



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

LUANA DE BEM GIARETA

**INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

PASSO FUNDO - RS

2020

LUANA DE BEM GIARETA

**INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
apresentado como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Medicina na Universidade
Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Orientadora: Prof.^a M.^a Andréia Jacobo

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva

PASSO FUNDO - RS

2020

Giaretta, Luana de Bem

Incidência de complicações intra e pós operatórias em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose / Luana de Bem Giaretta. -- 2020.
69 f.

Orientadora: Me.^a Andréia Jacobo

Co-orientadora: Dra.^a Shana Ginar da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2020.

1. Endometriose. 2. Cirurgia ginecológica. 3.
Complicações cirúrgicas. I. Jacobo, Andréia, orient. II.
Silva, Shana Ginar da, co-orient. III. Universidade
Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

LUANA DE BEM GIARETA

**INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito para a obtenção de grau
de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, RS.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi definido e aprovado pela banca em:

___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a M.^a Andréia Jacobo

Prof.^a Esp. Sofia Carla Abelin Noskoski

Esp. Peterson Paludo

AGRADECIMENTO

Agradeço imensamente às minhas orientadoras Me.^a Andréia Jacobo e Dr.^a Shana Ginar da Silva, pela paciência, dedicação, ensinamentos e disponibilidade em ajudar. Suas contribuições certamente foram fundamentais para tornar esse trabalho realidade.

Aos hospitais São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, instituições as quais sou grata, por terem aberto suas portas e possibilitado a realização desse projeto, incluindo os profissionais que dedicaram seu tempo para nos auxiliar.

À todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente para a construção desse trabalho e aos familiares e amigos que, de inúmeras formas, trazem apoio e torcida pelo meu sucesso.

RESUMO

O presente trabalho, intitulado: “Incidência de complicações intra e pós operatórias em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose”, trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação desenvolvido como pré-requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo – RS, pela acadêmica Luana de Bem Giareta, sob orientação da Prof.^a Me.^a Andréia Jacobo e co-orientação da Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva. Este volume é composto de três capítulos, a serem descritos: o primeiro refere ao projeto, desenvolvido no primeiro semestre de 2019, no componente curricular de Pesquisa em Saúde. O segundo refere-se ao relatório de pesquisa sobre o desenvolvimento e coleta de dados do projeto, realizado no segundo semestre de 2019, no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso I. O terceiro capítulo engloba a análise e divulgação dos resultados da pesquisa, na forma de artigo científico, bem como considerações finais, desenvolvidas no primeiro semestre de 2020, no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II. O presente trabalho foi desenvolvido em conformidade com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade e com o Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso.

Palavras-chave: Endometriose, Complicações Pós-Operatórias, Complicações Intraoperatórias

ABSTRACT

The present Undergraduate monograph, entitled: “Incidence of intra and postoperative complications in patients undergoing surgical treatment for endometriosis”, is developed as a partial requirement for obtaining a Medicine Bachelor degree by the Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo campus - RS, by Luana de Bem Giareta, under the supervision of Prof. Msc. Andréia Jacobo and co-supervision by Prof. Dr. Shana Ginar da Silva. This volume comprises three chapters, to be described: the first refers to the project, developed in the first semester of 2019, due the curricular component of Health Research. The second refers to the research report on the development and data collection of the project, carried out in the second semester of 2019, in the curricular component Course Conclusion Work I. The third chapter encompasses the analysis and divulgation of research results, in the form of a scientific article, and final considerations, developed in the first semester of 2020, in the curricular component Course Conclusion Work II. The present work was developed following the University's Academic Works Manual and the Course Completion Work Regulations.

Keywords: Endometriosis, Postoperative Complications, Intraoperative Complications

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1. PROJETO DE PESQUISA	10
2.1.1. Resumo	10
2.1.2. Tema	10
2.1.3. Problema	11
2.1.4. Hipótese	11
2.1.5. Objetivos	11
2.1.5.1. <i>Objetivo Geral</i>	11
2.1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i>	11
2.1.6. Justificativa	12
2.1.7. Referencial teórico	12
2.1.7.1. <i>Endometriose</i>	12
2.1.7.2. <i>Fisiopatologia</i>	13
2.1.7.3. <i>Localizações anatômicas e classificação</i>	14
2.1.7.4. <i>Diagnóstico</i>	15
2.1.7.5. <i>Tratamento clínico</i>	16
2.1.7.6. <i>Tratamento cirúrgico e complicações</i>	17
2.1.8. Metodologia	19
2.1.8.1. <i>Tipo de Estudo</i>	19
2.1.8.2. <i>Local e Período de Realização</i>	19
2.1.8.3. <i>População e Amostragem</i>	19
2.1.8.4. <i>Variáveis e Coleta de Dados</i>	20
2.1.8.5. <i>Processamento, Controle de Qualidade e Análise Estatística dos Dados</i>	20
2.1.8.6. <i>Aspectos Éticos</i>	21
2.1.8. Recursos	22
2.1.9. Cronograma	22
2.1.10. Referências	23
2.1.11. Apêndices	26
Apêndice I: <i>Ficha de Coleta de Dados do projeto</i>	26
Apêndice II – <i>Termo de compromisso para uso de dados em arquivo</i>	27
Apêndice III - <i>Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</i>	28
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	30
2.2.1. Anexos	32

Anexo A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFFS	32
Anexo B – Parecer de aprovação da emenda pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UFFS...	40
Anexo C – Normas para submissão na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)	44
3 ARTIGO CIENTÍFICO	50
4 ANEXOS.....	65
Anexo A – Termo de aceite de orientação e co-orientação.....	65
Anexo B – Termo de Autorização de Pesquisa do HSVP	67
Anexo C – Termo de Autorização de Pesquisa do HC	68

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença crônica relacionada à dor pélvica e infertilidade, definida como presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Os principais fatores associados são: menarca precoce; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de endometriose é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença (PEARCE et al., 2012).

Com base em estimativas de prevalência, a endometriose afeta 10% das mulheres em idade fértil, isto representa em torno de 176 milhões de mulheres no mundo todo. No Brasil, 7 milhões de mulheres são afetadas, de acordo com o Ministério da Saúde. A fisiopatologia até o momento não se encontra perfeitamente esclarecida, porém os fundamentos apontam que a junção de fatores hormonais, genéticos e imunológicos poderia auxiliar para a formação e também na progressão dos focos de endometriose (NNOAHAM et al., 2011).

A classificação de endometriose proposta pela *American Fertility Society* é a mais empregada atualmente. Esta classificação dispõe a patologia em leve, mínima, moderada ou grave, com base na avaliação do tamanho, da profundidade e localização dos implantes endometrióticos e na gravidade das aderências (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

O exame clínico bem feito em mulheres com suspeita de endometriose inclui a inspeção da vagina com um espéculo, palpação bimanual e retovaginal, bem como a inspeção e palpação da pelve e abdome (DUNSELMAN et al., 2014). O exame vaginal pode facilitar a detecção de infiltração ou nódulos, no entanto, o diagnóstico definitivo só é feito através de métodos invasivos, como laparoscopia e biópsia. Marcadores bioquímicos presentes no tecido endometrial, no fluido menstrual ou uterino têm sido estudados para o diagnóstico não invasivo de endometriose. Nenhum deles foi preciso e confiável para diagnosticar a doença, mas vários são candidatos promissores (DUSELMAN et al., 2014). Outros exames complementares que podem ser solicitados são: ultrassom transvaginal, exame de sangue, CA 125 e ressonância magnética pélvica (MENDES et al., 2013).

O tratamento medicamentoso da endometriose busca diminuir a produção de estrógenos circulantes ou fazer oposição a seus efeitos no tecido endometrial. Ele

pode ser usado a fim de aliviar a dor pélvica, porém, não traz benefícios em relação à fertilidade. Por esse motivo, as mulheres que não desejam ter filhos e apresentam grau leve de dor e outros sintomas são as principais adeptas à medicamentos como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), Ibuprofeno e hormônios.

Já o tratamento cirúrgico é uma opção para as pacientes que apresentam dor intensa que não diminui com o tratamento medicamentoso ou que desejam engravidar. Para diminuir as taxas de recorrência e/ou persistência da doença, é essencial a excisão cirúrgica completa dos focos endometrióticos que pode ser realizada através de laparoscopia ou laparotomia. A cirurgia pode ser conservadora, resguardando a fertilidade da paciente, ou radical, levando a histerectomia e salpingooforectomia (NOGUEIRA et al., 2018).

A cirurgia garante melhores resultados em relação à qualidade de vida das pacientes, bem como alívio da dor a longo prazo. No entanto, tem como desvantagem a possibilidade de ter complicações cirúrgicas devido à complexidade da doença, causando morbidade e disfunções às pacientes, o que torna tão importante o conhecimento das mesmas.

As complicações podem acontecer no momento da cirurgia (intra operatória) ou em um determinado período após o procedimento (pós operatória). O que se sabe hoje é que a taxa de complicações intra operatória é menor que a pós operatórias e que ambas irão depender da severidade da doença. Estudos mostram que as mais comuns são sangramentos que requerem conversão para laparotomia, lesões ureterais e intestinais, fístulas, infecções e febre não patológica. Em relação aos tipos de procedimentos, elas aparecem mais em cirurgias que requerem manipulação intestinal ou ureteral concomitante (KONDO et al., 2010).

Dessa forma, embora o tratamento cirúrgico traga benefícios para inúmeras mulheres, é preciso estar ciente das complicações mais frequentemente encontradas em cada tipo de procedimento, com o propósito de uma rápida intervenção, e, conseqüentemente, diminuição da morbimortalidade.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

O projeto de pesquisa pretende identificar a incidência de complicações intra e pós operatórias em paciente submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose no Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos de Passo Fundo. A partir de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo e com base na análise de prontuários eletrônicos de todas as pacientes que realizaram cirurgia em um período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, será traçada a incidência de complicações. Serão consideradas as variáveis idade, raça/cor, profissão, escolaridade, estado civil, local das lesões endometrióticas, classificação da endometriose, tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio, presença de complicações intra operatórias, presença se complicações pós operatórias – até 6 meses após o procedimento cirúrgico – e quais foram elas. Se espera encontrar um número maior de mulheres brancas, em idade reprodutiva, casadas e que tenham terminado o ensino médio. A incidência de complicações intra e pós operatórias esperada é de, respectivamente, 2 e 15%. As complicações intra operatórias mais incidentes serão sangramento requerendo conversão para cirurgia aberta, lesão do intestino delgado e perfuração vaginal/uterina durante a colocação do manipulador uterino. Em relação as pós operatórias, serão mais incidência: fístula reto vaginal, fístula ureteral, abscesso pélvico, febre não patológica, dor abdominal pós-operatória, infecção do trato urinário, dores de esvaziamento e retenção urinária.

Palavras-chave: Endometriose, Complicações Pós-Operatórias, Complicações Intraoperatórias

2.1.2. Tema

Complicações decorrentes do tratamento cirúrgico em pacientes com endometriose.

2.1.3. Problema

Qual a incidência de complicações intra e pós operatórias nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico por endometriose?

Quais foram as principais complicações intra operatórias?

Quais foram as principais complicações pós operatórias durante os seis meses após o procedimento cirúrgico?

Qual o perfil epidemiológico das pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico?

2.1.4. Hipótese

A incidência de complicações intra e pós operatórias será de, aproximadamente, 2% e 15%.

As complicações intra operatórias mais frequentemente encontradas serão: sangramento requerendo conversão para cirurgia aberta, lesão do intestino delgado e perfuração vaginal/uterina durante a colocação do manipulador uterino.

As complicações pós operatórias mais frequentemente encontradas durante os seis meses após o procedimento cirúrgico da paciente serão: fístula reto vaginal, fístula ureteral, abscesso pélvico, febre não patológica, dor abdominal pós-operatória, infecção do trato urinário, dores de esvaziamento e retenção urinária.

