funcional sobre a paciente, elegendo a abordagem vaginal como prioritária em razão da ausência de cicatrizes externas e menor dor pós-operatória; na impossibilidade desta, recomenda-se a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

videolaparoscopia como alternativa preferível à laparotomia. A via abdominal, portanto, deve ser reservada a cenários onde as vias minimamente invasivas não ofereçam margem de segurança anatômica satisfatória. É relevante sublinhar que essa hierarquização de acesso refere-se estritamente a condições benignas. No campo das neoplasias malignas do trato reprodutor feminino (colo uterino, endométrio e anexos), a via de acesso é regida por protocolos oncológicos próprios, nos quais os requisitos de estadiamento cirúrgico e radicalidade de margens prevalecem sobre a escolha estética ou de menor invasão.

Coortes internacionais contemporâneas atestam uma modificação expressiva na prática cirúrgica. Morgan et al. (2022) observaram nos Estados Unidos uma redução marcante da proporção de histerectomias abdominais abertas, paralelamente ao crescimento expressivo das técnicas laparoscópicas e robóticas. Panorama análogo foi identificado na Alemanha por Radosa et al. (2014), com ampla consolidação das cirurgias minimamente invasivas para afecções uterinas benignas.

No SUS, contudo, a via aberta tradicional ainda sustenta ampla liderança estatística. Silva, Barbosa e Ferreira (2021) apontam que a incorporação de tecnologias minimamente invasivas na rede pública esbarra em limitações orçamentárias de aquisição de descartáveis de hemostasia avançada, manutenção de equipamentos ópticos e infraestrutura restrita de centros cirúrgicos em hospitais secundários.

Do ponto de vista clínico, o leiomioma uterino sintomático permanece como o diagnóstico principal mais frequente associado à realização da histerectomia. Como revisado por Edler e Santoso (2017), casos de miomatose com úteros acentuadamente aumentados ou com distorção anatômica das relações pélvicas frequentemente demandam acesso por laparotomia para permitir palpação tecidual direta e hemostasia segura. Por outro lado, o prolapso dos órgãos pélvicos (CID-10 N81) confere facilidade topográfica direta para o acesso por via vaginal. No caso de afecções como a endometriose (CID-10 N80), o cirurgião pode deparar-se com aderências fibróticas que demandam dissecção cuidadosa de estruturas nobres.

A compreensão desses cenários no ambiente de um hospital público regional requer a integração criteriosa dos registros epidemiológicos disponíveis com o

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

contexto prático de funcionamento dos serviços públicos de saúde.

3. Metodologia

3.1. Delineamento e Local de Estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e documental, de série temporal, fundamentado em dados secundários de internações hospitalares financiadas pelo SUS. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional de Sobradinho (HRS), hospital geral secundário da rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O período de investigação englobou 11 anos-calendário completos, compreendendo os meses de janeiro de 2015 a dezembro de 2025.

3.2. Fonte de Dados e Extração

As informações foram extraídas das bases de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), mantidas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio do DATASUS. A extração dos arquivos mensais de internação (arquivos RD) e o pré-processamento das variáveis foram efetuados em ambiente R por meio das rotinas do pacote Microdatasus (Saldanha et al., 2019).

A coleta dos microdados foi realizada em 29 de janeiro de 2026. Registra-se que, conforme as normas operacionais do Ministério da Saúde, as Autorizações de Internação Hospitalar podem sofrer reapresentação e faturamento complementar nos meses seguintes à alta médica, de modo que a competência de dezembro de 2025 permaneceu sujeita a essa latência de consolidação habitual da base de faturamento hospitalar público.

3.3. Unidade de Análise e Critérios de Seleção

A unidade amostral adotada foi a internação/procedimento registrado sob Autorização de Internação Hospitalar (AIH) aprovada e paga, e não necessariamente o total de pacientes únicas, uma vez que o banco de dados desidentificado do DATASUS não conta com identificador nominal ou determinístico único para pareamento longitudinal. Contudo, em se tratando de histerectomia cirúrgica — intervenção anatômica definitiva —, a sobreposição de internações para o mesmo indivíduo é estatisticamente rara e residual na amostra.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

Foram incluídas as internações registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente ao HRS, cujo código de procedimento principal correspondesse a cirurgias ginecológicas de histerectomia, com data de internação entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025. Registros inconsistentes ou duplicados foram excluídos, resultando em uma amostra consolidada de 1.156 internações.

3.4. Definição das Vias de Acesso e Códigos SIGTAP

A categorização das vias de acesso cirúrgico fundamentou-se nos códigos de procedimentos da Tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP/SUS). A via vaginal (n = 289) foi delimitada pelo procedimento sob o código 04.09.06.010-0 (Histerectomia por via vaginal), enquanto a abordagem videolaparoscópica (n = 13) correspondeu ao registro 04.09.06.015-1 (Histerectomia videolaparoscópica). Já a via abdominal (n = 854) congregou as rubricas 04.09.06.013-5 (Histerectomia total) e 04.09.06.011-9 (Histerectomia com anexectomia uni/bilateral). Embora as nomenclaturas oficiais desses dois últimos procedimentos não tragam de forma expressa a especificação “abdominal” ou “laparotômica”, tais códigos são convencionalmente adotados no fluxo de regulação e faturamento hospitalar do SUS para designar a técnica aberta tradicional, haja vista a existência de códigos específicos no sistema para as abordagens vaginal e laparoscópica.

