

## Capítulo 10

# HISTERECTOMIA

VITÓRIA GOMES ANDRADE<sup>1</sup>

LETÍCIA LINHARES FREIRE FERREIRA<sup>1</sup>

EDMILSON CRUZ LOPES<sup>1</sup>

LEONARDO ROBSON PINHEIRO SOBREIRA BEZERRA<sup>2</sup>

1. *Discente - Medicina da Universidade de Fortaleza.*

2. *Docente - Departamento de medicina da Universidade Federal do Ceará.*

**Palavras Chave:** *Histerectomia; Cirurgia; Útero.*

## INTRODUÇÃO

O útero é um órgão regulador das funções fisiológicas e sexuais da mulher, sendo um papel fundamental no ciclo reprodutivo (LUNELLI *et al.*, 2014). Contudo, algumas patologias, como câncer de colo de útero, mioma uterino e sangramento uterino disfuncional podem ser indicações precisas para a realização da histerectomia (AARTS JWM *et al.*, 2015). A histerectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção total, quando o útero e o colo do útero são retirados, ou parcial, quando o colo do útero permanece no corpo da mulher. Para realizar a cirurgia, o útero pode ser retirado por via abdominal, mais invasivo, através de uma incisão no abdome ou através de incisão na vagina, opção de menor invasividade. (BARBOSA *et al.*, 2018; REZER *et al.*, 2021). Além da videolaparoscopia, técnica na qual são realizadas pequenas incisões no abdome e a retirada do útero é feita por via vaginal (REZER *et al.*, 2021).

No Brasil, cerca de 300 mil mulheres recebem anualmente a indicação para histerectomia, sendo que no ano de 2015 53.753 cirurgias desse tipo foram realizadas somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MERIGHI *et al.*, 2021). Contudo, apesar de a histerectomia ser considerada um ótimo tratamento nos casos em que é indicada, levando a diminuição de diversos sintomas adversos na vida da mulher (MERIGHI *et al.*, 2012), é importante ressaltar que, já que a presença do útero está intimamente ligada à maternidade e à sexualidade, esse procedimento também pode acarretar sintomas depressivos, ansiosos e mudanças no padrão sexual (CARVALHO & LEMOS, 2017; TOZO *et al.*, 2009).

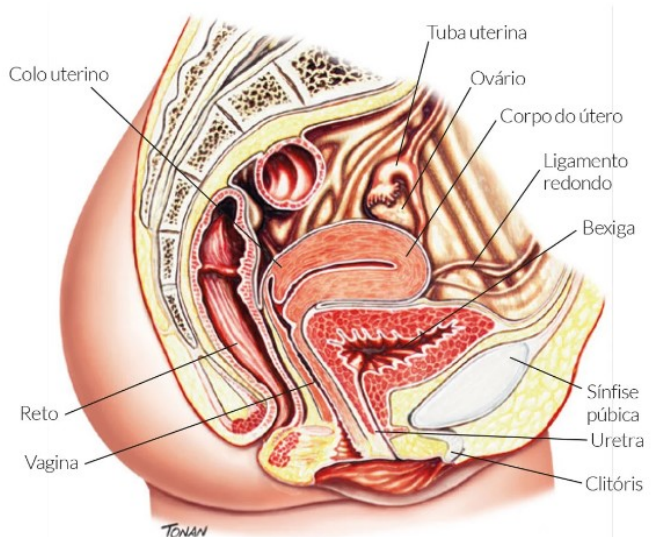
Dessa forma, é de extrema necessidade que as informações acerca das técnicas, indicações, complicações e cuidados necessários sejam discutidas com o fito de proporcionar uma melhor abordagem médica e diminuir a ansiedade das pacientes em relação ao procedimento.

## Anatomia do útero

O útero é um órgão oco, piriforme, situado na pelve menor, com paredes musculares grossas e contráteis que faz parte do sistema reprodutor feminino (**Figura 10.1**). Apresenta modificações de tamanho e localização durante as várias fases da vida de uma mulher, relacionando-se com a idade, períodos da vida reprodutiva e paridade (FEBRASGO, 2019).

O embrião se desenvolve no útero, sendo o principal objetivo desse órgão a sua acomodação, adaptando suas paredes e garantindo a força para a expulsão do feto durante o parto (MOORE *et al.*, 2022).

