

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

**WANARA PITHON DA SILVA PEREIRA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E  
PERINATAL DE PACIENTES SUBMETIDAS À MIOMECTOMIA DURANTE A  
GESTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA**

São Luís – MA  
2015

**WANARA PITHON DA SILVA PEREIRA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E  
PERINATAL DE PACIENTES SUBMETIDAS À MIOMECTOMIA DURANTE A  
GESTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Medicina da  
Universidade Federal do Maranhão, para  
obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Adriana Lima dos Reis  
Costa

São Luís – MA  
2015

Pereira, WanaraPython da Silva

Perfil clínico-epidemiológico e avaliação pós-operatória e perinatal de pacientes submetidas à miomectomia durante a gestação em um serviço de obstetrícia/WanaraPython da Silva Pereira. – São Luís, 2015.

34.f

Orientador(a): ProfªMsc. Adriana Lima dos Reis Costa

Artigo (Graduação em Medicina) – Curso de Medicina. Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1.Leiomiomas uterinos 2.Miomectomia na gestação- Pós operatório-Perinatal  
3.Adriana Lima dos Reis Costa (orientadora) II. Título.

CDU 618.11-006 (812.1)

**WANARA PITHON DA SILVA PEREIRA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PERINATAL DE PACIENTES SUBMETIDAS À MIOMECTOMIA DURANTE A GESTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Msc. Adriana Lima dos Reis Costa.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Msc. Adriana Lima dos Reis Costa - Orientadora**

---

**Dra. Márcia Silva Sousa - Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Flávia Helen Furtado Loureiro - Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Rocha Bringel Lima - Examinadora**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA E PERINATAL DE PACIENTES SUBMETIDAS À MIOMECTOMIA DURANTE A GESTAÇÃO EM UM SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA**

**CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND POST-OPERATIVE AND PERINATAL EVALUATION OF PATIENTS THAT UNDERWENT MYOMECTOMY DURING PREGNANCY IN AN OBSTETRIC SERVICE**

Autoras:

Wanara Pithon da Silva Pereira<sup>1</sup>

Márcia Silva Sousa<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Estudante do 5º ano de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. (UFMA).

<sup>2</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Preceptora da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do HU-UFMA.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me permitir respirar, por zelar pela minha vida e me permitir acordar todos os dias com um sonho por se realizar.

A minha mãe Ana Kelma, que é o motivo pelo qual vivo e que tanto lutou e luta diariamente para que os sonhos de todos a sua volta se realizem.

A meu Pai Leonel, que sempre se orgulhou das conquistas dos filhos e vibra sempre que uma vitória é alcançada.

A Massimo, meu padrasto, pelos ensinamentos e por me mostrar que a vida é feita de lutas.

A Pedro, pela prestatividade e confiança depositada em mim.

Aos meus irmãos Hércules e Bruno, por diariamente tornarem minha vida mais engraçada, Pithon e Suelma por terem cuidado de mim e me ensinado que, se você faz o que ama, será sem dúvida feliz, Tibério e Maressa por me amarem mesmo quando estou ausente.

A Anali, minha sobrinha por ser uma criança tão inspiradora.

A minha família Silva, em especial meus avós Sueli Bone e João Cantu, que são exemplos de vida, pelo apoio e por torcerem por meu sucesso. A minha vitória é de vocês também.

A minha família Pithon, em especial aos meus tios(as) e primos(as) por estarem presentes nos momentos em que mais precisei, por serem exemplos de profissionais e pessoas, e por não deixarem que a distância quebrassem os vínculos de amor e companheirismo que nos unirá eternamente.

A Turma 93 pela convivência e relações construídas diariamente.

Ao CAEE, Daniel e Beck por terem me aceitado como amiga e compartilhado momentos tão especiais, que nossa amizade dure pra sempre.

A minha amiga irmã Morena e seu companheiro Nilton por todas as provas de amizade e companheirismo.

Ao meu namorado Wendhell pelo amor e paciência.

A Dra Márcia Sousa por ter tornado este projeto possível, e pela confiança.

A Dra Adriana Costa pela orientação e por ser exemplo de profissional.

A Flávia Furtado pela atenção e dedicação aos seus alunos.

A Larissa, pelo acolhimento e ajuda no desenvolvimento do Projeto.

A UFMA e Faculdade de Medicina pela oportunidade de tornar-me médica.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
2.1	OBJETIVO GERAL .....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	17
4.1	MODELO E LOCAL DE ESTUDO .....	17
4.2	PACIENTES E MÉTODOS .....	17
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	19
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	25
	<b>ANEXOS</b> .....	29

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

<b>Tabela 1</b>	Condições sócio-demográficas das gestantes submetidas à miomectomia.....	20
<b>Tabela 2</b>	Antecedentes obstétricos.....	20
<b>Tabela 3</b>	Transoperatório.....	21
<b>Tabela 4</b>	Pós-operatório.....	21
<b>Tabela 5</b>	Características do parto.....	22
<b>Tabela 6</b>	Resultados perinatais.....	22
<b>Gráfico 1</b>	Idade gestacional na miomectomia.....	20
<b>Gráfico 2</b>	Indicação da miomectomia.....	21



