



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

TAILA TAIS FLOSS

**AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

PASSO FUNDO, RS

2021

TAILA TAIS FLOSS

**AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

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

Orientadora: Prof. Me.^a Andréia Jacobo

Coorientadora: Prof. Dr.^a Jossimara Poletini

PASSO FUNDO, RS

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Floss, Taila Tais
AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE / Taila Tais Floss.
-- 2021.
89 f.:il.

Orientadora: MESTRADO Andréia Jacobo
Co-orientadora: DOUTORADO Jossimara Polettini
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. ENDOMETRIOSE. 2. DOR PÉLVICA. 3. CIRURGIA. 4.
GINECOLOGIA. I. Jacobo, Andréia, orient. II. Polettini,
Jossimara, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

TAILA TAIS FLOSS

**AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE**

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

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me.^a Andréia Jacobo – UFFS
Orientadora

Prof. Dr.^a Jossimara Poletini – UFFS
Coorientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente à minha orientadora Prof. M.^a Andréia Jacobo e a minha coorientadora Prof. Dr.^a Jossimara Poletini, pela paciência, dedicação, conhecimento e disponibilidade em fundamentar esse projeto de pesquisa. Suas contribuições certamente foram primordiais para tornar esse trabalho realidade.

Estendo minha gratidão ao Hospital São Vicente de Paulo e ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo, instituições que me acolheram e possibilitaram a realização desse projeto, bem como a todos os profissionais pertencentes a essas instituições que me auxiliaram durante todo período.

Sou grata também a todos aqueles que ajudaram direta ou indiretamente para a construção desse trabalho, principalmente a minha família e amigos que, de inúmeras formas fizeram-se presentes, apoiaram-me e torceram pelo meu sucesso.

RESUMO

Trata-se de um trabalho de curso (TC), realizado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, RS. O volume foi estruturado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e está em conformidade com o Regulamento do TC. Esse trabalho intitula-se AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE e foi desenvolvido pela acadêmica Taila Tais Floss, sob orientação da Prof. M^a Andreia Jacobo e coorientação da Prof. Dr.^a Jossimara Poletini. Esse volume é composto por três partes, sendo a primeira, o projeto de pesquisa, desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TC I), no segundo semestre letivo de 2020. A segunda parte incluirá um relatório descritivo das atividades de coleta de dados realizados mediante revisão dos prontuários e contato telefônico por meio de entrevista de caráter recordatório, no CCR Trabalho de Curso II, durante o primeiro semestre letivo de 2021. A terceira parte incluirá um artigo científico com a compilação dos resultados obtidos, atividade realizada no CCR de Trabalho de Curso III, no segundo semestre letivo de 2021.

Palavras chave: Endometriose. Dor pélvica. Cirurgia. Ginecologia

ABSTRACT

This is a course work (TC), performed as a requirement for obtaining a Bachelor of Medicine degree from the Federal University of Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo campus, RS. The volume was structured according to the UFFS Academic Works Manual and is in compliance with the TC Regulation. This work is entitled EVALUATION OF PELVIC PAIN IN PATIENTS SUBMITTED TO SURGICAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS and was developed by the academic Taila Tais Floss, under the guidance of Prof. Ms^a Andreia Jacobo and co-supervision by Prof. Dr. Jossimara Poletini. This volume will consist of three parts, the first being the research project, developed in the curricular component (CCR) of Course Work I (TC I), in the fifth semester of the course. The second part will include a descriptive report of the data collection activities carried out by reviewing the medical records and telephone contact through a remembrance interview, at CCR Trabalho de Curso II, during the sixth semester of the course. The third part will include a scientific article with the compilation of the results obtained, an activity carried out in the CCR of Course Work III, in the seventh semester of the course, being concluded at the end of the second academic semester of 2021.

Keywords: Endometriosis. Pelvic pain. Surgery. Gynecology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação Revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva	16
Figura 2 - Classificação Enzian para Endometriose Profunda	17
Figura 3 - Índice de Fertilidade da Endometriose	18
Figura 4 - Algoritmo clínico para mulheres com endometriose profunda	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. DESENVOLVIMENTO	11
2.1. PROJETO DE PESQUISA	11
2.1.1. Resumo	11
2.1.2. Tema	12
2.1.3. Problema	12
2.1.4. Hipóteses	12
2.1.5. Objetivos	13
2.1.5.1. <i>Objetivo Geral</i>	13
2.1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i>	13
2.1.6 Justificativa	13
2.1.7. Referencial Teórico	14
2.1.7.1. <i>Endometriose</i>	14
2.1.7.2. <i>Fisiopatologia</i>	15
2.1.7.3. <i>Localizações anatômicas e classificação</i>	15
2.1.7.4. <i>Apresentação clínica</i>	18
2.1.7.5. <i>Diagnóstico</i>	19
2.1.7.6. <i>Tratamento</i>	21
2.1.8. Metodologia	25
2.1.8.1. <i>Tipo de estudo</i>	25
2.1.8.2. <i>Local e período de realização</i>	25
2.1.8.3. <i>População e amostragem</i>	25
2.1.8.4. <i>Variáveis e instrumentos de coleta de dados</i>	25
2.1.8.5. <i>Logística do estudo</i>	26
2.1.8.6. <i>Processamento, controle de qualidade e análise de dados</i>	26
2.1.8.7. <i>Aspectos éticos</i>	26
2.1.9. Recursos	28
2.1.10. Cronograma	29
2.1.11. Referências	29
2.1.12. Apêndices	33
2.1.13. Anexos	40
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	46
3. ARTIGO CIENTÍFICO	48

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
5. APÊNDICES	65
6. ANEXOS	68

1. INTRODUÇÃO

A primeira menção à endometriose na história ocorreu por um patologista alemão em 1860, Carl von Rokitansky, o qual descreveu a presença de glândulas endometriais em meio ao miométrio, nomeando-a de cistossarcoma adenoide uterino / adenomioma, condição que englobava o que hoje se denomina de adenomiose e de endometriose. Entretanto foi apenas em 1921 que foi determinada a origem endometriótica do endometrioma, até a data este era classificado como cisto ovariano hemorrágico (ROKITANSKY, 1860; BENAGIANO, BROSENS, 2006). Atualmente, endometriose caracteriza-se pela presença de glândulas ou estroma endometrial fora da cavidade uterina, normalmente no peritônio pélvico e ovários, mas podendo ocorrer também em outras topografias intra-abdominais e, mais raramente, no pericárdio, na pleura e até mesmo no cérebro. É uma doença ginecológica estrogênio-dependente, benigna e crônica, de origem incerta, a qual apresenta-se clinicamente através de dor pélvica e infertilidade, na maioria dos casos (GIUDICE, KAO, 2004; ZIEGLER, BORGHESE, CHAPRON, 2010).

Estima-se que entre 2% e 10% da população feminina seja acometida por essa enfermidade, ao passo que se faria presente em mais de 50% das mulheres inférteis, resultando em uma taxa mensal média de fertilidade entre 2% e 10%, comparada a 15% a 20% em casais férteis (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2006; ESKENAZI, WARNER, 1997; MEULEMAN et al., 2009). Diante da suspeita através de anamnese e de achados compatíveis ao exame físico e exames de imagem, o diagnóstico é firmado por meio da visualização das lesões pela laparoscopia e/ou confirmação histopatológica da biópsia das mesmas (ZIEGLER et al., 2019; ADAMSON, 1990).

Vercellini et al. (2009), em uma meta-análise, determinou que o procedimento cirúrgico com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas resulta em uma maior taxa de fecundação natural em todos os estágios da doença, de aproximadamente 50% nos 12 a 18 meses subsequentes ao procedimento. A cirurgia, portanto, é considerada alternativa inicial de tratamento para mulheres jovens, enquanto tecnologias de reprodução assistida, como FIV, é priorizada para pacientes com reserva ovariana comprometida e/ou idade maior que 35 anos (ZIEGLER et al., 2019).

Importante salientar que a dor é um sintoma presente na maioria das mulheres acometidas por endometriose, e o tratamento cirúrgico parece melhorar esse fator. Nesse contexto, em estudo comparativo, composto por 90 pacientes, diagnosticadas com

endometriose na idade média de idade de 34,3 anos \pm 7,13 anos (20-54a), as quais foram submetidas à cirurgia para ressecção de focos de endometriose, os principais sintomas algícos relatados pelas pacientes foram dor pélvica em baixo ventre (75 %), dispareunia (40 %) e dismenorreia (39 %). Quando avaliado sobre o nível da dor através da Escala Visual Analógica (EVA), o referido estudo mostrou uma média de 8,35 \pm 2,08 (0-10), o qual mostrou-se estatisticamente inferior, com média 1,98 \pm 2,62 (0-8), no momento pós cirurgia. (AUGUSTO et al., 2019).

Dessa forma, o conhecimento das taxas de fertilidade e de eficácia no tratamento cirúrgico para diminuição da dor em serviços de atendimento especializados é importante para conscientização e popularização de tal tratamento para melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas por endometriose.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Resumo

A endometriose é uma alteração ginecológica benigna, estrogênio dependente, prevalente, a qual pode apresentar-se de forma assintomática ou repercutir negativamente na qualidade de vida de suas portadoras, sendo as principais queixas a dor pélvica e infertilidade. A dor pode ser tratada excisando implantes peritoneais, nódulos profundos e cistos ovarianos ou induzindo a supressão da lesão pela abolição da ovulação e menstruação por meio da manipulação hormonal com progestágenos, anticoncepcionais orais e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina. O procedimento cirúrgico com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas resulta em uma diminuição significativa da queixa de dor pelas pacientes quando submetidas a avaliação da Escala Visual Analógica. Além disso, o procedimento resulta em aumento da taxa de fecundidade, em todos os estágios da doença. O presente estudo será do tipo observacional, quantitativo, coorte retrospectiva, descritivo e analítico, com amostra não probabilística, de conveniência, composta por mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose em serviços de Passo Fundo/RS e objetiva descrever a relação de dor pélvica antes e após tratamento cirúrgico. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFS), serão selecionadas as pacientes submetidas a cirurgia para tratamento de endometriose, entre 01 de

janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019 no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), realizar-se-á contato por meio telefônico a essas pacientes objetivando a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), coleta de dados pessoais, hábitos de vida e história obstétrica prévia e posterior ao procedimento cirúrgico e, posteriormente, serão acessados os prontuários das mesmas para coleta dos dados. A análise estatística dos dados será descritiva, será verificada a prevalência (IC95) no padrão dor pélvica antes e após o procedimento cirúrgico, taxa de fertilidade após o tratamento cirúrgico para endometriose, taxa de nascidos vivos e de abortamento, e suas distribuições de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, por meio do teste do qui-quadrado realizadas com auxílio do *software* PSPP, e o nível de significância estatística adotado será de 5%.

Palavras-chave: Ginecologia. Saúde da Mulher. Infertilidade. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

2.1.2. Tema

Avaliação de dor pélvica em pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose.

2.1.3. Problema

Qual a prevalência de dor pélvica no diagnóstico de endometriose?

Há melhora da queixa de dor pélvica por endometriose após o tratamento cirúrgico?

Qual a taxa de fertilidade até um ano e meio após realização de excisão cirúrgica de endometriose?

2.1.4. Hipóteses

A prevalência de dor pélvica é de, aproximadamente, 75% das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por endometriose.

Há melhora significativa da queixa de dor pélvica por endometriose, após o tratamento cirúrgico, segundo a escala analógica visual da dor (EVA);

A taxa de fertilidade é em torno de 40-50% em pacientes tratadas cirurgicamente para endometriose.

2.1.5. Objetivos

2.1.5.1. Objetivo Geral

Comparar a avaliação do nível de dor pélvica pré e pós tratamento cirúrgico de endometriose.

2.1.5.2. Objetivos Específicos

Avaliar a prevalência de dor pélvica como sintoma primário para diagnóstico de endometriose.

Verificar a mudança no padrão da dor pélvica nas pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose.

Descrever a taxa de fertilidade nas pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico, taxa de gestações, a taxa de nascidos vivos e a taxa de abortamento.

2.1.6. Justificativa

A endometriose é uma alteração patológica benigna, a qual pode apresentar-se de forma assintomática ou repercutir negativamente na qualidade de vida de suas portadoras, sendo as principais queixas a dor pélvica e a infertilidade. A dor pode ser tratada excisando implantes peritoneais, nódulos profundos e cistos ovarianos ou induzindo a supressão da lesão pela abolição da ovulação e menstruação por meio da manipulação hormonal com progestágenos, anticoncepcionais orais e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina.

O procedimento cirúrgico com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas resulta em uma diminuição significativa da queixa de dor pelas pacientes. No entanto, poucos relatos

caracterizam dor como achado principal, além da escassez de caracterização sociodemográfica e clínica das pacientes submetidas à cirurgia em Serviços Especializados. Dessa forma, esse trabalho faz-se importante tendo em vista que, para além de estabelecer uma epidemiologia mais precisa dos serviços deste município, pode ser útil e relevante no aperfeiçoamento de técnicas e manejo dessas pacientes. Além disso, atentar os achados clínicos para diagnóstico precoce dessa patologia que muitas vezes é subdiagnosticada.

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 na qual o tecido endometrial, glandular e/ou estromal, prolifera-se 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 (RAMOS, SOEIRO, RIOS, 2018).

Endometriose é uma alteração patológica benigna, que ocorre tipicamente na cavidade pélvica, entretanto pode acometer múltiplos locais, produzindo uma reação inflamatória crônica, a qual varia desde a forma assintomática de apresentação até dor pélvica intensa e infertilidade (HOFFMAN et al., 2014; KENNEDY et al., 2005; DUNSELMAN et al., 2014).

Estima-se que a prevalência de endometriose nas mulheres esteja entre 6 e 10% (GIUDICE, KAO, 2004) e, 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. 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). No entanto, dor e infertilidade parecem ser os sintomas mais prevalentes, sendo que mais de 50% das pacientes com diagnóstico clínico de infertilidade apresentariam dor pélvica (MEULEMAN et al., 2009).

2.1.7.2 Fisiopatologia

A variedade de apresentações da endometriose dificulta a consolidação de que haja uma fisiopatologia universal a qual explique o desenvolvimento da mesma, sendo assim, diversas são as teorias estudadas a fim de elucidá-la. Assim, acredita-se que seja uma doença multifatorial e que as teorias se complementem. Dentre as mais estudadas estão a teoria da menstruação retrógrada, a teoria imunológica, de disseminação linfática ou vascular, metaplasia celômica e teoria da indução que, juntamente com a presença de fatores genéticos, desbalanço estrogênico e até mesmo presença de procedimentos cirúrgicos prévios, podem contribuir com o desenvolvimento da doença (PEIRIS, CHALJUB, MEDLOCK, 2018; HOFFMAN et al., 2014).

Atualmente, a teoria mais aceita para explicar a fisiopatologia da endometriose é a da menstruação retrógrada, que foi descrita por Sampson, em 1927. Isso porque durante a menstruação, ocorreria um refluxo de tecido endometrial através das tubas uterinas, com consequente implantação de focos no peritônio e nos ovários. 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).

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%). As regiões da vagina, o cólon, as alças intestinais e a bexiga são menos comumente afetadas (3,6%) (PASSOS et al., 2000).


A classificação clínica da endometriose ainda é bastante discutida na comunidade científica, uma vez que a correlação entre estadiamento cirúrgico e intensidade do quadro

clínico ainda é escassa. Dessa forma, vem-se buscando alternativas que compreendam esse quesito com melhor valor prognóstico quanto a dor pélvica, resposta às terapias propostas, qualidade de vida, associação com outras patologias e recorrência das lesões após ressecção (JOHNSON et al., 2017).

A Classificação Revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (r-ASRM) (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 1997) (Figura 1), ainda é considerada a melhor para este fim, entretanto é baseada nos achados cirúrgicos. Ainda se tem a Classificação Enzian para endometriose profunda (KECKSTEIN et al., 2003) (Figura 2), o Índice de Fertilidade da Endometriose (EFI) (ADAMSON, PASTA, 2010) (Figura 3) e também a Classificação da Associação Americana de Laparoscopia Ginecológica (AAGL, 2019).

