

Perfil clínico e epidemiológico de pacientes portadoras de endometriose de um serviço ginecológico do Espírito Santo: um estudo preliminar

Clinical and epidemiological profile of patients with endometriosis in a gynecological service in Espírito Santo: a preliminary study

Neide Aparecida Tosato Boldrini¹, Mara Rejane Barroso Barcelos², Carlos Alberto Faria Leite³

RESUMO

Introdução: A endometriose é uma condição patológica clínica crônica e inflamatória, caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora do útero. **Objetivos:** O artigo a seguir busca identificar perfil clínico e epidemiológico das pacientes portadoras de endometriose em um serviço de ginecologia de referência no Espírito Santo, com a finalidade de sensibilizar os profissionais quanto à suspeição da presença de doença a partir desses. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo transversal englobando 130 pacientes com dor pélvica, apresentando idade entre 18 e 55 anos, que foram submetidas a um formulário para coleta de dados epidemiológicos e clínicos, e em seguida submetidos ao exame físico e ressonância nuclear magnética (RNM) para o diagnóstico da endometriose. **Resultados:** Das 130 pacientes entrevistadas, 63 apresentaram diagnóstico de endometriose confirmada pela ressonância magnética. Os sintomas mais frequentes foram dismenorrea (92%) e dispareunia (77,7%). Já os sintomas mais específicos foram disúria (65,6%) e disquesia (64,1%). Na análise epidemiológica, 42,9% possuíam idade entre 40 e 49 anos, 68,2% eram casadas e 49,2% possuíam ensino médio completo. **Conclusão:** Foi possível identificar que a maior parte das pacientes apresentavam idade entre 40 e 49 anos (42,9%), mostrando um diagnóstico tardio se comparado à outras populações. Dentre os sintomas mais comuns estudados, a dismenorrea (92%) e dispareunia (77,7%) foram os sintomas com maior sensibilidade. Já a dor ao urinar (65,6%) e ao evacuar (64,1%) foram os mais específicos. Assim, esses sintomas associados podem ser extremamente valiosos para suspeição clínica e condução diagnóstica dos casos.

Palavras-chave: Endometriose. Dor Pélvica. Epidemiologia Clínica. Infertilidade.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a chronic and inflammatory clinical pathology, characterized by the presence of functional endometrial tissue outside the uterus. **Objectives:** The following article seeks to identify the clinical and epidemiological profile of patients with endometriosis in a reference gynecology service in Espírito Santo, with the aim of sensitizing professionals regarding the suspicion of the presence of the disease. **Methods:** This is a cross-sectional study involving 130 patients with pelvic pain, aged between 18 and 55 years old, who were submitted to a form to collect epidemiological and clinical data, and then underwent a physical examination and Nuclear Magnetic Resonance Imaging (MRI) for the diagnosis of endometriosis. **Results:** Of the 130 patients interviewed, 63 had a positive diagnosis of endometriosis. The most frequent symptoms were dysmenorrhea (92%) and dyspareunia (77.7%). The most specific symptoms were dysuria (65.6%) and dyschesia (64.1%). In the epidemiological analysis, 42.9% were aged between 40 – 49 years old, 68.2% were married and 49.2% had completed secondary education. **Conclusion:** It was possible to identify that the majority of patients were aged between 40 and 49 years old (42.9%), showing a late diagnosis compared to other populations. Among the most common symptoms studied, dysmenorrhea (92%) and dyspareunia (77.7%) were the most sensitive symptoms. Dysuria (65.6%) and pain when evacuating (64.1%) were the most specific. Thus, these associated symptoms can be extremely valuable for clinical suspicion and diagnostic management of cases.

Keywords: Endometriosis. Pelvic Pain. Clinical Epidemiology. Infertility.

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

³ Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória/ES, Brasil.

Correspondência:

carlosalbfl@gmail.com

Direitos autorais:

Copyright © 2024 Neide Aparecida Tosato Boldrini, Mara Rejane Barroso Barcelos, Carlos Alberto Faria Leite.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

5/10/2024

Aprovado:

14/12/2024

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma condição patológica clínica crônica e inflamatória, caracterizada pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e do miométrio, sendo o crescimento deste tecido, estrogênio¹ Segundo Bellelis *et al.*², essa afecção é mais comum na idade reprodutiva acometendo de 5 a 15% das mulheres, entretanto pode apresentar consequências que se estendem à pós menopausa em até 3 a 5% das pacientes.

