



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

RENAN SOUZA MIRANDA

CONDUTA DE GINECOLOGISTAS FRENTE A ECTOPIA CERVICAL

ARACAJU
2019

RENAN SOUZA MIRANDA

CONDUTA DE GINECOLOGISTAS FRENTE A ECTOPIA CERVICAL

Monografia apresentada pelo discente Renan Souza Miranda ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Daniela Siqueira Prado.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Daniela Siqueira Prado

ARACAJU
2019

RENAN SOUZA MIRANDA

CONDUTA DE GINECOLOGISTAS FRENTE A ECTOPIA CERVICAL

Monografia apresentada pelo discente Renan Souza Miranda ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina, sob orientação da Prof^a Dr^a Daniela Siqueira Prado.

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, especialmente meus pais e irmãos pelo apoio nessa jornada.

Agradeço a Anny Larissa, minha namorada, pelo amor e companheirismo.

Agradeço a Prof.^a Daniela Siqueira Prado pelo ensino e paciência.

Agradeço a Bruno Nascimento Barbosa e Clara Simony de Sousa Santos pela ajuda na coleta de dados.

RESUMO

A ectopia cervical uterina é um fenômeno fisiológico onde há eversão da mucosa endocervical para a ectocérvice. Após seu desenvolvimento, o epitélio colunar simples exposto sofre um processo de metaplasia, podendo levar meses ou anos para se restabelecer. A exposição por um tempo prolongado de regiões de metaplasia ou de epitélio colunar simples na ectocérvice deixam o colo uterino mais suscetível a lesões carcinogênicas e infecções recorrentes por microrganismos sexualmente transmissíveis. Objetivo: identificar a conduta dos médicos, que atuam como ginecologistas na Região Nordeste, perante a ectopia cervical e avaliar se há associação entre conduta adotada e aspectos sociodemográficos e formação. Método: o estudo foi realizado durante o XXX Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia/45º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia, em junho de 2019. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada a 131 médicos que atuam na área de ginecologia, com questões sociodemográficas, de formação e a respeito da conduta adotada. Resultados: a maior parte dos ginecologistas optaram pela conduta expectante (57,3 %); seguida pela cauterização, química ou elétrica, se sintomas (37,4 %). A conduta expectante foi mais adotada por jovens e os com idade superior a 56 demonstraram preferência pela cauterização ($p=0,049$). Conclusão: Houve predomínio da conduta expectante ou intervencionista na presença de sintomas. A cauterização de rotina profilática não é adotada com frequência.

Palavras-chave: ectopia cervical, erosão cervical uterina, ectrópio.

ABSTRACT

Miranda, Renan Souza. Gynecologists conducts cervical ectopy. 2019. Course Completion Work (Bachelor of Medicine) - Federal University of Sergipe. Aracaju, 2019.

Cervical ectopia uterine is a physiological phenomenon where there is eversion of the endocervical mucosa to the ectocervix. After its development, the exposed simple columnar epithelium undergoes a process of metaplasia, and may take months or years to recover. Prolonged exposure of regions of metaplasia or simple columnar epithelium in the ectocervix leaves the cervix more susceptible to carcinogenic lesions and recurrent infections by sexually transmitted microorganisms. Objective: To identify the conduct of physicians, who act as gynecologists in the Northeast, regarding cervical ectopy and to evaluate if there is an association between the adopted conduct and sociodemographic aspects and training. Method: the study was conducted during the XXX Nordeste Congress of Gynecology and Obstetrics / 45th Pernambuco Congress of Gynecology and Obstetrics, in June 2019. A semi-structured interview was applied to 131 physicians working in the gynecology area, with sociodemographic questions from training and the conduct adopted. Results: most gynecologists opted for expectant management (57.3%); followed by cauterization, chemical or electrical, if symptoms (37.4%). The expectant approach was more adopted by young people and those over 56 showed preference for cauterization ($p = 0.049$). Conclusion: There was a predominance of expectant or interventionist conduct in the presence of symptoms. Prophylactic routine cauterization is not often adopted.

Key words: cervical ectopia, uterine cervical erosion, ectropion.

LISTA DE ABREVIACÕES

ACO – Anticoncepcional oral combinado

FEBRASGO – Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HPV – Papilomavírus humano

NIC – Neoplasia intraepitelial cervical

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1 DEFINIÇÃO.....	10
2.2 FISILOGIA.....	10
2.3 EPIDEMIOLOGIA.....	11
2.4 SINTOMAS.....	12
2.5 DIAGNÓSTICO.....	13
2.6 RELAÇÃO COM INFECÇÕES E CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	13
2.7 TRATAMENTO.....	15
3 REFERÊNCIAS.....	17
4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	19
5 ARTIGO ORIGINAL.....	34
5.1 INTRODUÇÃO.....	34
5.2 MÉTODO.....	36
5.3 RESULTADOS.....	37
5.4 DISCUSSÃO.....	39
5.5 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	44
APÊNDICE II: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE CONDUTAS DE GINECOLOGISTAS FRENTE A ECTOPIA CERVICAL.....	46

1 INTRODUÇÃO

A ectopia cervical uterina é um fenômeno fisiológico em que há eversão da mucosa endocervical para a ectocérvice. Há muitas designações na terminologia médica, como ectrópio, eritroplasia, mácula rubra e erosão (JUNIOR et al., 2014). Após seu desenvolvimento, o epitélio colunar simples exposto sofre um processo de metaplasia, sendo parcialmente ou totalmente convertido em epitélio escamoso estratificado. A área resultante é conhecida como *zona de transição* e podem levar meses ou anos para se estabelecer (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

A exposição da endocérvice na ectocérvice por um período mais prolongado e regiões de metaplasia deixam o colo uterino mais suscetível a lesões carcinogênicas, como o carcinoma de células escamosas e neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Podem surgir também infecções recorrentes por microrganismos sexualmente transmissíveis que têm predileção pelo epitélio glandular, como a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (ÇEKMEZ et al., 2016; KLEPPA et al., 2015; MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

Muitos profissionais tentam acelerar esse processo de estratificação do epitélio colunar simples na tentativa de minimizar ou evitar a exposição aos riscos expostos (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008). Dentre os recursos terapêuticos disponíveis estão a eletrocoagulação, a criocauterização, a cauterização a laser e a cauterização química com ácido Tricloracético a 80% (ÇEKMEZ et al., 2016). Porém, atualmente, não existe um consenso na literatura mundial que apoie o tratamento da ectopia de forma profilática. Muitas das vezes ele pode ser usado para aliviar os sintomas ocasionados por essa condição, como a cervicite recorrente, a sinusiorragia e mucorréia (CASEY; LONG; MARNACH, 2011; TARNEY; HAN, 2014). No entanto, muitos desses sintomas são mais referidos do que realmente confirmados em um estudo controlado (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