## RESUMO

Por ser o tumor benigno do músculo liso mais frequente no sexo feminino, o mioma muitas vezes coexiste com a gestação. São tumores estrógeno-dependentes e apresentam crescimento, durante a gestação, em até 50% dos casos. A miomectomia neste período pode ser realizada em casos bem selecionados, porém se observa uma escassez de publicações sobre o tema. **Objetivos:** Avaliar o perfil clínico-epidemiológico, resultado pós-operatório e resultados perinatais de pacientes submetidas à miomectomia, assim como suas indicações, no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) no período de 2005 a 2013. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva retrospectiva de caráter exploratório com abordagem quantitativa. Foram incluídas todas as gestantes submetidas à miomectomia e que fizeram acompanhamento pré-natal no ambulatório de Miomatose e Gravidez no período de 2005 a 2013 na Unidade Materno Infantil do HUUFMA. As variáveis maternas e neonatais foram obtidas por meio de revisão dos prontuários e ficha pré-natal. Foram pesquisadas intercorrências no transoperatório e pós-operatório. Foram analisadas características do parto, resultados perinatais e suas intercorrências. **Resultados e Discussão:** Foram identificadas 12 gestantes submetidas à miomectomia. A idade média foi de 35,5 anos, a raça parda foi predominante, as primíparas foram responsáveis por 66,7% dos casos. A idade gestacional na realização da miomectomia foi frequentemente o segundo trimestre (83,3%). A indicação da cirurgia em todas as pacientes foi dor intratável. As pacientes evoluíram bem no transoperatório e pós operatório. Não houve perda fetal, parto prematuro ou aborto. Um recém nascido evoluiu com intercorrência (Insuficiência Respiratória Transitória). O índice de cesárea foi de 100%. Todos os recém nascidos tiveram Apgar entre 9-10. Um recém nascido nasceu com menos de 2.500g. **Conclusão:** Os poucos casos publicados tem mostrado segurança na miomectomia quando bem indicada, demonstrando-se neste trabalho um resultado pós-operatório e perinatal favorável

**Palavras-chave:** Leiomiomas Uterinos. Miomectomia na gestação. Pós-operatório. Perinatal.

## ABSTRACT

Because the myoma is the most frequent benign tumor of the smooth muscle among women very often it coexists with the pregnancy. They are estrogen dependent tumors and in 50% of all cases can grow during the pregnancy. The myomectomy in this period can be done in selected cases , however little publication has been done is this matter. **Objectives:** Analyse the clinical and epidemiological profile, post-operation and perinatal results of the patients undergoing myomectomy , as its indications, in the Obstetrics and Gynecology Service of the Materno Infantil University Hospital in the period of 2005-2013. **Methods:** This is a study of exploratory retrospective descriptive nature with quantitative approach. It were included all pregnant women that did their pre-natal follow up in the Myomatosis and Pregnancy clinic in the period of 2003 through 2015 in the Materno Infantil unity of the HUUFMA. The maternal and neonatal variables were obtained through the records and pre natal file. Complications were surveyed during surgery and in the postoperative. The features of the labor, perinatal results and their complications were analyzed. **Results and Discussion :**There were 12 pregnant women that underwent trough myomectomy. The average age was 35,5 years old, women with mixed races were the most cases, and 66,7% of all cases were in woman that were having their first child. In 83,3% of all myomectomies happened in the second trimester. The indication of surgery in all patients was the incurable pain. The patients had good outcomes in the operating room and in the post operatory. There were no fetal losses, premature birth or abortions. One newborn had Transient Respiratory Failure. All births were through cesarean. All the newborns had APGAR score between 9-10. Only one newborn had less than 2500g at birth. **Conclusion:** The few published cases have shown security in the myomectomy when it is well indicated. The results in this paper showed postoperative and perinatal favorable results.

**Key words:** Uterine leiomyomas, Miomectomy during pregnancy, Post operatory, perinatal.

## 1 INTRODUÇÃO

O leiomioma uterino é uma neoplasia pélvica, sólida, benigna e estrógeno-dependente, que se origina da musculatura lisa do útero. Tem como sinônimos os termos escleroma, fibroma, fibroleiomioma, tumor fibroide e fibromioma, hoje considerados impróprios, por suas etimologias referirem um aumento do tecido conjuntivo, o qual, na maioria das vezes, não tem origem neoplásica. Apesar das várias sinonímias, atualmente o termo mais popular é mioma uterino. Pode ser classificado, de acordo com a sua localização, em: subseroso, quando localizado externamente ao miométrio; intramural, quando situado no miométrio; e submucoso, quando situado internamente ao miométrio, podendo até se projetar para a cavidade uterina<sup>1</sup>.

O leiomioma desenvolve-se pela hiperplasia e hipertrofia das células miometriais e também pelo aumento da matriz extracelular. Sua origem, crescimento e desenvolvimento resultam de uma complexa interação entre hormônios esteroides, citocinas, fatores de crescimento e mutações somáticas. O estrógeno e a progesterona são considerados fatores promotores, estimulando o crescimento e desenvolvimento do leiomioma, fato comprovado pelo acelerado crescimento destes tumores durante a gestação, quando há elevados níveis destes hormônios, e regressão dos mesmos após a menopausa. Aproximadamente 40% dos leiomiomas estão relacionados também a alterações citogenéticas<sup>2</sup>.

Epidemiologicamente, é o tumor benigno do músculo liso mais frequente no sexo feminino, estando presente em 20 a 30% das mulheres em idade fértil e em mais de 40% das mulheres acima de 40 anos<sup>3</sup>.

De acordo com Benda e col.<sup>4</sup>, em estudo randomizado em mulheres submetidas à ultrassonografia, evidenciou-se que 73% das mulheres negras e 48% das mulheres brancas apresentavam leiomiomas uterinos.

Alguns fatores de risco influenciam na maior prevalência de miomas uterinos, tais como: idade, raça e paridade. A prevalência etária varia de acordo com a raça, sendo mais frequente nas mulheres negras entre 35 e 39 anos e, nas brancas, entre 40 e 44 anos. A paridade é outro fator que influencia na ocorrência de leiomiomas uterinos, reduzindo seu risco. O risco diminui de 20 a 50% em mulheres que tem um filho nascido vivo e continua a diminuir com o aumento do número de filhos. Fatores como má alimentação, tabagismo, infecções e doenças crônicas também aumentam

o risco de ocorrência de leiomiomas. Nos Estados Unidos, a incidência de leiomioma é cerca de 12,8 por 1000 mulheres por ano<sup>5</sup>.

Os leiomiomas uterinos dividem-se em assintomáticos e sintomáticos. Estes últimos constituem menos de 20% dos casos. As manifestações clínicas locais mais comuns são: aumento do fluxo menstrual, dor pélvica, infertilidade, aumento do volume abdominal, corrimento e compressão do trato intestinal, urinário e venoso<sup>6</sup>.

