

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

SARA AGUIAR DE SOUZA CALDAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA**

São Luís
2017

SARA AGUIAR DE SOUZA CALDAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof. Dr. João Nogueira Neto

São Luís

2017

Caldas, Sara Aguiar de Souza.

Perfil Epidemiológico de Pacientes Submetidas à Histerectomia Laparoscópica em um Hospital Privado de São Luís - MA/ Sara Aguiar de Souza Caldas. — São Luís, 2017.

45 p.

Orientador: João Nogueira Neto.

Artigo (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Medicina, 2017.

1. Histerectomia Laparoscópica. 2. Sangramento Uterino Anormal. 3. Perfil Epidemiológico. I. Nogueira, Neto João. II. Título.

SARA AGUIAR DE SOUZA CALDAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal do Maranhão
como requisito para a obtenção do grau de
Médico.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Nogueira Neto (Orientador)

Doutor em Medicina (Ginecologia)

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Msc. Adriana Lima dos Reis Costa (Membro Interno)

Mestre em Medicina (Saúde da Mulher)

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dra. Rosy Ane de Jesus Pereira Araújo Barros (Membro Interno)

Doutora em Ciências

Universidade Federal de São Paulo

Prof. Msc. Gláucia Irauna de Melo Freire de Souza (Membro Externo)

Mestre em Saúde Materno Infantil

Universidade Federal do Maranhão

A Deus, pela oportunidade, cuidado e
bênçãos na minha vida.

Aos meus pais, pelo esforço e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de estar concluindo o curso que sempre quis e sonhei. Pela proteção a todo instante e por me fazer perceber que o ser humano é muito mais que um ser biológico, é um ser dotado de amor, que necessita mais que cuidados médicos, necessita de zelo e carinho.

Aos meus pais, Marineth Aguiar de Souza e Clemilton Caldas Monteles, por facilitarem toda minha trajetória até aqui através do esforço de vocês. Por me proporcionarem a melhor educação que puderam, pelas palavras e incentivo durante toda a faculdade. Todo meu esforço é reflexo e retribuição de tudo que fizeram por mim.

A minha irmã, Talita Aguiar de Souza Caldas, a quem eu compartilho o convívio diário, por ter ajudado muito durante a faculdade, disponibilizando do seu tempo para otimizar o meu nos estudos, além das palavras de incentivo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Nogueira Neto, pela paciência durante todos esses anos me orientando em relação a trabalhos e pela grande disponibilidade oferecida.

Aos meus amigos da faculdade, Camila Rego Muniz, Gabriela Melo Pereira, Eric Costa e Gabriela Araújo, pela parceria, amizade e convívio durante toda a faculdade, especialmente nos dois últimos anos. Obrigada por tornar a rotina mais leve.

A Marcos Antônio Custódio, que ajudou na elaboração deste trabalho com seus conhecimentos e prática em projetos científicos. Muito obrigada pela paciência e disponibilidade.

À Universidade Federal do Maranhão, pelos conhecimentos e habilidades adquiridos durante o curso de Medicina, pelo apoio institucional e estrutural. O meu sonho só tornou realidade graças a essa instituição.

Ao Hospital São Domingos, por acolher a proposta deste trabalho, pela grande estrutura e disponibilidade oferecidos e pelos grandes profissionais que trabalham nessa instituição.

Muito Obrigada!

“O sonhos não determinam o lugar que você vai estar mas produzem a força necessária para tirar do lugar em que está”

(Augusto Cury)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologist
AINH	Anti-inflamatório não hormonal
COEIN	Coagulopatia, disfunção ovulatória, desordem endometrial, iatrogênico e causas desconhecidas
DIU	Dispositivo intrauterino
DP	Desvio-padrão
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone
HTL	Histrectomia Laparoscópica
IMC	Índice de Massa Corporal
PALM	Pólipos, adenomioses, leiomiomas e patologias malignas ou hiperplásicas
SUA	Sangramento Uterino Anormal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	MATERIAL E MÉTODOS	14
2.1	Tipo de Estudo	14
2.2	Delineamento	15
2.3	Pacientes	16
2.4	Avaliação dos prontuários	16
2.5	Procedimento cirúrgico	16
2.6	Análise estatística	20
2.7	Aspectos éticos	20
3	RESULTADOS	20
4	DISCUSSÃO	24
5	CONCLUSÕES	28
6	FONTES DE FINANCIAMENTO	28
7	CONFLITO DE INTERESSES	28
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICE A – Complicações intra e pós-operatórias maiores e menores .	32
	APÊNDICE B – Ficha Clínica	33
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
	ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética	37
	ANEXO C – Normas de publicação	40

ARTIGO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA**

(A ser submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia)

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA
LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS – MA**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS SUBMITTED TO LAPAROSCOPIC
HYSTERECTOMY IN A PRIVATE HOSPITAL OF SÃO LUÍS – MA**

Sara Aguiar de Souza Caldas¹

João Nogueira Neto²

(1) Autor correspondente

Endereço: Rua Anapurus, nº 13, Apto. 202, Cond. Dom Pedrito, Renascença II

Telefone: (98) 9 8136-1867

Email: saraa_aguiar@hotmail.com

Universidade de Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

¹ Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Maranhão. Email: saraa_aguiar@hotmail.com

² Doutorado em Medicina. Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão. Email: j.nogueira.n@uol.com.br

RESUMO

Introdução: A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas, sendo três principais vias de abordagem: vaginal, abdominal e laparoscópica.

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico das pacientes submetidas a histerectomias vídeolaparoscópicas devido sangramento uterino anormal. **Métodos:**

A avaliação foi feita entre junho 2012 a fevereiro 2016 (n= 100). Foram incluídas nesse estudo pacientes no menacme com volume uterino de 160 a 250 cm³, com sangramento uterino anormal refratárias a tratamentos clínicos, concordantes em participar da pesquisa. A realização constou de colocação de quatro trocarts e foi utilizado bisturi elétrico de corrente bipolar ENSEAL®. **Resultados:** A idade em média foi de 45,3 anos, a maioria tinha prole constituída e 24% eram hipertensas. O IMC médio era 25.5 ± 4.5 kg/m², sendo que 28% eram obesas ou tinha excesso de peso. A cesariana foi o antecedente cirúrgico mais comum, a colpoperineoplastia com colocação de Sling vaginal foi cirurgia associada mais comum. O tempo operatório médio foi de 77±22 min. O peso médio da peça cirúrgica foi 225g e a duração média da internação foi 1.49 ± 0.9 dias, o achado anatomopatológico mais comum foi leiomioma e as complicações maiores foram de 2% (n= 2) (deiscência de cúpula vaginal) e menor 1% (n= 1) (hemorragia em mesossalpinge). **Conclusão:** O perfil clínico das pacientes submetidas ao procedimento foi semelhante ao descrito na literatura. O conhecimento do perfil epidemiológico das pacientes submetidas à histerectomia vídeolaparoscópica pode levar ao aumento das indicações do procedimento nos serviços de saúde, contribuindo para melhor qualidade de vida das mesmas.

