

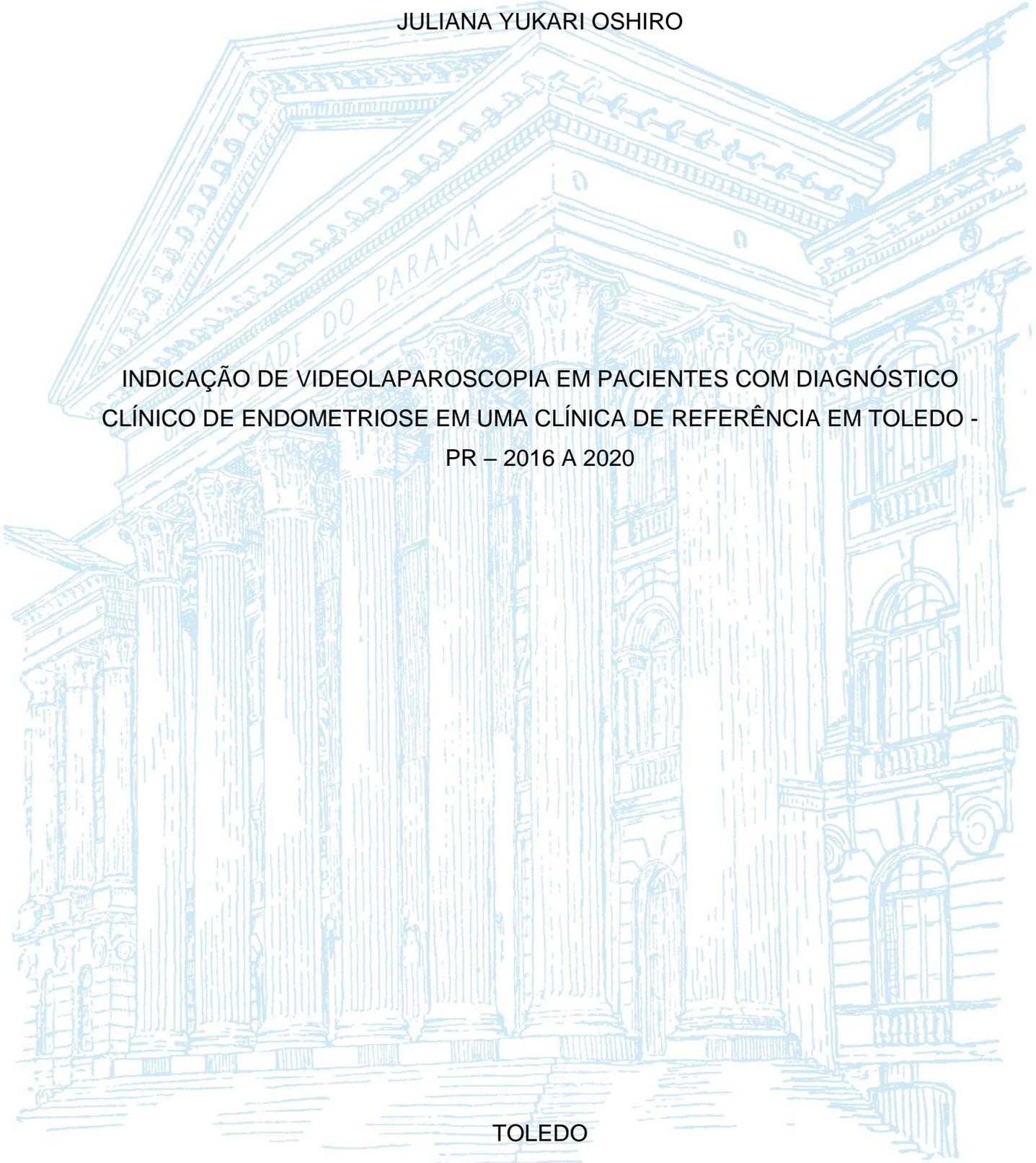
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIELA MOREIRA RODRIGUES FLORÊNCIO  
JULIANA YUKARI OSHIRO

INDICAÇÃO DE VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO  
CLÍNICO DE ENDOMETRIOSE EM UMA CLÍNICA DE REFERÊNCIA EM TOLEDO -  
PR – 2016 A 2020

TOLEDO

2022



GABRIELA MOREIRA RODRIGUES FLORÊNCIO  
JULIANA YUKARI OSHIRO

INDICAÇÃO DE VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO  
CLÍNICO DE ENDOMETRIOSE EM UMA CLÍNICA DE REFERÊNCIA EM TOLEDO -  
PR – 2016 A 2020

Trabalho de curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal do Paraná-Campus Toledo, como requisito parcial de obtenção do título de Bacharel em medicina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Dra. Naura Tonin Angonese

TOLEDO  
2022

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a nossa orientadora Prof<sup>a</sup>. Me. Naura Tonin Angonese, pelo incentivo e presteza no auxílio às atividades, principalmente sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso, onde com toda certeza seus conhecimentos foram compartilhados.

Agradecemos aos demais professores da Universidade Federal do Paraná, Campus Toledo, que foram corresponsáveis pelo nosso crescimento intelectual.

Agradecemos a nossa família, pelo apoio nas horas difíceis e por nos incentivarem na busca de nossos sonhos.

E, finalmente, agradecemos a Deus pela oportunidade, privilégio e sustentação.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 ARTIGO .....</b>	<b>11</b>
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>4 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia ginecológica crônica, benigna e caracterizada por glândulas endometriais e estroma fora da cavidade uterina, podendo ser encontradas na pelve, ovários, septo retovaginal, ureter e em alguns casos raros, na bexiga, pleura e pericárdio (HOFFMAN, 2014). Os sintomas clínicos variam consideravelmente, os mais frequentes são dismenorreia, dispareunia profunda, dor pélvica crônica e infertilidade (HICKEY, 2014).

Apesar da dificuldade em determinar a prevalência da endometriose, uma vez que o diagnóstico é cirúrgico, estima-se que acometa cerca de 5% a 10% das mulheres em idade reprodutiva, chegando a 50% nas mulheres inférteis (NACUL, 2010; PODGAEC, 2018).

Um estudo realizado no Brasil avaliou que o tempo decorrido do início dos sintomas até o diagnóstico de endometriose variou de 2 a 13 anos, com um tempo médio de 7 anos (ARRUDA, 2003). Com isso, o impacto na qualidade de vida dessas mulheres é significativo e agravado pelo longo tempo até um diagnóstico e tratamento eficaz (SPIGOLON, 2012). É importante ressaltar que o manejo visa a melhora do quadro clínico e aumento na qualidade de vida da paciente e não a cura, visto que é uma patologia crônica. A indicação da terapia adequada depende da queixa clínica – infertilidade ou dor pélvica – muito embora as duas estejam associadas em grande parte dos casos (NÁCUL, 2010; PODGAÉC, 2018).

A videolaparoscopia é indicada quando não se obteve melhora clínica após o tratamento farmacológico ou este é contraindicado, em casos de endometriose profundamente infiltrada, endometriomas maiores que 3 cm em pacientes que apresentam dor pélvica e quando há desejo de gestar (LEYLAND, 2010; PODGAEC, 2018). Assim, a cirurgia não é indicada em todos os casos e não deve limitar o início do tratamento, sendo imprescindível uma anamnese e exame físico detalhados para definir de maneira adequada o manejo a ser instituído.

De acordo com a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM), a endometriose pode ser classificada em quatro estágios, determinados através da avaliação cirúrgica: Estágio I (mínimo): implantes isolados e sem aderências significantes; Estágio II (leve): implantes superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significantes; Estágio III (moderado): múltiplos implantes (superficiais e invasivos), aderências peritubais e periovarianas; Estágio IV (grave): múltiplos

implantes superficiais e invasivos, incluindo endometriomas grandes, presença de aderências densas e espessas.