O diagnóstico geralmente é feito pela anamnese, exame ginecológico e complementado por exames de imagem como a ultrassonografia. O diagnóstico definitivo é dado pelo estudo anatomopatológico, tendo como principal diagnóstico diferencial o leiomiossarcoma uterino (neoplasia maligna). Histerosalpingografia, histeroscopia, histerossonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética também podem ser utilizados para confirmar o diagnóstico<sup>7,30,31</sup>.

O tratamento expectante ou conservador é possível devido à baixa incidência do leiomiossarcoma (0,2 a 0,7% dos casos). Agentes antifibrinolíticos, pílulas anticoncepcionais, progesteronas e anti-inflamatórios não hormonais são a primeira linha no tratamento conservador. Já o tratamento cirúrgico engloba tanto métodos convencionais como também os minimamente invasivos, a saber: miomectomia abdominal convencional, histerectomia, embolização de artérias uterinas, histeroscopia, entre outros<sup>8</sup>.

Por serem os tumores genitais mais comuns, muitas vezes os miomas coexistem com a gravidez. A incidência de miomas durante a gravidez varia de 0,09% a 3,9%, podendo ser maior em algumas populações.<sup>26,27</sup>

É consenso na literatura que a primeira opção no tratamento dos leiomiomas durante a gestação seja conservador. No entanto, em 2% das pacientes, este tratamento tem falha. Nestes casos, a cirurgia está indicada<sup>10,14</sup>.

A literatura é escassa em relação a estudos sobre os resultados de miomectomia realizadas durante a gestação<sup>34</sup>. Diante da importância e da carência de publicações sobre o tema, este estudo busca conhecer as repercussões maternas e fetais de miomectomias realizadas na gestação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar o perfil clínico-epidemiológico, resultado pós-operatório e resultados perinatais das pacientes submetidas à miomectomia no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Materno Infantil do HUUFMA, no período de 2005 a 2013.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil sociodemográfico das pacientes estudadas;
- Descrever os antecedentes obstétricos das pacientes estudadas;
- Verificar as indicações de miomectomia na gestação;
- Verificar as intercorrências no transoperatório;
- Verificar as intercorrências no pós-operatório;
- Verificar as características do parto;
- Verificar os resultados perinatais e suas intercorrências;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na gestação, por ser um período de maiores alterações endócrinas, além da maior vascularização uterina, é frequente a ocorrência de leiomioma, estando presente em 0,09% a 3,9% das gestações. Essa incidência tem crescido ao longo dos anos e acredita-se que um dos motivos seja a tendência atual das mulheres de postergarem suas gestações para cerca de 30 anos ou mais, idade em que se observa o aumento da ocorrência de miomas. Outra razão seria a difusão da ultrassonografia obstétrica durante o pré-natal, facilitando o diagnóstico<sup>2</sup>.

Em estudo realizado por Simon e col.<sup>13</sup>, no Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto, 75 gestantes com leiomiomas uterinos foram identificadas dentre 34.467 gestantes atendidas no serviço no mesmo período, com incidência de um caso para cada 459 gestantes (0,2%).

O quadro clínico e as repercussões perinatais dependem principalmente da localização e do período da gestação. No primeiro trimestre, ocorre maior probabilidade de sangramento transvaginal e abortamento espontâneo por alteração da receptividade do endométrio ao embrião. Porém, a complicação mais comum dos leiomiomas na gestação é a chamada “síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez”, presente em 10% dos casos. Consiste classicamente de dor localizada, náusea, vômito, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina, principalmente no segundo e início do terceiro trimestre de gravidez, cedendo em média 10 dias após seu início<sup>2,13</sup>.

Na maioria das vezes, a síndrome dolorosa está relacionada à degeneração vermelha, que ocorre em aproximadamente 5 a 8% dos miomas durante a gestação. Geralmente é mais frequente no segundo trimestre, entre a 14<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> semana, período em que o crescimento do útero é mais acentuado<sup>10,11</sup>.

Outras complicações frequentes são: parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, apresentação fetal anômala, restrição do crescimento fetal, torção de pedículo e necrose decorrente de distúrbio circulatório local<sup>12</sup>.

O tratamento do leiomioma durante a gestação pode ser cirúrgico ou conservador. A decisão pela indicação cirúrgica para o tratamento dos leiomiomas concomitantes à gravidez é difícil, porque além dos riscos anestésicos e cirúrgicos

para a mãe, há um pior prognóstico fetal. Porém, esta pode ser indicada caso não haja uma resolução dos sintomas, ou quando a permanência da terapia conservadora oferece maiores riscos maternos/ou fetais. Em relação à síndrome dolorosa, o uso de anti-inflamatórios, como o ibuprofeno, associado ao repouso e agentes tocolíticos, tem bons resultados<sup>2,13,31</sup>.

As indicações mais comuns para miomectomia são: dor abdominal grave que não responde à terapia analgésica, torção de miomas pediculados, degeneração vermelha ou rápido crescimento uterino acarretando desconforto abdominal<sup>30,31</sup>.

Visto que existem várias alternativas terapêuticas, é necessário que a escolha pelo melhor tratamento seja individualizada para cada paciente. Durante a gestação, por exemplo, a decisão pelo tratamento cirúrgico dos leiomiomas é conduta difícil de ser tomada, devido aos riscos inerentes à mãe e ao feto<sup>20,32</sup>.

A miomectomia é uma opção que deve obedecer critérios rigorosos e específicos quando se trata de mulheres gestantes. Deve-se considerar riscos importantes durante o procedimento, como perda fetal e histerectomia, assim como os riscos pós cirúrgicos, como a prematuridade, a ruptura uterina em gestação atual e em gestações posteriores e a recorrência dos miomas<sup>13,33</sup>.