De acordo com a r-ASRM, pode-se classificar a endometriose em 4 estágios: mínima, leve, moderada e severa, as duas primeiras correspondentes a doença peritoneal; doença moderada relacionada com endometrioma maior que 3 cm e severa apresentando endometriomas bilaterais e obliteração do fundo de saco de Douglas. Aderências tubárias e ovarianas também são pontuadas (VERCELLINI et al., 2014; AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 1997).

Figura 1 - Classificação Revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva



**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS**

Patient's Name _____ Date _____

Stage I (Minimal) - 1-5 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____

Stage II (Mild) - 6-15 Recommended Treatment _____

Stage III (Moderate) - 16-40

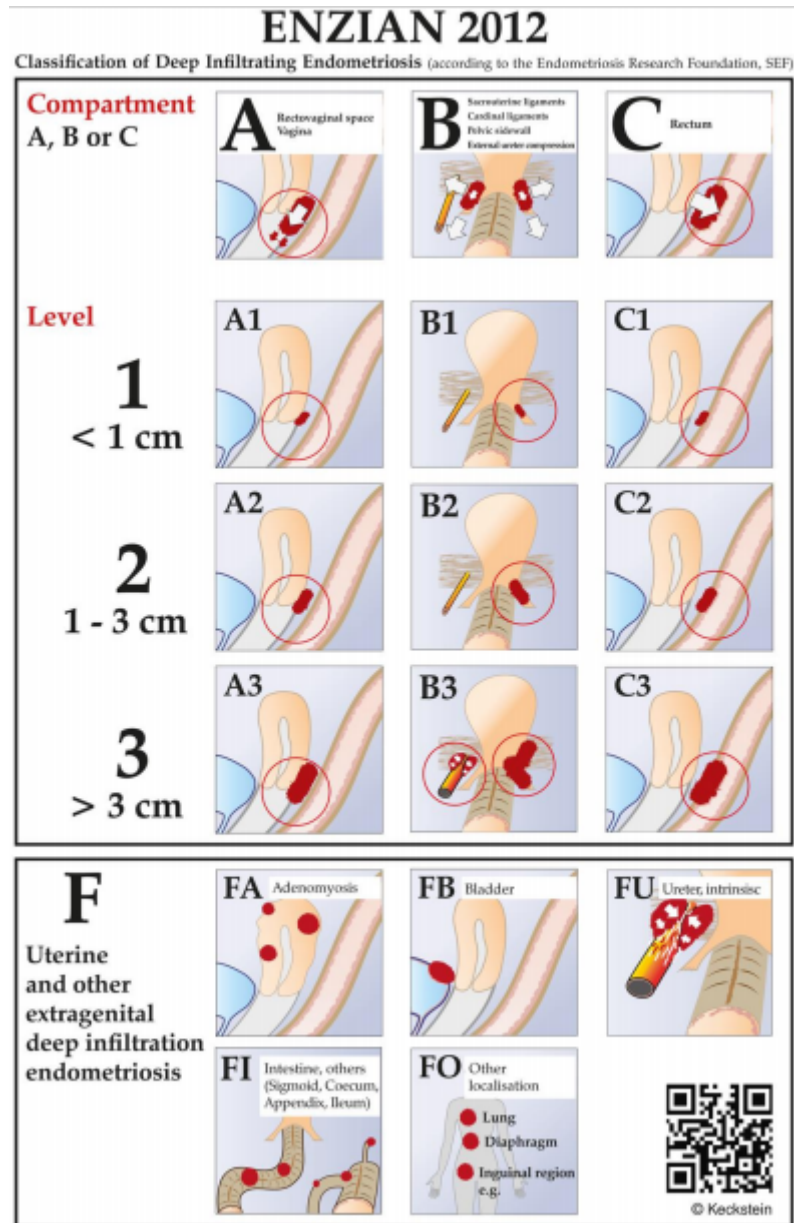
Stage IV (Severe) - >40 Prognosis _____

Total _____

PERITONEUM	ENDOMETRIOSIS	< 1cm	1-3cm	> 3cm
	Superficial	1	2	4
Deep	2	4	6	
OVARY	R Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
	L Superficial	1	2	4
	Deep	4	16	20
POSTERIOR CULDESAC OBLITERATION	Partial	4		40
	Complete			
OVARY	ADHESIONS	< 1/3 Enclosure	1/3-2/3 Enclosure	> 2/3 Enclosure
	R Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	L Filmy	1	2	4
	Dense	4	8	16
	TUBE	R Filmy	1	2
Dense		4*	8*	16
L Filmy		1	2	4
Dense		4*	8*	16

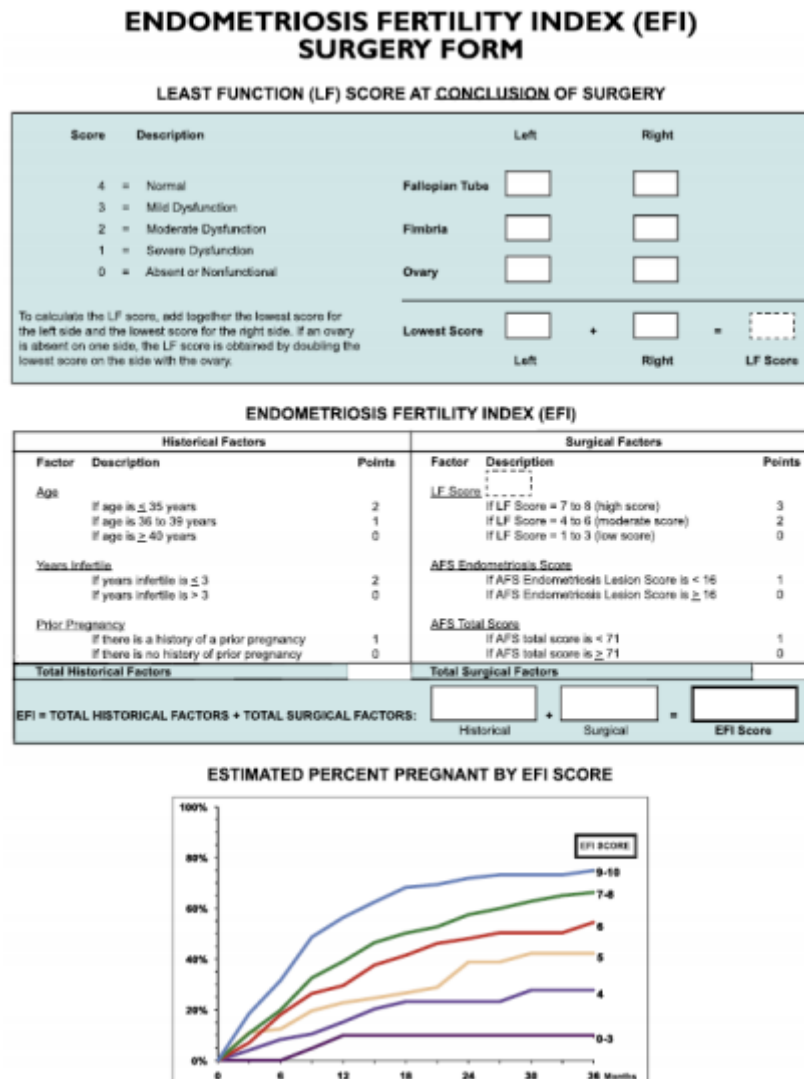
*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.
Denote appearance of superficial implant types as red (R), red, red-pink, flame-like, vesicular blobs, clear vesicles, white (W), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown, or black (B) black, hemosiderin deposits, blue. Denote percent of total described as R, %, W, %, and B, %. Total should equal 100%.

Figura 2 - Classificação Enzian para Endometriose Profunda



Fonte: KECKSTEIN et al., 2003

Figura 3 - Índice de Fertilidade da Endometriose



Fonte: ADAMSON, PASTA, 2010.

2.1.7.4. Apresentação clínica

A apresentação clínica da endometriose é extremamente variável, desde presença de lesão assintomática até sintomas importantes, incapacitantes e que prejudicam a qualidade de vida das mulheres. Os dois principais sintomas norteadores para o diagnóstico dessa patologia são infertilidade e dor pélvica, apesar de apresentarem baixa correlação com o estágio da doença (AGARWAL et al., 2019).

Dor pélvica é uma queixa presente em diversas patologias ginecológicas e também de outros sistemas, entretanto dor pélvica cíclica, inicialmente relacionada com o período menstrual da paciente (dismenorreia) progressiva, podendo desvincular-se do ciclo ao avançar

da doença, e que persista ao longo do tempo falam a favor da suspeita clínica de endometriose. Sintomas como dispareunia profunda, disquesia e disúria também podem compor o quadro clínico (AGARWAL et al., 2019).

Um estudo prospectivo realizado por Rocha et al., demonstrou-se que, em uma avaliação pré-operatória de endometriose profunda infiltrativa, 87% das pacientes apresentavam queixas ginecológicas tais como dismenorreia, dor pélvica crônica e dispareunia de profundidade, enquanto 45,6% apresentaram infertilidade e 80,4% incluíram outras queixas, tais como queixas intestinais, disquesia, tenesmo, constipação, diarreia e hematoquesia cíclica (ROCHA et al., 2018).

Quanto ao mecanismo fisiopatológico da dor são vários que corroboram para a manutenção e/ou evolução da dor pélvica crônica. Pode-se citar as mudanças neuroplásticas que ocorrem no corno posterior da medula espinhal em consequência de mudanças eletrofisiológicas, bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo nocivo inicial, o que leva à inflamação neurológica devido à liberação de fator de crescimento neural e substância P na periferia, local de origem do estímulo, exacerbando o mesmo. Adicionalmente, a sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo víscero-visceral); e o desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais, como dificuldade miccional ou incontinência urinária, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e geração de novos pontos de dor. Para compreender e facilitar o diagnóstico de dor pélvica é importante saber distinguir os tipos de dor que causam os sintomas nessas pacientes. Entre elas, dor de origem somática (bem localizada), dor de origem visceral (mal localizada) e dor de origem psicológica (NOGUEIRA, A. A; REIS, F. J. C; POLINETO, O. B., 2006).

2.1.7.5. Diagnóstico

Um diagnóstico tardio de endometriose pode gerar consequências para as portadoras nas diversas áreas da vida pessoal, profissional e sexual, com sintomas persistentes e redução significativa da qualidade de vida. Um dos mecanismos pelo qual isso ocorre é o desenvolvimento de sensibilização central do processo de dor que a paciente experimenta, com aumento da percepção da dor, mesmo em sítios onde não se encontra doença (AGARWAL et al., 2019). Nnoaham et al., em um levantamento multicêntrico, prospectivo, em 16 centros clínicos de 10 países, realizado com 1.418 mulheres com diagnóstico cirúrgico

de endometriose, apontaram que as mesmas perdem 38% da capacidade de trabalho (NNHOAHAM et al., 2011).

O exame físico pode apresentar uma boa acurácia na suspeita de endometriose, de 86 a 99% conforme o local acometido pela doença, através da palpação bimanual vaginal, sendo essa considerada positiva e sugestiva de acometimento por endometriose na presença de nódulos palpáveis, áreas endurecidas ou espessadas na anatomia pélvica, na topografia de ligamentos útero sacros, paredes vaginais, septo retovaginal, fundo de saco de Douglas, parede posterior da bexiga urinária ou então na presença de cistos palpáveis em expansão em topografia anexial direita ou esquerda. Deve-se proceder com exame especular quando possível e avaliar necessidade de exame retal (HUDELIST et al., 2009).

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%) (ZOMER, et al., 2013). Entretanto, por apresentar resultado positivo também na presença de outras patologias e baixa sensibilidade em casos de endometriose leve, este marcador é mais utilizado como método de acompanhamento pós-cirúrgico, para avaliar a ressecção das lesões, da mesma forma que o antígeno de câncer 19-9 (CA – 19-9) (HOFFMAN et al., 2014).

Outras ferramentas que podem ser empregadas para elucidação diagnóstica são a ultrassonografia transvaginal sem ou com preparo intestinal, a qual possui elevada acurácia na detecção de endometriomas e nódulos ou lesões vesicais. A retossigmoidoscopia, enema baritado (opaco), exames vesicais de imagem e a ressonância nuclear magnética de pelve também podem auxiliar na confirmação de lesões císticas ováricas, lesões infiltrativas pélvicas e de retossigmoidoide e lesões de bexiga. Entretanto, nenhum deles possui boa acurácia para detecção de lesões peritoneais superficiais e aderências (VERCELLINI et al., 2014; KHO et al., 2018).

Entre os exames de imagem, 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 (NACÚL, SPRITZER, 2010).

Apesar dos exames de imagem apresentarem boa acurácia no diagnóstico, a videolaparoscopia com biópsia das lesões 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). Visualmente as lesões podem se apresentar de cores e tamanhos variados, como queimadura (pó preto), brancas, vesículas claras ou avermelhadas; podem ser peritoneais superficiais, endometrioma ovariano ou endometriose profunda/infiltrativa, necessitando intervenções mais específicas posteriormente. À histologia, endometriose apresenta glândulas e/ou estroma endometriais com presença de inflamação e fibrose em lesões extra uterinas ou então apresentam macrófagos contendo hemossiderina (AGARWAL et al., 2019; KIM, HAN, 2018).

2.1.7.6. Tratamento

No tocante ao tratamento, faz-se necessário distinguir o objetivo do mesmo, separando as pacientes em dois grandes grupos iniciais, aquelas que visam o tratamento da dor pélvica sem desejo de gestar e aquelas com diagnóstico clínico de infertilidade e pretensão de gestação, ou ambas condições (GIUDICE, KAO, 2004).

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 retardar o desenvolvimento da patologia (AMARAL, 2018).

A terapêutica medicamentosa principal consiste na utilização de análogos do fator liberador de gonadotrofinas (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).

American Society for Reproductive Medicine (2013) trouxe como definição de infertilidade a falha em alcançar uma gestação bem-sucedida após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas pelo menos três vezes ao mês ou após terapia de inseminação artificial, sendo reduzido para 6 meses em pacientes com idade igual ou superior a 35 anos (JACOBSON et al., 2018). Para casais férteis a taxa mensal de fecundidade está estimada em 0,15 a 0,20, enquanto para pacientes diagnosticadas com endometriose e infertilidade ela variaria entre 0,02 e 0,10 (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2006).

A abordagem terapêutica para esse grupo de pacientes geralmente perpassa por procedimento cirúrgico, preferencialmente via laparoscópica à laparotomia e robótica, devido custo-benefício, com menor tempo de recuperação, e a disponibilidade da técnica. O procedimento visa a ablação ou remoção de todas as lesões endometrióticas visíveis, restauração da anatomia com a reparação de danos aos órgãos, através das variadas técnicas e instrumentos disponíveis. A expertise do cirurgião determinará a abordagem de endometriose moderada e severa, pode-se fazer necessária a presença de uma equipe multidisciplinar na abordagem de doença com acometimento intestinal e vesical (DUFFY et al., 2014).

Verificou-se que, comparativamente com a laparoscopia estritamente diagnóstica, a cirurgia laparoscópica foi associada a um aumento na taxa de gravidez e nascidos vivos (DUFFY et al., 2014). Vercellini et al. (2006) aos 18 e 36 meses após laparoscopia conservadora para tratamento de endometriose em 222 pacientes, descreveram taxa de gestação de cerca de 30% e 50%, respectivamente, nas pacientes submetidas ao procedimento, independente do estágio da patologia. Os autores descreveram ainda que a importância da realização do mesmo consiste na possibilidade de tratar no momento do diagnóstico e estadiamento da doença, apesar dos pontos ainda controversos sobre a indicação para pacientes inférteis e resultados no aumento da taxa de gravidez.