Apesar das vantagens da videolaparoscopia, como o tempo reduzido de internamento, menor trauma cirúrgico e redução no sangramento intra-operatório, o procedimento continua sendo uma intervenção cirúrgica e, portanto, é acompanhado dos riscos inerentes à cirurgia aberta (HURD, 2018). Uma revisão com mais de 1,5 milhão de pacientes submetidas a laparoscopia ginecológica, apresentou uma taxa de complicações que variou de 0,2% à 10,3%. A complicação mais frequente foi relacionada a técnica de entrada dos trocânteres que podem causar lesões vasculares, intestinais e vesicais (MAGRINA, 2002; CHAPRON, 2002; RECARI, 2009).

A partir dessas informações, o presente trabalho tem como objetivo geral avaliar as principais indicações de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, além de correlacionar com achados cirúrgicos e anatomopatológicos em uma clínica de referência no município de Toledo – PR no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020. Os objetivos específicos consistem em identificar critérios clínicos que levaram ao diagnóstico de endometriose, identificar qual a indicação de videolaparoscopia é mais frequente dentre as pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, avaliar se há concordância entre o laudo da videolaparoscopia e o resultado do anatomopatológico e identificar, quando não confirmado o diagnóstico de endometriose, quais as outras patologias encontradas.

A relevância do presente estudo justifica-se no desafio do diagnóstico clínico da endometriose para o ginecologista geral, isso porque necessita acurácia na anamnese e no exame físico das pacientes com a suspeita (LEYLAND, 2010; PODGAEC, 2018). Assim, o retorno social do presente estudo à comunidade local será de avaliar a compreensão dos profissionais de saúde em relação a endometriose e a qualificação do serviço em questão, através dos dados obtidos que serão analisados e comparados com a literatura, traçando um perfil local do tema abrangido.

## **2 ARTIGO**

O presente estudo foi realizado em formato de artigo conforme deliberação da Comissão de Trabalho de Curso da UFPR – Campus Toledo e será submetido à Revista Femina com o título: Indicação de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose em uma clínica de referência em Toledo - PR – 2016 a 2020.

INDICAÇÃO DE VIDEOLAPAROSCOPIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ENDOMETRIOSE EM UMA CLÍNICA DE REFERÊNCIA EM TOLEDO - PR – 2016 A 2020

INDICATION OF VIDEOLAPAROSCOPY IN PATIENTS WITH CLINICAL DIAGNOSIS OF ENDOMETRIOSIS IN A REFERENCE CLINIC IN TOLEDO - PR - 2016 TO 2020

RESUMO

**Objetivo:** O artigo objetivou identificar as principais indicações de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose e definir quais foram os principais sintomas que levaram a esse diagnóstico, além de correlacionar com achados cirúrgicos e anatomopatológicos em uma clínica de referência no município de Toledo-PR. **Métodos:** O estudo em questão é observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Compreendeu a análise de 247 prontuários de pacientes submetidas a videolaparoscopia por indicações ginecológicas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020, em uma clínica privada. Foram incluídas 88 pacientes. **Resultados:** Dor pélvica/falha no tratamento clínico foi a principal indicação para videolaparoscopia, estando presente em 71,6% dos casos. Entre os achados clínicos e/ou de imagem, a dismenorreia foi o sintoma mais frequente, estando presente em 73,9% das pacientes, seguido por alteração de imagem com 52,3% e dispareunia com 44,3%. A endometriose foi confirmada em 92,5% dos casos no laudo cirúrgico, em 82,7% no anatomopatológico e houve concordância de 68,2% entre clínica, cirurgia e histologia. **Conclusão:** Em mais de 90% dos casos, a endometriose foi confirmada pela videolaparoscopia. Isso demonstra a adequada indicação cirúrgica e ressalta a importância de avaliação clínica criteriosa prévia ao tratamento. Estudos maiores são necessários para identificar critérios universais para o diagnóstico clínico e a real necessidade da avaliação anatomopatológica para o diagnóstico definitivo, que ainda não é consenso no meio médico. Novos sistemas de classificação como *Endometriosis Classification AAGL 2021*, se padronizados, facilitariam o estadiamento da patologia, tornando-o mais objetivo e prático.

Descritores: Endometriose; Dismenorreia; Dor Pélvica; Infertilidade; Laparoscopia; Procedimentos Cirúrgicos em Ginecologia.

## ABSTRACT

**Objective:** The article aimed to identify the main indications for videolaparoscopy in patients with a clinical diagnosis of endometriosis and to define the main symptoms that led to this diagnosis, in addition to correlating with surgical and anatomopathological findings in a reference clinic in the city of Toledo-PR. **Methods:** The study in question is observational, descriptive, cross-sectional and retrospective. It comprised the analysis of 247 medical records of patients who underwent laparoscopy for gynecological indications from January 2016 to December 2020, in a private clinic. 88 patients were included. **Results:** Pelvic pain/failure in clinical treatment was the main indication for videolaparoscopy, being present in 71.6% of cases. Among the clinical and/or imaging findings, dysmenorrhea was the most frequent symptom, being present in 73.9% of the patients, followed by image alteration with 52.3% and dyspareunia with 44.3%. Endometriosis was confirmed in 92.5% of the cases in the surgical report, in 82.7% in the anatomopathological report and there was a 68.2% agreement between clinic, surgery and histology. **Conclusion:** In more than 90% of cases, endometriosis was confirmed by laparoscopy. This demonstrates the appropriate surgical indication and emphasizes the importance of careful clinical evaluation prior to treatment. Larger studies are needed to identify universal criteria for clinical diagnosis and the real need for anatomopathological evaluation for a definitive diagnosis, which is still not a consensus in the medical field. New classification systems such as Endometriosis Classification AAGL 2021, if standardized, would facilitate the staging of the pathology, making it more objective and practical.

Descriptors: Endometriosis; Dysmenorrhea; Pelvic Pain; Infertility; Laparoscopy; Gynecologic Surgical Procedures.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico clínico da endometriose necessita atenção e acurácia na anamnese e no exame físico das pacientes com a suspeita. <sup>(1,2)</sup> Os sintomas da doença, como dismenorreia, dispareunia profunda, dor pélvica crônica e infertilidade, são semelhantes ao de muitas outras condições ginecológicas, abrindo um leque de possíveis diagnósticos. <sup>(3)</sup>

Dentre os diagnósticos diferenciais, podemos citar a adenomiose, que compartilha um quadro clínico semelhante à endometriose, além de, por muitas vezes, estarem relacionadas. Uma revisão da *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* concluiu que a endometriose e a adenomiose poderiam ser fenótipos diferentes de uma mesma doença, corroborando para a grande semelhança e consequente dificuldade em diferenciar essas patologias. <sup>(4)</sup>

As dificuldades no diagnóstico da endometriose encontram um obstáculo nos exames complementares. <sup>(5,6)</sup> Os exames de imagem como ultrassonografia pélvica ou transvaginal e ressonância nuclear magnética, são examinadores dependentes. <sup>(5)</sup> Aliado a isso, a falta de biomarcadores com alto valor de sensibilidade e especificidade, contribuem ainda mais para esse desafio. <sup>(6)</sup>

Tais obstáculos favorecem o atraso no diagnóstico, que leva em média 7 anos, do início dos sintomas até a confirmação. <sup>(7)</sup> Considerando a elevada morbidade e a alta incidência da doença, estimada em 10%, segundo o Ministério da Saúde <sup>(8)</sup>, um número expressivo de mulheres tem uma queda significativa na qualidade de vida até o diagnóstico e o manejo adequado dos seus sintomas. <sup>(2,7,8)</sup>

O padrão-ouro no diagnóstico definitivo é através da visualização de lesões durante a videolaparoscopia e a realização de biopsias. <sup>(9,10,11)</sup> O exame histológico não é consenso na literatura. De acordo com o guideline da *European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)* <sup>(9)</sup> e o *World Endometriosis Society (WES)* <sup>(10)</sup>, uma histologia positiva confirma o diagnóstico de endometriose, embora um resultado negativo não possa excluir a doença, já segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* <sup>(11)</sup>, a histologia é necessária para o diagnóstico definitivo.

