

VÂNIO CARDOSO LISBOA

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HISTERECTOMIA
ABDOMINAL E VAGINAL SEM PROLAPSO UTERINO.**

**Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Ciências Médicas.**

**FLORIANÓPOLIS - SC
2002**

VÂNIO CARDOSO LISBOA

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HISTERECTOMIA
ABDOMINAL E VAGINAL SEM PROLAPSO UTERINO.**

**Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado em Ciências Médicas da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para obtenção
do Título de Mestre em Ciências Médicas.**

Coordenador: Prof. Armando José d'Acampora MD. PhD.

Orientador: Prof. Armando José d'Acampora MD. PhD.

Co-orientador: Prof. Jorge Bins Ely MD. PhD.

Florianópolis, SC

2002

Lisboa, Vânio Cardoso

Estudo comparativo entre histerectomia abdominal e vaginal sem prolapso uterino./ Vânio Cardoso Lisboa, – Florianópolis, 2002.

74 p.

Orientador: Prof. Armando José d'Acampora, MD, PhD.

Co-orientador: Prof. Jorge Bins Ely, MD, PhD.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

1. Histerectomia 2. Histerectomia vaginal 3. Cirurgia.

Morre lentamente quem
abandona um projeto antes de
iniciá-lo, não pergunta sobre um
assunto que desconhece ou não
responde quando lhe indagam
sobre algo que sabe.

Pablo Neruda

À Anelise, Vanessa, Patrícia e Liseane,
amada esposa e filhas, pelo carinho,
compreensão e tolerância durante a
elaboração deste estudo.

Aos meus pais Newton Lisboa (em
memória) e Vilma Lisboa, alicerces de
minha personalidade e caráter.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Armando José d'Acampora, MD, PhD, pela teimosa orientação durante a realização deste trabalho.

Ao Prof. Jorge Bins Ely, MD, PhD, pela constante e paciente co-orientação.

Ao Prof. Paulo Fontoura Freitas, MD, PhD, pela criteriosa análise estatística do estudo.

A Franz Willy Nietzsche Cruz, MD, e Alexandre Horn Vianna, MD, ginecologistas do Hospital de Florianópolis, pela ajuda incansável em todas as operações.

Aos funcionários do Hospital Florianópolis, do ambulatório, da enfermagem cirúrgica feminina e do centro cirúrgico que participaram de forma ativa no cuidado das pacientes.

Aos funcionários do setor de documentação científica que auxiliaram na busca dos prontuários.

Aos funcionários Luiz Henrique Prazeres, Charles Veiga e Carlos Alberto Joaquim, berço de um sonho que culminou com este trabalho.

Aos professores do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC pelos ensinamentos passados.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC pelo incentivo.

Aos funcionários do Curso de Mestrado em Ciências Médicas da UFSC: Ivo Dedicácio Soares, Simone Julia Nunes e em especial a Sra. Tânia Regina Tavares Fernandes pela assistência na formatação final.

ÍNDICE

Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
1.Introdução.....	8
2.Objetivo.....	12
3.Método.....	13
4.Resultados.....	28
5.Discussão.....	46
6.Conclusões.....	54
Referências.....	55
Apêndices.....	61
Anexo	73

RESUMO

Objetivo: Comparar a histerectomia abdominal e vaginal sem prolapso uterino.

Método: 145 prontuários foram analisados através de estudo de coorte, distribuídos em 2 grupos cirúrgicos, grupo 1- histerectomia abdominal (n=99) e grupo 2 - histerectomia vaginal (n=46). Foram excluídos os casos de prolapso uterino e pelve congelada. Avaliou-se idade, presença ou não de parto normal e cesariana, cirurgia pélvica anterior, tempo de cirurgia e tempo de internação.

Resultados: Encontrou-se um menor tempo de cirurgia e internação no grupo 2 quando comparado ao grupo 1. Não houve variação com significância estatística em relação à cesariana anterior, parto normal, cirurgia pélvica anterior e idade.

Constatou-se que no grupo 2, ocorreu 1 caso de hemorragia e 2 casos de complicações relacionadas ao trato urinário.

Conclusão: A histerectomia vaginal em pacientes sem prolapso uterino é um procedimento de execução mais rápida e tempo de internação menor que histerectomia por via abdominal.

ABSTRACT

Objective: Comparison of abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy without uterine prolapse.

Method: 145 handbooks were analyzed through cohort study, distributed in 2 surgical groups, abdominal hysterectomy (n=99) and vaginal hysterectomy (n=46). The cases of uterine prolapse were excluded. It was evaluated the age, presence or not of normal childbirth and cesarean operation, previous pelvic surgery, time of surgery and time of internment.

Result: There were a reduction on the time of surgery and internment on group 2. There was not variation in relation to the previous cesarean operation, normal childbirth, previous pelvic surgery and age.

It was verified that on group 2, 1 case of hemorrhage and 2 cases of complications related to the urinary treatment in the post operative.

Conclusion: The vaginal hysterectomy in patients without uterine prolapse is a procedure of faster execution and small time of internment than abdominal hysterectomy.

1. INTRODUÇÃO

Histerectomia é o ato cirúrgico na qual o útero é retirado. Chama-se histerectomia abdominal aquela cirurgia cujo acesso ao útero se faz pela face anterior do abdômen e histerectomia vaginal quando o útero é abordado pela vagina.¹

Historicamente o primeiro a referir histerectomia vaginal parece ter sido SORANIUS, no século II d.C.^{2,3} Muitos séculos após, em 1507 BERENGARIUS de Bolonha realizou com sucesso uma histerectomia por via vaginal para tratamento de útero gangrenado,^{2,3} e somente no século XIX LANGENBECK (1813), GEBHARDT (1836) e TURGENSEN (1838) obtiveram sucesso na histerectomia vaginal para tratamento do prolapso uterino complicado.^{2,3}

No entanto, a primeira histerectomia vaginal para cura do prolapso uterino não complicado ocorreu em 1861, nos EUA, realizada por SAMUEL CHOPPIN, de Nova Orleans, provavelmente a primeira do mundo, nesta situação.^{2,3,4}

Algumas variantes técnicas têm sido propostas para histerectomia vaginal na cura do prolapso genital.

Entre as mais usadas citamos MAYO (1915) e WARD (1928), HEANEY (1934) e a de DONALD (1908), chamada de Manchester (amputação do colo com reparação vaginal anterior e posterior), atualmente recebendo o nome de DONALD-FOTHERGILL-SALVATORE,^{4,5} estas cirurgias possuem características comuns, como boa mobilidade uterina à tração e adequada abertura vaginal.⁶

Em 1990, KOVAC et al descreveram a histerectomia vaginal assistida por laparoscopia, em que o laparoscópico foi utilizado para o diagnóstico e tratamento de doenças pélvicas associadas em pacientes cuja abordagem vaginal estava presumivelmente contra-indicada.⁷

A possibilidade da realização de operação por via vaginal é uma das características que distingue a cirurgia ginecológica das outras especialidades cirúrgicas.⁸

Atualmente observa-se uma perda progressiva da habilidade de cirurgiões mais jovens em realizar cirurgias vaginais, principalmente com relação a histerectomia vaginal, fato que não se deve à falta de indicação cirúrgica para tal, pois são realizados 300.000 histerectomias por ano nos Estados Unidos.⁸

A histerectomia é atualmente uma das cirurgias mais freqüentemente realizadas em todos os países. É a cirurgia ginecológica mais realizada nos Estados Unidos, com uma proporção de 1:3 entre as abordagens vaginal e abdominal.^{9,10,11,12}

A técnica da histerectomia abdominal assinala 4 (quatro) pontos fundamentais que não podem, de nenhum modo, ser esquecidos quando da execução da operação para que possa assegurar um pós-operatório tranqüilo: hemostasia rigorosa, prevenção da infecção, refinada técnica para não lesar órgãos vizinhos ao útero e reconstrução correta da fascia endopélvica.¹³

Na histerectomia abdominal total, a abertura da cavidade ocorre em dois níveis distintos: por via abdominal para acesso ao útero, ligamentos, vasos e outras estruturas pélvicas, e pela cúpula vaginal superior, pois a mesma é aberta para retirada do colo uterino o que permitirá contato da cavidade pélvica com qualquer conteúdo que esteja no fundo de saco vaginal tanto anterior quanto posterior, razão pela qual deve-se realizar anti-sepsia rigorosa local do tipo embrocção da vagina, e, se houver a presença de vaginites ou vulvovaginites, deve-se realizar um tratamento no pré-operatório adequado a cada situação.^{14,15}

Se a via de acesso abdominal utilizada for acesso transversal, do tipo PFANNENSTIEL ou CHERNY, as cicatrizes são de fácil resolução, haja vista que permanecem escondidas abaixo dos pelos pubianos. Entretanto, podem acarretar aderências abdominais, entre alças intestinais e a síntese do peritônio, dificultando o acesso pélvico em novas cirurgias incidentes no andar inferior do abdome cujo acesso seja necessário aproveitando-se a mesma incisão.^{16,17,18}

Quando se fala de complicações, o índice para histerectomia abdominal da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é de 4,2%, o que é semelhante com o índice de complicação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 4,6%.¹⁹

São descritos como complicações mais freqüentemente encontradas para esta cirurgia, a hemorragia, lesão de alça intestinal, deiscência de sutura, hérnia incisional, peritonite, fistula cervical e uretero-vaginal, presença de corpo estranho, aderências entre vísceras e a parede abdominal anterior e sub-oclusões intestinais.^{19,20,21}

A histerectomia laparoscópica, por utilizar apenas três pequenas incisões em pontos estratégicos no abdômen, parece ser uma alternativa adequada a histerectomia abdominal, as cicatrizes são mínimas, o tempo de realização gira em torno de uma hora e dez minutos e o tempo de hospitalização em torno de 32 horas. Com uma taxa de conversão para laparotomia, girando entre 5% e 6,5%.²²

A histerectomia vídeo-laparoscópica não tem outras vantagens a de não deixar cicatriz evidente, uma recuperação mais rápida no pós-operatório, com um retorno quase que imediato às atividades habituais e ao trabalho. Como desvantagens em relação ao procedimento temos o alto custo do equipamento, com uma manutenção extremamente dispendiosa, necessidade de treinamento especial para os operadores, falta da aparelhagem a serviço da população nos hospitais públicos e dificuldade de acesso às cirurgias laparoscópicas em clínicas particulares por parte das doentes pelo deficiente poder aquisitivo da população.