3.5. Variáveis em Estudo

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e indicadores de gestão hospitalar. O perfil sociodemográfico compreendeu a idade em anos completos e a cor/raça autodeclarada (branca, parda, preta, amarela, indígena ou sem informação/não declarada). No âmbito clínico-administrativo, avaliou-se o diagnóstico principal da AIH segundo a CID-10, ressaltando-se que este registro decorre do preenchimento administrativo do laudo de emissão hospitalar, refletindo a afecção primária motivadora da conduta sem necessariamente reproduzir a totalidade dos achados clínicos descritos no prontuário físico. Por fim, os indicadores hospitalares e financeiros englobaram o tempo de permanência hospitalar em dias,

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

o valor total aprovado da AIH em moeda corrente nacional (reais nominais — R$, referente ao repasse de custeio aprovado pelo SUS) e o desfecho da internação (alta ou óbito).

3.6. Análise Estatística

As variáveis quantitativas contínuas foram sintetizadas por meio de medidas paramétricas (média e desvio-padrão — DP) e medidas não paramétricas (mediana e intervalo interquartil — IQR), recomendadas para lidar com assimetrias comuns em tempos de internação e custos hospitalares. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas.

A tendência temporal da proporção anual de cada via ao longo dos 11 anos foi analisada por regressão linear simples, estabelecendo o limiar bicaudal de significância de $\alpha \leq 0,05$. A comparação entre as três vias para variáveis contínuas foi conduzida pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste post-hoc de comparações múltiplas de Dunn com ajuste de Bonferroni. A correlação entre tempo de internação e valor de ressarcimento foi calculada pelo coeficiente de correlação de postos de Spearman. As análises foram executadas no software estatístico R, versão 4.3.0.

3.7. Aspectos Éticos

O estudo utilizou dados secundários agregados e totalmente anonimizados de domínio público, extraídos do DATASUS. Conforme preconizado pelo artigo 1º, parágrafo único, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pesquisas conduzidas exclusivamente com bancos de dados secundários de acesso público sem identificação individual dispensam registro e avaliação formal no sistema CEP/CONEP.

4. Resultados e Discussão

4.1. Perfil Sociodemográfico e Indicadores Gerais da Amostra

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

No período de 11 anos compreendido entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, o Hospital Regional de Sobradinho registrou 1.156 internações cirúrgicas para histerectomia. A média de idade das pacientes foi de 46,9 ± 8,9 anos (mediana de 46 anos; IQR = 41–51; faixa de 19 a 89 anos), concentrando 55,3% dos procedimentos na faixa etária de 40 a 49 anos (n = 639).

Na variável cor/raça, 47,3% das pacientes declararam-se pardas (n = 547), 12,6% brancas (n = 146), 5,3% pretas (n = 61) e 0,9% amarelas (n = 10), sem registros de pacientes indígenas. Destaca-se que em 33,9% dos registros (n = 392 internações) o campo de cor/raça constava como "sem informação" ou "não declarada". Essa elevada taxa de incompletude retrata uma fragilidade no preenchimento de campos sociodemográficos na emissão de AIH na rede pública, impondo cautela na análise sobre determinantes raciais de acesso.

O tempo médio global de permanência hospitalar foi de 2,53 ± 2,35 dias (mediana = 2 dias; IQR = 2–3 dias). O valor médio aprovado de AIH foi de R$ 977,98 ± R$ 804,17 nominais (mediana = R$ 731,01; IQR = R$ 476,08–R$ 1.018,10). Houve o registro de 1 óbito intra-hospitalar na série, resultando em mortalidade hospitalar de 0,09%. A Tabela 1 sumariza esses dados gerais.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico, clínico e indicadores hospitalares gerais de internações por histerectomia no HRS (2015–2025)

Variável	Categoria / Estatística	Valor
Total de internações analisadas (N)	Procedimentos aprovados no SIH/SUS	1.156
Idade (anos)	Média ± Desvio-Padrão	46,9 ± 8,9
Idade (anos)	Mediana (IQR) [Mínimo – Máximo]	46 (41 – 51) [19 – 89]
Faixa Etária — n (%)	< 30 anos	22 (1,9%)
Faixa Etária — n (%)	30 a 39 anos	215 (18,6%)
Faixa Etária — n (%)	40 a 49 anos	639 (55,3%)
Faixa Etária — n (%)	50 a 59 anos	178 (15,4%)
Faixa Etária — n (%)	≥ 60 anos	102 (8,8%)

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Parda	547 (47,3%)
Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Branca	146 (12,6%)
Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Preta	61 (5,3%)
Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Amarela	10 (0,9%)
Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Indígena	0 (0,0%)
Cor/Raça autodeclarada — n (%)	Sem informação / Não declarada	392 (33,9%)
Permanência hospitalar (dias)	Média ± Desvio-Padrão	2,53 ± 2,35
Permanência hospitalar (dias)	Mediana (IQR)	2 (2 – 3)
Valor aprovado da AIH (R$)	Média ± Desvio-Padrão	R$ 977,98 ± 804,17
Valor aprovado da AIH (R$)	Mediana (IQR)	R$ 731,01 (476,08 – 1.018,10)
Desfecho da internação — n (%)	Alta hospitalar	1.155 (99,91%)
Desfecho da internação — n (%)	Óbito intra-hospitalar registrado	1 (0,09%)

Fonte: SIH/SUS/DATASUS (competências 2015–2025).

