

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS À
HISTERECTOMIA EM UMA UNIDADE PRIVADA DO MARANHÃO**

IMPERATRIZ/MA

2021

GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS À
HISTERECTOMIA EM UMA UNIDADE PRIVADA DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao Curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Maranhão – Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Esp. Jorge Soares Lyra

Co-orientador(a): Prof. Esp. Katerine Bertoline
Serafim de Carvalho

IMPERATRIZ/MA

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Barros Braga, Guilherme Zacarias Queiroz de.
Perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas à
histerectomia em uma unidade privada do Maranhão /
Guilherme Zacarias Queiroz de Barros Braga. - 2021.
36 f.

Coorientador(a): Katerine Bertoline Serafim de
Carvalho.

Orientador(a): Jorge Soares Lyra.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, MA, 2021.

1. Complicações Intraoperatórias. 2. Epidemiologia
Descritiva. 3. Histerectomias. 4. Procedimentos
Cirúrgicos Operatórios. 5. Registros Médicos. I.
Carvalho, Katerine Bertoline Serafim de. II. Lyra, Jorge
Soares. III. Título.

GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS À
HISTERECTOMIA EM UMA UNIDADE PRIVADA DO MARANHÃO**

Orientador(a): Prof. Esp. Jorge Soares Lyra

Co-orientador(a): Prof. Esp. Katerine Bertoline Serafim de Carvalho

A Banca Julgadora de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a
...../...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:

Nome: Prof. Jairo Rodrigues Santana Nascimento

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

Examinador (a): Assinatura:

Nome: Prof. Esp. Gumercindo Leandro da Silva Filho

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCSST

IMPERATRIZ/ MA, 27 de abril de 2021

Concedei-nos, Senhor, serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguirmos umas das outras.

AGRADECIMENTOS

Àquele que me selou com a marca da promessa, que derrama em mim a sua graça e misericórdia todos os dias, quem eu posso contar em meio as tempestades e a glória; a Ti Abba, meu Deus, a minha eterna gratidão.

Ao ser humano mais lindo que me foi permitido conhecer, que me ensinou o dom de amar, sempre lutando bravamente para me oferecer o melhor. À quem eu me dedico todos os dias pra ser um ser humano melhor e honrar o seu legado. Lúcia Cristina Xavier Queiroz de Barros, obrigado mãe, por ter sido luz na minha vida, por sempre ter me olhado com calma e ter sonhado comigo todas as vitórias que hoje eu conquisto.

À vovó Odete, que mesmo não compreendendo muito, escolheu confiar e acreditar em mim, até quando eu mesmo não acreditei, meu porto.

À tia Ligia, que se preocupou todos os dias em assegurar que eu estava bem e feliz, sempre atenta para que nada de mal me acontecesse, meu escudo.

Às minhas primas, Kelli e Michelli, que seguraram as minhas mãos quando tudo parecia desmoronar.

À minha família, que transborda amor e companheirismo em tudo o que faz.

Ao meu pai, William, que me deu suporte e permitiu que eu concretizasse um sonho.

Ao meu melhor amigo, Lucas, que abraçou a minha luta e me ajudou para que a caminhada não fosse tão difícil.

Aos meus colegas de curso, em especial ao G3, que me acolheram da melhor maneira em um momento em que me via perdido e me mostraram que ali era o meu lugar.

Aos meus orientadores, Jorge Soares Lyra e Katerine Bertoline Serafim de Carvalho, que me auxiliaram no desenvolvimento desse trabalho, enriquecendo-o com suas valiosas contribuições científicas.

À equipe do Hospital das Clínicas de Imperatriz, pelo acolhimento e auxílio durante a coleta de dados.

“O menino fazia prodígios.
Até fez uma pedra dar flor.
A mãe reparava o menino com ternura.
A mãe falou: Meu filho você vai ser poeta!
Você vai carregar água na peneira a vida toda.
Você vai encher os vazios
com as suas peraltagens,
e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos!”

(Manoel de Barros)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

HT – Histerectomia Total

HTA – Histerectomia Total Abdominal

HTL – Histerectomia Total Laparoscópica

HTV – Histerectomia Total Vaginal

MA – Maranhão

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Tocantins

RESUMO

Objetivo: Inúmeras técnicas cirúrgicas têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas para a realização da histerectomia. A depender da técnica utilizada, pode-se ter diferentes impactos tanto no processo de recuperação quanto na qualidade de vida das pacientes. A partir disso, o presente estudo objetiva caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas à histerectomia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, observacional, com recorte transversal, desenvolvida através da análise dos prontuários de 174 pacientes submetidas a histerectomia, entre abril de 2019 e fevereiro de 2021, no Hospital das Clínicas de Imperatriz. Foram avaliadas informações sobre: epidemiologia, história clínica e seguimento cirúrgico. Os dados previamente tabulados, foram analisados através do software SPSS versão 26.0 **Resultados:** A média de idade das pacientes foi $48,5 \pm 11,2$ anos, 64,3% eram casadas ou mantinham união estável e 13,2% hipertensas. A principal indicação cirúrgica para realização da histerectomia foi miomatose uterina (59,1%) e em 39,7% houve conservação anexial. Foram observadas complicações intraoperatórias em quatro pacientes (2,3%). A média dos gastos hospitalares por paciente foi R\$3.338,39 \pm 2865,45, o tempo médio de duração da cirurgia 108,7 \pm 54,66 minutos e o tempo médio de permanência hospitalar 2,5 \pm 0,68 dias. **Conclusão:** Com o presente estudo, caracterizou-se o perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas a histerectomia, destacando a miomatose uterina como indicação cirúrgica predominante, especialmente por via abdominal com conservação anexial, em mulheres entre 40 e 49 anos, majoritariamente casadas. Entretanto, a capacitação de profissionais para a realização de procedimentos menos invasivos, com melhor custo-benefício à recuperação da paciente, pode alterar o cenário atual das histerectomias realizadas no maranhão.

Palavras-Chave: Complicações Intraoperatórias; Epidemiologia Descritiva; Histerectomias; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Registros Médicos.

ABSTRACT

Objective: Numerous surgical techniques have been developed and improved to perform hysterectomy. Depending on the technique used, it may have different impacts both on the recovery process and on the patients' quality of life. From this, the present study aims to characterize the clinical-epidemiological profile of women undergoing hysterectomy. **Methods:** Descriptive, retrospective, observational, cross-sectional study, developed through the analysis of the medical records of 174 patients who underwent hysterectomy, between April 2019 and February 2021, at the Hospital das Clínicas de Imperatriz. It was evaluated data regarding: epidemiology, clinical history and surgical follow-up. After tabulated, data were analyzed using SPSS software version 26.0 **Results:** The mean age of the patients was 48.5 ± 11.2 years, 64.3% were married or maintained a stable relationship and 13.2% were hypertensive. The main surgical indication for hysterectomy was uterine fibroids 59.1% and in 39.7% there was adnexal conservation. Intraoperative complications were observed in four patients, 2.3%. Average hospital spending per patient was R\$3.338,39 \pm 2865,45, the average duration of surgery 108.7 ± 54.66 minutes and the average hospital stay 2.5 ± 0.68 days. **Conclusion:** According to the present study, clinical and epidemiological profile of women undergoing hysterectomy was characterized, highlighting uterine fibroids as the predominant surgical indication, especially through the abdominal route with adnexal preservation, in women between 40 and 49 years old, mostly married. However, training professionals to perform less invasive procedures, considering a better cost-benefit to the patient's recovery, may change the current scenario of hysterectomies performed in Maranhão.