Por essas razões, volta-se a atenção para as técnicas convencionais, demonstrando-se como vantagens da histerectomia vaginal, quando comparada com a abdominal, pode-se assinalar a deambulação precoce; menor incidência de íleo paralítico prolongado; possibilidade da correção simultânea dos distúrbios associados à estática pélvica; menor índice de infecção; e finalmente ausência de cicatriz abdominal.^{4,23}

Trabalhos sobre histerectomia vaginal sem prolapso uterino prévio têm sido publicados na literatura mostrando um perfil de paciente com idade em torno de 45 anos,^{24,25,26,27} múltipara,^{24,25,28} a maioria delas com cirurgia pélvica anterior, sendo a mais freqüente a cesariana.^{25,29}

Alguns autores consideram contra indicações para histerectomia vaginal a ausência de prolapso uterino, cirurgia pélvica prévia,³⁰ miomatose uterina³¹ e nuliparidade.³² De qualquer maneira a histerectomia vaginal constitui, atualmente, a primeira opção no tratamento do prolapso uterino em pacientes com prole constituída.⁴

Em Florianópolis, apesar de todas as vantagens descritas na literatura da abordagem vaginal em relação à abordagem abdominal^{5,8,11,20,33} e, também, por não se encontrar em nossos serviços equipamentos ou instrumental adequado para execução da histerectomia vaginal, em pacientes sem prolapso uterino, até junho de 2001 esta cirurgia não era realizada de rotina.

Com a aquisição do instrumental e equipamento adequado iniciou-se no Serviço de Cirurgia Ginecológica do Hospital Florianópolis, em junho de 2001, as cirurgias de histerectomia vaginal de rotina para pacientes sem prolapso uterino com indicação para a operação.

2. OBJETIVO

Comparar o resultado entre as técnicas de histerectomia abdominal, com histerectomia vaginal em mulheres sem prolapso uterino.

3. MÉTODO

3.1 Amostra - (n=145)

Foi realizado um estudo de coorte, para 145 pacientes do sexo feminino, submetidas a histerectomia abdominal e vaginal no período compreendido entre novembro de 1999 e abril de 2002, provenientes do ambulatório de Ginecologia do Hospital de Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina.

Grupo 1 - (n=99)

Foram revisados 99 prontuários e mantido contato por busca ativa, com as pacientes que se submeteram a histerectomia por via abdominal sem prolapso no período estudado, todas provenientes do ambulatório de Ginecologia do Hospital Florianópolis e que constavam em seus prontuários as informações necessárias à pesquisa.

Grupo 2 - (n=46)

Foram revisados 46 prontuários e mantido contato por busca ativa, com as pacientes que se submeteram a histerectomia por via vaginal sem prolapso uterino no período estudado, todas provenientes do ambulatório de Ginecologia do Hospital Florianópolis e que constavam em seus prontuários as informações necessárias à pesquisa.

O protocolo para coleta dos dados foi o mesmo utilizado para os Grupos 1 e 2.

Critérios de inclusão no estudo.

Foram incluídas no grupo 1 deste estudo, as pacientes que após a avaliação do prontuário, tiveram indicação cirúrgica de histerectomia e cujo procedimento foi realizado por via abdominal. Esta indicação foi centrada em 4 grupos de doenças: adenomiose, metrorragia, miomatose, carcinoma *in situ* de colo e pólipos de endométrio. Estas duas últimas indicações foram reunidas com título de outras.

Foram incluídas no grupo 2 deste estudo, as pacientes que após a avaliação do prontuário, tiveram indicação cirúrgica de histerectomia e não apresentaram prolapso uterino e cujo procedimento foi feito por via vaginal. Esta indicação foi centrada nos mesmos 4 grupos de doenças: adenomiose, metrorragia, miomatose uterina, e outras.

Critérios de exclusão.

Foram critérios de exclusão os prontuários sem as anotações necessárias para o preenchimento do protocolo (apêndice 2) e as pacientes cujo contato não foi possível.

Pacientes cujos prontuários estivessem incompletos ou que por qualquer motivo não puderam ser encontradas pela busca ativa. Foi também critério de exclusão a negativa em participar do estudo.

Também foram excluídas do estudo, as pacientes portadoras de prolapso uterino, carcinoma de colo (exceto o carcinoma *in situ*) ou endométrio, pacientes portadoras de pelve congelada por cirurgia abdominal anterior, endometriose ou infecção pélvica.

3.2. Procedimentos

Rotina pré-operatória

No prontuário de todas as pacientes estudadas, constavam os exames laboratoriais e de imagem realizados como rotina no Serviço, composto de hemograma com contagem de plaquetas, glicemia, uréia, creatinina, parcial de urina, raio X de tórax, ultra-sonografia pélvica e eletrocardiograma, este último nas pacientes acima de 40 anos ou que apresentassem sintomatologia compatível com a necessidade do exame.

Todas as afecções apresentadas no pré-operatório foram sistematicamente tratadas, e compensadas as doenças de base que porventura fossem diagnosticadas durante esta etapa.

Quando a paciente era portadora de vulvovaginite, a mesma era tratada de acordo com a etiologia específica antes da cirurgia.

A internação era realizada na tarde do dia anterior ao da cirurgia para avaliação pré-anestésica e dos exames pré-operatórios de rotina, para ambos os grupos do estudo.

Anestesia

A anestesia seguiu a rotina Serviço de Anestesiologia do Hospital de Florianópolis para os 2 grupos do estudo.

A primeira escolha foi a raquianestesia associada à morfina. As raras situações especiais ficaram ao critério do Serviço de Anestesiologia.

Técnica Operatória

Histerectomia Abdominal (grupo 1)

Em todas as pacientes do grupo 1, a técnica utilizada para histerectomia abdominal foi a de KELLY modificada. Realizada anti-sepsia com solução de iodopovidona 1% tópico, em todo abdômen e embrocção com a mesma solução na vagina. A via de acesso ao útero, variou entre transversa e mediana infra-umbilical, utilizada de acordo com biótipo da paciente, volume da massa uterina e presença de cicatriz anterior.

Protegidas e afastadas as bordas da incisão, com auxílio de compressas umedecidas em solução de cloreto de sódio a 0,9 %, previamente aquecidas, as alças intestinais eram rechaçadas anterior e superiormente no abdômen o que era facilitado por uma angulação da mesa de cirurgia colocada em posição de TRENDELENBURG.

O fundo uterino era reparado com fio catagute cromado número 1, cujas extremidades ficavam presas à ponta de uma pinça de KELLY, auxiliando na movimentação e tração uterina.

Com auxílio das pinças de FAURE e tesoura de METZEMBAUM os ligamentos redondos, útero-ovarianos e mesossalpinge iam sendo seccionados e ligados com catagute cromado número 1. O mesmo procedimento era realizado no lado oposto.

O útero era tracionado para cima de maneira a expor a face anterior. O peritônio visceral anterior era incisado e descolado através de dissecação roma realizada com uma gaze montada em uma pinça hemostática longa. A bexiga era também afastada durante este descolamento. O mesmo procedimento era realizado na face posterior do útero de maneira que os ligamentos útero-sacros permanecessem expostos.

Com auxílio das pinças de FAURE e tesoura eram pinçados e seccionados os vasos uterinos, paramétrios e ligamentos útero-sacros. Todos foram transfixados e ligados com catagute cromado número 1 e as extremidades fixas aos ligamentos útero-sacros eram reparadas para posterior fixação na cúpula vaginal.

A vagina era aberta com bisturi e o útero retirado. Fechava-se o fundo vaginal com sutura contínua e fixavam-se os ligamentos útero-sacos para prevenir futuro prolapso vaginal.

Realizada a revisão da hemostasia, o leito cirúrgico era peritonizado e a cavidade abdominal fechada por planos.

Histerectomia vaginal (grupo 2)

Para a realização de uma histerectomia vaginal, além do instrumental convencional, há necessidade de material especial como pinças de LAHEY, HEANEY-BALLATINE com curvaturas diferentes, um porta-agulhas de HEANEY, duas válvulas de BREISKY com lâminas diferentes, uma válvula de peso de STEINER-AUVARD e tesouras de SIMS de tamanhos diferentes.

A paciente era colocada em posição de litotomia modificada, com os membros inferiores protegidos por coxins e fixos com faixas de *smach* ou com as próprias tiras de fixação das pernas, de forma a manter a apresentação do períneo para cirurgia.

Realizada anti-sepsia com solução de iodopovidona a 1% tópico, em todo períneo e embrocção com a mesma solução na vagina. Com a utilização de uma válvula de BREISKY dentro da vagina, era exposto o colo uterino, o qual era pinçado tanto no lábio superior como inferior com as pinças de LAHEY o que permitia uma tração segura do órgão.

Com a vagina aberta e protegida pela válvula de BREISKY era realizada incisão na prega vésico-uterina anterior e através dela a bexiga era rechaçada por dissecação roma com auxílio de uma gaze montada em uma pinça hemostática até que aparecesse o peritônio. Enquanto a bexiga ia sendo empurrada para cima, cuidava-se da hemostasia nos pontos de sangramento enquanto eram descoladas, com tesoura de METZEMBAUN, as trabéculas que se estendiam desde a bexiga até o útero.

O peritônio era incisado com tesoura de METZEMBAUM possibilitando a colocação da válvula de BREISKY segurada pelo auxiliar elevando a bexiga e afastando os ureteres. Esta válvula não modificava de posição durante todo o procedimento (Figura 1).



Figura 1 – Histerectomia vaginal

Peritônio aberto e válvula de BREISKY colocada na posição definitiva.

O passo seguinte era o rebatimento do colo uterino para frente e para cima. Com a realização de outra incisão, desta vez no fundo de saco posterior o mais próximo possível do colo do útero. O mesmo procedimento de identificação e incisão era realizado no peritônio posterior. As bordas vaginais e do peritônio eram submetidas à inspeção a procura de sangramento e colocado a válvula de peso de STEINER-AUVARD. Esta válvula permanecia no local até o final da operação (Figura 2).