Quanto à baixa taxa de letalidade intra-hospitalar identificada (0,09%), cabe ponderar que a base administrativa documenta apenas desfechos que ocorreram durante o período de internação original. Não é possível rastrear complicações tratadas ambulatorialmente após a alta, conversões de via, infecções do sítio operatório tardias ou readmissões em outros hospitais da rede pública, atestando-se o bom índice imediato de sobrevida intra-hospitalar sem inferir, isoladamente, ausência de intercorrências pós-cirúrgicas.

4.2. Distribuição das Vias de Acesso Cirúrgico e Análise Temporal

A distribuição geral das vias cirúrgicas revelou a persistência da via abdominal laparotômica como padrão amplamente predominante, com 854 procedimentos (73,9%). A via vaginal foi responsável por 289 procedimentos (25,0%), e a via videolaparoscópica somou apenas 13 registros (1,1%). A Figura 1 apresenta a composição global e o volume anual por via.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

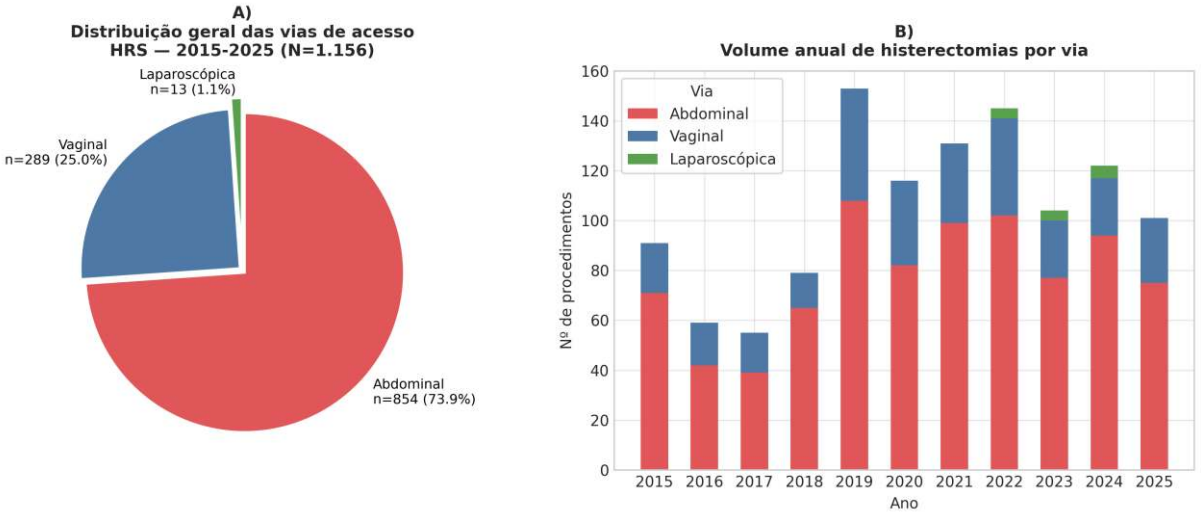

Figura 1: Distribuição geral e volume anual de histerectomias por via de acesso cirúrgico no HRS (2015–2025)

(A: Proporção percentual global; B: Volume anual absoluto estratificado).

A Tabela 2 apresenta o comportamento da série histórica de 11 anos.

Tabela 2: Distribuição anual absoluta e relativa das vias de acesso cirúrgico em histerectomias no HRS (2015–2025)

Ano	Abdominal n (%)	Vaginal n (%)	Videolaparoscópica n (%)	Total Anual
2015	71 (78,0%)	20 (22,0%)	0 (0,0%)	91
2016	42 (71,2%)	17 (28,8%)	0 (0,0%)	59
2017	39 (70,9%)	16 (29,1%)	0 (0,0%)	55
2018	65 (82,3%)	14 (17,7%)	0 (0,0%)	79
2019	108 (70,6%)	45 (29,4%)	0 (0,0%)	153
2020	82 (70,7%)	34 (29,3%)	0 (0,0%)	116
021	99 (75,6%)	32 (24,4%)	0 (0,0%)	131
2022	102 (70,3%)	39 (26,9%)	4 (2,8%)	145
2023	77 (74,0%)	23 (22,1%)	4 (3,8%)	104
2024	94 (77,0%)	23 (18,9%)	5 (4,1%)	122

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

2025	75 (74,3%)	26 (25,7%)	0 (0,0%)	101
Total	**854 (73,9%)**	**289 (25,0%)**	**13 (1,1%)**	**1.156**

Fonte: SIH/SUS/DATASUS (competências 2015–2025).

A via abdominal manteve comportamento estável em todo o intervalo, com oscilação anual entre 70,3% e 82,3%, confirmada por regressão linear sem tendência significante de queda (R^2 = 0,001; p = 0,912). A via vaginal também exibiu estabilidade (R^2 = 0,039; p = 0,551), variando de 17,7% a 29,4%.

A via videolaparoscópica teve seu primeiro procedimento registrado em 2022 (n = 4; 2,8%), mantendo índices discretos em 2023 (n = 4; 3,8%) e 2024 (n = 5; 4,1%), com retorno a zero registros em 2025. O modelo de regressão linear para a laparoscopia resultou em R^2 = 0,358 e p = 0,054. Assim, sob o limiar formal de $\alpha \leq 0,05$, não se confirmou significância estatística de crescimento temporal linear, embora haja um incremento descritivo visível a partir de 2022.