Devido à ausência de consenso na literatura sobre a melhor conduta diante de ectopia cervical o seguinte projeto tem como objetivo identificar a conduta prevalente dos médicos, que atuam como ginecologistas, nos estados do Nordeste.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO

O termo ectopia cervical é recente. Até meados da década de 1980, erosão cervical era a designação mais comum para designar o fenômeno (SARKAR; STEELE, 1996). O termo erosão cervical benigna era utilizado para diferenciá-la dos casos de cervicite infecciosa, contudo, não havia uma uniformidade de uso da nomenclatura. Muitos nomes foram utilizados como sinônimos, alguns com conotações de mecanismo ou causalidade: cervicite, endocervicite, evocação, ectrópio, pseudoerosão, colo doentio e, muito menos comumente, tecido endocervical inoportuno ou heteroplástico, halo vermelhão e hiperplasia mucoepitelial (LANG, 1957). No fim da década de 1970 já se questionava o uso do termo erosão, pois segundo Loudon, Grant e Vessey (1978), “o termo erosão é enganoso, já que não há perda de tecido superficial do colo do útero: a lesão consiste de uma zona de epitélio colunar na porção vaginal do colo do útero, no lugar do epitélio estratificado, escamoso, normalmente encontrado abaixo do orifício externo”. Na mesma linha de pensamento, Kashimura (1980) descreve que “histologicamente, a erosão cervical é coberta por epitélio colunar endocervical ou epitélio escamoso fino [...], portanto, a erosão cervical deve ser chamada de pseudoerosão. Na década de 1980, estabeleceu-se o termo ectopia cervical, mantendo-se o sinônimo ectrópio (JUNIOR et al., 2014; SARKAR; STEELE, 1996).

2.2 FISILOGIA

Ross (1950), acreditava que a alta prevalência da erosão cervical (36%) em seu consultório era causada pela falta de cuidados pós-natal nos distritos vizinhos. Na década de 1970, já se tinha conhecimento de que a erosão cervical, dita não maligna, variava conforme idade reprodutiva, status sexual, uso de contraceptivo hormonal e gestação, atribuindo-se, como hipótese, a um desequilíbrio hormonal, com possível superprodução de estrogênios, no caso das erosões congênitas e ocorridas em mulheres que ainda não haviam iniciado a vida sexual. Ainda durante a gestação, as áreas de erosão eram explicadas como decorrentes da diminuição do pH vaginal próximo ao colo uterino ocorrida nesse período. As erosões pós-gestacionais e em mulheres ativas sexualmente eram atribuídas ao trauma do parto e da

atividade sexual (KROLL, 1970; LOUDON; GRANT; VESSEY, 1978; SINGER, 1975).

Segundo Kashimura (1980), duas teorias opostas da histogênese da erosão cervical foram propostas por Meyer e Kaufmann. Meyer apontou que a erosão cervical (pseudoerosão) era produzida pela proliferação do epitélio colunar endocervical, substituindo a verdadeira erosão que ocorrera como uma maceração epitelial causada pelo aumento do muco cervical na presença de inflamação. Por outro lado, Kaufmann apontou que a erosão cervical era produzida principalmente pela evaginação do colo uterino, e essa erosão cervical era controlada por um hormônio sexual. Em meados da década de 1980, fica estabelecido o termo ectopia cervical para designar “uma condição na qual a cobertura escamosa da porção vaginal do colo do útero é substituída por epitélio colunar que é contínuo com o revestimento do endocérvice, que ao exame histológico geralmente revela simples substituição de escamoso opaco por epitélio colunar transparente, não havendo ulceração (SARKAR; STEELE, 1996).

O conhecimento atual é de que a ectopia cervical uterina é um fenômeno fisiológico em que há eversão do endocérvice no ectocérvice. Com isso, ocorre a exposição de epitélio colunar simples e glandular, predominante no endocérvice, na ectocérvice, onde predomina epitélio estratificado escamoso. O epitélio evertido tem uma aparência avermelhada, semelhante ao tecido de granulação. Sua ocorrência está relacionada ao período reprodutivo, comum em adolescentes, mulheres jovens, grávidas e rara em mulheres pós-menopausa (CASEY; LONG; MARNACH, 2011; JUNIOR et al., 2014). Após o desenvolvimento da ectopia, o epitélio colunar simples exposto sofre um processo de metaplasia, sendo parcial ou totalmente convertido em epitélio escamoso estratificado. A região de conversão é conhecida como zona de transição e pode levar meses ou anos para se estabelecer (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008). O pH vaginal ácido, uso de anticoncepcionais orais (ACO), tabagismo, infecções genitais e traumas favorecem a metaplasia escamosa, acelerando a conversão epitelial (BRIGHT et al., 2011; CRITCHLOW et al., 1995).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência estimada para a ectopia varia de 17 a 50%. É provável que a maioria das mulheres, se não todas, tenha ectopia em algum momento durante suas vidas (JUNIOR et al.,

2014; KATAKDHOND; SAMANT, 2017).

2.4 SINTOMAS

Na década de 1950, a erosão cervical era caracterizada por uma área de avermelhamento aveludado de intensidade e extensão variadas em torno do sistema cervical externo anatômico (LANG, 1957), associada a uma série de sintomas, muitos deles incapacitantes. Ross (1950), em uma série de 128 pacientes, com erosão cervical como único achado clínico, identificou, em ordem de frequência, os seguintes sintomas: leucorreia, lombalgia, dor abdominal, frequência miccional, menorragia, prurido vulvar, dismenorreia, dispareunia, hemorragia cervical, esterilidade e sensação de fraqueza pélvica.

Na década de 1970, ainda persistia a parca evidência de associação entre erosão cervical e os sintomas historicamente atribuídos a ela. Nesse sentido, Loudon, Grant e Vessey (1978) realizaram pesquisa com 1498 mulheres, de 16 a 47 anos, na qual os sintomas eram coletados por uma enfermeira e o exame físico, a colposcopia e a citologia eram realizados por médicos “cegos” quanto aos sintomas. Nessa pesquisa não encontraram associação entre erosão e sangramento pós-coito sintomático, nem correlação entre erosão e dispareunia, dor nas costas ou disúria, contudo houve uma associação significativa entre a erosão e o corrimento vaginal, frequência de micção e nictúria. Salienta-se que a relação entre erosão e leucorreia não é de causa e efeito. A associação entre erosão e corrimento foi modesta: portanto, mesmo quando uma erosão é encontrada em uma mulher com descarga anormal, ela não deve necessariamente ser considerada como a principal causa.