Keywords: Intraoperative Complications; Epidemiology; Hysterectomy; Surgical Procedures; Medical Records.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	123
MATERIAIS E MÉTODOS	144
RESULTADOS	177
DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO.....	255
REFERÊNCIAS.....	256
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	30
ANEXO B – DESPACHO DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO	34
ANEXO C – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	35
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	38
APÊNDICE B - TCLE.....	41

Título do TCC: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA EM UMA UNIDADE PRIVADA DO MARANHÃO

Autores: Guilherme Zacarias Queiroz de Barros Braga, Jorge Soares Lyra, Katerine Bertoline Serafim de Carvalho.

Status: Submetido

Revista: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

ISSN: 1806-9339

Fator de Impacto: B1

DOI:

INTRODUÇÃO

A histerectomia consiste na remoção do órgão uterino por meio de procedimentos cirúrgicos e pode ser realizada por diferentes vias de abordagem, sendo incluídas no estudos as seguintes: abdominal, vaginal e laparoscópica.^[1,2] A histerectomia pode, ainda, ser classificada em total (retirada do útero e colo uterino) e subtotal (remoção do útero com conservação cervical).^[3-5] Atualmente, a determinação da via e da técnica cirúrgica a serem utilizadas dependem de vários fatores, dentre eles: a indicação cirúrgica; particularidades do paciente; tamanho do útero; mobilidade e forma, bem como experiência do operador e preferências do paciente.^[6-9]

A histerectomia é o segundo procedimento cirúrgico mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, sendo ultrapassado somente pelo quantitativo associado às cirurgias cesarianas. Estima-se que, anualmente, no Brasil, cerca de 300 mil mulheres recebem indicação para histerectomia e seus custos associados giram em torno de R\$ 118 milhões anuais para o Sistema Único de Saúde (SUS).^[4,5,10,11] No Maranhão, nos últimos 5 anos foram realizadas 31.191 histerectomias, ocupando a 4ª posição dos estados que mais realizam o procedimento no Brasil. Por outro lado, é válido destacar a diminuição de 15,30% do número de óbitos devido a histerectomias neste mesmo período.^[1,3,5,12,13]

Dentre as principais indicações, as mais frequente são relacionadas a doenças benignas, destacando-se: miomas uterinos sintomáticos, sangramento uterino anormal, endometriose e prolapso dos órgãos reprodutivos, enquanto que em doenças malignas o percentual gira em torno de apenas 10% dos casos.^[7,14-17] Não obstante, destacam-se na histerectomia incidências de complicações associadas a processos infecciosos, mais frequentes, seguidos por sangramentos, lesões gênitó-urinária e outras complicações menores mais raras.^[7,16,18]

Com a crescente reformulação do aparato tecnológico utilizado na área médica, os profissionais têm buscado dar preferência à realização de procedimentos cirúrgicos que utilizem técnicas minimamente invasivas. Tais procedimentos tendem a proporcionar melhor recuperação cirúrgica, como observado na histerectomia por via laparoscópica, consolidada como uma importante aliada na melhora da qualidade de vida em mulheres que sofrem de distúrbios ginecológicos.^[3,19-21]

Por outro lado, os avanços dos cuidados à saúde têm sido associados ao aumento do custo financeiro, estimulando a necessidade de estabelecer estratégias de controle de gastos. A partir disso, ressalta-se a necessidade de analisar o custo relativo à histerectomia, de acordo

com suas vias de abordagem, bem como o custo-benefício e custo-efetivo, objetivando o melhor tratamento ao paciente e a menor demanda de recursos onerosos. [3,8,22]

Considerando que a habilidade e a experiência do cirurgião são tidas como uns dos principais pilares para determinar a via de abordagem e a sua execução, reconhece-se a necessidade de capacitar adequadamente esses profissionais. [9,20,23,24] Através da identificação de possíveis complicações e despesas hospitalares relacionadas aos procedimentos cirúrgicos, permite-se a melhora na acuidade ao decidir a terapêutica adequada ao quadro, capacitando a equipe cirúrgica para reconhecer fatores que possam interferir no processo saúde-doença. De modo que, ao possibilitar que suas técnicas sejam aperfeiçoadas, impactos positivos possam refletir nos seus resultados e desempenhos. [2,21,22,25]

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas à histerectomia em um serviço do interior do Maranhão. A partir disso, faz-se extremamente necessária a compreensão das repercussões da histerectomia na qualidade de vida de pacientes submetidas a esses procedimentos, avaliando as complicações e os custos associados as indicações e técnicas utilizadas. A fim de que, com a avaliação dessas variáveis, seja possível elencar vias de abordagem que otimizem o processo de recuperação com maior custo-benefício, além de melhor preparo do profissional, considerando as respostas funcionais das diferentes opções de intervenção.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, observacional, com recorte transversal, desenvolvida através da análise dos prontuários de pacientes submetidas a histerectomia.

Cenário da pesquisa

Posicionada às margens do Rio Tocantins, a área compreendida pelo estudo corresponde a Imperatriz, depois da capital São Luís, a maior cidade do Maranhão. Com cerca de 260 mil habitantes, o município de Imperatriz forma com Araguaína-TO, Marabá-PA, Balsas-MA e Açailândia-MA uma importante província sócio-político-econômica. [26]

Atualmente, o Hospital das Clínicas de Imperatriz é um dos principais centros de especialidades médicas à serviço da população local. Ele dispõe de 68 leitos de internação, dentre os quais 23 são para especialidades cirúrgicas, 22 para as especialidades clínicas e 23 para terapia intensiva. Estima-se que anualmente sejam realizadas 164 histerectomias neste serviço.

O período analisado corresponde aos prontuários de pacientes submetidas a histerectomia entre abril de 2019 e fevereiro de 2021 na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas na cidade de Imperatriz – Maranhão.

Amostra de participantes

Na composição da população do estudo, considerou-se uma amostra de 314 pacientes admitidas para a realização de histerectomia, independente da via de abordagem, no Hospital das Clínicas de Imperatriz, no período correspondente a abril de 2019 e fevereiro de 2021. Dessa forma, o n foi estimado a partir do número de procedimentos realizados, em que se aplicou a fórmula de cálculo amostral desenvolvida por Barbetta^[27], resultando em uma amostra de 174 casos com uma possível margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%.

No que diz respeito à participação da parcela amostral nesse estudo, foram determinados como critérios de inclusão: possuir indicação para realização de histerectomia, independente da via de abordagem; pacientes admitidas no Hospital das Clínicas de Imperatriz; ter sido submetida a histerectomia no período de abril de 2019 à fevereiro de 2021. Foram excluídas do estudo pacientes que não atenderam aos critérios de inclusão.

Coleta de dados

Para a realização da pesquisa foi desenvolvido um questionário elaborado pelos pesquisadores e mediante a revisão de informações contidas nos prontuários. Com base nisso, foram revisados para a coleta os seguintes parâmetros: nome, idade, patologias prévias, indicação cirúrgica, via de abordagem, procedimento principal, complicações intraoperatórias, tempo de cirurgia, tempo de permanência hospitalar e gastos hospitalares. Com o intuito de facilitar a comparação entre grupos, foram determinadas três faixas etárias (abaixo de 40 anos, entre 40 a 49 anos e acima de 49 anos), três parâmetros de gastos hospitalares (até R\$ 3.000,00 entre R\$3.000,00 e R\$6.000,00 e acima de R\$6.000,00), três parâmetros de tempo de cirurgia

(até 129 minutos, entre 130 e 229 minutos e acima de 230 minutos) e três parâmetros de tempo de permanência hospitalar (até 2, 3 e maior ou igual a 4 dias).