A interpretação dessa dinâmica temporal impõe a consideração de dois fatores contextuais relevantes. Primeiramente, destacam-se as expressivas oscilações no volume cirúrgico anual — variando de 55 procedimentos em 2017 a 153 em 2019 —, com repercussões diretas durante o biênio pandêmico de 2020–2021, período no qual as cirurgias ginecológicas eletivas sofreram contingenciamento na rede pública hospitalar. Em segundo lugar, deve-se considerar a latência administrativa inerente ao processamento e à reapresentação de AIHs na competência de dezembro de 2025, circunstância que exige cautela ao interpretar a ausência pontual de registros videolaparoscópicos no encerramento da série temporal.

A Figura 2 ilustra a série temporal das três vias cirúrgicas.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

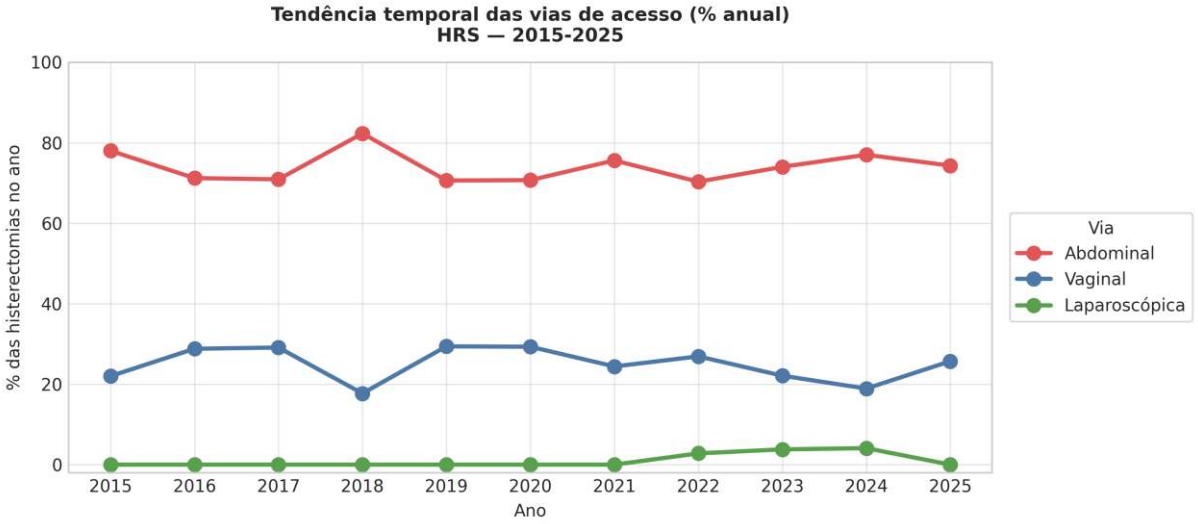

Figura 2: Tendência temporal do percentual anual das vias cirúrgicas em histerectomias no HRS (2015–2025)

(Nota: Regressão linear: via abdominal p = 0,912; via vaginal p = 0,551; via laparoscópica p = 0,054).

4.3. Comparação dos Desfechos e Indicadores por Via Cirúrgica

A estratificação dos indicadores por via cirúrgica evidenciou assimetrias significativas na casuística atendida, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Idade, tempo de permanência e valor da AIH por via cirúrgica no HRS (2015–2025)

Variável	Abdominal (n = 854)	Vaginal (n = 289)	Videolaparoscópica (n = 13)	Valor de p Global (Kruskal-Wallis)
Idade (anos) — Média ± DP	45,5 ± 7,1	51,6 ± 11,6	42,8 ± 10,3	p < 0,001
Idade (anos) — Mediana (IQR)	45,0 (41 – 49)	48,0 (43 – 62)	45,0 (37 – 48)	—
Permanência (dias) — Média ± DP	2,57 ± 2,57	2,40 ± 1,54	1,92 ± 2,18	p = 0,003
Permanência (dias) — Mediana (IQR)	2,0 (2 – 3)	2,0 (2 – 3)	1,0 (1 – 2)	—
Valor aprovado da AIH (R$) — Média ± DP	1.064,30 ± 847,84	725,97 ± 606,57	910,18 ± 501,79	p < 0,001

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

Valor aprovado da AIH (R$) — Mediana (IQR)	775,70 (642,03 – 943,48)	476,08 (466,08 – 666,03)	681,32 (671,32 – 1.340,38)	—

Nota: Teste de Kruskal-Wallis para comparação global. Pós-hoc de Dunn com correção de Bonferroni. Fonte: SIH/SUS/DATASUS (2015–2025).

Na análise post-hoc de comparações múltiplas de Dunn, observou-se que as internações por videolaparoscopia apresentaram permanência hospitalar significativamente mais curta (mediana = 1,0 dia; média = 1,92 dias) quando comparadas às abordagens abdominal (mediana = 2,0 dias; média = 2,57 dias; p = 0,0009) e vaginal (mediana = 2,0 dias; média = 2,40 dias; p = 0,0005), ao passo que a diferença de estadia entre as vias aberta e vaginal não alcançou significância estatística (p = 0,726). Em relação ao montante financeiro faturado, os procedimentos por via vaginal registraram valor monetário aprovado de AIH inferior tanto àqueles realizados por via abdominal (p < 0,001) quanto aos videolaparoscópicos (p = 0,007), sem distinção estatística relevante entre os custos administrativos das vias abdominal e videocirúrgica (p = 0,682). Por fim, a distribuição etária diferiu expressivamente entre os grupos: as pacientes submetidas à histerectomia vaginal apresentavam idade superior (mediana = 48,0 anos; média = 51,6 ± 11,6 anos) em relação àquelas operadas por via abdominal (mediana = 45,0 anos; média = 45,5 ± 7,1 anos; p < 0,001) e videolaparoscópica (mediana = 45,0 anos; média = 42,8 ± 10,3 anos; p = 0,012).