**Figura 10.1** Anatomia do útero



**Fonte:** Febrasgo, 2019.

O útero pode ser dividido em:

1) **Corpo do útero:** parte central afunilada que forma os dois terços superiores do órgão, inclui o fundo do útero, a parte arredondada superiormente aos óstios uterinos e se estende até uma constrição, chamada de istmo (MOORE *et al.*, 2022). Os pontos mais laterais e mais altos, onde se abrem as tubas, denominam-se cornos. O corpo está situado entre os ligamentos largos e possui duas faces: a anterior, relacionada com a bexiga urinária, e posterior, relacionada com o intestino (FEBRASGO, 2019).

2) **Colo uterino:** também denominado de cérvix ou cérvix, corresponde ao terço inferior cilíndrico e relativamente estreito do útero, estende-se em direção inferior e posterior, do istmo até a abertura no interior da vagina. Pode ser dividido em duas porções: a porção supravaginal, entre o istmo e a vagina, e a porção vaginal, que se projeta para a parte superior da parede anterior da vagina (MOORE *et al.*, 2022), parte vista no exame especular (FEBRASGO, 2019).

A cavidade do útero continua inferiormente com o canal do colo do útero, constituindo juntamente com o lúmen da vagina o canal de parto que o feto atravessa ao fim da gestação.

A parede do corpo do útero pode ser dividida em três camadas:

1) **Perímetro ou serosa:** camada externa que faz parte do peritônio visceral, sendo sustentada por uma fina lâmina de tecido conjuntivo (TORTORA & DERRICKSON, 2023). Lateralmente, torna-se o ligamento largo. Anteriormente, recobre a bexiga urinária. Posteriormente, recobre o reto e forma uma bolsa profunda entre o útero, formando o saco de Douglas, o ponto mais inferior da cavidade pélvica (MOORE *et al.*, 2022).

2) **Miométrio:** camada média formada por músculo liso e contém os principais ramos dos

vasos sanguíneos e dos nervos do útero (MOORE *et al.*, 2022). Durante o trabalho de parto e o parto, contrações coordenadas do miométrio em resposta à ocitocina da neuro-hipófise ajudam a expelir o feto do útero. Durante a menstruação, as contrações do miométrio podem causar cólica (TORTORA & DERRICKSON, 2023). Histologicamente, apresenta três lâminas de músculo liso que durante a gestação suas células aumentam de tamanho (hipertrofia) e de número (hiperplasia) (ABRAHAMSOHN, 2016).

3) **Endométrio:** é a túnica mucosa interna que está firmemente aderida ao miométrio adjacente. Representa uma região altamente vascularizada e que participa ativamente do ciclo menstrual, sofrendo modificações a cada estágio (MOORE *et al.*, 2022). É dividido em três partes histologicamente, a camada compacta, mais superficial, a camada funcional e a camada basal. No período da menstruação, a camada compacta juntamente com a funcional irão se descamar em resposta aos níveis decrescentes de progesterona dos ovários, a camada basal é permanente e contém células primordiais que dão origem a novas camadas funcional e compacta após cada menstruação (TORTORA & DERRICKSON, 2023).

Na mulher adulta não grávida, o útero tem aproximadamente 6,5 a 7,5 cm de comprimento, 3 a 4 cm de largura e 2,5 cm de espessura (FEBRASGO, 2019), sendo um órgão em geral que se encontra antevertido, ou seja, inclinado anterossuperiormente em relação ao eixo da vagina e antefletido, fletido ou curvado anteriormente em relação ao colo, criando o ângulo de flexão, de modo que sua massa fica sobre a bexiga urinária (MOORE *et al.*, 2022). Dessa forma, o útero apresenta relação com diversos outros órgãos que estão ao seu redor, podendo ser dividido didaticamente em:

- Relações anteriormente ao útero: separado da bexiga urinária pela escavação vesicouterina, onde o peritônio é refletido do útero sobre a margem posterior da face superior da bexiga urinária (TORTORA & DERRICKSON 2023).

- Relações posteriormente ao útero: o corpo do útero e a porção supravaginal do colo são separados do colo sigmóide por uma lâmina de peritônio e da cavidade peritoneal e do reto pela escavação retouterina (TORTORA & DERRICKSON, 2023).

- Relações lateralmente ao útero: a artéria uterina cruza o ureter superiormente, próximo ao colo (TORTORA & DERRICKSON, 2023).

Alguns ligamentos, que são extensões do peritônio parietal ou faixas fibromusculares, mantêm a posição do útero, fornecendo suporte e fixação dentro da pelve (TORTORA & DERRICKSON, 2023). Os ligamentos uterinos são:

1) **Ligamento largo do útero:** dupla lâmina que se estende das laterais do útero até as paredes laterais e o assoalho da pelve (MOORE *et al.*, 2022).