O levantamento de dados se deu entre janeiro de 2020 e março de 2021, através da consulta aos prontuários das pacientes, a fim de coletar as informações necessárias para materialização do estudo. Nesse contexto, devido a pandemia instaurada pela disseminação em massa do vírus COVID-19 no ano de 2020, a coleta se deu de maneira irregular, com eventuais intervalos, atendendo as normas sanitárias de saúde com o intuito de minimizar a propagação do vírus.

Métodos estatísticos

Os dados obtidos foram primariamente tabulados em um banco de dados na planilha do software Microsoft® Excel® 2020 e analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.0. Posteriormente, os dados foram processados por meio da aplicação de estatísticas de caráter descritivo e inferencial para a apresentação das particularidades relativas à parcela populacional estudada. A partir disso, as variáveis categóricas foram apresentadas na forma de frequências absolutas e porcentagem e as variáveis contínuas por meio de média aritmética, moda, mediana e desvio padrão. Ademais, a relação entre as variáveis de relevância foi determinada pelo teste de Qui-quadrado de Pearson ou pelo teste de Fisher (quando o pressuposto foi atendido) e correlação de Pearson, assumindo intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$) em todos os testes.

Aspectos éticos

O presente estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CAAE nº 25940719.1.0000.5087 e Parecer nº 3.785.265) e fundamentado nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Para a permissão do acesso aos dados dos pacientes utilizou-se o Termo de Fiel Depositário.

RESULTADOS

Os seguintes resultados são decorrentes da análise dos dados obtidos através dos prontuários das 174 mulheres submetidas a histerectomia, independente da vida de abordagem.

Sobre a caracterização clínica e sociodemográfica da amostra, constatou-se uma média de idade de $48,5 \pm 11,2$ anos, com intervalo entre 16 a 88 anos, destacando a faixa etária correspondente a mulheres entre 40 a 49 anos com a maior parcela amostral (60,9%). No que tange ao estado civil, 64,3% eram casadas ou mantinham união estável, no entanto 23 casos (13,2%) não puderam ser avaliados neste parâmetro, pois a informação não constava no prontuário conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas das mulheres submetidas à histerectomia no Hospital das Clínicas – Imperatriz/MA, no período de abril de 2019 à fevereiro de 2021.

CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO	N	(%)
Faixa etária (em anos)		
(mín.–máx.–média–moda–desvio padrão)	(16 – 88 – 48,5 – 47 – $\pm 11,2$)	
39≤	20	(11,5%)
≥40 - 49≤	106	(60,9%)
≥50	48	(27,6%)
Estado civil		
Casada	110	(63,2%)
Divorciada	4	(2,3%)
Solteira	30	(17,2%)
União estável	2	(1,1%)
Viúva	5	(2,9%)
Omissos	23	(13,2%)
Patologias prévias		
Depressão	1	(0,6%)
Diabetes Mellitus	1	(0,6%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	23	(13,2%)
Indicação cirúrgica		
Adenomiose	7	(4%)
Endometriose	2	(1,1%)
Hiperplasia Endometrial	5	(2,9%)
Miomatose uterina	103	(59,1%)
Neoplasia de colo uterino	14	(8,2%)
Neoplasia de endométrio	2	(1,1%)
Neoplasia de mama	2	(1,1%)
Pólipo endometrial	9	(5,2%)
Prolapso uterino	15	(8,6%)

Outros	14	(8%)
Omissos	1	(0,6%)
Via de abordagem		
Histectomia abdominal	87	(50%)
Histectomia laparoscópica	54	(31%)
Histectomia vaginal	30	(17,2%)
Omissos	3	(1,7%)
Procedimento cirúrgico		
Ablação anexial unilateral ou bilateral	53	(30,4%)
Conservação anexial	69	(39,7%)
Ooforectomia unilateral ou bilateral	3	(1,6%)
Ressecção de estruturas adjacentes	6	(3,5%)
Salpingectomia unilateral ou bilateral	35	(20,2%)
Omissos	8	(4,6%)
Complicações		
Lesão de bexiga	1	(0,6%)
Sangramento importante c/ hemotransfusão	1	(0,6%)
Sangramento importante s/ hemotransfusão	2	(1,1%)
Medicação utilizada		
Analgésicos	167	(19,2%)
Antibióticos	172	(19,7%)
Anticoagulantes	28	(3,2%)
Antieméticos	165	(18,9%)
Antiespasmódicos	2	(0,2%)
Antiflatulentos	25	(2,9%)
Anti-inflamatórios	174	(20,0%)
Antiprotozoários	2	(0,2%)
Antiulcerosos	58	(6,7%)
Benzodiazepínicos	13	(1,5%)
Diuréticos	3	(0,3%)
Opioides	62	(7,1%)
Tempo de cirurgia (em minutos)		
(mín.–máx.–média–moda–desvio padrão)	(30 – 330 – 108,7 – 120 – ±54,66)	
129≤	95	(54,6%)
≥130 - 229≤	23	(13,2%)
≥230	4	(2,3%)
Omissos	52	(29,9%)
Gastos hospitalares (em reais)		
(mín.–máx.–média–desvio padrão)	(757,28 – 21.774,16 – 3383,39 – ±2865,45)	
Até 3.000	113	(64,9%)
3.000 – 6.000	40	(22,9%)
> 6.000	16	(9,2%)
Omissos	5	(2,8%)
Tempo de permanência hospitalar (em dias)		
(mín.–máx.–média–moda–desvio padrão)	(2 – 6 – 2,5 – 2 – ±0,68)	
2	78	(44,8%)

3	53	(30,5%)
≥4	8	(4,6%)
Omissos	35	(20,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Quanto a presença de patologias prévias, foi observado que 23 mulheres (13,2%) eram hipertensas. Ademais, notou-se que as principais indicações cirúrgicas para realização da HT foram: miomatose uterina (59,1%), prolapso uterino (8,6%) e pólipos endometriais (5,2%). Em relação a escolha da via de abordagem, a histerectomia abdominal foi a mais utilizada (50%). Quanto ao procedimento cirúrgico realizado, houve conservação anexial na maior parte dos casos (39,7%), ablação anexial unilateral ou bilateral em 53 pacientes (30,4%) e salpingectomia unilateral ou bilateral em 20,2% dos casos. Foram observadas complicações intraoperatórias em 4 pacientes (2,3%): lesão de bexiga associada à via laparoscópica (0,6%); sangramento importante sem necessidade de hemotransfusão associado à via vaginal e outro à abdominal (1,1%) e sangramento importante com necessidade de hemotransfusão associado à via vaginal (0,6%).

Dentre as principais medicações administradas ao paciente durante o manejo pós-operatório, destacam-se o uso de anti-inflamatórios (20%), analgésicos (19,7%), antibióticos (19,7%) e antieméticos (18,9%).

A média dos gastos hospitalares foi de R\$3.338,39±2865,45, sendo a maior parcela das cirurgias (64,9%) com um valor total de até R\$3.000,00. O custo total variou de R\$757,28 até R\$ 21.774,16.

No que tange ao tempo de cirurgia, observou-se uma média de 108,7±54,66 minutos, com mínimo de 30 e máximo de 330 minutos. Em 54,6% dos procedimentos cirúrgicos, o tempo de cirurgia foi abaixo de 129 minutos, no entanto 52 casos (29,9%) não puderam ser avaliados, uma vez que a informação não constava no prontuário.

Não obstante, o tempo de permanência hospitalar médio foi de 2,5±0,68 dias, com intervalo entre 2 e 6 dias. Em 44,8% dos casos o tempo de permanência hospitalar foi de 2 dias, no entanto em 35 casos (20,1%) não foi possível avaliar esse parâmetro devido à ausência desta informação no prontuário eletrônico.