Algumas séries e relatos de casos descreveram um crescimento na taxa de miomectomia durante gestação e parto na última década. Tal procedimento ainda é realizado cautelosamente pelos médicos, por ainda não existir conclusão definitiva quanto ao tema<sup>31-34</sup>.

Porém, em casos bem selecionados, os benefícios da miomectomia podem superar os riscos. Ouyang et al<sup>37</sup> afirmam que numerosas séries de casos sugerem que a miomectomia pode ser realizada com segurança na gravidez em grupo cuidadosamente selecionado.

Relatos de caso publicados recentemente tem demonstrado o sucesso da miomectomia na gestação<sup>38,39,40,41,42-45</sup>.

Mollica et al<sup>10</sup> relataram uma série de 106 pacientes dos quais 18 foram submetidas à miomectomia durante a gravidez e 88 foram controladas conservadoramente. Não observou-se perda fetal pós miomectomia, enquanto 12 gestantes do grupo conservador tiveram aborto espontâneo. A taxa de parto prematuro foi de 5,6% no grupo operado contra 22,7% no grupo controle. Já a taxa de cesariana foi de 93,7% comparada com 34% do grupo conservador.

De Caroliset al<sup>45</sup> estudaram 18 pacientes submetidas à miomectomia. Destas, 16 pacientes tiveram crianças saudáveis entre 36 a 41 semanas. Apenas uma paciente evoluiu com aborto espontâneo no 1º dia após a cirurgia.

Loliset al<sup>10</sup> estudaram 13 pacientes também submetidas ao procedimento cirúrgico, havendo uma taxa de sucesso de 92%.



## 4 MÉTODOS

### 4.1 Modelo e local de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva retrospectiva de caráter exploratório com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Materno Infantil do HUUFMA.

O local da pesquisa foi o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Materno Infantil do HUUFMA, instituição de nível terciário que é referência de serviço multidisciplinar de atendimento a gestantes e possui um Ambulatório específico de Miomatose e Gravidez.

### 4.2 Pacientes e método

Foram incluídas todas as mulheres submetidas à miomectomia na gestação e que fizeram acompanhamento pré-natal no ambulatório de Miomatose e Gravidez no período de 2005 a 2013 na Unidade Materno Infantil do HUUFMA.

As gestantes elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa e consentiram o uso dos seus dados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 1**). As variáveis maternas e neonatais foram obtidas por meio de revisão dos prontuários e ficha pré-natal.

Foram descritas as variáveis: raça, faixa etária, antecedentes obstétricos, idade gestacional na realização da miomectomia e indicação da miomectomia. No transoperatório pesquisou-se a necessidade de hemotransfusão, perda fetal e ocorrência de histerectomia. No pós-operatório foi pesquisado a ocorrência de sangramento transvaginal, infecção de sítio cirúrgico, perda fetal e a necessidade de reabordagem. Em relação às características do parto foram descritas a idade gestacional no parto, secundamento, tipo de parto e tempo de internação. Com relação ao recém nascido foi descrito sexo, peso, índice de APGAR e intercorrências (desconforto respiratório, malformações e necessidade de reanimação).

Foram descritas as características demográficas e clínicas das pacientes incluídas no estudo. Para a descrição das variáveis categóricas foram calculadas as frequências e porcentagens. As variáveis quantitativas foram descritas com o

uso de medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvios padrão, medianas e percentil)

Em respeito ao que dispõe a Resolução do CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário sob o parecer de número 932.828 (**Anexo 2**).

## 5 RESULTADOS

O grupo foi composto de 12 gestantes submetidas à miomectomia, selecionadas entre os anos de 2005 e 2013 na Unidade Materno Infantil do HUUFMA. A faixa etária materna variou de 30 a 45 anos, com uma média de 35,5. A raça parda foi predominante com 91,7% sendo a branca responsável por 8,4% (Tabela1).

Com relação aos antecedentes obstétricos, observou-se maior frequência de mulheres primíparas (66,7%) comparado as múltiparas (33,3%) (Tabela 2).

A idade gestacional na miomectomia foi predominantemente o segundo trimestre (83,3%), com o primeiro trimestre ficando responsável por 16,6% dos casos (Gráfico 1).

As indicações da miomectomia foram o aumento acelerado do volume uterino, para 9 pacientes (58,3 %) e degeneração rubra para 5 pacientes (41,6%), ambas associadas a dor intratável (Gráfico 2).

No transoperatório 25% das pacientes recebeu hemotransusão. Nenhuma paciente evoluiu com histerectomia ou outra intercorrência durante a cirurgia. Não houve nenhuma perda fetal (Tabela 3)

No pós-operatório duas pacientes evoluíram com intercorrência, sendo uma com sangramento transvaginal e outra com infecção de sítio cirúrgico. Não houve nenhum aborto e todas as pacientes evoluíram bem, sem necessidade de reabordagem (Tabela 4).

Quanto as características do parto,não houve nenhum parto prematuro, com todos eles ocorrendo entre a 37<sup>a</sup> e 41<sup>a</sup> semana. Todos os partos foram cesáreos e o secundamento ocorreu sem intercorrências. O tempo de internação foi de mais de 72h em 11 pacientes (91,6) e menos de 72h em 1 paciente(8,3%) (Tabela 5).

Quanto as características perinatais, todos os recém nascidos tiveram Apgar entre 9 e 10 no 1<sup>o</sup>e 5<sup>o</sup> minuto. O peso em gramas foi acima de 2.500g em 91,6% dos recém nascidos, e menor que 2500g em 8,3%.

Um recém nascido evoluiu com intercorrência (Desconforto Respiratório Transitório), sem necessidade de internação em UTI, tendo o restante evoluído de forma favorável. (Tabela 6).