O perfil epidemiológico será caracterizado por mulheres com idade média de 33 anos, brancas, casadas e com ensino médio completo.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo Geral

Identificar a incidência das complicações intra e pós operatórias decorrentes do tratamento cirúrgico da endometriose.

2.1.5.2. Objetivos Específicos

Identificar as complicações intra operatórias mais comumente encontradas.

Identificar as complicações pós operatórias mais comumente encontradas durante os seis meses após o procedimento cirúrgico.

Verificar quais as características sociodemográficas predominantes nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose.

2.1.6. Justificativa

Ainda que caracterizada como uma doença benigna, a endometriose tem uma morbidade bastante significativa, principalmente no que diz respeito aos extensos tratamentos cirúrgicos a qual são submetidas algumas pacientes. Isso acontece por que ainda não existem tratamentos clínicos que melhorem sintomas graves, diminuam a extensão de focos endometrióticos e aumentem as taxas de fertilidade. Dessa forma, é incontável o número de pacientes que estão sujeitas à complicações decorrentes desse procedimento cirúrgico e que impacta significativamente na qualidade de vida das mesmas.

Existe, ainda, uma escassez de dados acerca da qualidade da assistência cirúrgica à essa população na região norte do Rio Grande do Sul, o que torna extremamente importante que se conheça a frequência de complicações acerca desse procedimento, bem como quais são as mais prevalentes. Já que muitas dessas complicações dependem não só do grau da doença, mas também da experiência da equipe e do serviço, esse estudo subsidiará os profissionais e serviços de saúde para a identificação e prevenção corretas de tais complicações, de modo a qualificar ainda mais a prática cirúrgica.

2.1.7. Referencial teórico

2.1.7.1. Endometriose

Considerada atualmente um problema de saúde pública, a endometriose pode ser definida como uma doença ginecológica onde o tecido endometrial se prolifera fora da cavidade uterina. O endométrio é uma mucosa que recobre a parede interna do útero, tornando-se mais espesso a fim de possibilitar a implantação do óvulo. Caso

não haja fecundação, esse tecido é eliminado durante a menstruação. No entanto, em alguns casos, esse tecido se desloca em sentido contrário, proliferando-se na cavidade abdominal e ovários, dando origem aos focos endometrióticos (RAMOS, SOEIRO, RIOS, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, a endometriose afeta de sete a dez milhões de mulheres no Brasil, e 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva. Em relação às mulheres com infertilidade e dor pélvica crônica, a prevalência pode chegar até 60 e 70%, respectivamente. (PASSOS et al., 2000; SILVA, DE MARQUI, 2014; NAVARRO, 2006). Por sua condição crônica e progressiva, a endometriose provoca sintomas consideravelmente comprometedores para o cotidiano das mulheres que sofrem com a doença. Aproximadamente 60 a 70% delas irão apresentar sintomas clínicos como dismenorreia (dor pélvica em forma de cólica), infertilidade, dispareunia (dor durante a relação sexual), sintomas urinários e intestinais (AMARAL, 2017; PASSOS et al., 2000; MATTA, 2006). Outros sintomas são hemorragia uterina anômala, diminuição da satisfação sexual, fadiga crônica e diminuição da qualidade de vida da mulher (MELCHIOR, VIVAN, GUALTIEN, 2019).

O sintoma mais comum é a dor pélvica, que parece ser secundária à reação inflamatória causada pelos implantes peritoneais. Não há correlação entre o quadro clínico e quantidade dos implantes ou o estadiamento da doença. Mas podemos relacionar a sintomatologia e a profundidade do tecido ectópico, ou seja, aqueles implantes com invasão tecidual mais profunda seriam mais sintomáticos (PASSOS et al., 2000). Sendo assim, os quadros mais graves podem levar à redução das atividades e ao isolamento social da mulher, causando uma morbidade física e emocional (MELCHIOR, VIVAN, GUALTIEN, 2019).

A endometriose pode ser associada à inúmeros fatores, como idade, onde o risco é maior em mulheres em idade reprodutiva; menarca precoce, menopausa tardia; nuliparidade, pela maior exposição ao estrogênio; infertilidade, quantidade dos fluxos menstruais assim como sua duração, uso de anticoncepcionais para tratamento de dismenorreia. História familiar de primeiro grau e intensidade da dor pélvica também pode ser associados à doença (PASSOS, 2017; MELCHIOR, VIVAN, GUALTIEN, 2019).

2.1.7.2. Fisiopatologia

A etiopatogenia da doença ainda não está bem esclarecida, porém várias hipóteses são cogitadas. As principais incluem a teoria da menstruação retrógrada, metaplasia celômica e disseminação linfática. A teoria da metaplasia celômica afirma que o endométrio e as células peritoneais derivam do mesmo epitélio embrionário e que este teria a capacidade de se transformar em vários tipos celulares, inclusive células endometriais. No entanto, ainda não se conseguiu demonstrar que uma célula diferenciada possa transformar-se em outra célula madura. Além disso, se existisse mesmo essa diferenciação, homens também deveriam apresentar o fenômeno (PASSOS et al., 2000; CACCIATORI, MEDEIROS, 2015).

Em relação a menstruação retrógrada, que foi descrita por Sampson, em 1927, ocorreria um refluxo de tecido endometrial através das trompas de falópio durante a menstruação, com conseqüente implantação de focos no peritônio e ovário. Porém, um dos aspectos discutidos a respeito dessa hipótese é que 70 a 90% das mulheres apresentam menstruação retrógrada, mas apenas uma minoria irá desenvolver a doença. Isso sugere que outros fatores possam estar envolvidos, como fatores genéticos, hormonais ou ambientais (NÁCUL, SPRITZER, 2010).

Por fim, a teoria da disseminação linfática ou vascular parte do mesmo princípio descrito por Sampson. A principal razão pela qual essa hipótese é aceita é que 30% das pacientes com endometriose tem linfonodos com células endometriais e a presença de implantes no pulmão ou qualquer outro órgão distante pode ser explicada pela disseminação vascular (PASSOS et al., 2000).

2.1.7.3. Localizações anatômicas e classificação

A endometriose pode estar presente em múltiplas localizações, como ovários (endometrioma), peritônio, bexiga/ureter, cólon, ligamentos uterossacros, septo retovaginal, parede vaginal e fundo de saco de Douglas. Mais raramente, pode haver implantes endometrióticos em locais distantes, incluindo pulmões, fígado, pâncreas, cicatrizes operatórias e inguinais (KIESEL, SOUROUNI, 2019). No entanto, o local mais comumente afetado são os ovários, com uma frequência de até 66% das pacientes. Seguindo em ordem decrescente aparecem os ligamentos útero-sacros (28 a 60%), fundo de saco posterior (30 a 34%), ligamento largo (16 a 35%) e fundo de saco anterior (15 a 35%). A vagina, o cólon, as alças intestinais e a bexiga são menos comuns (3,6%) (PASSOS et al., 2000).

Atualmente, a American Fertility Society (AFS) é a classificação mais usada na endometriose. Ela caracteriza a doença pela dimensão, aparência e profundidade dos implantes presentes nos ovários e no peritônio; na presença de aderências, bem como o tipo e tamanho; e no nível de bloqueio do fundo de saco de Douglas. O estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes. No estágio II ou leve há implantes superficiais, livres e dispersos, sem aderências significantes. O estágio III ou moderado contém diversos implantes, tanto superficiais quanto profundos com adesão periovariana e peritubária. No estágio IV ou doença severa existem muitos implantes superficiais e profundos, com densas membranas e aderências, juntamente com grandes endometriomas (AMARAL, 2017; CACCIATORI, MEDEIROS, 2015).

Geralmente 30,2% das pacientes se encontram estadiadas como grau I; 15,3% como grau II; 20,9% como grau III; e 33,6% como grau IV (CACCIATORI, MEDEIROS, 2015).

Outra classificação que pode ser usada divide a endometriose em três tipos: peritoneal, com implantes na superfície do peritônio; ovariana, com presença de endometriomas e; profunda, caracterizada pela existência de implantes com 5mm de profundidade e hiperplasia muscular abaixo do peritônio (FEBRASGO, 2010).

2.1.7.4. Diagnóstico

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito através de intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia. No entanto, alguns exames de imagem e laboratoriais podem, com um alto grau de confiabilidade, predizer que a paciente apresenta a doença. O marcador laboratorial CA-125, por exemplo, quando coletado no primeiro ou segundo dia do ciclo menstrual, pode auxiliar no diagnóstico da endometriose em estágio avançado, principalmente se os valores são maiores que 100 UI/MI (especificidade 83,2%, sensibilidade 54,5%).

Os marcadores bioquímicos, atualmente, são uma controvérsia no diagnóstico de endometriose. May e colaboradores realizaram uma revisão sistemática acerca dos principais marcadores bioquímicos encontrados nos fluidos uterinos e menstruais, bem como na urina e no plasma. A conclusão que eles chegaram foi que nenhum estudo se mostrou conclusivo para diagnóstico de endometriose, contudo, aqueles

que identificaram fibras nervosas e moléculas do endométrio envolvidos no controle do ciclo celular, adesão celular e angiogênese são candidatos promissores para as futuras pesquisas. Em relação aos marcadores imunológicos, nenhum deles foi capaz de diagnosticar a doença (DUNSELMAN et al., 2014).

O primeiro exame de imagem a ser solicitado durante a suspeita com exame físico sugestivo é a ultrassonografia pélvica transvaginal. Ela apresenta alta sensibilidade e especificidade na identificação de endometriomas (83% e 89%, respectivamente). Infelizmente, em casos de endometriose de ligamentos uterossacros, septo retovaginal e vagina, a sensibilidade e especificidade global é de 53% e 93%, respectivamente (ROLLA, 2019). Se o exame for conclusivo, o tratamento pode ser indicado sem exames de imagem adicionais.

A ressonância magnética pode ser usada para avaliar a presença de massas ovarianas com hipótese diagnóstica duvidosa. Ela é capaz de identificar a endometriose profunda com proliferação em locais mais distantes, como invasão intestinal e do trato urinário (sensibilidade de 94% e especificidade de 77%) (KAVOUSSI et al., 2016), porém não possibilita determinar qual a camada acometida pela lesão, dificultando o diagnóstico de endometriose peritoneal (NÁCUL, SPRITZER, 2010).

Apesar dos exames de imagem apresentarem boa acurácia no diagnóstico, a videolaparoscopia com biópsia das lesões ainda é o padrão-ouro. O procedimento consiste na inserção de uma câmera na cavidade abdominal através de pequenas incisões na região do umbigo e a lesão retirada é enviada para avaliação anatomopatológica (SILVA, DE MARQUI, 2014; NÁCUL, SPRITZER, 2010).

2.1.7.5. Tratamento clínico

O tratamento da endometriose visa reduzir os sintomas e retirar lesões de endometriose que possam estar afetando as funções de outros órgãos, bem como aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. Ele abrange o uso de medicações e/ou abordagem cirúrgica. Não há um tratamento ideal para todas as pacientes e o manejo depende dos sintomas, da idade e desejo reprodutivo da paciente. Em casos assintomáticos, não é necessário tratar. (PASSOS, 2017; CACCIOTORI, MEDEIROS, 2015; BAHAMONDES, CAMARGOS, 2012).

O tratamento clínico é indicado para as pacientes que não possuem a intenção de ter filhos ou aquelas que não alcançaram a redução da dor após tratamento cirúrgico. Neste caso, podem ser usados medicamentos anti-inflamatórios não hormonais e analgésicos. O objetivo é diminuir a dor causada pela endometriose e colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia (AMARAL, 2017).