Na Tabela 2 é possível relacionar a indicação cirúrgica para HT de acordo com a faixa etária das pacientes. A miomatose uterina foi a indicação mais prevalente em todas as faixas etárias estudadas. Ademais, no que tange ao prolapso uterino, esta foi a segunda indicação mais frequente (8,1%), ultrapassada somente pela miomatose uterina (9,8%), em pacientes com idade maior ou igual a 50 anos (P=0,0001).

Tabela 2. Indicação cirúrgica para histerectomia (HT) por faixa etária.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA PARA HT	FAIXA ETÁRIA (anos)			Total	p-valor
	39≤	≥40 - 49≤	≥50		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Adenomiiose	3 (1,7%)	4 (2,3%)	0 (0,0%)	7 (4,0%)	0,222 ^a
Endometriose	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	1,000 ^a
Hiperplasia de Endométrio	0 (0,0%)	4 (2,3%)	1 (0,6%)	5 (2,9%)	1,000 ^a
Miomatose Uterina	7 (4,0%)	77 (44,4%)	19 (11%)	103 (59,6%)	0,0001^b
Neoplasia de Colo Uterino	3 (1,7%)	6 (3,5%)	5 (2,9%)	14 (8,1%)	0,205 ^a
Neoplasia de Endométrio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	0,149 ^a
Neoplasia de Mama	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	1,000 ^a
Pólipo Endometrial	1 (0,6%)	5 (2,9%)	3 (1,7%)	9 (5,2%)	0,882 ^a
Prolapso Uterino	0 (0,0%)	1 (0,6%)	14 (8,1%)	15 (8,7%)	0,0001^a
Outros	5 (2,9%)	5 (2,9%)	4 (2,3%)	14 (8,1%)	0,011 ^a

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

^aTeste exato de Fisher.

^bTeste Qui-quadrado.

*Uma paciente não foi contabilizada devido à ausência da informação.

Tabela 3. Indicação cirúrgica para histerectomia (HT) por via de abordagem.

INDICAÇÃO CIRÚRGICA PARA HT	VIA DE ABORDAGEM			Total	p-valor
	HTA	HTL	HTV		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Adenomiiose	2 (1,2%)	4 (2,4%)	0 (0,0%)	6 (3,5%)	0,222 ^a
Endometriose	1 (0,6%)	1(0,6%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	1,000 ^a
Hiperplasia de Endométrio	1 (0,6%)	3 (1,8%)	1 (0,6%)	5 (2,9%)	0,258 ^a
Miomatose Uterina	61 (35,9%)	28 (16,5%)	12 (7,1%)	101 (59,4%)	0,001^b
Neoplasia de Colo Uterino	9 (5,3%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	14 (8,2%)	0,703 ^a
Neoplasia de Endométrio	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0,126 ^a
Neoplasia de Mama	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0,123 ^a
Pólipo Endometrial	4 (2,4%)	4 (2,4%)	1(0,6%)	9 (5,3%)	0,652 ^a
Prolapso Uterino	1 (0,6%)	0 (0,0%)	14 (8,2%)	15 (8,8%)	0,0001^a
Outros	8 (4,7%)	6 (3,5%)	0 (0,0%)	14 (8,2%)	0,159 ^a

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

^aTeste exato de Fisher.

^bTeste Qui-quadrado.

*Quatro pacientes não foram contabilizadas devido à ausência da informação.

A associação entre a indicação cirúrgica para HT e a via de abordagem revelou que, nos casos de miomatose uterina, a HTA se apresenta como a via de abordagem mais utilizada (35,9%; $p=0,001$), por outro lado a HTV aparece como a via de abordagem mais escolhida nos casos de prolapso uterino (8,8%; $p=0,0001$). Nessa mesma perspectiva, tanto a HTA como a HTL, foram observadas com a mesma prevalência nos indivíduos com pólipos endometriais (2,4% vs 2,4%), enquanto que na adenomiose a HTL surge como a via de abordagem mais escolhida, conforme apresentado na Tabela 3.

A Tabela 4 associa os gastos hospitalares de acordo com a via de abordagem empregada. Constatou-se que a maior parcela das histerectomias realizadas por via abdominal e vaginal apresentavam gastos hospitalares inferiores a R\$3.000,00 (46,1% vs 16,9%), enquanto que as realizadas por via laparoscópica apresentavam, em sua maioria, valores acima de R\$3.000,00 (27,3%).

Tabela 4. Via de abordagem cirúrgica para histerectomia por gasto hospitalar.

VIA DE ABORDAGEM	GASTO HOSPITALAR			Total n (%)	p-valor
	Até 3.000 n (%)	3.000-6.000 n (%)	>6.000 n (%)		
Histerectomia abdominal	76 (46,1%)	10 (6,1%)	0 (0,0%)	86 (52,1%)	0,0001^a
Histerectomia laparoscópica	5 (3,0%)	29 (17,6%)	16 (9,7%)	50 (30,3%)	0,0001^a
Histerectomia vaginal	28 (16,9)	1 (0,6%)	0 (0,0)	29 (17,6)	0,0001^a

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

^aTeste Qui-quadrado

*Nove pacientes não foram contabilizadas devido à ausência da informação.

Tabela 5. Correlação entre o tempo de cirurgia e tempo de permanência hospitalar, por via de abordagem.

	Tempo de cirurgia	Tempo de permanência hospitalar
Tempo de cirurgia	1,000	,263^{**}
Tempo de permanência hospitalar	,263^{**}	1,000
Histerectomia abdominal	-,047	-,247[*]
Histerectomia laparoscópica	,018	,247[*]
Histerectomia vaginal	,045	-,010

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

*A correlação de Pearson é significativa no nível 0,05

**A correlação de Pearson é altamente significativa no nível 0,01.

***Setenta e cinco pacientes não foram contabilizadas devido à ausência da informação.

Para compreender a relação existente entre o tempo de cirurgia e tempo de permanência hospitalar e a variável da via de abordagem utilizou-se o coeficiente de correlações de Pearson. A pesquisa revelou que o tempo de cirurgia e tempo de permanência hospitalar se correlacionam de forma altamente significativa entre si ($p < 0,01$). Por outro lado, o tempo de permanência hospitalar se correlacionou no sentido inverso à histerectomia abdominal ($p < 0,05$). No que tange a histerectomia por via laparoscópica, esta se correlacionou em consonância com o tempo de permanência hospitalar ($p < 0,05$), como exemplificado na Tabela 5.

DISCUSSÃO

Sob uma perspectiva sociodemográfica, quando caracterizados a idade média das pacientes da nossa pesquisa ($48,5 \pm 11,2$ anos) e o estado civil mais prevalente (casadas, 63,2%), observou-se uma variância destes resultados entre outros estudos, de acordo com o núcleo social analisado.^[1,8,15] Estudos feitos na Índia, por exemplo, apontam que o útero para muitas mulheres é tido como órgão exclusivamente reprodutivo e, após conseguirem gerar a quantidade de filhos esperada, o órgão passa a ser irrelevante. Isso ocorre especialmente em locais com dificuldades de acesso ao serviço de saúde, em que fatores como déficits educacionais, aspectos socioculturais e má qualidade de vida se mostraram como um forte contribuinte para o tardamento do diagnóstico patológico e/ou manejo incorreto das alternativas de tratamento.^[4,6,12,17,28]

Além disso, observou-se que o grupo de mulheres submetidas a histerectomia por via vaginal possuía uma faixa etária significativamente maior, quando comparada aos demais procedimentos. No entanto, esse foi um achado esperado, aliado aos resultados encontrados nesta pesquisa, uma vez que a via vaginal tem sido a mais indicada em pacientes acometidas com prolapso uterino, uma comorbidade mais prevalente em mulheres mais velhas.^[1,8,12,29]