Palavras-chave: Histerectomia Laparoscópica. Sangramento Uterino Anormal. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: Hysterectomy is one of the most accomplished gynecological surgeries, with three main approaches: vaginal, abdominal and laparoscopic.

Objectives: To analyze the epidemiological profile of patients undergoing videolaparoscopic hysterectomies due to abnormal uterine bleeding.

Methods: The evaluation was done between June 2012 and February 2016 (n = 100). Patients included in the study were menarche patients with uterine volume of 160 to 250 cm³, with abnormal uterine bleeding refractory to clinical treatments, agreed to participate in the study. The accomplishment consisted of the placement of four trocars and was using electric bisexual chain scalpel ENSEAL®.

Results: The mean age was 45.3 years, the majority had offspring and 24% were hypertensive. The mean BMI was 25.5 ± 4.5 kg / m², with 28% being obese or overweight. Caesarean section was the most common surgical precedent, colpoperineoplasty with vaginal sling placement was the most common associated surgery. The mean operative time was 77 ± 22 min. The mean weight of the surgical specimen was 225g and the mean duration of hospitalization was 1.49 ± 0.9 days, the most common pathological finding was leiomyoma and the largest complications were 2% (n = 2) (vaginal duct dehiscence) and 1% (N = 1) (haemorrhage in mesosalpinge).

Conclusion: The clinical profile of the patients submitted to the procedure was similar to that described in the literature. Knowledge of the epidemiological profile of patients submitted to videolaparoscopic hysterectomy may lead to increased indications of the procedure in the health services, contributing to a better quality of life.

Keywords: Laparoscopic Hysterectomy. Abnormal uterine bleeding. Epidemiological profile.

1 INTRODUÇÃO

O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é uma causa significativa de procura assistencial, com cerca de 30% das mulheres sendo atendidas em algum momento da sua fase reprodutiva com este sintoma, afetando significativamente a qualidade de vida, resultando em ausências no trabalho e levando essas pacientes até o tratamento cirúrgico tendo um impacto significativo no sistema de saúde^{1,2}.

O Comitê Internacional da FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) desenvolveu novas diretrizes para a terminologia relacionada a este tópico³. A nomenclatura sugerida visa simplificar descrições desta apresentação clínica e eliminar terminologias como metrorragia e sangramento uterino disfuncional.

O SUA pode ser definido como qualquer variação do ciclo menstrual normal e inclui alterações na frequência e regularidade do ciclo menstrual, em duração do fluxo ou em quantidade de perda sanguínea. Sobre a categoria, outras definições podem ser sugeridas com base no volume da menstruação, regularidade, frequência, duração, cronicidade e tempo relacionado ao estado reprodutivo^{4,5}.

Descrições básicas de SUA são baseadas na ciclicidade e quantidade de fluxo menstrual, embora a percepção do sangramento não seja necessariamente quantificável, é fundamental para a gestão deste problema. Em última análise, a experiência da mulher e o impacto na sua qualidade de vida, determinam o grau em que pode se necessária uma intervenção. A apresentação da SUA na paciente depende de sua experiência subjetiva e impressão do nível de perda sanguínea⁴.

A FIGO classifica o SUA em causas estruturais (PALM – pólipos, adenomioses, leiomiomas e patologias malignas ou hiperplásicas) e causas não

estruturais (COEIN – coagulopatia, disfunção ovulatória, desordem endometrial, iatrogênico e causas desconhecidas). O tratamento é individualizado podendo ser clínico ou cirúrgico. O tratamento clínico pode ser hormonal (contraceptivo hormonal combinado, DIU com progesterona, progesterona injetável ou oral cíclica, danazol e agonista de GnRH) e não hormonal (AINH e antifibrinolíticos). O tratamento cirúrgico pode ser por histeroscopia, miomectomia, curetagem semiótica ou hysterectomia¹.

A hysterectomia para condições benignas é um dos procedimentos mais comuns em clínica ginecológica⁶. Nos Estados Unidos foram realizadas 3,1 milhões de hysterectomias entre 2000 e 2004, com média de idade entre 40 e 44 anos, com média de 600 mil hysterectomias por ano e mortalidade de 0,38 por cada 1000 procedimentos realizados^{7,8}.

Vários estudos randomizados e metanálises mostraram que a abordagem minimamente invasiva (vaginal ou laparoscópica) é claramente superior à cirurgia abdominal em termos de resultados perioperatórios⁹⁻¹¹. Cirurgias minimamente invasivas têm sido cada vez mais utilizadas como modalidade terapêutica para diversas afecções ginecológicas. Embora cirurgias laparoscópicas sejam amplamente realizadas em instalações privadas, poucos hospitais e instituições governamentais têm sido bem sucedidas em sua prática diária¹².

Os potenciais benefícios e riscos da hysterectomia laparoscópica foram amplamente noticiados desde a primeira hysterectomia total laparoscópica realizada por Harry Reich em 1989¹³.

No início a hysterectomia laparoscópica foi apresentada associada a elevada taxa de complicações, principalmente do trato urinário^{14,15}. Estudo realizado por Zupi et al.¹⁴ não encontrou complicações maiores relacionadas à cirurgia laparoscópica. Revisão da Cochrane encontrou menos complicações perioperatórias

após laparoscopia comparada à histerectomia total abdominal, especialmente relacionadas à perda sanguínea, febre no pós-operatório e retenção urinária¹⁵. É importante considerar que a maioria dos estudos foram realizados nos anos 1990, quando a cirurgia laparoscópica estava menos padronizada. Desde então, as complicações foram reduzidas à metade¹⁶.

Atualmente está bem estabelecido que as vantagens da cirurgia laparoscópica incluem menor número de complicações relacionadas à incisão, menos dor, melhor efeito estético e melhor recuperação no pós-operatório¹⁷⁻¹⁹.

No Brasil e no Maranhão, a experiência com histerectomia laparoscópica é ainda reduzida. A existência de poucos profissionais com treino e experiência suficientes tem sido apontada como principal obstáculo ao desenvolvimento da cirurgia laparoscópica.

Diante disso, o presente estudo pretende conhecer o perfil das mulheres submetidas à histerectomia laparoscópica e avaliar os benefícios e riscos inerentes ao procedimento.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, observacional, retrospectivo, com análise de prontuário das pacientes submetidas a HTL, pela mesma equipe cirúrgica ginecológica entre junho de 2012 e fevereiro de 2016. As cirurgias foram realizadas no Hospital São Domingos em São Luís – MA.