**Tabela 1** - Condições sócio-demográficas das pacientes submetidas à miomectomia

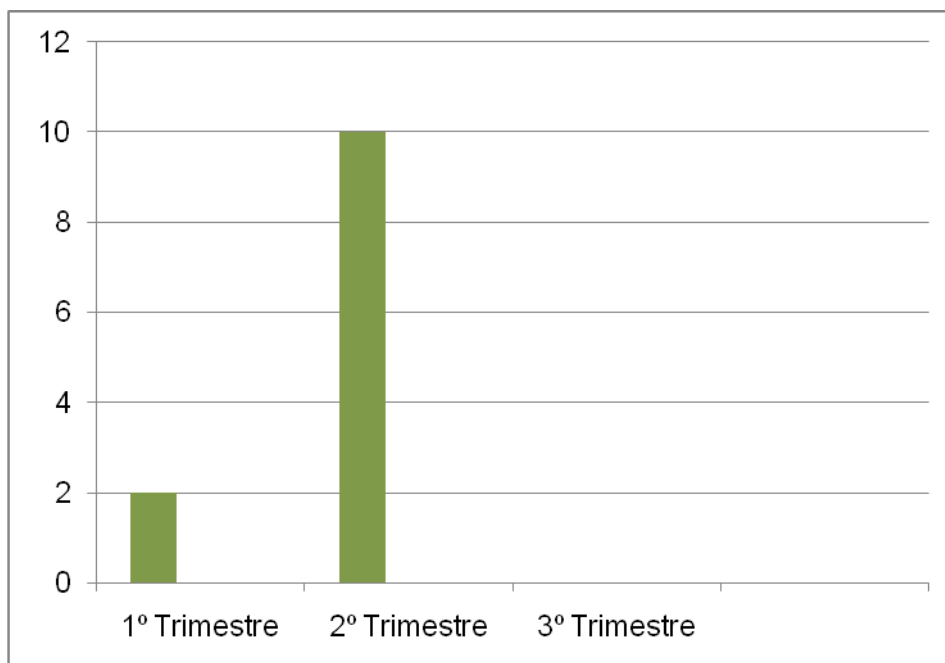
Variáveis	N	%
<b>Raça</b>		
Branca	1	8,4
Negra	2	16,7
Parda	9	75,0
<b>Faixa etária (anos)</b>		
30 † 35	6	50,0
36 † 41	5	41,7
>41	1	8,4

Fonte: Adaptado pela autora.

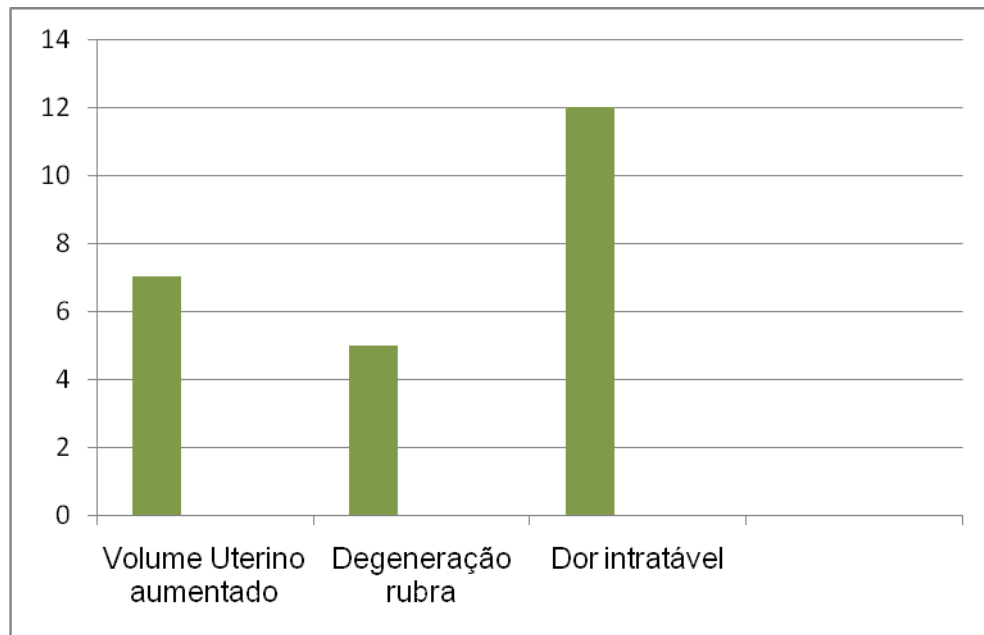
**Tabela 2** - Antecedentes obstétricos

Variáveis	N	%
<b>Antecedentes Obstétricos</b>		
Primípara	8	66,7
Múltipara	4	33,3

Fonte: Adaptado pela autora.

**Gráfico 1** - Idade gestacional na miomectomia

Fonte: Adaptado pela autora.

**Gráfico 2 - Indicação da miomectomia**

Fonte: Adaptado pela autora.

**Tabela 3 - Transoperatório**

<b>Intercorrências</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TOTAL</b>
Hemotransfusão	3 (25%)	9 (75%)	12
Perda fetal	0 (0,0 %)	12 (100%)	12
Histerectomia	0 (0,0 %)	12 (100%)	12

Fonte: Adaptado pela autora.

**Tabela 4 - Pós-operatório**

<b>Intercorrências</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>TOTAL</b>
Sangramento transvaginal	1 (8,33%)	11 (91,6%)	12
Infecção de sítio cirúrgico	1 (8,33%)	11 (91,6%)	12
Perda fetal	0 (0,0%)	12 (100%)	12
Reabordagem	0 (0,0%)	12 (100%)	12

Fonte: Adaptado pela autora.

**Tabela 5 - Resultados perinatais**

Variáveis	n	%
<b>Idade gestacional</b>		
30 - 36 semanas	0	0,0
37 - 40 semanas	10	83,3
>40 semanas	2	16,6
<b>Secundamento</b>		
Sem dificuldade	12	100,0
Com dificuldade	0	0,0
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	0	0,0
Cesáreo	12	100,0
Fórceps	0	0,0
<b>Tempo de internação</b>		
Até 48h	0	0,0
Até 72h	1	8,3
Mais de 72h	11	91,6

Fonte: Adaptado pela autora.