Escolher uma via de abordagem para realização da histerectomia está intimamente relacionado com a indicação da cirurgia.^[9,23,24,29] A partir disso, verificou-se que a indicação para HT por miomatose uterina é predominante na nossa pesquisa (59,1%) e proporcionalmente maior que as demais indicações, especialmente nos casos de HTA e HTL, o que se constata em consonância com a literatura.^[1,16] Além disso, observou-se uma prevalência significativa de outras indicações benignas para a histerectomia, como o sangramento uterino anormal, prolapso uterino e endometriose.^[12,21,30]

Quanto à via de abordagem mais empregada, nossa pesquisa revelou uma maior prevalência da HTA (50%) quando comparada as demais, o que reflete uma divergência de acordo com alguns estudos.^[9,30,31] Isso pode ser justificado pela limitação técnica de alguns profissionais locais ao realizarem procedimentos mais modernos, como a HTL, que vem ganhando um grande espaço no campo cirúrgico. Por outro lado, a HTA ainda tem sido mais preferível às demais vias de abordagem, por alguns profissionais, em casos de grande massa uterina, adesão pélvica severa e risco de malignidade.^[6,20,29]

Com base nisso, a literatura esclarece que um dos fatores que justificam esse grande volume cirúrgico atribuído a HTA é o menor grau de complexidade desse procedimento, em contraste com outras vias, uma vez que pode ser realizado até mesmo por cirurgiões menos experientes. Ademais, dificilmente necessita de reoperação ou apresenta quadros recorrentes, além de possibilitar uma boa visualização para o cirurgião para exploração ampla dos órgãos internos.^[6,8,32] Foi observado, ainda, neste estudo que o tempo de permanência hospitalar é inversamente proporcional ao tempo de cirurgia.

O emprego da via vaginal no seguimento da histerectomia tem sido destacado na literatura pelo menor trauma cirúrgico, tempo de cirurgia e tempo de permanência hospitalar, além de ser menos onerosa que outras vias, como observado também em nosso estudo.^[6,20,29,33] Por outro lado, considerando que a HTV não promove uma visualização global significativa da pélvis, em alguns casos não é possível realizar o ressecamento e identificação de estruturas de forma adequada, como nas lesões endometriais, massas anexiais ou outras anormalidades que contribuam com a dor pélvica, sendo assim mais indicado optar por uma outra via, como a laparoscópica.^[1,12,29,32]

Em alinhamento com outros estudos, nossa pesquisa revelou que a histerectomia realizada por via de abordagem laparoscópica é a via que apresenta um maior tempo de operação e de custos hospitalares, além de demandar habilidades específicas dos profissionais.^[1,8,20] No entanto, estudos têm destacado vantagens que compreendem uma menor invasividade, recuperação mais rápida, bem como tempo de hospitalização mais curto. Além disso, foi observado uma melhor visualização do campo operatório quando comparada a HTV, reduzindo a possibilidade de desenvolver complicações intra e pós-operatórias, como sangramento maciço e lesões nervosas, uretrais, intestinais e da bexiga, junto com a redução da necessidade de hemotransusão.^[8,20,23]

Não obstante o tempo médio cirúrgico de $108,7 \pm 54,66$ minutos foi similar ao observado em outros estudos. Alinhado aos dados obtidos nessa pesquisa, a literatura evidencia que, em contraste com a HTA e a HTV, foi observado um maior tempo cirúrgico associado a via

laparoscópica, devido a maior complexidade na manipulação dos instrumentos imperativos ao procedimento.^[14,22,32] No entanto, a via vaginal destaca-se por possuir além de um menor tempo cirúrgico, um menor tempo de permanência hospitalar quando comparada a via laparoscópica.^[20,29,30]

Promover alternativas cirúrgicas que minimizem o tempo de permanência hospitalar, se faz indispensável para garantir uma melhor resolução dos quadros de mulheres submetidas a histerectomia.^[20,29,34] Com base nisso, no que tange ao tempo de permanência hospitalar (análise em dias do tempo entre a internação e a alta hospitalar), foi identificada em nossa pesquisa uma média de 2,5 dias, dados esses similares a literatura.^[18,19] Porém, houveram estudos que destacaram um tempo médio de permanência hospitalar predominantemente de 1 dia.^[32] Aliado a isso, observou-se, ainda, uma redução desse tempo nas histerectomias realizadas por via laparoscópica, o que acaba por contribuir para minimização das despesas hospitalares.^[22,30,32,35]

Nosso estudo revelou valores de complicações cirúrgicas abaixo do encontrado em outras literaturas, o que pode ser explicado pela limitação da informação dos prontuários analisados. Contudo, o perfil marcado pela presença de perturbações geniturinárias e hemorrágicas foi semelhante em alguns estudos.^[1,10,15,18] Além disso, a prevalência de complicações intraoperatórias em pacientes submetidas à via vaginal tem sido destacada como menor em contraste às outras vias. Além das supracitadas, outras complicações foram observadas na literatura, como deiscência da cúpula vaginal e injúrias de estruturas nervosas e do trato gastrointestinal.^[7,14,20,29]

A realização de histerectomias com salpingectomia parece estar crescendo ao longo dos anos, reduzindo o risco de desenvolvimento de câncer ovariano e têm sido alvo frequente de discussões sobre a sua indicação no tratamento de desordens ginecológicas, especialmente em mulheres na pré-menopausa. Segundo dados levantados em nossa pesquisa, a salpingectomia esteve presente em 20,2% das histerectomias realizadas.^[21] Por outro lado, no que tange a ooforectomia, observou-se que a realização desse procedimento de forma preventiva tem sido associada a uma redução no risco de desenvolvimento de cânceres de mama e ovário.^[10,36]

Quanto aos custos hospitalares associados às técnicas empregadas, assim como observado em nossa pesquisa, outros estudos consolidam a HTL como via de abordagem mais onerosa, enquanto a via vaginal apresentar o menor valor agregado.^[1,22,37] Não obstante, estudos destacaram a maior viabilidade da HTV, em cirurgiões com maiores habilidades, em detrimento da HTL e HTA, devido a menores repercussões sistêmicas pela menor invasividade, bem como pela diminuição dos gastos hospitalares atribuídos ao serviço de saúde.^[3,30,32] Os custos

associados a realização desses procedimentos englobam diversos fatores, dos quais experiência e eficiência da equipe médica exercem uma influência inversamente proporcional ao desencadeamento de complicações intraoperatórias e conseqüentemente aos gastos totais. [3,22,32]

Salienta-se que este estudo foi limitado devido a ausência de informações necessárias para o preenchimento adequado dos prontuários eletrônicos, restringindo a análise dos dados associados as pacientes submetidas à histerectomia. Isso reflete a necessidade de capacitar os profissionais responsáveis por computar as informações contidas nos prontuários médicos, afim de que, com a elaboração e devido preenchimento de protocolos de cuidados informatizados, seja possível salvaguardar registros consistentes e de qualidade.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, foi possível caracterizar o perfil clinico-epidemiológico de mulheres submetidas a histerectomia, em sua maioria casadas, com idade entre 40 e 49 anos, revelando a miomatose uterina como a indicação cirúrgica predominante de HT. Nesse contexto, a via de abordagem abdominal com conservação anexial foi o procedimento mais realizado neste serviço. No entanto a capacitação de profissionais para a realização de procedimentos menos invasivos e que ofertem um melhor custo-benefício à recuperação da paciente, pode alterar o cenário atual das histerectomias realizadas no maranhão.

Por fim, espera-se, prever e/ou evitar o surgimento de possíveis complicações intraoperatórias, através do desenvolvimento de protocolos em que possam ser definidas rotas de tratamento cirúrgico, de acordo com as particularidades de cada procedimento, bem como da paciente candidata a realização de histerectomia.