2.2 Delineamento

Para a caracterização da população foram analisados os seguintes parâmetros: idade, IMC, antecedentes mórbidos pessoais, paridade, indicação cirúrgica principal, procedimentos cirúrgicos acessórios, tempo operatório, peso da peça, duração da internação, diagnóstico anatomopatológico, complicações maiores ou menores intraoperatórias e pós-operatórias (Apêndice A) e ficha clínica dos arquivos da Clínica Afeto de São Luís-MA com anamnese, exame físico, exames complementares, relatório cirúrgico e evolução pré e pós-cirúrgica (Apêndice B).

a) Critérios de inclusão:

- Pacientes com episódios de sangramento uterino anormal com indicação de tratamento clínico;
- Pacientes em que o tratamento clínico falhou;
- Útero com volume inferior a 250cm³;
- Pacientes com prole definida ou nulíparas acima de 40 anos;
- Pacientes que concordaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

b) Critérios de exclusão:

- Pacientes que não aceitaram participar da pesquisa;
- Pacientes que não tiveram indicação de tratamento cirúrgico;
- Pacientes com patologia maligna;
- Paciente com desejo de engravidar.

2.3 Pacientes

A população do estudo foi constituída de pacientes submetidas à histerectomia videolaparoscópica no Hospital São Domingos no período de junho de 2012 a fevereiro de 2016.

2.4 Avaliação dos prontuários

A pesquisa consistiu na análise dos prontuários de pacientes submetidas à histerectomia videolaparoscópica no Hospital São Domingos no período de junho de 2012 a fevereiro de 2016.

2.5 Procedimento cirúrgico

As pacientes foram internadas no dia da intervenção cirúrgica. Todas as cirurgias foram realizadas sob anestesia geral e raquidiana, com dieta zero nas últimas oito horas. O antibiótico profilático foi ministrado trinta minutos antes do início da cirurgia (Cefazolina 2g IV dose única).

O armário de vídeo continha um monitor HD de 23 polegadas, sistema de captação de imagem digital HD, fonte de luz xênon e insuflador de CO₂; conectados a cabo de fibra óptica e endocâmera (Karl Storz- H. Strattner). (Figura1).



Figura 1 – Armário com monitor, processador de imagem, fonte de luz xênon Storz Medical – H. Strattnet. Posicionamento da paciente em mesa cirúrgica com braços ao longo do corpo e posição semiginecológica.

Fonte: Arquivo pessoal (2016)

As pacientes foram posicionadas com as pernas sobre perneiras alcochoadas e estendidas de 10-15 graus acima do nível do corpo, em posição semi ginecológica. Os braços colocados ao longo do corpo e a região glútea ultrapassando em torno de um centímetro da mesa cirúrgica, seguido de assepsia, antisepsia e sondagem vesical de demora com cateter de silicone nº 12, conectada a um coletor de sistema fechado, embrocação vaginal, dilatação do colo uterino com velar de Hegar até nº 7 e colocação de manipulador uterino para mobilização e apresentação do útero e vagina. O manipulador uterino é composto por haste de inox 7 mm, com camisa para graduar o obturador de porcelana. (Figura 2).



Figura 2 - Manipulador artesanal com haste de inox, e obturador de porcelana
Fonte: Arquivo pessoal (2016)

O cirurgião posicionou-se à esquerda da paciente, virado para a região pélvica, assim como o primeiro auxiliar, que ficou à direita da paciente, o segundo auxiliar sentado manipulando o útero virado para a região perineal e o instrumentador à direita da paciente.

A primeira punção foi umbilical, por técnica aberta, seguida de colocação de trocater de 10mm para óptica (10mm, com ângulo 30º, Karl Storz- H. Strattner) e mantendo pressão com CO₂ intra abdominal de 13 mmHg constante. A seguir três trocateres são posicionados: dois laterais há aproximadamente 2 cm da espinha íliaca ântero-superior direita e esquerda de 5mm ambos; e um trocater pararectal esquerdo de 12mm e localizado a 8 cm laterais à punção umbilical. A paciente é colocada em posição de Trendelenburg (25 e 30º), seguido de inventário da cavidade pélvica e abdominal.

Procedeu-se a HTL pela técnica de Clemont/Ferrand adaptada, utilizando o selador de tecido (Enseal®, Ethicon) para cauterização com corrente bipolar e secção tecidual. Seguiu-se na seguinte ordem: liberação de aderências quando presente; prensão, cauterização e secção de ligamento redondo bilateral, abertura

do mesossalpinge e do peritônio do recesso vésico uterino, seguido do rebaixamento vesical até dois centímetros abaixo do limite do colo uterino tendo como referência a borda superior da porcelana do manipulador uterino. Em seguida foi abordado artéria uterina, ligamento útero sacro e paramétrio bilateralmente. Com o útero livre, identificou-se a margem da borda superior da porcelana do manipulador iniciando-se incisão da cúpula vaginal com pinça de gancho e corrente monopolar.

Após a completa excisão da parede vaginal rente ao colo uterino, procedeu-se a apreensão, cauterização e secção com pinça bipolar referida acima do ligamento útero ovárico e mesossalpinge com retirada das trompas de Falópio bilateralmente. Em seguida o útero e trompas são extraídos via vaginal com colocação de tampão de gazes revestidas com látex na vagina para manter o pneumoperitônio. Nas pacientes com 50 anos de idade ou mais, foram feitas a anexectomia bilateral de rotina.

A sutura da cúpula vaginal com reparo em ângulo esquerdo da cúpula vaginal com fio 2.0 poliglecaprone 25 (Caprofil®, Ethicon). Seguido de ponto em ângulo vaginal direito, e sutura contínua e cruzada até o angulo direito com união e realização de ponto com os dois fios.

Finalizou-se com inventário final da cavidade, revisão da hemostasia, descartando lesão em alças e ureter, retirada de instrumental e fechamento da parede abdominal.

2.6 Análise estatística

Os dados foram introduzidos numa base de dados construída em Filemaker pro 12 Advanced®. Na análise estatística foi utilizado o programa SigmagStat versão 3,5. Foi realizada a análise descritiva, com medidas de tendência central e medidas de dispersão, tendo em conta as variáveis em estudo. Os resultados referentes a variáveis quantitativas serão apresentados como média \pm desvio padrão. Explorando assim as complicações, principal indicação, tempo médio de duração do ato operatório, peso médio da peça, duração da internação e frequência de conversões.

2.7 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos sob o número 2.046.841 (Anexo B).