**Tabela 6 - Características do recém-nascido**

Variáveis	N	%
<b>APGAR no 1º minuto</b>		
De 0 a 3	0	0,0
De 4 a 6	0	0,0
De 7 a 10	12	100,0
<b>APGAR no 5º minuto</b>		
De 0 a 3	0	0,0
De 4 a 6	0	0,0
De 7 a 10	12	100,0
<b>Peso em gramas</b>		
Até 2.500	1	8,3
Acima de 2.500	11	91,6
<b>Intercorrências</b>		
Desconforto respiratório	1	10,0
Malformações	0	0,0
Reanimação	0	0,0

Fonte: Adaptado pela autora.

## 6 DISCUSSÃO

A incidência de leiomiomas na gestação vem aumentando nas últimas décadas. Tal fato pode ser atribuído à tendência das mulheres em adiar a maternidade e a difusão da Ultrassonografia na gravidez<sup>2,3,5,10,26,27</sup>.

A idade materna média encontrada neste estudo foi de 35,5 anos, concordando com os trabalhos que relacionaram idade e miomatose<sup>2,3,5</sup>.

Quanto a raça, o estudo demonstrou que 91,7% eram pardas, oriundas da miscigenação entre negros, pardos e brancos, sendo a maioria da população na região composta por negros, nosso resultado, então, corrobora o que relata a literatura, uma maior prevalência nesta raça. O motivo pelo qual existe esta relação, ainda não é bem sabido, suspeitando-se que deva-se a alterações citogenéticas<sup>4,5,10,24,25,26,27</sup>.

Quanto aos antecedentes obstétricos, verificou-se que a miomectomia foi mais frequente nas primíparas (66,7%), sugerindo que a paridade pode ser fator protetor, reduzindo o risco de miomatose, também demonstrado pela literatura<sup>2,5,6</sup>.

Verificou-se um maior número (83,3%) de miomectomias realizadas no segundo trimestre da gestação, período no qual observa-se maior frequência da chamada “síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez”. Esta complicação pode estar presente em 10% dos casos de miomatose na gestação<sup>13</sup>.

A dor intratável pode estar relacionada a um aumento acelerado do volume uterino e degeneração rubra, sendo responsável por 100% das indicações de miomectomia vistas neste estudo<sup>10,11,13</sup>.

Os resultados pós-operatórios e perinatais foram favoráveis nesta pesquisa. Todos os partos foram do tipo cesáreo, fato já esperado, pois de acordo com diversos estudos, a miomectomia eleva a prevalência deste tipo de parto<sup>10</sup>.

A miomectomia ainda se mantém como conduta de exceção, sendo evidente que esta deva ser individualizada e os riscos inerentes ao procedimento sempre esclarecidos às pacientes. Além disso, a experiência do cirurgião e de sua equipe é essencial para a redução dos riscos de complicações.

Um ponto positivo nesta série de pacientes é que todas as pacientes foram acompanhadas em seu pré-natal e submetidas à miomectomia pela mesma profissional, permitindo assim um melhor desempenho da pesquisa e não havendo viés de equipe cirúrgica.

Demonstrou-se neste trabalho que a realização de miomectomia na gravidez parece não alterar os índices de APGAR e peso ao nascer.

Os poucos casos publicados que existem relatam segurança e sucesso da miomectomia realizada durante a gestação<sup>38,39,40,41,42-45</sup>.

No entanto, a falta de grandes ensaios clínicos randomizados que abordem a miomectomia durante a gravidez limita a capacidade de se chegar a um consenso a respeito de sua prática.



## REFERÊNCIAS

1. Bonduki C.E, et al. Avaliação da proporção de colágeno no tecido uterino antes e após tratamento do leiomioma uterino pela embolização arterial. *RevBrasGinecol Obstet.* v.31, n.12, p.598-603, 2009.
2. Bozzini, N. Leiomioma uterino; Manual de orientação. São Paulo; Ponto, 2004.
3. Teixeira A.C, et al. Degeneração cística maciça de leiomioma uterino em gestante simulando neoplasia ovariana: relato de caso. *Radiol Bras* v.41 n.4, 2008.
4. Benda Ja. Pathology of smooth muscle tumors of the uterine corpus. *ClinObstet Gynecol.* 2001; 44: 350-63.
5. Marshall L.M, Spiegelman D, Barbieri R.L. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal woman by age and race. *ObstetGynecol* 1997; 90:967-73.
6. Duarte G. Doenças benignas do corpo do útero. In: Halbe HW, editor. *Tratado de Ginecologia.* 3º ed. São Paulo: Roca; 2000 p 1273-300.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Leiomioma de Útero, 2010.
8. Corleta H.E. et al. Tratamento atual dos miomas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.29, n.6, p.324-8, 2007.
9. Parker WH. Uterine myomas: management. *Fertility and Sterility* vol.88, nº 2, August 2007.
10. Lolis D, Kalantaridou S, Makrydimas G, Sotiriadis A, Navrozoglou I, Zikopoulos K, et al. Successful myomectomy during pregnancy. *HumanReproduction* 2003;18(8):1699-1702.
11. Leite GKC, Korkes HA, Viana AT, Pitorri A, Kenj G, Sass N. Miomectomia em gestação de Segundo trimestre: relato de caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2010; 32(4): 198-201.
12. Kisilevzky N.H. et al. Embolização uterina para tratamento de mioma sintomático: Experiência inicial e revisão de literatura. *RevBras Radiol.* v.36, n.3, p.129-140. 2003.
13. Simon S.M, et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. *RevBrasGinecol Obstet.* v.27, n.2, p.80-5, 2005.
14. Mello M.M.G, et al. Mioma uterino mimetizando neoplasia do trato genital com miomectomiaanteparto bem sucedida: relato de caso. *RevBrasClin Med.* v.10, n.2, p.158-62, 2012.