O melhor momento para a realização da cirurgia não é consensual. Da mesma forma, a descrição das lesões encontradas ainda carece de uma melhor padronização. A *American Society for Reproductive Medicine (ASRM)* <sup>(12)</sup> propôs em

1996, a classificação cirúrgica que define a endometriose em quatro estágios (I, II, III e IV), sendo ainda a mais utilizada, apesar das limitações. <sup>(9,13)</sup>

A partir dessas considerações, o presente estudo tem como objetivo avaliar os principais sintomas que levaram ao diagnóstico clínico de endometriose, as principais indicações de videolaparoscopia dessas pacientes, além de correlacionar com achados cirúrgicos e anatomopatológicos em uma clínica de referência no município de Toledo-PR.

## MÉTODOS

O estudo em questão é observacional, descritivo, transversal e retrospectivo. Foram levantados dados sobre os principais sintomas clínicos que levaram ao diagnóstico de endometriose, as principais indicações de videolaparoscopia dessas pacientes, além de correlacionar com achados cirúrgicos e anatomopatológicos. Compreende a análise de prontuários de uma clínica privada, referência para o tratamento de endometriose no município de Toledo-PR e região. Os prontuários analisados são do período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020.

A amostra consiste em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose e que realizaram videolaparoscopia no serviço. Foram excluídos deste estudo as pacientes cujos prontuários possuíam dados incorretamente preenchidos ou que impossibilitaram o levantamento de dados.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAAE 48826621.8.0000.0102, e com o consentimento do serviço, foi realizada a coleta de dados a partir dos prontuários eletrônicos e laudos cirúrgicos. A análise consistiu na elaboração de tabelas e gráficos a partir das variáveis qualitativas e quantitativas, com o auxílio do programa *Microsoft Excel* e do *software RStudio* foram calculados a distribuição de frequência das variáveis, média simples, variância e desvio padrão.

## RESULTADOS

Foram analisados 247 prontuários de pacientes submetidas a videolaparoscopia por indicações ginecológicas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020. As pacientes que apresentavam laudo cirúrgico e/ou histologia

positiva para endometriose e que, no entanto, não apresentavam diagnóstico clínico prévio da patologia, foram excluídas do estudo, somando um total de 13 pacientes. O critério de inclusão consistia em apresentar indicação de videolaparoscopia e diagnóstico clínico prévio de endometriose, sendo verificado os seguintes sintomas clínicos: dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, sintomas urinários e/ou sintomas intestinais durante o período menstrual, exame físico sugestivo por dor pélvica, massa pélvica ou bloqueio de fundo de saco posterior e alteração no exame de imagem (USG e RNM). Foram selecionadas 88 pacientes.

**Tabela 1:** Descrição das características dos participantes da pesquisa (n=88)

<b>Faixa etária</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>18-25 anos</i>	7	8%
<i>26-35 anos</i>	47	53,4%
<i>36-45 anos</i>	33	37,5%
<i>&gt; 45 anos</i>	1	1,1%
<b>Achados clínicos ou de Imagem</b>		
<i>Dismenorreia</i>	65	73,9%
<i>Dor Pélvica</i>	26	29,5%
<i>Dispareunia</i>	39	44,3%
<i>Sintomas Urinários</i>	11	12,5%
<i>Sintomas Intestinais</i>	37	42%
<i>Massa Pélvica ou Bloqueio de Fundo de Saco Posterior</i>	10	11,4%
<i>Alteração de Imagem (USG ou RNM)</i>	46	52,3%
<i>Infertilidade</i>	34	38,6%
<b>Motivo da Indicação Cirúrgica</b>		
<i>Dor Pélvica/Falha no Tratamento Clínico</i>	63	71,6%
<i>Infertilidade</i>	33	37,5%
<i>Alteração no Exame de Imagem</i>	27	30,7%
<b>Motivo da Infertilidade (n=34)</b>		
<i>Endometriose</i>	28	82,4%
<i>Hidrossalpinge</i>	5	14,7%
<i>Malformação Uterina</i>	1	2,9%
<i>Obstrução Tubária</i>	3	8,8%
<i>Síndrome dos Ovários Policísticos</i>	1	2,9%
<b>Diagnóstico provável durante a videolaparoscopia (n=67)</b>		
<i>Adeniose</i>	16	23,9%
<i>Doença Inflamatória Pélvica</i>	3	4,4%
<i>Prévia</i>	3	4,4%
<i>Endometriose</i>	62	92,5%
<i>Hidrossalpinge</i>	3	4,4%
<i>Miomatose</i>	2	3%
<i>Ovários Micropolicísticos</i>	2	3%
<b>Diagnóstico de acordo com o anatomopatológico (n=87)</b>		
<i>Adeniose</i>	10	11,5%
<i>Doença Inflamatória Pélvica</i>	4	4,6%
<i>Prévia</i>	4	4,6%
<i>Endometriose</i>	72	82,7%
<i>Hidrossalpinge</i>	4	4,6%
<i>Miomatose</i>	16	18,4%

Fonte: Autores (2021)

A faixa etária predominante foi de 26 a 35 anos (53,4%), sendo a média de 33,8 anos (Tabela 1). Entre os achados clínicos e/ou de imagem, a dismenorreia foi o sintoma mais frequente, estando presente em 73,9% das pacientes, seguido por alteração de imagem com 52,3% e dispareunia com 44,3%. Das 88 pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, 2 apresentaram apenas dismenorreia, 1 apenas dispareunia, 8 apenas infertilidade e 4 apenas alterações no exame de imagem.

Dentre as pacientes que apresentaram mais de um sintoma (Tabela 2), 52,2% apresentaram dismenorreia e sintomas intestinais, sendo a correlação predominante. Dismenorreia e dispareunia foram concomitantes em 50,79% das pacientes, seguido por dispareunia e sintomas intestinais com 49%. A correlação mais discreta foi observada entre infertilidade e massa pélvica ou bloqueio de fundo de saco posterior (7,5%).

**Tabela 2:** Concorância entre achados clínicos ou de imagem

Achados clínicos ou de Imagem	Dismenorreia	Dor Pélvica	Dispareunia	Sintomas Urinários	Sintomas Intestinais	Massa Pélvica ou Bloqueio de Fundo de Saco Posterior	Alteração de Imagem (USG ou RNM)	Infertilidade
<i>Dismenorreia</i>	100%	30%	50,7%	16,9%	52,2%	15,4%	42,3%	27,3%
<i>Dor Pélvica</i>	30%	100%	32,7%	12,1%	31,2%	9,1%	22%	18%
<i>Dispareunia</i>	50,7%	32,7%	100%	22%	49%	16,7%	25%	18%
<i>Sintomas Urinários</i>	16,9%	12,1%	22%	100%	26,3%	16,7%	11,8%	10%
<i>Sintomas Intestinais</i>	52,2%	31,2%	49%	26,3%	100%	23,7%	36,1%	16,7%
<i>Massa Pélvica ou Bloqueio de Fundo de Saco Posterior</i>	15,4%	9,1%	16,7%	16,7%	23,7%	100%	16,7%	7,5%
<i>Alteração de Imagem (USG ou RNM)</i>	42,3%	22%	25%	11,8%	36,1%	16,7%	100%	12,9%
<i>Infertilidade</i>	27,3%	18%	18%	10%	16,7%	7,5%	12,9%	100%

Fonte: Autores (2021)

Em relação aos motivos da indicação cirúrgica (Tabela 1), dor pélvica/falha no tratamento clínico esteve presente em 71,6% dos casos, seguido de infertilidade (37,5%) e alteração no exame de imagem (30,7%). Das pacientes que apresentavam infertilidade, a causa predominante foi endometriose, correspondendo a 28 das 34 pacientes (82,4%).