A Figura 3 sintetiza essas comparações em diagramas de caixa (box-plots).

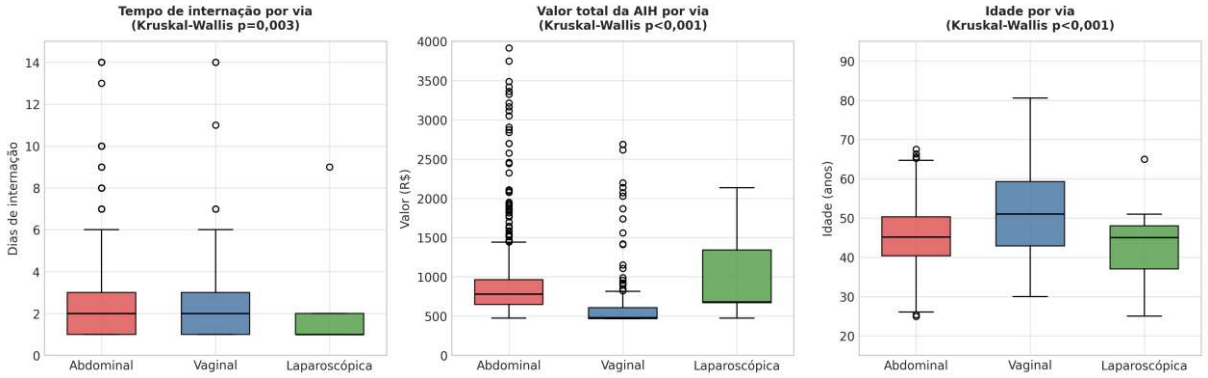

Figura 3: Comparação da permanência hospitalar, valor total da AIH e idade das pacientes segundo a via cirúrgica no HRS (2015–2025)

4.3.1. Confundimento por Indicação e Cautela Metodológica

As diferenças observadas entre as três vias decorrem primariamente do

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

confundimento por indicação: a idade mais avançada na via vaginal reflete sua indicação preferencial em mulheres com prolapso genital (N81), comum na pós-menopausa. Além disso, variáveis clínicas essenciais (volume uterino em gramas, número de cesáreas prévias e aderências pélvicas) não constam no SIH/SUS. Por fim, o reduzido tamanho do grupo videolaparoscópico (n = 13) requer que seus indicadores de permanência e ressarcimento sejam interpretados com caráter descritivo.

4.4. Diagnóstico Principal da AIH e Distribuição pelas Vias

O perfil dos diagnósticos principais registrados na AIH (segundo a CID-10) e seu cruzamento com a abordagem cirúrgica constam na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição das internações segundo categoria diagnóstica principal (CID-10) e via de acesso cirúrgico no HRS (2015–2025)

Categoria CID-10	Diagnóstico Principal da AIH	Abdominal n (%)	Vaginal n (%)	Laparoscópica n (%)	Total n (% global)
D25	Leiomioma uterino	635 (80,3%)	150 (19,0%)	6 (0,8%)	791 (68,4%)
N81	Prolapso genital feminino	0 (0,0%)	101 (100,0%)	0 (0,0%)	101 (8,7%)
N80	Endometriose	74 (83,1%)	15 (16,9%)	0 (0,0%)	89 (7,7%)
N85	Outros transtornos não inflamatórios do útero	57 (87,7%)	8 (12,3%)	0 (0,0%)	65 (5,6%)
D26–D28	Outras neoplasias benignas do trato genital feminino	16 (57,1%)	5 (17,9%)	7 (25,0%)	28 (2,4%)
C53–C56	Neoplasias malignas ginecológicas	18 (72,0%)	7 (28,0%)	0 (0,0%)	25 (2,2%)
D39	Neoplasia de comportamento incerto/desconhecido	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0 (0,0%)	24 (2,1%)
Outros	Demais códigos ginecológicos codificados	33 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (2,9%)
Total	**Todas as causas**	**854 (73,9%)**	**289 (25,0%)**	**13 (1,1%)**	**1.156 (100,0%)**

Fonte: SIH/SUS/DATASUS (competências 2015–2025).

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

O leiomioma uterino (D25) consolidou-se como o diagnóstico principal em 68,4% das internações (n = 791), sendo tratado predominantemente pela via abdominal (80,3%; n = 635). O prolapso genital (N81) somou 8,7% da casuística (n = 101), com 100% dos procedimentos realizados por via vaginal. Registra-se que essa concentração absoluta atesta conformidade anatômica da conduta no serviço, embora a base documental de faturamento não permita inferir resolução de sintomas, taxa de recidiva ou desfechos funcionais tardios.

A endometriose (N80; n = 89) foi operada predominantemente por via abdominal (83,1%; n = 74) e não registrou abordagens laparoscópicas faturadas. Por sua vez, o grupo de outras neoplasias benignas do trato genital (D26–D28; n = 28) concentrou mais da metade dos procedimentos videolaparoscópicos executados no hospital (n = 7 de 13 casos; 53,8%).