15. Bereck Júnior E. O valor adicional da sono-histerografia sobre a ecografia pélvica transvaginal em pacientes com suspeita ou diagnóstico de leiomioma uterinos. Orient. Maria Isabel Albano Edelweiss, 2003.
16. Scheid M.M, et al. Complicações da embolização das artérias uterinas no tratamento do leiomioma. Arquivos Catarinenses de Medicina v.36, n.3, 2007.
17. Chaves F.N. Técnica da ligadura dos ramos ascendentes das artérias uterinas por via vaginal e seu efeito no tratamento da miomatose uterina sintomática. Dissertação de Mestrado, 2008.
18. Kisilevzky N.H. Embolização uterina para tratamento de miomas sintomáticos: impacto na qualidade de vida. Radiolo Bras. v. 40, n.5, p.289-96, 2007.
19. Figueiredo Netto O. et al. Histerectomia vaginal: o laparoscópico é necessário? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.20, n.9, p.537-540, 1998.
20. Carnevale F.C. et al. Embolização do mioma uterino sintomático. Femina. v. 35, n.8, 2007.
21. Gollop T.R. et al. Histerectomia vaginal em útero sem prolapso – experiência de 6 anos. Einstein. v.10, n.4, 2012.
22. Affonso B.B, et al. Estratégias para a redução da exposição de radiação ionizante em mulheres submetidas à embolização de miomas uterinos. RevBrasGinecol Obstet. v.32, n.2, p.77-81, 2010.
23. Leite G.K.C et al. Miomectomia em gestação de segundo trimestre: relato de caso. RevBrasGinecol Obstet. v.32, n.4, p198-201, 2010.
24. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. ObstetGynecol1993;82:97–101.
25. Katz VL, Dotters DJ, Droegemeuller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. ObstetGynecol 1989;73:593–596.
26. Duhan N, Sirohiwal D. Uterine myomas revisited. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 152 (2010) 119–125.
27. Dominici L, Donato VD, Gaspari ML, Lecce F, Caccetta J, Panici PB. Laparotomic myomectomy in the 16th week of pregnancy: a case report. Case Report in Obstetrics and Gynecology. Volume 2014, Article ID 154347, 5 pages.

28. Lozza V, Pieralli A, Corioni S, Longinotti M, Penna C. Multiple laparotomic myomectomy during pregnancy: a case report. *Arch GynecolObstet* 2011; 284: 613-616.
29. Boclin, KLS e Faerstein, E. Prevalência de diagnóstico médico auto-relatado de miomas uterinos em população brasileira. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2013; 16(2): 301-13.
30. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, MS.,Leiomioma de útero. Portaria SAS/MS nº 1.325, 25 de novembro de 2013. Pg 440.
31. Bozzini, N., et al. Projeto diretrizes. Febrasgo. Miomatose uterina. 2 de setembro de 2002.
32. Leach K, Khatain L, Tocce K. First trimester myomectomy as an alternative to termination of pregnancy in a woman with a symptomatic uterine leiomyoma: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2011, 5:571.
33. Ardovino M, Ardovino I, Castaldi MA et al. Laparoscopic myomectomy of a subserosal fibroid at 14 weeks of gestation: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2011, 5: 545.
34. Kaymark O, Ustunyurt E, Okyay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutoglu L. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 89(2): 90-3.
35. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complications of fibroids. *ObstetGynecolClin* 2006; 153-169.
36. Maccio A, Madeddu C, Kotsonis P et al. Three cases of laparoscopic myomectomy performed during pregnancy for uterine fibroids pedunculated. *ArcgGynecol Obstet.* 2012 Nov; 286(5): 1209-14.
37. Doerga-Bachasing SR, Karsdorp VHM, Yo G, WeidenRMFvd, HooffMHA. Successful myomectomy of a bleeding myoma in a twin pregnancy. *J R Soc Med Sh Rep* 2012; 3:13.
38. Kim MS, Uhm YK, Kim JY, Jee BC, Kim YB. Obstetrics outcomes after uterine myomectomy: laparoscopy versus laparotomy approach. *ObstetGynecol Sci.* 2013, 56(6): 375-381.
39. Danzer E, Holzgreve W, Batukan C, Miny P, Tercanli S, Hoesli I. Myomectomy during the first trimester associated with fetal limb abnormalities and hydrocephalus in a twin pregnancy. *PrenatDiagn*, 2001, Oct; 21(10): 848-51.

40. Obara M, Hatakeyama Y, Shimizu Y. Vaginal myomectomy for semipedunculated cervical myoma during pregnancy. *AJP Rep* 2014; 4(01): 037-040.
41. Santos L, Vicente L, Nunes MJ, et al. Myomectomy in early pregnancy – a case report. *SurgGynecol* (2006) 3: 228-229.
42. Rodríguez AM, Bravo OM, Ruiz MR, Rodríguez YA. Fibroma uterino e embarazo. Presentación de um caso. *Gaceta Medica Espirituana* 2012; 14(1).
43. Wittch AC, Salminen ER, Yancey MK, Markenson GR. Myomectomy during early pregnancy. *Military Medicine* 2000 Feb; 165(2): 162-4.
44. Mollica G, Pittini L, Minganti E, et al. Elective uterine myomectomy in pregnant women. *ClinExpObstet Gynecol*. 1996; 23(3): 168-72.
45. De Carolis S, Fatigante G, Ferrazzani S, et al. Uterine myomectomy in pregnant women. *Fetal DiagnTher*. 2001; 16(2): 116-9.
46. Hassiakos D, Christopoulos P, Vitoratos N, Xarcoulakou E, Vaggos G, Papadias K. Myomectomy during cesarean section a safe procedure? *Ann N Y AcadSci* 1092: 408-413 (2006).

**ANEXO 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa *Perfil clínico-epidemiológico e Avaliação Pós-operatória e Perinatal de pacientes submetidas à miomectomia durante a gestação em um Serviço de Obstetrícia*, que tem como objetivo analisar os resultados pós-operatórios e perinatais de miomatose e gestação. A pesquisa terá duração de 1 ano, iniciando em abril de 2014 e com o término previsto para abril de 2015.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum tipo de prejuízo.