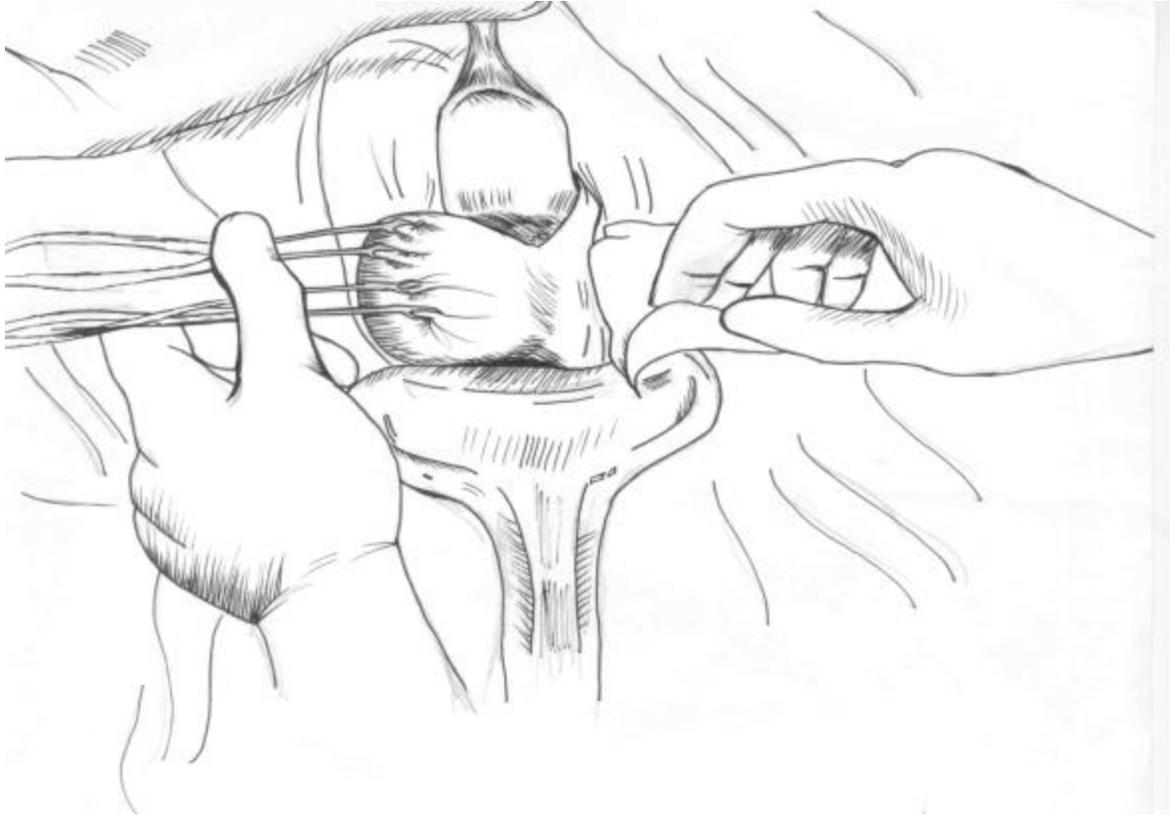


Figura 2 – Histerectomia vaginal

Peritônio posterior aberto e válvula de STEINER-AUVARD colocada na posição.

O colo uterino era tracionado para fora e para um dos lados pelo auxiliar. Com uma pinça de HEANEY, a mucosa vaginal que não tinha sido cortada era pinçada junto ao paracolpo, ligamento cardinal e ligamento útero-sacro, com incisão e ligadura transfixante com fio ácido poliglicólico número 1. As extremidades do fio eram reparadas para posterior reconstrução da estática pélvica. O mesmo procedimento era realizado no lado oposto com o útero tracionado para fora e deslocado para o lado contrário ao que se estava trabalhando pelo auxiliar (Figura 3).

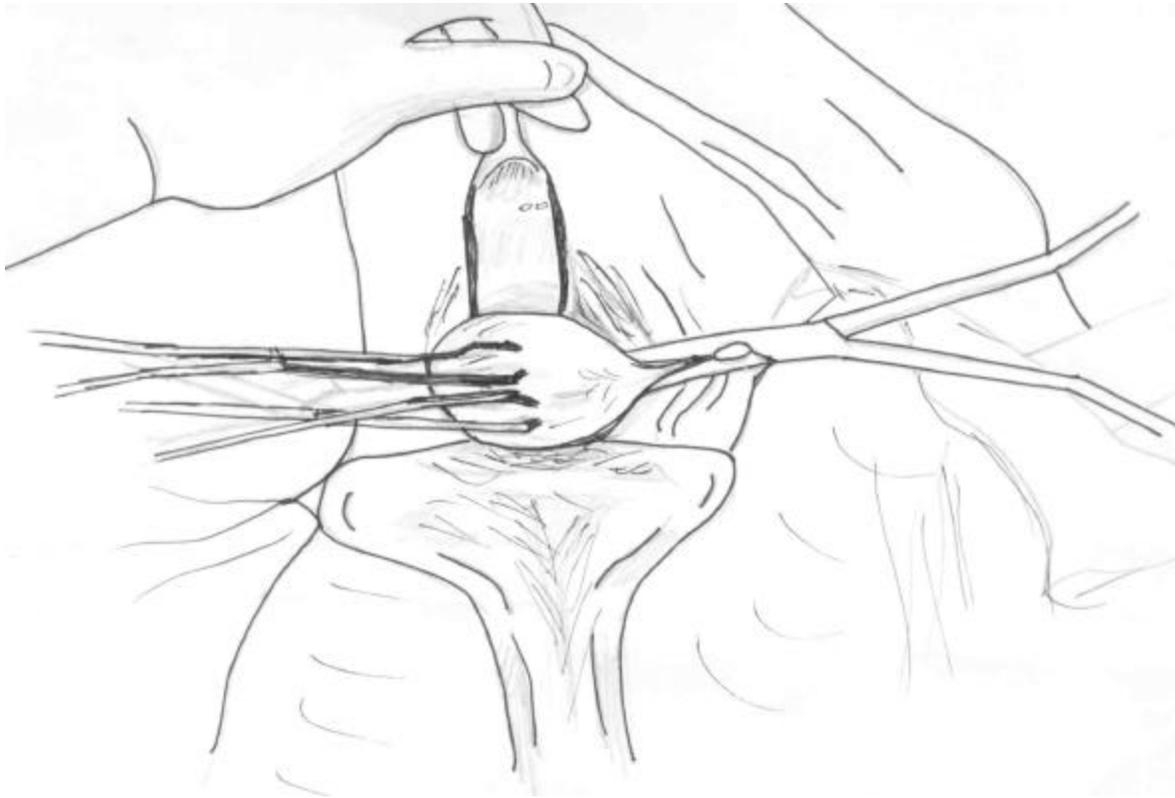


Figura 3 – Histerectomia vaginal

Pinçamento da mucosa vaginal, ligamento cardinal, paracolpo e ligamento útero-sacro.

Quando o útero se encontrava liberado dos paracolpos e ligamentos útero-sacos adquiria maior mobilidade, o que facilitava sua exteriorização. Com uma pinça de HEANEY os paramétrios e vasos uterinos eram pinçados, com incisão e ligadura transfixante com fio de ácido poliglicólico número 1, desta vez com as extremidades dos fios cortadas. O mesmo procedimento era realizado no lado oposto.

Quando era encontrado pouco espaço para os pontos de hemostasia nos ligamentos, o útero era devolvido para dentro da cavidade abdominal sob tração com auxílio da pinça de LAHEY, esta manobra afastava o colo uterino permitindo a fácil mobilização do porta-agulha.

Quando a dimensão uterina era pequena, com auxílio de uma pinça de LAHEY, era realizada uma manobra de báscula trazendo-se o fundo uterino de encontro à válvula de STEINER-AUVARD, que estava posicionada posteriormente, ocorrendo uma luxação uterina. O colo uterino permanecia preso por uma pinça e o fundo do útero preso por outra (Figura 4).



Figura 4 – Histerectomia vaginal

Colo e fundo uterino presos pelas pinças de LAHEY.

Nesta altura do procedimento, o útero estava preso pelos ligamentos redondos, útero-ovarianos e trompas. Estas estruturas eram pinçadas com as pinças de HEANEY em um único bloco de cada lado. Seccionados de ambos os lados, o útero era retirado tornando amplo o campo para os pontos de hemostasia destas estruturas cujas extremidades eram reparadas, pois poderiam fazer parte da reconstrução da estática pélvica (Figura 5).



Figura 5 – Histerectomia vaginal

Útero retirado do sítio de origem com os ligamentos pinçados.

Se a luxação uterina não fosse possível pelo seu tamanho, realizavam-se as técnicas de morcelamento, com intuito de reduzir o volume da víscera até que a báscula do fundo uterino fosse factível ou através de outra técnica que possibilitasse a retirada do útero.

Retirava-se a válvula de BREISKY que estava posicionada elevando e protegendo a bexiga, esta auxiliava na revisão da hemostasia. Os vasos sangrantes eram pinçados, ligados ou cauterizados de acordo com sua localização e calibre.

Os fios que estavam reparados eram ligados no centro do fundo da vagina. A borda anterior era reparada com uma pinça de ALLIS e a partir daí a vagina era suturada com categute simples 00, no sentido antero-posterior, o que resultava em uma boa profundidade. O peritônio não era fechado separadamente.

Colocava-se tampão vaginal de murim vaselinado que permanecia no local por aproximadamente 10 horas após a cirurgia, sendo retirado depois deste tempo.

TÉCNICAS DE MORCELAMENTO TRANSVAGINAL

O morcelamento uterino deve ser sempre precedido pela colpotomia anterior e posterior, secção e ligadura dos ligamentos útero-sacros e cardinais com ancoramento da cúpula vaginal aos paramétrios, e ligadura dos vasos uterinos. Todas estas etapas já foram descritas em detalhe anteriormente³⁴.