Os casos oncológicos (C53–C56; n = 25) e as neoplasias de comportamento incerto (D39; n = 24) foram abordados majoritariamente pela via aberta (72,0% e 87,5%, respectivamente). Salienta-se que a recomendação do ACOG (Opinião de Comitê nº 701) destina-se expressamente ao manejo de doenças benignas, não se aplicando aos critérios de radicalidade cirúrgica exigidos em oncologia pélvica.

4.5. Reavaliação Econômica e a Hipótese de Redução de Custos por Menor Tempo de Internação

A interpretação dos valores financeiros registrados no DATASUS impõe rigor metodológico: o valor de repasse da AIH baseia-se em tabelas pré-fixadas do SIGTAP e não corresponde ao custo real hospitalar de microcusteio. A AIH não dimensiona gastos específicos com equipe cirúrgica e de enfermagem (remuneradas por contratação estatutária), tempo de sala cirúrgica, consumo detalhado de gases anestésicos ou reposição e esterilização de materiais instrumentais.

A Tabela 5 e a Tabela 6 detalham os valores médios e medianos de AIH aprovados por categoria de diagnóstico e cruzados com a via de acesso cirúrgico.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

Tabela 5: Permanência hospitalar e valor aprovado da AIH segundo diagnóstico principal no HRS (2015–2025)

Diagnóstico Principal da AIH (CID-10)	N	Permanência Média (dias)	Valor Médio AIH (R$ nominais)	Valor Mediano AIH (R$)	Intervalo Interquartil (IQR)
Endometriose (N80)	89	1,96	1.360,71 ± 1.114,26	794,70	666,03 – 1.836,44
Outros diagnósticos	33	2,42	1.215,52 ± 994,84	786,70	666,03 – 1.376,09
Transt. não inflamatórios do útero (N85)	65	2,92	1.074,12 ± 910,07	642,03	476,08 – 1.376,09
Neopl. benignas do trato genital (D26–D28)	28	1,96	975,06 ± 990,72	743,14	557,98 – 857,00
Leiomioma uterino (D25)	791	2,59	958,64 ± 761,22	666,03	476,08 – 1.018,10
Neopl. malignas ginecológicas (C53–C56)	25	2,40	857,16 ± 522,85	650,03	642,03 – 917,03
Neopl. de comportamento incerto (D39)	24	2,42	777,72 ± 190,63	782,70	666,03 – 821,57
Prolapso genital feminino (N81)	101	2,51	731,01 ± 616,73	476,08	466,08 – 666,03

Nota: Kruskal-Wallis global para valor da AIH entre diagnósticos: p < 0,001. Fonte: DATASUS (2015–2025).

Tabela 6: Valor médio aprovado da AIH (R$ nominais) por categoria diagnóstica e via de acesso cirúrgico no HRS (2015–2025)

Diagnóstico Principal da AIH	Abdominal Média (n)	Vaginal Média (n)	Laparoscópica Média (n)
Endometriose (N80)	R$ 1.397,32 (n = 74)	R$ 1.180,09 (n = 15)	—
Leiomioma uterino (D25)	R$ 1.018,10 (n = 635)	R$ 695,75 (n = 150)	R$ 1.238,48 (n = 6)
Transt. não inflamatórios do útero (N85)	R$ 1.158,62 (n = 57)	R$ 472,08 (n = 8)	—
Neopl. benignas do trato genital (D26–D28)	R$ 1.229,43 (n = 16)	R$ 645,86 (n = 5)	R$ 628,77 (n = 7)

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

Neopl. malignas ginecológicas (C53–C56)	R$ 885,40 (n = 18)	R$ 784,54 (n = 7)	—
Neopl. de comportamento incerto (D39)	R$ 821,57 (n = 21)	R$ 470,75 (n = 3)	—
Prolapso genital feminino (N81)	—	R$ 731,01 (n = 101)	—
Outros diagnósticos	R$ 1.215,52 (n = 33)	—	—

Fonte: SIH/SUS/DATASUS (2015–2025).

Com relação aos custos envolvidos na atenção hospitalar, embora a tabela do SUS utilize valores fixos por pacote de procedimento que atenuam a sensibilidade direta do faturamento à duração da internação, sustenta-se a hipótese lógica e assistencial de que uma menor permanência hospitalar gera menor custo global real ao sistema de saúde. No cotidiano hospitalar, cada dia a menos de ocupação de leito reduz de forma objetiva os custos diretos com hotelaria hospitalar, consumo de oxigênio, medicações analgésicas e de suporte, materiais de higiene, insumos de enfermagem e horas de vigilância multiprofissional.

Dessa forma, como as vias minimamente invasivas analisadas na casuística apresentaram menor tempo de estadia — expressa na menor permanência média da videolaparoscopia (1,92 dias) e na rápida recuperação associada à via vaginal — , é perfeitamente compreensível levantar a hipótese de que a ampliação dessas vias proporciona maior rotatividade de leitos e desonera os custos hospitalares agregados da enfermaria, mesmo que essa economia global não seja capturada de forma discriminada no valor da AIH faturada.

Cumpre ainda registrar o viés decorrente da agregação de 11 anos de dados monetários nominais (2015 a 2025): as cirurgias laparoscópicas surgiram apenas a partir de 2022, sofrendo impacto de eventuais atualizações de componentes de custeio e da inflação do período recente, ao passo que as vias abdominal e vaginal agregam procedimentos executados desde 2015 sob patamares nominais mais antigos. Esse efeito calendário reforça que comparações financeiras diretas entre grupos devem ser compreendidas sob a ótica descritiva e gerencial.