2) **Ligamento útero-ovárico:** fixa-se ao útero posteroinferiormente à junção uterotubária (MOORE *et al.*, 2022).

3) **Ligamento redondo do útero:** encontram-se anteroinferiormente e à junção uterotubária e se estendem desde um ponto no útero logo inferior às tubas uterinas até os lábios maiores do pudendo (TORTORA & DERRICKSON, 2023).

Em relação à irrigação do útero, provém principalmente da artéria uterina, ramo da artéria ilíaca interna (FEBRASGO, 2019), e de uma possível irrigação colateral das artérias ováricas (MOORE *et al.*, 2022). O sangue retorna do útero através de um plexo venoso, veias que drenam ilíacas internas (MOORE *et al.*, 2022).

Os vasos linfáticos do fundo e da parte superior do corpo drenam para os linfonodos lombares, os da parte mais inferior do corpo para os linfonodos ilíacos externos e os do colo uterino para os linfonodos ilíacos externos e internos e sacral (FEBRASGO, 2019).

No que se refere à inervação, o útero é innervado pelos plexos uterovaginais e hipogástrio superior, por fibras aferentes viscerais gerais sensitivas e eferentes viscerais gerais motoras (FEBRASGO, 2019).

Vale ressaltar, ainda, a importância da anatomia do órgão genital feminino interno para o planejamento cirúrgico, dado que o ureter tem relação com o ligamento largo quando atinge o assoalho pélvico, uma vez que penetra no ligamento e cruza-se com artéria uterina da parte supravaginal do colo (FEBRASGO, 2019), sendo necessário todo o cuidado para não lesar o ureter na hora de realizar uma histerectomia.

## Técnicas cirúrgicas

1) **Histerectomia Abdominal:** é a abordagem mais invasiva para remoção do útero no manejo da doença benigna nos casos de mioma volumoso e endometriose grave e para tratamento de doença maligna ginecológica. Também permanece como a última opção, quando não é possível retirar o útero durante outra abordagem (LOPES, 2020). Atualmente consiste em conduta de exceção, utilizada quando as vias minimamente invasivas não são possíveis.

2) **Histerectomia Vaginal:** É a via de indicação primordial, quando factível, devido à sua menor invasividade. A sua indicação não se limita à presença de prolapso, podendo ser realizada em úteros de variados tamanhos com ou sem distopia. As objeções ao procedimento na ausência de prolapso têm sido o acesso limitado, em pacientes com múltiplas cirurgias pélvicas (principalmente cesáreas) com risco de

aderências ou história de dor e/ou com risco de endometriose ou sequelas de doença inflamatória pélvica (LOPES, 2020).

### 3) **Histerectomia Laparoscópica Total:**

Com o aperfeiçoamento laparoscópico o cirurgião deve aprender e realizar a histerectomia laparoscópica total. O desenvolvimento desta técnica capacita para a cirurgia minimamente invasiva na ginecologia. A endometriose grave, útero com miomatose volumosa ou doença inflamatória pélvica podem ser tratados utilizando-se técnicas minimamente invasivas (LOPES, 2020). A cirurgia videolaparoscópica, por seu caráter minimamente invasivo, apresenta diversos benefícios pós-operatórios, como baixas taxas de complicações e dores pós-operatórias, por exemplo (FARIA *et al.*, 2023).

## Indicações

A histerectomia possui uma vasta gama de indicações, principalmente quando as patologias associadas não são possíveis de controlar ou curar somente com o tratamento clínico.

Entre as principais recomendações para a realização do procedimento, é possível citar:

1) **Leiomiomas:** Tumor benigno, formado por fibras musculares lisas, entrelaçadas por tecido conectivo, podendo causar sangramento uterino, dor pélvica acíclica, dispareunia, sintomas urinários e outras queixas que impactam a qualidade de vida da mulher (FEBRASGO, 2019).

2) **Prolapso uterino:** Descida do ápice da vagina até o hímen ou para além do intróito vaginal. Pode levar a desconforto, incontinência urinária, sintomas intestinais e outros problemas (LASMAR, 2017).

3) **Sangramento uterino anormal:** É definido como sangramento proveniente do corpo

uterino, com anormalidades, seja na sua regularidade, no volume, na frequência ou na duração. Pode apresentar causas estruturais e não estruturais (FEBRASGO, 2017).