Hoje, sabe-se que a ectopia cervical é, na maioria das vezes, assintomática. Por ser um epitélio secretor, seu principal sintoma é a produção aumentada de muco (mucorreia). Segundo Eleutério Júnior et al (2014), a exposição das glândulas endocervicais ao pH vaginal altamente ácido inicia um processo de intensa produção de muco que é frequentemente percebido pela mulher como um corrimento abundante e constante. Os outros sintomas associados a ela, entre eles, a dor pélvica, sangramento pós-coito e as cervicites recorrentes, são mais referidos do que realmente confirmados em um estudo controlado (LOUDON; GRANT; VESSEY, 1978).

2.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da ectopia cervical começa com o exame especular ginecológico. Após, realiza-se o exame colposcópico com aplicação de reagentes, ácido acético a 3% ou 5% e Lugol, que permitem delimitar com maior e melhor precisão a transição do epitélio estratificado escamoso e colunar. A aplicação de ácido acético sobre o epitélio colunar provoca mudanças na coloração do epitélio, que inicialmente era avermelhado (mácula rubra) e torna-se esbranquiçado sob visão colposcópica, revelando a presença de epitélio colunar ao redor do orifício externo, que se estende pela ectocérvice. Além disso, o ácido acético causa edema e ingurgitamento das células, evidenciando o aspecto de “cachos de uva”. A realização do teste de Schiller se baseia na fixação do iodo pelo glicogênio presente nas células da camada intermediária do epitélio estratificado escamoso, assim, na presença de ectopia, que é constituída por epitélio colunar, não ocorre a fixação da solução iodetada (FEBRASGO, 2010; JUNIOR et al., 2014).

2.6 RELAÇÃO COM INFECÇÕES E CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Há associação entre ectopia cervical, devido à exposição de epitélio colunar simples na ectocérvice por um período mais prolongado e a presença de regiões de metaplasia, com maior suscetibilidade do colo uterino a lesões carcinogênicas, como o carcinoma de células escamosas e neoplasia intraepitelial cervical (NIC), a infecções virais por Papilomavírus Humano (HPV) e vírus da imunodeficiência humana (HIV), que tem predileção pelo epitélio da zona de transformação, e a infecções bacterianas recorrentes por microrganismos sexualmente transmissíveis que têm predileção pelo epitélio glandular, como a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (ÇEKMEZ et al., 2016; KLEPPA et al., 2015; MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

Machado et al (2008), em revisão de literatura, não encontraram evidências da relação entre ectopia cervical e infecção por *Gonococo*. As pesquisas indicavam que é muito provável a associação entre infecção por *Chlamydia* e ectopia cervical, há associação entre ectopia, infecção por HPV e neoplasia intraepitelial cervical e que não há evidência suficiente para relacionar infecção por HIV e ectopia cervical.

Nessa revisão, os autores identificaram que, nos estudos relacionando a infecção

pelo HPV e a ectopia cervical, mostrou-se uma associação entre essas condições, inclusive associações com subtipos oncogênicos. De modo semelhante, os estudos demonstraram que há associação entre ectopia e NIC. Os autores concluíram que “se for assumido que há uma associação entre ectopia e HPV e NIC, e que a ectopia favorece a ocorrência dessas duas condições (um cenário mais provável) ao invés destas condições favorecerem a ocorrência de ectopia, a ectopia deve ser considerada um fator de risco para câncer cervical” (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008). Contudo, o resultado dos estudos que, analisaram a relação entre ectopia e o desenvolvimento de câncer de colo de útero, bem como dos que analisaram prevenção desse tipo de câncer com o uso da cauterização, foram contraditórios (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

A associação entre ectopia cervical e infecção por Chlamydia foi demonstrada por diversos estudos. É provável que haja uma relação de causa e efeito, de modo que a ectopia, por maior exposição de tecido colunar simples, favoreça a infecção por Chlamydia (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008). Em um estudo transversal de estudantes do ensino médio, relacionando ectopia cervical com infecções sexualmente transmissíveis e HIV, constatou-se, após análise multivariada com infecção por clamídia como a variável dependente, que as mulheres com ectopia tiveram maior chance de ter infecção por clamídia (KLEPPA et al., 2015). Assim, considerando esta hipótese verdadeira, o tratamento para ectopia poderia reduzir o risco de infecção por clamídia, ao menos em casos de mulheres com alta exposição a doenças sexualmente transmissíveis e alguma dificuldade em usar preservativo regularmente (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

Quanto à relação entre infecção pelo HIV e ectopia, os estudos mostraram resultados contraditórios. Em alguns estudos, demonstrou-se o maior risco infecção pelo HIV em mulheres com ectopia. Por outro lado, há estudos em que não foi encontrada associação entre infecção por HIV e ectopia (KLEPPA et al., 2015). No estudo de Keppla et al (2015), verificou-se que mulheres com idade inferior a 19 anos com ectopia apresentaram chances duas vezes maiores de ser HIV positivo, levando a autora a concluir que a ectopia cervical está associada à infecção por HIV nas mulheres mais jovens. Segundo Machado, uma provável explicação para esses resultados contraditórios é que, quando expostas ao HIV, mulheres com ectopia correm maior risco de infecção, provavelmente devido à menor competência imunológica de seu epitélio glandular, contudo, as mulheres com ectopia seriam um grupo com menor risco de exposição ao HIV, uma vez que são em média mais jovens e têm menor exposição sexual (MACHADO; DALMASO; DE CARVALHO, 2008).

2.7 TRATAMENTO

Ao longo do tempo, foram se estabelecendo tratamentos para erosão cervical, com intuito de minimizar sintomas e, depois, para controlar fatores de risco para infecção por HPV e câncer de colo de útero. As principais abordagens visavam a ablação do epitélio ectópico. A cauterização, com diversos tipos de cautérios, foi amplamente utilizada. Na década de 1930, iniciou-se o uso da eletrocauterização com o mesmo intuito (ÇEKMEZ et al., 2016). Já nos anos 60, foi iniciada aplicação da crioterapia, com uso de dióxido de carbono ou óxido nitroso (AGAH; SHARIFZADEH; HOSSEINZADEH, 2019). Segundo Ross (1950), o tratamento da erosão cervical por eletrocauterização do colo do útero, ambulatorialmente, sem anestesia e sem dilatação preliminar do colo do útero, na maioria dos casos foi considerado muito satisfatório, com taxas de cura de 99,2% e de recorrência de apenas 4,7%. Na década de 1970, Kroll, em pesquisa com 130 mulheres com erosão cervical simples, encontrou uma taxa de cura espontânea de 39%, em pacientes com citologia normal, o que corroboraria com a política clínica do expectante, quando se trata do tratamento de erosões não complicadas (KROLL, 1970).