REFERÊNCIAS

1. Esteban Y, Fernández M, Abraham JC, Hernández C, Madruga GF. Histerectomía videolaparoscópica. *Rev Cuba Cirugía*. 2020;2020(3):1–13.
2. Ribeiro MOS. Desvelando o ser mulher que vivencia o pré operatório de histerectomia: contribuições para o cuidado em saúde. 2018; Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/handle/ufjf/7090>
3. Augusto KL, Brilhante AVM, Modesto GCD, Saboia DM, Rocha CFC, Karbage SAL, et al. Costs and mortality rates of surgical approaches to hysterectomy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52:1–6.
4. Barbosa AR dos S, Santos AN dos, Rodrigues TS. Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. *Rev UNINGÁ*. 2018;227–41.
5. Ely Cecília Gomes Souza Melo, Rita de Cássia Avelino Fleury e Carvalho SCGS. Os efeitos da histerectomia sobre o aumento de peso na mulher. *Rev Saúde (Sta Maria)*. 2018;
6. Adorno S, Mesquita JV De, Camac LAL, Silva GN, Saback MC. Vantagens da histerectomia vaginal comparado à histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;1–7.
7. Fuentes MN. Complicaciones de la histerectomía en función de su vía de abordaje y otros factores [Internet]. Universidad de Granada. 2018. Disponível em: <http://ddd.uab.cat/pub/landes/11394218v7p196.pdf>
8. Inal ZO, Inal HA. Comparison of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies in a tertiary care hospital in Turkey. *Ir J Med Sci*. 2018;187(2):485–91.
9. Ko JS, Suh CH, Huang H, Zhuo H, Harmanli O, Zhang Y. Association of Race/Ethnicity with Surgical Route and Perioperative Outcomes of Hysterectomy for Leiomyomas. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.11.008>
10. Cruz S de JV, Santos VC dos, Nunes EFC, Rodrigues CNC. Sexual function and stress urinary incontinence in women submitted to total hysterectomy with bilateral oophorectomy. *Fisioter e Pesqui*. 2020;27(1):28–33.
11. DATASUS [Internet]. [citado 2021 Mar 22]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
12. Meher T, Sahoo H. Regional pattern of hysterectomy among women in India: Evidence

- from a recent large scale survey. *Women Heal* [Internet]. 2020;60(5):585–600. Disponible em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1687634>
13. Ramírez-Palacios CD, Jesús LES-D, González-Azuara DA, Pérez-Gómez M, Martínez-Zúñiga M de L, Prado-Alcázar JJ, et al. Evaluación del dolor en pacientes postoperadas de histerectomía total abdominal. *Rev InvesRt MeveIdnSveusrMeexd* [Internet]. 2018;21(4):156–60. Disponible em: <http://www.building.co.uk/what-it-costs-bathroom-pods/3116420.article>
 14. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: A retrospective cohort. *Brazilian J Med Biol Res*. 2020;53(3):1–7.
 15. Michael D, Mremi A, Mremi A, Swai P, Swai P, Shayo BC, et al. Gynecological hysterectomy in Northern Tanzania: A cross-sectional study on the outcomes and correlation between clinical and histological diagnoses. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):1–8.
 16. Chapman GC, El-Nashar S, Billow M, Duarte-Thibault M, Sheyn D, Mahajan ST. Predictors of goal achievement in patients undergoing hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019;234:1–5. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.12.016>
 17. Tostes NCB, Cárdenas AMC de, Menezes RA de O, Miranda LC de, Rocha BC da, Inajosa SP. Quality of Life and Sexuality of Histerectomized Women in a Public Maternity in the Brazilian Amazon. *Reme Rev Min Enferm*. 2020;24:1–8.
 18. Settnes A, Moeller C, Topsoe MF, Norrbom C, Kopp TI, Dreisler E, et al. Complications after benign hysterectomy, according to procedure: a population-based prospective cohort study from the Danish hysterectomy database, 2004–2015. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2020;127(10):1269–79.
 19. Briët JM, Mourits MJE, van Leeuwen BL, van den Heuvel ER, Kenkhuis MJA, Arts HJG, et al. Age should not be a limiting factor in laparoscopic surgery: A prospective multicenter cohort study on quality of life after laparoscopic hysterectomy. *Clin Interv Aging*. 2018;13:2517–26.
 20. Lee C-Y, Tseng C-J, Chang C-H, Lee M-C, Ou Y-C, Yang S-F. Effect of modified laparoscopic hysterectomy on pelvic floor function. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019;98(8):e14616. Disponible em: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201902220-00070>
 21. Johanson ML, DÖGL M, LIENG M. Hysterectomy in Norway 2008–18. *Tidsskr Den*

- Nor legeförening. 2020;
22. Kaaki B, Lewis E, Takallapally S, Cleveland B. Direct cost of hysterectomy: comparison of robotic versus other routes. *J Robot Surg* [Internet]. 2020;14(2):305–10. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11701-019-00982-7>
 23. Gressel GM, Potts JR, Cha S, Valea FA, Banks E. Hysterectomy Route and Numbers Reported by Graduating Residents in Obstetrics and Gynecology Training Programs. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):268–73.
 24. Hildebrandt T, Emir S, Boosz A, Beckmann MW, Müller A. Total laparoscopic hysterectomy: how does training for surgeons in a standardized operation affect hospitals and patients? *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2018;298(4):763–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4869-3>
 25. Ruiz MP, Chen L, Hou JY, Tergas AI, Clair CMS, Ananth C V., et al. Outcomes of hysterectomy performed by very low-volume surgeons. *Obstet Gynecol*. 2018;131(6):981–90.
 26. Prefeitura Municipal de Imperatriz [Internet]. [citado 2021 Mar 22]. Disponível em: <https://www.imperatriz.ma.gov.br/>
 27. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. FSC. 2008. 324 p.
 28. Lange J, Cirqueira RP, Albuquerque LS De. Função Sexual e Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas à Histerectomia. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 2018;179–91.
 29. Linda-Dalal J. Shiber, Resad Pasic. Choosing the Correct Hysterectomy Technique. *Hysterect A Compr Surg Approach*. 2018;1–1639.
 30. Kim H-S, Koo Y-J, Lee D-H. Clinical outcomes of hysterectomy for benign diseases in the female genital tract: 6 years' experience in a single institute. *Yeungnam Univ J Med*. 2020;37(4):308–13.
 31. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira M, Ribeiro R, et al. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2018;379(20):1895–904.
 32. Schmitt JJ, Baker M V., Occhino JA, McGree ME, Weaver AL, Bakkum-Gamez JN, et al. Prospective Implementation and Evaluation of a Decision-Tree Algorithm for Route of Hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2020;135(4):761–9.
 33. Lim MC, Park SJ, Kim JH, Kim JW, Kim K, Kim K, et al. Comparative Effectiveness of Abdominal versus Laparoscopic Radical Hysterectomy for Cervical Cancer in the Postdissemination Era. *Cancer Res Treat*. 2018;51(2):1–9.