HEMISECÇÃO

A hemi-secção, inicialmente descrita por MÜLLER em 1882, consiste na divisão ântero-posterior do útero em duas metades, e é o método mais eficaz para a remoção de úteros contendo miomas fúndicos ou localizados na linha média. O colo é tracionado com pinças de LAHEY posicionado as três e nove horas e incisado anteriormente e posteriormente com bisturi, sendo a bexiga e o reto protegidos com válvulas de BREISKY e de STEINER-AUVARD respectivamente. A incisão continua para cima sob visão direta em direção ao fundo uterino, sempre através da cavidade uterina para manter a orientação anatômica. Quando a massa de tecido uterino impede a descida progressiva do útero, o ápice da incisão é então tracionado com pinças de LAHEY aplicadas bilateralmente, e a incisão continua sobre as paredes uterinas anterior e posterior, até que a hemi-secção seja completada. No caso de úteros relativamente pequenos com tamanho correspondente a uma gestação de 12 a 14 semanas, a hemi-secção por si só permite a remoção do espécime.^{8,14}

Miomas localizados na linha de incisão podem ser seccionados juntamente com o útero ou enucleados e removidos separadamente, o que reduzirá progressivamente o volume do órgão.⁸

A colocação de uma das metades do útero no interior do abdome amplia o campo operatório necessário para o pinçamento e secção do pedículo anexial contralateral. Quando realizada corretamente, a hemi-secção acarreta perda sanguínea mínima, devido à

ligadura prévia das artérias uterinas e compressão das bordas da cúpula vaginal à medida que se aplica tração sobre o colo uterino.⁸

TÉCNICA DE LASH

Esta técnica, também denominada *intramyometrial coring*, foi introduzida por ABRAHAM LASH em 1941, e popularizada por KOVAC nos Estados Unidos. LASH propôs o método como uma maneira de reduzir o tamanho do útero sem penetrar a cavidade uterina, sendo na época indicada em casos de piométria e neoplasias do corpo uterino. A técnica de LASH é mais adequada para a remoção de úteros globosos com volume difusamente aumentado. Assim como na hemi-secção, esta técnica também pode ser associada a miomectomia, sendo bastante útil quando o canal vaginal e o arco sub-púbico são estreitos. O procedimento geralmente se inicia na região ístmica, o miométrio é incisado circularmente com bisturi a meia distância entre a serosa e a cavidade uterina, a fim de que o útero sofra uma redução do seu diâmetro antero-posterior e transversal e adquira um formato cilíndrico. O útero vai se exteriorizando progressivamente pela vagina à medida que o colo é tracionado, de maneira análoga a uma banana quando é descascada.⁸

RESSECÇÃO EM CUNHA E AMPUTAÇÃO DO COLO UTERINO

O morcelamento através da ressecção em cunha foi desenvolvido e aperfeiçoado pelos cirurgiões franceses PÉAN, SEGOND e RICHELOT entre 1883 e 1890. É o procedimento de escolha para úteros miomatosos de volume muito aumentado nos quais a hemi-secção ou a técnica de LASH não deram resultado, sendo a mais versátil de todas as técnicas. A ressecção em cunha geralmente inicia com uma incisão na linha média e progride com a ressecção de cunhas no ápice desta incisão. A massa uterina central é então apreendida com pinças de LAHEY e incisada bilateralmente, removendo cunhas ovais ou triangulares de tecido. O cirurgião deve sempre procurar ressecar simetricamente na linha média do útero. No caso de miomas muito grandes que não podem ser enucleados, deve-se realizar a ressecção em cunha do próprio tumor. O colo uterino pode ser seccionado transversalmente com bisturi ao nível do istmo, com o objetivo de facilitar a báscula

posterior do fundo uterino. O benefício da amputação do colo deve ser avaliado criteriosamente, pois muitas vezes ele é um importante meio de tração e orientação durante a histerectomia vaginal.⁸

MORCELAMENTO FÚNDICO POSTERIOR

Esta técnica é útil quando existe ampla exposição posteriormente, mas não se consegue bascular o corpo uterino com a simples tração devido ao grande volume do órgão. Ela também pode ser utilizada nos caso em que não se consegue abrir o peritônio anterior. A parede uterina posterior é tracionada com pinças de LAHEY, e são removidos cunhas de tecido com bisturi, até o ponto em que a redução do tamanho do útero seja suficiente para permitir sua báscula através do fundo de saco posterior.⁸

Muitas vezes torna-se necessário associar duas ou mais técnicas para possibilitar a remoção de úteros grandes por via vaginal. Independente da estratégia empregada, o cirurgião deve estar sempre orientado em relação à bexiga, intestino e pedículos anexiais, evitando exercer tração exagerada sobre o útero para não causar avulsão do pedículo útero-ovariano ou laceração do infundíbulo pélvico. Após a remoção do útero, revisamos a hemostasia dos pedículos uterinos e fechamos a cúpula vaginal, etapas já descritas anteriormente.³⁴

ESTUDO ESTATÍSTICO

Os resultados foram analisados através de levantamento estatístico pelo programa estatístico Epi-info 6.4@.*

As variáveis foram classificadas como independentes e dependentes. As variáveis independentes: idade, cirurgia pélvica anterior, parto normal, parto cesáreo, indicação de cirurgia, e grupos cirúrgicos (histerectomia abdominal - grupo 1 e histerectomia vaginal - grupo 2) foram cruzadas com as variáveis dependentes: tempo de internação, tempo de cirurgia e grupos cirúrgicos.

A variável grupos cirúrgicos se comportou tanto como uma variável dependente como independente de acordo com o cruzamento realizado.

Idade

As pacientes foram distribuídas em 4 faixas etárias da seguinte maneira: menor de 35 anos, de 35 anos completos até 45 anos incompletos, de 45 anos completos até 55 anos incompletos e 55 anos ou mais.³⁵ Para avaliação estatística dos resultados o grupo etário foi pareado da seguinte maneira: abaixo de 45 anos e 45 anos ou mais de idade.^{24,25,26,27}

Tempo de cirurgia

Foram verificados através da ficha anestésica e dados do relatório de cirurgia o tempo do procedimento. Os grupos foram pareados em até 90 minutos de cirurgia e 90 minutos ou mais de cirurgia. Este tempo foi calculado de modo a ter representatividade dos dois grupos de estudo em ambos os grupos pareados.

Tempo de Internação

Foram considerados como tempo de internação os dias entre a data da cirurgia e o dia da alta. Para cálculo estatístico os grupos foram pareados em 1 dia de internação e 2 dias ou mais de internação. Para efeito de descrição foi dividido entre 1, 2 e 3 dias ou mais de internação.

* CENTER FOR DISEASE CONTROL PREVENTION (CDC), U.S.A.³⁵

Paridade

Foram contados o número de gestações e a forma de parto. Parto normal, número de filhos nascidos por via vaginal, incluído aqui pré-maturo e natimorto. Para efeito desta variável foram consideradas como sem parto normal as que não tiveram filhos de parto normal, um ou dois filhos de parto normal e múltíparas aquelas que tiveram 3 ou mais filhos de parto normal. Parto cesariana, números de filhos nascidos por cesariana incluídos aqui prematuro e natimorto.

4 - RESULTADOS

Todos os resultados foram expressos em tabelas e gráfico dispostos a seguir.

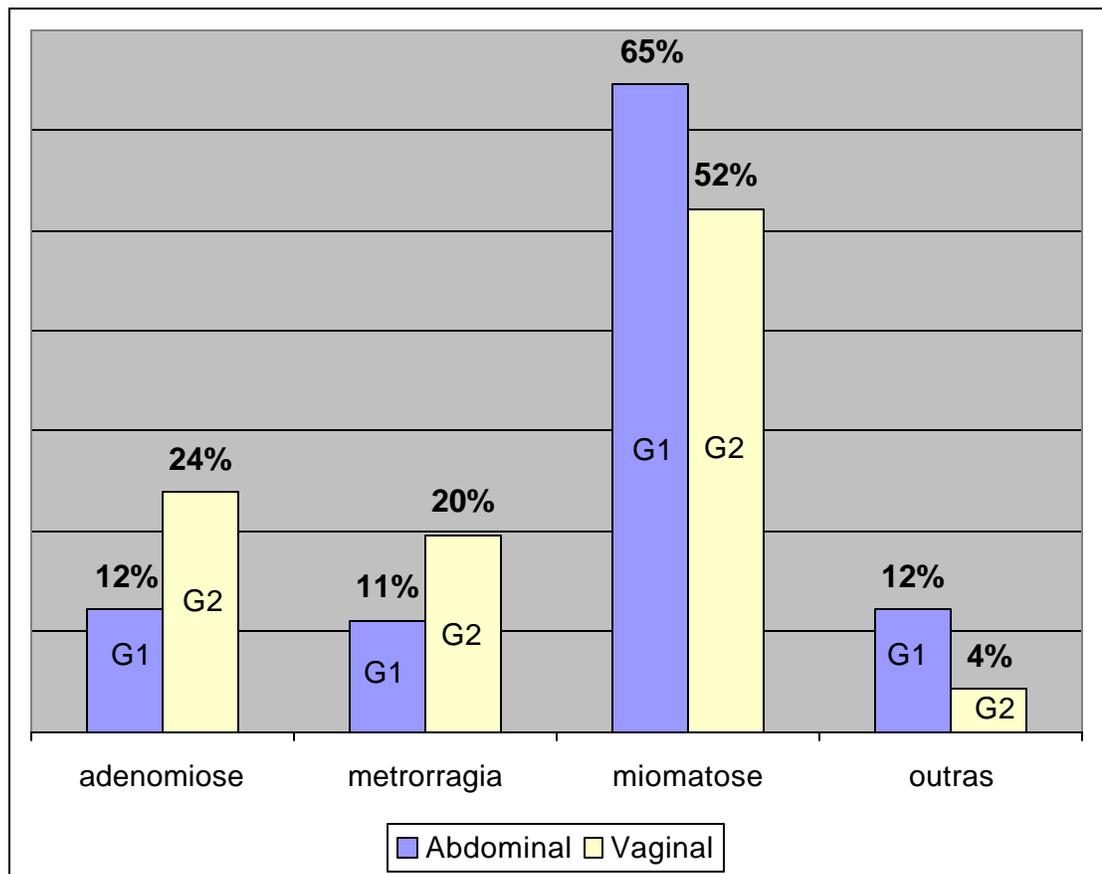


Figura 6 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.