Machado, Dalmásio e de Carvalho (2008), em revisão de literatura, concluíram que não há dados na literatura médica que apoiem o tratamento de rotina para ectopia, o tratamento pode ser usado para aliviar sintomas ocasionais associados à ectopia e novos estudos seriam necessários para testar a hipótese de que a proteção contra o câncer do colo do útero seria fornecida pelo tratamento da ectopia.

Assim, atualmente, não existe um consenso na literatura mundial que apoie o tratamento da ectopia de forma profilática. Ele pode ser indicado na presença de sintomas que causam bastante incomodo às mulheres, como a leucorreia abundante, a sinusiorragia e a cervicite recorrente (AGAH; SHARIFZADEH; HOSSEINZADEH, 2019; CASEY; LONG; MARNACH, 2011; TARNEY; HAN, 2014). Além disso, o tratamento pode ser proposto, segundo alguns pesquisadores, para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, como clamídia, gonorreia e HPV (AGAH; SHARIFZADEH; HOSSEINZADEH, 2019). Quando realizado, ele consiste, na maioria das vezes, em um procedimento ablativo por eletrocauterização, crioterapia, cauterização a laser e aplicação de ácido tricloroacético com variadas concentrações (CASEY; LONG; MARNACH, 2011; ÇEKMEZ et al., 2016).

Çekmez et al, (2016) em pesquisa sobre o uso da crioterapia no tratamento da

ectopia cervical sintomática, concluíram que esta conduta foi eficaz, diminuindo a ectopia em 95,9% das pacientes em estudo. Quanto ao efeito do tratamento sobre os sintomas, a crioterapia foi mais eficaz contra o sangramento pós-coito (81%) e leucorreia abundante (89%) do que contra a dor pélvica (58%) e cervicite recorrente (80%). Em relação à cervicite recorrente, o estudo indicou que o percentual de sucesso do tratamento foi inversamente proporcional ao número de episódios do sintoma por seis meses. Estudo avaliando o resultado da crioterapia sobre lesões cervicais benignas ao longo de um período de 2 anos, verificou que a cicatrização da lesão cervical foi completa em 96% das mulheres ao final de 12 semanas, com alta taxa de satisfação (KATAKDHOND; SAMANT, 2017).

Em estudo comparativo entre a criocauterização e a eletrocauterização, observou-se que, no curto período, de 4 a 6 semanas, o uso de eletrocautério parece ser melhor, apresentando taxa de cura de erosão de 92% contra 76%, mas, no longo prazo, de 12 a 14 semanas, ambos métodos são igualmente eficazes, pois não houve diferença significativa na cicatrização da erosão. A eletrocauterização apresenta elementos favoráveis ao seu uso, como por exemplo, menor ocupação do espaço, não há risco de vazamento, maior facilidade e rentabilidade, embora possam ocorrer queimaduras vaginais ou vulvares durante a aplicação, o que é evitável (JINDAL et al., 2014).

Por fim, em estudo comparativo, entre a eficácia, tolerabilidade e segurança do uso do ácido tricloroacético e do spray de coagulação monopolar para o tratamento de lesões cervicais benignas persistentes, concluíram que tanto a aplicação tópica de ácido tricloroacético a 70% quanto o uso do spray de coagulação monopolar oferecem eficácia considerável, taxas de sucesso aceitáveis e complicações mínimas. O tratamento com spray de coagulação foi significativamente superior em termos de menor persistência ou de lesões incompletamente curadas. A aplicação tópica do ácido tricloroacético a 70% apresentou vantagens de simplicidade, maior tolerabilidade do paciente e segurança, podendo ser utilizada por ginecologistas de limitada experiência com procedimentos cirúrgicos (DARWISH; ZAHRAN, 2013).

3 REFERÊNCIAS

- AGAH, J.; SHARIFZADEH, M.; HOSSEINZADEH, A. Cryotherapy as a Method for Relieving Symptoms of Cervical Ectopy: A Randomized Clinical Trial. *Oman Medical Journal*, v. 34, n. 4, p. 322–326, 2019.
- BRIGHT, P. L. et al. Hormonal contraception and area of cervical ectopy: A longitudinal assessment. *Contraception*, v. 84, n. 5, p. 512–519, 2011.
- CASEY, P. M.; LONG, M. E.; MARNACH, M. L. Abnormal Cervical Appearance: What to Do, When to Worry? *Mayo Clinic Proceedings*, v. 86, n. 2, p. 147–151, fev. 2011.
- ÇEKMEZ, Y. et al. Is Cryotherapy Friend or Foe for Symptomatic Cervical Ectopy? *Medical Principles and Practice*, v. 25, n. 1, p. 8–11, 2016.
- CRITCHLOW, C. W. et al. Determinants of cervical ectopia and of cervicitis: Age, oral contraception, specific cervical infection, smoking, and douching. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 173, n. 2, p. 534–543, 1995.
- DARWISH, A. M. M.; ZAHRAN, K. M. Trichloroacetic Acid Application Versus Spray Monopolar Diathermy for Treating Benign Cervical Lesions. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, v. 17, n. 3, p. 248–254, jul. 2013.
- FEBRASGO. Manual de Orientação Trato Genital Inferior. v. Cap1; 2; 3, p. 215, 2010.
- JINDAL, M. et al. What is better: cryocautery or electrocautery for cervical erosion? *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, v. 3, n. 3, p. 715–719, 2014.
- JUNIOR, J. E. et al. Uterine cervical ectopy during reproductive age: Cytological and microbiological findings. *Diagnostic Cytopathology*, v. 42, n. 5, p. 401–404, maio 2014.
- KATAKDHOND, S.; SAMANT, P. Cryotherapy for cervical lesions: efficacy and patient satisfaction. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, v. 6, n. 6, p. 2331, 2017.
- KLEPPA, E. et al. Cervical ectopy: Associations with sexually transmitted infections and HIV. A cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, v. 91, n. 2, p. 124–129, 2015.
- KROLL, U. M. Eroded Cervix. *BMJ*, v. 2, n. 5710, p. 640–643, 13 jun. 1970.
- LANG, W. R. Benign cervical erosion in nonpregnant women of childbearing age. A colposcopic study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 74, n. 5, p. 993–999, 1957.
- LOUDON, J. D. O.; GRANT, G.; VESSEY, M. P. Epidemiology and clinical significance of cervical erosion in women attending a family planning clinic. *British Medical Journal*, v. 1, n. 6115, p. 748–750, 1978.

