



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

AGATA LAYANNE SOARES DA SILVA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTE COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO PÓS-
BRAQUITERAPIA**

**IMPERATRIZ – MA
2023**

AGATA LAYANNE SOARES DA SILVA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTE COM CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO PÓS-BRAQUITERAPIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Katerine Bertoline Serafim de Carvalho

Co-orientador: Prof^º Livia Maia Pascoal

**IMPERATRIZ – MA
2023**

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

SOARES DA SILVA, AGATA LAYANNE.

DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTE COM CANCER DE COLO DE
UTERO PÓS-BRAQUITERAPIA / AGATA LAYANNE SOARES DA SILVA. -
2023.

47 f.

Coorientador(a): Livia Maia Pascoal.

Orientador(a): Katerine Bertoline Serafim de Carvalho.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz-MA, 2023.

1. Braquiterapia. 2. Comportamento Sexual. 3.
Epidemiologia. 4. Neoplasias do colo do útero. 5.
Sexualidade. I. Maia Pascoal, Livia. II. Serafim de
Carvalho, Katerine Bertoline. III. Título.

AGATA LAYANNE SOARES DA SILVA

**DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTE COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO PÓS-
BRAQUITERAPIA**

Orientador: Prof^a Dra. Katerine Bertoline Serafim de Carvalho
Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/CCIm

Co-orientador: Prof^a Dr. Lívia Maia Pascoal
Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a 12/04/2023, considerou

Aprovado ()

Reprovado ()

Banca examinadora:

Presidente: Prof^a Katerine Bertoline Serafim de Carvalho
Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/CCIm

Prof^a Jullys Allan Guimarães Gama
Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/CCIm

Prof^a Tania Mara Vieira Santos
Universidade Federal do Maranhão – Curso de Medicina/CCIm

Imperatriz – MA, 12 de abril de 2023

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA.....	8
3 RESULTADOS.....	10
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXOS.....	21
APÊNDICES.....	41

Título: Disfunção sexual em paciente com câncer de colo de útero pós-braquiterapia

Autores: Agata Layanne Soares Da Silva, Katerine Bertoline Serafim de Carvalho, Livia Maia Pascoal

Status: Não Submetido

Revista: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

ISSN: 1806-9339

Fator de Impacto: Qualis B1

DOI:

SEXUAL DYSFUNCTION AFTER BRACHYTHERAPY IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

Agata Layanne Soares da Silva, 0000-0002-7125-2892, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Katerine Bertoline Serafim Carvalho, 0000-0003-3019-0127, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Lívia Maia Pascoal, 0000-0003-0876-3996, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente: Agata Layanne Soares da Silva, Rua Iracema, número 07, Caiçara, João Lisboa, Maranhão, Brasil. CEP 65922000. agata.layanne@discente.ufma.br

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Agradecimentos: Agradecemos a cooperação do Hospital São Rafael pela disponibilidade do espaço para pesquisa.

Contribuições: Agata Layanne Soares da Silva (coleta de dados, análise, interpretação dos dados, escrita do manuscrito), Katerine Bertoline Serafim Carvalho (delineamento do trabalho, revisão do manuscrito), Livia Maia Pascoal (análise dos dados)

DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTE COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO PÓS-BRAQUITERAPIA

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas, clínicas e relacionadas à vida sexual e identificar a disfunção sexual em mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero após braquiterapia. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal e analítico de abordagem quantitativa com mulheres maiores de 18 anos, diagnóstico de CCU e braquiterapia como parte do tratamento, em seguimentos em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, de Imperatriz, no período de agosto de 2022 a janeiro de 2023. Foram utilizados dois instrumentos: questionário com variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à vida sexual; e o Índice da Função Sexual Feminina para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas, sendo valores do escore ≤ 26 classificados como disfunção sexual. A estatística descritiva foi utilizada para verificar associações através do teste de T de Student e qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Do total de 58 mulheres, 28 (48,28%) relataram vida sexual ativa e 21 tiveram indicativo de disfunção sexual (escore de 23,54; desvio padrão=3,67). Os domínios mais afetados que obtiveram os maiores escores foram “desejo” (média=4,53; desvio padrão=1,36) e “excitação” (média=4,26; desvio padrão=1,31). O histórico de IST ($p=0,02$) e o orientações recebidas acerca das alterações sexuais pós-tratamento ($p=0,009$) interferiram na função sexual. **Conclusões:** A disfunção sexual esteve presente nas mulheres estudadas, revelando a importância de um acompanhamento voltado para a saúde sexual.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Braquiterapia. Comportamento Sexual. Sexualidade. Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino (CCU) é o quarto tipo de câncer mais incidente no Brasil e no mundo.¹ Em 2018, a estimativa foi de 570.000 casos e 311.000 mortes em todo o mundo por CCU, sendo o quarto câncer mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por câncer em mulheres. Este tumor é o segundo mais incidente na região Nordeste (17,62/100 mil) e, no estado do Maranhão a estimativa atual é de 24,74 casos por 100 mil habitantes.²

A patologia está associada a diversos fatores de risco entre os quais o principal deles é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que está relacionada ao início precoce da atividade sexual, múltiplas parcerias sexuais ou parceria sexual com múltiplas parcerias. Entre fatores de risco modificáveis estão o tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, etilismo e baixo nível socioeconômico. Quanto os fatores de risco não modificáveis, destacam-se a idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade.³

Por se tratar de doença de longa evolução e com principal fator de risco bem definido (infecção por HPV), o CCU trata-se de uma patologia passível de prevenção, diagnóstico e

tratamento precoces. O diagnóstico tardio, portanto, em fases avançadas, gera a necessidade de variadas modalidades terapêuticas. Dentro dessas modalidades, encontra-se a radioterapia, a braquiterapia, a quimioterapia e a cirurgia, sendo o tratamento cirúrgico pouco utilizado na abordagem da doença em estadiamento avançado, que mais comumente envolve associação de quimioterapia e radioterapia, tanto pélvica quanto braquiterapia.⁴