A terapêutica medicamentosa principal consiste na utilização de análogos do fator liberador de gonadotropinas (Gn-RH), combinações estroprogestogênicas e progestogênios isolados, sendo os anticoncepcionais combinados (ACs) a primeira linha para pacientes com endometriose mínima ou leve, e o GnRH para aquelas com endometriose profunda infiltrativa (NOGUEIRA et al., 2018; SILVA et al., 2019). O mecanismo de ação do tratamento consiste em levar a paciente a um estado hormonal de hipostrogenismo, que leva a atrofia endometrial. A limitação deste tratamento é a simulação de menopausa, causando efeitos como perda de densidade mineral óssea, sintomatologia vasomotora, atrofia urogenital, diminuição da libido, depressão e alteração do lipidograma (BAHAMONTES, CAMARGOS, 2012; CARVALHO et al., 2016).

O tratamento com Danazol, um esteroide androgênico, também é muito utilizado. A desvantagem é sua grande lista de efeitos adversos, como aumento de peso, edema, acne, secura vaginal, ondas de calor, pele oleosa, hirsutismo, toxicidade hepática e atrofia mamária (BAHAMONTES, CAMARGOS, 2012). Em relação aos antiprogestágenos, a Gestrinona pode ser utilizada.

2.1.7.6. Tratamento cirúrgico e complicações

O procedimento cirúrgico, por sua vez, é uma alternativa para mulheres que possuem dor forte e não reduziu com tratamento hormonal ou aquelas que pretendem engravidar. Engloba desde métodos de menor complexidade como liberação de aderências velamentosas, cauterização de focos superficiais, até intervenções complicadas nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas. Mulheres que possuem patologias com graves manifestações e não possuem desejo de ter filhos podem realizar a cirurgia para remoção do útero (histerectomia), bem

como a retirada de um ou dois ovários e tubas uterinas (NÁCUL, SPRITZER, 2010; MENDES et al., 2013).

A cirurgia laparoscópica é feita, geralmente, sob anestesia geral e com a paciente posicionada em decúbito dorsal. Um cateter de bexiga é colocado para esvaziar a bexiga e controlar a saída de urina. O pneumoperitônio é insuflado através de uma agulha de Verres, e em seguida, quatro trocartes são colocados em posição: um de 10 mm no umbigo, para o laparoscópio de grau zero; um de 5 mm na espinha ilíaca antero-superior direita; uma linha média de 5 mm entre o umbigo e a sínfise púbica, a cerca de 8-10 cm do trocarte umbilical; e um de 5 mm na espinha ilíaca antero-superior esquerda. A pressão intra-abdominal é mantida entre 8-12 mmHg e, por fim, as cavidades abdominais são inspecionadas para presença de lesões de endometriose (KONDO et al., 2010; SERACCHIOLI et al., 2008).

Apesar da laparoscopia garantir melhores resultados em termos de qualidade de vida das pacientes, esses resultados requerem a remoção completa da doença, o que pode, muitas vezes, levar a complicações intra e pós operatórias, especialmente quando qualquer tipo de cirurgia retal deve ser feita. A incidência de complicações vai variar em relação ao grau de classificação da doença e ao tipo de cirurgia que é realizada (KONDO et al., 2010).

A taxa de complicações intra e pós operatórias é distinta, apesar de ambas dependerem da severidade da doença e da experiência do cirúrgião e do serviço. As complicações intra-operatórias acontecem mais raramente enquanto as pós operatórias são um pouco mais frequentes. Em relação aos tipo de procedimento realizados, as taxas são maiores quando há excisão de nódulos retovaginais associados à ressecção e anastomose intestinal, que irão causar as fístulas retovaginais, estenose de anastome intestinal e uso de ostomias. Outras complicações são: sangramento requerendo conversão para cirurgia aberta, lesão/fístula ureteral, lesões nervosas, perfuração vaginal/uterina, síndrome da ressecção anterior baixa (LARS), abscesso pélvico, febre não patológica, dor abdominal pós-operatória, infecção do trato urinário, dores de esvaziamento e retenção urinária (KONDO et al., 2010; PANEL et al., 2006; DUBERNARD et al., 2006).

O estudo retrospectivo realizado por Kondo et al, com uma amostra de 568 mulheres que foram submetidas à cirurgia de endometriose profunda infiltrativa, identificou uma incidência de complicações intra e pós-operatórias de,

respectivamente, 2,1% e 13,9%. No que diz respeito à revisão de De Cicco et al, onde foram analisados 34 estudos sobre ressecção intestinal por endometriose profunda, 30 resportaram complicações e a taxa geral de complicações pós-operatórias foi de 22,2%.

Já Meuleman et al analisou 49 estudos, a taxa de complicações variou de 0% a 42,9%, não sendo especificado as intra e as pós operatórias. A maioria das complicações foram relacionadas às ressecções colorretais. Chapron et al fez um estudo multicêntrico analisando 29966 laparoscopias e relatou complicações em 3 das 1894 (0,1%) cirurgias relacionadas a endometriose e em 3 de 84 (3,6%) procedimentos para tratamento de endometriose profunda infiltrativa.

É difícil precisar as incidências relacionadas aos diferentes tipos de cirurgia, já que os dados sobre complicações após excisão de endometriose superficial são muito limitados, bem como a localização das lesão, o diâmetro e nível de infiltração do nódulos. Desse modo, faz-se necessário que todos os dados da cirurgia devam ser relatados, o que facilitaria muito e permitiria metanálises que gerariam conclusões significativas sobre as habilidades e técnicas de diferentes profissionais e serviços.

2.1.8. Metodologia

2.1.8.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional, transversal e descritivo.

2.1.8.2. Local e Período de Realização

O estudo será realizado no período de agosto de 2019 a junho de 2020, nos hospitais Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos no município de Passo Fundo, RS.

2.1.8.3. População e Amostragem

A população será formada por pacientes que realizaram tratamento cirúrgico de endometriose. A amostra será composta por todas as pacientes que realizaram o procedimento em um período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. A

seleção ocorrerá por estimativa não probabilística de conveniência, formada por todas as pacientes que realizaram o procedimento nesse período no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas. Estima-se que sejam incluídas 400 pacientes.

2.1.8.4. Variáveis e Coleta de Dados

O levantamento dos dados será realizado a partir das informações registradas nos prontuários das pacientes que realizaram cirurgia por endometriose no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas de Passo Fundo. Serão coletadas e avaliadas as variáveis: idade, raça/cor, profissão, escolaridade, estado civil, local das lesões endometrióticas, classificação da endometriose, tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio, presença de complicações intraoperatórias, presença de complicações pós operatórias em até seis meses após o procedimento cirúrgico e quais foram elas.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica de acordo com a ordem cronológica dos prontuários no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com horário mediante disponibilidade, no período entre 01/11/2019 e 31/03/2020, nas salas destinadas à pesquisa, de modo a não atrapalhar o serviço. Pra isso, será disponibilizada uma senha própria para pesquisa e obtenção da lista das pacientes, que serão identificados mediante pesquisa do CID relacionado à doença, e posteriormente para a consulta dos prontuários. Os números dos prontuários serão organizados em ordem alfabética dos cirurgiões que fizeram a operação e em ordem cronológica de realização da cirurgia para cada cirurgião. Os dados serão transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice I).

2.1.8.5. Processamento, Controle de Qualidade e Análise Estatística dos Dados

Os dados serão coletados diretamente dos prontuários dos pacientes, transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice I) e digitados duplamente em uma planilha eletrônica e exportados para o programa PSPP de distribuição livre para análise descritiva e comparativa dos dados. A análise descritiva consistirá na avaliação da distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis.

2.1.8.6. Aspectos Éticos

Esta pesquisa se compromete, conforme a Resolução CNS Nº 466 de 2012 – IV.8, a não cometer discriminação na seleção das variáveis, nem a exposição a riscos desnecessários, e assegurar a privacidade e confidencialidade dos indivíduos cujos dados serão estudados. Dessa forma, o estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul e será obtido o Termo de Ciência e Concordância das Instituições.

Em atendimento a mesma Resolução 466/2012, considerando que a coleta de dados será realizada através dos prontuários dos referidos hospitais, foi elaborada a Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível nos apêndices deste projeto (apêndice III). A justificativa se dá pelos seguintes pontos: 1) em muitos casos os pacientes já trocaram de endereço e número de telefone; 2) pacientes não estão em acompanhamento; 3) pacientes podem vir a óbito; 4) muitos pacientes são procedentes de outras cidades.

Além disso, os pesquisadores apresentam o Termo de compromisso para utilização de dados de arquivo (apêndice II).

Este estudo oferece riscos quanto à privacidade e sigilo dos dados presentes nos prontuários dos pacientes atendidos nos hospitais citados. Assim há a possibilidade de exposição de informações confidenciais, cuja divulgação não é autorizada. Os riscos citados serão minimizados através da transformação dos nomes dos pacientes em números, sendo o paciente 01 identificado como P01, e assim consecutivamente. Caso ocorra qualquer vazamento de dados, o estudo será interrompido. Os dados coletados serão armazenados durante cinco anos, e após esse período, serão destruídos e apagados. Os benefícios deste estudo consistem na construção de dados epidemiológicos e de incidência sobre as complicações cirúrgicas da endometriose, bem como na sua divulgação, a fim de subsidiar informações aos profissionais de saúde acerca de sua identificação e prevenção. Para os participantes, os benefícios serão indiretos e implicarão na melhoria das ações dos profissionais de saúde para a possível identificação e manejo da complicação do procedimento cirúrgico, influenciando diretamente na qualidade do serviço oferecido à população.

2.1.10. Referências

- ABRÃO, M. S. et al. Endometriose intestinal: uma doença benigna?. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 55, n. 5, p. 611-616, 2009.
- AMARAL, P. P. et al. Aspectos Diagnósticos E Terapêuticos Da Endometriose. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 9, n. edesp, p. 532-539, 2018.
- BAHAMONDES, L.; CAMARGOS, A. F. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. **Femina**, v. 40, n. 3, 2012.
- BARBOSA, D. A. S.; DE OLIVEIRA, A. M. Endometriose e seu impacto na fertilidade na fertilidade feminina. **Saúde & Ciência em Ação – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 43-56, 2015.
- CACCIATORI, F. A.; MEDEIROS, J. P. F. Endometriose: uma revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica**, v. 13, n. 1, 2016.
- CARVALHO, M. J. et al. Endometriose: recomendações de consenso nacionais-tratamento médico. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 10, n. 3, p. 257-267, 2016.
- CHAPRON, C. et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. **Human reproduction (Oxford, England)**, v. 13, n. 4, p. 867-872, 1998.
- DE CICCIO, C. et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, n. 3, p. 285-291, 2011.
- DUBERNARD, G. et al. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. **Human Reproduction**, v. 21, n. 5, p. 1243-1247, 2006.
- DUNSELMAN, G. A. J. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. **Human reproduction**, v. 29, n. 3, p. 400-412, 2014.
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação de endometriose**. 2010. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 25/03/2019
- KAVOUSSI, S. K. et al. New paradigms in the diagnosis and management of endometriosis. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 28, n. 4, p. 267-276, 2016.
- KIESEL, L.; SOUROUNI, M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. **Climacteric**, v. 22, n. 3, p. 296-302, 2019.
- KONDO, W. et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, n. 3, p. 292-298, 2011.