Para participação na pesquisa, as mulheres submetidas à histerectomia laparoscópica assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

No período do estudo, foram realizadas 100 histerectomias videolaparoscópicas devido sangramento uterino anormal. A idade média foi de $45,7 \pm 9$ anos, com idade mínima de 30 anos e máxima de 55 anos de idade. Os antecedentes ginecológicos e obstétricos, médicos e cirúrgicos são descritos na

tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de mulheres submetidas a HTL conforme dados clínicos e cirúrgicos em São Luís, 2017.

Variáveis	N	%
Paridade		
Nulíparas	14	14,0
Múltiparas	86	86,0
Comorbidades		
Hipertensão arterial	24	24,0
Depressão	14	14,0
Dislipidemia	10	10,0
Endocrinopatias	08	8,0
Câncer	06	6,0
Diabetes mellitus tipo 2	04	4,0
Doenças cardiovasculares	08	8,0
Doenças respiratórias	04	4,0
Outras	14	14,0
	26,5	
	±4,5	
IMC (média ± DP; min – máx)	(19	
	–	
	43)	
Obesidade		
Sim	14	14,0
Não	86	86,0
Cirurgia ginecológica via vaginal		
Histeroscopia	02	2,0
Uroginecológica	04	4,0
Não	94	94,0
Cirurgia ginecológica via abdominal		
Cesariana	18	18,0
Laparoscopia	04	4,0
Laparotomia	02	2,0
Não	76	76,0
Cirurgias abdominais não ginecológicas		
Apendicectomia	02	2,0
Colecistectomia	06	6,0
Outras	10	10,0
Não	82	82,0

IMC: Índice de Massa corporal; DP: Desvio-padrão

Fonte: Elaborada pela autora (2017)

Foi observado que 14% (n=14) eram nulíparas, 24% hipertensas, 14% com depressão e 10% dislipidêmicas. O IMC médio foi $26,5 \pm 4,5$, sendo que 14%

das mulheres eram obesas (n= 10) e 28% (n= 28) tinham excesso de peso. Em relação aos antecedentes cirúrgicos, 38% (n= 38) das mulheres tinham pelo menos uma cirurgia abdominal/pélvica. Nos antecedentes cirúrgicos abdominais contactou-se apendicectomia em 2% (n= 2) e colecistectomia 6% (n= 6) das pacientes.

As principais indicações para realização de HTL foram: útero miomatoso (38%), adenomiose (36%) associado a sintomatologia do tipo hemorragia uterina anormal refratária ao tratamento clínico, polipose endometrial (8%), dentre outras causas (Tabela 2).

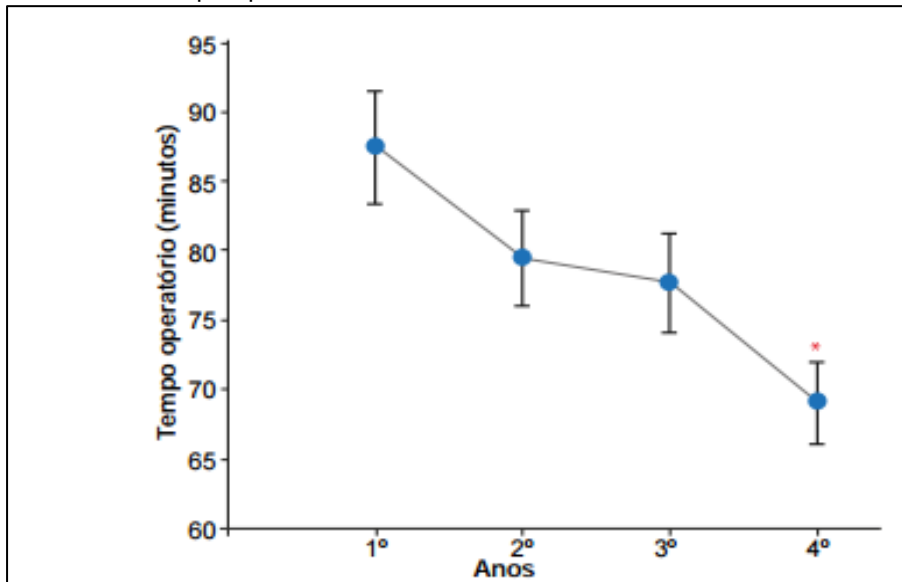
Tabela 2 – Distribuição dos casos de HTL segundo principal indicação cirúrgica, São Luís, 2017

Indicações	N	%
Miomatose uterina	38	38,0
Adenomiose	36	36,0
Pólipo endometrial	08	8,0
Sangramento uterino anormal sem causa definida	06	6,0
Hiperplasia endometrial	06	6,0
Disfunção ovulatória	06	6,0

Fonte: Elaborada pela autora (2017)

Foi realizada HTL com anexectomia bilateral em 40% dos casos e salpingectomia bilateral em 100%. Em 14% (n= 14) foram realizados outros procedimentos cirúrgicos associados, entre os ginecológicos: lise de aderências em 2% (n= 2), exérese de nódulo de endometriose do septo retovaginal em 2% (n= 2) e colpoperineoplastia e colocação de Sling vaginal transobturatório em 4% (n= 4). O tempo operatório medido para realização da HTL foi de $77,7 \pm 28,5$ (mínimo de 25 min e máximo de 180 min). Como se pode observar no gráfico 1, o tempo cirúrgico diminuiu de forma estatisticamente significativa do primeiro ($87,4 \pm 26,8$ min) para o 4º ano ($69,1 \pm 22,9$ minutos) do estudo ($p < 0,05$).

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de pacientes submetidos a HTL conforme tempo operatório nos últimos 4 anos. São Luís, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Foi necessária colocação de trocater epigástrico em todos os casos. Não foi necessária morcelação da peça operatória sendo que a sua extração foi realizada em 100% dos casos por via vaginal (n=100). O peso médio da peça operatória foi 225 ± 168 g. A duração média da internação foi de $1,49 \pm 0,9$ dias.

No que diz respeito a achados anatomopatológicos, os mais frequentes foram leiomioma em 70% (n=70), adeniose em 34% (n= 34), pólipos endometriais em 18% (n=18), e endometriose 6% (n=6) dos casos.

Ocorreram complicações intra-operatórias em 3% (n=3) das pacientes. Houve um caso de hemorragia no mesossalpinge após uma hora do término da cirurgia sem qualquer lesão vascular iatrogênica específica, complicação esta resolvida por via laparoscópica (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos casos de HTL segundo a suas complicações maiores e menores intra e pós-operatórias, São Luís, 2017

Complicações	N	%
Maiores		
Deiscência da cúpula vaginal	02	2,0
Menores		
Hemorragia sem necessidade de transfusão sanguínea	01	1,0
Ausência de complicações	97	97,0

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Relativamente a complicações maiores no pós-operatório, ocorreu deiscência de cúpula vaginal em dois casos 2%, (n= 2), estas doentes foram submetidas a fechamento secundário da cúpula. Assim a morbidade maior global foi 2% (n=2) e a menor 1% (=1).