Relação entre indicação e grupos cirúrgicos em porcentagem.

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,06.

TABELA 1 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes
no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição dos grupos cirúrgicos quanto à faixa etária.

GRUPO	< 35	35 a 45	45 a 55	> 55
G 1	8	42	43	6
G 2	1	24	18	3
TOTAL	9	66	61	9

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

* p=0,01.

TABELA 2 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição dos grupos cirúrgicos quanto a faixa etária pareada.

GRUPO	< 45 ANOS	45 ANOS OU MAIS
G 1	50	49
G 2	25	21
TOTAL	75	70

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,6.

TABELA 3 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis - SC.
Distribuição entre grupo etário e tempo de cirurgia.

IDADE	ATÉ 90 MINUTOS	90 MINUTOS OU MAIS	TOTAL
< 45 ANOS	33 44,0%	42 56,0%	75 100%
45 ANOS OU MAIS	24 34,3%	46 65,7%	70 100%
TOTAL	57 39,3%	88 60,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,22.

TABELA 4 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes
no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição entre grupo etário e tempo de internação.

IDADE	UM DIA	DOIS DIAS OU MAIS	TOTAL
< 45 ANOS	19 25,3%	56 74,7%	75 100%
45 ANOS OU MAIS	12 17,1%	58 82,9%	70 100%
TOTAL	31 21,4%	114 78,6%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,22.

TABELA 5 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição dos grupos cirúrgicos quanto a presença ou ausência de Cirurgia Pélvica Anterior (CPA).

CPA	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
NÃO	64 76,2%	20 23,8%	84 100%
SIM	35 57,4%	26 42,6%	61 100%
TOTAL	99 68,3%	46 31,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

* p=0,01.

TABELA 6 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição de Cirurgia Pélvica Anterior (CPA) no grupo 2.

CPA	Frequência	Porcentagem
Não	20	43,5%
Sim	26	56,5%
Total	46	100,0%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

TABELA 7 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes
no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis - SC.
Relação entre Cirurgia Pélvica Anterior (CPA) e tempo de cirurgia.

CPA	ATÉ 90 MINUTOS	90 MINUTOS OU MAIS	TOTAL
NÃO	31 36,9%	53 63,1%	84 100%
SIM	26 42,6%	35 57,4%	61 100%
TOTAL	57 39,3%	88 60,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,48.

TABELA 8 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição entre Cirurgia Pélvica Anterior (CPA) e tempo de internação.

CPA	UM DIA	DOIS DIAS OU MAIS	TOTAL
NÃO	16 19,0%	68 81,0%	84 100%
SIM	15 24,6%	46 75,4%	61 100%
TOTAL	31 22,1%	114 77,9%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,42.

TABELA 9 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição dos grupos cirúrgicos quanto à presença ou ausência de cesariana.

CESARIANA	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
NÃO	57 64,8%	31 35,2%	88 60,7%
SIM	42 73,7%	15 26,3%	57 39,3%
TOTAL	99 68,3%	46 31,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,26.

TABELA 10 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Relação entre cesariana e tempo de cirurgia.

CESARIANA	ATÉ 90 MINUTOS	90 MINUTOS OU MAIS	TOTAL
NÃO	39 44,3%	49 55,7%	88 100%
SIM	18 31,6%	39 68,4%	57 100%
TOTAL	57 39,3%	88 60,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,12.

TABELA 11 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.

Distribuição entre cesariana e tempo de internação.

CESARIANA	UM DIA	DOIS DIAS OU MAIS	TOTAL
NÃO	21 24,9	67 76,1%	88 100%
SIM	10 17,5%	47 82,5%	57 100%
TOTAL	31 21,4%	114 78,6%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,36.

TABELA 12 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis - SC.
Distribuição de Parto Normal (PN) nas 145 pacientes operadas de histerectomia.

Parto Normal (PN)	Frequência	Porcentagem
Sem PN	51	35,2%
1 ou 2 PN	48	33,1%
3 ou mais PN	46	31,7%
Total	145	100,0%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

TABELA 13 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Relação entre Parto Normal (PN) e grupos cirúrgicos.

PARTO NORMAL	GRUPO 1	GRUPO 2	TOTAL
SEM PN	42 82,4%	9 17,6%	51 35,2%
1 OU 2 PN	30 62,5%	18 37,5%	48 33,1%
3 OU MAIS PN	27 58,7%	19 41,3%	46 31,7%
TOTAL	99 68,3%	46 31,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

* p=0,02.

TABELA 14 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Relação entre Parto Normal (PN) e tempo de cirurgia.

PARTO NORMAL	ATÉ 90 MINUTOS	90 MINUTOS OU MAIS	TOTAL
SEM PN	15 29,4%	36 70,6%	51 100%
1 OU 2 PN	19 39,6%	29 60,4%	48 100%
3 OU MAIS PN	23 50,0%	23 50,0%	46 100%
TOTAL	57 39,3%	88 60,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,11.

TABELA 15 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição entre Parto Normal (PN) e tempo de internação.

PARTO NORMAL	UM DIA	DOIS DIAS OU MAIS	TOTAL
SEM PN	5 9,8%	46 90,2%	51 100%
1 OU 2 PN	14 29,2%	34 70,8%	48 100%
3 OU MAIS PN	12 26,1%	34 70,8%	46 100%
TOTAL	31 21,4%	114 78,6%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

p=0,12.

TABELA 16 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.

Relação entre grupos cirúrgicos e tempo de cirurgia.

GRUPOS	ATÉ 90 MINUTOS	90 MINUTOS OU MAIS	TOTAL
G 1	15 15,2%	84 84,8%	99 100%
G 2	42 91,3%	4 8,7%	46 100%
TOTAL	57 39,3%	88 60,7%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

* $p < 0,01$.

TABELA 17 – Histerectomia abdominal versus histerectomia vaginal em 145 pacientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis – SC.
Distribuição entre grupos cirúrgicos e tempo de internação.

GRUPOS	UM DIA	DOIS DIAS	TRÊS DIAS OU MAIS	TOTAL
G 1	6 6,1%	63 63,6%	30 30,3%	99 100%
G 2	25 54,3%	19 41,3%	2 4,3%	46 100 %
TOTAL	31 21,4%	82 56,5%	32 22,1%	145 100%

FONTE: Same do Hospital Florianópolis.

* p<0,01.

5. DISCUSSÃO

A histerectomia sem prolapso uterino, associado ou não a salpingectomia ou oforectomia unilateral ou bilateral, é cirurgia que pode ser realizada através da via de acesso tanto abdominal quanto vaginal.^{28,37,38,39} Por via abdominal as incisões usualmente utilizadas são a mediana infra-umbilical e PFANNENSTIEL.^{14,21} Ambas as vias de acesso à cavidade abdominal acarretam cicatrizes mais ou menos evidentes, podendo em algumas situações causar constrangimento quando a mulher expõe seu ventre, quer na praia, na piscina ou na sua intimidade.^{40,41}

Após os 35 anos de idade, a maioria das mulheres já está com sua prole constituída.^{42,43} Em muitas delas já está em andamento uma série de alterações uterinas causadas por doenças do próprio órgão.

Quadros como metrorragia, dor pélvica decorrente de miomatose uterina, adenomiose, e outras alterações não fisiológicas do endométrio, causam transtornos à mulher, alterando sua qualidade de vida e provocando aparecimento de sintomas como os decorrentes da anemia; dispareunia; urgência miccional; e aumento do volume do abdômen. Nem sempre o tratamento clínico convencional resulta em sucesso terapêutico. Um número significativo de abandono deste tipo de tratamento é verificado, principalmente pelo seu alto custo ou pela desconfortável situação para a paciente.^{44,45,46,47}

Quando há indicação da retirada cirúrgica do útero, surge a necessidade de opção pela via de acesso mais adequada para aquele caso. Embora o número de histerectomias realizadas por via abdominal seja bem superior ao das histerectomias por via vaginal, estudos recentes demonstram as vantagens inerentes às histerectomias vaginais,^{5,8,11,20,33} embora mais modernamente tenha surgido a cirurgia vídeo-laparoscópica.

A opção é sempre por uma via de acesso ao útero que cause um mínimo de desconforto, seja segura, com o menor número de complicações possíveis e que possibilite um rápido retorno às atividades habituais da paciente.^{25,38,48,49}

O laparoscópio, como uma opção válida tentando atender aos tais preceitos anteriores, foi utilizado durante algum tempo, porém, mostrou de maneira evidente que a retirada do útero tinha que ocorrer pela vagina e que a técnica da cirurgia vídeo-laparoscópica poderia transformar uma histerectomia com indicação de ser operada por via abdominal em via vaginal e daí usufruir todas as vantagens desta última via, possibilitando com esta observação o aprimoramento da técnica de histerectomia vaginal sem prolapso uterino.^{25,48,49}

Em um estudo com 400 pacientes que se submeteram a histerectomia por via vaginal e não apresentavam prolapso do órgão, FIGUEIREDO et al desaconselham o uso da cirurgia vídeo-laparoscópica quando o útero é móvel e não existe tumor anexial associado. Este mesmo trabalho concluiu que o principal papel da vídeo-laparoscopia parece ser o de permitir que o ginecologista consiga observar que a histerectomia vaginal simples pode ser realizada na grande maioria dos casos.²⁵

AMBE et al em um estudo de 20 casos de histerectomias vaginais assistidas por vídeo-laparoscopia relatam a importância do vídeo-laparoscópio poder converter um procedimento abdominal em vaginal dando a paciente às vantagens desta última abordagem deixando como dúvida, qual seria a exata função da histerectomia vaginal assistida na prática diária.⁴⁸

Com as indicações cada vez mais alargadas para histerectomia por via vaginal, a utilização do vídeo-laparoscópio cirúrgico para histerectomia tem diminuído.