A remoção completa de lesões de endometriose infiltrativa profunda visíveis foi associada com aumento significativo na fertilidade dessas mulheres (ARFI et al., 2019). Até o presente momento, percebeu-se que a cirurgia aumenta a probabilidade de concepção natural durante os 12 a 18 meses subsequentes a sua realização, independentemente do estadiamento na doença. A associação entre realização de procedimento cirúrgico para exérese de lesões antes da realização de Fertilização in Vitro (FIV) foi demonstrada positiva para incremento na taxa de nascidos vivos apenas para doenças em estágios I e II (ASRM), apesar do benefício

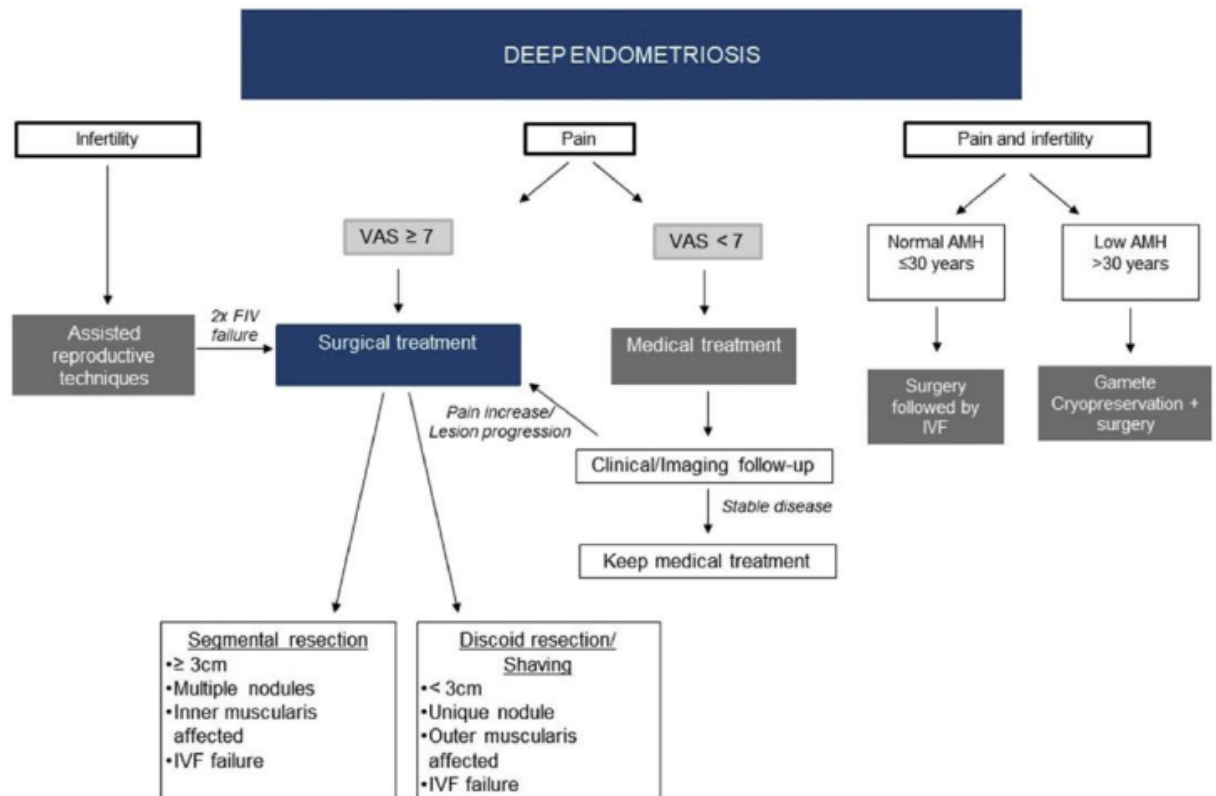
não estar completamente bem estabelecido. Em relação aos estágios III e IV não há consenso ainda, ao passo que ainda poderia contribuir na diminuição da reserva ovariana (VERCELLINI et al., 2014; GUINARD, 2017; ARFI et al., 2019).

Barnhart, Dunsmoor-Su e Coutifaris (2002), em uma meta-análise, demonstraram uma redução na taxa de sucesso da FIV de 21% a 54% em pacientes portadoras de endometriose em relação a pacientes com diagnóstico de infertilidade tubária, e evidenciaram uma taxa de sucesso superior a 70% na FIV para mulheres com endometriose mínima ou leve submetidas ao procedimento cirúrgico antes da terapia. Em estudo realizado por Bianchi et al. (2009) comparando dois grupos de pacientes com endometriose infiltrativa profunda, sendo o grupo A apenas submetido à FIV e o grupo B realizando ressecção extensiva das lesões endometrióticas antes da fertilização, demonstrou maior implantação (32.1% vs 19%, p 0,03) e taxa de gestação (41% vs 24%, p 0,004) no grupo B.

O procedimento cirúrgico é considerado alternativa inicial de tratamento para mulheres jovens, enquanto tecnologias de reprodução assistida, como fertilização in vitro, é priorizada para pacientes com reserva ovariana comprometida e/ou idade maior que 35 anos (ZIEGLER et al., 2019).

KHO et al. (2018) comparou os protocolos das cinco principais sociedades internacionais que abordam endometriose, medicina reprodutiva e ginecologia dos 10 anos anteriores ao estudo no que tange o tratamento cirúrgico dos diferentes tipos de endometriose, separando-a pelo estágio da doença (superficial, endometrioma ovariano ou profunda) e pela apresentação clínica (dor pélvica, infertilidade ou ambos). Concluiu-se que o tratamento medicamentoso deve ser tentado inicialmente em queixas de dor pélvica, à exceção da presença de contraindicações. Por outro lado, há evidências de aumento nas taxas de fertilidade após ressecção cirúrgica de endometriose superficial; reforçou-se quanto a redução da reserva ovariana na exérese de endometrioma e a necessidade de individualização dos casos, entretanto a cistectomia deve ser preferida à drenagem ou à coagulação do mesmo, com menores taxas de dor no pós-operatório e menor recorrência das lesões. O artigo em questão também revela um algoritmo desenvolvido pelo serviço para manejo de pacientes com endometriose profunda (Figura 4).

Figura 4 - Algoritmo clínico para mulheres com endometriose profunda



IVF: fertilização in vitro; VAS: escala visual analógica para sintomas de dor; AMH: hormônio antiMülleriano.

FONTE: KHO et al., 2018

No que tange os desfechos gestacionais comparativamente entre pacientes com diagnóstico cirúrgico de endometriose ou não (sem diagnóstico nem sintomas e sinais clínicos condizentes com endometriose), Saraswat et al. (2016) realizaram um estudo de coorte populacional, na Escócia, pelo período de 30 anos (1981 a 2010), acompanhando 5375 pacientes com história de endometriose as quais gestaram e 8280 gestantes sem doença. Percebeu-se, através desse estudo, que mulheres com endometriose possuem maior risco de abortamento e de gravidez ectópica ($p < 0,001$ e $p 0,03$), bem como de placenta prévia, hemorragia anteparto inexplicada, hemorragia pós-parto, parto vaginal instrumentado, cesariana e nascimento pré-termo. Entretanto, não houve associação significativa entre a presença da patologia e doenças hipertensivas gestacionais, descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer e morte neonatal.

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1. Tipo de estudo

O presente estudo será do tipo observacional, quantitativo, coorte retrospectiva, descritivo e analítico.

2.1.8.2. Local e período de realização

Os locais de realização do estudo são o Hospital São Vicente de Paulo e o Hospital de Clínicas de Passo Fundo, no período de abril de 2021 a dezembro de 2021.

2.1.8.3. População e amostragem

A população será composta por mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose.

A amostra, de caráter não probabilístico, selecionada por conveniência, será composta por todas as mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose, dos 20 aos 40 anos de idade, localizadas através da pesquisa por CID-10 N80, nos locais anteriormente citados, no período de 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019, abrangendo, aproximadamente, 300 pacientes submetidas ao tratamento. Serão excluídas do estudo pacientes que fazem uso de terapia hormonal para anticoncepção pós tratamento cirúrgico por endometriose.

2.1.8.4. Variáveis e instrumentos de 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. Os prontuários das pacientes serão localizados através de pesquisa pelo CID-10 N80 e, suas variantes, serão fornecidas pelos funcionários responsáveis pelo Comitê de Pesquisa de cada instituição.

Os dados serão coletados pela acadêmica de acordo com a ordem cronológica dos prontuários, mediante disponibilidade, com senha própria fornecida para a pesquisa, nas salas destinadas à pesquisa, de modo a não atrapalhar o serviço. Inicialmente serão coletados dados de contato telefônico, através dos quais realizar-se-ão ligações telefônicas, em até 5 tentativas

em diferentes horários e dias. Caso o contato aconteça, a paciente não será incluída no estudo imediatamente, apenas após estar ciente e concordante com a pesquisa. As ligações serão gravadas, realizadas em ambiente privativo, com a verbalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e, caso concordado, procederá a coleta de dados (Apêndice B) sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida, características da doença pré e pós procedimento cirúrgico referentes à endometriose.

Posteriormente, em concordância das pacientes localizadas, serão coletados os demais dados dos prontuários das mesmas, contemplando variáveis sociodemográficas, história pregressa de saúde da paciente, curso da doença, achados pré-operatórios e intraoperatórios, resultado do exame anatomopatológico e desfecho final. Os dados serão transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice C).

2.1.8.5. Logística do estudo

A logística será adequada ao número de pacientes do estudo. Serão feitos, inicialmente, três dias de coletas semanais, em turno integral, em horários alternados, variando conforme a disponibilidade dos serviços dos locais de coleta. O período estimado para a coleta dos dados é de 20/05/2021 a 31/07/2021. Durante esse período, serão realizadas reuniões semanais com a equipe da pesquisa para discutir o andamento do processo, bem como organizar as metas da semana seguinte.

2.1.8.6. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados serão coletados diretamente dos prontuários das pacientes e dos questionários (Apêndice B) aplicados via ligação telefônica, sendo transcritos para a Ficha de Coleta de Dados (Apêndice C). Posteriormente, serão digitados duplamente em um banco de dados no programa EpiData versão 3.1 e, para fins de caracterização da amostra e análise, serão exportados para o programa PSPP visando a análise descritiva e comparativa dos dados (os programas são de distribuição livre).

2.1.8.7. Aspectos éticos

O estudo está em conformidade com a Resolução CONEP 466/2012, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul

(CEP/UFFS), contando com Termo de Ciência e Concordância das instituições, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitado mediante ligação telefônica (Apêndice A), Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo (Apêndice D).

O projeto é um recorte da pesquisa (parecer nº 3754302) original já aprovada e intitulada “Avaliação da taxa de fertilidade em pacientes com tratamento cirúrgico de endometriose”, cujo pesquisador responsável é Andréia Jacobo e o parecer de consubstanciado do CEP/UFFS está anexo (Anexo 1). Em decorrência das modificações necessárias para avaliar, mais especificamente a dor pélvica pós cirúrgica, via contato telefônico, será feita uma emenda no projeto inicial e submetido novamente ao CEP/UFFS. As alterações que serão feitas no formulário de coleta de dados via contato telefônico incluem a adição das seguintes variáveis: profissão, escolaridade, menarca, cólica menstrual, uso de anticoncepcional oral antes e pós procedimento cirúrgico e por quanto tempo, tipo de dor, sintomas algícos pré e pós operatório (disquezia, disúria, dor pélvica crônica, dispareunia, dismenorréia), tratamento farmacológico para endometriose pré e pós cirurgia. Quanto às alterações que serão feitas na ficha de coleta de dados via prontuário médico incluem uso de anticoncepcional, mensuração da dor via EVA, tratamento prévio ao procedimento cirúrgico e por quanto tempo. A coleta de dados será iniciada após aprovação da emenda pelo CEP/UFFS.

O estudo oferece riscos quanto ao constrangimento durante a coleta de dados por via telefônica e quanto à privacidade e o sigilo dos dados presentes nos prontuários, com possibilidade de exposição de informações confidenciais, cuja divulgação não é autorizada. Todavia, os riscos citados serão minimizados através da transformação dos nomes das pacientes em números, sendo a paciente 01 identificada por P01, e assim consecutivamente. Caso ocorra acidentalmente a divulgação da identificação das pacientes e projeto será interrompido imediatamente e o Serviço e a paciente serão informados. Em relação à ligação telefônica, será orientado que a paciente se dirija a um ambiente calmo e privativo e, caso ocorra comprometimento emocional da paciente, a ligação será reagendada para outro dia e horário oportuno.

Os benefícios deste estudo consistem na construção de dados epidemiológicos e de incidência sobre dor pélvica causada pela endometriose, bem como subsidiar informações aos profissionais acerca da prevenção, da identificação e do diagnóstico precoce. Para as participantes do estudo, os benefícios serão diretos e implicará na melhoria das ações dos profissionais de saúde para identificação precoce e manejo adequado da doença, evitando complicações futuras decorrentes do subdiagnóstico ou do diagnóstico em estágios avançados

da doença. Além disso, conhecendo melhor a população acometida, estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce poderão ser abordados e a partir disso, a realização de campanhas de rastreio e capacitação de equipes de saúde da atenção básica para dar o suporte necessário a essa parcela da população.

Não será realizada devolutiva direta às pacientes, uma vez que o estudo é de coorte retrospectiva e de uso de dados de prontuário, mas serão encaminhados relatórios com os resultados da pesquisa. A devolutiva às instituições participantes e profissionais interessados será através da divulgação dos resultados da pesquisa, na forma de artigo e relatório em eventos e/ou publicações científicas (mantendo sigilo de dados pessoais). Assim como será disponibilizado às pacientes um relatório de pesquisa em linguagem de domínio específico para esse público, com imagens de caráter lúdico, a fim de facilitar a interpretação dos resultados da pesquisa. Esse arquivo será encaminhado via e-mail, àquelas que manifestarem interesse quando questionadas no momento da concordância com TCLE.

Os dados coletados serão mantidos em sigilo, em local seguro e privativo, no consultório médico da pesquisadora responsável, durante 5 anos, sendo destruídos após esse período. A parte documental será incinerada e o banco de dados será deletado dos computadores utilizados no estudo, por meio de deleção permanente (esvaziamento da lixeira do computador).

2.1.9. Recursos

Item	Unidade	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Canetas	Caneta	3	2,00	6,00
Impressões	Impressões	1000	0,10	100,00
Pranchetas	Prancheta	1	5,00	5,00
Pastas	Pasta	2	4,00	8,00
TOTAL				119,00

* O projeto será realizado com financiamento próprio.

2.1.10. Cronograma

Revisão de literatura: 05/04/2021 a 24/12/2021

Apreciação ética: 10/03/2021 a 10/04/2021

Coleta de dados: 20/05/2021 a 31/07/2021

Processamento e análise de dados: 01/08/2021 a 30/09/2021

Redação e divulgação dos resultados: 01/10/2021 a 24/12/2021

Envio de relatório parcial para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: 01/09/2021 e 30/09/2021.

Envio de relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: 01/12/2021 e 31/12/2021.

2.1.11. Referências

ADAMSON, G. D. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 162, n. 2, p. 568-569, fev. 1990.

ADAMSON, G. D.; PASTA, D. J. Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertility and Sterility*, v. 94, n. 5, p. 1609-1615, out. 2010.

AGARWAL, S. K. et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 220, n. 4, p. 354-364, abr. 2019.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, v. 99, n.1, p. 63, jan. 2013.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, v. 98, n. 3, p. 591-598, set.2012.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Endometriosis and infertility. *Fertility and Sterility*, v. 86, n. 4, p. 156-160, nov. 2006.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*, v. 67, p. 817-821, 1997.

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.

ARFI, A. et al. Nomogram predicting the likelihood of live-birth rate after surgery for deep infiltrating endometriosis without bowel involvement in women who wish to conceive: A retrospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 235, p. 81-87, abr. 2019.

BENAGIANO, G.; BROSENS, I. History of adenomyosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 20, n. 4, p. 449-463, ago. 2006.