34. Stoller N, Wertli MM, Zaugg TM, Haynes AG, Chiolero A, Rodondi N, et al. Regional variation of hysterectomy for benign uterine diseases in Switzerland. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(5):1–16. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233082>
35. Park JY. Additional benefit of minimally invasive surgery to improve functional outcomes after radical hysterectomy. *J Gynecol Oncol*. 2019;30(2):5–6.
36. Tuesley KM, Protani MM, Webb PM, Dixon-Suen SC, Wilson LF, Stewart LM, et al. Hysterectomy with and without oophorectomy and all-cause and cause-specific mortality. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;223(5):723.e1-723.e16. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.037>
37. Deura I, Shimada M, Azuma Y, Komatsu H, Nagira K, Sawada M, et al. Comparison of laparoscopic surgery and conventional laparotomy for surgical staging of patients with presumed low-risk endometrial cancer: The current state of Japan. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;58(1):99–104. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.019>

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O CUSTO-BENEFÍCIO DA HISTERECTOMIA CONVENCIONAL E A HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Pesquisador: JORGE SOARES LYRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25940719.1.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.785.265

Apresentação do Projeto:

No contexto de saúde atual, inúmeras técnicas cirúrgicas têm sido desenvolvidas e aperfeiçoadas para a realização da histerectomia, principalmente em mulheres em idade fértil. Seus impactos na qualidade de vida dessas mulheres interferem exacerbadamente na forma como elas se relacionam na sociedade, podendo prejudicar a sua percepção de representação social. Diversos fatores podem contribuir negativamente no seguimento do processo de recuperação, culminando em sequelas que acabam por se refletir na qualidade de vida das pacientes. A partir disso, se faz necessário que sejam identificados os principais fatores que podem caracterizar a escolha da via de abordagem, considerando aspectos socioeconômicos individuais à parcela feminina. Objetivo: Analisar de forma comparativa o custo-benefício referente à histerectomia, de acordo com a via de abordagem utilizada. Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo de abordagem quantitativa caso-controle, desenvolvido a partir da análise dos prontuários de pacientes submetidos à histerectomia ao longo de um ano, no Hospital das Clínicas de Imperatriz. Para compor a população do estudo, será determinada a amostra de 116 indivíduos. Após a identificação das pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE, será feita a coleta de dados presentes nos prontuários. O instrumento utilizado para coleta de dados será composto por 4 domínios específicos: Identificação, História clínica, Seguimento Cirúrgico e Contexto Pós-Cirúrgico. Os dados serão previamente tabulados e analisados através do software SPSS versão 22. Impacto esperado: A

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.265

partir disso, acredita-se que através desse projeto seja possível caracterizar quais são as principais complicações observadas, de acordo com a técnicas empregadas, e correlaciona-las com sua indicação e particularidades de cada paciente. Bem como, determinar o reflexo financeiro nas condições de vida dessa parcela. De modo que, assim, a equipe multidisciplinar responsável possa instituir protocolos que visem antecipar e prevenir a ocorrência de possíveis complicações perioperatórias. Além disso, será possível prever quais técnicas empregadas oferecem a melhor recuperação e retorno as atividades habituais de vida diária, conforme o custo financeiro vinculado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar de forma comparativa o custo-benefício referente à histerectomia, de acordo com a via de abordagem utilizada.

Objetivo Secundário:

Identificar as principais indicações para realização histerectomia;

Analisar o custo financeiro necessário para execução da cirurgia, relacionando com o tempo de retorno às atividades de vida diária;

Mensurar o tempo de operação e permanência hospitalar, considerando as complicações observadas;

Avaliar a influência de patologias e cirurgias prévias no processo de recuperação; Verificar a necessidade de analgesia nos pos-operatório, bem como classificar os fármacos utilizados;

Caracterizar as vias de abordagem empregadas e correlaciona-las com os dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dentre os possíveis riscos esperados, têm-se a quebra de sigilo e confiabilidade dos dados coletados através de prontuários; a utilização indevida das informações colhidas, com finalidades discrepantes ao que foi determinada no presente estudo, assim como a violação a integridade dos documentos, como rasuras e danos físicos. Tais riscos serão reduzidos pelo firmamento do termo de livre consentimento, a fim de garantir sigilo na utilização do dados obtidos, além da restrição do acessos aos prontuários apenas aos pesquisados em um delimitado espaço de tempo. Isso se faz necessário para que a qualidade da pesquisa e integridade das pacientes avaliadas sejam preservadas. Assim, esse projeto de pesquisa pode ser classificado no tipo de risco mínimo ao paciente.

Benefícios:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.265

A comunidade e os participantes envolvidos no projeto serão beneficiados ao adquirir mais conhecimento acerca dos principais fatores de risco perioperatórios e das patologias que mais se relacionam com a realização de histerectomias. Eles também conhecerão como se dá o procedimento ao qual serão submetidos e quais complicações mais incidentes na amostra estudada. Assim, ampliando a literatura a respeito desse tema, a população será capaz de compreender seus quadros, bem como prevenir agravos. Para os profissionais da instituição, o trabalho contribuirá ao oferecer dados mais precisos sobre as necessidades de cada paciente. Os resultados obtidos poderão atualizar o conhecimento técnico de médicos e enfermeiros, o que colaborará para melhorar a realização os procedimentos de histerectomia, e acompanhar de forma mais segura e eficiente as pacientes submetidas a essa cirurgia. Para os pesquisadores, os vínculos com os profissionais e pacientes do Hospital das Clínicas de Imperatriz serão estreitados. Também haverá ganho de conhecimento com relação à realidade dessa população, além de experiência na realização de trabalhos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessário ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

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_PROJETO_1396981.pdf	12/12/2019 13:09:53		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.pdf	12/12/2019 13:08:53	JORGE SOARES LYRA	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.785.265

Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3764158.pdf	12/12/2019 12:44:15	JORGE SOARES LYRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.pdf	12/12/2019 12:42:55	JORGE SOARES LYRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	21/11/2019 00:51:11	JORGE SOARES LYRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_AUTORIZACAO.pdf	21/11/2019 00:40:29	JORGE SOARES LYRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/11/2019 00:37:44	JORGE SOARES LYRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/11/2019 00:35:08	JORGE SOARES LYRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	21/11/2019 00:33:55	JORGE SOARES LYRA	Aceito
Folha de Rosto	JORGE_SOARES_LYRA.pdf	21/11/2019 00:04:31	JORGE SOARES LYRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 19 de Dezembro de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO B
DESPACHO DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO

16/03/2021

https://sipac.ufma.br/sipac/protocolo/documento/documento_visualizacao.jsf?imprimir=true&idDoc=2120753

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

DESPACHO Nº 689 / 2021 - CCMI (24.12)

Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO

São Luís-MA, 09 de Março de 2021

O referido projeto foi aprovado em reunião do colegiado que aconteceu em Março de 2021.

Atenciosamente.

(Assinado digitalmente em 09/03/2021 15:24)

ANTONIO COSTA MENDES

ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO

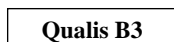
Matrícula: 3026303

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufma.br/documentos/> informando seu número, ano, tipo, data de emissão e o código de verificação: **bd761096c7**

ANEXO C

NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

16/03/2021



ISSN 0100-7203 versão impressa
ISSN 1806-9339 versão on-line

Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - Instruções aos autores

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Preparando um manuscrito para submissão](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Envio dos manuscritos](#)
- [Itens para a conferência do manuscrito](#)

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 blind*) 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 reenviar 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 e o Orcid ID;
- 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.

16/03/2021

Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - Instruções aos autores

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 refleta 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 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 agravado 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 Ensaios 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

16/03/2021

Rev. Bras. Ginecol. Obstet. - Instruções aos autores

confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significativos. 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.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Estudos observacionais em epidemiologia:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

Revisões sistemáticas e metanálises:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Estudos qualitativos:

<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

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 resume 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 incluídas 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 dele derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentadas 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 qualifique-as 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 empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexadas). 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 (auto-citação) 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 a Vancouver.