MACHADO, L. C.; DALMASO, A. S. W.; DE CARVALHO, H. B. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: Literature review. *Sao Paulo Medical Journal*, v. 126, n. 2, p. 132–139, 2008.

SARKAR, P. K.; STEELE, P. R. M. Routine colposcopy prior to treatment of cervical ectopy: Is it worthwhile? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 16, n. 2, p. 96–97, 1996.

SINGER, A. THE UTERINE CERVIX FROM ADOLESCENCE TO THE MENOPAUSE. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 82, n. 2, p. 81–99, fev. 1975.

TARNEY, C. M.; HAN, J. Postcoital Bleeding: A Review on Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics and Gynecology International*, v. 2014, p. 1–8, 2014.

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Filiada à Associação Médica Brasileira

PRESIDÊNCIA

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

SECRETARIA EXECUTIVA

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

www.febrasgo.org.br

Sobre nós

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

Subáreas do conhecimento em Ginecologia e Obstetrícia de interesse:

- Atenção primária;
- Ciência básica e translacional;
- Cirurgia ginecológica e uroginecologia;
- Contracepção;
- Doenças do trato genital inferior;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Endocrinologia ginecológica;
- Endoscopia ginecológica;
- Ensino e Treinamento;
- Epidemiologia e estatística;
- Ética;

- Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino;
- Ginecologia geral;
- Ginecologia pediátrica e do adolescente;
- Gravidez de alto risco;
- Imagem;
- Mastologia;
- Medicina fetal;
- Menopausa;
- Multidisciplinaridade;
- Obstetrícia;
- Oncologia ginecológica;
- Qualidade de Vida;
- Reprodução humana e fertilização assistida;
- Sexualidade.

Fontes de indexação

1. Isi - Web of Science - Web of Knowledge (*Emerging*)
2. Scopus - Sci Verse
3. SciELO - Scientific Eletronic Library on-line
4. Lilacs - Literatura Latina-Americana em Ciências da Saúde
5. SCImago - SCImago Journal & Country Rank
6. 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, tornando-se uma das principais revistas da especialidade no ranking mundial. RBGO deverá ser em veículo científico essencial para os programas de pós-graduação no Brasil, na divulgação da produção científica de alunos e orientadores/pesquisadores.

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

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

Preparando um manuscrito para submissão

Documentos obrigatórios para submissão

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

- a. Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar) **Modelo**;
- b. 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;
- c. 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;

- d. Página de Título;
- e. Manuscrito.

Página de Título

- f. Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
- g. Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);
- h. Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);
- i. Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- j. 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;
- k. **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.
- l. **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 Obstetrícia 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: Expôr 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. Estruture 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 <i>per capita</i> 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 preestabelecidas?
Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?

Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (<i>missing data</i>)?
Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?
Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?
Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.
Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?
Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

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

IMPORTANTE!

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

Ensaio clínico randomizado:

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

Revisões sistemáticas e metanálises:

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

Estudos observacionais em epidemiologia: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/> **Estudos qualitativos:** <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>

Resultados

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

ATENÇÃO!

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

Discussão

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

Conclusão

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

Referências

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

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

*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>

5 ARTIGO ORIGINAL

Conduta de ginecologistas da Região Nordeste frente à ectopia cervical

Renan Souza Miranda¹, Daniela Siqueira Prado²

¹ Acadêmico do curso de medicina na Universidade Federal de Sergipe. E-mail: renanmiranda3084@gmail.com;

² Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: danisprado77@gmail.com.

RESUMO

Objetivo: identificar a conduta dos médicos, que atuam como ginecologistas na Região Nordeste, perante a ectopia cervical e avaliar se há associação entre conduta adotada e aspectos sociodemográficos e formação. **Método:** o estudo foi realizado durante o XXX Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia/45º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia, em junho de 2019. Aplicou-se uma entrevista semiestruturada a 131 médicos que atuam na área de ginecologia, com questões sociodemográficas, de formação e a respeito da conduta adotada. **Resultados:** a maior parte dos ginecologistas optaram pela conduta expectante (57,3 %); seguida pela cauterização, química ou elétrica, se sintomas (37,4 %). A conduta expectante foi mais adotada por jovens e os com idade superior a 56 demonstraram preferência pela cauterização ($p=0,049$). **Conclusão:** Houve predomínio da conduta expectante ou intervencionista na presença de sintomas. A cauterização de rotina profilática não é adotada com frequência.

5.1 INTRODUÇÃO

A ectopia cervical uterina é um fenômeno fisiológico em que há eversão do endocérvice no ectocérvice. Com isso, ocorre a exposição de epitélio colunar simples e glandular, predominante no endocérvice, na ectocérvice, onde predomina epitélio estratificado escamoso. O epitélio evertido tem uma aparência avermelhada, semelhante ao tecido de granulação. Sua ocorrência está relacionada ao período reprodutivo, comum em adolescentes,

mulheres jovens, grávidas e rara em mulheres na pós-menopausa. Há muitas designações na terminologia médica, como ectrópio, eritroplasia, mácula rubra e erosão^{1,2}. A prevalência estimada para a ectopia varia de 17 a 50%. É provável que a maioria das mulheres tenha ectopia em algum momento durante suas vidas^{1,3}.

Esta afecção é, na maioria das vezes, assintomática. Por ser um epitélio secretor, seu principal sintoma é a produção aumentada de muco (mucorreia). A exposição das glândulas endocervicais ao pH vaginal ácido inicia um processo de intensa produção de muco que é frequentemente percebido pela mulher como um corrimento abundante e constante¹. Outros sintomas referidos são dor pélvica, sangramento pós-coito e cervicites recorrentes. Além disso, o colo uterino com ectopia pode se tornar mais susceptível a lesões carcinogênicas, como o carcinoma de células escamosas e neoplasia intraepitelial cervical (NIC), e à infecção por Papilomavírus Humano (HPV) e por *Chlamydia trachomatis*^{3,4}.

Essa ambivalência da ectopia cervical, tratar-se de um fenômeno fisiológico mas que pode cursar com sintomas incômodos às pacientes e se constituir em fator de risco para infecções e lesões carcinogênicas, levou a posicionamentos distintos acerca da melhor conduta a ser adotada. Há pesquisadores que defendem o tratamento ativo com cauterização, visando acelerar o processo de estratificação do epitélio colunar simples com intuito de melhorar os sintomas e minimizar a exposição aos riscos⁵⁻⁸. Enquanto outros enfatizam seu caráter fisiológico e autorresolutivo, propondo a adoção de conduta expectante, sobretudo porque o resultado dos estudos que analisaram a relação entre ectopia e o desenvolvimento de câncer de colo de útero, bem como dos que analisaram prevenção desse tipo de câncer com o uso da cauterização, foram contraditórios³.