- BARNHART, K.; DUNSMOOR-SU, R.; COUTIFARIS, C. Effects of endometriosis on in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, v. 77, p. 1148–1155, jun. 2002.
- BIANCHI, P. H. M. et al. Extensive Excision of Deep Infiltrative Endometriosis before In Vitro Fertilization Significantly Improves Pregnancy Rates. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 16, n. 2, mar./abr. 2009.
- BAHAMONDES, L.; CAMARGOS, A. F. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. *Femina*, v. 40, n. 3, 2012.
- CARVALHO, M. J. et al. Endometriose: recomendações de consenso nacional tratamento médico. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, v. 10, n. 3, p. 257-267, 2016.
- Classificação da Associação Americana de Laparoscopia Ginecológica (AAGL) (http://www.aagl.org/wp-content/uploads/2013/03/NewsScope_Oct-Dec_2012.pdf). Acesso em 26/11/2020.
- DUFFY, J. M. N. et al. Laparoscopic surgery for endometriosis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, 2014.
- DUNSELMAN, G. A. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, v. 29, n. 3, p. 400-412, mar. 2014.
- ESKENAZI, B.; WARNER, M. L. Epidemiology of Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 24, n. 2, p. 235-258, jun. 1997.
- GIUDICE, L. C.; KAO, L. C. Endometriosis. *Lancet*, v. 364, p. 1789–1799, nov. 2004.
- HOFFMAN, B. L. et al. *Ginecologia de Williams*. 2 ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.
- GUINARD, E. et al. Management of infertile women with pelvic endometriosis: a literature review. *Minerva Ginecologica*, v. 69, n. 2, p. 178-189, abr. 2017.
- HUDELIST, G. et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. *Human Reproduction*, v. 24, n. 5, p. 1018-1024, fev. 2009.
- JACOBSON, M. H. et al. “Research on Infertility: Definition Makes a Difference” Revisited. *American Journal of Epidemiology*, v. 187, n. 2, p. 337–346, 2018.
- JOHNSON, N. P. et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Human Reproduction*, v. 32, n.2, p. 315–324, dez. 2017.
- 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.
- KECKSTEIN, J. et al. ENZIAN-Klassifikation der tief infiltrierenden endometriose. *Zentralbl Gynäkol*, v. 125 p. 291, 2003.
- KENNEDY, S. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, v. 20, n. 10, p. 2698–2704, jun. 2005.
- KHO, R. M. et al. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v. 51, p. 102 -110, ago. 2018.

- KIESEL, L.; SOUROUNI, M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*, v. 22, n. 3, p. 296-302, 2019.
- KIM, J. H.; HAN E. Endometriosis and Female Pelvic Pain. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 36, p. 143-151, 2018.
- MEULEMAN, C. et al. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. *Fertility and Sterility*, v. 92, n. 1, p. 68-74, jul. 2009.
- 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.
- 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.
- NOGUEIRA, A. A; REIS, F. J. C; POLINETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.28, n.12, pág. 733-740, 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, ago. 2011.
- PASSOS, E. P. et al. Endometriose. *Revista HCPA*. Porto Alegre. V. 20, n. 2, p. 150-156, 2000
- PEIRIS, A. N.; CHALJUB, E.; MEDLOCK, D. Endometriosis. *JAMA*, v. 320, n. 24, p. 2608, dez. 2018.
- PODGAEC, S. Manual de endometriose. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.
- 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.
- ROCHA, A. M. et al. Impacto tardio do tratamento laparoscópico da endometriose profunda infiltrativa com ressecção segmentar colorretal. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, v. 31, n. 4, pg. 1406-1410, set. 2018.
- ROKITANSKY, K. U"ber Uterusdr"sen-Neubildung. *Z. Gesellschaft Aerzte (Wien)*,v. 16, p. 577-581, 1860.
- SARASWAT, L. et al. Pregnancy outcomes in women with endometriosis: a national record linkage study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 124, p. 444-452, fev. 2016.
- 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.
- VERCELLINI P. et al. Reproductive performance, pain recurrence and disease relapse after conservative surgical treatment for endometriosis: the predictive value of the current classification system. *Human Reproduction*, v. 21, n. 10, p. 2679-2685, out. 2006.

VERCELLINI, P. et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 10, p. 261-275, maio 2014.

VERCELLINI, P. et al. Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach. *Human Reproduction*, v. 24, n. 2, p. 254-269, fev. 2009.

ZIEGLER, D. et al. Assisted reproduction in endometriosis. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 33, n. 1, p. 47-59, fev. 2019.

ZIEGLER, D.; BORGHESE, B.; CHAPRON, C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet*, v. 376, n. 9742, p. 730-738, ago. 2010.

ZOMER, M. T. et al. Correlação entre os níveis de Ca-125 séricos e os achados cirúrgicos em mulheres com sintomas sugestivos de endometriose. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*. v. 35, n. 6, p. 262, 2013

2.1.12. Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR ENDOMETRIOSE

Prezada senhora (*será falado o nome da participante*)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa sobre “**Avaliação de dor pélvica em pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por endometriose**”, desenvolvida por mim, Taila Tais Floss, discente do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo (UFFS/PF), sob orientação da Prof^a ginecologista Andreia Jacobo.

A senhora realizou uma cirurgia no Hospital São Vicente de Paulo (ou Hospital de Clínicas) de Passo Fundo no ano de (*será especificado o ano de atendimento na fala a cada participante*) e por isso nosso contato (*a responsável perguntará se a paciente tem disponibilidade para conversar nesse momento. Se sim, segue-se o contato, se não, a responsável perguntará sobre um momento mais oportuno para retornar a ligação*).

Esta pesquisa pretende avaliar a porcentagem de mulheres que tiveram melhora da dor após a remoção dos focos de endometriose.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul e está em conformidade com a Resolução Nacional de Pesquisa (CONEP 466/2012). Se a senhora concordar em participar, faremos algumas perguntas sobre o período pré e pós a realização da sua cirurgia, e essa conversa dura aproximadamente 15 minutos. As perguntas são sobre dados sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida, características da doença pré e pós procedimento cirúrgico. Depois nós vamos coletar as demais informações referentes ao seu quadro clínico direto do seu prontuário médico no Hospital, sendo que todas as etapas serão realizadas em ambiente privativo e específico para a pesquisa.

Lembro que sua participação é voluntária, não remunerada e a senhora não terá benefício direto, mas os dados do estudo ajudarão a melhorar o conhecimento do perfil das mulheres acometidas pela doença e também ajudar ações dos profissionais de saúde para a identificação precoce e manejo adequado da doença, evitando complicações futuras. Ainda, lembro que será disponibilizado às pacientes um relatório de pesquisa em linguagem de domínio específico para esse público, com imagens de caráter lúdico, a fim de facilitar a interpretação dos resultados da pesquisa. A senhora gostaria de receber os resultados da

pesquisa via e-mail, para melhor entendimento da doença e do contexto social ao qual está inserida? Se sim, informe por favor um endereço de e-mail para contato:

_____.

A senhora poderá desistir da inclusão na pesquisa em qualquer momento, sem ter prejuízo ou penalização, bem como poderá tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando entrar em contato para isso com algum dos pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS).

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo divulgação do seu nome em nenhum lugar, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Depois de analisados, todos os documentos do estudo serão guardados por 5 anos e depois destruídos e assim, seu nome e seus dados não serão divulgados ou utilizados para mais nada além desse estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Dessa forma, pergunto se a senhora concorda em participar e responder às questões propostas.

Concordância da paciente: _____

Pesquisadora responsável: _____

Passo Fundo/RS, ___/___/___

Dados da pesquisadora responsável:

Nome: Andréia Jacobo

Endereço: Rua Capitão Araújo, 297, sala 1003, Centro, Passo Fundo/RS, CEP: 99.010-200

Telefone: (54) 3632-3921

Endereço Eletrônico: andreiajacob@gmail.com

Dados da pesquisadora acadêmica:

Nome: Taila Tais Floss

Endereço: Rua Adolfo Loureiro, 106, apartamento 404, Vera Cruz, Passo Fundo/RS, CEP: 99.010.650

Telefone: (54) 99195-4845

Endereço Eletrônico: tailafloss@hotmail.com

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, sala 310, 3º andar. Bairro: área rural,
Chapecó/RS. CEP: 89.815-899

Telefone: (49) 2049-3745

Endereço Eletrônico: cep.uffs@uffs.edu.br

APÊNDICE B - FORMULÁRIO 1 - COLETA DE DADOS ATRAVÉS DE CONTATO TELEFÔNICO

Universidade Federal da Fronteira Sul – campus Passo Fundo		
AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE		
Contato: nilafloss@hotmail.com (54) 99195-4845		
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE VIA CONTATO TELEFÔNICO		
Número do questionário:		Nquest _____
Número do prontuário:		Npron _____
Características da paciente		
1	Data da coleta:	Datac __
2	Idade:	Ida __
3	Data de nascimento:	Datan __
4	Etnia: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	Etn __
5	Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) União estável (4) Divorciada (5) Viúva	Eci __
6	Profissão:	Pro __
7	Peso (kg):	Pes __
8	Altura (cm):	Alt __
9	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	Esc __
História ginecológica		
10	Menarca (anos):	Men __
11	Cólica menstrual: (1) Sim (2) Não	Col __
12	Paridade prévia a cirurgia: (1) Nulligesta (2) Primigesta (3) Multigesta (4) Aborto	Par __
13	Realizou procedimento prévio para endometriose? (1) Sim (2) Não	Ppre __
14	Uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia? (1) Sim (2) Não	Acoa __
15	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Ta __
16	Uso de anticoncepcional oral após a cirurgia? (1) Sim (2) Não	Acop __
17	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tp __
18	Sintomas prévios à cirurgia: (1) Infertilidade (2) Dor pélvica (3) Outro	Spc __
19	Desejo de gestar prévio à cirurgia? (1) Sim (2) Não	Gac __
20	Tempo de tentativa de gestação em meses (Relação sexual desprotegida ao menos três vezes por mês):	Ttena __

21	Desejo de gestar pós cirurgia? (1) Sim (2) Não	Gpc__
22	Tempo de tentativa de gestação em meses pós procedimento cirúrgico (Relação sexual desprotegida ao menos três vezes por mês):	Ttenp__
23	Ocorrência de gravidez pós procedimento cirúrgico? (1) Sim (2) Não	Gra__
24	Tempo decorrido entre cirurgia e gestação? (meses)	Tgra__
25	Método de gestação? (1) Natural (2) Reprodução Assistida	Met__
26	Desfecho: (1) Nascido vivo (2) Abortamento (3) Natimorto	Des__
27	Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesariano	Tpar__
28	Complicações: (1) Trabalho de parto prematuro (2) Placenta prévia (3) Descolamento prematuro de placenta (4) Hipertensão gestacional (5) Diabetes gestacional (6) Outro	Comp__
Características da dor pré operatória		
29	Tipo de dor: (1) Somática (2) Visceral (3) Psicológica	Tdora__
30	Disquezia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disqa__
31	Disúria (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disa__
32	Dor pélvica crônica (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dpca__
33	Dispareunia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dispa__
34	Dismenorreia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disma__
35	Fazia tratamento farmacológico para endometriose prévio? (1) Sim (2) Não	Ttofa__
36	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tttofa__
Características da dor pós operatória		
37	Melhora da dor pós cirurgia? (1) Sim (2) Não	Tdorp__
38	Disquezia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disqp__
39	Disúria (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disp__
40	Dor pélvica crônica (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dpcp__
41	Dispareunia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dispa__
42	Dismenorreia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dimp__
43	Fez tratamento farmacológico para endometriose posterior ao ato cirúrgico? (1) Sim (2) Não	Ttofp__
44	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tttofp__

APÊNDICE C - FORMULÁRIO 2 - COLETA DE DADOS VIA PRONTUÁRIO MÉDICO

Universidade Federal da Fronteira Sul – <i>campus</i> Passo Fundo	
AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE	
Contato: tailafloss@hotmail.com (54) 99195-4845	
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DE PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE VIA PRONTUÁRIO MÉDICO	
Número do questionário:	Nques__
Número do prontuário:	Npron__
Local da Coleta: () HSVP () HCPF	Lcol__
1 Data da coleta:	Date__
2 Idade (anos):	Ida__
3 Queixa inicial: (1) Infertilidade (2) Dor pélvica (3) Dismenorreia (4) Dispareunia (5) Hematoquezia (6) Tenesmo (7) Disúria (8) Hematúria (9) Achado ocasional (10) Outras _____	Qin__
4 Dor pélvica? (1) Sim (2) Não	Dpel__
5 Mensuração de dor pélvica na EVA(mensuração em EVA de 0 a 10):	Mdp__
6 Uso de anticoncepcional oral: (1) Sim (2) Não	Aco__
7 Paridade prévia a cirurgia: (1) Nuligesta (2) Primigesta (3) Multigesta (4) Aborto	Paac__
8 Tentativa de gravidez prévia ao tratamento cirúrgico: (1) Sim (2) Não	Gate__
9 Tempo de tentativa (meses):	Tten__
10 Tentativa de tratamento clínico prévio à cirurgia: (1) Sim (2) Não	Telac__
11 Em caso afirmativo, por quanto tempo? (meses)	Ttcl__
12 Gravidez pós cirurgia? (1) Sim (2) Não	Grpe__
13 Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesariano	Tpar__
14 Complicações: (1) Trabalho de parto prematuro (2) Placenta prévia (3) Descolamento prematuro de placenta (4) Hipertensão gestacional (5) Diabetes gestacional (6) Outro	Comp__
15 Comorbidades: (1) Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 (2) Hipertensão Arterial Sistêmica (3) Hipotireoidismo (4) Hipertireoidismo (5) Obesidade	Com__
16 Medicamentos de uso contínuo: (1) Sim (2) Não	Med__
17 Exames de imagem prévios: (1) US (2) RNM (3) Não (4) Outro	Eia__
18 Achados em exame de imagem: (1) Não se aplica (2) Endometrioma (3) Adenomioma (4) Outro	Ach__
19 Achados de exame físico	Aexf__

**APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DE
ARQUIVO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

Título do projeto: Avaliação de dor pélvica em pacientes submetidas a tratamento cirúrgico por endometriose

Pesquisador Responsável: Andréia Jacobo

Os pesquisadores deste projeto comprometem-se a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados.

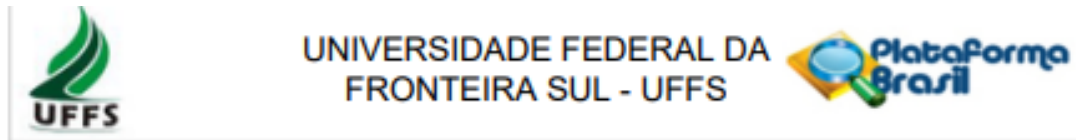
Afirmam que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste estudo. Comprometem-se, igualmente, a fazer a divulgação dos resultados somente de forma anônima.

Passo Fundo/RS, ___/___/___

Nome completo e legível da equipe de pesquisa	Assinatura
Andréia Jacobo	
Jossimara Polettini	
Taila Tais Floss	

2.1.13. Anexos

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFS - PROJETO DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA TAXA DE FERTILIDADE EM PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE

Pesquisador: Andréia Jacobo

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 2

CAAE: 22725519.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.754.302

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

"O presente estudo, será do tipo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, com amostra não probabilística, de conveniência, composta por todas mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose em serviços de Passo Fundo/RS e objetiva descrever a taxa de fertilidade após 12 a 18 meses da realização do procedimento. Dar-se-á da seguinte forma, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFS), serão selecionadas as pacientes submetidas a cirurgia entre 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019 no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) e em uma clínica particular, realizar-se-á contato por meio telefônico a essas pacientes objetivando a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), coleta de dados pessoais, hábitos de vida e história obstétrica prévia e posterior ao procedimento cirúrgico e, posteriormente, serão acessados os prontuários das mesmas para coleta dos dados. Os dados serão conferidos e duplamente digitados no programa EpiData 3.1"

COMENTÁRIOS DO RELATOR:

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.ufs@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.754.302

Resumo apresentado de acordo com as normas científicas.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

Problema : Qual a taxa de fertilidade até um ano e meio após realização de excisão cirúrgica de endometriose?

Hipóteses:

1. Será verificada uma taxa de fertilidade em torno de 40-50% em pacientes tratadas cirurgicamente para endometriose.
2. Pacientes mais jovens serão melhores sucedidas na tentativa de conceber após a cirurgia.
3. Endometriose superficial está relacionada com uma maior taxa de fertilidade.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS DO RELATOR: Ok.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Descrever a taxa de fertilidade após tratamento cirúrgico de endometriose.