4 DISCUSSÃO

A histerectomia por via laparoscópica foi inicialmente alvo de críticas, devido a dificuldade técnica, maior tempo operatório e aparente aumento das complicações maiores, nomeadamente do trato urinário. Contudo, os seus benefícios incluem menos dor pós-operatória, menor tempo de internação, recuperação mais rápida, com regresso mais precoce a atividade profissional, aumento da qualidade de vida a curto prazo e melhores resultados estéticos, comparativamente com a histerectomia abdominal^{10,13,16,20,21}. Do ponto de vista técnico, os benefícios da abordagem laparoscópica incluem a ampliação da imagem e visão de alta definição, facilitando o acesso aos vasos uterinos, ureter, reto e vagina¹³. Apesar da controvérsia inicial relativa a taxa de complicações associada a

via laparoscópica, os estudos mais recentes são consensuais ao apresentar a HTL como técnica segura e de primeira linha em múltiplas indicações cirúrgicas, quer benignas quer malignas^{13,22-24}. Contudo, no Brasil, a histerectomia laparoscópica não teve ainda implementação desejada²⁵.

Os resultados demonstram que, após o estabelecimento da técnica e treino da equipe, a via laparoscópica torna-se a abordagem preferencial para a realização da histerectomia. De fato e de acordo com a literatura, após o primeiro ano de estudo, a via laparoscópica tornou-se a principal via de abordagem, com diminuição evidente do número de histerectomias abdominais^{13,16,26}. Entretanto, de acordo com a revisão de 2009 da Cochrane, bem como as recomendações da American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), dadas as suas vantagens e baixa taxa de complicações, a via vaginal se mantém a via de abordagem de primeira linha da histerectomia. A histerectomia laparoscópica deverá, assim, ser realizada sempre que a via vaginal não for exequível ou indicada, a fim de se evitar a via abdominal^{10,27}.

Em relação às características das pacientes submetidas à HTL salienta-se que a maioria apresentava comorbidades médicas de importância e IMC médio de 26,5kg/m² (superior ao IMC correspondente a peso ideal de 20-24,9 kg/m²) sendo que 42% das mulheres tinham excesso de peso ou eram obesas. Além disso, 38% tinham cirurgia abdomino-pélvica prévia.

As principais indicações cirúrgicas para a realização de histerectomias neste estudo estão de acordo com o descrito na literatura, assumindo a fibromatose uterina um papel preponderante assim como adenomiose^{21,24,26,28,29}. Por sua vez os achados anatomopatológicos estão de acordo com as principais indicações cirúrgicas, salientando-se a presença de fibroleiomiomas na maioria das peças

operatórias. Foram realizados procedimentos acessórios, com grau de complexidade variável, em 14 % dos casos, demonstrando a eficácia da abordagem laparoscópica para diferentes procedimentos cirúrgicos necessários no âmbito da ginecologia, sem necessidade de conversão ou um segundo tempo cirúrgico.

Nas 100 HTL realizadas o tempo operatório médio foi de 77,7 minutos, observando-se a diminuição significativa do primeiro para o quarto ano de estudo, levando em consideração que nos últimos dois anos a equipe adquiriu maior confiança e aumento o volume de cirurgias/mês. Estes valores estão de acordo com os descritos por grupos com experiência globalmente reconhecida, tal como Wattiez et al.³⁰. e Malzoni et al.³¹. O grupo de Malzoni et al.³¹, por exemplo, descreveu um tempo cirúrgico médio de 80 min. Estes resultados demonstram que perante uma equipe treinada, a laparoscopia não se associa a prolongamento do tempo cirúrgico. Além disso, reforçam, mais uma vez, a importância do treinamento e de uma curva de aprendizado inicial, inerente aos procedimentos laparoscópicos.

Ressalta-se também que este tempo operatório foi possível, mesmo com úteros de peso similar ou superior ao descrito na literatura. Neste trabalho o peso médio da peça operatória foi de 225g (mínimo de 120g e máximo 300g). Donnez et al.¹³ numa revisão de 3190 histerectomias laparoscópicas, descreveram um peso médio 230g. Por sua vez, o estudo de Santos et al.²⁸ refere peso médio de 138,4g inferior ao descrito no presente trabalho. Estes resultados reforçam, assim, que a via laparoscópica é possível mesmo perante úteros volumosos.

A duração média da internação foi de $1,49 \pm 0,9$ dias, estando de acordo com o descrito na literatura internacional. Malzoni et al.³¹, por exemplo, num estudo envolvendo 1020 pacientes, descreveram um tempo de internação pós-operatória de 2,4 dias.

Em relação às complicações cirúrgicas, ocorreram complicações maiores em 2% dos casos e complicações menores em 1% dos casos, não tendo nenhum caso de lesão ureteral, perfuração intestinal ou morte. Em uma série de 1120 hysterectomias laparoscópicas, Karaman et al.²³ descreveram uma taxa de complicações maiores de 1%. Brummer et al.¹⁶ realizaram estudo retrospectivo multicêntrico na Finlândia, englobando 27.827 HTL, que demonstrou incidência de complicações maiores de 1,8% entre 1992 e 1999 e 1% entre 2000 e 2005. Por sua vez, Donnez e Donnez²⁴ no seu estudo prospectivo de 400 hysterectomias laparoscópicas descreveram uma taxa de complicações maiores precisamente de 1,5%. No que diz respeito a complicações menores, foram consideradas a ocorrência de laceração iatrogênica da serosa do cólon sigmóide, com sutura imediata, o que para alguns autores pode ser considerado como intercorrência normal³⁰. Considera-se também como morbidade os casos de incontinência urinária, de acordo com o defendido por Walsh et al.³², em que a disfunção vesical deve ser avaliada como complicação a longo prazo da abordagem laparoscópica. Contudo estudos prévios de avaliação da taxa de complicações não incluem este parâmetro. A taxa de complicações menores aqui descrita é aceitável e está de acordo com a literatura atual. Hoffman et al.³³, na série de 108 HTL descreveram taxa de 17,6 % de complicações menores.

Trata-se de um estudo pioneiro acerca da descrição do perfil epidemiológico de mulheres submetidas à hysterectomia videolaparoscópica em São Luís – MA, contribuindo para o conhecimento das indicações, perfil clínico, manejo cirúrgico e complicações desses procedimentos.