Quanto ao diagnóstico por meio do laudo da videolaparoscopia (Tabela 1), a endometriose foi confirmada em 92,5%. Outras patologias encontradas, podendo estar associadas ou não, foram adenomiose (23,9%), seguido por Doença Inflamatória Pélvica prévia (4,4%) e hidrossalpinge (4,4%), miomatose (3%) e ovários micropolicísticos (3%).

Quanto ao resultado do anatomopatológico (Tabela 1), a endometriose foi confirmada em 82,7% dos casos. A miomatose foi confirmada em 18,4% dos casos,

seguido por adenomiose (11,5%), Doença Inflamatória Pélvica prévia (4,6%) e hidrossalpinge (4,6%). A miomatose, adenomiose e hidrossalpinge foram determinados através de peça cirúrgica obtida por histerectomia.

Considerando que todas as pacientes incluídas no estudo apresentavam diagnóstico clínico de endometriose, a Tabela 3 compara a concordância da clínica com o laudo da videolaparoscopia e o anatomopatológico. Em 68,2% dos casos houve concordância total.

**Tabela 3:** Concordância entre diagnóstico clínico de endometriose, laudo da videolaparoscopia e anatomopatológico (n=88)

<b>Concordância</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Concordância total</i>	60	68,2%
<i>Concordância parcial</i>	3	3,4%
<i>Discordância</i>	4	4,5%
<i>Não determinado</i>	21	23,8%

**Fonte:** Autores (2021)

Na concordância parcial (3,4%), duas situações foram analisadas: laudo da videolaparoscopia positivo e anatomopatológico negativo (2,3%) ou laudo da videolaparoscopia negativo e anatomopatológico positivo (1,1%). A discordância ocorreu em 4,5% dos casos. Em 23,8% não foi possível determinar a concordância, devido à ausência do laudo da videolaparoscopia e/ou anatomopatológico.

Na amostragem das pacientes com anatomopatológico (n=87), 17,2% apresentaram discordância com o diagnóstico clínico. Considerando as pacientes com laudo da videolaparoscopia (n=67), em 7,4% não houve concordância com a clínica.

**Tabela 4:** Classificação de Endometriose *ASRM 1996* (n=62)

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Estádio I (mínima)</i>	11	17,74%
<i>Estádio II (leve)</i>	18	29,03%
<i>Estádio III (moderada)</i>	19	30,64%
<i>Estádio IV (grave)</i>	13	20,96%

**Fonte:** Autores (2021)

Do total das 88 pacientes, 76,13% apresentaram o laudo da videolaparoscopia e 23,86% não apresentaram o laudo anexado ao prontuário. Dentre a amostra das pacientes com laudo, 92,5% possuíam lesões características

de endometriose e 7,46% apresentaram laudo não compatível com a patologia. De acordo com a Tabela 4, 17,74% foram classificadas em estágio I, 29,03% estágio II, 30,64% estágio III e 20,96% estágio IV. Apenas duas pacientes (3,22%) apresentaram laudo positivo e histologia negativa para endometriose, sendo ambas classificadas como moderadas.

## DISCUSSÃO

Dos 88 prontuários incluídos no estudo, mais da metade das pacientes se encontravam na faixa etária entre 26 e 35 anos, resultado similar ao encontrado na literatura, onde a média foi de 32 anos. <sup>(14)</sup> O principal achado clínico foi dismenorreia, concordando com outros estudos. <sup>(15,16,18)</sup> No entanto, ao avaliar sintomas correlacionados, dismenorreia e sintomas intestinais apresentaram a maior associação, divergindo do estudo descritivo retrospectivo de Cardoso et al., <sup>(15)</sup> que evidenciou maior correlação entre dismenorreia e dispareunia. É importante ressaltar que o presente estudo foi retrospectivo, sem aplicação de questionário padrão validado e, portanto, a avaliação da sintomatologia descrita pode estar associada a maior ou menor valorização pelos profissionais assistentes.

A principal indicação de videolaparoscopia foi dor pélvica/falha no tratamento clínico (71,6%), seguido de infertilidade (37,5%). Na literatura, poucos são os estudos com o principal objetivo de identificar as indicações da videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, provavelmente devido à ausência de critérios clínicos universais que possam firmar o diagnóstico. Os estudos definem a prevalência de endometriose em pacientes submetidas à videolaparoscopia por indicações ginecológicas diversas, porém, não avaliam os sintomas clínicos prévios.

Em um estudo retrospectivo de 2016, a infertilidade foi a principal indicação cirúrgica (57%), seguida de dor pélvica crônica (27%), sendo visualizadas lesões endometrióticas em 5% e 11% dos casos, respectivamente. <sup>(14)</sup> Em outro estudo englobando 460 pacientes, a infertilidade foi a indicação mais comum de videolaparoscopia (38,5%), seguido por acidente com cisto ovariano (27,2%). <sup>(18)</sup> Nesse mesmo estudo, dor pélvica crônica (31,3%) e infertilidade (16,9%) foram as principais indicações cirúrgicas em pacientes com evidência de endometriose na

videolaparoscopia, o que foi concordante com o nosso estudo. <sup>(18)</sup> Vale ressaltar que a endometriose pode ser apenas um achado incidental, uma vez que não há dados do quadro clínico da paciente.

O laudo cirúrgico evidenciou endometriose em 92,5% dos casos e o anatomopatológico confirmou a patologia em 82,7% dos casos. Isso demonstra a adequada indicação cirúrgica e ressalta a importância de avaliação clínica criteriosa prévia ao tratamento. Em um estudo avaliando 271 pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, 85% obtiveram confirmação através de laudo de videolaparoscopia. <sup>(19)</sup> O conhecimento do quadro clínico da endometriose, incluindo os principais sintomas, exame físico e imagem, são fatores imprescindíveis para adequada indicação cirúrgica. A ausência de padronização clínica dificulta esse processo, além de atrasar o diagnóstico oportuno e o manejo adequado, podendo acarretar em progressão da doença e, conseqüente, complicações. <sup>(20)</sup>

A adenomiose foi a segunda patologia mais identificada (23,9%) nos laudos cirúrgicos. Isto pelo aspecto subjetivo da adenomiose no transoperatório, caracterizado por amolecimento uterino. <sup>(21)</sup> A confirmação histológica aconteceu em 11,5% dos casos, quando associada a histerectomia.

Vale ressaltar que 23,86% não possuíam laudo para análise anexado ao prontuário. O laudo com a Classificação de Endometriose ASRM 1996 <sup>(12)</sup> é importante para avaliação de prognóstico e planejamento terapêutico. <sup>(22)</sup> Além disso, sua descrição deve corresponder, fielmente ao que o cirurgião está observando durante o transoperatório.

Em um estudo americano retrospectivo, Leibson <sup>(19)</sup> obteve concordância de 54% entre o diagnóstico clínico e o laudo da videolaparoscopia e o anatomopatológico. Já no presente estudo, o diagnóstico concordou em 68,2%. Em 15% da amostra de Leibson <sup>(19)</sup> a histologia confirmou endometriose sem diagnóstico cirúrgico e em 31% houve diagnóstico transoperatório sem confirmação anatomopatológica. Isso ocorreu em 1,1% e 2,3% dos casos do nosso estudo, respectivamente. <sup>(19)</sup>

A necessidade de confirmação anatomopatológica das lesões é controversa na literatura. Para a ACOG <sup>(11)</sup> é fundamental uma histologia positiva para a confirmação da patologia. Já o WES <sup>(10)</sup> e o ESHRE <sup>(9)</sup> preconizam a biópsia das

lesões, entretanto, uma histologia negativa não exclui o diagnóstico, pois esta depende da qualidade da amostra e do local em que foi coletada.