Sr<sup>a</sup> não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação.

Desde já agradecemos a sua participação e colaboração com o avanço da ciência. Estamos à disposição para maiores informações. Em caso de dúvida e outros esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Wanara Pithon da Silva Pereira, através do telefone: (98) 988073271.

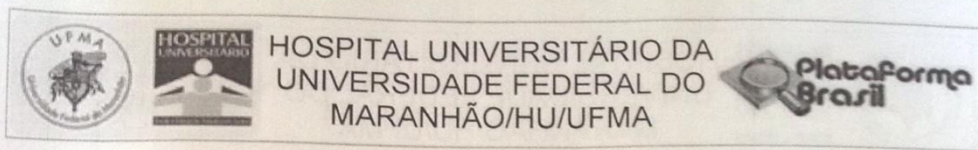
São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

Assinatura

## ANEXO 2



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A MIOMECTOMIA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ: EVOLUÇÃO PÓS-PARTO E RESULTADOS PERINATAIS

**Pesquisador:** Adriana Lima dos Reis Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37083214.4.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 932.828

**Data da Relatoria:** 08/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

Popularmente conhecido como mioma uterino, o leiomioma é uma neoplasia pélvica, sólida, benigna e estrógeno-dependente, que se origina da musculatura lisa do útero, e pode ser classificado, de acordo com a sua localização, em: subseroso, quando localizado externamente ao miométrio; intramural, quando situado no miométrio; e submucoso, quando situado internamente ao miométrio, podendo até se projetar para a cavidade uterina. Na gestação, por ser um período de maiores alterações endócrinas, além da maior vascularização uterina, é frequente a ocorrência de leiomioma. O quadro clínico e as repercussões perinatais dependem principalmente da localização e do período da gestação. No primeiro trimestre, ocorre maior probabilidade de sangramento vaginal e abortamento espontâneo por alteração da receptividade do endométrio ao embrião. Porém, a complicação mais comum dos leiomiomas na gestação é a chamada "síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez".

Dentro deste contexto, o estudo objetiva analisar a evolução pós-operatória e os resultados perinatais em gestações de pacientes que realizaram miomectomia no primeiro trimestre de gravidez em um Hospital Universitário de São Luís. É estudo transversal, retrospectivo, com busca ativa em prontuários de gestantes atendidas no ambulatório de Mimatose e Gravidez do Hospital, como serão utilizados apenas dados secundários, propõe dispensa de TCLE. A amostra de análise

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **Fax:** (98)2109-1223 **E-mail:** cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 932.828

será composta de 12 participantes, referentes às 12 gestantes miomectomizadas no primeiro trimestre da gravidez e que fizeram acompanhamento pré-natal no ambulatório de Miomatose e Gravidez no Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno Infantil; os dados coletados serão analisados através do programa Epi-Info 2010, será calculado o risco relativo e seus limites no intervalo de confiança a 95%. Para avaliar a associação entre as variáveis estudadas será utilizado o teste do Qui-quadrado, considerado como significativo quando  $p < 0,05$ . Serão analisadas variáveis como: idade, raça, estado civil, paridade, miomatose anterior ou familiar, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, acompanhamento ultrassonográfico dos nódulos durante e após a gestação, sexo e peso do recém-nascido, Índice de APGAR, via de parto, intercorrências maternas e neonatais, número de consultas realizadas, quantidade e localização dos miomas, índice de massa corporal (IMC) prégestacional, idade gestacional em que foram medidos os nódulos e altura de fundo uterino, serão excluídas as pacientes com perda do seguimento pré-natal e com miomectomia fora do primeiro trimestre de gestação. A coleta tem início em 06 de janeiro de 2015 e término em 06 de fevereiro de 2015. O trabalho tem como pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup>. Ma. Adriana Lima dos Reis Costa e equipe executora formada pela acadêmica, Larissa Raquel Silva Costa. Financiamento próprio.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar a evolução pós-operatória e os resultados perinatais de gestantes submetidas à miomectomia no primeiro trimestre da gravidez no Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no período de 2006 a 2014.

##### Objetivo Secundário:

Identificar as características demográficas e sócio-econômicas das gestantes portadoras de miomatose uterina; Determinar a prevalência de miomatose na gestação; Determinar a frequência de miomectomia na gestação; Verificar as indicações de miomectomia na gestação; Verificar as intercorrências perinatais; Verificar a evolução dos nódulos através de acompanhamento ultrassonográfico até 1 (um) ano pós-parto.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Segundo informa no protocolo de pesquisa, "Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 932.828

humanos, pode trazer riscos. No caso deste estudo, há risco de vazamento das informações das pacientes contidas nos prontuários. Porém, para que isso não ocorra, os dados serão codificados e cada variável (dado) será representado por um número, preservando ao sigilo e a confidencialidade .

**Benefícios:**

Conforme os pesquisadores, são observados como benefícios: o maior conhecimento acerca da doença, sua incidência e complicações, possibilitando uma melhor intervenção; maior conhecimento acerca da realidade maranhense que carece de estudos sobre o tema e contribuição para a comunidade científica já que este é um tema controverso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A investigação proposta possui valor científico e se mostra pertinente para o melhor manejo clínico e cirúrgico da miomatose na gestação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto com campos devidamente preenchidos, Declaração de compromisso garantindo o sigilo e a confidencialidade do estudo; Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Dispensa do TCLE, Declaração de Responsabilidade Financeira, Declaração de Anuência com a garantia de iniciar o projeto tão somente após aprovação pelo Comitê de Ética, Autorização do Gestor para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra. Atende, portanto às exigências da Norma Operacional nº 001/2013 (item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Protocolo de estudo atende às exigências contidas na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 932.828

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 14 de Janeiro de 2015

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 65.020-070

**UF:** MA

**Município:** SAO LUIS

**Telefone:** (98)2109-1250

**Fax:** (98)2109-1223

**E-mail:** cep@huufma.br