- MATTA, A. Z.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 7, n. 1, p. 57-72, 2006.
- MELCHIOR, H. S.; VIVAN, R. H. F.; GUALTIEN, K. A. Endometriose: aspectos gerais e associação a infertilidade. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 34, n. 67, p. 95-106, 2019.
- MENDES, E. O. et al. Endometriose. **Rev Fac Santa Cruz**, v. 9, n. 1, p. 17-22, 2013.
- MEULEMAN, C. et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. **Human Reproduction Update**, v. 17, n. 3, p. 311-326, 2011.
- NACUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, v. 32, n. 6, p. 298-307, 2010.
- NAVARRO, P. A. A. S. et al. Treatment of endometriosis. **Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 28, n. 10, p. 612-623, 2006.
- NNOAHAM, K. E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertility and sterility**, v. 96, n. 2, p. 366-373, 2011.
- NOGUEIRA, A. C. R. et al. Tratamento da endometriose pélvica: uma revisão sistemática. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 3, n. 2, p. 38-43, 2018.
- PANEL, P. et al. Traitement coelioscopique de l'endométriase profonde. À propos de 118 cas. **Gynécologie obstétrique & fertilité**, v. 34, n. 7-8, p. 583-592, 2006.
- PASSOS, E. P. et al. Endometriose. **Revista HCPA**. Porto Alegre. V. 20, n. 2, p. 150-156, 2000.
- PASSOS, E. P. et al. **Rotinas em ginecologia**. Artmed Editora, 2017.
- PEARCE, C. L. et al. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. **The lancet oncology**, v. 13, n. 4, p. 385-394, 2012.
- RAMOS, É. L. A.; SOEIRO, V. M. S.; RIOS, C. T. F. Mulheres convivendo com endometriose: percepções sobre a doença. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 190-197, 2018.
- ROLLA, E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. **F1000Research**, v. 8, 2019.
- SERACCHIOLI, R. et al. Importance of retroperitoneal ureteric evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. **Journal of minimally invasive gynecology**, v. 15, n. 4, p. 435-439, 2008.
- SILVA, M. P. C.; DE MARQUI, A. B. T. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 413-421, 2014.

SILVA, M. Q. et al. Endometriose: uma causa da infertilidade feminina e seu tratamento. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 2, p. 46-55, 2019.

2.1.11. Apêndices

Apêndice I: Ficha de Coleta de Dados do projeto

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – CAMPUS PASSO FUNDO	
INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIASEM PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE	
Contato: luana-g-l@hotmail.com (48) 99699-9904	
Número do questionário	Nqes_ _ _
Data da coleta de dados	Data_ _/ _/ _ _ _ _
Prontuário	Pront_ _ _
CARACTERÍSTICAS DA PACIENTE	
1	Código da paciente:
2	Raça/cor: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena
3	Idade:
4	Estado Civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Separada (4) Divorciada (5) Viúva
5	Escolaridade: (1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo
6	Profissão:
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDIMENTO	
7	Local das lesões endometrióticas:
8	Classificação da doença: (1) Mínima (2) Leve (3) Moderada (4) Grave
9	Tipo de procedimento realizado:
10	Tempo de internação:
11	Tempo operatório médio:
12	Presença de complicações: (1) Sim (2) Não
13	Quais complicações estiveram presentes:

Apêndice II – Termo de compromisso para uso de dados em arquivo

TÍTULO DA PESQUISA:

**INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM
PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assumem compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Assinatura do Orientador
Prof.^a M.^a Andréia Jacobo

Assinatura do Co-orientador
Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva

Assinatura do Acadêmico
Luana de Bem Giareta

Apêndice III - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

Incidência de complicações intra e pós operatórias em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose

Esta pesquisa será desenvolvida por Luana de Bem Giareta, discente de Graduação em Medicina Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo/RS, sob orientação da Professora M.^a Andréia Jacobo e co-orientação da Professora Dr.^a Shana Ginar da Silva.

O objetivo central do estudo é identificar a incidência de complicações intra e pós operatórias em pacientes que realizaram cirurgia por endometriose em dois hospitais de referência da região.

A importância das informações coletadas se deve por possibilitar uma identificação mais precisa e melhor manejo dessas complicações.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas. Se, porventura, houver identificação do sujeito, o presente estudo será interrompido. Contudo, esse risco será minimizado, uma vez que o nome do paciente será convertido em um número de registro. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

As informações serão coletadas a partir de prontuários do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, e serão transcritas para a Ficha de coleta de dados (apêndice I). As informações retiradas serão idade, raça/cor, profissão, escolaridade, estado civil, tipo de cirurgia, local da cirurgia, tempo de internação, tempo operatório médio e presença de complicações. Essas informações serão utilizadas para descrever o perfil epidemiológico das pacientes que realizaram a cirurgia bem como verificar a incidência das complicações.

A pesquisa trará como benefício indireto a descrição do perfil epidemiológico das pacientes que realizaram a videolaparoscopia por endometriose, abordando melhor identificação, manejo e prevenção.

A pesquisa possui como risco a identificação do participante, que será

amenizado por meio da conversão do nome do paciente em um número de registro, e qualquer dado que possibilite identificação será omitido. Os dados coletados serão armazenados por 5 anos, e, após esse período, serão destruídos e apagados.

Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Devido a natureza do estudo, não será possível uma devolutiva para os participantes. No entanto, será feita uma devolutiva para o serviço em forma de artigo, de modo a gerar medidas de prevenção e manejo para a população estudada e melhorar a qualidade dos serviços analisados.

Com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, a equipe solicita a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido uma vez que se trata de pesquisa retrospectiva com uso de dados secundários contidos em prontuários. A justificativa se dá pelos seguintes pontos: 1) em muitos casos os pacientes já trocaram de endereço e número de telefone; 2) pacientes não estão em acompanhamento; 3) pacientes podem vir a óbito; 4) muitos pacientes são procedentes de outras cidades.

Passo Fundo, ___/___/_____.

Prof.^a M.^a Andréia jacobó

Pesquisadora Responsável

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O relatório tem como objetivo detalhar o projeto de pesquisa “Incidência de complicações intra e pós operatória em pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico de endometriose” a fim de elucidar como se desenvolveu o trabalho e quais alterações foram realizadas no decorrer do mesmo.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido durante o primeiro semestre de 2019, no componente curricular Pesquisa em Saúde do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, e submetido para avaliação e aprovação pelos hospitais São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos localizados em Passo Fundo. Em seguida, no dia 16/09/2019, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFFS, retornando com pendências no dia 30/09/2019. As principais pendências foram em relação aos aspectos éticos e ao período de realização do estudo. Foi submetido novamente em 14/10/2019 com as devidas correções, obtendo aprovação em 28/10/2019 (Anexo A). Em 21/01/2020 foi submetida uma emenda solicitando autorização para coletar os dados das pacientes que realizaram cirurgia por endometriose durante todo o ano de 2019, justificada pelas perdas de dados secundários que tornaram inviável atingir a amostra desejada durante o período proposto pelo estudo piloto. A emenda foi aprovada em 23/01/2020 (Anexo B).

Durante o período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, a coleta de dados foi realizada junto aos hospitais São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas. A frequência da coleta foi definida conforme disponibilidade da pesquisadora principal, que se deslocava até a biblioteca dos hospitais e, juntamente aos responsáveis pelo setor, realizava a inspeção dos prontuários a fim de identificar as pacientes que haviam sido submetidas ao procedimento cirúrgico por endometriose. Após a identificação desses prontuários, os dados foram transcritos para a ficha de coleta que continha informações referentes ao perfil sociodemográfico, características da endometriose e variáveis cirúrgicas.

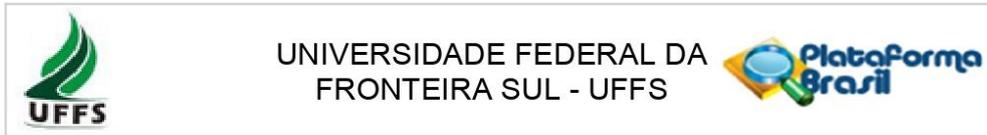
A amostra manteve-se um pouco abaixo do esperado devido às perdas decorrentes de dados secundários, mas totalizando um número final de 232 mulheres. Posteriormente, os dados foram duplamente digitados em uma planilha eletrônica no programa Excel, e foram exportados para o programa estatístico PSPP (distribuição

livre), sendo que a análise foi feita através de frequências absolutas (n) e relativas (%).

No mês de março, em comum acordo com orientador e coorientador, optou-se pela escolha da escrita do artigo nos moldes da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), que apresenta Qualis Capes B3, e cujas normas para escrita estão anexadas neste volume (Anexo C). Nos meses subsequentes, ou seja, maio, junho, julho e agosto de 2020, foi elaborado o artigo científico resultante desta pesquisa.

2.2.1. Anexos

Anexo A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE

Pesquisador: Andréia Jacobo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21780719.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

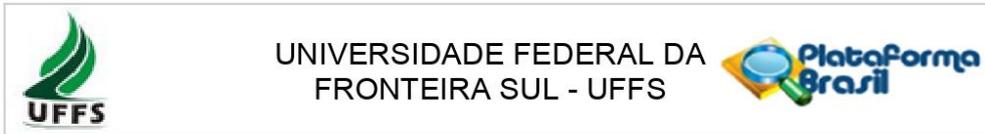
Número do Parecer: 3.664.754

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

O projeto de pesquisa pretende identificar a incidência de complicações intra e pós operatórias em paciente submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose no Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos de Passo Fundo. A partir de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo e com base na análise de prontuários eletrônicos de todas as pacientes que realizaram cirurgia em um período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, será traçada a incidência de complicações. Serão consideradas as variáveis idade, raça/cor, profissão, escolaridade, estado civil, local das lesões endometrióticas, classificação da endometriose, tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio, presença de complicações intra operatórias, presença se complicações pós operatórias – até 6 meses após o procedimento cirúrgico – e quais foram elas. Se espera encontrar um número maior de mulheres brancas, em idade reprodutiva, casadas e que tenham terminado o ensino médio. A incidência de complicações intra e pós operatórias esperada é de, respectivamente, 2 e 15%. As complicações intra operatórias mais prevalentes serão sangramento requerendo conversão para cirurgia aberta, lesão do intestino delgado e perfuração vaginal/uterina durante a colocação do manipulador uterino. Em relação às pós operatórias, serão mais incidentes: fístula reto vaginal, fístula ureteral, abscesso pélvico, febre não patológica, dor abdominal pós-operatória, infecção do trato urinário, dores de esvaziamento e retenção urinária.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

COMENTÁRIOS: adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

A incidência de complicações intra e pós operatórias será de, aproximadamente, 2% e 15%. As complicações intra operatórias mais frequentemente encontradas serão: sangramento requerendo conversão para cirurgia aberta, lesão do intestino delgado e perfuração vaginal/uterina durante a colocação do manipulador uterino. As complicações pós operatórias mais frequentemente encontradas durante os seis meses após o procedimento cirúrgico da paciente serão: fístula reto vaginal, fístula ureteral, abscesso pélvico, febre não patológica, dor abdominal pós-operatória, infecção do trato urinário, dores de esvaziamento e retenção urinária. O perfil epidemiológico será caracterizado por mulheres com idade média de 33 anos, brancas, casadas e com ensino médio completo.

COMENTÁRIOS: adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Identificar a incidência das complicações intra e pós operatórias decorrentes do tratamento cirúrgico da endometriose.

Objetivo Secundário:

Identificar as complicações intra operatórias mais comumente encontradas.

Identificar as complicações pós operatórias mais comumente encontradas durante os seis meses após o procedimento cirúrgico.

Verificar quais as características sociodemográficas predominantes nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose.

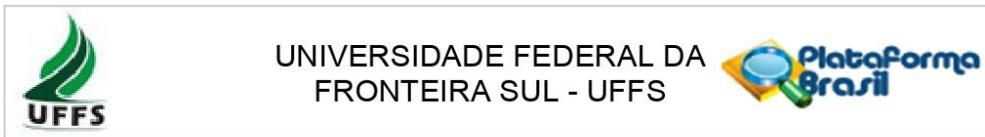
COMENTÁRIOS: adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Este estudo oferece riscos quanto à privacidade e sigilo dos dados presentes nos prontuários dos pacientes atendidos nos hospitais citados. Assim há a possibilidade de exposição de informações confidenciais, cuja divulgação não é autorizada. Os riscos citados serão minimizados através da transformação dos nomes dos pacientes em números, sendo o paciente 01 identificado como P01,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

e assim consecutivamente. Caso ocorra qualquer vazamento de dados, o estudo será interrompido.