Pacientes com CCU em estágio inicial são geralmente tratados com cirurgia ou radioterapia, ou ambos, e em alguns casos também recebem quimioterapia associada. O tratamento padrão para estágio avançado (IIB – IVA) envolve radioterapia pélvica externa com braquiterapia, geralmente combinado com quimioterapia. Diferentes modalidades de tratamento afetam a vida geral das sobreviventes de CCU em um grau variável envolvendo o escopo completo das dimensões de qualidade de vida e questões sexuais.⁵

A braquiterapia é um método que envolve a aplicação de uma fonte radioativa nas proximidades do tumor, ou seja, via vaginal, e é um dos recursos mais utilizados como tratamento do CCU avançado, levando a melhora da taxa de sobrevida. Em geral, todas as mulheres com câncer cervical localmente avançado - estágio IB2-IVA da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) - devem ser consideradas para a braquiterapia em seu plano terapêutico.^{6,7}

Dentre as principais consequências vaginais causadas pela radiação, pode-se citar: fibrose, estenose, diminuição da elasticidade e profundidade da vagina, atrofia da mucosa, além de baixos níveis de estrógeno circulante. Tais alterações levam a diversos sintomas nas mulheres submetidas a este tratamento, como diminuição da lubrificação e dispareunia e, com frequência, associam-se à disfunção sexual.^{8,9}

Esta, por sua vez, é uma consequência comum da braquiterapia e impacta negativamente na qualidade de vida destas mulheres, afetando a vida social e sexual delas, além de afetar de maneira importante o aspecto psicológico, aumentando a ocorrência de ansiedade, depressão, problemas no relacionamento e com a autoestima.¹⁰

Nesse cenário, é necessário desenvolver estudos avaliando a sexualidade das sobreviventes de CCU e a forma como ela é afetada pelas toxicidades do tratamento. Conhecer as repercussões da braquiterapia na vida sexual pode trazer melhorias para a qualidade de vida dessas mulheres, além de fornecer informações para a assistência à saúde e para a prática clínica dos serviços, a fim de obter um tratamento mais integral.

Portanto, o objetivo deste estudo é determinar o perfil clínico-sociodemográfico relacionadas a vida sexual e a disfunção sexual das pacientes com diagnóstico de CCU, pós-braquiterapia, em seguimento em uma Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON)

localizada no sul do Maranhão. A partir da identificação do perfil dos pacientes com CCU e descrição da disfunção sexual, é possível reconhecer os fatores de risco e delinear estratégias para mudar o cenário local.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico de abordagem quantitativa envolvendo a população feminina em seguimento de CCU pós-braquiterapia em uma UNACON do sul do Maranhão. Participaram do estudo todas as mulheres submetidas a braquiterapia, ou a braquiterapia em associação com outras modalidades de tratamento para o CCU.

Para inclusão no estudo, as mulheres deveriam atender aos seguintes critérios: idade maior ou igual a 18 anos; ter diagnóstico de CCU; realização de braquiterapia como parte do tratamento oncológico; estar em seguimento na referida instituição no período da pesquisa; concordância em participar da pesquisa. Foram excluídas aquelas mulheres com impossibilidade de compreender adequadamente os itens de avaliação; não assinatura no termo de consentimento livre esclarecido e limitações físicas que pudessem interferir na função sexual.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e seleção das pacientes, foi realizada a coleta de dados. Essa coleta foi feita a partir da abordagem de pacientes, via presencial, enquanto aguardavam atendimento na unidade de oncologia do hospital e convidadas a participar do estudo, ou via telefônica, a partir de números telefônicos retirados do sistema de regulação do próprio hospital, referente às pacientes que realizavam marcação de consultas durante o ano de 2022.

Para o cálculo amostral, foi obtida a população total de pacientes que realizaram acompanhamento durante um ano e que foram submetidas a radioterapia como parte do tratamento. Foi usado como referência de cálculo o ano de 2019, ano com dados mais completos, revelando um total de 64 pacientes em acompanhamento tratadas com radioterapia. A amostra foi calculada adotando-se nível de confiança em 5% e o grau de precisão em 95% para as estimativas e/ou generalizações, resultando num número de 55 pacientes. No entanto, a população final do estudo foi composta por 58 mulheres.

A coleta dos dados aconteceu entre agosto de 2022 a janeiro de 2023, com a utilização de dois instrumentos. O primeiro foi elaborado pelos autores para a caracterização dos dados sociodemográficos (idade, cor, renda familiar, profissão, escolaridade, situação conjugal), história reprodutiva (uso de métodos contraceptivos, realização de exame preventivo, paridade)

e comportamento sexual (idade da sexarca, número de parceiros sexuais ao longo da vida, histórico de infecções sexualmente transmissíveis), história clínica (patologia, tipo histológico do tumor, estadiamento da doença, tipo de tratamento realizado, tempo da última braquiterapia, orientações recebidas no tratamento).

O segundo instrumento foi o Índice de Função Sexual Feminina – (FSFI), usado para avaliar a função sexual das participantes sexualmente ativas. Os dados referentes aos aspectos sociodemográficos, história reprodutiva e FSFI foram coletadas mediante abordagem das pacientes na UNACON, dados da história clínica, especificamente patologia, tipo histológico do tumor, estadiamento da doença, foram coletados por prontuário.

O FSFI é um questionário aplicado a mulheres que tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas. É composto de 19 itens que se propõe a analisar seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Para cada uma das questões do FSFI, existe um padrão de respostas, que cujas opções recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente conforme à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Por fim, encontra-se um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio, multiplicada por um fator específico para cada domínio, que torna homogênea a influência de cada domínio no escore total.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram importados foram importados do programa de edição de planilhas Microsoft Office Excel (versão 365) para o programa estatístico de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2021). As variáveis categóricas foram expressas em frequências brutas (n) e percentuais (%). Para as variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Uma vez confirmado o pressuposto ($p > 0,05$), elas foram expressas em médias e desvios padrões (DP). A associação entre uma variável contínua (escore do FSFI) e uma categórica ocorreu por meio de teste de T de Student para aquelas com duas categorias e ANOVA para as que possuíam acima de duas. A significância estatística estabelecida foi de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo seguiu as diretrizes da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão que integra o Sistema Plataforma Brasil, com parecer de número 5.565.564.