Objetivos Específicos

1. Descrever a taxa de gestações, a taxa de nascidos vivos e a taxa de abortamento.
2. Descrever características sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para endometriose.
3. Verificar a distribuição de fertilidade de características sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida.
4. Analisar relação entre estadiamento cirúrgico e taxa de fertilidade.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Adequado para a proposta do estudo.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR: Adequado para a proposta do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Riscos aos Participantes: Riscos aos Participantes: Os riscos referem-se principalmente à exposição indevida dos dados do paciente e risco de constrangimento durante a coleta dos dados via telefone. Para que esses riscos sejam minimizados, os pesquisadores se comprometem a não revelar o nome ou quaisquer outras características que possam

24

identificar o paciente cujo prontuário foi analisado e na ocasião da ligação telefônica as pacientes serão orientadas a dirigirem-se para um ambiente calmo e privativo. Caso ocorra comprometimento emocional da paciente, a ligação será reagendada para dia e horário oportunos, quanto aos riscos de exposição indevida, caso venham a ocorrer, as pacientes serão contatadas,

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

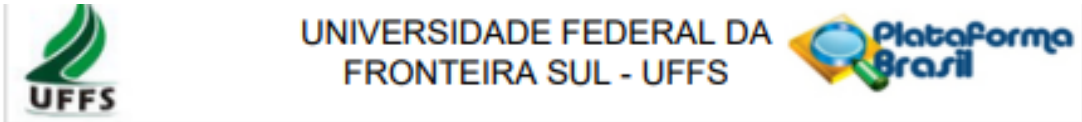
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.754.302

informadas da situação e terão seus dados retirados da pesquisa.

RISCOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Pesquisadores identificam e descrevem os possíveis riscos aos participantes e mencionam as ações a serem tomadas caso o risco seja identificado. Os pesquisadores realizaram as adequações solicitadas.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

"Benefícios: As pacientes participantes do presente trabalho serão questionadas sobre desejo de receber os resultados da pesquisa em forma de relatório via e-mail como forma de benefício direto, para melhor elucidação da patologia e do contexto social ao qual está inserida, caso não possuam endereço eletrônico será ofertado o envio do documento impresso a seu endereço residencial. Com a realização do presente estudo também poderão ser constados dados que auxiliem no melhor diagnóstico e indicação de tratamento para infertilidade para diferentes grupos de pacientes acometidas pela doença e também em seus diferentes estágios."

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

Pesquisadores mencionam benefícios diretos e indiretos com o estudo. Pesquisadores realizaram as adequações solicitadas na primeira versão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

- a) Tipo de estudo: quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico.
- b) Local e período de realização: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas e uma clínica médica particular ambos na cidade de Passo Fundo / RS entre agosto de 2019 e julho de 2020.
- c) População e amostragem : A população será composta por mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose. A amostra, não probabilística, de conveniência, será composta por todas mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose, localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80, nos locais citados anteriormente entre 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019, contando com cerca de 300 pacientes.
- d) Variáveis de coleta de dados: As pacientes serão localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80 e suas variantes pelos funcionários responsáveis designados pelos hospitais e através da localização manual dos prontuários da clínica médica. Incluir-se-á as pacientes em idade reprodutiva. Serão coletados, então, os dados de contato, através dos quais realizar-se-ão ligações telefônicas em até 5 tentativas em diferentes dias e horários. As ligações telefônicas serão gravadas, realizadas em ambiente privativo, com a

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

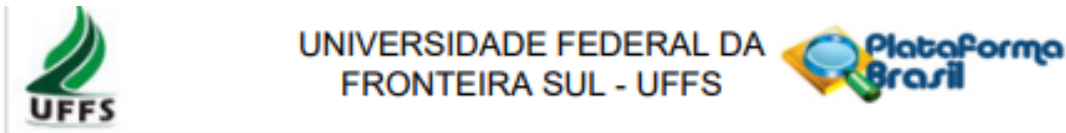
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.754.302

verbalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) e, caso concordado, procederá a coleta de dados (apêndice B) sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida e referentes a patologia em questão. Posteriormente, serão consultados os prontuários médicos das pacientes concordantes, em local apropriado designado por funcionário responsável nos locais de coleta, com senha própria ou então pela disponibilização de prontuários manuais, e será preenchido um formulário (apêndice C) contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde, história progressiva de saúde da paciente, curso da doença, achados pré-operatórios e intraoperatórios, desfechos e resultado final (com anatomopatológico). Serão excluídas as pacientes com presença de outras patologias as quais podem resultar em infertilidade. Os dados serão conferidos e duplamente digitados no programa EpiData 3.1 d) Devolutiva: Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas (mantendo sigilo dos dados pessoais) e entregues à equipe, também serão confeccionados materiais para divulgação dos resultados às instituições participantes e aos profissionais da área interessados, para que possa haver uma melhor compreensão do comportamento da doença e aprimorar técnicas e alternativas de tratamento.

e) Os dados coletados através dos prontuários serão mantidos em sigilo, em local seguro e privativo, pela equipe de pesquisadores durante 5 anos, sendo destruídos após este período. Em anexo, encontra-se o Termo de Compromisso para Uso de Dados em arquivo- TCUD (Apêndice 2.1.12.2), que permite a coleta de dados de prontuário para pesquisa.

e) Cronograma adequado.

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS DO RELATOR: Pesquisadores descrevem metodologia adequadamente. Proposta de pesquisa compatível com o cronograma mencionado e para fins de TCC. Pesquisadores realizaram as adequações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

a) FOLHA DE ROSTO: Adequada.

b) TCLE: Adequado. Realizaram as alterações solicitadas.

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

Estão inseridos na plataforma e estão de acordo com o solicitado pelo CEP.

d) TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários): Está inserido na plataforma e está de acordo com o solicitado pelo CEP.

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 3.754.302

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas

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:

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!

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: 3.754.302

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1443199.pdf	23/11/2019 22:19:45		Aceito
Outros	Formulario_de_Resposta_as_Pendencias_do_CEP_UFFS.pdf	23/11/2019 22:19:01	Andréia Jacobo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VANESSA_DAMINI_TCC_CORRECAO_DE_PENDENCIAS_CEP.pdf	23/11/2019 22:17:27	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TCC_corrigido.pdf	23/11/2019 22:13:39	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_TCC_assinado.pdf	28/09/2019 16:40:30	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_HCPF.pdf	28/09/2019 16:32:39	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_HSVP.pdf	28/09/2019 16:32:25	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_Endogyne.pdf	28/09/2019 16:31:11	Andréia Jacobo	Aceito
Brochura Pesquisa	Capa_TCC_Assinada.pdf	28/09/2019 16:19:47	Andréia Jacobo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinada.pdf	28/09/2019 16:16:00	Andréia Jacobo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 09 de Dezembro 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

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O tema do presente Trabalho de Curso (TC), intitulado AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE, foi estabelecido em meados de 2020 após a participação da discente autora do projeto em um estágio extracurricular na área da Cirurgia Ginecológica, no qual a maior parte da demanda de pacientes apresentava quadro clínico de Endometriose e tinha como queixa principal a dor pélvica crônica. Ao debater alguns casos de pacientes com a preceptora, que também é docente da nossa universidade, discutiu-se possíveis abordagens para uma pesquisa envolvendo o tema. E assim, o projeto de pesquisa foi desenvolvido no componente curricular (CCR) de Trabalho de Curso I (TCI), que compõe o quinto semestre da grade curricular do curso Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo, RS, tendo como orientadora Prof. Me.^a Andréia Jacobo e coorientadora a Prof. Dr.^a Jossimara Poletini.

Tendo concluído a escrita do projeto, o mesmo foi submetido como emenda, no dia 18/03/2021, a um projeto de pesquisa da orientadora já em andamento e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS). Assim, o projeto será um recorte da pesquisa (parecer nº 3754302) original já aprovada e intitulada “Avaliação da taxa de fertilidade em pacientes com tratamento cirúrgico de endometriose”, cujo pesquisador responsável é Andréia Jacobo e o parecer de consubstanciado do CEP/UFFS está anexo ao projeto de pesquisa (Anexo 1). A emenda solicitada foi aprovada pelo CEP-UFFS, com parecer nº 4.662.706 e compõe o volume final do Trabalho de Curso no índice Anexos (Anexo 1)

Com a aprovação da emenda, entrou-se em contato com as instituições selecionadas para pesquisa (HSVP-PF e HC-PF), a fim de obter a listagem das pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico nesses hospitais no período abrangido pela pesquisa (2012-2019). Devido a algumas intercorrências no setor de pesquisa do HSVP-PF, houve atraso para liberação dos dados, bem como não foi conseguido acesso aos prontuários das pacientes que realizaram procedimento cirúrgico anterior a 01 de janeiro de 2016 (prontuários físicos). Dessa forma, optou-se pela inclusão na pesquisa pacientes que realizaram procedimento cirúrgico no período de 01 de janeiro de 2016 à 01 de janeiro de 2019, conforme aprovação do parecer de ética, porém reduzindo o número de pacientes previsto para a amostra. Assim, o período de coleta e de processamento e análise dos dados inicialmente estipulado pelo cronograma da pesquisa, também sofreu alteração, ficando disposto de 01 de agosto de 2021 a

10 de outubro de 2021. Demais etapas, foram cumpridas conforme estabelecido previamente pelo cronograma.

Quanto à coleta dos dados, algumas modificações precisaram ser feitas nos documentos previamente estabelecidos para melhor adequação das variáveis coletadas. No formulário referente à coleta de dados dos prontuários eletrônicos, foram excluídas variáveis que não constavam na descrição ou que já haviam sido incluídas no formulário de coleta via contato telefônico, como as variáveis sociodemográficas, mensuração de dor, ocorrência de gravidez, comorbidades. As variáveis incluídas foram “procedimento realizado” e “telefone” e a nova ficha da coleta de dados, via prontuário do paciente, consta como apêndice do volume final do Trabalho de Curso (Apêndice A). Ao que diz respeito a coleta de dados via contato telefônico, modificou-se o questionamento quanto a sintomatologia prévia ao procedimento, incluiu-se a variável “Fez tratamento farmacológico prévio com Dienogeste para endometriose?” e a variável “Número de abortos”. A versão final, encontra-se disposta como apêndice do volume final do Trabalho de Curso (Apêndice B). Além disso, a população do estudo incluía pacientes de 20 a 40 anos de idade, no entanto, optou-se pela inclusão de todas as pacientes, independente da idade atual, para contemplar maior número amostral, já que apresentavam os demais critérios de inclusão.

Vale ressaltar, que do total de dados coletados, apenas os relacionados a epidemiologia, características clínicas e de saúde e mensuração de dor pélvica pré e pós operatória foram processados. Os dados relacionados à fertilidade e ocorrência de gravidez serão analisados e discutidos em uma próxima publicação, devido a grande quantidade de informações.

A escolha da revista para publicação do artigo foi feita em comum acordo da orientadora e coorientadora, optando-se pela Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (RBGO), a qual apresenta Qualis Capes B3 (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), e cujas normas para escrita estão anexadas do volume final do Trabalho de Curso (Anexo 2).

3. ARTIGO CIENTÍFICO

Título do artigo:

**ALTERAÇÃO NO PADRÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A
TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE**

Title:

**CHANGE IN PELVIC PAIN PATTERN IN PATIENTS UNDERGOING SURGICAL
TREATMENT FOR ENDOMETRIOSIS**

Taila Tais Floss¹

Jossimara Polettini²

Andréia Jacobo³

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

² Docente do Curso de Medicina Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

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

Autor correspondente: Taila Tais Floss, Rua Quinze de Novembro, 643, apto 903, Centro, CEP 99010-090, Passo Fundo, RS, Brasil (*e-mail*: tailafloss@hotmail.com)

RESUMO

Objetivo: Determinar alteração no padrão da dor pélvica nas pacientes submetidas a procedimento cirúrgico com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas, em quaisquer estágios da doença. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo realizado no período de agosto a outubro de 2021, em pacientes com dor pélvica submetidas à procedimento cirúrgico para tratamento de endometriose entre janeiro de 2016 e janeiro de 2019 nos setores de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital de Clínicas, ambos localizados na cidade de Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul. Para seleção dos prontuários, utilizou-se o CID-10 N80, N80.1 e N80.9. Excluiu-se as pacientes que realizaram outros tratamentos e não evoluíram para cirurgia. Variáveis sociodemográficas, clínicas e de saúde e de caracterização da sintomatologia álgica pré e pós-operatórias foram coletadas e descritas como frequências absolutas e relativas. **Resultados:** No fim do estudo, foram identificadas 161 pacientes elegíveis, das quais 80 foram contactadas para coleta de dados prospectivos. Observou-se um padrão de mulheres maiores de 35 anos, brancas, com companheiro, alto grau de escolaridade e de profissão remunerada. Houve predomínio de Índice de Massa Corporal normal, menarca antes dos 14 anos, nuligestas, sem procedimento prévio para tratamento de endometriose, em uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia, com queixa principal de dor pélvica e procedimento de tratamento videolaparoscópico das lesões aliado a retossigmoidectomia. Os sintomas álgicos mensurados no pré-operatório foram de 66,2% para dor pélvica grave, 46,3% para dismenorreia moderada e 46,3% para dismenorreia grave. Outros sintomas relatados foram disquezia, disúria e dispareunia. Acerca da dor pós-operatória, referiu-se melhora da dor em 98,8% das pacientes, em 83,8% dor pélvica leve, sendo que destas 55,0% referiram dor zero. **Conclusão:** O procedimento cirúrgico, embora invasivo, parece ser a melhor opção terapêutica, atualmente, para alteração no padrão de dor pélvica, uma vez que reduziu, consideravelmente, os sintomas da endometriose nas mais variadas apresentações clínicas da doença.

Palavras-chave: Endometriose. Dor pélvica. Cirurgia. Ginecologia

ABSTRACT

Objective: To determine changes in the pattern of pelvic pain in patients undergoing surgical procedure with excision and/or ablation of endometriotic lesions, at any stage of the disease.

Method: This is a retrospective cohort study carried out from August to October 2021, in patients with pelvic pain undergoing surgical procedure for the treatment of endometriosis between January 2016 and January 2019 in the Hospital's Gynecology and Obstetrics sectors São Vicente de Paulo and Hospital de Clínicas, both located in the city of Passo Fundo, state of Rio Grande do Sul. For the selection of medical records, ICD-10 N80, N80.1 and N80.9 were used. Patients who underwent other treatments and did not progress to surgery were excluded. Sociodemographic, clinical and health variables and pre and postoperative pain symptoms characterization were collected and described as absolute and relative frequencies.

Results: At the end of the study, 161 eligible patients were identified, of which 80 were contacted for prospective data collection. A pattern of white women older than 35 years, with a partner, high level of education and paid profession was observed. There was a predominance of normal Body Mass Index, menarche before 14 years of age, nulligest, without previous procedure for the treatment of endometriosis, using oral contraceptives before surgery, with chief complaint of pelvic pain and videolaparoscopic treatment procedure for the lesions combined with rectosigmoidectomy . Pain symptoms measured preoperatively were 66.2% for severe pelvic pain, 46.3% for moderate dysmenorrhea, and 46.3% for severe dysmenorrhea. Other symptoms reported were dyschezia, dysuria and dyspareunia. Regarding postoperative pain, improvement in pain was reported in 98.8% of patients, and in 83.8% mild pelvic pain, and of these 55.0% reported zero pain. **Conclusion:** The surgical procedure, although invasive, seems to be the best therapeutic option currently for changing the pattern of pelvic pain, as it has considerably reduced the symptoms of endometriosis in the most varied clinical presentations of the disease.

Keywords: Endometriosis. Pelvic pain. Surgery. Gynecology

INTRODUÇÃO

A endometriose é caracterizada como uma enfermidade na qual o tecido endometrial, glandular e/ou estromal, prolifera-se fora da cavidade uterina, resultando em inflamação crônica, sendo considerada, atualmente, um problema de saúde pública¹. É uma doença ginecológica estrogênio-dependente, benigna e crônica, de origem incerta, a qual se apresenta clinicamente através de dor pélvica e infertilidade, na maioria dos casos².