TRONCOSO et al analisaram 23 casos de histerectomias vaginais sem prolapso uterino, assistidas por laparoscopia em pacientes com antecedentes de cirurgia prévia ou doença associada e os resultados obtidos revelam que o procedimento apresenta vantagens quando comparadas às histerectomias por via abdominal clássica ao diminuir o tempo de permanência intra-hospitalar, melhorar o controle da dor pós-operatória, influir o mínimo possível na mecânica ventilatória e contribuir para um retorno mais rápido à rotina diária e ao trabalho.⁴⁹

A histerectomia por via vaginal, quando indicada para tratamento de prolapso uterino, é um procedimento clássico que sendo realizado por um cirurgião experiente tem baixo percentual de morbidade e permite a correção de defeitos perineais, como o prolapso de paredes vaginais associados ou não a incontinência urinária provocado pela ptose da bexiga e uretra na mesma via operatória.^{5,33}

A histerectomia vaginal sem prolapso uterino utiliza todas as vantagens desta via de acesso reduzindo, segundo a literatura, o tempo de cirurgia, o custo e a morbidade, principalmente quando associado a outras cirurgias perineais. Não deixa cicatrizes visíveis, permite o reparo de outras alterações de cúpula vaginal pela mesma via de acesso e a cirurgia de cura da incontinência urinária.⁸

As indicações para histerectomia por via vaginal, até algum tempo, se resumiam no prolapso uterino e para pacientes que tivessem boa elasticidade vaginal, permanecendo todos os outros casos como uma contra indicação desta via operatória e, por conseguinte, uma indicação para histerectomia abdominal.⁶

A técnica proposta, para cirurgia por via vaginal, quando executada com material adequado em pacientes onde o útero tenha mobilidade não importando o tamanho, permite a extração do órgão pela vagina, íntegro ou morcelado, usufruindo-se de todas as vantagens da histerectomia vaginal com prolapso uterino.

A maior prevalência de indicações para histerectomia sem prolapso uterino segundo a literatura é a miomatose uterina variando de 30% a 65% nos vários trabalhos pesquisados.^{4,13,35,47}

Como indicação para histerectomia neste estudo, encontrou-se 65% para histerectomia por via abdominal e 52% para histerectomia por via vaginal, com diagnóstico de miomatose uterina, o que é compatível com a literatura consultada.

Alguns trabalhos demonstram que a faixa etária de maior prevalência para histerectomia vaginal com prolapso uterino é a 6ª década de vida.^{5,39,50} A observação decorre de uma diminuição da estrogenização do aparelho de sustentação pélvica, acompanhado da flacidez dos ligamentos sustentadores do útero, em consequência da multiparidade e falta de exercícios físicos adequados.

No caso da histerectomia não indicada pelo prolapso uterino a faixa etária de maior prevalência coincide com aquela em que as doenças do útero provocadas pela estimulação hormonal estão mais presentes.

Neste trabalho, a distribuição da variável idade aconteceu com uma prevalência maior para as pacientes entre 35 e 55 anos. Isto é explicado pela ação do estrogênio sobre o útero provocando proliferação de tecido endometrial e atuando como impulsionador do crescimento dos miomas uterinos.⁵¹

Quando a idade do grupo foi analisada, encontraram-se transtornos associados a peri-menopausa, como irregularidade do eixo hormonal, e conseqüentemente no padrão de sangramento uterino. A idade de corte aos 45 anos para o estudo estatístico foi utilizada por ser a do perfil das pacientes operadas segundo a literatura.^{24,25,26,27} Os dados obtidos quanto à idade são semelhantes aos dados encontrados na literatura.

Ao distribuir o parâmetro idade em grupos com menos de 45 anos e 45 anos ou mais se encontrou uma distribuição equitativa da idade entre as pacientes operadas nos grupos 1 (histerectomia abdominal) e 2 (histerectomia vaginal).

O tempo de cirurgia foi correlacionado estatisticamente com os grupos etários pareados e não obtivemos diferença estatística significativa ($p=0,22$) para pacientes com faixa etária abaixo de 45 anos e 45 anos ou mais.

O mesmo aconteceu com relação ao tempo de internação ($p=0,22$). Não existiu uma diferença estatística entre pacientes com menos de 45 anos e 45 anos ou mais em relação ao tempo de internação para histerectomia.

A literatura aponta como perfil das pacientes que fizeram histerectomia tanto abdominal como vaginal, com uma prevalência de 35%, a presença de cirurgia pélvica anterior.^{25,29} Neste trabalho, encontrou-se a presença de cirurgia pélvica anterior para 35,3% das pacientes do grupo 1 e 56,5 % para as pacientes do grupo 2.

Quando se analisou cirurgia pélvica prévia a histerectomia, encontrou-se em ordem de prevalência a cesariana, cirurgia de interrupção de trânsito tubário, colpoperineoplastia, salpingectomia e oforectomia.

As cirurgias sobre a pélvis podem causar aderências no útero ou anexos, dificultando a retirada cirúrgica do órgão. Quando realizada a incisão para acesso a cavidade abdominal, observou-se que as aderências formadas, na grande maioria dos casos, eram aderências entre o grande omento e o peritônio da parede anterior do abdômen.

Apesar de alguns autores apontarem as cirurgias pélvicas como contra indicação da histerectomia por via vaginal pelas aderências que se formam, nos casos em que estas aderências foram encontradas as mesmas foram liberadas sem grande dificuldade e a cirurgia pode prosseguir.

No grupo estudado, quando correlacionados cirurgia pélvica anterior com grupos cirúrgicos, verificou-se maior prevalência para pacientes que não tinham cirurgia anterior (76,5%) e foram submetidas a histerectomia abdominal, tornando este dado estatisticamente significativo ($p=0,01$).

No grupo 2 houve uma distribuição homogênea entre as que não tinham cirurgia prévia e as que já tinham sido operadas.

A cirurgia pélvica anterior foi relacionada com o tempo de cirurgia e de uma maneira geral não se obteve correlação estatística com estas variáveis ($p=0,48$). O mesmo aconteceu quando foi relacionado com o tempo de internação, não havendo diferença estatística ($p=0,42$).

Quando avaliadas separadamente as pacientes do grupo 2, verificou-se que 56% das pacientes tinham sido submetidas a cirurgia pélvica anterior, e todas as histerectomias por via vaginal foram realizadas sem necessidade de conversão para via abdominal. Pode-se então sugerir, que a realização de cirurgia pélvica anterior não é contra indicação para histerectomia por via vaginal.

Quando correlacionada apenas a operação do tipo cesariana, observou-se um tempo médio de cirurgia maior do que o das pacientes que foram submetidas a outras intervenções pélvicas. Embora não haja significância estatística ($p=0,12$), este tempo maior pode ser explicado pela maior preocupação principalmente quanto ao sangramento que emerge quando do descolamento da bexiga da face anterior do útero.

Durante a cesariana a bexiga costuma ser descolada do útero para acesso ao seguimento anterior, local da histerotomia. Na reconstrução anatômica, após o nascimento do bebê, existe uma reação inflamatória cicatricial ocorrendo uma neoformação vascular e reação fibrinóide no local, estimulando a formação de traves que foram seccionadas com tesoura durante a dissecação para liberação do útero.^{52,53,54}

Quando se distribuiu cesariana anterior em relação aos grupos cirúrgicos, verificou-se que não há correlação estatística ($p=0,26$).

Para os casos de histerectomia por via abdominal obteve-se uma proporção de 42% para as pacientes que cursaram com operação cesariana.

No grupo de histerectomia por via vaginal a proporção foi de 32% de pacientes com operação cesariana, percentual que coincide com os índices de operação cesariana em nosso meio variando entre 30% a 35%. (FONTE – Registro de partos do Hospital Regional de São José – Dr. Homero de Miranda Gomes).

As pacientes estudadas apresentavam uma equivalência numérica nos grupos cirúrgicos em relação a parto normal. Embora a distribuição tenha sido ao acaso, observamos uma tendência proporcional de que pacientes com menor número de partos foram submetidas a operação por via abdominal e as múltiparas por via vaginal ($p=0,02$).

Embora não houvesse correlação estatística significativa, o tempo de cirurgia foi menor para aquelas pacientes que tiveram maior número de partos ($p=0,11$) e também uma diminuição no número de dias de internação para aquelas que tinham mais partos normais ($p=0,12$).

Constatou-se também que 19,6% das pacientes do grupo 2 não tiveram filhos de parto normal o que vem a comprovar que ausência de parto por via vaginal não é contra indicação para histerectomia vaginal.

Ao analisar-se o tempo de cirurgia das pacientes do grupo 1, verificou-se que não houve nenhuma cirurgia com tempo menor que 60 minutos e que a média de tempo foi 118 minutos.

Este fato se explica pela necessidade da laparotomia como via de acesso e preparo da cavidade com a colocação de compressas. Na histerectomia por via abdominal (grupo 1) as estruturas são todas isoladas e trabalhadas separadamente o que também influencia no tempo operatório. Os ligamentos de sustentação da cúpula vaginal após o fechamento da vagina são fixados um a um, individualmente.

Para as histerectomias por via vaginal, o tempo de internação é variável em cada serviço em uma longa faixa, encontramos na literatura de 24 horas até nove dias.^{20,24,25,55} O tempo de cirurgia é citado nos trabalhos pesquisados em torno de 50 minutos.^{20,25,38}

Neste estudo, quando realizada a média aritmética do tempo de cirurgia para o grupo 2, encontrou-se 51 minutos para o tempo operatório, e o tempo de internação prevalente foi de 24 horas.

No grupo 2, histerectomia vaginal, não há tempo gasto com a abertura e fechamento da cavidade, preparo do abdômen para cirurgia, as estruturas são pinçadas em bloco e os ligamentos de sustentação da vagina são fixados no primeiro passo da operação.

Quando avaliados os grupos cirúrgicos e correlacionados com o tempo de cirurgia verificou-se um tempo de cirurgia menor para o grupo 2 com alto grau de significância estatística ($p < 0,01$). O mesmo achado ocorreu quando relacionados os grupos cirúrgicos com o tempo de internação. As pacientes do grupo 2 tiveram menor tempo de internação ($p < 0,01$).

É praticamente um consenso na literatura consultada, que a histerectomia vaginal é acompanhada de menor morbidade em relação à histerectomia abdominal. A ausência de incisão abdominal gera conseqüentemente menor traumatismo, menor dor no pós-operatório, deambulação precoce, retorno mais rápido às atividades de rotina, menor exposição da cavidade peritoneal com mínimo ou nenhum manuseio das alças intestinais, o que diminui a possibilidade de distensão devido ao íleo paralítico.³³ Não há colocação de compressas comprimindo as vísceras contra o diafragma o que facilita a mobilidade deste facilitando a ventilação durante o ato operatório.