3 RESULTADOS

A população do estudo foi de 58 mulheres. A distribuição das características sociodemográficas está demonstrada na tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos casos de CCU em UNACON – Imperatriz, MA, Brasil, 2022-2023.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Cor de pele		
Amarela	1	1,72%
Branca	8	13,79%
Negra	5	8,62%
Parda/morena	44	75,87%
Idade		
30 a 39	9	15,52%
40 a 49	18	31,03%
50 a 59	11	18,97%
60 a 69	15	25,86%
70 ou mais	5	8,62%
Estado civil		
Casada ou união estável	33	56,90%
Divorciada/separada	8	13,79%
Solteira	5	8,62%
Viúva	12	20,69%
Escolaridade		
Ensino médio completo	6	10,34%
Ensino médio incompleto	5	8,63%
Fundamental completo	6	10,34%
Fundamental incompleto	30	51,72%
Pós-graduação	3	5,18%
Sem escolaridade	8	13,79%
Ocupação		
Aposentadoria	26	44,83%
Empregado	5	8,62%
Profissional autônomo	8	13,79%
Sem profissão/desempregado	19	32,76%
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	52	89,66%
Entre 1 e 2 salários mínimos	3	5,17%
2 salários mínimos	2	3,45%
Entre 2 e 3 salários mínimos	1	1,72%
3 ou mais salários mínimos	0	0
Etilismo		

Ex-etilista	19	32,76%
Não	38	65,52%
Sim	1	1,72%
Tabagismo		
Ex-tabagista	18	31,03%
Não	39	67,24%
Sim	1	1,72%
Histórico familiar de câncer		
Não	27	46,55%
Sim	31	53,45%

Fonte: Autor

Uma parcela das pacientes da pesquisa apresentava histórico de hábitos de risco, tais como tabagismo (n=19, 32,75%) e etilismo (n=20, 34,48%). Além disso, a maioria das pacientes relataram não ter sido vacinada contra o HPV (n= 50, 86,21%). O uso prolongado de anticoncepcionais orais por mais de 5 anos foi relatado em 11 mulheres (18,97%). Entre as 28 mulheres sexualmente ativas no momento da pesquisa, todas relataram ter apenas um parceiro sexual atual (Tabela 2).

Tabela 2 – Antecedentes sexuais e prática sexual das mulheres em seguimento de CCU em UNACON – Imperatriz, MA, Brasil, 2022-2023.

Antecedentes sexuais e prática sexual	N	%
Idade da primeira relação sexual		
12 a 18 anos	48	82,76%
18 ou mais	10	17,24%
Histórico de IST		
Não	45	77,59%
Sim	13	22,41%
Nº de parceiros sexuais atuais		
Nenhum	29	50,00%
Um	28	48,28%
Dois ou mais	1	1,72%
Nº de parceiros sexuais na vida		
Um	17	29,31%
Dois	12	20,69%
Três ou mais	29	50,00%
Idade da primeira gestação		
12 a 18 anos	41	70,69%
18 ou mais	15	25,86%
19 ou mais	2	3,45%
Nº de gestações		
Uma	1	1,73%
Duas	5	8,62%

Três	13	22,41%
Quatro ou mais	39	67,24%

Fonte: Autor

Quanto às variáveis clínicas, o tipo histológico predominante foi “Carcinoma escamoso” (n=26, 81,25%), com o grau moderadamente diferenciado mais frequente (n=23, 39,66%) e a doença foi diagnosticada em estádios avançados em 14 casos (24,14%), em 23 casos em que foi possível coletar essa informação. Em relação ao tratamento, as modalidades terapêuticas mais associadas foram braquiterapia, radioterapia externa e quimioterapia (n=17, 53,12%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis patológica e clínicas acerca do tratamento das pacientes com diagnóstico de CCU em UNACON – Imperatriz, MA, Brasil, 2022-2023.

Variáveis clínicas	N	N (%)
Tempo entre exame e o diagnóstico		
0 a 1 ano	14	24,14%
2 a 3 anos	16	27,59%
4 ou mais	17	29,31%
Nunca realizou	7	12,08%
Sem informação	4	6,90%
Tipo histológico		
Adenocarcinoma	6	10,34%
Carcinoma escamoso	26	44,83%
Sem informação	26	44,83%
Grau histológico		
Moderadamente diferenciado (Grau II)	23	39,66%
Pouco diferenciado (Grau III)	3	5,17%
Sem informação	32	55,17%
Estadiamento		
Doença avançada	14	24,14%
Doença local	9	15,52%
Sem informação	35	60,34%
Modalidades de tratamento		
Cirurgia, Radioterapia externa, Radioterapia interna	11	18,97%
Cirurgia, Radioterapia externa, Radioterapia interna, Quimioterapia	13	22,41%
Radioterapia externa, Radioterapia interna	2	3,45%
Radioterapia externa, Radioterapia interna, Quimioterapia	29	50,00%
Radioterapia interna	1	1,73%
Radioterapia interna, Quimioterapia	2	3,45%
Nº de sessões de braquiterapia		
1 a 4 sessões	54	93,10%
5 ou mais sessões	4	6,90%
Tempo da última sessão		
> 1 ano	52	89,66%
6 meses-1 ano	3	5,17%

Menos de 6 meses

3

5,17%

Fonte: Prontuário e questionário aplicado

Em relação as orientações recebidas durante o tratamento de braquiterapia, ao serem questionadas se receberam orientações dos efeitos colaterais da braquiterapia, 94,83% relataram ter recebido (n=55), e mais especificamente em relação as orientações das alterações sexuais, tais como dor, desconforto a penetração, sensação de estreiteza do canal vaginal, uso de vibrador, dilatador vaginal, lubrificantes, 87,93% (n=51) relataram ter recebido tais orientações. Ademais, quando questionadas se realizaram algum relato de queixa na parte sexual, 29,31% (n=17) pacientes responderam que relataram queixas para o médico que acompanham em seu seguimento oncológico.

Das 58 mulheres abordadas, 28 (48,28%) pacientes possuíam vida sexual ativa, no momento da pesquisa, e 30 (51,72%) pacientes não relataram vida sexual ativa, em relação as últimas 4 semanas. Dentre as 28 mulheres, 100% delas estavam aptas (tiveram relação sexual nas últimas quatro semanas e apresentavam cognição para responder ao questionário) a responder ao FSFI.