Relativamente às limitações do presente trabalho, podemos apontar a metodologia adotada. Os dados foram obtidos através de consulta de ficha clínica, o

que está dependente do registro claro e completo da informação. Por outro lado tratou-se de um estudo observacional retrospectivo sem grupo controle. A realização de um estudo prospectivo com grupo controle (via vaginal e via abdominal) seria de grande utilidade clínica.

5 CONCLUSÕES

O presente trabalho avaliou o perfil epidemiológico de mulheres submetidas à histerectomia videolaparoscópica devido sangramento uterino anormal, destacando achados condizentes com o descrito na literatura. O melhor conhecimento da técnica e das indicações da via laparoscópica podem contribuir para aumentar a realização desse procedimento, contribuindo para melhores desfechos pós-operatórios e de qualidade de vida.

6 FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existem fontes externas de financiamento para o presente estudo.

7 CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflito de interesses (econômicos, pessoais, científicos, assistenciais, educacionais, religiosos e sociais) interferindo nos resultados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Kjerulff KH, Erickson BA, Langenberg PW. Chronic gynecological conditions reported by US women: findings from the national health interview survey, 1984 to 1992. *Am J Public Health* 1996;86:195–9.
2. Frick KD, Clark MA, Steinwachs DM, Langenberg P, Stovall D, Munro MG, et al. Financial and quality-of-life burden of dysfunctional uterine bleeding among women agreeing to obtain surgical treatment. *Womens Health Issues* 2009;19:70–8.
3. Market Opinion and Research International (MORI). Women's health in 1990. [Research study conducted on behalf of Parke-Davis Laboratories]. London: MORI; 1990.
4. Barnard K, Frayne SM, Skinner KM, Sullivan LM. Health status among women with menstrual symptoms. *J Womens Health (Larchmt)* 2003;12:911–9.
5. Cote I, Jacobs P, Cumming D. Work loss associated with increased menstrual loss in the United States. *Obstet Gynecol* 100:683–7.
6. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000–2004. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:34.e1–34.e7.
7. Hysterectomy in the United States, 2000-2004. Centers for Disease control and Prevention (CDC). [access 2016 jul 23]. Disponível em: www.cdc.gov/reproductivehealth/WomensRH/00-04-FS_Hysterectomy.htm.
8. Mäkinen J, Johansson J, Tomás C, Tomás E, Heinonen PK, Laatikainen T, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Human Reprod* 2001;16(7):1473-1478.
9. Kluivers KB, Hendriks JC, Mol BW, Bongers MY, Bremer GL, de Vet HC, et al. Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:145–152.
10. Nieboer TE, Hendriks JC, Bongers MY, Vierhout ME, Kluivers KB. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119:85–91.
11. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;8:CD003677.

12. Agarwal P, Bindal N, Yadav R. Risks and Benefits of Total Laparoscopic Hysterectomy and the Effect of Learning Curve on Them. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2016; 66(5):379–384.
13. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG*. 2009;116:492-500.
14. Zupi E, Centini G, Lazzeri L, Finco A, Exacoustos C, Afors K, et al. Hysteroscopic Endometrial Resection Versus Laparoscopic Supracervical Hysterectomy for Abnormal Uterine Bleeding: Long-term Follow-up of a Randomized Trial. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2015; 22(5): 841-5.
15. Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD004993.
16. Brummer THI, Seppala TT, Harkki PSM. National learning curve for laparoscopic hysterectomy and trends in hysterectomy in Finland 2000–2005. *Hum Reprod*. 2008; 23:840–845.
17. Ghezzi F, Uccella S, Cromi A, Siesto G, Serati M, Bogani G, et al. Postoperative pain after laparoscopic and vaginal hysterectomy for benign gynecologic disease: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203:118.e1–118.e8.
18. Allam IS, Makled AK, Gomaa IA, El Bishry GM, Bayoumy HA, Ali DF. Total laparoscopic hysterectomy, vaginal hysterectomy and total abdominal hysterectomy using electrosurgical bipolar vessel sealing technique: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291:1341–1345.
19. Pokkinen SM, Kalliomäki ML, Yli-Hankala A, Nieminen K. Less postoperative pain after laparoscopic hysterectomy than after vaginal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292:149–154.
20. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB, Nervo P, Canis M, Botchorishvili R, et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002; 9:339-45.
21. Cho HY, Choi KJ, Lee YL, Chang KH, Kim HB, Park SH. Comparison of two bipolar systems in laparoscopic hysterectomy. *JLS*. 2012; 16:456- 60.
22. Bojahr B, Raatz D, Schonleber G, Abri C, Ohlinger R. Perioperative complication rate in 1706 patients after a standardized laparoscopic supracervical hysterectomy technique. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006; 13:183-9.
23. Karaman Y, Bingol B, Günenç Z. Prevention of complications in laparoscopic hysterectomy: experience with 1120 cases performed by a single surgeon. *J*

- Minim Invasive Gynecol. 2007; 14:78-84.
24. Donnez O, Donnez J. A series of 400 laparoscopic hysterectomies for benign disease: a single centre, single surgeon prospective study of complications confirming previous retrospective study. *BJOG*. 2010; 117:752-5.
 25. Oliveira MAP, Oliveira HC, Meireles Jr HM. *Cirurgia vídeolaparoscópica em ginecologia*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
 26. Wright JD, Aranth CV, Lewin SN, Burk WM, Lu YS, Neugut AI, et al. Robotically assisted vs laparoscopic hysterectomy among women with benign gynecologic disease. *JAMA*. 2013; 309:689-98.
 27. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 444: choosing the route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol*. 2009; 114:1156-8.
 28. Santos E, Dias I, Varela MF, Freire-de-Oliveira C. Morbidity in laparoscopically assisted vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2007; 1:66-73.
 29. Cho HY, Park ST, Kim HB, Kang SW, Park SH. Surgical Outcome and Cost Comparison Between Total Vaginal Hysterectomy and Laparoscopic Hysterectomy for Uteri Weighing > 500 g. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21:115-9.
 30. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB, Nervo P, Canis M, Botchorishvili R, et al. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002; 9:339-45.
 31. Malzoni M, Perniola G, Perniola F, Imperato F. Optimizing the total laparoscopic hysterectomy procedure for benign uterine pathology. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004; 11:211-8.
 32. Walsh CA, Walsh SR, Tang TY, Slack M. Total abdominal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 144:3-7.
 33. Hoffman CP, Kennedy J, Borschel L, Burchette R, Kidd A. Laparoscopic hysterectomy: the Kaiser Permanente San Diego experience. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005; 12:16-24.