*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas 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 Antônio, 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>

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 3421, sala 903 - Jardim Paulista
01401-001 São Paulo SP - Brasil
Tel. (55 11) 5573-4919



editorial.office@febrasgo.org.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

1.IDENTIFICAÇÃO			
NOME:		IDADE:	
PROCEDÊNCIA:			
2.HISTÓRIA CLÍNICA			
IMC:		PARIDADE:	
PATOLOGIAS PRÉVIAS:			
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial		<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2	
<input type="checkbox"/> Depressão		<input type="checkbox"/> Patologia Respiratória	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia		<input type="checkbox"/> Insuficiência Venosa	
<input type="checkbox"/> Patologia Endocrinológica		<input type="checkbox"/> Patologia Cardíaca	
<input type="checkbox"/> Patologia Oncológica		<input type="checkbox"/> Patologia Hematológica	
<input type="checkbox"/> Outras:			
CIRÚRGIAS PRÉVIAS:			
<input type="checkbox"/> Histeroscopia		<input type="checkbox"/> Laparoscopia Cirúrgica	
<input type="checkbox"/> Ressectoscopia		<input type="checkbox"/> Laparotomia	
<input type="checkbox"/> Uroginecológica		<input type="checkbox"/> Laparoscopia Diagnóstica	
<input type="checkbox"/> Conização		<input type="checkbox"/> Apendicectomia	
<input type="checkbox"/> Cesariana		<input type="checkbox"/> Colecistectomia	
Outras			

3.SEGUIIMENTO CIRÚRGICO			
INDICAÇÃO CIRÚRGICA:			
<input type="checkbox"/> Útero Miomatoso	<input type="checkbox"/> Adeniose Isolada		
<input type="checkbox"/> Polipose Endometrial	<input type="checkbox"/> Neoplasia do Endométrio		
<input type="checkbox"/> Patologia Anexial	<input type="checkbox"/> Neoplasia da Mama		
<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Neoplasia do Colo		
<input type="checkbox"/> Hiperplasia Endometrial	<input type="checkbox"/> Doença Hematológica		
<input type="checkbox"/> Prolapso Urogenital	<input type="checkbox"/> Outras		
VIA DE ABORDAGEM:			
<input type="checkbox"/> Histerectomia Abdominal			
<input type="checkbox"/> Histerectomia Vaginal			
<input type="checkbox"/> Histerectomia por via Laparoscópica			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OPERATÓRIO GOLDAM-CALDERA:			
<input type="checkbox"/> I.	<input type="checkbox"/> II.	<input type="checkbox"/> III.	<input type="checkbox"/> IV.
PROCEDIMENTO PRINCIPAL:			
<input type="checkbox"/> Com ablação anexial unilateral ou bilateral			
<input type="checkbox"/> Com conservação anexial			
<input type="checkbox"/> Com salpingectomia unilateral ou bilateral			
<input type="checkbox"/> Com ooforectomia unilateral			
<input type="checkbox"/> Ressecção de estruturas adjacentes			
COMPLICAÇÕES OPERATÓRIAS			
COMPLICAÇÕES MAIORES		COMPLICAÇÕES MENORES	
<input type="checkbox"/> Lesão Ureteral		<input type="checkbox"/> Hemorragia s/ transf. sang.	
<input type="checkbox"/> Lesão Vesical		<input type="checkbox"/> Hematoma c/ dren. Espont.	

<input type="checkbox"/> Perfuração Intestinal	<input type="checkbox"/> L.I. da serosa intestinal					
<input type="checkbox"/> Hemorragia c/ transf. sang.	<input type="checkbox"/> Infeção/Febre>38°C – 1º 7 dias					
<input type="checkbox"/> Hematoma c/ dren. Cirurgica	<input type="checkbox"/> TVP					
<input type="checkbox"/> Comp. Anestésica Maior	<input type="checkbox"/> Comp. Anestésica Menor					
<input type="checkbox"/> Conversão p/ Laparotomia	<input type="checkbox"/> Incontinência Urinária					
<input type="checkbox"/> Deiscência da Cúpula Vaginal						
<input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar						
<input type="checkbox"/> Outras						
CLASSIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS CLAVIEN-DINDO:						
<input type="checkbox"/> I.	<input type="checkbox"/> II.	<input type="checkbox"/> IIIa.	<input type="checkbox"/> IIIb.	<input type="checkbox"/> IVa.	<input type="checkbox"/> IVb.	<input type="checkbox"/> V.
TEMPO DE CIRURGIA:			T. ÚTERINO:			
NECESSIDADE DE HEMOTRANSFUSÃO:			<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	
4.CONTEXTO PÓS-OPERATÓRIO						
TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR:						
TEMPO DE RETORNO ÀS ABVD:						
GRAU DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE:						
GASTOS HOSPITALARES:						
ANALGESIA UTILIZADA:						

APÊNDICE B – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, MS.

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS À HISTERECTOMIA EM UMA UNIDADE PRIVADA DO MARANHÃO.**

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A histerectomia apresenta diversas repercussões no processo saúde-doença das mulheres submetidas a esse procedimento. Devido ao fato de haver diferentes implicações ao longo do seguimento de recuperação, variando de acordo com a via de abordagem, pode ocorrer um prejuízo na qualidade de vida dessas pacientes. A pesquisa se justifica pelo modo como esse cenário pode acarretar consequências positivas ou negativas, a depender das técnicas empregadas.

O objetivo desse projeto é analisar de forma comparativa o custo-benefício referente à histerectomia, de acordo com a via de abordagem utilizada.

O procedimento de coleta de material será da seguinte forma. Os dados de identificação, história clínica, seguimento cirúrgico e contexto pós-operatório serão coletados a partir de informações obtidas nos prontuários.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Os pacientes podem se sentir receosos ao compartilhar informações presentes no seu prontuário. Fica assegurado que o paciente terá seu sigilo garantido, podendo optar por desistir assim que achar necessário, independente do motivo.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Os familiares terão todo apoio do Hospital das Clínicas de Imperatriz, onde será realizada toda a pesquisa, assim com do pesquisador e do orientador.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os dados sociodemográficos e as respostas dos questionários permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina do CCSST da Universidade Federal do Maranhão - UFMA e a outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Participaram da pesquisa somente pacientes com idade superior a 18 anos e aqueles que tiverem condições independentes para responder as questões.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, _____, portador (a) do CPF: _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador JORGE SOARES LYRA, a co-orientadora KATERINE BERTOLINE SERAFIM DE CARVALHO e o aluno de medicina GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com o estudante GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA no telefone (99) 9 81133377 ou com o professor orientador JORGE SOARES LYRA no telefone (99) 991823459 ou na Universidade Federal do Maranhão - UFMA CCSST situado na Avenida Principal S/N, Residencial Dom Afonso Felipe Gergori – CEP 65900-000 Imperatriz – MA, Email: medicinaccsst@ufma.br Campus CCSST – Fone: (99) 3529-6052.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, ____ de _____ de 20__

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------



Impressão dactiloscópica

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, _____, portador (a) do CPF: _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O professor orientador JORGE SOARES LYRA, a co-orientadora KATERINE BERTOLINE SERAFIM DE CARVALHO e o aluno de medicina GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA responsáveis pela pesquisa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com o estudante GUILHERME ZACARIAS QUEIROZ DE BARROS BRAGA no telefone (99) 9 81133377 ou com o professor orientador JORGE SOARES LYRA no telefone (99) 991823459 ou na Universidade Federal do Maranhão - UFMA CCSST situado na Avenida Principal S/N, Residencial Dom Afonso Felipe Gergori – CEP 65900-000 Imperatriz – MA, Email: medicinaccsst@ufma.br Campus CCSST – Fone: (99) 3529-6052.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Imperatriz, _____ de _____ de 20____

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------



VIA DO PESQUISADOR

Impressão dactiloscópica