Entre as 28, 15 (75%) apresentavam disfunção sexual, com escore menor ou inferior do ponto de corte 26, com escore total médio de 23,54. Os domínios que obtiveram os maiores escores foram “desejo” (4,536) e “excitação” (4,26) (Tabela 4).

Tabela 4 - Escores obtidos no FSFI de mulheres sexualmente ativas pós-braquiterapia para o CCU, Imperatriz – MA, Brasil, 2022-2023.

FSFI	Média (IC95%)	DP	Mediana	Min	Max
Desejo	4,53 (3,99 - 5,06)	1,36	4,80	1,2	6,0
Excitação	4,26 (3,73 - 4,77)	1,31	3,90	1,2	6,0
Lubrificação	3,93 (3,69 - 4,18)	0,61	3,90	2,7	5,1
Orgasmo	3,79 (3,47 - 4,11)	0,81	4,00	2,4	5,2
Satisfação	3,05 (2,41 - 3,69)	1,63	2,80	1,2	6,0
Dor	3,97 (3,42 - 4,51)	1,38	4,00	1,2	6,0
Escore total	23,54 (22,08 - 24,99)	3,67	23,70	16,5	29,8

*DP: desvio padrão; Min: mínimo; Max: máximo.

Fonte: Autor

Destaca-se, ainda, que ao avaliar a correlação da média dos escore do FSFI em relação as variáveis clinicas e sociodemográficas, verificou-se que os resultados obtidos mostraram diferenças estatisticamente significante apenas para as variáveis: histórico de IST (p= 0,02), recebimento de orientações sexuais (p=0,009).

O histórico de IST interferiu na atividade sexual ($p= 0,02$). As pacientes que não relataram histórico de IST, apresentaram médias inferiores no FSFI (média=22,59; DP=3,65), quando comparadas àquelas que apresentaram (média=26,24; DP= 2,17). Ademais, as pacientes que relataram ter recebido orientações acerca das alterações sexuais, tiveram associação com o FSFI ($p=0,009$). Nesse sentido, as pacientes que responderam não ter sido orientadas, apresentaram média maior (media=27,24; DP=2,12), em relação as que receberam orientações (média=22,70; DP=3,44).

4 DISCUSSÃO

O CCU é um problema de saúde pública, pois ainda acomete no Brasil um elevado número de mulheres. A maioria das mulheres diagnosticadas com CCU está em uma faixa etária em que ainda apresentam vida sexual ativa.^{2,3}

Dentre as 58 mulheres, a maior parte apresentou baixa escolaridade e raça/cor não branca, o que constituem fatores de risco para o acometimento de alterações citológicas de alto grau no colo uterino nas mulheres abordadas. Logo, as pacientes que se encaixam nesse perfil apresentam mais chances de serem acometidas por lesões de alto grau.¹¹

Um estudo que objetivou identificar e analisar características socioeconômicas, comportamentais e biológicas de mulheres com CCU no sul do Brasil verificou que 45% das pacientes estudadas estavam na faixa do ensino fundamental incompleto, ou seja, menos que oito anos de estudos concluídos, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo, no qual a porcentagem é maior, com 51.72%.¹²

O presente estudo descreve uma alta taxa de mulheres com baixa renda que apresentavam renda de até 1 salário mínimo, sendo este um fator de risco. O baixo nível socioeconômico e pouca escolaridade podem explicar a baixa adesão aos programas de prevenção do CCU.^{12,13} O início precoce da atividade sexual (antes dos 18 anos) é considerado fator de risco para a infecção pelo HPV. No presente estudo, 82,76% das mulheres abordadas relataram sexarca precoce.⁹

Outros fatores de risco descritos na literatura estão presentes nas pacientes deste estudo, tais como: início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, número de gestações, infecções sexualmente transmissíveis, multiparidade. tabagismo, uso prolongado de anticoncepcional oral, multiparidade. Dentre estes, os menos mencionados no presente estudo foram: história de infecção sexualmente transmissível e uso de anticoncepcionais orais.^{13,14} As pacientes com histórico de IST apresentavam média maior. No entanto, a média obtida foi próxima do ponto de corte, valores iguais ou abaixo de 26 indicaria disfunção sexual ($p= 0,02$).

Entre os vários fatores de risco, a infecção persistente pelo HPV parece ser o principal fator de desenvolvimento do CCU (OLUSOLA *et al.*, 2019). Entre as 58 mulheres abordadas, 12.07% relataram nunca ter realizado o exame citopatológico, o que é corroborado com uma revisão sistemática acerca do CCU em países de baixa e média renda, que relata a baixa adesão das mulheres ao rastreamento sendo um fator de risco importante para o aumento do número de mulheres com CCU.¹⁵

Outrossim, em relação aos exames citopatológicos a lesão intraepitelial escamosa de alto grau foi a mais frequente, em seguida, o carcinoma escamoso e, em grau histológico mais visto, o grau moderadamente diferenciado (grau histológico II). Cenário semelhante observado no presente estudo, em que o carcinoma escamoso em grau histológico moderadamente diferenciado foi frequente.¹⁴

O estadiamento é determinado clinicamente com base no tamanho do tumor e o grau de extensão pélvica. No presente estudo, grande parcela das mulheres, 24.14% de 23 pacientes, foram diagnosticadas com doença avançada (estádios IIB a IVA), resultado semelhante ao encontrado em um estudo observacional no Estado do Pará no período de 2001 a 2010.¹⁶ Nesse sentido, uma revisão trás que, quase 85% dos casos de CCU ocorrem em países em desenvolvimento, com mais de dois terços dos pacientes tendo doença avançada na apresentação, resultado semelhante ao do presente estudo.¹⁷

A maior parte das mulheres recebem o diagnóstico no estágio II, o que sugere que essas pacientes não foram cobertas pelo programa de rastreamento, ou seja, não realizaram o exame preventivo, o que demonstra falha na cobertura local da atenção secundária do CCU, estratégia importante na prevenção da fase avançada da doença.^{18,19}

O tratamento do CCU é principalmente determinado pelo estágio no diagnóstico e geralmente envolve a realização de ressecção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação destas modalidades. Pacientes com CCU localmente avançado têm maior taxa de recorrência e pior taxas de sobrevivência com o tratamento padrão. Assim, tratamentos multidisciplinares e multimodais são necessários para melhorar os resultados.²⁰