Portanto, atualmente, não existe um consenso na literatura mundial que apoie o tratamento da ectopia de forma profilática. Ele pode ser indicado na presença de sintomas que causam incomodo às mulheres, como a leucorreia abundante, a sinusiorragia e a cervicite recorrente^{2,9}.

Tendo em vista a ausência de consenso na literatura sobre a melhor conduta diante de ectopia cervical, o presente estudo teve como objetivo identificar a conduta de médicos, que atuam como ginecologistas na Região Nordeste, diante desta afecção e avaliar se há associação entre conduta adotada e aspectos sociodemográficos e formação.

5.2 MÉTODO

Estudo observacional, de corte transversal, desenvolvido com médicos que atuam na área de ginecologia, incluindo residentes, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do seu respectivo estado. Os médicos foram entrevistados, num modelo de entrevista semiestruturada, de formato autoaplicável, durante a realização do XXX Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia/45º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia, nos dias 13 a 15 de junho de 2019. O questionário foi entregue antes do início e recolhido ao final das mesas redondas e conferências.

Foram avaliados aspectos epidemiológicos e de formação, tais como idade, ter realizado curso de residência médica, duração do curso de residência, ter subespecialidade, ter mestrado e/ou doutorado, local de trabalho e vínculos de trabalho. A seguir, questionou-se qual a conduta adotada perante a ectopia, estabelecendo as cinco opções de respostas: expectante, cauterizar sempre com eletrocauterização, cauterizar sempre com ácido tricloracético a 80%, só cauterizar se paciente sintomática, com cauterização química; só cauterizar se paciente sintomática, com eletrocauterização.

Cálculo da amostra

A amostra foi calculada com base no trabalho de Scheffer et al¹⁰, que informou a presença de 5393 médicos ginecologista e obstetras no Nordeste do Brasil. Utilizando-se o programa *StatCalc* do *EpiInfo 7* e considerando-se margem de erro de 9% e confiança de 95%, foi determinada uma amostra mínima de 117 médicos.

Análise Estatística

Os dados foram inicialmente armazenados em planilhas do Excel e posteriormente exportados para o software estatístico R. Para verificar a normalidade dos dados foi realizado o teste de Shapiro-Wilk. Os dados foram analisados e interpretados por meio de estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas apresentaram-se por meio de frequências simples e relativas e as variáveis numéricas, através de médias e desvio-padrão. Oportunamente, foram utilizados o teste Qui-quadrado para realizar as associações entre variáveis categóricas. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$.

Aprovação do Comitê de Ética

O Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe aprovou o protocolo de pesquisa (CAAE 93840718.2.0000.5546). Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.3 RESULTADOS

Foram convidados 175 médicos que atuam como ginecologistas, participantes do referido Congresso, a responder o questionário. Um total de 131 entrevistados (74,9%) responderam o questionário, outros 44 (25,1%) optaram por não o responder. Não houve questionamento quanto ao motivo da recusa a participar da entrevista.

A média de idade dos participantes é de 46 anos ($\pm 13,2$), variando de 25 a 86 anos; 24,4% fizeram pós-graduação (mestrado e/ou doutorado); 87% fizeram residência em Ginecologia e Obstetrícia; desses, 80,1% fizeram dois e/ou três anos de residência; 53,4% têm título de especialista e/ou subespecialidade; 79,4% trabalham na capital de seu respectivo estado; 58% têm mais de um vínculo profissional (Tabela 5.1).

Tabela 5.1: Características sociodemográficas e de formação dos participantes do estudo.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
≤ 35 anos	37	28,2
36 – 55 anos	53	40,5
≥ 56 anos	41	31,3
Residência Médica		
Sim	114	87
Não	17	13
Duração da residência		
2 anos	49	42,2
≥ 3 anos	67	57,8
Subespecialidade ou título		
Sim	70	53,4
Não	61	46,6
Mestrado e/ou Doutorado		
Sim	32	24,4
Não	99	75,6

Variáveis	N	%
Local de trabalho		
Capital	94	71,8
Interior	27	20,6
Ambos	10	7,6
Vínculo de emprego		
SUS	28	26
Consultório/Clínica particular	24	13,7
Universidade	3	1,7
SUS e Consultório/Clínica particular e Universidade	15	8,6
SUS e Consultório/Clínica particular	51	29,1
Consultório/Clínica particular e Universidade	3	1,7
SUS e Universidade	7	4,0

Quanto à conduta adotada perante a ectopia cervical, a maior parte dos Ginecologistas optaram pela conduta expectante (57,3 %); seguida por cauterização diante de sintomas como leucorreia e sinusiorragia (37,8 %). Cauterizar sempre, independente da presença de sintomas, é conduta adotada por 5,3 % dos entrevistados (Tabela 5.2).

Tabela 5.2: Distribuição dos participantes segundo sua conduta perante a ectopia.

Conduta	N ²	%
Expectante	75	53,7
Só cauterizar se paciente sintomática (cauterização química)	27	20,6
Só cauterizar se paciente sintomática (eletrocauterização)	22	16,8
Cauterizar sempre (cauterização química)	5	5,3
Cauterizar sempre (eletrocauterização)	2	1,5

Houve associação, entre idade e a conduta adotada perante a ectopia, sendo verificado que a expectante foi mais adotada por jovens e os com idade superior a 56 demonstraram preferência pela cauterização, principalmente em pacientes com sintomas ($p=0,049$) (Tabela 5.3).

Não houve associação significativa entre a conduta adotada e as demais variáveis estudadas (ter título de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia ($p = 0,415$), duração do curso de residência ($p = 0,530$), ter subespecialidade ($p = 0,550$), ter mestrado e/ou doutorado ($p = 0,160$) e local de trabalho ($p = 0,821$) e tipo de vínculo de trabalho ($p = 0,610$)) (Tabela 5.3).