Dentre as pacientes que obtiveram discordância total, ou seja, diagnóstico clínico positivo para endometriose e laudo da videolaparoscopia e anatomopatológico negativos, durante o transoperatório foi sugerido adenomiose em 2 pacientes, aderências sugestivas de Doença Inflamatória Pélvica prévia em 1 paciente e aspecto microcístico em anexos em 1 paciente. É relevante ressaltar que das pacientes sem laudo da cirurgia, 5 possuíam adenomiose associada a miomatose e ausência de endometriose confirmados pela histologia. Na literatura, essa associação é considerável, variando de 40% a 70%. <sup>(23,24)</sup>

As pacientes do presente estudo foram estadiadas de acordo com a Classificação de Endometriose da *American Society for Reproductive Medicine (ASRM)* de 1996 <sup>(12)</sup>, sendo a mais utilizada atualmente, apesar de ressalvas pelo meio médico e das tentativas de implementação de outras categorizações. As limitações incluem o amplo intervalo de pontuação entre as categorias, a restrita correlação entre a extensão da doença e os sintomas álgicos e o fato de não considerar a apresentação morfológica da lesão e não correlacionar adequadamente a complexidade cirúrgica com o estadiamento. Ademais, é operador dependente, sendo a experiência e a habilidade cirúrgica do profissional de extrema importância para a localização dos focos endometrióticos. <sup>(25)</sup> A complexidade associada à reduzida aplicabilidade que propõe a classificação, poderia justificar o número relevante de pacientes que se encontravam sem laudo cirúrgico (23,86%), principalmente em serviços não acadêmicos.

Desde a classificação proposta pela ASRM <sup>(12)</sup>, outros sistemas foram elaborados, como o sistema de classificação Enzian e o Índice de Fertilidade da Endometriose (EFI). A WES <sup>(10)</sup> preconiza o uso da classificação revisada da ASRM <sup>(12)</sup> para todas as pacientes submetidas a cirurgia, e nos casos de endometriose profundamente infiltrada, pode-se associar a classificação Enzian. A correlação com o EFI está indicada nos casos de possível infertilidade futura. <sup>(10)</sup> A *Endometriosis Classification AAGL (American Association of Gynecologic Laparoscopists) 2021* é a classificação mais recente, proposta por Abrão et al, possuindo melhor correlação com infertilidade, nível de dor, além de ter menor intervalo entre as categorias e considerar o nível de complexidade cirúrgica. <sup>(25)</sup> Além disso, sua aplicabilidade é

facilitada através de aplicativo gratuito para dispositivos móveis, agilizando o processo e tornando-o mais eficiente.

A ausência de critérios clínicos universais descritos na literatura que ofereçam padronização do diagnóstico de endometriose, dificultam o processo retardando o manejo adequado. <sup>(26)</sup> Além disso, não há consenso em relação a necessidade da histologia para o diagnóstico definitivo e as classificações de estadiamento cirúrgico da doença carecem de atualizações.

## CONCLUSÃO

As principais indicações de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose foram dor pélvica/falha no tratamento clínico e infertilidade. A patologia foi confirmada em 92,5% dos casos no laudo cirúrgico, em 82,7% no anatomopatológico e houve concordância de 68,2% entre clínica, cirurgia e histologia, superior ao encontrado na literatura. Adenomiose e aderências sugestivas de Doença Inflamatória Pélvica prévia foram as patologias encontradas quando não confirmado o diagnóstico de endometriose. Estudos maiores são necessários para identificar critérios universais para o diagnóstico clínico e a real necessidade da avaliação anatomopatológica para o diagnóstico definitivo, que ainda não é consenso no meio médico. Novos sistemas de classificação como *Endometriosis Classification AAGL 2021*, se padronizados, facilitariam o estadiamento da patologia, tornando-o mais objetivo e prático.

## REFERÊNCIAS

1. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS, Allen L, Arendas K, et al. Endometriosis: Diagnosis and Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2010; 32(7): 1-3.
2. Podgaec S, Caraça DB, Lobel A, Bellelis P, Lasmar BP, Lino CA, et al. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

3. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. *Bmj*. 2014; 348(195): 1752-1752.
4. Maruyama S, Imanaka S, Nagayasu M, Kimura M, Kobayashi H. Relationship between adenomyosis and endometriosis; Different phenotypes of a single disease?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 253: 191-197.
5. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020; 382:1244-1256.
6. Monnaka VU, Hernandez C, Heller D, Podgac S. Visão geral de miRNAs como diagnóstico não invasivo de endometriose: evidências, desafios e estratégias. Uma revisão sistemática. *Einstein (São Paulo)*. 2021; 19.
7. Taylor HS, Adamson GD, Diamond MP, Goldstein SR, Horne AW, Missmer SA et al. An evidence-based approach to assessing surgical versus clinical diagnosis of symptomatic endometriosis. *Int J Gynecol Obstet*. 2018; 142: 131–142.
8. Ministério da Saúde do Brasil [internet]. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre internação. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.
9. European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE Guideline Endometriosis. ESHRE. 2021.
10. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS et al. World Endometriosis Society Sao Paulo Consortium, World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis, *Human Reproduction*. 2017. 32(2):315–324
11. The American College of Obstetrician and Gynecologists. Practice Bulletin: management of endometriosis. 2010. 116(2): 223-236.
12. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility And Sterility*, Birmingham. 1997. 67(5):817-821.
13. Rodrigues DM. Validação externa do Endometriosis Fertility Index (EFI) após ressecção cirúrgica de endometriose moderada e grave em uma população brasileira [Dissertação]. 2018. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30318>

14. Togni R, Benetti-Pinto CL, Yela DA. The role of diagnostic laparoscopy in gynecology. *Sao Paulo Med. J.* 2016; 134 (1).
15. Cardoso GV, Machado DE, Silva MC, Berardo PT, Ferrari R, Abrão MS. Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2020; 20 (4): 1069-1079.
16. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K, Stratton P. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril.* 2008; 89(3):538-45.
17. Chapron C, Lang JH, Leng JH, Zhou Y, Zhang X, Xue M, Popov A et al. Factors and Regional Differences Associated with Endometriosis: A Multi-Country, Case-Control Study. *Adv Ther.* 2016; 33(8): 1385-407.
18. Muhaidat N, Saleh S, Fram K, Nabhan M, Almahallawi N, Alryalat SA et al. Prevalence of endometriosis in women undergoing laparoscopic surgery for various gynaecological indications at a Jordanian referral centre: gaining insight into the epidemiology of an important women's health problem. *BMC women's health.* 2021; 21(1), 381.
19. Leibson CL, Good AE, Hass SL, Ransom J, Yawn BP, O'Fallon WM et al. Incidence and characterization of diagnosed endometriosis in a geographically defined population. *Fertil Steril.* 2004;82(2):314-321.
20. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol.* 2019. 220 (4): 354-364.
21. Nakagava HM, Carvalho BR. Adenomiase. *Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília.* 2017. p. 219-232.
22. Podgaec S. *Manual de endometriose.* São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2014. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).
23. Emmanuel I, Ochigbo A, Philip A, Nyam EY. Adenomyosis: A Clinico-pathological Study. *West Afr J Med.* 2019. 36(1):88-92.
24. Filip G, Balzano A, Cagnacci A. Histological evaluation of the prevalence of adenomyosis, myomas and of their concomitance. *Minerva Ginecol.* 2019. 71(3):177-181.