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

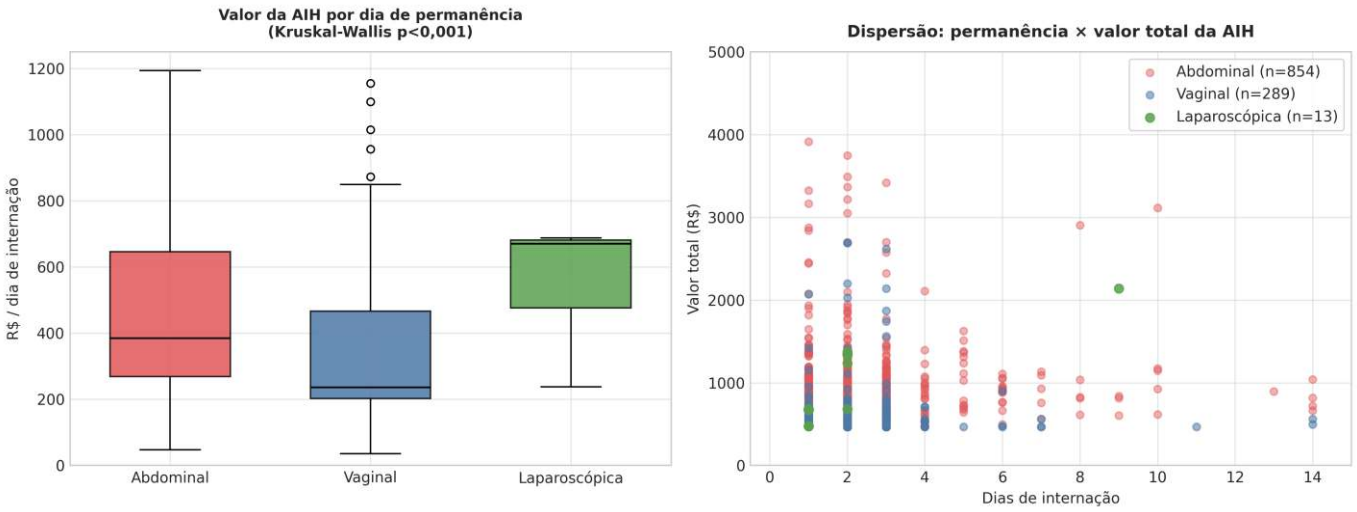

Figura 4: Valor da AIH por dia de permanência e relação entre permanência e valor total, por via de acesso no HRS (2015–2025)

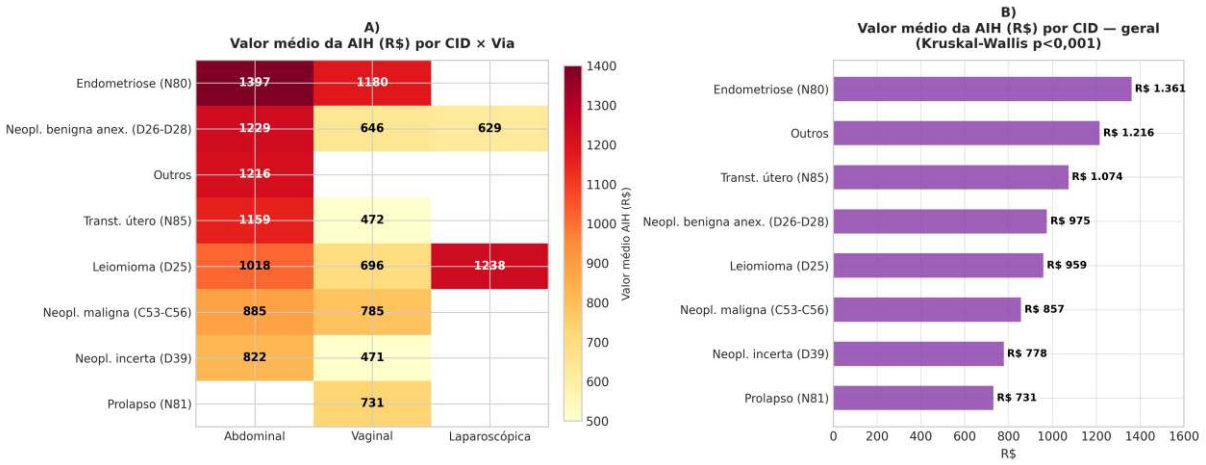

Figura 5: Matriz de valor médio da AIH por CID-10 e via de acesso e ranking geral do valor médio por indicação clínica no HRS (2015–2025)

4.6. Desafios Estruturais no Cotidiano do SUS: Hipóteses sobre o Uso da Videolaparoscopia

A baixa representatividade da via videolaparoscópica no HRS (1,1% ao longo de 11 anos) reflete um padrão comum na atenção hospitalar pública brasileira. Embora variáveis de gestão de equipamentos, suprimentos médicos e proficiência individual não componham as tabelas brutas do DATASUS, essas barreiras operacionais são evidentes no cotidiano assistencial do SUS e constituem hipóteses

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

explicativas indispensáveis para contextualizar os achados epidemiológicos.

No ambiente hospitalar regional público, a disponibilidade de infraestrutura tecnológica é frequentemente limitada. O Hospital Regional de Sobradinho dispõe de apenas uma torre de videocirurgia funcional em seu centro cirúrgico, a qual necessita ser compartilhada concorrencialmente entre diferentes especialidades cirúrgicas (cirurgia geral, urologia e ginecologia). Esse compartilhamento de equipamento único gera disputa por tempo de sala e escalas cirúrgicas, restringindo o agendamento rotineiro de histerectomias por vídeo a poucas oportunidades eletivas por mês.