Essas diferentes abordagens são visualizadas no presente estudo, visto que a modalidade terapêutica mais associadas foi braquiterapia, radioterapia externa e quimioterapia. A braquiterapia é um método de tratamento desempenha papel importante nos pacientes com tumores em estágio avançado, obtendo uma melhora na taxa de sobrevivência.^{14,21}

Entre os aspectos clínicos, carcinoma escamoso como principal tipo histológico, doença diagnosticada em estádios avançados e conseqüentemente, a realização de tratamento não cirúrgico (radioterapia associada à quimioterapia), reafirmam o perfil da região do sul do

Maranhão compatível com o de países menos favorecidos economicamente. Ademais, as disparidades socioeconômicas presentes no país estão associadas ao estágio avançado da doença.^{9,22}

Pacientes com CCU podem apresentar alterações cervicovaginais e alterações no comportamento sexual, devido a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia.²¹ Os efeitos colaterais decorrentes da braquiterapia podem ser imediatos ou tardios (após três meses do término). Os efeitos colaterais imediatos mais comuns são: inflamação da mucosa vaginal, diarreia, sangramento vaginal, fadiga e alteração vesical. Já entre os tardios estão: sangramento vaginal, ulcerações retais, alterações vesicais, encurtamento e estenose vaginal.¹⁴

Ao comparar mulheres submetidas a radioterapia àquelas tratadas com cirurgia e quimioterapia, as primeiras apresentam mais sintomas sexuais. Nesse contexto, as principais consequências vaginais, causadas pela radiação, são: fibrose, estenose, diminuição da elasticidade e da profundidade e a atrofia da mucosa. Esses impactos promovem disfunção sexual devido a falta de lubrificação, de orgasmo, de excitação, de libido e presença de dispareunia, logo, afetam negativamente a qualidade de vida.^{9,14}

Disfunção sexual feminina é uma desordem do desejo sexual, da excitação, do orgasmo ou a presença de dor na relação sexual, levando a sofrimento pessoal. Sentimento de angústia, ansiedade, vergonha e medo são fatores relacionados que contribuem para a disfunção sexual em mulheres com diagnóstico de neoplasia do colo do útero, submetidas a tratamento radioterápico. O tratamento do câncer resulta em alta morbidade vaginal e disfunção sexual persistente. O presente estudo apontou disfunção sexual em 21 mulheres.²⁸

Das 58 pacientes estudadas, grande parcela (n=30, 51.72%) não relataram vida sexual ativa. Este número é superior ao encontrado em um estudo transversal com mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico, entre os anos de 2009 e 2013, na qual observou que 43,8% das mulheres participantes tornaram-se inativas sexualmente após o tratamento, conferindo menor qualidade de vida.²³

Os principais motivos das mulheres tratadas para o CCU evitarem o sexo após o tratamento foram a preocupação com a recorrência do câncer, o medo de dor e sangramentos durante as relações sexuais. No entanto, essas consequências precisam ser consideradas na prática clínica, visto que sequelas sexuais afetam significativamente a qualidade de vida.^{9,21,24,25}

A disfunção sexual é caracterizada por escores iguais ou abaixo de 26 no FSFI. Assim, o indicativo de disfunção sexual esteve presente em grande parte das mulheres com vida sexual ativa após o tratamento para o CCU.²⁶ Os domínios que obtiveram os maiores escores foram

“desejo”. Tal fato entra em consonância com uma pesquisa realizada em 2015, houve uma prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, entre as pacientes com disfunções sexuais.²¹

Os prejuízos sexuais precisam ser discutidos e esclarecidos junto das mulheres antes e após o tratamento. Para tanto foi questionado para as mulheres estudadas se receberam orientações acerca dos efeitos colaterais da braquiterapia, no qual quase todas relataram que receberam, e acerca das orientações voltadas para efeitos em relação a vida sexual, com resultado semelhante. Tais números divergem em relação ao número de pacientes que apresentaram disfunção sexual.

As pacientes que responderam não ter sido orientadas apresentavam menor probabilidade de apresentar disfunção sexual, ao analisar as médias do FSFI ($p=0,009$). Isto permite inferir que há repasse falho ou inadequado dessas orientações, no que tange a educação em saúde, em relação a estes itens necessários na prevenção de estenose e atrofia vaginal.⁹

Assim como relatado em uma revisão sistemática, que constatou que a esfera da sexualidade tem sido apenas ligeiramente examinada em pacientes com câncer do colo do útero que estão realizando tratamento, apesar do fato de que a disfunção sexual e o desconforto são um efeito colateral comum do tratamento.²⁷

As pacientes do presente estudo relataram que as orientações ocorreram antes, durante ou ao término da braquiterapia. Concluído o tratamento, as mulheres realizam o seguimento. Embora o esperado seja que quem apresentou disfunção sexual sejam aquelas mulheres que não receberam orientação, a análise estatística demonstrou o contrário. Logo, reforça-se o repasse correto dessas orientações as pacientes, de forma a suprir necessidades e demandas das pacientes, visto que, apesar de terem recebido orientações apresentavam disfunção sexual.

O momento pós-tratamento e acompanhamento da paciente deve ser considerado um momento de oportunidade para realizar educação em saúde e rastreamento de paciente com sequelas, sobretudo nas pacientes pós-braquiterapia, no que tange a disfunção sexual. Os impactos na vida sexual precisam ser discutidos e esclarecidos junto das mulheres antes e após o tratamento.^{9,28}

A implementação de um serviço de aconselhamento ginecológico com equipe multiprofissional nas instituições prestadoras de assistência a pacientes com câncer ginecológico, poderia auxiliar no enfrentamento das consequências da braquiterapia, melhorando a qualidade de vida e tornando o seguimento oncológico mais eficaz.⁹

A abordagem da função sexual, nos atendimentos realizados por profissionais de saúde, ainda é incipiente, o que contribui para a cronicidade do problema. Relacionado a isso, têm-se

a comunicação deficiente entre o profissional e o paciente, e o número reduzido de atividades de educação em saúde acerca desta temática nos serviços de oncologia. Outro fator é a vergonha que muitas pacientes sentem em abordar o tema durante as consultas, o que as impede de buscar ajuda profissional, cabendo ao profissional abordá-la.¹⁴

O estudo apresentou limites quanto ao número da amostra, o que não permitiu uma análise descritiva mais robusta. No Brasil, a literatura ainda é carente de pesquisas sobre a disfunção sexual após o tratamento do câncer do colo do útero. Tal fato justifica a relevância do trabalho e a sua contribuição para a prática médica na gestão do cuidado dessas mulheres.