COMENTÁRIOS: adequado

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Os benefícios deste estudo consistem na construção de dados epidemiológicos e de incidência sobre as complicações cirúrgicas da endometriose, bem como na sua divulgação, a fim de subsidiar informações aos profissionais de saúde acerca de sua identificação e prevenção. Para os participantes, os benefícios serão indiretos e implicarão na melhoria das ações dos profissionais de saúde para a possível identificação e manejo da

complicação do procedimento cirúrgico, influenciando diretamente na qualidade do serviço oferecido à população.

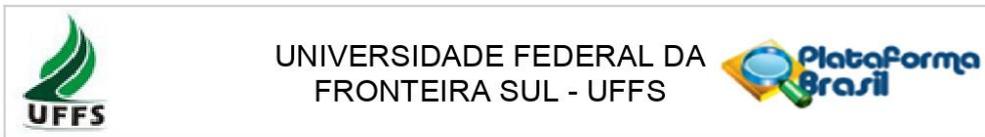
COMENTÁRIOS: adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo observacional, transversal e descritivo. O estudo será realizado no período de agosto de 2019 a junho de 2020, nos hospitais Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos no município de Passo Fundo, RS. A população será formada por pacientes que realizaram tratamento cirúrgico de endometriose. A amostra será composta por todas as pacientes que realizaram o procedimento em um período de 1 de janeiro de 2016 a trinta 31 de dezembro de 2018. A seleção ocorrerá por estimativa não probabilística de conveniência, formada por todas as pacientes que realizaram o procedimento nesse período no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas. Estima-se que sejam incluídas 400 pacientes. O levantamento dos dados será realizado a partir das informações registradas nos prontuários das pacientes que realizaram cirurgia por endometriose no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas de Passo Fundo. Serão coletadas e avaliadas as variáveis: idade, raça/cor, profissão, escolaridade, estado civil, local das lesões endometrióticas, classificação da endometriose, tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio, presença de complicações intraoperatórias, presença de complicações pós operatórias em até seis meses após o procedimento cirúrgico e quais foram elas. A coleta de dados será realizada pela acadêmica de acordo com a ordem cronológica dos prontuários no Hospital São Vicente de Paulo e no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com horário mediante disponibilidade, no período entre 01/10/2019

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão coletados diretamente dos prontuários dos pacientes, transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice I) e digitados duplamente em uma planilha eletrônica e exportados para o programa PSPP de distribuição livre para análise descritiva e comparativa dos dados. A análise descritiva consistirá na avaliação da distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis.

COMENTÁRIOS: adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Incidência das complicações intra e pós operatórias decorrentes do tratamento cirúrgico da endometriose.

COMENTÁRIOS: adequado

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 01/11/2019 31/03/2020

COMENTÁRIOS: adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

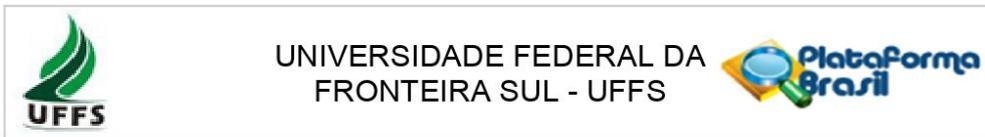
FOLHA DE ROSTO:

Comentários: adequada

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido (para maiores de 18 anos), e/ou Termo de assentimento (para menores de 18 anos), e/ou Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis:

Comentários: Justificou dispensa de TCLE

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

e 20/04/2020, nas salas destinadas à pesquisa, de modo a não atrapalhar o serviço. Pra isso, será disponibilizada uma senha própria para pesquisa e obtenção da lista das pacientes, que serão identificados mediante pesquisa do CID relacionado à doença, e posteriormente para a consulta dos prontuários. Os números dos prontuários serão organizados em ordem alfabética dos cirurgiões que fizeram a operação e em ordem cronológica de realização da cirurgia para cada cirurgião. Os dados serão transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice I).

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

Esta pesquisa se compromete, conforme a Resolução CNS Nº 466 de 2012 – IV.8, a não cometer discriminação na seleção das variáveis, nem a exposição a riscos desnecessários, e assegurar a privacidade e confidencialidade dos indivíduos cujos dados serão estudados. Dessa forma, o estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul e será obtido o Termo de Ciência e Concordância das Instituições. Em atendimento a mesma Resolução 466/2012, considerando que a coleta de dados será realizada através dos prontuários dos referidos hospitais, foi elaborada a Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível nos apêndices deste projeto (apêndice III). A justificativa se dá pelos seguintes pontos: 1) em muitos casos os pacientes já trocaram de endereço e número de telefone; 2) pacientes não estão em acompanhamento; 3) pacientes podem vir a óbito; 4) muitos pacientes são procedentes de outras cidades. Além disso, os pesquisadores apresentam o Termo de compromisso para utilização de dados de arquivo (apêndice II). Os resultados obtidos do presente estudo não serão devolvidos aos participantes. Entretanto, serão devolvidos aos hospitais em que será realizada a coleta, em forma de artigo, a fim de qualificar ainda mais o serviço prestado.

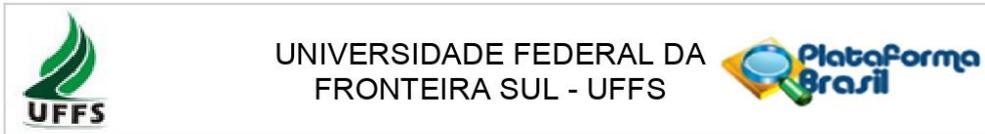
COMENTÁRIOS: adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Todas as pacientes que realizaram procedimento cirúrgico por endometriose em um período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2018.

COMENTÁRIOS: adequado

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS:

Comentários: adequadas

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários):

COMENTÁRIOS: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as alterações solicitadas pelo CEP foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

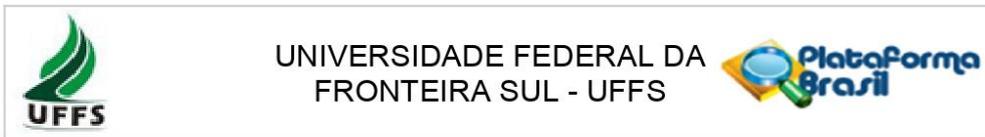
Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-899
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.664.754

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;
 Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;
 Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.
 Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435058.pdf	14/10/2019 22:48:58		Aceito
Outros	Cartadependencias.doc	14/10/2019 22:42:24	Andréia Jacobo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCPROJETOFINAL.docx	14/10/2019 22:39:01	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TermoHSVP.pdf	14/10/2019 22:33:16	Andréia Jacobo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoprojeto.pdf	14/10/2019 22:27:25	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TERMOHC.pdf	16/09/2019 21:11:09	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TCUD.pdf	16/09/2019 20:57:06	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPT.pdf	16/09/2019 20:51:00	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	fichacoletadedados.docx	16/09/2019 20:42:41	Andréia Jacobo	Aceito

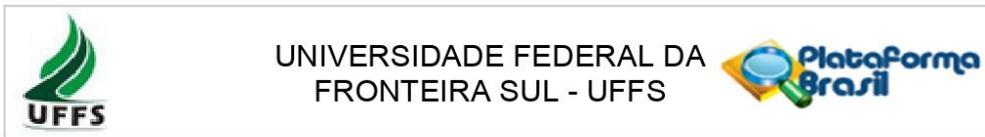
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



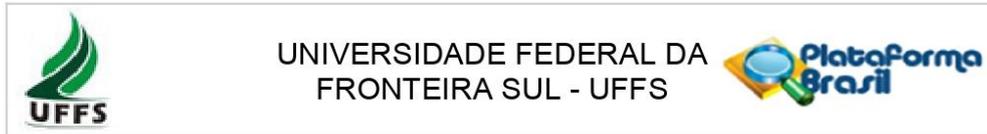
Continuação do Parecer: 3.664.754

CHAPECO, 28 de Outubro de 2019

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

Anexo B – Parecer de aprovação da emenda pelo Comitê de Ética em Pesquisa - UFFS



Continuação do Parecer: 3.807.081

Os riscos citados serão minimizados através da transformação dos nomes dos pacientes em números, sendo o paciente 01 identificado como P01, e assim consecutivamente. Caso ocorra qualquer vazamento de dados, o estudo será interrompido.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo consistem na construção de dados epidemiológicos e de incidência sobre as complicações cirúrgicas da endometriose, bem como na sua divulgação, a fim de subsidiar informações aos profissionais de saúde acerca de sua identificação e prevenção. Para os participantes, os benefícios serão indiretos e implicarão na melhoria das ações dos profissionais de saúde para a possível identificação e manejo da complicação do procedimento cirúrgico, influenciando diretamente na qualidade do serviço oferecido à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Declaro necessário o aumento do período de coleta de dados devido às inúmeras perdas sofridas até o momento pelo preenchimento indevido de prontuários, tornando inviável atingir a amostra desejada. Dessa forma, solicito a autorização para coletar os dados das pacientes que realizaram cirurgia por endometriose no ano de 2019 a fim de aumentar o n da pesquisa.

COMENTÁRIOS:

A justificativa está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foram alterados

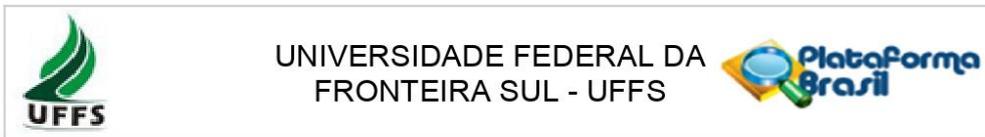
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.807.081

Os riscos citados serão minimizados através da transformação dos nomes dos pacientes em números, sendo o paciente 01 identificado como P01, e assim consecutivamente. Caso ocorra qualquer vazamento de dados, o estudo será interrompido.

Benefícios:

Os benefícios deste estudo consistem na construção de dados epidemiológicos e de incidência sobre as complicações cirúrgicas da endometriose, bem como na sua divulgação, a fim de subsidiar informações aos profissionais de saúde acerca de sua identificação e prevenção. Para os participantes, os benefícios serão indiretos e implicarão na melhoria das ações dos profissionais de saúde para a possível identificação e manejo da complicação do procedimento cirúrgico, influenciando diretamente na qualidade do serviço oferecido à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa da Emenda:

Declaro necessário o aumento do período de coleta de dados devido às inúmeras perdas sofridas até o momento pelo preenchimento indevido de prontuários, tornando inviável atingir a amostra desejada. Dessa forma, solicito a autorização para coletar os dados das pacientes que realizaram cirurgia por endometriose no ano de 2019 a fim de aumentar o n da pesquisa.