Adicionalmente, fatores como o desgaste e necessidade de manutenção periódica de ópticas e cabos de luz, a indisponibilidade pontual de pinças de preensão específicas, trocarteis ou dispositivos hemostáticos de energia avançada, somados à curva de aprendizado necessária para a condução laparoscópica de úteros volumosos, surgem como justificativas operacionais extremamente plausíveis para que a equipe médica mantenha a via aberta (laparotômica) como conduta de rotina para assegurar a continuidade do atendimento à fila de espera cirúrgica.

Portanto, embora esses fatores não constem nas variáveis do DATASUS, eles fornecem uma justificativa fundamentada no contexto prático do SUS para o reduzido número de procedimentos por vídeo observados no estudo.

4.7. Limitações do Estudo

A interpretação dos achados deve considerar as limitações metodológicas inerentes ao emprego de bases de dados secundárias. Por se tratar de um sistema primordialmente administrativo concebido para subsidiar transferências orçamentárias, o SIH/SUS é suscetível a variações nas rotinas institucionais de codificação e faturamento. Ademais, a ausência de parâmetros clínicos e anatômicos detalhados no DATASUS — tais como volume e peso uterino, histórico de cesarianas prévias, presença de aderências densas, índice de massa corporal e complicações intraoperatórias (incluindo eventuais conversões da videolaparoscopia para laparotomia aberta) — impede julgar, a nível individual, se a hegemonia da via abdominal decorreu de restrições materiais do serviço ou da complexidade

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

anatômica estrita dos casos atendidos. No âmbito analítico, a casuística reduzida de procedimentos videolaparoscópicos (n = 13) restringe a robustez de inferências inferenciais e modelagens multivariadas. Soma-se a isso a expressiva incompletude no registro da variável cor/raça, cujos 33,9% de dados ignorados limitam conclusões epidemiológicas seguras sobre disparidades raciais de acesso. Por fim, cumpre assinalar a latência operacional no fechamento da competência de dezembro de 2025, a qual permanece passível de acréscimo de internações em virtude da reapresentação posterior de contas hospitalares no sistema.

5. Conclusão

A análise de 1.156 internações por histerectomia no Hospital Regional de Sobradinho ao longo de 11 anos revelou que o perfil cirúrgico do hospital foi hegemonicamente dominado pela via abdominal (73,9%), com participação estável da via vaginal (25,0%) e baixa proporção de histerectomias videolaparoscópicas (1,1%), identificadas a partir de 2022.

A mortalidade intra-hospitalar registrada no SIH/SUS foi extremamente baixa (0,09%), demonstrando a eficácia e segurança imediata das intervenções na unidade. A prática institucional manteve estrita conformidade técnica no prolapso genital feminino, no qual 100% dos procedimentos foram conduzidos pela via vaginal.

Apesar de a tendência linear temporal da laparoscopia não ter atingido significância formal (p = 0,054), os dados indicam um início de incorporação da técnica no hospital nos anos recentes. Sob a perspectiva da gestão e dos custos hospitalares, embora a base do DATASUS registre apenas valores tabulares de ressarcimento de AIH, a menor permanência média verificada nas abordagens minimamente invasivas fundamenta a hipótese lógica de que a redução de dias de leito gera menor consumo de diárias, equipes e medicamentos, desonerando o hospital e ampliando a capacidade assistencial.

Por outro lado, o predomínio da via aberta encontra justificativa prática e cotidiana na realidade do SUS, na qual a disponibilidade de apenas uma torre de vídeo compartilhada entre múltiplas especialidades hospitalares e as limitações de

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

instrumentais representam barreiras operacionais claras à expansão da técnica.

Conclui-se que o HRS possui perfil assistencial consolidado, e que investimentos na ampliação da infraestrutura de videocirurgia e na capacitação contínua do corpo clínico são caminhos fundamentais para consolidar o acesso minimamente invasivo como padrão assistencial na rede pública de saúde.

Referências

SUTTON, C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, v. 11, n. 1, p. 1-22, 1997. DOI: 10.1016/S0950-3552(97)80047-8.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 701. Obstetrics & Gynecology, v. 129, n. 6, p. e155-e159, 2017 (Reaffirmed 2021).

MORGAN, D. M. et al. Characteristics of Hysterectomy in the United States, 2012-2022. Obstetrics & Gynecology, v. 140, n. 1, p. 15-24, 2022.

RADOSA, J. C. et al. Trends in the surgical approach to hysterectomy for benign disease in Germany between 2005 and 2014. BMC Women's Health, v. 14, p. 148, 2014. DOI: 10.1186/s12905-014-0148-3.

SILVA, M. A.; BARBOSA, L. D.; FERREIRA, P. C. Desafios da cirurgia minimamente invasiva no Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 43, n. 5, p. 380-388, 2021.

EDLER, K. C.; SANTOSO, J. T. Hysterectomy: the gold standard. Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 60, n. 2, p. 224-231, 2017. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000282.

SALDANHA, R. F.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Microdatasus: a

CC BY

REMUNOM
ISSN 2178-6925

Received: 07/08/2026 - **Accepted:** 02/09/2026
Vol: 13.19
DOI: 10.66104/qhemhs07
Pages: 1-24

package for downloading and preprocessing microdata from DATASUS in R. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 9, p. e00032419, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00032419.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): Documentação técnica e rotinas operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais com dados secundários e de domínio público. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46.

CC BY