25. Abrao MS, Andres MP, Miller CE, Gingold JA, Rius M, Neto JS et al. AAGL 2021 Endometriosis Classification: An Anatomy-based Surgical Complexity Score. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021. 28(11):1941-1950.
26. Muzii L, Di Tucci C, Di Feliciano M, Galati G, Marchetti C, Perniola G et al. Management of endometriosis from diagnosis to treatment: roadmap for the future. *Minerva Ginecol.* 2019. 71(1):54-61.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais indicações de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose foram dor pélvica/falha no tratamento clínico e infertilidade. A patologia foi confirmada em 91% dos casos no laudo cirúrgico em 82,7% no anatomopatológico e houve concordância de 68,2% entre clínica, cirurgia e histologia, superior ao encontrado na literatura. Adenomiose e aderências sugestivas de doença inflamatória pélvica foram as patologias encontradas quando não confirmado o diagnóstico de endometriose. Estudos maiores são necessários para identificar critérios universais para o diagnóstico clínico e a real necessidade da avaliação anatomopatológica para o diagnóstico definitivo, que ainda não é consenso no meio médico. Novos sistemas de classificação como *Endometriosis Classification AAGL 2021*, se padronizados, facilitariam o estadiamento da patologia, tornando-o mais objetivo.

#### 4 REFERÊNCIAS

ARRUDA, M.S. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. **Human Reproduction**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 756-759, 1 abr. 2003. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deg136>. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/18/4/756/596537>. Acesso em: 07 fev. 2021.

CHAPRON, C. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. **Human Reproduction**, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 1334-1342, 1 maio 2002. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/17.5.1334>. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/17/5/1334/845540>. Acesso em: 23 jan. 2021.

HICKEY, M.; BALLARD, K.; FARQUHAR, C. Endometriosis. **Bmj**, [S.L.], v. 348, n. 195, p. 1752-1752, 19 mar. 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g1752>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g1752>. Acesso em: 25 fev. 2021.

HOFFMAN, B.L.; SCHORGE, J.O. **Ginecologia de Williams**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HURD, William W; FALCONE, Tommaso; SHARP, Howard T. **Gynecologic Laparoscopy**. 2018. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/265201-overview#a5>. Acesso em: 26 jan. 2021.

LEYLAND, Nicholas; CASPER, Robert; LABERGE, Philippe; SINGH, Sukhbir S.; ALLEN, Lisa; ARENDAS, Kristina; LEYLAND, Nicholas; ALLAIRE, Catherine; AWADALLA, Alaa; BEST, Carolyn. Endometriosis: diagnosis and management. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada**, [S.L.], v. 32, n. 7, p. 1-3, jul. 2010. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34589-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34589-3). Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216316345893>. Acesso em: 28 mar. 2021.

MAGRINA, Javier F. Complications of Laparoscopic Surgery. **Clinical Obstetrics And Gynecology**, Scottsdale, v. 45, n. 2, p. 469-480, jun. 2002. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-200206000-00018>. Disponível em: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2002/06000/Complications\\_of\\_Laparoscopic\\_Surgery.18.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2002/06000/Complications_of_Laparoscopic_Surgery.18.aspx). Acesso em: 04 fev. 2021.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 298-307, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032010000600008>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010000600008&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010000600008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 jan. 2021.

PODGAEC, S.; CARAÇA, D.B.; LOBEL A.; BELLELIS P.; LASMAR B.P.; LINO C.A.; et al. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**; 2018. (Protocolo FEBRASGO – Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

RECARI, E.; OROZ, L.C.; LARA, J.A. Complicaciones de la cirugía ginecológica. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 32, supl. 1, p. 65-79, 2009. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 14 jan. 2021.

REPRODUCTIVE, American Society For. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. **Fertility And Sterility**, Birmingham, v. 67, n. 5, p. 817-821, maio 1997. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001502829781391X>. Acesso em: 09 mar. 2021.

SPIGOLON, Dandara Novakowski; AMARAL, Vivian Ferreira do; BARRA, Cláudia Maria Cabral Moro. Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. **Revista Femina**, [S. l], v. 40, n. 3, p. 129-134, jun. 2012.

**APÊNDICE 1 – FICHA DE COLETA DE DADOS****FICHA DE COLETA DE DADOS****Nome:** \_\_\_\_\_**Idade** (no ano em que a videolaparoscopia foi realizada): \_\_\_\_\_**Profissão:** \_\_\_\_\_**Paciente tem diagnóstico clínico de endometriose:** SIM  NÃO**Quais os achados clínicos e/ou de imagem:**

- Dismenorreia  Dor pélvica crônica  Dispareunia
- Sintomas urinários durante o período menstrual
- Sintomas intestinais durante o período menstrual
- Exame físico sugestivo por dor pélvica, massa pélvica ou bloqueio de fundo de saco posterior
- Alteração de imagem (USG e RNM)
- Qual? \_\_\_\_\_

**Motivo da indicação cirúrgica:**

- Dor pélvica/falha no tratamento clínico
- Infertilidade:
- Motivo: \_\_\_\_\_
- Massa pélvica:
- Qual órgão: \_\_\_\_\_
- Alteração no exame de imagem

**Diagnóstico provável durante o transoperatório:** \_\_\_\_\_**Paciente com laudo:** SIM  NÃO

**Se SIM:**

Diagnóstico do laudo de acordo com a Classificação da Endometriose por avaliação cirúrgica:

Estádio I (mínima)

Estádio II (leve)

Estádio III (moderada)

Estádio IV (grave)

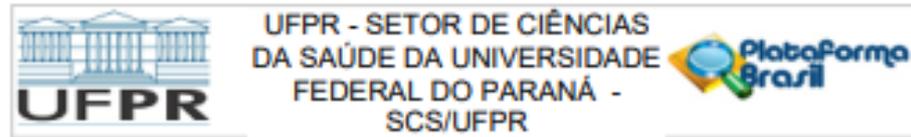
- Observação (se houver): \_\_\_\_\_

Resultado do anatomopatológico: \_\_\_\_\_

**Se NÃO:**

Qual a patologia encontrada? \_\_\_\_\_

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Indicação de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose em uma clínica de referência em Toledo - PR - 2016 a 2020

**Pesquisador:** NAURA TONIN ANGONESE

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48826621.8.0000.0102

**Instituição Proponente:** Setor Toledo/PR UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.009.054

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de Pesquisa intitulado

Indicação de videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose em uma clínica de referência em Toledo - PR - 2016 a 2020

Pesquisador responsável NAURA TONIN ANGONESE

Colaboradores : JULIANA YUKARI OSHIRO, GABRIELA RODRIGUES MOREIRA FLORENCIO

Instituição Proponente: Setor Toledo/PR UFPR

Local de realização: Setor Toledo/PR UFPR

Clinica Plena, clínica privada localizada na rua Largo Chico Mendes, 210 - Jardim La Salle, na cidade de Toledo, PR

Período da pesquisa: De novembro de 2021 até fevereiro de 2022

#### Objetivo da Pesquisa:

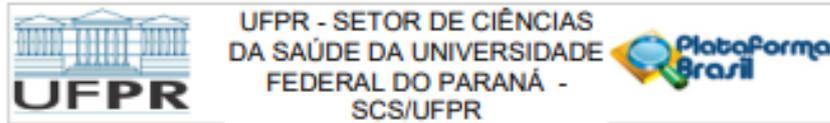
Avaliar as principais indicações da videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose diante dos achados cirúrgicos e anatomopatológicos em uma clínica de referência no município de Toledo – PR no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2020.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras

Riscos:

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-240  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5109.054

Os riscos para os pacientes serão mínimos uma vez que é um estudo retrospectivo por meio de revisão de prontuários. Para a garantia da confidencialidade e da privacidade o acesso aos prontuários e dados coletados é restrito. Os pacientes não serão identificados, nem vinculados a descrição final do estudo, sendo garantido o anonimato e o sigilo relacionado à identidade destes.