COMENTÁRIOS:

A justificativa está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foram alterados

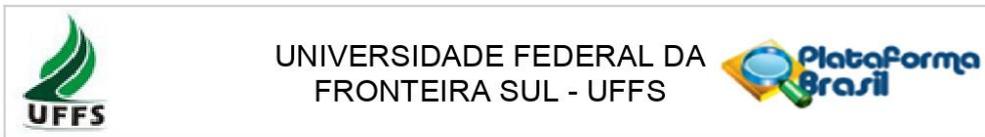
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.807.081

A emenda está aprovada.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

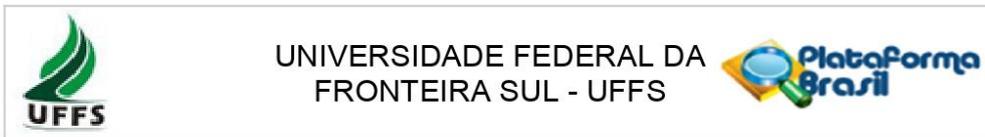
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1500581_E1.pdf	21/01/2020 17:29:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	TCCPROJETOFINAL.docx	21/01/2020 17:23:39	Andréia Jacobo	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.807.081

Investigador	TCCPROJETOFINAL.docx	21/01/2020 17:23:39	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	Cartadependencias.doc	14/10/2019 22:42:24	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TermoHSVP.pdf	14/10/2019 22:33:16	Andréia Jacobo	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoprojeto.pdf	14/10/2019 22:27:25	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TERMOHC.pdf	16/09/2019 21:11:09	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	TCUD.pdf	16/09/2019 20:57:06	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPT.pdf	16/09/2019 20:51:00	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	fichacoletadedados.docx	16/09/2019 20:42:41	Andréia Jacobo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 23 de Janeiro de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

Anexo C – Normas para submissão na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO)



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DEMGINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

PRESIDÊNCIA

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421- sala 903-São Paulo-SP-Brasil- 01401-001-Fone: 55 (11) 5573.4919

SECRETARIA EXECUTIVA

Av. das Américas, 8445- sala 711-Rio de Janeiro-RJ-Brasil- 22793-081-Fone: 55 (21) 2487.6336

www.febrasgo.org.br

Sobre nós

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Fontes de indexação

- Isi - Web of Science - Web of Knowledge (Emerging)
- Scopus - Sci Verse
- SciELO - Scientific Eletronic Library on-line
- Lilacs - Literatura Latina-Americana em Ciências da Saúde
- SCImago - SCImago Journal & Country Rank
- PubMed Central/ Medline

Preparando um manuscrito para submissão

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.

Título

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

Resumo

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

de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

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

- **Objetivo:** O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.
- **Métodos:** Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.
- **Resultados:** O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.
- **Conclusão:** O que foi concluído; a resposta para a questão formulada

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. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema.

Resultados

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

Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

Discussão

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

Conclusão

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

Referências

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

por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o **Vancouver**.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Título do artigo:

**INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM
MULHERES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
ENDOMETRIOSE**

Title:

**INCIDENCE OF INTRA AND POST-OPERATIVE COMPLICATIONS IN WOMEN
SUBMITTED OR SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS**

Luana de Bem Giareta¹

Shana Ginar da Silva²

Andréia Jacobo³

¹ Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

² Docente do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, SC.

³ Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, e da Universidade de Passo Fundo. Preceptora da Residência Médica de Ginecologia do Hospital São Vicente de Paulo/Universidade Federal da Fronteira Sul.

Autor correspondente Luana de Bem Giareta, Rua Coronel Chicuta, 35, apto 105, Centro, CEP 99010-050, Passo Fundo, RS, Brasil (e-mail: luana.giareta@gmail.com)

RESUMO

Objetivo: avaliar a incidência de complicações intra e pós operatórias em pacientes que realizaram cirurgia para tratamento de endometriose. **Método:** estudo descritivo e observacional, de base hospitalar, baseado na análise de 284 prontuários médicos, realizado entre novembro de 2019 e março de 2020 junto aos setores de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital de Clínicas (HC), ambos em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Foram incluídas todas as pacientes que realizaram cirurgia devido à endometriose entre 01 janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2019. Variáveis analisadas: idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação, classificação da endometriose, local das lesões endometrióticas, tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio e presença de complicação intra ou pós operatória. **Resultados:** dos 284 prontuários analisados, 232 foram incluídos no estudo. Observou-se um padrão de mulheres brancas, casadas, com idade entre 25 e 35 anos e escolaridade superior a 12 anos de estudo. Predominou a endometriose infiltrativa profunda, sendo os ligamentos úterossacos mais afetados juntamente com a presença de aderências pélvicas. A videolaparoscopia para lise de aderências, cauterização e ressecção de focos e lesões foi o procedimento mais realizado. O tempo de internação foi de 1 dia para 66% das pacientes e o tempo cirúrgico foi de 2h ou mais para 45% da amostra. A principal complicação intra operatória foi conversão para laparotomia por sangramento. As principais complicações pós operatórias foram infecções de ferida operatória, febre, retenção urinária, abscesso intra-abdominal, coleção periretal e fístula retovaginal. **Conclusão:** a ocorrência de complicações intra e pós operatórias incidiu com taxas de 2,3% e 7,7%, respectivamente. A complicação intra operatória mais frequente foi conversão para laparotomia devido à sangramento e a pós operatória foi a infecção de ferida operatória. A endometriose foi mais frequente em mulheres jovens em idade fértil, brancas, casadas e escolarizadas.

Palavras-chave: Endometriose, Laparoscopia, Complicações Pós-Operatórias, Complicações Intraoperatórias, Ginecologia

ABSTRACT

Objective: Evaluate the incidence of intra and postoperative complications in patients who went under surgery to treat endometriosis. **Method:** a hospital-based, descriptive and observational study, based on the analysis of 284 medical records, carried out between November 2019 and March 2020 at the Gynecology and Obstetrics sectors of Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) and Hospital de Clínicas (HC), both in Passo Fundo, Rio Grande do Sul. All patients who underwent surgery for endometriosis between 01 January 2016 to 31 December 2019 were included. Variables analyzed: age, skin color, marital status, education, occupation, classification of endometriosis, location of endometriotic lesions, type of procedure performed, length of stay, average operative time and presence of intra or postoperative complications. **Results:** of the 284 records analyzed, 232 were included in the study. There was a pattern of white, married women, aged between 25 and 35 years and with an education level greater than 12 years of study. Deep infiltrative endometriosis predominated, with the uterosacral ligaments most affected along with the presence of pelvic adhesions. Videolaparoscopy for lysis of adhesions, cauterization and resection of foci and injuries was the most performed procedure. The length of stay was 1 day for 66% of the patients and the surgical time was 2 hours or more for 45% of the sample. The main intraoperative complication was conversion to bleeding laparotomy. The main postoperative complications were wound infections, fever, urinary retention, intra-abdominal abscess, perirectal collection and rectovaginal fistula. **Conclusion:** the occurrence of intra and postoperative complications occurred with rates of 2.3% and 7.7%, respectively. The most frequent intraoperative complication was conversion to laparotomy because to bleeding and the postoperative was infection of the surgical wound. Endometriosis was more common in young women of childbearing age, white, married and educated.

Keywords: Endometriosis, Laparoscopy, Postoperative Complications, Intraoperative Complications, Gynecology

INTRODUÇÃO

Caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, a endometriose é a segunda doença ginecológica mais comum que acomete mulheres em idade reprodutiva. Estima-se que essa patologia/enfermidade afete aproximadamente 15% da população feminina e 50% daquelas que apresentam dor pélvica ou infertilidade. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 7 milhões de mulheres são afetadas pela doença. A causa da endometriose ainda não está totalmente elucidada na literatura, no entanto as principais teorias giram em torno da menstruação retrógrada (teoria de Sampson's), metaplasia celômica ou disseminação linfática.¹⁻⁶ Alguns autores ainda incluem fatores genéticos, hormonais e ambientais como parte da fisiopatologia da endometriose.⁷

A classificação de uma doença deve permitir uma correlação de desfechos importantes como tratamento, prognóstico e seguimento e os estágios desta doença. Atualmente, a classificação mais usada para caracterizar a endometriose é a sugerida pela American Society for Reproductive Medicine (ASRM), antiga American Fertility Society (AFS)⁸. Com base nessa classificação, a doença é descrita a partir da dimensão, aparência e profundidade dos implantes, presença de aderências e bloqueio do fundo de saco de Douglas. A partir dessa avaliação, a paciente receberá uma pontuação que irá indicar o estágio da doença, ou seja, mínima, leve, moderada ou severa.⁸⁻¹⁰ Outros autores descrevem a endometriose em relação às suas características morfológicas. Essa classificação é bastante difundida e divide a endometriose em três tipos: peritoneal, com implantes na superfície peritoneal; ovariana, com presença de endometriomas e; profunda, quando há implantes com pelo menos 5mm de profundidade e hiperplasia muscular abaixo do peritônio.¹¹

A endometriose pode estar presente em múltiplos locais na pelve, incluindo útero (adenomiose), ovários, peritônio pélvico, bexiga, ureter, reto, cólon, ligamentos uterossacros, septo retovaginal, parede vaginal, fundo de saco de Douglas e outros. Mais raramente, pulmões, fígado, pâncreas e cicatrizes operatórias também podem ser locais de implantes endometrióticos.¹²

Em relação a sintomatologia da endometriose, observa-se que algumas mulheres podem não apresentar sintomas, todavia, 60 a 70% delas apresentarão manifestações clínicas como dismenorreia, dispareunia, sintomas urinários e intestinais ou mesmo infertilidade, mostrando que a doença pode ser bastante comprometedor para o seu cotidiano, tendo em vista que trata-se de uma condição crônica e

progressiva.¹³ Quadros mais graves podem levar à redução da produtividade e ao isolamento social da mulher, causando morbidade física e emocional.⁹

Embora alguns marcadores bioquímicos e exames de imagem possam ser usados com alto grau de confiabilidade, o diagnóstico definitivo da endometriose é feito por meio de intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, procedimento que consiste na inserção de uma câmera na cavidade abdominal através de pequenas incisões infra umbilicais. Após a inspeção da cavidade, é retirada a lesão e enviada para avaliação anatomopatológica.^{7,14} Constatada a presença de lesões endometrióticas, o tratamento é escolhido visando reduzir os sintomas e retirar as lesões que possam estar afetando a função de outros órgãos ou interferindo na qualidade de vida da mulher. A escolha deverá levar em consideração os sintomas, a idade e o desejo reprodutivo da paciente.

O tratamento clínico está indicado para as pacientes que não tem intenção em ter filhos (ou já estão com prole constituída) ou não apresentam complicações decorrentes da doença como suboclusão intestinal, ureteral, endometriomas volumosos maiores de 6 cm e doença de apêndice cecal.⁸

O tratamento cirúrgico laparoscópico, por sua vez, é alternativa para mulheres que possuem dor forte e que não tenha reduzido com o tratamento clínico, ou para aquelas que pretendem engravidar. Ele visa, portanto, a remoção de toda a doença possível tentando preservar a funcionalidade dos órgãos e a fertilidade quando desejada, com redução da dor e consequente melhora na qualidade de vida.^{15,16,17} Compreende procedimentos de baixa complexidade, como cauterização de focos superficiais e lise de aderências, até intervenções complexas em fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres. Em alguns casos, exigindo equipe multidisciplinar.⁷ Apesar da laparoscopia garantir melhores resultados em termos de qualidade de vida das pacientes, esse procedimento cirúrgico, assim como qualquer outro, pode levar a potenciais complicações, como lesões acidentais de alça intestinal e ureter, fístulas vaginais e ureterais, sangramentos e infecções.^{15,17} A avaliação das técnicas cirúrgicas e resultados obtidos visam diminuir a ocorrência de tais complicações.

Frente ao exposto, conhecer o perfil das pacientes acompanhadas no presente estudo, bem como as características de suas lesões e os desfechos alcançados com o tratamento cirúrgico é essencial para conhecermos se tais resultados se equiparam aos encontrados em outros serviços do mundo e traçar propostas de aprimoramento do serviço. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é avaliar a ocorrência de complicações intra e pós operatórias

relacionadas aos procedimentos cirúrgicos de endometriose e também as variáveis relacionadas, como a classificação da doença e as condições cirúrgicas. O perfil demográfico das pacientes submetidas ao tratamento também foi avaliado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e observacional, de base hospitalar, baseado na análise de prontuários médicos. O estudo foi realizado no período de novembro de 2019 a março de 2020 junto aos setores de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas, ambos localizados na cidade de Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul.

Foram consideradas elegíveis mulheres que se submeteram ao procedimento cirúrgico para o tratamento da endometriose no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019. A busca dos prontuários se deu a partir da pesquisa do CID relacionado à doença (N80, N80.1-N80.9). Foram excluídas do estudo aquelas pacientes que não possuíam evolução cirúrgica em seu prontuário ou que durante a inspeção da cavidade não apresentaram indícios de endometriose. A não classificação do local da lesão, CID preenchido erroneamente e realização de histerectomia – pelo fato de existirem complicações inerentes a este procedimento, não sendo o foco do presente trabalho – também foram razões de exclusão.