APÊNDICE A – Complicações intra e pós-operatórias maiores e menores

Complicações maiores
Lesão ureteral
Lesão vesical
Perfuração intestinal
Hemorragia com necessidade de transfusão sanguínea
Hematoma da cúpula com necessidade de drenagem cirúrgica ou transfusão sanguínea
Complicações anestésicas maiores
Conversão para laparotomia
Deiscência da cúpula vaginal
Embolia pulmonar
Complicações menores
hemorragia ⁵ sem necessidade de transfusão sanguínea
Hematoma (com drenagem espontânea)
Lesão iatrogênica da serosa intestinal
Infeção (urinária, da cicatriz, pélvica ou outra) ou febre (temperatura > 38°C nos primeiros 7 dias)
Trombose venosa profunda
Problemas anestésicos menores
Incontinência urinária

APÊNDICE B – Ficha Clínica

**Sevicio de Endoscopia Ginecológica *(Clínica Afeto)
Laudo de Histerectomia VI.
Hospital São Domingos São Luís /Ma**

FICHA CLINICA PACIENTES SUBMETIDAS HVL.

NOME _____
 DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____ IDADE _____ FONE _____
 DATA PROCEDIMENTO _____

ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

PARIDADE _____
 IDADE REPRODUTIVA:
 Pre menopausa _____
 Pos menopausa _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Irrelevantes _____
 Patologia associada _____
 IMC _____ Excesso de
 peso _____ Obesa _____

ANTECEDENTES CIRÚRGICOS:

CIRURG GINECO VAGINAL _____
 CIRURGIA GINECO ABD _____
 OUTRA CIRURGIA _____
 INDICAÇÃO PRINCIPAL _____
 VOLUME UTERINO _____

DIAGNOSTICO ANÁTOMO PATOLÓGICO

TEMPO CIRÚRGICO _____ GRUPO 1 _____ G2 _____
 G3 _____ G4 _____
 MORBIDADE MAJOR _____
 MORBIDADE MINOR _____
 CONVERSÃO _____

PROCEDIMENTO PRINCIPAL*

Com ablação anexial uni o bilateral _____
 Com conservação anexial _____
 Com salpingectomiãa uni ou bilateral _____
 Com ooforectomia unilateral _____
 PROCEDIMENTO ACESSÓRIO
 ADESIOLISE _____
 COLPOPERINEOPLASTIA _____
 EXICAO DE NODULO DE SEPTO VAGINAL _____
 HISTEROSCOPIA _____
 COMPLICAÇÕES _____

DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO _____
 OUTROS _____

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA”. Com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico de pacientes submetidas a histerectomia videolaparoscópica em hospital privado de São Luís - MA. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final deste documento. Você receberá uma cópia deste termo assinada em duas vias por você e pelo pesquisador responsável onde há o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação antes e durante a pesquisa. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhuma penalização e interrupção do seu acompanhamento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a Instituição. **Local de Execução:** Hospital São Domingos - Avenida Jerônimo de Albuquerque, 2.000 – Bequimão, Tel: 3216-8100, São Luís - MA. **Critério de Inclusão dos Indivíduos:** Eu poderei ser incluída nesta pesquisa se atender aos seguintes critérios: Pacientes com episódios de sangramento uterino anormal com indicação de tratamento clínico; Pacientes em que o tratamento clínico falhou; Útero com volume inferior a 250cm³; Pacientes com prole definida ou nulíparas acima de 40 anos; Pacientes que concordaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). **Critério de Exclusão:** Eu não poderei ser incluída nesta pesquisa se atender aos critérios: Pacientes que não aceitaram participar da pesquisa; Pacientes que não tiveram indicação de tratamento cirúrgico; Pacientes com patologia maligna; Paciente com desejo de engravidar. **Critérios de Acompanhamento e Assistência como responsáveis:** Os pacientes selecionados terão seus prontuários revistos e haverá análise do procedimento cirúrgico, realizados no período da internação. **Descrição do Estudo:** Estudo descritivo, observacional, retrospectivo, com análise de

prontuário das pacientes submetidas a HTL, pela mesma equipe cirúrgica ginecológica entre junho de 2012 e fevereiro de 2016. As cirurgias foram realizadas no Hospital São Domingos em São Luís – MA. Para a caracterização da população serão analisados os seguintes parâmetros: idade, IMC, antecedentes mórbitos pessoais, paridade, indicação cirúrgica principal, procedimentos cirúrgicos acessórios, tempo operatório, tipo de energia utilizada, peso da peça, duração da internação, diagnóstico anatomopatológico, complicações maior ou menor intraoperatórias e pós-operatórias e ficha clínica dos arquivos da Clínica Afeto de São Luís –MA com anamnese, exame físico, exames complementares, relatório cirúrgico e evolução pré e pós-cirúrgica. **Benefícios para o Indivíduo:** Eu poderei ter o conhecimento das indicações e achados das histerectomias laparoscópicas realizadas em São Luís - MA, a qual oferece subsídios aos profissionais de saúde, para que possam entender mais sobre a importância dessa abordagem terapêutica para diversas condições ginecológicas. **Riscos para o Indivíduo:** Trata-se de um estudo retrospectivo, com análise de prontuários. Os riscos são inerentes ao procedimento cirúrgico já realizado. Os riscos podem envolver perda sanguínea com necessidade de transfusão, infecção no local da cirurgia, hematoma, embolia pulmonar, necessidade de conversão para cirurgia aberta, lesão de vias urinárias, trombose. Esses riscos são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico e são prontamente abordados pela equipe cirúrgica, minimizando os danos.

11. Alternativa para o Estudo: não se aplica.

12. Exclusão dos Indivíduos: Eu poderei ser excluída do projeto se não conseguir completar os requisitos de cada etapa.

13. Direitos dos Indivíduos para recusar-se a participar ou retirar-se do estudo: Eu entendo que minha participação no projeto é voluntária e posso recusar-me a participar ou posso interromper minha participação em qualquer hora, sem penalização.

14. Direitos dos indivíduos quanto à privacidade: Eu concordo com a publicação dos dados obtidos, desde que preservado o meu nome. Estou ciente que haverá total proteção à minha participação. Concordo ainda que os resultados poderão estar disponíveis para a Agência Financiadora da Pesquisa, observando a privacidade do meu nome.

15. Publicação das Informações: As informações coletadas referentes ao projeto estarão disponíveis para a Equipe envolvida na pesquisa e para a Agência

Financiadora. Poderão ser publicados de acordo com o item 14.

16. Informação Financeira: Minha participação neste estudo não implica em contrato de trabalho.

Eu não receberei nenhuma compensação financeira para participar do estudo.