**Benefícios:**

Espera-se que o presente estudo identifique as principais indicações da videolaparoscopia em pacientes com diagnóstico clínico de endometriose, avaliando se a suspeita clínica está sendo confirmada, além dos principais achados clínicos e cirúrgicos, bem como a compreensão dos profissionais de saúde acerca dessa doença e a qualificação do serviço em questão, estabelecendo se a população local está sendo bem assistida em relação a endometriose.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Resposta da pesquisadora quanto as pendências apontadas:

Em resposta às pendências informadas, seguem as informações necessárias:

Pendência 1: Sendo uma clínica privada, existe autorização das pacientes, para que seus dados de prontuários possam ser manuseados e utilizados em pesquisas?

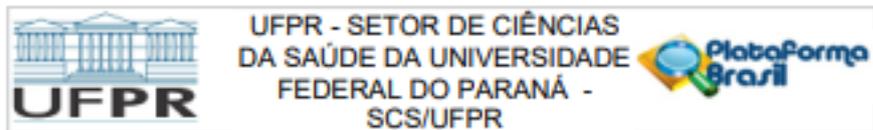
Resposta à pendência 1: Não. Como se trata de uma pesquisa com revisão de prontuários e laudos de anatomia patológicas, a identificação das pacientes não será exposta em momento algum. As coletas dos dados serão realizadas pelos pesquisadores, comprometidos e cientes da necessidade de confidencialidade dos dados analisados. Importante ressaltar a anuência da direção do serviço em questão e dos médicos assistentes. Além disso, cabe ressaltar que não seria possível entrar em contato com todas as pacientes, devido ao lapso temporal. Desta forma, nós pedimos a dispensa do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Pendência 2: No documento PROJETO DETALHADO corrigir a informação Período da pesquisa: De novembro de 2021 até dezembro de 2021, de acordo com o cronograma apresentado no item DURAÇÃO TOTAL DA PESQUISA – CRONOGRAMA - solicita-se rever esse prazo - suficiente para levantar os dados de prontuários em tão curto espaço de tempo?

Resposta à pendência 2: Nosso projeto é de simples execução, com uma ficha de coleta de fácil preenchimento e a equipe de pesquisa dispõe de três integrantes para a coleta dos dados. No entanto, estendemos o período de coleta dos dados até fevereiro de 2022 no item Período da pesquisa na página 14 do documento PROJETO DETALHADO. Reiteramos que o projeto é um Trabalho de Conclusão de Curso.

Pendência 3: No documento PROJETO DETALHADO - item Propriedade das Informações – corrigir o

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.009.054

Outros	Solicitacao_de_Acesso_aos_Dados.pdf	31/05/2021 23:37:01	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Declaracao_de_Compromissos_da_Equipe_da_Pesquisa.pdf	31/05/2021 23:36:16	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Analise_de_Merito.pdf	31/05/2021 23:32:23	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Ata_de_aprovacao.pdf	31/05/2021 23:32:03	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhando_a_Pesquisador_ao_CEP.pdf	31/05/2021 23:25:18	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Checklist.pdf	31/05/2021 23:23:38	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

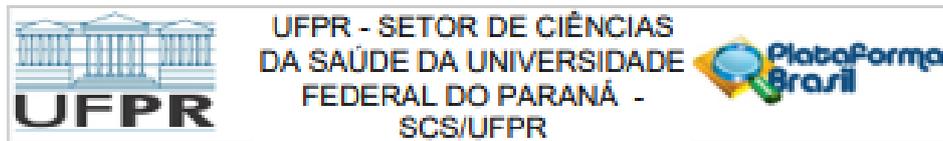
Não

CURITIBA, 30 de Setembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.060-240  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.009.054

**Considerações Finais a critério do CEP:**

01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

02 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal.

Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_183415_4_E1.pdf	28/09/2021 15:38:08		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.docx	03/09/2021 14:58:56	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Projeto_de_Pesquisa_corrigido.docx	03/09/2021 14:56:33	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	28/06/2021 11:49:30	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Autorizacao_para_Manipulacao_dos_Dados.pdf	28/06/2021 10:47:42	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao.pdf	28/06/2021 10:47:12	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Concordancia_dos_Servicos_Envolvidos.pdf	28/06/2021 10:46:30	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Outros	Dispensa_do_Termo_de_Consentimento.pdf	28/06/2021 10:45:37	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/06/2021 10:44:38	JULIANA YUKARI OSHIRO	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

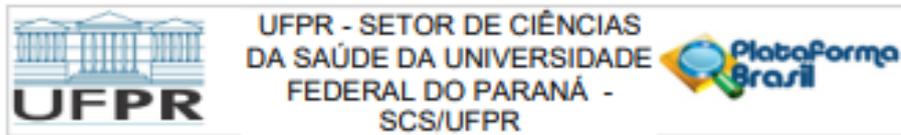
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



Continuação do Parecer: 5309.054

termo ..." Em nenhum momento o sujeito da pesquisa será....." por ..... "Em nenhum momento o participante da pesquisa será....."

Solicita-se à equipe da pesquisa considerar que, pelos objetivos e benefícios mencionados, a clínica e os profissionais não estariam sendo também avaliados, direta ou indiretamente? Cuidados devem ser tomados nesse sentido e considerar as questões éticas em relação a isso.

Solicita-se também definir ou descrever as características dos prontuários - papel ou eletrônicos?

Resposta à pendência 3: Corrigido o item Propriedade das Informações na página 15 do documento PROJETO DETALHADO.

Sim, a clínica e os profissionais estariam também sendo avaliados indiretamente, no entanto, em nenhum momento a clínica e/ou profissionais farão uso desses dados em benefício próprio. Os profissionais estão cientes da avaliação e entendem como importante para o seu crescimento profissional. No item Análise crítica de riscos e benefícios na página 13 do PROJETO DETALHADO, alteramos para "Os benefícios do presente estudo estão centrados na avaliação dos serviços médicos regionais sobre o diagnóstico clínico e cirúrgico da endometriose, visto que os dados obtidos através da revisão de prontuário, laudos pós-operatório e anatomopatológico serão analisados e comparados com a literatura. Através do perfil encontrado torna-se possível estabelecer melhorias nos serviços de encaminhamento e aprimoramento do serviço de referência. Importante ressaltar que esta avaliação tem caráter científico, cabendo a divulgação dos seus resultados única e exclusivamente neste fórum e excluindo o seu uso para divulgação de marca ou benefício aos profissionais envolvidos". Além disso, no item Material e Metodologia na página 12 do PROJETO DETALHADO, acrescentamos "Além disso, este estudo tem a concordância e o aceite da direção clínica do estabelecimento".

No item Fontes de material de pesquisa na página 16 do documento PROJETO DETALHADO, foi descrito as características dos prontuários, "Os prontuários são eletrônicos e os laudos da videolaparoscopia são impressos".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

<b>Endereço:</b> Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	<b>CEP:</b> 80.060-240
<b>Bairro:</b> Alto da Glória	
<b>UF:</b> PR <b>Município:</b> CURITIBA	
<b>Telefone:</b> (41)3360-7259	<b>E-mail:</b> cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA



### FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filada 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](http://www.febrasgo.org.br)

### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – FEMINA

A FEMINA é uma publicação mensal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), editada ininterruptamente desde 1972 e tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento na área de ginecologia e obstetrícia e outras de interesse correlatos que possam auxiliar os ginecologistas e obstetras na sua prática profissional. Todas as contribuições serão publicadas no idioma português. A revista será impressa e manterá uma versão online de livre acesso na internet.