Conforme disponibilidade de horário, a pesquisadora principal se deslocava até a biblioteca dos hospitais São Vicente de Paulo e Hospital de Clínicas e, juntamente aos responsáveis pelo setor, realizava a inspeção dos prontuários com intuito de identificar as pacientes que realizaram cirurgia de endometriose. Após a identificação dos prontuários, os dados foram coletados e transcritos para uma ficha de coleta de dados contendo blocos de informações sobre características sociodemográficas (idade, cor da pele, estado civil, escolaridade e ocupação) e variáveis sobre a classificação da endometriose, o local das lesões endometrióticas, o tipo de procedimento realizado, tempo de internação, tempo operatório médio e presença de complicação intra ou pós operatória (até seis meses após o procedimento cirúrgico). Em caso de ocorrência de complicações, foram coletadas também quais as principais complicações descritas no prontuário.

Neste estudo a endometriose foi classificada, através da inspeção visual cirúrgica, em superficial, ovariana e profunda. Embora inegavelmente o diagnóstico de certeza da doença se dê através da análise histopatológica, o seu aspecto visual sugestivo, quando comparado ao

diagnóstico histológico, apresenta sensibilidade entre 94% e 97% e especificidade de 77 a 85%, reforçando altos parâmetros de validade.¹¹

Para o processamento e análise dos dados, as informações foram digitadas duplamente em uma planilha eletrônica no programa Excel. Posteriormente, o banco foi exportado para o programa estatístico PSPP (distribuição livre). Na análise dos dados empregou-se a estatística descritiva com análise de frequências absolutas (n) e relativas (%). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul sob o número de parecer 3.664.754.

RESULTADOS

No total, 284 prontuários foram identificados. Dentre esses, 52 foram excluídos, devido, principalmente, à: ausência de evolução cirúrgica; inexistência de focos de endometriose durante a inspeção cirúrgica da cavidade; não especificação do local da lesão; CID classificado erroneamente e; realização de histerectomia.

O tamanho da amostra desse estudo consistiu em 232 mulheres que foram submetidas a intervenção cirúrgica para o tratamento de endometriose. Dessas, 180 foram atendidas no Hospital São Vicente de Paulo e 52 no Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS. Em relação as características sociodemográficas, as mulheres apresentaram faixa etária predominante entre 25 e 35 anos (53,5%), cor da pele branca (95,2%), maior parte casadas (69,3%), com 12 anos completos ou mais de escolaridade (71,4%) e assalariadas (70,0%). (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra e hospital de coleta dos procedimentos. Passo Fundo, RS. 2019 (n=232).

	n	%
Idade (anos)		
< 25	9	3,9
25-35	124	53,5
> 35	99	42,7
Cor da pele		
Branca	219	95,2
Parda	11	4,8
Estado civil		
Casada	160	69,3
Solteira/divorciada/separada	71	30,7
Escolaridade (anos completos)		
< 12	62	28,6
12 ou mais	155	71,4
Ocupação		
Assalariada	147	70,0

Não assalariada	12	5,7
Autônoma	51	24,3
Hospital		
HSVP	180	77,6
HC	52	22,4

HSVP: Hospital São Vicente de Paulo HC: Hospital de clínicas de Passo Fundo, RS.

Em relação à classificação da doença, a maioria das pacientes (44,8%) foram consideradas como portadora de endometriose profunda. O tempo de internação foi de 1 dia para 66% das pacientes. Quanto ao tempo de cirurgia, 45% da amostra ficou 2h ou mais no centro cirúrgico. No que diz respeito à quantidade de lesões, a maioria das pacientes apresentaram doença multifocal e realizaram 1 procedimento. (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação da doença, tempo de internação hospitalar e variáveis cirúrgicas da amostra estudada. Passo Fundo, RS. 2019 (n=232).

	n	%
Classificação da endometriose		
Ovariana	95	41,0
Peritoneal	33	14,2
Profunda	104	44,8
Tempo de internação hospitalar (dias)		
0	9	3,9
1	153	66,0
2	37	16,0
3 ou mais	33	14,2
Tempo de cirurgia (horas)		
< 1h30	41	17,8
1h30 – 2h	86	37,2
2h ou mais	104	45,0
Quantidade de lesões endometrióticas		
1	64	27,6
2	39	16,8
3	54	23,3
4 ou mais	75	32,3
Quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados por paciente		
1	143	61,6
2	58	25,0
3 ou mais	31	13,4
Presença de complicações intra e pós operatórias		
Sim	13	5,6
Não	219	94,4

Sobre os sítios endometrióticos, foram encontrados mais de 40 locais. Entretanto, as aderências pélvicas foram as mais frequentemente encontradas (17,8%), seguidas por focos em

ligamentos úterossacos (11,9%), ovários (10,9%), tórus uterino (10,4%), escavação vesicouterina (7,7%) e reto (4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Locais mais frequentes de lesões em mulheres que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento de endometriose. Passo Fundo. (n=704)

	n	%
Aderências pélvicas	125	17,8
Ligamentos úterossacos	84	11,9
Ligamento úterossacro E	43	6,1
Ligamento úterossacro D	41	5,8
Ovários	77	10,9
Ovário E	42	5,9
Ovário D	35	5,0
Fossas ováricas	74	10,5
Fossa ovárica E	38	5,4
Fossa ovárica D	36	5,1
Tórus uterino	73	10,4
Escavação vesicouterina	54	7,7
Reto	28	4,0

Em virtude do caráter multifocal das lesões, ou seja, uma paciente pode apresentar mais de uma lesão, justifica-se o “n” dessa tabela ser superior ao tamanho de amostra incluído no estudo.

O principal procedimento realizado foi a videolaparoscopia para lise de aderências, cauterização de focos e ressecção de lesões, feito em 57,7% das pacientes. Outros procedimentos realizados foram a ooforoplastia (11,3%), a retossigmoidectomia (7,8%) e a ooforectomia (6,7%) (Tabela 4).

Tabela 4. Principais procedimentos cirúrgicos em mulheres submetidas a tratamento para endometriose. Passo Fundo. (n=371).

	n	%
Laparoscopia para lise de aderências, cauterização de focos e ressecção de lesões	214	57,7
Ooforoplastia	42	11,3
Unilateral	33	8,9
Bilateral	9	2,4
Retossigmoidectomia	29	7,8
Ooforectomia	25	6,7
Unilateral	15	4,0
Bilateral	10	2,7

Algumas pacientes realizaram mais de um procedimento cirúrgico por intervenção cirúrgica, dessa forma, justifica-se o “n” dessa tabela ser superior ao tamanho de amostra incluído no estudo.

Ainda em relação às variáveis cirúrgicas, apenas 5,6% apresentaram complicações. Dessas, 2,3% se deram no intra operatório e 7,7% foram pós operatórias. Entre as complicações intra operatórias, foram realizadas duas conversões para laparotomia por sangramento. Quanto às complicações pós operatórias, três pacientes tiveram infecção de ferida operatória, duas tiveram febre não patológica, duas tiveram retenção urinária, uma teve abscesso intra-abdominal, uma teve coleção periretal e uma teve fístula retovaginal.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a incidência de complicações intra e pós-operatórias, assim como as características sociodemográficas, de mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para endometriose. Em relação ao perfil sociodemográfico, observou-se um padrão de mulheres brancas, casadas, com idade entre 25 e 35 anos e com escolaridade superior a 12 anos de estudo. A grande maioria das pacientes apresentou endometriose infiltrativa profunda, sendo os ligamentos úterossacos o local mais afetado juntamente com a presença de aderências pélvicas. A videolaparoscopia para lise de aderências, cauterização e ressecção de focos e lesões foi o procedimento mais realizado. Neste estudo, a principal complicação intra operatória foi conversão para laparotomia por sangramento. Já as complicações pós operatórias, constaram as infecções de ferida operatória, febre, retenção urinária, abscesso intra-abdominal, coleção periretal e fístula retovaginal.

Por ser uma doença estrogênio dependente, tanto a excisão laparoscópica da endometriose como a laparotômica possuem taxas de recorrência. No entanto, a laparoscopia oferece menor persistência da lesão, além de oferecer alívio da dor a longo prazo para a maioria das mulheres. O conhecimento desses dados permite uma reflexão sobre os riscos associado ao pós operatório e a morbidade desse tipo de cirurgia, visto que representa uma das principais afecções ginecológicas benignas.

No que se refere a faixa etária, identificou-se um predomínio de mulheres na faixa de idade entre 25 e 35 anos. Um estudo retrospectivo realizado em Belo Horizonte com 98 pacientes submetidas a videolaparoscopia no ano de 2002 a 2009 demonstrou um domínio de idade entre 30 e 39 anos.¹⁶ Ao compararmos os dois resultados, estes podem ser avaliados de duas maneiras: em relação à divergência de idade, esta pode ser explicada pelos avanços diagnósticos que se tem tido atualmente, ou seja, houve uma redução no tempo de diagnóstico

(em anos) da doença; no entanto, se pensarmos a longo prazo, o resultado encontrado corrobora com as hipóteses iniciais do presente trabalho, considerando que trata-se de uma doença estrogênio dependente, a endometriose ocorre predominantemente no período reprodutivo da mulher.

Em relação às demais variáveis sociodemográficas observou-se uma predominância de mulheres brancas e escolarizadas. A literatura tem demonstrado um perfil demográfico e econômico similar.^{18,19} No entanto, cabe refletir se isso pode ser resultado de um “viés” diagnóstico, ou seja, mulheres de maior renda e escolaridade possuem maior acesso aos serviços de saúde e maior conhecimento. Em consequência disso, costumam dar mais atenção à dor pélvica ou infertilidade, levando a maior admissão desse público para procedimentos cirúrgicos.²⁰ No que diz respeito ao estado civil, aproximadamente 70% da nossa amostra era casada ou estava em união estável. Dados semelhantes puderam ser vistos na literatura.^{19,21} Isto também pode decorrer pelo viés de maior acesso a cuidados médicos por preocupação com a saúde conjugal em se tratando de infertilidade.

Durante o procedimento cirúrgico foram avaliadas a presença de lesões superficiais, endometriomas ovarianos e endometriose infiltrativa profunda. Encontramos aproximadamente 45% de nossas pacientes com doença infiltrativa profunda. Uma razão para esse achado é que a endometriose infiltrativa profunda penetra mais de 5 mm sob a superfície peritoneal e está fortemente associada a sintomas mais graves. Em consequência disso, o tratamento cirúrgico é sempre o mais indicado e necessário nessas pacientes. Nenhum estudo abordou especificamente essa variável. Isso pode ser justificado pelo fato de que muitos estudos, antes do procedimento cirúrgico, já tinham o diagnóstico prévio de endometriose infiltrativa profunda através de exames de imagem.