5 CONCLUSÃO

Os resultados indicaram disfunção sexual entre as mulheres com vida sexual ativas após a braquiterapia, com prejuízo principalmente no domínio desejo. Ademais, embora grande parte ter sido orientada, as pacientes ainda apresentam número significativo de mulheres com disfunção sexual. Além disso, estas mulheres com diagnóstico de CCU demonstram não ter sido cobertas por rastreamento, tornando possível um diagnóstico precoce.

É preciso auxiliar as mulheres para enfrentar as dificuldades nas atividades sexuais. Realizar acompanhamento multidisciplinar, abordando a sexualidade no momento das consultas, permitiria fazer melhorias no seguimento e na qualidade de vidas. É premente a adoção de cuidados em saúde para prevenir ou minimizar esses efeitos colaterais. O processo educativo deve ter continuidade durante e após o término da braquiterapia, de forma a minimizar os possíveis danos relacionados à saúde da mulher. Para estudos futuros são indicadas uma amostra maior e a aplicação do instrumento no período pré e pós-tratamento.

REFERÊNCIAS

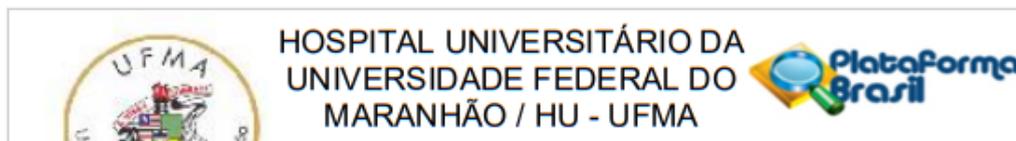
1. Santos M de O. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rev. Bras. Cancerol. 30º de março de 2018;64(1):119-20.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov;68(6):394-424.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva. Cadernos de atenção básica: controles dos cânceres do colo do útero e da mama. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2018.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
5. Ye S, Yang J, Cao D, Lang J, Shen K. A systematic review of quality of life and sexual function of patients with cervical cancer after treatment. *Int J Gynecol Cancer*. 2014 Sep;24(7):1146-57.
6. Banerjee R, Kamrava M. Brachytherapy in the treatment of cervical cancer: a review. *Int J Womens Health*. 2014 May 28;6:555-64.
7. Naga Ch P, Gurram L, Chopra S, Mahantshetty U. The management of locally advanced cervical cancer. *Curr Opin Oncol*. 2018 Sep;30(5):323-329.
8. Hofsjö A, Bohm-Starke N, Blomgren B, Jahren H, Steineck G, Bergmark K. Radiotherapy-induced vaginal fibrosis in cervical cancer survivors. *Acta Oncol*. 2017 May;56(5):661-666.
9. Correia RA, Bonfim CV do, Feitosa KMA, Furtado BMASM, Ferreira DK da S, Santos SL dos. Disfunção sexual após tratamento para o câncer do colo do útero. *Rev esc enferm USP*. 2020;54.
10. Schover LR, van der Kaaij M, van Dorst E, Creutzberg C, Huyghe E, Kiserud CE. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *EJC Suppl*. 2014 Jun;12(1):41-53.
11. Melo WA de, Pelloso SM, Alvarenga A, Carvalho MD de B. Factors associated with abnormalities of the cytopathological uterine cervix test in South of Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017Oct;17.
12. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Esc Anna Nery*. 2010Jan;14.
13. Diz MDPE, Medeiros RB de. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. *Rev. Med*. 6 de março de 2009;88(1):7-15.
14. Silva TG da, Oliveira KML de, Morais SCR, Perrelli JGA, Sousa S de MA de, Linhares FMP. Disfunção sexual em mulheres com câncer do colo do útero submetidas à radioterapia: análise de conceito. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4).
15. Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Feb 26;19(2):319-324.

16. Da Cunha FF, Pinheiro M da CN, Corrêa ARDS. Estadiamento do câncer de colo uterino em um hospital de referência. *Enfermagem Brasil*. 2019 Jul 16;18(3):373.
17. Naga CH P, Gurram L, Chopra S, Mahantshetty U. The management of locally advanced cervical cancer. *Current Opinion in Oncology*. 2018 Sep;30(5):323–9.
18. ohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *The Lancet*. 2019 Jan;393(10167):169–82.
19. Lopes VAS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2019 Sep 5;24:3431–42.
20. Naga CH P, Gurram L, Chopra S, Mahantshetty U. The management of locally advanced cervical cancer. *Current Opinion in Oncology*. 2018 Sep;30(5):323–9.
21. Frigo LF, Zambarda SDO. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: efeitos do tratamento. *Cinergis*. 2015 Dec 1;16(3).
22. Favaro CRP, Durant LC, Pattera T da SV, Panobianco MS, Gozzo T de O. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de colo de útero tratadas em hospital terciário. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [Internet]*. 2019 Dec 20;9(0).
23. Nascimento FC, Deitos J, Luz CM da. Comparação da disfunção do assoalho pélvico com função sexual e qualidade de vida em sobreviventes ao câncer ginecológico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019;27(3):628–37.
24. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Translational Andrology and Urology [Internet]*. 2015 Apr 1;4(2):186–205.
25. Yin G, Zhou W, Yang X, Dai Y, Wu Q, He G. Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual function. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. 2016;12(2):938.
26. Pacagnella R de C, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Nov;25(11):2333–44.
27. Tramacere F, Lancellotta V, Casà C, Fionda B, Cornacchione P, Mazzarella C, et al. Assessment of Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Patients after Different Treatment Modality: A Systematic Review. *Medicina*. 2022 Sep 1;58(9):1223.
28. Silva RH da, Rosa LM da, Dias M, Salum NC, Varela AIS, Radünz V. Práticas de autocuidado e os efeitos colaterais imediatos em mulheres com câncer ginecológico em braquiterapia. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2021 Apr 20;11:e35.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL E NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS PACIENTES COM CÂNCER DO COLO UTERINO SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA

Pesquisador: katerine bertoline serafim

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 57426221.0.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.565.564

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981125_E1. Datado de 09/07/22).