A FEMINA aceita para publicação artigos originais, artigos de revisão (sistemática ou narrativa) e de atualização, opinião de especialistas (a convite dos editores), descrição de casos ou série de casos, cartas aos editores e outros comentários. Todos os manuscritos submetidos à FEMINA, de acordo com as instruções aos autores, serão examinados pelo Conselho Editorial para avaliação do conteúdo, forma e qualidade.

A FEMINA mantém como principal característica a publicação de artigos que possam ter um impacto direto no dia a dia de trabalho dos ginecologistas e obstetras brasileiros. Portanto, artigos clínico-epidemiológicos de casuística nacional são de grande interesse para serem publicados. São especialmente bem-vindos artigos de "Guidelines" ou "Statements" e Protocolos Clínicos preparados pelas Comissões Nacionais Especializadas da Febrasgo ou outras Sociedades de Especialidades afins à ginecologia e obstetrícia.

A FEMINA é uma revista "open access" com edições eletrônicas e impressas que são distribuídas sem qualquer custo adicional a todos os membros associados da FEBRASGO. Ela está registrada nas bases SciELO e LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e pode ser, gratuitamente, acessada por todos os interessados. .

#### Propriedade intelectual

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

A revista online tem acesso aberto e gratuito.

#### Submissão dos artigos

Os artigos deverão ser enviados exclusivamente por meio eletrônico para o e-mail: [editorial.office@febrasgo.org.br](mailto:editorial.office@febrasgo.org.br)

1. Documento principal: Título/ Resumo/ Descritores/ Corpo do manuscrito/Referências;
2. Página de títulos: Título do trabalho/ Autores – nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis autores). Incluir a afiliação institucional de cada autor e sua função dentro da instituição (aluno de graduação/pós-graduando/residente/docente/ profissional de saúde (especificar) / pesquisador etc..  
Informações ao autor correspondente: Identificar o autor para correspondência e endereço. Caso o autor principal seja aluno de graduação ou de pós-graduação, identificar o seu orientador dentre os co-autores, com o respectivo endereço. Nestes casos, a correspondência entre Femina e o autor de correspondência será sempre copiada ao orientador.  
Agradecimentos a órgãos de fomento à pesquisa, se houver;
3. No caso dos artigos originais e estudos de caso, favor apresentar o PDF de aprovação da Plataforma Brasil do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE);
4. Cessão dos direitos autorais assinada por todos os autores (**Modelo**).

#### **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.

#### **Dinâmica da avaliação das contribuições**

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 pareceristas 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 sugeridas e façam as adequações necessárias. Os autores devem reenviar o texto com as modificações 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, se necessário, sustentando a hipótese com referências.

#### **Normas para preparação dos artigos de revisão narrativa, sistemática e atualização:**

**Título:** Nos idiomas português e inglês, com no máximo 18 palavras;

**Resumo (Informativo, do tipo não estruturado, de artigo de revisão narrativa e atualização):** Nos idiomas português e inglês, 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). Para os artigos de revisão sistemática, os resumos devem possuir no máximo 300 palavras;

**Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática:** Nos idiomas português e inglês, 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 300 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;

**Descritores (Idiomas português e inglês):** As palavras-chaves do artigo devem estar de acordo no DeCS–Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) ou Mesh–Medical Subjects Headings (<http://nlm.nih.gov/mesh>), cite no mínimo 5;

**Corpo do manuscrito:** Os manuscritos submetidos à Femina devem possuir no máximo 3000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências;

**Referências:** Para os manuscritos submetidos à Femina, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Não há limites de referências nos casos de artigo de revisão narrativa ou sistemática.

#### **Normas para preparação dos artigos originais:**

**Título:** Nos idiomas português e inglês, com no máximo 18 palavras;

**Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original:** Nos idiomas português e inglês, 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. Os resumos devem ser encaminhados nos idiomas português e inglês;

**Descritores:** As palavras-chaves do artigo devem estar de acordo no DeCS–Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) ou Mesh-Medical Subjects Headings (<http://nlm.nih.gov/mesh>), cite no mínimo 5 nos idiomas português e inglês;

**Corpo do manuscrito:** Os manuscritos submetidos à Femina devem possuir no máximo 4000 palavras, com seções distintas de **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão** sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados bem como as Referências não serão contabilizados;

**Introdução:** 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.

**Métodos:** Estruture a seção 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.

**Resultados:** 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. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser incluídas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

**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.

**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:** Para os manuscritos submetidos à Femina, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). Evite ultrapassar o limite de 35 referências.

#### **Normas para preparação de relato de caso ou série de casos**

**Título:** Nos idiomas português e inglês, com no máximo 18 palavras;

**Resumo:** Nos idiomas português e inglês, deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade do caso. Expor detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150);

**Descritores:** As palavras-chaves do artigo devem estar de acordo no DeCS–Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>) ou Mesh-Medical Subjects Headings (<http://nlm.nih.gov/mesh>), cite no mínimo 5 nos idiomas português e inglês;

**Relato de caso ou série de casos** são de grande interesse se 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. Os textos das seções Introdução e Discussão devem ser baseados em revisão bibliográfica atualizada. O Relato de Caso deve possuir no máximo 2000 palavras.

**Referências:** Para os manuscritos submetidos à Femina, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (auto-citação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Utilize no máximo 20 referências.

#### **Norma para preparação de opinião de especialistas**

Esta modalidade está disponível apenas para autores convidados pelos Editores.

A FEMINA 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 internacionais 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/>

#### **Normas gerais**

**Abreviaturas/nomenclatura:** O uso de abreviaturas deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira

menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no artigo.

**Elementos não-textuais:** Gráficos, gravuras, fotografias, esquemas, desenhos, tabelas, quadros, fórmulas etc. constituem os elementos não textuais. Eles servem à elucidação, explicação e simplificação do entendimento do texto, devendo ser autoexplicativos. Estes elementos devem ser mencionados, preferencialmente, na seção Resultados do texto. Os elementos devem ser mencionados no texto como Figura, Tabela ou Quadro, e numerados sequencialmente com algarismos arábicos, devendo possuir, além de identificação e número, título e fonte no rodapé. As tabelas deverão ser elaboradas em conformidade com a Norma de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1993. Desenhos, gráficos, figuras ou outras ilustrações não-originais já publicados por outros autores devem ser submetidos à autorização antes da publicação em *Femina*. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser incluídas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

#### **Exemplos de Referências**

As citações e as referências deverão ser apresentadas de acordo com os requisitos do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* – consultar links: <http://www.icmje.org>; [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html) e <http://www.bu.ufsc.br/bccosm/vancouver.html>.

#### **Artigos de revista**

- Até 6 autores: todos os autores.

**Exemplo:** Halper SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002; 347(4):284-7.

- Mais de 6 autores: nome dos 6 primeiros autores seguidos de et al.

**Exemplo:** Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res.* 2002; 935(1-2):40-6.

#### **Livros**

**Exemplo:** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

**Exemplo:** Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. New York: Harper and Row; 1976.

**Exemplo:** Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002.

**Exemplo:** Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Van Dorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

**Capítulos de livros**

**Exemplo:** Meltzer OS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.

**Trabalhos em eventos**

**Exemplo:** Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming, In: Foster JÁ, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

**Artigos de revista na internet**

**Exemplo:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet].2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Disponível em : <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

**Monografias na internet**

**Exemplo:** Foley KM, Gelband H, editors [Internet]. Improving palliative care of câncer. Washington: National Academy Press; 2001[cited 2002 Jun 9]. Disponível em: <<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>>

**Homepage/Website**

**Exemplo:** Cancer -Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.;c2000-01 [update 2002 May 16; cited 2002 Jun 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org> American Medical Association [internet]. Chicago: The Association; c1995-2002[updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Disponível em: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>>.

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