4) **Endometriose:** É a existência de tecido endometrial ectópico, ou seja, fora da cavidade uterina, pode causar dismenorrea incapacitante, sangramento irregular e infertilidade (LASMAR, 2017).

5) **Adenomiose:** Doença uterina benigna caracterizada pela presença de glândulas e estroma endometrial na musculatura uterina, levando a uma hiperplasia e hipertrofia do miométrio adjacente, pode cursar com sinais de dispareunia, dismenorrea e metrorragia (LASMAR, 2017).

6) **Câncer de colo de útero:** A quase totalidade dos cânceres do colo do útero é de carcinomas que têm sua origem na junção escamocolumnar e pode envolver células do epitélio escamoso, glandular ou ambos. Além disso, clinicamente apresenta sinais de dor pélvica, corrimento vaginal, sangramento vaginal anormal e sinusorragia (FEBRASGO, 2019).

7) **Câncer de endométrio:** Muito relacionado como sendo o desenvolvimento de uma hiperplasia endometrial, pode causar sangramento vaginal anormal, dor pélvica e dispareunia (FEBRASGO, 2019).

Além disso, a decisão de realizar uma histerectomia deve ser tomada em conjunto pela paciente e seu médico, a menos que haja uma emergência médica. Isso implica discutir as implicações da cirurgia, considerar os planos futuros de reprodução, avaliar a resposta aos tratamentos médicos, explorar alternativas disponíveis e ter a compreensão de que os benefícios esperados superam os riscos associados (MARQUES & MOTA, 2010).

## Cuidados pré-operatórios

É de extrema importância que a paciente compreenda totalmente a extensão da cirurgia a ser realizada, particularmente em relação à remoção ou preservação dos ovários. Os exames pré-operatórios incluem um hemograma completo e a tipagem sanguínea em casos de previsão de transfusão. É necessário realizar a tricotomia da região superior do púbis, e os pelos devem ser cortados, pois a raspagem aumenta o risco de infecção. Após anestesia geral, deve ser feita a antissepsia, com uso de clorexidina à base de álcool, da vulva e vagina, e a bexiga deve ser cateterizada. Porém, o uso de álcool é inflamável, portanto, é extremamente importante que a área esteja completamente seca antes de usar a eletrocauterização. A antibioticoprofilaxia está indicada e deve ser administrada na indução da anestesia e antes da incisão. É importante observar se existe história de alergia a medicamentos. Além disso, pode ser necessário repetir a dose de antibióticos, se a cirurgia for excessivamente prolongada com duração maior que 3 horas (LOPES, 2020)

Os cuidados pré-operatórios são essenciais para o sucesso da cirurgia e para a redução da morbidade perioperatória. Para todas as pacientes, deve ser obtido consentimento escrito, após discussão de tratamentos alternativos, riscos, benefícios, tempo de recuperação e expectativas relacionadas ao procedimento cirúrgico. Deve-se conhecer as comorbidades da mulher, otimizar seu controle, orientar cessação de tabagismo e antecipar potenciais complicações, a fim de reduzir seu risco de ocorrência.

A suspensão de medicações deve levar em consideração o risco-benefício. Tipicamente, a varfarina é descontinuada antes de cirurgias eletivas, exceto se o risco hemorrágico for considerado mínimo; se a mulher possuir alto risco trombótico, deve-se fazer ponte de heparina ou

introduzir o filtro de veia cava inferior. A suspensão de aspirina é controversa; recomendações atuais sugerem manter esta medicação se a mesma tiver sido prescrita para redução do risco cardiovascular.

Para minimizar a ocorrência de complicações infecciosas, infecções (como a do trato urinário) devem ser identificadas e completamente tratadas antes do procedimento. O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) recomenda que, para se reduzir o risco de infecção de cúpula, a vaginose bacteriana (VB) seja investigada e tratada. O uso de metronidazol empírico no pré-operatório é alternativa aceitável, podendo ser custo-efetivo nas casuísticas com prevalência de VB maior que 1%.

A colpocitologia oncótica deve ser feita antes da realização de histerectomia por doença benigna com o objetivo de identificar possível malignidade cervical e adequar o planejamento cirúrgico, se necessário. Caso a paciente possua exame recente, não é necessário repetir a coleta.

Para as pacientes no menacme, deve-se excluir gravidez por teste específico (beta-HCG). Pelo risco hemorrágico da histerectomia, sugere-se realizar hemograma completo, tipagem sanguínea e prova cruzada. A solicitação de outros exames pré-operatórios é guiada pela estratificação de risco, achados de exame físico e comorbidades da paciente.