Introdução: O câncer constitui-se um importante problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte (BRAY et al.; 2018). O câncer ginecológico abrange os tumores malignos do colo uterino, ovários, endométrio, vagina e vulva, com o câncer de colo uterino sendo o mais frequente. O câncer do colo do útero (CCU), também chamado de câncer cervical, é uma doença de natureza crônica, é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do colo levando a alterações intraepiteliais que podem se transformar em um processo invasor, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou a distância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, INCA, 2013). Em 2018, a estimativa foi de 570.000 casos e 311.000 mortes em todo o mundo por CCU, sendo o quarto câncer mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por câncer em mulheres (BRAY et al.; 2018). Conforme dados do INCA (2019), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil, será de 16.590, para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Este tumor é o segundo mais incidente nas regiões Norte (21,20/100 mil), Nordeste (17,62/100 mil) e Centro-Oeste (15,92/100 mil). No

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

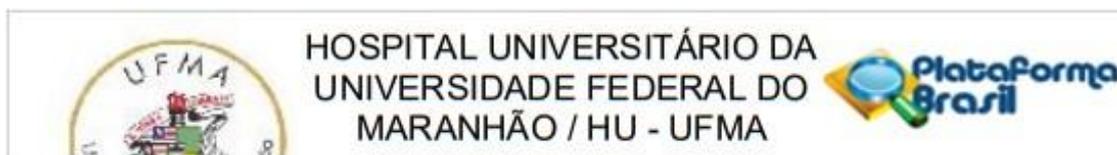
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.564

Outros	EMENDA.docx	09/07/2022 00:22:57	katerine bertoline serafim	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	26/05/2022 23:48:25	katerine bertoline serafim	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA2.docx	26/05/2022 23:45:50	katerine bertoline serafim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_AGATA_LAYANNE_SOARES_DA_SILVA.pdf	12/05/2022 12:21:03	katerine bertoline serafim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_AGATA_LAYANNE_SOARES_DA_SILVA.docx	12/05/2022 12:20:50	katerine bertoline serafim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_TCLE.docx	12/05/2022 12:16:49	katerine bertoline serafim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/05/2022 12:03:36	katerine bertoline serafim	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/12/2021 14:04:42	katerine bertoline serafim	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/12/2021 13:50:13	katerine bertoline serafim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO.jpeg	27/12/2021 13:49:45	katerine bertoline serafim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DO LOCAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Hospital São Rafael
Unidade de Alta Complexidade Oncológica (UNACON)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

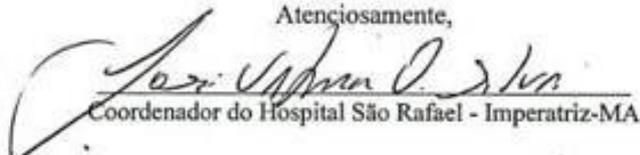
Declaro, para os devidos fins, que as pesquisadoras Agata Layanne Soares da Silva, acadêmica, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, curso de Medicina, e está autorizada a realizar no Hospital São Rafael o projeto de pesquisa **“DISFUNÇÃO SEXUAL EM PACIENTES COM CÂNCER DO COLO UTERINO SUBMETIDAS À BRAQUITERAPIA NO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ-MA”**, cujo objetivo central é **“compreender a função sexual em pacientes com câncer do colo uterino submetidas à braquiterapia, acompanhadas em unidade oncológica de referência localizado no sul do Maranhão”** e mesma realizará o trabalho sob orientação da Profª Katerine Bertoline Serafim de Carvalho.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos dos direitos, dentre outros assegurados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/2012:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através de estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informa ainda, que a pesquisa somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Atenciosamente,


Coordenador do Hospital São Rafael - Imperatriz-MA

Imperatriz – MA, 29 de NOVEMBRO de 2021.

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Av. dos Portugueses, 1966, - Bairro Vila Bacanga, São Luis/MA, CEP 65080-805
Telefone: (98) 3272-8000 - <https://www.ufma.br>

Declaração nº 0483576/2023/FUMA/OEA/CCIM/UFMA/CCG/CCIM/CCMI/CCIM

Processo nº 23115.000767/2022-61

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

A **COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DE IMPERATRIZ DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, declaramos para os devidos fins, que a discente a seguir, após manifestação favorável do Colegiado do Curso de Medicina, conforme Ata de Reunião nº 0346357/2022/CCMI/CCIM, **aprovou com ressalvas** o projeto de pesquisa conforme os dados abaixo especificados:

Discente: Agata Layanne Soares da Silva;

Projeto: "Avaliação da Disfunção Sexual e Nível de Conhecimento das Pacientes com Câncer do Colo Uterino Submetidas à Braquiterapia"

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **LEANDRO SILVA DE SOUSA**, Técnico Administrativo em Educação, em 23/02/2023, às 09:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufma.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0483576** e o código CRC **3595DC87**.

ANEXO D – ESCOPO E REGRAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



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 Obstetria (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetria (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, Obstetria e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Subáreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetria 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;
- Obstetria;
- 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. **IMPORTANTE!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Diretrizes

Como **Visão**, a RBGO pretende se tornar um periódico reconhecido internacionalmente como referência de pesquisas em Ginecologia e Obstetrícia, tomando-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 Ensaios 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 (*missing data*)?

Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a 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 qualifique-as claramente como tal. No último parágrafo da seção **Discussão** informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

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

Referências

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

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

ANEXO E – CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA TNM/FIGO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO

Categorias TNM	Estádio FIGO	Característica
TX		O tumor primário não pode ser avaliado
T0		Não há evidência de tumor primário
Tis	I	Carcinoma in situ
T1	I	Carcinoma confinado à cérvix
T1a ²	IA	Carcinoma invasivo, diagnosticado somente pela microscopia. Invasão estromal com uma profundidade máxima de 5 mm, medida desde a base do epitélio e uma disseminação horizontal de 7 mm ou menos ³
T1a1	IA1	Invasão estromal de até 3 mm em profundidade e com 7 mm ou menos de extensão horizontal
T1a2	IA2	Invasão estromal com mais de 3 mm e até 5 mm em profundidade e com uma extensão horizontal de 7 mm ou menos
T1b	IB	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior do que T1a/IA2
T1b1	IB1	Lesão clinicamente visível com 4cm ou menos em sua maior dimensão
T1b2	IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4cm em sua maior dimensão
T2	II	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina
T2a	IIA	Tumor sem invasão de paramétrio
T2a1	IIA1	Lesão clinicamente visível com 4 cm ou menos em sua maior dimensão
T2a2	IIA2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior dimensão
T2b	IIB	Tumor com invasão de paramétrio
T3	III	Tumor que se estende a parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina, causa hidronefrose ou comprometimento renal
T3a	IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina
T3b	IIIB	Tumor que se estende à parede pélvica, causando hidronefrose ou comprometimento renal
T4	IVA	Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pelve verdadeira ^{4,5}

Nota:

1 A FIGO não mais inclui o Estádio 0(Tis)

2 Todas as lesões macroscopicamente visíveis, mesmo com invasão superficial, são T1b/IB

3 O envolvimento do espaço vascular, linfático ou venoso, não afeta a classificação

4 A presença do edema bolhoso não é suficiente para classificar o tumor como T4.

5 A invasão da mucosa vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia, de acordo com a FIGO

ANEXO F – ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI)

Instruções:

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual *durante as últimas 4 semanas*. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo.

Assinale *apenas* uma alternativa por pergunta.

Para responder às questões use as seguintes definições: *atividade sexual* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação ("punheta"/"siririca") e ato sexual; *ato sexual* é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; *estímulo sexual* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); *desejo sexual* ou *interesse sexual* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; *excitação sexual* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/"vagina molhada"/"tesão vaginal" –, ou contrações musculares).

Perguntas	Opções de respostas e pontuação
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a "vagina molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a "vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal ("vagina molhada") até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?

0 = Sem atividade sexual
 5 = Quase sempre ou sempre
 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo ("clímax/gozou")?

0 = Sem atividade sexual
 1 = Extremamente difícil ou impossível
 2 = Muito difícil
 3 = Difícil
 4 = Ligeiramente difícil
 5 = Nada difícil

- 13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?
- 0 = Sem atividade sexual
5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita
- 14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?
- 0 = Sem atividade sexual
5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita
- 15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?
- 5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita
- 16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?
- 5 = Muito satisfeita
4 = Moderadamente satisfeita
3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
2 = Moderadamente insatisfeita
1 = Muito insatisfeita
- 17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
- 0 = Não tentei ter relação
1 = Quase sempre ou sempre
2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
5 = Quase nunca ou nunca
- 18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
- 0 = Não tentei ter relação
1 = Quase sempre ou sempre
2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
5 = Quase nunca ou nunca
- 19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
- 0 = Não tentei ter relação
1 = Muito alto
2 = Alto
3 = Moderado
4 = Baixo
5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi construído com bases nos fatores de risco para apresentar CA do colo de útero e os impactos que o seu tratamento pode provocar no organismo da paciente. Diante disso, foi elaborado perguntas acerca do perfil epidemiológico, história clínica, acompanhada do questionário validado Índice Da Função Sexual Feminina.

1) Identificação

Sexo:

Idade:

Cor:

Branca

Negra

Parda/morena

Indígena

Oriental

Procedência:

2) Dados sociais

Estado civil:

Casada ou união estável

Divorciada/separada

Viúva

Solteira

Escolaridade:

Fundamental incompleto

Fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Superior incompleto

Superior completo

Pós-graduação

Profissão:

Renda mensal:

3) Estilo de vida

Etilismo:

Tabagismo:

Histórico familiar de câncer:

4) História clínica

Idade da 1º relação sexual

História de infecções sexualmente transmitidas

Número de parceiros sexuais

Número total de parceiros durante a vida

Quando iniciou as atividades sexuais

Gravidez precoce

Uso prolongado de pílulas anticoncepcionais

Número de gestação

Vacinação

Exame citopatológico

Estadiamento (FIGO): IA IB IIA IIB IIIA IIIB

Tipo Histológico

Carcinoma escamoso

Adenocarcinoma

Carcinoma adenoescamoso

Grau Histológico

Bem diferenciado (Grau I)

Moderadamente diferenciado (Grau II)

Indiferenciado (Grau III)

Modalidades de tratamento:

Cirurgia

Radioterapia externa

Radioterapia interna

Quimioterapia

Radioterapia/Quimioterapia

Radioterapia/Quimioterapia/Cirurgia

Número de sessões de braquiterapia prescritas:

Patologias prévias:

Cirurgias prévias:

Tempo da última braquiterapia:

Menos de 6 meses

6 meses-1 ano

> 1 ano

Você foi esclarecida sobre os efeitos colaterais da braquiterapia, como sintomas gastrintestinais e geniturinários?

Não Sim

Foi orientada a como prevenir a alteração da parte sexual?

Não Sim

Recebeu alguma das orientações a seguir?

Manter relação sexual durante o tratamento;

Uso de vibrador;

Uso de dilatador vaginal após o tratamento;

Lubrificante vaginal

Acompanhamento com fisioterapeuta

Relatou alguma queixa sexual para o médico assistente?

Não Sim

Se sim, foi orientada a como resolver?

Não Sim

6) QUESTIONÁRIO FSFI - ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;

Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta
- Confiança moderada

- Baixa confiança
 - Muito baixa ou nenhuma confiança
- 6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca
- 7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca
- 8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Extremamente difícil ou impossível
 - Muito difícil
 - Difícil
 - Ligeiramente difícil
 - Não foi difícil
- 9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Sempre ou quase sempre
 - A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
 - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
 - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
 - Quase nunca ou nunca
- 10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?
- Nenhuma atividade sexual
 - Extremamente difícil ou impossível
 - Muito difícil
 - Difícil
 - Ligeiramente difícil
 - Não foi difícil
- 11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual ?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Muito grande
- Grande
- Moderado
- Pequeno
- Muito pequeno ou nenhum