Estima-se que essa condição afeta, aproximadamente, de 10 a 15% da população feminina em idade reprodutiva, sendo a segunda doença ginecológica que mais acomete mulheres nesse período. A prevalência pode variar entre 4%, em mulheres assintomáticas, e 50%, em adolescentes com dismenorreia incapacitante³. A localização mais comum de focos endometrióticos é em ovário, fundo de saco posterior e anterior, ligamentos uterossacros, útero, tubas uterinas, cólon sigmóide, apêndice e ligamentos redondos⁴.

A patogênese da endometriose não está totalmente elucidada na literatura, porém a principal teoria é a postulada por Sampson, em 1927, a qual evidencia que a presença de tecido endometrial extrauterino seria decorrente do fluxo tubário retrógrado⁵. Outras teorias como a metaplasia celômica e a disseminação hematogênica e/ou linfática também são mecanismos que explicariam as manifestações da doença⁶.

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 apresentam sintomas e sinais clínicos como dor pélvica crônica, dismenorreia (dor pélvica em forma de cólica), infertilidade, dispareunia (dor durante a relação sexual) e alteração urinária e intestinal⁷. Outras manifestações referidas incluem sangramento uterino anormal, diminuição da satisfação sexual, fadiga crônica e prejuízo à qualidade de vida da mulher⁸. No entanto, dor e infertilidade parecem ser os sintomas mais prevalentes, sendo que mais de 50% das pacientes com diagnóstico clínico de infertilidade apresentaram quadro de dor pélvica⁹.

Atualmente, para o estadiamento para endometriose considera-se tamanho, profundidade, localização dos focos endometrióticos e gravidade das aderências. A classificação - mais comumente utilizada - é da *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), que consiste em 4 estágios: primário ou mínimo, com implantes isolados e sem aderências significativas; secundário ou leve, apresentando implantes superficiais menores que 5mm de profundidade; terciário ou moderado com múltiplos implantes, aderências peritubárias e periovarianas evidentes e quaternário ou grave, considerado de maior extensão

da doença, com implantações superficiais e profundas, endometriomas e aderências espessas¹⁰. Observa-se, todavia, que o prognóstico e o nível da dor podem não ter relação com o estadiamento, já que a algisia é influenciada pela localização das lesões em áreas de maior inervação¹¹.

O diagnóstico e o tratamento para essa condição são variados, sendo necessário individualizar a abordagem de acordo com a sintomatologia de cada paciente e o impacto na sua qualidade de vida. O padrão-ouro para o diagnóstico é a laparoscopia, com inspeção direta da cavidade e visualização dos implantes, não sendo obrigatória a biópsia para confirmação histopatológica^{1,12}. Além disso, tentativas farmacológicas, por meio de tratamentos hormonais, reduzem a dor atribuída à endometriose quando comparadas com placebo¹³.

Portanto, conhecer o perfil das pacientes acometidas, bem como as características clínicas e de saúde e os sintomas referidos pré e pós operatórios, são essenciais para uma melhor abordagem terapêutica dessa enfermidade. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é verificar alteração no padrão da dor pélvica crônica, nas pacientes submetidas a procedimento cirúrgico, com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas, em quaisquer estágios da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo realizado no período de agosto a outubro de 2021, com mulheres com dor pélvica submetidas à procedimento cirúrgico para tratamento de endometriose entre janeiro de 2016 e janeiro de 2019 nos setores de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital de Clínicas, ambos localizados na cidade de Passo Fundo, estado do Rio Grande do Sul. Para seleção dos prontuários, utilizou-se o CID-10 N80, N80.1 e N80.9, sendo consideradas elegíveis as pacientes de uma única médica cirurgiã. Excluiu-se as pacientes que realizaram outros tratamentos e não evoluíram para cirurgia.

Na primeira etapa do estudo, realizou-se a coleta e a transcrição dos dados dos prontuários relativos à identificação da paciente (número do atendimento, telefone), o tipo de procedimento realizado, a data da cirurgia, o diagnóstico inicial, a existência de exame de imagem (ressonância magnética, ultrassom) e os principais achados do exame de imagem. A segunda fase, sucedeu-se por meio de contato telefônico com todas as pacientes elegíveis na primeira etapa, o qual foi realizado em uma sala de teleatendimento da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo. Em tal contato, explicou-se o motivo da

ligação para a paciente, fez-se a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e, em caso de aceite para participar dessa fase da pesquisa, solicitou-se o melhor meio de comunicação (e-mail ou *whatsapp*) para envio do TCLE posteriormente. Nessa etapa, foram coletadas informações sobre características sociodemográficas (idade, cor da pele autorreferida, estado civil, escolaridade e ocupação) e de saúde (peso, altura, menarca, paridade prévia a cirurgia, queixa principal, uso de anticoncepcional oral prévio ao procedimento cirúrgico e tempo de uso) e se realizou a caracterização dos sintomas álgicos pré e pós-operatórios (tipo de dor, presença de disquezia, disúria, dismenorreia, dor pélvica crônica e uso de tratamento farmacológico para endometriose).

Para a caracterização da dor, levantou-se informações sobre sua natureza somática ou visceral. Também, questionou-se sobre a intensidade para a dor pélvica crônica e dismenorreia, utilizando-se a Escala Visual Analógica (EVA)¹⁴ adaptada de acordo com observações clínicas e os critérios do Sistema de Pontuação Multidimensional desenvolvido por Andersch e Milsom¹⁵, classificando como leve, a dor entre 0-2, moderada, entre 3-7, e intensa, entre 8-10. Quanto a disquezia, disúria e dispareunia, somente se considerou afirmativo quando, ao questionar a paciente, ela referisse que “sim” para presença desses sintomas. Já a idade foi classificada em menor ou igual a 35 anos completos e maior do que 35 anos, de acordo com a apresentação fisiológica e clínica de fertilidade¹⁶. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), para classificação, utilizou-se como adulto com baixo peso, valores menores que 18,5, peso adequado, entre 18,5 e 24,9, sobrepeso, entre 25,0-29,9, e obesidade, valores iguais ou maiores que 30,0¹⁷. A ocorrência de menarca, em anos, foi categorizada seguindo as idades sugeridas para classificação de amenorréias¹⁸.

Os dados foram duplamente digitados e validados no *software free* Epidata versão 3.1 (distribuição livre), visando maior precisão dos resultados. A análise estatística foi realizada no *software free* PSPP versão 1.4.1 (distribuição livre) e consistiu em descrição absoluta e relativa das variáveis estudadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer nº 4.662.706.

RESULTADOS

Ao total, foram coletados dados de 161 prontuários eletrônicos, finalizando a primeira etapa da pesquisa. Na segunda etapa, foram realizados 161 contatos telefônicos, dos quais: 68 pacientes não atenderam as ligações ou o contato telefônico estava desatualizado, 11 pacientes não aceitaram participar da pesquisa e 02 foram excluídas por não apresentarem sintomas de

dor pélvica. Assim, o tamanho da amostra resultante para este estudo consistiu em 80 mulheres que foram submetidas à intervenção cirúrgica para tratamento da endometriose e apresentavam dor pélvica como sintoma álgico, sendo 75 procedentes de procedimentos realizados no Hospital São Vicente de Paulo e 05 no Hospital de Clínicas, ambos em Passo Fundo, RS.

Observou-se predomínio de pacientes maiores de 35 anos (73,8%; média de 39,9 anos; \pm 6,5; amplitude 24-56 anos), brancas (86,3%), com cônjuge (78,7%), com maior escolaridade (sendo relatado em 76,2% dos casos ensino superior ou mais) e 98,8% eram remunerados profissionalmente - Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose em dois Hospitais Terciários. Passo Fundo, RS, 2021. (n=80).

Variáveis	n	%
Idade em anos completos		
\leq 35	21	26,3
$>$ 35	59	73,8
Cor da pele autorreferida*		
Branca	69	86,3
Outras	11	13,7
Situação conjugal		
Com companheiro	63	78,7
Sem companheiro	17	21,3
Escolaridade		
Ensino fundamental	1	1,3
Ensino médio	18	22,5
Ensino superior ou mais	61	76,2
Profissão		
Remunerada	79	98,8
Não remunerada	1	1,2

***Outras** = parda, negra, amarela, indígena;

As informações clínicas e de saúde estão apresentadas na Tabela 2. Observa-se que 62,5% das participantes apresentaram IMC normal (média de 24,2; \pm 4,1; amplitude 18-40), 86,2% referiram menarca antes dos 14 anos (média de 12,9 anos; \pm 1,55 anos; amplitude 8-17 anos), 70,0% eram nuligestas, 95,0% nunca haviam realizado procedimento prévio para endometriose, 83,8% informaram fazer uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia e 37,1% alegaram dor pélvica como queixa principal. Além disso, 10% da amostra realizou retossigmoidectomia para tratamento da endometriose associada ao tratamento de focos endometrióticos na cavidade pélvica.

Tabela 2. Caracterização clínica e de saúde de uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose em dois Hospitais Terciários. Passo Fundo, RS, 2021. (n=80).

Variáveis	n	%
IMC		
Baixo peso	1	1,25
Normal	50	62,5
Sobrepeso	23	28,75
Obesidade	5	6,25
Não informado	1	1,25
Menarca		
≤14 anos	69	86,2
>14 anos	11	13,8
Paridade prévia a cirurgia		
Nuligesta	56	70,0
Primigesta	12	15,0
Multigesta	7	8,8
Aborto	5	6,2
Realizou procedimento prévio para endometriose		
Sim	4	5,0
Uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia		
Sim	67	83,8
Tempo de uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia em anos (n=67)		
≤10 anos	43	64,2
>10 anos	24	35,8
Queixa principal prévias à cirurgia (n=79)**		
Infertilidade	25	31,3
Dor pélvica	30	37,1
Ambos	23	28,4
Outra	1	1,2
Procedimento cirúrgico videolaparoscópico		
Tratamento de focos endometrióticos em cavidade pélvica	80	100,0
Retossigmoidectomia	8	10,0
Ooforoplastia/Ooforectomia	7	8,8
Histerectomia	7	8,8
Cistectomia	1	1,3

Outra = sangramento uterino anormal, diminuição da satisfação sexual, fadiga crônica; **IMC: Índice de Massa Corporal.

Os dados referentes à caracterização da dor estão apresentados na Tabela 3. No pré-operatório, 52,5% das entrevistadas relataram dor somática, 66,2% dor pélvica grave, 46,3% dismenorreia moderada e 46,3% dismenorreia grave. Outros sintomas relatados foram disquezia (42,5% das pacientes), disúria (17,5%) e dispareunia (27,5%). Informaram ter

realizado tratamento farmacológico prévio com dienogeste para endometriose 33,8% das entrevistadas. Acerca da dor pós-operatória, referiu-se melhora da dor em 98,8% das pacientes, em 83,8% dor pélvica leve, sendo que destas 55,0% referiram dor zero, 63,8% dismenorreia leve, em 92,5% disquezia, em 100,0% disúria e em 83,8% dispareunia. Além disso, 27,5% das participantes fizeram tratamento farmacológico para endometriose pós-cirurgia.

Tabela 3. Caracterização da dor pré-operatória e pós-operatória de uma amostra de mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose em dois Hospitais Terciários. Passo Fundo, RS, 2021. (n=80).

Variáveis	n	%
Caracterização da dor pré-operatória		
Tipo de dor		
Somática	42	52,5
Visceral	38	47,5
Dor pélvica		
Leve	8	10,0
Moderada	19	23,8
Grave	53	66,2
Dismenorreia		
Leve	6	7,4
Moderada	37	46,3
Grave	37	46,3
Disquezia		
Sim	34	42,5
Disúria		
Sim	14	17,5
Dispareunia		
Sim	22	27,5
Fez tratamento farmacológico prévio com dienogeste para endometriose		
Sim	27	33,8
Caracterização da dor pós-operatória		
Melhora da dor pós-cirurgia		
Sim	79	98,8
Dor pélvica		
Leve	67	83,8
Moderada	12	15,0
Grave	1	1,2
Dismenorreia		
Leve	51	63,8
Moderada	27	33,8
Grave	2	2,4
Disquezia		
Sim	6	7,5

Disúria		
Sim	0	0,0
Dispareunia		
Sim	13	16,2
Fez tratamento farmacológico para endometriose pós-cirurgia		
Sim	22	27,5

DISCUSSÃO

Nesse estudo, ao investigar as características das pacientes submetidas para tratamento cirúrgico de endometriose e a alteração no padrão da dor pélvica, observou-se alívio da sintomatologia álgica pós procedimento laparoscópico em 98,8% da amostra. Convergingo com os dados desta pesquisa, Vercellini¹⁹ e colaboradores, em uma revisão sistemática, expõe que o procedimento cirúrgico é constantemente considerado a melhor opção terapêutica em pacientes com endometriose sintomática. No entanto, ainda são mal definidas as taxas de reoperação e período de tempo para o reaparecimento de novas lesões.

No que tange às características sociodemográficas, houve um predomínio de idade superior a 35 anos. Em concordância, um estudo retrospectivo realizado com 98 pacientes submetidas à videolaparoscopia, o qual identificou um domínio de idade de 30 a 39 anos, e levantou a hipótese da endometriose ocorrer, predominantemente, no período reprodutivo da mulher, por se tratar de uma doença estrogênio dependente²⁰. Observou-se também uma maior frequência absoluta de mulheres brancas para cor autorreferida, podendo refletir um “viés histórico”, haja vista a região sul do país ter a sua colonização, majoritariamente, feita por imigrantes alemães e italianos²¹.

A convergência do maior grau escolaridade e profissão assalariada nos dados sociodemográficos, correlaciona-se com a teoria de que com o aumento dos anos de estudo e remuneração, há uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde²². No que diz respeito à situação conjugal, grande parte da amostra possui companheiro. Dados semelhantes puderam ser avaliados em literatura¹⁹, podendo também estar relacionados a maior busca por cuidados médicos devido à preocupação com a saúde conjugal ao se tratar de pacientes com queixa de infertilidade.

Dentre as informações clínicas e de saúde pode-se verificar que mais de 80% da amostra fazia uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia. Nisolle e colaboradores²³, em uma revisão, expõe alguns conflitos entre as relações estabelecidas sobre o uso hormonal.

Enquanto alguns delineamentos trazem um menor risco de desenvolver endometriose entre usuárias de contraceptivos orais, outros elucidam que o uso de contraceptivos hormonais pode suprimir temporariamente os sintomas, uma vez que remetem a decidualização seguida de hipotrofia do tecido endometrial, porém com crescimento dos focos endometrióticos.

Evidências sobre a relação inversa entre endometriose e peso corporal têm sido relatadas na literatura. Nesse sentido, a maioria das pacientes estudadas apresentou IMC normal, todavia essa relação causal ainda não está bem estabelecida. Apesar da endometriose e obesidade estarem relacionadas a uma hiperestrogenemia, sugere-se que o peso corporal adequado minimize os efeitos de pressão intra-abdominal e, conseqüentemente, a menstruação retrógrada, ou ainda que distúrbios gastrointestinais decorrentes da endometriose possam afetar o apetite e ingestão alimentar. Importante ressaltar também que o IMC pode não refletir o estado de obesidade e outras medidas antropométricas devem ser consideradas conjuntamente²⁴. Nesse sentido, a prática de exercícios físicos é considerada fator protetor para endometriose²⁵.

É importante discutir a queixa principal prévia à cirurgia, uma vez que cerca de 1/3 das pacientes trouxe como manifestação clínica relevante a infertilidade, a dor pélvica ou ambas as queixas. Ainda observam-se controvérsias frente à afinidade existente entre endometriose e infertilidade, pois estudos sugerem inicialmente que 25% a 50% das mulheres inférteis possuem diagnóstico de endometriose, ao passo que 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis²⁶. A menarca com média de 12,9 anos e o fato de 70% da amostra ser nuligesta também deve ser valorizada, visto que a maior frequência e volume do fluxo menstrual podem ter relação na elevação dos níveis de estradiol, aumento do fluxo retrógrado e, conseqüentemente, ao crescimento dos implantes endometriais²⁷.