Medidas devem ser tomadas também para a prevenção de trombose venosa profunda (TVP), como o uso de dispositivos de compressão intermitente em membros inferiores e avaliação da necessidade de profilaxia farmacológica. O preparo intestinal não traz benefícios e não é recomendado de rotina na histerectomia vaginal no reparo de prolapso (36-38). A antibioticoprofilaxia na histerectomia e em cirurgias uroginecológicas é recomendada; usa-se a cefazolina, tendo como alternativas cefuroxima e ampicilina-sulbactam, administrados até 60

minutos antes do início da cirurgia, para que a droga esteja em níveis séricos adequados no momento da incisão e para evitar reação alérgica severa durante a indução anestésica.

Não é necessária profilaxia para endocardite infecciosa em nenhum procedimento ginecológico, incluindo histerectomia.

## Cuidados pós-operatórios

Realizar analgesia epidural ou endovenosa para controle da dor, encorajar deambulação precoce com uso de compressão pneumática intermitente enquanto a paciente permanece deitada, realizar espirometria nas primeiras 72 h após a cirurgia. A dieta é orientada a pedido da paciente, por mais que a estase do cólon dure aproximadamente 3 dias, isso não requer sonda nasogástrica, nem proíbe alimentação precoce, pois pode reduzir o tempo de hospitalização, embora possa vir a ter episódios de vômitos mais frequentes. Deve-se realizar antibiótico-profilaxia de rotina antes da histerectomia. Se for indicada radioterapia, deve ser iniciada cerca de 4 semanas após a cirurgia (MARQUES & MOTA, 2010).

## Complicações

As complicações da cirurgia são incomuns, se a técnica cirúrgica for bem realizada. Porém, as complicações mais comuns são (**Imagem 10.1**) (LOPES, 2020):

1) **Infecção:** Podendo ser superficial, atingindo tecido epitelial e subcutâneo, ou profunda, relacionando-se com a fáscia e o músculo. Algumas mulheres também apresentam infecção urinária após a histerectomia.

2) **Deiscência da cúpula vaginal:** A abertura espontânea dos pontos cirúrgicos e a evisceração intestinal, ou seja, a projeção das vísceras para fora da cavidade abdominal são complicações raras, mas potencialmente graves.

3) **Doença tromboembólica venosa** (1% clinicamente)

4) **Lesão do trato geniturinário** (0,13-1,7%): Devido a anatomia uterina, há o risco de ocorrer lesões do trato geniturinário, no entanto, a maioria pode ser identificada na hora da cirurgia (da Costa, Joana, 2016). Ocorrendo em até 2% das histerectomias vaginais (HVs), a lesão iatrogênica da bexiga é mais comum durante a tentativa de abertura do fundo de saco anterior, ocorrendo com maior frequência em pacientes que apresentem aderências pélvicas ou distorções anatômicas. A prevenção primária da lesão se baseia na identificação da localização da bexiga e na boa técnica cirúrgica. A cateterização vesical pode auxiliar nisto, pela presença de cateter com balão insuflado.

De forma complementar, alguns cirurgiões realizam instilação vesical com solução índigo carmim ou azul de metileno no início da cirurgia para o pronto reconhecimento de lesão iatrogênica da bexiga. Destaca-se que, como mencionado, a cistoscopia é um passo fundamental após os procedimentos de fixação apical. Lesões ureterais ocorrem em até 0,2-0,5% das HVs. O risco de lesão ureteral na HV decorre da maior proximidade dos ureteres do útero, e estudos anatômicos mostraram que os ureteres são desviados para as porções superior e lateral do colo com a tração cervical e com a retração vesical. Assim, tais medidas podem reduzir as chances de lesão iatrogênica destas estruturas; juntamente ao detalhado conhecimento da anatomia pélvica e à palpação dos ureteres.

Assim como com as lesões vesicais, o pronto reconhecimento e reparo do ureter evita complicações maiores no pós-operatório. A realização de cistoscopia intra-operatória segue as mesmas recomendações acima.

5) **Lesão do trato gastrointestinal** (0,1-1%): Acomete cerca de 0,4% das HVs. Estratégias para sua prevenção incluem o uso da posição de Trendelenburg, para evitar que as alças ocupem o espaço sendo operado e o posicionamento de compressas para afastamento das mesmas. O enema opaco não é recomendado para tal objetivo, mas pode-se orientar o preparo intestinal em pacientes com constipação importante, a fim de evitar distorções na ampola retal.