17. Dano à Saúde: Fui comunicada que qualquer ocorrência que não seja decorrente do estudo e surja durante o estudo, deverá ser tratada por conta própria, ou seja, o estudo que participo não assume nenhum compromisso no tratamento de outras enfermidades. Nestes casos, deverei comunicar à equipe do projeto todas as informações referentes à enfermidade e o seu tratamento. Se existe alguma intercorrência decorrente da pesquisa comunicarei ao investigador principal no telefone:, em qualquer horário do dia ou da noite.

18. Assinaturas: O estudo foi discutido comigo e todas as questões foram respondidas. Eu entendo que perguntas adicionais relacionadas ao estudo devem ser dirigidas aos investigadores relacionados acima. Eu entendo que se tiver dúvidas sobre direitos dos voluntários, posso contatar o Comitê de Ética do Hospital São Domingos. Eu concordo com os termos acima e acuso o recebimento de uma cópia desse consentimento.

Pesquisador Responsável

Voluntária

ORIENTADOR / PESQUISADOR: Prof. Dr. João Nogueira Neto

ENDEREÇO: Praça Gonçalves Dias, s/n, Prédio da Faculdade de Medicina

TELEFONE: 98 991124336

ORIENTANDO / PESQUISADOR: Sara Aguiar de Souza Caldas

ENDEREÇO: Rua Anapurus, Apto 202, Cond. Dom Pedrito, Renascença II.

TELEFONE: 98 981361867

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Domingos/ HSD. Chairperson Dr José Raimundo Azevedo (cep@hospitalsaodomingos.com.br). HSD 32168107. Func.seg-sext. 14-18h

ANEXO B – Aprovação no Comitê de Ética

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA EM UM HOSPITAL PRIVADO DE SÃO LUÍS - MA

Pesquisador: João Nogueira Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65731317.2.0000.5085

Instituição Proponente: Hospital São Domingos/ HSD

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.046.841

Apresentação do Projeto:

O sangramento uterino anormal (SUA) é causa frequente de procura assistencial por mulheres na fase reprodutiva. Afeta a qualidade de vida, é causa de ausências as atividades laborais. Tem impacto na saúde como um todo. A SUA é classificada em causas estruturais e não estruturais. Vários estudos mostram que a abordagem videolaparoscópica da SUA com indicação cirúrgica apresenta vantagens em relação ao procedimento aberto. Apesar disso a abordagem VL ainda é pouco frequentemente utilizada. Este estudo pretende avaliar o perfil epidemiológico das mulheres submetidas a HVL e avaliar benefícios do procedimento

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é o de avaliar o perfil epidemiológico de pacientes submetidas a histerectomias VL em um hospital privado de São Luis. MA.

Objetivos específicos: Estabelecer perfil clínico e epidemiológico das mulheres submetidas a HVL. Definir o tempo médio de realização da histerectomia e a duração da internação. Determinar qual o achado histopatológico mais comum das pacientes que realizaram o procedimento. Determinar as complicações mais frequentes do procedimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo retrospectivo, de análise de prontuários. Os riscos estariam relacionados

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540
Bairro: Bequimão CEP: 65.060-642
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8113 Fax: (98)3236-3395 E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 2.046.841

ao procedimento ao tempo em que foi realizado. Evidentemente os riscos não são pequenos relacionados ao procedimento mas o estudo analisa casos que já realizaram a HVL.

Os benefícios do procedimento ficam claros na análise de estudos que mostram a baixa frequência de complicações e o conforto para o paciente reduzindo tempo de hospitalização e convalescência. O benefício do estudo em si, será a melhora do conhecimento das vantagens da HVL comparada a outros procedimentos de histerectomia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo importante. O tempo de inclusão de pacientes de aproximadamente 4 anos, faz supor em um "n" significante capaz de produzir resultados importantes para um melhor conhecimento do impacto da histerectomia VL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Por tratar-se de estudo retrospectivo entendo que o TCLE seria dispensável. Os autores entretanto incluem o termo, bem elaborado, mas entendo de utilidade limitada.

Recomendações:

Ao término do estudo os autores devem enviar ao CEP do Hospital São Domingos, através da Plataforma Brasil relatório final da pesquisa e declaração da Direção do Hospital São Domingos informando que recebeu cópia com os resultados do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RECOMENDO A APROVAÇÃO DO ESTUDO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_854418.pdf	09/03/2017 22:29:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_SARA.pdf	09/03/2017 22:29:40	João Nogueira Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_SARA.doc	09/03/2017 22:29:29	João Nogueira Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_HTL.docx	09/03/2017 22:29:19	João Nogueira Neto	Aceito

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540

Bairro: Bequimão

CEP: 65.060-642

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3216-8113

Fax: (98)3236-3395

E-mail: cep@hospitalsadomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 2.046.841

Ausência	TCLE_HTL.docx	09/03/2017 22:29:19	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Liberacao_Local_Coleta_de_dados.pdf	02/03/2017 22:12:34	João Nogueira Neto	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_htl.pdf	02/03/2017 22:11:41	João Nogueira Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Maio de 2017

Assinado por:
LUCIA MARIA COELHO ARAUHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 540
Bairro: Bequimão CEP: 65.060-642
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8113 Fax: (98)3236-3395 E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br

ANEXO C – Normas de publicação

Periódico: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Classificação WEBQUALIS: B3 (MEDICINA I)

Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor-Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo *double mind*) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências.

IMPORTANTE! Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento

resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

- Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) **Modelo**;
- Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
- Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
- Página de Título;
- Manuscrito.

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia publica as seguintes categorias de manuscritos:

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou

retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.

Artigos de Revisão, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;

Cartas ao Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;

Editorial, somente a convite do editor.

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados

secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.

Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.

Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.

Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigos de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

Palavras-chave

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e

quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):

Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);

Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.

Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é

determinada para cada grupo.

Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de **estudo randomizado** informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform* (ICTRP/OMS), na página de título.

Estudo ecológico: Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

Revisão Sistemática e Metanálise: Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais

Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?

Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutibilidade dos métodos empregados foram consideradas?

Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?

Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São

informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: *Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

IMPORTANTE!

A RBGO aderiu à iniciativa do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas. Consulte as guias interacionais relacionadas:

Ensaio clínico randomizado:

<http://www.consort-statement.org/downloads/consort-statement>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

Estudos observacionais em epidemiologia:

stroke-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf

Estudos qualitativos:

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para

analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

As seções **Métodos** e **Resultados** nos **Estudos de Caso** devem ser substituídas pelo termo **Descrição do Caso**.

Discussão

Na seção **Discussão** enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção **Discussão** informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção **Conclusão** tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregue citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem

relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências. Para formatar as suas referências, consulte o American Medical Association (AMA) Citation Style.

*As instruções aos Autores deste periódico foram elaboradas baseadas nas diretrizes da Vancouver e na obra literária **Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.**

Envio dos manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>. Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: editorial.office@febrasgo.org.br

Home Page: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>