Em um estudo com 370 pacientes que se submeteram a histerectomia vaginal sem prolapso uterino, MACEDO concluiu que a via vaginal é uma opção favorável para a remoção do útero, redundando em ato operatório simples, pouco traumático, que propiciou recuperação rápida das pacientes.²⁰

RAMÍREZ et al em um estudo protocolizado no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso – Chile, apresentaram 14 pacientes portadoras de miomas uterinos sintomáticos, com indicação de histerectomia, com tamanho de 14 a 20 centímetros, medidos desde a sínfise púbica, equivalente a uma gravidez de 14 semanas ou mais, sem prolapso genital, submetidas a histerectomia vaginal. Utilizaram técnicas de bissecção, morcelamento e miomectomia para redução da massa uterina e a única complicação encontrada foi um caso de infecção urinária baixa.²⁸

Em 1998, OLIVA apresentou uma série de 61 histerectomias vaginais sem prolapso uterinos cujas indicações foram constituídas basicamente de mioma ou adenomiose tendo como complicações dois caso de infecção urinária e concluiu que a técnica traz grandes benefícios clínicos e econômicos para as pacientes.³⁸

Nas histerectomias vaginais as complicações mais encontradas são infecção,^{24,28} retenção urinária, granuloma, fluxo persistente,²³ prolapso de vagina.⁵⁶ Pelo fato de não haver incisão abdominal afasta-se o risco de infecção da ferida operatória, deiscência, evisceração e mais tardiamente hérnia incisional.³³

Com relação a histerectomia de maneira geral, em diversas séries publicadas, estima-se que a mortalidade é de 0,1%,^{13,24} porém a morbidade pode ser maior com índice de complicação variável para cada serviço.

Neste trabalho, foram encontradas três casos de complicações operatórias referentes ao grupo 2. Dois relacionados a trauma de sistema urinário e um relacionado a sangramento. Todos os casos foram corrigidos no pós-operatório com boa evolução. Não foi encontrado nenhum caso de infecção urinária ou outras alterações vinculadas à cirurgia além das descritas.

Acredita-se que mais pesquisas devem ser desenvolvidas em relação à histerectomia vaginal sem prolapso uterino, suas indicações, complicações e procedimentos técnicos, ampliando sua utilização como uma rotina em todos os Serviços de Ginecologia deste país.

6. CONCLUSÕES

1 – Nesta amostra, as histerectomias em pacientes sem prolapso uterino por via vaginal apresentaram vantagens em relação as histerectomias por via abdominal quanto ao menor tempo de cirurgia e menor tempo de internação.

2 – A cirurgia pélvica anterior, inclusive cesariana, como também a ausência de parto normal, não foram neste trabalho, fatores de contra indicação para histerectomia vaginal sem prolapso uterino.

REFERÊNCIAS

1. Zink HC. Dicionario Pschyrembel de ginecología y obstetricia. New York: de Gruyter, 1988.
2. Oliveira LJ, Urbanetz AA, Nascimento RMM, Grillo MA. Histerectomia vaginal: análise de 126 casos. Rev Bras Ginecol Obstet 1993;15(1):32-7.
3. Guimarães A, Margarido PFR, Montelleone PAA, Podgaec S, Ribeiro SECC, Ramos RL, Pinott JA. Tratamento do Prolapso uterino pela histerectomia vaginal. Rev Ginecol Obstet 1994;5(4):233-7.
4. Machado Junior RA, Boulhosa CJL, Santamarca R, Machado RA. Histerectomia vaginal. An Paul Med Cir 1996;123(2):60-5.
5. Carvalho SCB, Costa SL, Oliveira RR. Histerectomia Vaginal. J Bras Ginec 1986;96(4):175-8.
6. Salvatore CA. Histerectomia vaginal. Femina 1985;13(11):286-92.
7. Kovac SR, Cruikshank SH, Retto HF. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. J Gynecol Surg 1990;6(3):185-93.
8. Figueirêdo Neto O, Figueirêdo O. Histerectomia vaginal em úteros grandes: vantagens, seleção de pacientes e técnicas de morcelamento. Femina 1999;27(10):763-70.
9. Escárcega Nieto MR, Urdapilleta JD, Ibarra E. Histerectomía vaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Méx 1994;62(9):255-8.
10. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, Cowart MR, Scally MJ, Peterson HB, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. Am J Obstet Gynecol 1982;144(7):841-8.

11. Bravo EO, Bennette CR, Franck CK, Prado JG, Venegas JS, Carmona AB, et al. Histerectomía vaginal en ausencia de prolapso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(4):257-62.
12. Wilcox L, Koonin L, Pokras R. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994;1994(83):549-5.
13. Coló JAS, Urdapilleta JA. Tratamiento del muñon vaginal en la técnica de la histerectomía abdominal. *Cir & Cir* 1992;59(1):27-32.
14. Barros P. Atlas de operações ginecológicas. 2ª ed. São Paulo: Sarvier SA; 1977. p.56-112.
15. Zollinger MR, Zollinger Júnior MR. Atlas de cirurgia. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1977. p.257-81.
16. Pereira-Lima L, Kalil NA, Rhoden EL, Laste PR, Zetler CG. Efeito de drogas antiinflamatórias e antifibrosantes sobre aderências intra-abdominais pós-operatórias, em um modelo animal. *Acta Cir Bras* 1997;7(1):31-4.
17. Rhoden EL, Silva UL, Torres OM, Blankenburg E, Castro MAA, Pereira-Lima L. Efeito do dextran sobre a intensidade das aderências peritoneais intra-abdominais pós-operatórias: estudo experimental em ratos. *Rev Col Bras Cir* 2000;27(1):23-6.
18. Silva MAC, Bassi DG, Paula PR, Cauduro AB, Moura LAR, Novo NF, Speranzini MB. Influência da sutura peritoneal na formação de aderências na cicatriz cirúrgica de incisões abdominais: estudo experimental no cão. *Acta Cir Bras* 1990;5(2):71-4.
19. Halbe HW, Tratado de ginecologia. 2ª ed. São Paulo: Roca Ltda; 1993.p.1992-2011.
20. Macedo ALS, Simões PM, Macedo FLS. Histerectomia vaginal em pacientes não portadoras de prolapso do útero: Estudo de 370 casos. *Rev Bras Ginec Obstet* 1995;17(10):1011-9.
21. Te Linde R, Mattingly R. Operative Gynecology. 8ª ed. Philadelphia: Guanabara Koogon SA; 1970.p.1181-4.

22. Sandoval CS, Cunill EC, Astudilo JD. Nueva técnica de histerectomía total laparoscópica: una alternativa a la histerectomía abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999;64(6):444-53.
23. Costa Neto A, Souza Filho OC, Da Ros CT, Uglione A, Mello ABB, Lampert HP. Histerectomia vaginal. Análise de 73 casos. *J Bras Ginec* 1991;101(7):287-91.
24. Arana JA, Román JY. 1042 casos consecutivos de histerectomía vaginal para la corrección del prolapso uterino. *Diagnóstico (Perú)* 1988;21(4):112-5.
25. Figueiredo Netto O, Figueiredo O, Figueiredo EG, Figueiredo PG. Histerectomia vaginal: o laparoscópio é necessário?. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998;20(9):537-40.
26. Quiroz A, Enrique A. Histerectomía vaginal, en el Hospital Souther Peré Cooper Corporation Ilo [tese]. Arequipa UNSA: Universidad Nacional de San Agustín; 1987.
27. Pereiro R, Montbrun E, Nastasi A, Barbeito J, Montbrun M, Gómes J, et al. Histerectomía vaginal: analisis de 79 casos. *Arch Hosp Vargas* 1990;32(1/2):93-9.
28. Ramírez CB, Olivia EB, Franck CK, González PJ, Bello AC, Venegas LS, et al. Histerectomía vaginal en útero de gran tamaño y en ausencia de prolapso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(4):263-7.
29. Siu AA, Rengifo EH, Dias VH. Antibioticoprofilaxis en la histerectomía total abdominal. *Diagnóstico (Perú)* 1988;21(4):101-5.
30. Coulam CB, Pratt JH. Vaginal hysterectomy: is previous pelvic operation a contraindication? *Am J Obstet Gynecol* 1973;116(2):252-60.
31. Grody M. Vaginal hysterctomy: the large uterous. *J Gynecol Surg* 1989;1989(5):301-12.
32. Larson L. Vaginal hysterectomy in the nulligravida. Sixth International Vaginal Surgery Conference 1995; St. Louis, Missouri 40-1.
33. Macedo ALS, Simões PM, Macedo FLS. Histerectomia vaginal. *Femina* 1992;12:1233-4,1239-40.

34. Figueiredo Neto O, Figueiredo O, Pinotti J. Histerectomia vaginal em pacientes sem prolapso uterino: Análise de 150 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1997;1997(19):301-12.
35. Dean AG, Dean JA, Coulumbier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. Epi Info: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. In 6.0 ed. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 1994.
36. Coro RG. Histerectomía vaginal, resultados de una técnica. *Rev Cuba Obstet ginecol* 1990;16(1):58-71.
37. Casas PRF. Histerectomía vaginal: resultados y comparación con otras técnicas. *Obstet Ginecol Latinoam* 1998;56(3):165-74.
38. Olivia EB, Ramírez CB, Christian FK, Gonzáles JP, Soto-Aguilar JV, Bello AC, et al. Histerectomía vaginal en ausencia de prolapso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(4):257-62.
39. Souen JS, Filassi JR, Chin HC, Mota EV, Moreira AMS. Histerectomia vaginal – análise de 200 casos na clínica ginecológica da F.M.U.S.P. *Ginecol Obstet Bras* 1988;11(2):129-35.
40. Dietrich I, Pinotti HW, Souza MC. Cicatriz cirúrgica e imagem corporal. *Rev Bras Cir* 1990;80(1):33-5.
41. Pérez LA, García FCS, Morales LER. Cicatrices abdominales deformantes: tratamiento quirúrgico con expansión tisular. *Acta Pediátr Méx* 1994;15(5):228-32.
42. Goldani MZ, Bettiol H, Barbieri MA, Tomkis A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2000;16(4):1041-7.
43. Pada CMGL, Pelá NTR. Idade materna como fator de risco: estudo com primigestas na faixa etária igual ou superior a 28 anos. *Rev Latinoam Enfermagem* 1999;7(4):57-64.