A dor é o fator decisivo para diminuição da qualidade de vida em mulheres acometidas por endometriose. Associa-se um prejuízo, também, na carreira profissional, uma vez que há perda de produtividade, diminuição do ganho mensal, menor chance evolução profissional e altos índices de absenteísmos²⁸. Além disso, pode haver prejuízo nas relações afetivas, devido à associação de dispareunia e infertilidade, bem como problemas psicológicos, principalmente, a depressão²⁹. Nesse contexto, um estudo descritivo, cujo cenário era um hospital universitário na Dinamarca, realizado com 48 pacientes, publicado por Kristensen & Kjer³⁰, avaliou a melhora nos índices de qualidade de vida e de escores de dor após ressecção de lesões retrocervicais, observando diminuição das queixas algicas e melhor performance naquelas pacientes que tiveram ressecção completa das lesões.

A taxa de dor pélvica grave pré-operatória foi relatada pela maioria das pacientes, enquanto a de dismenorreia grave foi reportada por aproximadamente 50% da amostra. Assim, pode-se inferir, segundo a classificação de Andersch e Milsom¹⁵, 1982, que um percentual significativo da amostra apresenta menstruação dolorosa, que limita ou impede as atividades diárias normais, além de anormalidades de fluxo, cursando com náuseas, vômitos e até desmaios, que respondem mal a analgésicos, durante o período menstrual, no caso da dismenorreia, ou por períodos inespecíficos durante todo o mês, para dor pélvica. Todavia, no que tange a mensuração das mesmas características após o procedimento cirúrgico, houve decréscimo significativo dos sintomas algícos, cursando com 1,2% para dor pélvica grave e 2,4% para dismenorréia grave, o que demonstra a importância desse tratamento no bem-estar geral da paciente.

As pacientes também foram questionadas quanto a presença de dispareunia, disquezia e disúria, sendo a gravidade dos sintomas dicotomizada entre presença de dor ou ausência da mesma (sem sintomas). Chapron¹¹ e colaboradores¹¹ em 2003, relataram forte associação entre lesões profundas do fundo de saco posterior e dispareunia. Na presente amostra, a presença de dispareunia como sintoma algíco pré-operatório reduziu em quase 50% como queixa pós-operatória. A disúria associada à doença infiltrativa da bexiga, bem como a disquezia e o inchaço abdominal são associações recorrentes em estudos³¹. A frequência da disquezia pré-operatória é de mais de 40%, porém menos que 10% permaneceu com o sintoma na avaliação pós-operatória. No que se refere a disúria, os dados convergem para redução total do sintoma pós-operatório.

Ainda em relação à dor pré e pós-operatória, vale ressaltar um estudo que buscou associação entre o tipo de lesão, estágio da doença e intensidade da dor em um grupo de 1054 mulheres com endometriose, submetidas a cirurgia conservadora ou definitiva de primeira linha³². Os autores relataram uma correlação entre dismenorreia e o estágio da doença. No entanto, não foi objetivo do presente estudo realizar essa análise e novas abordagens deverão ser realizadas para se estabelecer tal relação.

Este estudo apresenta como limitação a perda de parte da amostra durante o seguimento da pesquisa, bem como a dificuldade ao contato telefônico por desatualização dos cadastros. Além disso, devido ao desenho do estudo envolver coleta de informações autorreferidas e de memória retrospectiva, alguns dados podem não ter sido completamente reportados, porém, não comprometeu o objetivo principal do estudo. Dessa forma, destacam-se como pontos positivos, a temática e o tipo de estudo, já que há poucas pesquisas nessa abordagem, o que pode contribuir para literatura nacional e internacional por se tratar de

um tema atual, bem como para o manejo clínico e cirúrgico desta condição. Ainda vale destacar como ponto forte o estudo e acompanhamento da evolução das pacientes tratadas.

CONCLUSÃO

O perfil demográfico da população estudada foi de mulheres acima dos 35 anos, brancas, remuneradas e com companheiro. Considerando a alta taxa de mudança no padrão da dor pélvica crônica após o procedimento cirúrgico para tratamento da endometriose conclui-se que tal intervenção, embora invasiva, parece ser a melhor opção terapêutica, atualmente, para alteração no padrão de dor pélvica crônica, uma vez que reduziu, consideravelmente, sintomas da endometriose, incluindo disquezia, disúria e dispareunia, nas mais variadas apresentações clínicas da doença.

É urgente a necessidade de maior quantidade de pesquisas sobre essa temática, haja vista as escassas investigações clínicas e subsídios terapêuticos relacionados à endometriose. A criação de mais centros de referência a nível nacional e internacional, para o acompanhamento dessas pacientes, é capaz de propiciar qualidade de vida, promoção de saúde e apoio às pacientes com endometriose.

REFERÊNCIAS

- (¹) European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE). The ESHRE Guidline for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Grimbergen. [Internet]. 2007. Acesso em: 20 de outubro de 2021. Disponível em: <http://guidelines.endometriosis.org>
- (²) Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet [Internet]. 2004. Acesso em: 20 de outubro de 2021;364:1779-1789. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17403-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17403-5)
- (³) Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. Hum Reprod [Internet]. 2001. Acesso em: 20 de outubro de 2021;16(12):2668-2671. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/16.12.2668>
- (⁴) Schenken RS, Barbieri RL; Eckler K. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of endometriosis. Up To Date [Internet]. 2009. Acesso em: 21 de outubro de 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=Pathogenesis,%20clinical%20features,%20and%20diagnosis%20of%20endometriosis.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H23

- (⁵) Sampson, JA. Peritoneal Endometriosis Due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Peritoneal Cavity. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 1927. Acesso em: 20 de outubro de 2021;14:442-469. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(15\)30003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(15)30003-X)
- (⁶) Ridley JH. The histogenesis of endometriosis: a review of facts and fancies. *Obstet Gynecol Survey*. 1968;23(1):1-35.
- (⁷) Amaral PP, Alves TP, Yamagishi JA, Terra Júnior AT, Cardoso Júnior CA. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ENDOMETRIOSE: Imagem: Ass. Bras. de Endometriose e Ginecologia. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambient* [Internet]. 15º de junho de 2018. Acesso em 01 de novembro de 2021;9(edesp):532-539. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/rcf.v9iedesp.583>
- (⁸) Melchior HS, Vivian, RF, Gualtien, K A. Endometriose: aspectos gerais e associação a infertilidade. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*. 2019;34(67): 95-106.
- (⁹) Meuleman C, Vandenabeele B, Fieuws S, Spiessens C, Timmerman D, D'Hooghe T. High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. *Fertility and sterility* [Internet]. 2009; 92(1):68–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.04.056>
- (¹⁰) Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* [Internet]. 1997;67(5):817-821. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)
- (¹¹) Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* [Internet]. 2003;18(4):760-766. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/deg152>
- (¹²) Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Endometriose. Portaria SAS/MS nº 144, 31 de março de 2010. Acesso em 21/10/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0144_31_03_2010.html
- (¹³) Farquhar C. Endometriosis. *Clin Evid*. 2002;(7):1654-1662
- (¹⁴) CAILLIET, Rene. Dor: mecanismos e tratamento. Artes Médicas, 1999.
- (¹⁵) Andersch B, Milsom I. An epidemiological study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1982. Acesso em: 20 de outubro de 2021;144:655–660. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90433-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(82)90433-1)
- (¹⁶) Crawford, N M, Steiner, A Z. Age-related infertility. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* [Internet]. 2015. Acesso em: 20 de outubro de 2021; 42(1):15–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.09.005>
- (¹⁷) Norma Técnica da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Estado nutricional dos usuários da Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2021. Disponível em:

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html#:~:text=Valores%20de%20IMC%20abaixo%20de.%20C%3A%20adulto%20com%20obesidade.

(¹⁸) Freitas, F. et al. Rotinas em Ginecologia. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 748 p.

(¹⁹) Vercellini P, Crosignani P.G, Abbiati A, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod Update [Internet]. 2009. Acesso em: 20 de outubro de 2021;15(2):177-188. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn062>

(²⁰) Costa LP, Ávila I de, Filogonio IS, Machado LR, Carneiro MM. Tratamento laparoscópico de 98 pacientes com endometriose intestinal. Revista Brasileira de Coloproctologia [Internet]. 2010. Acesso em 19 de outubro de 2021;30(1):31-36. Disponível em: http://www.jcol.org.br/pdfs/30_1/04.pdf

(²¹) Rost, C A. A identidade do teuto-brasileiro na região sul do Brasil. Revista de Estudos em Língua e Literatura [Internet]. 2008. Acesso em 19 de outubro de 2021;5(3): 1125-1963. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/interdisciplinar/article/view/1125>

(²²) Travassos C, Castro MS. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde [monografia]. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2012. 206 p.

(²³) Nisolle PM, Casanas RF, Donnez J. Histologic study of ovarian endometriosis after hormonal therapy. Fertil Steril. 1988;49:423-6.

(²⁴) Pantelis, A., Machairiotis, N., & Lapatsanis, DP (2021). A interação formidável, porém não resolvida, entre endometriose e obesidade. The Scientific World Journal [Internet]. 2021. Acesso em 22 de outubro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/6653677>

(²⁵) Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisle S, Schiff I, et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking and exercise. J Am Med Assoc. 1986, 255(14):1904-1908.

(²⁶) Bulletti, C, Coccia, ME, Battistoni, S, Borini, A. Endometriose e infertilidade. Journal of Assistida Reprodução e Genética [Internet]. 2010. Acesso em 23 de outubro de 2021;27(8): 441-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10815-010-9436-1>

(²⁷) Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24:235–58.

(²⁸) Minson FP, Arão MS, Sardá J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2012. Acesso em 23 de outubro de 2021;34(1):11-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100003>

(²⁹) Marqui AT. Non-pharmacological approach to pain in endometriosis. Revista da Dor [Internet].2014. Acesso em 23 de outubro de 2021;15(4):300-303. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/xSZbVwb8NZV6W4kVwc8GTSc/?lang=pt&format=pdf>

(³⁰) Kristensen J, Kjer JJ. Laparoscopic laser resection of rectovaginal pouch and rectovaginal septum endometriosis: the impact on pelvic pain and quality of life. *Acta Obstet Gyn.* 2007; 86:1467-71.

(³¹) Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78: 719-26.

(³²) Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod* [Internet]. 2007;22(1):266-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humrep/del339>

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a execução do projeto de pesquisa, processamento de dados e apresentação dos resultados no artigo científico, conclui-se que o objetivo principal do estudo foi cumprido. Nesse sentido, foi possível caracterizar os níveis de dor pélvica pré e pós operatória, bem como descrever a mudança no padrão de dor pélvica, nas pacientes da amostra, pós procedimento cirúrgico para tratamento da endometriose.

Quanto às hipóteses do projeto de pesquisa, cabe destacar a melhora significativa da queixa de dor pélvica pós tratamento cirúrgico, uma vez que os resultados convergiram em 98,8% dos casos, para melhora do quadro algico, confirmando a hipótese inicial. Dessa forma, conclui-se que a indicação do procedimento cirúrgico, embora invasivo, parece ser a melhor opção terapêutica, atualmente, para alteração no padrão de dor pélvica causada pela endometriose.

Por fim, devido a escassez de estudos referentes à apresentação clínica, manejo e tratamento da endometriose, o tema deste estudo é de suma importância. Nesse sentido, para além de estabelecer uma epidemiologia mais precisa da população alvo nos Serviços Especializados deste município, essa pesquisa pode ser útil para atentar aos profissionais da área o diagnóstico precoce da endometriose e consequentemente, a melhor escolha terapêutica para essas pacientes.

5. APÊNDICES

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS VIA PRONTUÁRIO
ELETRÔNICO**

Universidade Federal da Fronteira Sul – <i>campus</i> Passo Fundo		
AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE		
Contato: tailafloss@hotmail.com (54) 99195-4845		
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE VIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO		
Número do questionário:		Nquest _____
Número do prontuário:		Npron _____
Características da paciente		
1	Data da coleta:	Datac __
2	Telefone:	Tel __
3	Data da cirurgia:	Datcir __
4	Procedimento: (1) VDL para tratamento de endometriose pélvica (2) Retossigmoidectomia (3) Ooforoplastia/Ooforectomia (4) Histerectomia (5) Salpingoplastia/Salpingectomia (6) Cistectomia	Proc __
5	Diagnóstico inicial: (1) Endometriose (2) Endometriose profunda (3) Infertilidade (4) Outro	Diag __
6	Exame de imagem: (1) RNM (2) US (3) Outro	ExI __
7	Achados do exame de imagem: (1) Focos endometrióticos (2) Endometrioma (3) Adenomioma/Adeniose (4) Espessamento de ligamentos/cérvice (5) Inespecíficos	AExI __

APÊNDICE B - FICHA DE COLETA DE DADOS VIA CONTATO TELEFÔNICO

Universidade Federal da Fronteira Sul – <i>campus</i> Passo Fundo		
AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE		
Contato: tailafloss@hotmail.com		
(54) 99195-4845		
FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ENDOMETRIOSE VIA CONTATO TELEFÔNICO		
Número do questionário:		Nquest _____
Número do prontuário:		Npron _____
Características da paciente		
1	Data da coleta:	Datac ____
2	Idade:	Ida ____
3	Data de nascimento:	Datan ____
4	Etnia: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena	Etn ____
5	Estado civil: (1) Solteira (2) Casada (3) União estável (4) Divorciada (5) Viúva	Eci ____
6	Profissão:	Pro ____
7	Peso (kg):	Pes ____
8	Altura (cm):	Alt ____
9	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	Esc ____
História ginecológica		
10	Menarca (anos):	Men ____
11	Cólica menstrual: (1) Sim (2) Não	Col ____
12	Paridade prévia a cirurgia: (1) Nuligesta (2) Primigesta (3) Multigesta (4) Aborto	Par ____
13	Número de abortos:	nA ____
14	Realizou procedimento prévio para endometriose? (1) Sim (2) Não	Ppre ____
15	Uso de anticoncepcional oral antes da cirurgia? (1) Sim (2) Não	Acoa ____
16	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Ta ____
17	Uso de anticoncepcional oral após a cirurgia? (1) Sim (2) Não	Acop ____
18	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tp ____
19	Queixa principal prévia à cirurgia: (1) Infertilidade (2) Dor pélvica (3) Ambas (4) Outra	Spc ____
20	Desejo de gestar prévio à cirurgia? (1) Sim (2) Não	Gac ____
21	Tempo de tentativa de gestação em meses (Relação sexual desprotegida ao menos	Ttena ____

	três vezes por mês):	
22	Desejo de gestar pós cirurgia? (1) Sim (2) Não	Gpc ___
23	Tempo de tentativa de gestação em meses pós procedimento cirúrgico (Relação sexual desprotegida ao menos três vezes por mês):	Ttemp
24	Ocorrência de gravidez pós procedimento cirúrgico? (1) Sim (2) Não	Gra__
25	Tempo decorrido entre cirurgia e gestação? (meses)	Tgra__
26	Método de gestação? (1) Natural (2) Reprodução Assistida	Met__
27	Desfecho: (1) Nascido vivo (2) Abortamento (3) Natimorto	Des__
28	Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesariano	Tpar__
29	Complicações: (1) Trabalho de parto prematuro (2) Placenta prévia (3) Descolamento prematuro de placenta (4) Hipertensão gestacional (5) Diabetes gestacional (6) Outro	Comp__
Características da dor pré operatória		
30	Tipo de dor: (1) Somática (2) Visceral (3) Psicológica	Tdora__
31	Disquezia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disqa__
32	Disúria (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disa__
33	Dor pélvica crônica (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dpca__
34	Dispareunia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dispa__
35	Dismenorreia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disma__
36	Fez tratamento farmacológico prévio com Dienogeste para endometriose? (1) Sim (2) Não	Ttofa__
37	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tttofa__
Características da dor pós operatória		
38	Melhora da dor pós cirurgia? (1) Sim (2) Não	Tdorp__
39	Disquezia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disqp__
40	Disúria (mensuração em EVA de 0 a 10):	Disp__
41	Dor pélvica crônica (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dpcp__
42	Dispareunia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dispa__
43	Dismenorreia (mensuração em EVA de 0 a 10):	Dsmp__
44	Fez tratamento farmacológico para endometriose posterior ao ato cirúrgico? (1) Sim (2) Não	Ttofp__
45	Se sim na questão anterior, por quanto tempo? (meses)	Tttofp__

6. ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFS - EMENDA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA TAXA DE FERTILIDADE EM PACIENTES COM TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE

Pesquisador: Andréia Jacobo

Área Temática: Reprodução Humana (pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados "participantes da pesquisa" todos os que forem afetados pelos procedimentos delas):
(Reprodução Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP.);

Versão: 4

CAAE: 22725519.8.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.662.706

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

A endometriose é uma patologia ginecológica benigna, prevalente, a qual pode apresentar-se de forma assintomática ou repercutir negativamente na qualidade de vida de suas portadoras através da dor pélvica crônica e/ou infertilidade. A infertilidade acomete cerca de 50% das pacientes com endometriose e é permeada por vários questionamentos a respeito de sua fisiopatologia, tratamentos com maior custo-benefício e melhora do prognóstico após sua realização. Em relação a essa queixa dispõe-se de duas linhas de abordagens, o tratamento cirúrgico com exérese e/ou ablação das lesões endometrióticas, reestabelecimento da anatomia pélvica e demais manejos cirúrgicos individualizados, o qual apresenta uma taxa de sucesso em aproximadamente 50% das pacientes a ele submetidas nos 12 a 18 meses subsequentes a sua realização, ou então dispõe-se de tecnologias de reprodução assistida, as quais, pelo seu maior custo, são melhores indicadas para pacientes com idade igual ou maior a 35 anos ou que não tiveram sucesso através do procedimento cirúrgico. O presente estudo, será do tipo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, com amostra não probabilística, de conveniência, composta por

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.ufs@ufs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.662.706

todas mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose em serviços de Passo Fundo/RS e objetiva descrever a taxa de fertilidade após 12 a 18 meses da realização do procedimento. Dar-se-á da seguinte forma, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), serão selecionadas as pacientes submetidas a cirurgia entre 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019 no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) e em uma clínica particular, realizar-se-á contato por meio telefônico a essas pacientes objetivando a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), coleta de dados pessoais, hábitos de vida e história obstétrica prévia e posterior ao procedimento cirúrgico e, posteriormente, serão acessados os prontuários das mesmas para coleta dos dados. A análise estatística dos dados será descritiva, será verificada a prevalência (IC95) da taxa de fertilidade após o tratamento cirúrgico para endometriose, taxa de nascidos vivos e de abortamento, e suas distribuições de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, por meio do teste do qui-quadrado (significância estatística de 5%) ambas serão realizadas com auxílio do PSPP.

COMENTÁRIOS: Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE: Será verificada uma taxa de fertilidade em torno de 40-50% em pacientes tratadas cirurgicamente para endometriose. Pacientes mais jovens serão melhores sucedidas na tentativa de conceber após a cirurgia. Endometriose superficial está relacionada com uma maior taxa de fertilidade.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS: Adequado.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Descrever a taxa de fertilidade após tratamento cirúrgico de endometriose.

Objetivo Secundário:

Descrever a taxa de gestações, a taxa de nascidos vivos e a taxa de abortamento. Descrever características sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida das pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para endometriose. Verificar a distribuição de fertilidade de características

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-809

UF: SC

Município: CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.662.706

sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida. Analisar relação entre estadiamento cirúrgico e taxa de fertilidade. Comparar a avaliação do nível de dor pélvica pré e pós-tratamento cirúrgico de endometriose.

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS: Adequado.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS: Adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Os riscos referem-se principalmente à exposição indevida dos dados do paciente e risco de constrangimento durante a coleta dos dados via telefone. Para que esses riscos sejam minimizados, os pesquisadores se comprometem a não revelar o nome ou quaisquer outras características que possam identificar o paciente cujo prontuário foi analisado e ocasião da ligação telefônica as pacientes serão orientadas a dirigirem-se para um ambiente calmo e privativo. Caso ocorra comprometimento emocional da paciente, a ligação será reagendada para dia e horário oportunos, quanto aos riscos de exposição indevida, caso venham a ocorrer, as pacientes serão contatadas, informadas da situação e terão seus dados retirados da pesquisa.

RISCOS – COMENTÁRIOS: Adequados.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

As pacientes participantes do presente trabalho serão questionadas sobre desejo de receber os resultados da pesquisa via e-mail, ou endereço residencial caso não possuam endereço eletrônico, como forma de benefício direto, para melhor elucidação da patologia e do contexto social ao qual está inserida. Com a realização do presente estudo também poderão ser constados dados que auxiliem no melhor diagnóstico e indicação de tratamento para infertilidade para diferentes grupos de pacientes acometidas pela doença e também em seus diferentes estágios.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS: Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

O presente estudo será do tipo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. Será realizado no Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas e uma clínica médica particular

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.662.706

ambos na cidade de Passo Fundo / RS entre maio 2021 e maio 2022. A população será composta por mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose. A amostra, não probabilística, de conveniência, será composta por todas mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose, localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80, nos locais citados anteriormente entre 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019, contando com cerca de 300 pacientes. As pacientes serão localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80 e suas variantes pelos funcionários responsáveis designados pelos hospitais e através da localização manual dos prontuários da clínica médica. Incluir-se-á as pacientes em idade reprodutiva. Serão coletados, então, os dados de contato, através dos quais realizar-se-ão ligações telefônicas em até 5 tentativas em diferentes dias e horários. As ligações telefônicas serão gravadas, realizadas em ambiente privativo, com a verbalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) e, caso concordado, procederá a coleta de dados (apêndice B) sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida e referentes a patologia em questão. Posteriormente, serão consultados os prontuários médicos das pacientes concordantes, em local apropriado 23 designado por funcionário responsável nos locais de coleta, com senha própria ou então pela disponibilização de prontuários manuais, e será preenchido um formulário (apêndice C) contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde, história pregressa de saúde da paciente, curso da doença, achados pré-operatórios e intraoperatórios, desfechos e resultado final (com anatomopatológico). Serão excluídas as pacientes com presença de outras patologias as quais podem resultar em infertilidade. Os dados serão conferidos e duplamente digitados no programa EpiData 3.1. Para fins de caracterização da amostra, será realizada estatística descritiva, com distribuição de frequência das variáveis categóricas (absoluta e relativa) e, média, desvio padrão e amplitude das variáveis numéricas. Além disso, será verificada a prevalência (IC95) da taxa de fertilidade após tratamento cirúrgico para endometriose, taxa de nascidos vivos e de abortamento, e suas distribuições de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, por meio do teste do qui-quadrado (significância estatística de 5%) ambas serão realizadas com auxílio do PSPP.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

O presente estudo será do tipo quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico. Será realizado no Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas e uma clínica médica particular ambos na cidade de Passo Fundo / RS entre maio de 2021 a maio de 2022. A população será composta por mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose. A amostra, não

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-809
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.662.706

probabilística, de conveniência, será composta por todas mulheres com tratamento cirúrgico de endometriose dos 20 aos 40 anos de idade, localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80, nos locais citados anteriormente entre 01 de janeiro de 2012 a 01 de janeiro de 2019, contando com cerca de 300 pacientes. As pacientes serão localizadas através da pesquisa pelo CID-10 N80 e suas variantes pelos funcionários responsáveis designados pelos hospitais e através da localização manual dos prontuários da clínica médica. Incluir-se-ão as pacientes em idade reprodutiva, dos 20 aos 40 anos. Serão coletados, então, os dados de contato, através dos quais realizar-se-ão ligações telefônicas em até 5 tentativas em diferentes dias e horários. As ligações telefônicas serão gravadas, realizadas em ambiente privativo, com a verbalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A) e, caso concordado, procederá a coleta de dados (apêndice B) sociodemográficos, de saúde, hábitos de vida e referentes a patologia em questão. Posteriormente, serão consultados os prontuários médicos das pacientes concordantes, em local apropriado designado por funcionário responsável nos locais de coleta, com senha própria ou então pela disponibilização de prontuários manuais, e será preenchido um formulário (apêndice C) contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde, história pregressa de saúde da paciente, curso da doença, achados pré-operatórios e intraoperatórios, desfechos e resultado final (com anatomopatológico). Serão excluídas as pacientes com presença de outras patologias as quais podem resultar em infertilidade. Os dados serão conferidos e duplamente digitados no programa EpiData 3.1. Para fins de caracterização da amostra, será realizada estatística descritiva, com distribuição de frequência das variáveis categóricas (absoluta e relativa) e, média, desvio padrão e amplitude das variáveis numéricas. Além disso, será verificada a prevalência (IC95) da taxa de fertilidade após o tratamento cirúrgico para endometriose, taxa de nascidos vivos e de abortamento, e suas distribuições de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, por meio do teste do qui-quadrado (significância estatística de 5%) ambas serão realizadas com auxílio do PSPP. Devolutiva: Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas (mantendo sigilo dos dados pessoais) e entregues à equipe, também será confeccionado um relatório para divulgação dos resultados às instituições participantes e aos profissionais da área interessados, para que possa haver uma melhor compreensão do comportamento da doença e aprimorar técnicas e alternativas de tratamento. Esse mesmo relatório será disponibilizado às pacientes que manifestarem desejo de recebê-lo quando questionadas no momento da concordância com o TCLE, via e-mail ou envio a endereço residencial. Os dados coletados através dos prontuários serão mantidos em sigilo, em local seguro e privativo, no consultório médico da pesquisadora responsável, durante 5 anos, sendo destruídos com o auxílio

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-809

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.662.706

de uma fragmentadora de papel após este período. Em anexo, encontra-se o Termo de Compromisso para Uso de Dados em arquivo- TCUD (Apêndice 2.1.12.2), que permite a coleta de dados de prontuário para pesquisa.

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS:

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

Mulheres, em idade reprodutiva, dos 20 aos 40 anos de idade, submetidas a tratamento cirúrgico para endometriose, sob o CID-10 N80.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequados.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as pacientes com presença de outras patologias as quais podem resultar em infertilidade.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequados.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão conferidos e duplamente digitados no programa EpiData 3.1. Para fins de caracterização da amostra, será realizada estatística descritiva, com distribuição de frequência das variáveis categóricas (absoluta e relativa) e, média, desvio padrão e amplitude das variáveis numéricas. Além disso, será verificada a prevalência (IC95) da taxa de fertilidade após o tratamento cirúrgico para endometriose, taxa de nascidos vivos e de abortamento, e suas

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-809

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cap.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.662.706

distribuições de acordo com as variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida, por meio do teste do qui-quadrado (significância estatística de 5%) ambas serão realizadas com auxílio do PSPP.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS: Adequados.

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Desfecho Primário:

Será verificada uma taxa de fertilidade em torno de 40-50% em pacientes tratadas cirurgicamente para endometriose.

Desfecho Secundário:

Pacientes mais jovens serão melhores sucedidas na tentativa de conceber após a cirurgia. Endometriose superficial está relacionada com uma maior taxa de fertilidade.

DESFECHOS – COMENTÁRIOS: Adequados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados – 20/05/2021 a 31/07/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS: Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Presente e adequado.

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

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809
UF: SC Município: CHAPECÓ
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.662.706

pais ou responsáveis: Presente e adequado.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: Presente e adequado.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários): Presente e adequado.

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Não se aplica.

Recomendações:

1) Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem 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: 89.815-809
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.662.706

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_173536_0_É1.pdf	13/04/2021 15:08:48		Aceito
Outros	Justificativa1.pdf	13/04/2021 15:08:32	Andréia Jacobo	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-809

UF: SC **Município:** CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.662.706

Outros	Emenda1.pdf	13/04/2021 15:04:38	Andréia Jacobo	Aceito
Outros	Formulario_de_Resposta_as_Pendencias_do_CEP_UFFS.pdf	23/11/2019 22:19:01	Andréia Jacobo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VANESSA_DAMINI_TCC_CORRECAO_DE_PENDENCIAS_CEP.pdf	23/11/2019 22:17:27	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE_TCC_corrigido.pdf	23/11/2019 22:13:39	Andréia Jacobo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCUD_TCC_assinado.pdf	28/09/2019 16:40:30	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_HCPF.pdf	28/09/2019 16:32:39	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_HSVP.pdf	28/09/2019 16:32:25	Andréia Jacobo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_Pesquisa_Endogyne.pdf	28/09/2019 16:31:11	Andréia Jacobo	Aceito
Brochura Pesquisa	Capa_TCC_Assinada.pdf	28/09/2019 16:19:47	Andréia Jacobo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil_Assinada.pdf	28/09/2019 16:16:00	Andréia Jacobo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 21 de Abril de 2021

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 2 - NORMAS PARA SUBMISSÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA DE 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.

Subáreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia de interesse:

- Atenção primária;
- Ciência básica e translacional;
- Cirurgia ginecológica e uroginecologia;
- Contracepção;
- Doenças do trato genital inferior;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Endocrinologia ginecológica;
- Endoscopia ginecológica;
- Ensino e Treinamento;
- Epidemiologia e estatística;
- Ética;
- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino;
- Ginecologia geral;
- Ginecologia pediátrica e do adolescente;
- Gravidez de alto risco;
- Imagem;
- Mastologia;
- Medicina fetal;
- Menopausa;
- Multidisciplinaridade;
- Obstetrícia;
- Oncologia ginecológica;
- Qualidade de Vida;

- Reprodução humana e fertilização assistida;
- Sexualidade.

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


Propriedade intelectual

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

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Instruções aos Autores

Escopo e Política

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

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

Avaliação dos manuscritos

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

inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências. **IMPORTANT!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Diretrizes

Como **Visão**, a RBGO pretende se tornar um periódico reconhecido internacionalmente como referência de pesquisas em Ginecologia e Obstetrícia, tornando-se uma das principais revistas da especialidade no ranking mundial. RBGO deverá ser em veículo científico essencial para os programas de pós-graduação no Brasil, na divulgação da produção científica de alunos e orientadores/pesquisadores.

A RBGO tem como **Missão** contribuir para o desenvolvimento da pesquisa brasileira em Ginecologia e Obstetrícia, assim como auxiliar os alunos de pós-graduação e jovens pesquisadores no aprimoramento de sua capacitação científica e como órgão facilitador da divulgação dos resultados de suas pesquisas, que possam contribuir para a melhoria da assistência e da qualidade de vida da mulher.

Os **Valores** cultivados por RBGO serão sempre a inovação e o compromisso com a qualidade, em respeito à Ética na pesquisa e nas suas edições.

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online:

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

Página de Título

- Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;

- Nome completo, sem abreviações, dos autores e o Orcid ID;
- Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
- **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.
- **Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Manuscrito

Instruções aos Autores

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

Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.

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

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

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

Editorial, somente a convite do editor.

Título

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

Resumo

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

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.

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

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

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

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

Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

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

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

Palavras-chave

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

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

Introdução

A seção **Introdução** de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, "é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa". Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. 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. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014*):
Relato de Caso (Estudo de Caso): Investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);
Série de Casos: Conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
Estudo Transversal (Ou Seccional): Investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
Estudo de caso-controle: Particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de a exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.
Estudo de coorte: Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.
Estudo randomizado: Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia <i>estudo de intervenção</i> . Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de estudo randomizado informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do <i>International Clinical Trials Registration Platform</i> (ICTRP/OMS), na página de título.

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

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

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

Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais
Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?
Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?
Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (<i>missing data</i>)?
Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?
Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?
Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum

viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?

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

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

IMPORTANTE!

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

Ensaio clínico randomizado:

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

Revisões sistemáticas e metanálises:

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

Estudos observacionais em epidemiologia:

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

Estudos qualitativos:

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

Resultados

O propósito da seção **Resultados** é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO!

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

Discussão

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

Conclusão

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

Referências

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

Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não 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**.

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

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

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

Tel.: + 55 11 5573.4919

Email: editorial.office@febrasgo.org.br

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