O tempo de cirurgia foi de 2h ou mais para 45% das nossas pacientes. Encontramos estudos que mostram resultados semelhantes. Slack et al conduziu um estudo com 128 mulheres com endometriose retovaginal submetidas a cirurgia laparoscópica, em um período de maio de 1999 a setembro de 2006, tendo como desfecho um tempo médio operatório de 106 minutos.²² Já Kondo et al observou, entre janeiro de 1987 e dezembro de 2007, 568 mulheres foram submetidas a tratamento cirúrgico por endometriose e que, por sua vez, permaneceram no bloco cirúrgico por um tempo médio de 155 minutos.¹⁵ Quanto ao tempo de internação, os serviços analisados no presente estudo mostraram um tempo menor que a literatura.^{15,23}

Os dados sugerem que as lesões são multifocais na grande maioria das pacientes e essa observação está de acordo com os resultados recentemente relatados. Redwine e Wright, em 2001, apresentaram em seu estudo com 84 pacientes um número médio de 5,7 lesões.²⁴ Em relação a distribuição anatômica, os ligamentos úterossacros foram os mais frequentemente afetados, seguidos pelos ovários e fossas ováricas. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo francês realizado com 1101 pacientes conduzido de janeiro de 1989 a junho de 2009. No que diz respeito à lateralidade das lesões, o lado esquerdo foi o mais afetado. Algumas mulheres desenvolvem aderências pélvicas extensas que limitam a mobilidade e a visualização dos órgãos pélvicos. Neste estudo, essas aderências estiveram presentes em 53,8% das pacientes, corroborando com o estudo citado acima, onde a presença de aderências foi descrita em 54,5% dos casos.²⁵

A excisão completa laparoscópica da endometriose oferece alívio da dor a longo prazo na maioria das mulheres e resulta em uma baixa taxa de doença recorrente. Nesta série, em específico, grande parte de amostra realizou a lise de aderências, a cauterização de focos e a ressecção de lesões, legitimando a prevalência de aderências e lesões ligamentares. O segundo procedimento mais realizado foi a ooforoplastia, seguida pela retossigmoidectomia e pela ooforectomia. Muitas dessas cirurgias são realizadas com equipes multidisciplinares, tendo um cirurgião colorretal ou urológico auxiliando sempre que necessário.

A taxa geral de complicações intra operatórias foi de 2,3%. As principais são muitas vezes relacionadas aos métodos utilizados para a colocação de trocarteres (por exemplo nas manobras sem a visualização direta do operador) e para a criação do pneumoperitônio necessários para a laparoscopia. Esses riscos incluem lesões vasculares, lesões no trato urinário e lesões intestinais. Os riscos de perda de sangue são relativamente baixos para grande parte dos procedimentos laparoscópicos, no entanto, uma perda de sangue potencialmente maciça pode ocorrer e se complicar pelo fato de que o controle da perda de sangue pode ser atrasado pelo tempo necessário para realizar a laparotomia de emergência.²⁶ No presente estudo, ocorreram 2 conversões para laparotomia devido à sangramento, ambos por comprometimento de estruturas vasculares, sendo que apenas uma das pacientes necessitou de transfusão sanguínea. Na literatura, a taxa de complicações intra operatórias varia de 2,1% e 5,4%, correspondendo aos achados do nosso estudo.^{15,26}

As complicações pós operatórias, por sua vez, são muito mais relatadas. Encontrou-se uma taxa de complicação de 7,7%. A mais frequente foi a infecção de ferida operatória, que é

menos comum na laparoscopia, mas seu reconhecimento imediato é importante para evitar aumento da morbidade.²⁶ Duas pacientes apresentaram febre e duas apresentaram retenção urinária. Uma paciente apresentou abscesso intra-abdominal, sendo necessário nova intervenção cirúrgica para drenagem. Uma paciente apresentou coleção periretal e uma apresentou fístula retovaginal. A literatura traz taxas de complicações pós operatórias entre 9,2% e 23,7%, sendo as mais relatadas as fístulas, abscessos, infecções e febre, corroborando com os resultados aqui apresentados.^{15,16,23,27}

Este estudo apresenta como limitação o caráter retrospectivo juntamente com informações proveniente de dados secundários, que colaboraram para que houvesse uma quantidade significativa de perdas em relação à amostra. Como ponto positivo, trata-se do primeiro estudo sobre o tema na área de cirurgia ginecológica na região Norte do Rio Grande do Sul que se dispôs a incluir tamanha amostra em um período de avaliação de três anos. Além disso, engloba dois hospitais que possuem grande representatividade, cobrindo todos os 62 municípios pertencentes a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde.

CONCLUSÃO

A ocorrência de complicações intra e pós operatórias no presente estudo foram raras, incidindo com taxas de 2,3% e 7,7%, respectivamente. A complicação intra operatória mais frequente foi conversão para laparotomia devido à sangramento. Já as complicações pós operatórias, a que mais apareceu foi a infecção de ferida operatória, seguida pela febre e retenção urinária. Em relação ao perfil demográfico, a endometriose acomete mulheres jovens em idade fértil, brancas, casadas e escolarizadas.

Isso significa que apesar de o tratamento laparoscópico da endometriose ser uma técnica segura, ela é exigente e deve ser realizada por equipes multidisciplinares experientes. A criação de centros de referência a nível nacional pode ser capaz de dar resposta a estes casos de uma forma célere e qualificada permitindo atingir melhores resultados e garantindo maior segurança para as doentes.

A literatura conta com poucos estudos atuais sobre esse assunto, sobretudo em âmbito nacional e regional. São escassas e quase desconhecidas investigações cujo foco seja a avaliação da qualidade dos serviços de referência de endometriose. Logo, estudos que venham a ser desenvolvidos a longo prazo e que avaliem todo o processo de diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico, bem como fertilidade da paciente após o tratamento, certamente poderão trazer

subsídios para que se confirme os avanços terapêuticos relacionados à endometriose, a fim de proporcionar uma abordagem de excelência para as pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Klugsberger B, Shamiyeh A, Oppelt P, Jabkowski C, Schimetta W, Haas D. Clinical outcome after colonic resection in women with endometriosis. *BioMed research international*. 2015.
2. Alkatout I, Egberts JH, Mettler L, Doniec M, Wedel T, Jünemann KP, et al. Interdisciplinary diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. *Zentralblatt fur Chirurgie*. 2015;141(6):630–8.
3. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Human reproduction*. 2017;32(2):315–24.
4. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1927;14(4):422–69.
5. El-Mahgoub S, Yaseen S. A positive proof for the theory of coelomic metaplasia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1980;137(1):137–40.
6. Suginami H. A reappraisal of the coelomic metaplasia theory by reviewing, endometriosis occurring in unusual sites and instances. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1991;165(1):214–8.
7. 1. Nácul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*. 2010;32(6):298–307.
8. Amaral PP. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. 2017.
9. Melchior HS, Vivan RHF, Gualtieri K de A. Endometriose: aspectos gerais e associação a infertilidade. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*. 2019;(67):95-106.
10. Cacciatori FA, Medeiros JPF. Endometriose: uma revisão da literatura. *Revista de Iniciação Científica*. 2016;13(1).
11. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de endometriose. São Paulo; 2014.
12. Wolfhagen N, Simons NE, de Jong KH, van Kesteren PJM, Simons MP. Inguinal endometriosis, a rare entity of which surgeons should be aware: clinical aspects and long-term follow-up of nine cases. *Hernia*. 2018;22(5):881–6.

13. Matta AZ da, Muller MC. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, saúde & doenças*. 2006;7(1):57–72.
14. Silva MPC, de Marqui ABT. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2014;27(3):413–21.
15. Kondo W, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, et al. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2011;118(3):292–8.
16. Costa LMP, Ávila I de, Filogonio IDS, Machado LGR, Carneiro MM. Tratamento laparoscópico de 98 pacientes com endometriose intestinal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2010;30(1):31–6.
17. Bray-Beraldo F, Pereira AMG, Gazzo C, Santos MP, Lopes RGC. Surgical treatment of intestinal endometriosis: Outcomes of three different techniques. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2018;40(7):390–6.
18. Abrão MS, Podgaec S, Izzo CR, Melo PV de, Porto RC, Ramos LO, et al. Perfil epidemiológico e clínico da endometriose: estudo de 180 casos. *Rev bras ginecol obstet*. 1995;17(8):779–84.
19. Bellelis P, Dias Jr JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010;56(4):467–71.
21. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2004;18(2):177–200.
22. Slack A, Child T, Lindsey I, Kennedy S, Cunningham C, Mortensen N, et al. Urological and colorectal complications following surgery for rectovaginal endometriosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(10):1278–82.
23. Parra RS, Zanardi JVC, Feitosa MR, Féres O, da Rocha JJR, Valerio FP, et al. Tratamento cirúrgico da endometriose profunda com acometimento intestinal. *Journal of Coloproctology*. 2018;38:63.
24. Redwine DB, Wright JT. Laparoscopic treatment of complete obliteration of the cul-de-sac associated with endometriosis: long-term follow-up of en bloc resection. *Fertility and sterility*. 2001;76(2):358–65.
25. Audebert A, Petousis S, Margioulas-Siarkou C, Ravanos K, Prapas N, Prapas Y. Anatomic distribution of endometriosis: A reappraisal based on series of 1101 patients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018;230:36–40.
26. Gomes TC, Augusto KL, Machado SLN, Amâncio MC, Monteiro GMM, Machado LI. Desfechos cirúrgicos e complicações de laparoscopias ginecológicas em hospital universitário brasileiro no período de 2014 a 2016. 2018.
27. Rocha AM, Albuquerque MM de, Schmidt EM, Freitas CD, Farias JP, Bedin F. Impacto tardio do tratamento laparoscópico da endometriose profunda infiltrativa com ressecção

segmentar colorretal. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2018;31(4).

4 ANEXOS

Anexo A – Termo de aceite de orientação e co-orientação

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
 CAMPUS PASSO FUNDO/RS
 CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC

FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

Eu, professor(a) Andréia Spicelo,
 aceito orientar o TCC do(a) Acadêmico(a) Luana de Bem Giarla,
 cujo tema provisório é Incidência de complicações intra e pós
operatórias em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de
endometriose.

Eu, Thaís Giarla, aceito co-orientar o
 TCC do(a) Acadêmico(a) Luana de Bem Giarla, cujo tema
 provisório é Incidência de complicações intra e pós operatórias
em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico de endometriose.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, 17 de agosto de 2020.

Andréia Spicelo
 Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Orientador(a)

Thaís Giarla da Silva

Assinatura do(a) Coorientador(a)

Luana de Bem Giarla

Assinatura do(a) Acadêmico(a)

Anexo B – Termo de Autorização de Pesquisa do HSVP

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

Passo Fundo, 16 de setembro de 2019.

Declaração de Autorização de Pesquisa

O Hospital São Vicente de Paulo autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Incidência de Complicações Intra e Pós Operatórias em pacientes submetidas ao Tratamento Cirúrgico de Endometriose**”, cujo pesquisador responsável é Andreia Jacobo, condicionado a parecer positivo emitido por Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP.

Antes de iniciar a execução do projeto, o pesquisador responsável deverá disponibilizar cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa à secretaria do Centro de Gerenciamento de Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo.

A direção ressalta a necessidade de cumprimento da legislação brasileira relativa à pesquisa envolvendo seres humanos, notadamente a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e disposições complementares, os Códigos de Ética profissionais e o Manual de Conduta Ética do Hospital São Vicente de Paulo na condução do projeto.



Dr. Adroaldo Bassegio Mallmann
Diretor Técnico-Médico
CRÉMERS 8.073

Anexo C – Termo de Autorização de Pesquisa do HC

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
PESQUISA ACADÊMICA HC**

Declaro que a pesquisa **INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES INTRA E PÓS OPERATÓRIAS EM PACIENTES SUBMETIDAS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**, conduzida pelo (a) Pesquisador (a) Acadêmico (a) **LUANA DE BEM GIARETA** e orientada pelo (a) Pesquisador (a) Docente **ANDRÉIA JACOBO**, recebeu pareceres técnicos favoráveis para sua execução nas dependências do hospital, das áreas profissionais envolvidas, da Coordenação de Ensino e Pesquisa Acadêmica e Junta Administrativa do HC. Outrossim, salientamos que este estudo terá acesso aos prontuários de pacientes durante o período de 1º/10/2019 à 30/04/2020, atendendo ao disposto da confidencialidade dos dados. Cabendo considerar que a aplicação da pesquisa está condicionada à aprovação de Comitê de Ética.

Passo Fundo, 21 de agosto de 2019.

Paulo Adil Ferenci
1º Vice Presidente
Hospital de Clínicas de Passo Fundo - HC


Paulo Adil Ferenci

Vice-Presidente do Hospital de Clínicas de Passo Fundo

Hospital de Clínicas de Passo Fundo - Rua Tiradentes, 295
CEP: 99010-260 - Tel. (54) 2103.3333