Tabela 5.3: Associação entre variáveis socioeconômicas e formação e conduta perante a ectopia¹

	Expectante	Cauterizar se sintomas	Cauterizar sempre	p
Faixa etária				0,049
≤ 35 anos	26 (70,3%)	8 (21,6%)	3 (8,1%)	
36 – 55 anos	32 (60,4%)	20 (37,7%)	1 (1,9%)	
≥ 56 anos	17 (57,3%)	21 (51,2%)	3 (7,3%)	
Residência Médica				0,415
Sim	66 (57,9%)	43 (37,7%)	5 (4,4%)	
Não	9 (52,9%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	
Duração da residência				0,530
2 anos	26 (53,1%)	21 (42,9%)	2 (4,1%)	
≥ 3 anos	40 (59,7%)	24 (35,8%)	3 (4,5%)	
Subespecialidade ou título				0,550
Sim	38 (54,3%)	29 (41,4%)	3 (4,3%)	
Não	37 (60,7%)	20 (32,8%)	4 (6,6%)	
Mestrado e/ou Doutorado				0,160
Sim	22 (68,8%)	10 (31,2%)	0 (0,0%)	
Não	53 (53,5%)	39 (39,4%)	7 (7,1%)	
Local de trabalho				0,821
Capital	55 (58,5%)	35 (37,2%)	4 (4,3%)	
Interior	13 (48,1%)	12 (44,4%)	2 (7,4%)	
Ambos	7 (70,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)	
Vínculo de emprego				0,610
SUS	15 (53,6%)	13 (46,4%)	0 (0,0%)	
Consultório/Clínica particular	14 (58,3%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)	
Universidade	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
SUS e Consultório/Clínica particular e Universidade	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0 (0,0%)	
SUS e Consultório/Clínica particular	28 (54,9%)	19 (37,3%)	4 (7,8%)	
Consultório/Clínica particular e Universidade	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
SUS e Universidade	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)	

¹ Utilizando-se o teste Qui-quadrado

5.4 DISCUSSÃO

A ectopia cervical uterina é um fenômeno fisiológico que deixa o colo uterino mais suscetível a lesões carcinogênicas, como o carcinoma de células escamosas e NIC, e a

infecções sexualmente transmissíveis, por Papilomavírus Humano (HPV) e por *Chlamydia trachomatis*. Não há um consenso na literatura que apoie o tratamento da ectopia de forma profilática.

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que a maioria dos médicos conduzem a ectopia cervical uterina de forma expectante ou utilizam a cauterização, química ou elétrica, se os sintomas, principalmente leucorreia e sinusiorragia, estão presentes. Tal achado, pode ser explicado pela orientação do Ministério da Saúde acerca do tema, que sugere conduta expectante inicial e encaminhamento para tratamento apenas se sintomas¹¹.

Dentre os aspectos sociodemográficos e de formação avaliados, apenas a idade se associou à conduta. Os mais jovens foram mais expectantes e os com idade superior a 56 anos adotaram mais cauterização, principalmente em mulheres sintomáticas. Este achado reflete a linha histórica de condutas frente à ectopia. Entre 1920 e 1970 cauterização por diversas técnicas foi adotada para redução de sintomas ou com intuito de reduzir risco de infecções ou neoplasias intraepiteliais cervicais¹². Na década de 1970, Kroll, em pesquisa com 130 mulheres com erosão cervical simples, encontrou uma taxa de cura espontânea de 39%, em pacientes com citologia normal, o que corroboraria com a política clínica do expectante, quando se trata do tratamento de erosões não complicadas¹³. Recentemente, a importância da cauterização profilática voltou a ser considerada, principalmente em países subdesenvolvidos, com precários sistemas de triagem e de tratamento de patologias do trato genital inferior^{14,15}.

A realização de curso de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, bem como a duração desse curso, ter subespecialização ou mestrado/doutorado não tiveram associação com a conduta adotada. Tal resultado deve ser visto com ressalva, devido ao pequeno percentual (13%) de médicos sem residência presente nessa pesquisa. Uma possível explicação do resultado pode ser a de que o tema, ectopia cervical uterina, é comumente abordado durante o curso de graduação, bem como a conduta após seu diagnóstico.

Não há evidência científica de superioridade de uma das técnicas de cauterização. Os métodos utilizados para cauterização referidos pelos médicos (eletrocauterização, cauterização química com ácido tricloroacético a 80%, criocauterização, cauterização à laser, etc) apresentam eficácia semelhante¹⁶. Jindal et al⁸, em estudo prospectivo comparativo entre criocauterização e eletrocauterização, realizado com 100 mulheres na Índia, observaram que, no curto período, de 4 a 6 semanas, o uso de eletrocautério seria mais eficaz, apresentando taxa de cura de erosão de 92% contra 76%, mas, no longo prazo, de 12 a 14 semanas, ambos

os métodos são igualmente eficazes. Os pesquisadores concluíram que a eletrocauterização apresenta elementos favoráveis ao seu uso, como por exemplo, menor ocupação do espaço, não há risco de vazamento, maior facilidade e rentabilidade, embora possam ocorrer queimaduras vaginais ou vulvares durante a aplicação, que são evitáveis. Por sua vez, a crioterapia é defendida por estudo realizado no Irã que demonstrou eficácia, segurança e custo-efetividade do método¹⁷.

Esse estudo apresentou as seguintes limitações: possível viés de seleção de participantes com formação acadêmica atualizada, devido à aplicação da entrevista em um congresso científico; amostra insuficiente para generalizações acerca dos achados para médicos que atuam na área de ginecologia no Nordeste do Brasil; a resposta dos participantes podem ter sido somente teóricas, possivelmente diferente de suas práticas clínicas cotidianas.

5.5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para uma predominante conduta expectante ou ativa na presença de sintomas. A expectante foi mais adotada por jovens e os com idade superior a 56 demonstraram preferência pela cauterização, principalmente em pacientes com sintomas.

Novos estudos são necessários, com maior amostragem, para generalizar os achados para todos os médicos que atuam na área de ginecologia, em todas as regiões do Brasil. A questão da cauterização profilática, com o intuito de prevenir câncer e infecções por HPV e Chlamydia permanece indefinida, visto que a realização de estudos randomizados teria implicações éticas.