6) **Hemorragias:** Ocorre em aproximadamente 2% das hysterectomias. Pode ser evitada

com o uso de energia em potência adequada e com realização de suturas eficazes, evitando-se clampar tecidos além do vaso ou ligamento a ser ligado. A prevenção de lesões viscerais iatrogênicas também reduz a perda sanguínea no intraoperatório.

A continuação do sangramento impede adequada visualização de sua fonte, assim, qualquer hemorragia deve ser prontamente tratada, e esforços devem ser mantidos para revisar hemostasia após cada passo da cirurgia.

**Imagem 10.1** Complicações da Histerectomia

	Ensaio abdominal		Ensaio vaginal	
	Histerectomia abdominal (n = 292)	Histerectomia laparoscópica (n = 584)	Histerectomia vaginal (n = 168)	Histerectomia laparoscópica (n = 336)
Hemorragia significativa	7 (2,4)	27 (4,6)	5 (2,9)	17 (5,1)
Lesão intestinal	3 (1)	1 (0,2)	0	0
Lesão ureteral	0	5 (0,9)	0	1 (0,3)
Lesão vesical	3 (1)	12 (2,1)	2 (1,2)	3 (0,9)
Conversão intra-operatória	1 (0,3)	23 (3,9)	7 (4,2)	9 (2,7)
Deiscência da ferida operatória	1 (0,3)	1 (0,2)	0	1 (0,3)
Hematoma	2 (0,7)	4 (0,7)	2 (1,2)	7 (2,1)
Pelo menos uma complicação <i>major</i>	18 (6,2)	65 (11,1)	16 (9,5)	33 (9,8)

Fonte: Garry *et al.* The eVALuate.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- AARTS, J.W.M. *et al.* Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; (8):CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.
- ABRAHAMSOHN, P. Histologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788527730105. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527730105/>. Acesso em: 13 set. 2023.
- BARBOSA, A.R.D.S. *et al.* (2018). Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. *Uningá Journal*, 55(2), 227-241. doi: 10.46311/2318-0579.55.eUJ2202.
- CARVALHO, H.C.M. & LEMOS, M.F. As Consequências Da Histerectomia Na Sexualidade Feminina. *Perspectivas em Psicologia*, 2017; 21(1): 209-224. doi: 10.14393/PPv21n1a2017-13.
- FARIA, P.M. *et al.* Comparação epidemiológica da histerectomia vaginal e videolaparoscópica no Brasil de 2016 a 2021. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 3080–3089, 2023. doi: 10.51891/rease.v9i5.10075.
- FEBRASGO. Febrasgo - Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2019.
- FEBRASGO. Sangramento uterino anormal. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 7, 2017
- LOPES, A.B. *et al.* Bonney Cirurgia Ginecológica. [Digite o Local da Editora]: Thieme Brazil, 2020. E-book. ISBN 9788554652388. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554652388/>. Acesso em: 13 set. 2023.
- GARRY, R. *et al.* The eVALuate two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ*. 2004 Jan 17;328(7432):129. doi: 10.1136/bmj.37984.623889.F6.
- LASMAR, R.B. Tratado de Ginecologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788527732406. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732406/>. Acesso em: 13 set. 2023.
- LUNELLI, B. *et al.* O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/ satisfação sexual The impact of hysterectomy on sexual performance / satisfaction. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1272.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2024.
- MARQUES, J.P. & MOTA, F. Cirurgia uterina por via abdominal. Cap. 47. In OLIVEIRA, Carlos Freire de – Manual de ginecologia. Vol. II. Lisboa: Permanyer Portugal. 2010. p. 447-479.
- MERIGHI, M.A.B. *et al.* Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012; 21(3): 608-15.
- MOORE, K.L. *et al.* Anatomia Orientada para Clínica. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788527734608. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734608/>. Acesso em: 13 set. 2023.
- REZER, F. *et al.* Qualidade de vida de mulheres após histerectomia radical: Quality of life of women after radical hysterectomy. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 19, n. 3, p. 195–203, 28 dez. 2021.

TORTORA, G.J. & DERRICKSON, B. Princípios de Anatomia e Fisiologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9788527739368. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527739368/>. Acesso em: 13 set. 2023.

TOZO, I.M. *et al.* Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2009; 31 (10). doi: 10.1590/S0100-72032009001000006.