44. Gabriele F, Petracco A, Badalotti M. Miomatose uterina. *Acta Méd (Porto Alegre)* 1999;20(1):115-24.
45. Geber S, Lopes GP, Reis JHP, Nascimento LG, Marinho RM, Silva HMS. Adenomiase: estudo clínico e histopatológico de 352 casos. *J Bras Ginecol* 1992;102(1/2):43-5.
46. Machado LV. Sangramento uterino disfuncional. *Arq Bras endocrinol metab* 2001;45(4):375-82.
47. Prudente RAG, Petracco A, Badalotti M. Sangramento uterino disfuncional. *Acta Méd (Porto Alegre)* 1998;(1)153-60.
48. Ambe AK, Barbosa-Villa G, Jurado-Jurado M, Almanza R, León FG. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Estudio crítico y comparativo con histerectomía vaginal y abdominal en el Hospital A.B.C. de la Ciudad de México. *Ginecol Obstet Méx* 1997;65(9):362-7.
49. Troncoso FR, Paiva EW, Rojas IT, López JLG, Pierotic MC, Nuñez FB, et al. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia en el hospital Dr. Sotero Del Rio. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1994;59(6):435-41.
50. Simões PM, Silveira CMG, Marques LR, Albuquerque HL, Oliani AH, Curi S, et al. Histerectomia vaginal análise de 386 casos. *Rev Bras Ginec Obstetr* 1981;3(4):157-60.
51. Bozzini N, Realti C, Fonseca AM, Pinotti JA. Tratamento do mioma uterino. *Rev Ginecol Obstet* 1994;5(4):243-7.
52. Bendek EA. Estudio clínico e histológico de la cicatriz de la cesárea segmentaria. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1992;43(4):260-3.
53. Mejía R, Escalona A. Evaluación de fibrosis en la cicatriz uterina postcesárea. *Bol Méd Cobre* 1989;2(1/2):43-5.
54. Tomazoni W, Tregnago MC. Estudo histológico das alterações observadas em cicatrizes uterinas provocadas pela operação cesariana. *Rev Cient AMECS* 1994;3(1):49-52.

55. Silvanio RF, Fiallo N, Orlando MD, Fausto FM. Histerectomía vaginal: resultados de una técnica. Rev Cuba Obstet ginecol 1990;18(1):58-71.
56. Montbrún F, Hernández C. Selección de una técnica para la suspensión de la cúpula vaginal en su prolapso después de la histerectomía. Gac Méd Caracas 1994;102(3):236-42.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de consentimento informado

HOSPITAL FLORIANÓPOLIS
SERVIÇO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro para fins de cirurgia que fui informada de que serei submetida à cirurgia de histerectomia vaginal e que estou consciente de que esta cirurgia pode ser complicada por hemorragia, lesão de trato urinário, infecção urinária ou vaginal.

Declaro também que estou ciente que os dados por mim informados servirão de subsídio para trabalho científico e dissertação de mestrado do Dr. Vânio Cardoso Lisboa que será apresentado ao Curso de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, _____

ASS.: _____

APÊNDICE 2

Protocolo de coleta de dados

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

NOME _____ TEL _____

Nº _____ Nº DO PRONTUÁRIO _____

IDADE _____

CIRURGIA ANTERIOR _____

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES _____

INCONTINÊNCIA URINÁRIA SIM NÃO

PARIDADE: Nº GEST _____ Nº PN _____ Nº CES. _____ Nº AB. _____

MEDICAÇÃO EM USO _____

INDICAÇÃO DA CIRURGIA : MIOMA ADENOMIOSE METRORRAGIA

OUTRA _____

DIA DA CIRURGIA: ____/____/____ DIA ALTA ____/____/____

TEMPO DE INTERNAÇÃO _____ DIA(S)

TEMPO DE CIRURGIA _____ MINUTOS

PESO UTERINO: _____

ACIDENTES NA CIRURGIA _____

RESULTADO ANATOMO PATOLÓGICO _____

PESO _____ ALTURA _____ IMC _____

GRAU DE INSTRUÇÃO _____

PROFISSÃO _____

DOR ABDOMINAL ANTES DA CIRURGIA SIM NÃO

DOR ABDOMINAL DEPOIS DA CIRURGIA SIM NÃO

APÊNDICE 3

Relação dos prontuários pesquisados

Relação dos prontuários pesquisados

N. de ordem	N. do prontuário	Iniciais da paciente	Local de arquivamento
1	38281	MON	HF
2	38304	INP	HF
3	1249	VCC	MCC
4	38376	EAO	HF
5	1270	EISM	MCC
6	38399	DKM	HF
7	38444	MJSD	HF
8	1389	MS	MCC
9	38457	ZC	HF
10	38477	RGC	HF
11	38754	OMA	HF
12	1535	ER	MCC
13	1573	MPPM	MCC
14	38573	EIS	HF
15	1597	ZMSS	MCC
16	38748	MLSM	HF
17	27053	BOD	HF
18	2413	DMRT	MCC
19	38655	MLM	HF
20	38754	OMA	HF
21	18513	MLAP	HR
22	139491	LSF	HR
23	126170	MLC	HR
24	2453	LPR	MCC
25	2444	JMR	MCC
26	139717	MASF	HR
27	139696	MAM	HR
28	2574	MIBG	MCC
29	2702	JFA	MCC
30	140189	VVB	HR
31	2716	MAVC	MCC

32	38999	MCR	HF
33	2822	DS	MCC
34	2823	AMGP	MCC
35	3236	SMS	MCC
36	39518	ERS	HF
37	39577	NKP	HF
38	39558	MB	HF
39	39557	CMP	HF
40	39642	TCS	HF
41	39746	TK	HF
42	39745	MDS	HF
43	39770	SAC	HF
44	2013	MHJ	MCC
45	39897	MJB	HF
46	39843	DS	HF
101	36120	AAD	HF
102	37063	CS	HF
103	37074	SMP	HF
104	37065	MLFM	HF
105	37108	NFS	HF
106	37347	EESS	HF
107	37412	NMF	HF
108	37452	LZD	HF
109	37548	MTV	HF
110	37615	AMAS	HF
111	37609	VMB	HF
112	36011	AMTS	HF
113	26540	RV	HF
114	36826	RMCM	HF
115	37154	EGO	HF
116	36211	CCS	HF
117	37805	IMN	HF
118	36608	TMP	HF
119	36007	MGBJ	HF
120	37869	LSK	HF
121	37662	LG	HF
122	37765	MPS	HF
123	37671	AD	HF
124	37691	VV	HF

125	36794	MFS	HF
126	36733	RBK	HF
127	38120	MLAS	HF
128	38137	MSE	HF
129	38135	OPV	HF
130	36792	VPS	HF
131	38054	VS	HF
132	36902	MFP	HF
133	36874	ZZF	HF
134	35820	JR	HF
135	36253	MV	HF
136	36630	GP	HF
137	31098	RNPC	HF
138	36053	APLAD	HF
139	36052	MNZ	HF
140	35965	LBS	HF
141	35967	TF	HF
142	33355	CLC	HF
143	30248	HMS	HF
144	35710	AALD	HF
145	36968	STKS	HF
146	34812	MAS	HF
147	36558	CNR	HF
148	36454	KCP	HF
149	35997	MCV	HF
150	36735	DBO	HF
151	34771	MDW	HF
152	36103	JLJ	HF
153	36126	MVS	HF
154	31031	MSSN	HF
155	35476	RMO	HF
156	35383	CRM	HF
157	35014	MTS	HF
158	34970	TAV	HF
159	35178	RV	HF
160	33870	MGCQ	HF
161	34976	MLS	HF
162	35347	MJM	HF
163	34609	ENA	HF

164	35039	ESB	HF
165	34714	MLS	HF
166	35332	FM	HF
167	35375	NFR	HF
168	26728	IGG	HF
169	34668	RAV	HF
170	37042	OMS	HF
171	38279	ETR	HF
172	37863	IFS	HF
173	34928	MLA	HF
174	37911	CRL	HF
175	36754	NMM	HF
176	30663	LIF	HF
177	36267	VRHP	HF
178	37971	RAL	HF
179	38226	MAR	HF
180	36924	MFF	HF
181	38082	ELSS	HF
182	21095	LDK	HF
183	37640	EFCS	HF
184	37038	EBV	HF
185	36797	ICF	HF
186	12474	JNSF	HF
187	34453	AFM	HF
188	34490	HG	HF
189	34671	LMP	HF
190	34665	GMI	HF
191	34757	AC	HF
192	25549	VMCS	HF
193	35538	MNRP	HF
194	34820	IRS	HF
195	34572	MG	HF
196	36508	ALAG	HF
197	35074	NAA	HF
198	35530	AMC	HF
199	39222	STJ	HF

APÊNDICE 4

Consentimento da comissão de ética do Hospital Florianópolis

Florianópolis, 16 de junho de 1999.

Ilmo Sr.

Dr. Vânio Cardoso Lisboa

Serviço de Ginecologia do Hospital Florianópolis.

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, manifestar a aprovação de seu projeto de pesquisa intitulado: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HISTERECTOMIA ABDOMINAL E VAGINAL SEM PROLAPSO UTERINO, pela comissão de ética do Hospital Florianópolis, conforme as normativas expostas no protocolo.

Atenciosamente,

Presidente da Comissão de ética

Hospital Florianópolis

ANEXO

Normas adotadas

NORMAS ADOTADAS

Ficha catalográfica (descritores)

BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências de Saúde.
DeCs – Descritores em ciências da saúde: lista alfabética 2.ed. Ver. Amp. São Paulo:
BIREME, 1992. 111 p.

Relatório:

Normas para elaboração de Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências Médicas.
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Médicas da Saúde, Mestrado
em Ciências médicas. Florianópolis – SC, 1999.

Referências:

Normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver).
International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for
manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;123:36-47.