REFERÊNCIAS

1. Junior JE, Giraldo PC, Gonçalves AKS, do Amaral RLG, Linhares IM. Uterine cervical ectopy during reproductive age: Cytological and microbiological findings. *Diagn Cytopathol*. 2014;42(5):401-404. doi:10.1002/dc.23053
2. Casey PM, Long ME, Marnach ML. Abnormal Cervical Appearance: What to Do, When to Worry? *Mayo Clin Proc*. 2011;86(2):147-151. doi:10.4065/mcp.2010.0512
3. Machado LC, Dalmaso ASW, de Carvalho HB. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: Literature review. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(2):132-139.
4. Kleppa E, Holmen SD, Lillebø K, et al. Cervical ectopy: Associations with sexually transmitted infections and HIV. A cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sex Transm Infect*. 2015;91(2):124-129. doi:10.1136/sextrans-2014-051674
5. Çekmez Y, Şanlıkan F, Göçmen A, Vural A, Türkmen SB. Is Cryotherapy Friend or Foe for Symptomatic Cervical Ectopy? *Med Princ Pract*. 2016;25(1):8-11. doi:10.1159/000441433
6. Agah J, Sharifzadeh M, Hosseinzadeh A. Cryotherapy as a Method for Relieving Symptoms of Cervical Ectopy: A Randomized Clinical Trial. *Oman Med J*. 2019;34(4):322-326. doi:10.5001/omj.2019.63
7. Katakdhond S, Samant P. Cryotherapy for cervical lesions: efficacy and patient satisfaction. *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol*. 2017;6(6):2331. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20172296
8. Jindal M, Kaur S, Sharma S, Gupta K, Pandotra P, Bhavna B. What is better: cryocautery or electrocautery for cervical erosion? *Int J Reprod Contraception, Obstet Gynecol*. 2014;3(3):715-719. doi:10.5455/2320-1770.ijrcog20140973
9. Thompson W. Diathermy coning in the treatment of non-malignant conditions of the cervix. *Ulster Med J*. 1968;37(2):102-106.
10. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica No Brasil 2018*; 2018. www.portalmedico.org.br.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controles dos cânceres do colo do útero e da mama. *Dep Atenção Básica Ministério da Saúde Brasília Cadernos Atenção Básica n 13*. 2013. doi:10.18471/rbe.v30i2.14848
12. Franceschi S. Past and future of prophylactic ablation of the cervical squamocolumnar junction. *ecancermedicalscience* 2015 Apr 29;9:527.
13. Kroll UM. Eroded Cervix. *BMJ*. 1970;2(5710):640-643. doi:10.1136/bmj.2.5710.640

14. Mohanty KC, Rand RJ, Berry B. Cryotherapy in the management of cervical ectopy. *Genitourin Med* 1985 Oct;61(5):335-337.
15. Gay C, Riehl C, Ramanah R, Desmoulin G, Violaine B. [Cryotherapy in the management of symptomatic cervical ectopy]. *Gynecol Obstet Fertil* 2006 Mar;34(3):214-223.
16. Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;CD001318.
17. Agah J, Sharifzadeh M, Hosseinzadeh A. Cryotherapy as a Method for Relieving Symptoms of Cervical Ectopy: A Randomized Clinical Trial. *Oman Med J*. 2019;34(4):322-326. doi:10.5001/omj.2019.63

APÊNDICE I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados sobre a Pesquisa científica

Título: Conduta de ginecologistas frente à ectopia cervical.

Pesquisadores: Renan Souza Miranda, Bruno Nascimento Barbosa, Clara Simony de Sousa Santos.

Orientadora: Draw Daniela Siqueira Prado.

Termo de Consentimento:

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa cujo objetivo é fazer um levantamento sobre a conduta diante de uma paciente com ectopia cervical. Visto que não há um consenso na literatura mundial, o objetivo deste trabalho é identificar a conduta predominante entre os ginecologistas no estado de Sergipe.

Sua participação poderá contribuir para a fundamentação teórico-prático de um futuro estudo clínico controlado. O risco envolvido nesta pesquisa é apenas os de ordem comportamental, tais como: os participantes podem se sentir constrangidos ou inibidos em participar, porém o questionário é rápido, objetivo e não aborda questões de ordem pessoal, mas apenas a conduta frente à ectopia.

Você responderá a *uma entrevista semiestruturada sobre Condutas de ginecologistas frente à ectopia cervical*, com duração em média de 5 minutos, com os seguintes itens: 1. *Conduta* expectante; 2. Eletrocauterização sempre; 3. Cauterização química sempre; 4. Eletrocauterização somente se paciente sintomática; 5. Cauterização química somente se paciente sintomática.

Destaca-se que sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento. Os resultados serão utilizados somente para fins científico-acadêmicos. Os dados oriundos desta pesquisa estarão sob sigilo e ética profissional e serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participem.

Para participar desse estudo, se faz necessária a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma permanecerá em posse do

entrevistado. Qualquer esclarecimento ou informação adicional pode ser obtido pelo telefone do comitê de ética em pessoas (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (79) 3194-7208, ou diretamente com alguns dos pesquisadores (79) 98823-8081/ (75) 9879-6508 / (79) 9162.1394. Agradeço sua colaboração!

Estou de acordo em participar do estudo acima mencionado e declaro que recebi todas as informações pertinentes ao mesmo, inclusive a possibilidade de me retirar da pesquisa a qualquer momento, anulando a minha autorização.

_____, _____ de junho de 2019.

Assinatura:

(Participante)

Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Renan Souza Miranda, graduando em medicina, na UFS, campus Aracaju.
2. Bruno Nascimento Barbosa, graduando em medicina, na UFS, campus Aracaju.
3. Clara Simony de Sousa Santos, graduanda em medicina, na UFS, campus Aracaju.

End. Profissional e tel: Rua Claudio Manuel Batista s/n, Bairro Cidade Nova, Aracaju/SE.
CEP: 49060-100.

Tel: (79) 98823-8081; E-mail renanmiranda3084@gmail.com (Renan)

Comitê de Ética em Pessoas – UFS: (79)3194-7208 E-mail: cephu@ufs.br

E-mail da orientadora: danisprado77@gmail.com

APÊNDICE II: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE CONDUTAS DE GINECOLOGISTAS FRENTE A ECTOPIA CERVICAL

Entrevista semiestruturada sobre Condutas de ginecologistas frente a ectopia cervical:

- 1) Iniciais do nome e idade: _____
- 2) Fez residência? ☐ SIM ☐ NÃO
- 3) Qual foi o ano da formatura? _____
- 4) Quantos anos de residência? _____
- 5) Tem Subespecialidade(s) ou Título(s)? Se sim qual(is)?

- 6) Fez mestrado? Sim ☐ Não ☐
- 7) Fez doutorado? ☐ Sim ☐ Não
- 8) Trabalha ☐ na capital ☐ ou interior?
Capital ☐ Interior ☐
- 9) ☐ Onde trabalha? ☐ SUS ☐ Particular ☐ Universidade
- 10) Qual sua conduta diante Ectopia cervical?
 - ☐ Expectante.
 - ☐ Cauterizar sempre com Eletrocauterização.
 - ☐ Cauterizar sempre com Ácido Tricloracético a 80%.
 - ☐ Só cauterizar se paciente sintomática (*Ex. Sinusiorragia, Mucorréia*).
(Química).
 - ☐ Só cauterizar se paciente sintomática (*Ex. Sinusiorragia, Mucorréia*).
(Eletrocauterização).