Allaire *et al.*³, descreve que essa doença apresenta múltiplas apresentações clínicas e a sintomatologia pode variar de acordo com a localização e extensão do acometimento causado pelos focos de endometriose, podendo apresentar formas assintomáticas em alguns casos. Entretanto, é importante ressaltar que não há uma correlação direta entre a quantidade e extensão das lesões com a intensidade dos sintomas apresentados, uma vez que pacientes com lesões de tamanhos e localizações similares podem apresentar sintomas diferentes ou os mesmos sintomas com diferentes intensidades⁴.

Ainda assim, essa doença pode ser determinante para a queda na qualidade de vida e diversos prejuízos sociais para sua portadora como: aumento na incidência de transtornos mentais, como a depressão, prejuízos na vida sexual, limitação nas atividades diárias, redução da produtividade e, por conseguinte, da renda associada, além de aumentar o risco de doenças crônicas gerando aumento dos gastos com saúde direta e indiretamente relacionados à essa afecção⁵.

Tendo em vista a extensão de danos à paciente, a propedêutica torna-se importante para identificação precoce da condição Patológica e início adequado do tratamento, partindo de uma história clínica e exame físicos detalhados que podem ser complementados com ultrassonografia transvaginal (USTV), método mais acessível e com boa sensibilidade para identificação dos focos de endometriose, além da ressonância nuclear magnética, que pode ser mais precisa quando o USTV apresentar incerteza ou até impossibilidade de diagnóstico⁶.

Zhang, Tao He e Wen Shein⁷, reforçam que o método padrão-ouro ainda é a identificação de focos por videolaparoscopia, associada à verificação histológica de lesões biopsiadas, entretanto, vale res-

saltar que esse é um método invasivo e nesses casos há riscos associados ao procedimento, sendo assim, só é recomendada em casos em que os sintomas são refratários ao tratamento clínico, atuando como método diagnóstico e terapêutico simultaneamente.

Uma vez que não existem sintomas patognomônicos, devido a heterogeneidade da apresentação clínica, nem biomarcadores com alta sensibilidade e especificidade, o diagnóstico pode ser bastante desafiador, com uma estimativa em que 6 a cada 10 casos de endometriose não são diagnosticados⁸.

Levando em conta o impacto profundo na vida das pacientes e o complexo diagnóstico, este artigo busca descrever o perfil clínico e epidemiológico das pacientes portadoras de endometriose em um serviço de ginecologia de referência no Espírito Santo, com o objetivo de sensibilizar os profissionais quanto à suspeição da presença de doença a partir desses perfis e, quando tornar-se útil, a solicitação e exames de imagem para complementação diagnóstica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo transversal que apresenta resultados preliminares de uma pesquisa realizados cálculos de sensibilidade e especificidade dos sintomas através do programa *Microsoft Excel*.

No total 130 pacientes, com idade entre 18 e 55 anos, foram submetidas ao formulário, durante o período setembro de 2022 e maio de 2024, após serem atendidas no ambulatório de ginecologia com queixa de dor pélvica. As variáveis estudadas foram os sintomas mais prevalentes na endometriose de acordo com a literatura: sangramento vaginal aumentado, dismenorreia, dispareunia, sinusorragia, disúria, dor ao evacuar, dor ao exame ginecológico e infertilidade, e em seguida foram mensuradas a sensibilidade e a especificidade de cada sinal e sintoma. Além disso, também foram analisados fatores socioculturais e histórico médico destas pacientes.

Todas as participantes foram submetidas à ressonância magnética, utilizada neste estudo como método padrão para confirmar ou excluir a endometriose, já que este exame tem sido descrito como um método acurado para detecção devido às suas altas taxas de especificidade e sensibilidade.

RESULTADOS

Das 130 pacientes entrevistadas, 63 apresentaram diagnóstico de endometriose positivo, e nas 67 restantes esse diagnóstico foi afastado. Após uma análise dos dados obtidos, foi possível constatar que os sintomas mais frequentes foram, respectivamente, dismenorreia (92,0%), dispareunia (77,7%) e dor ao exame ginecológico (69,8%), com dismenorreia apresentando-se como o sintoma mais sensível nas pacientes portadoras de endometriose. Já os sintomas mais específicos foram disúria (65,60%) e disquesia (64,10%), respectivamente.

O perfil clínico destas pacientes, assim como a relação de sensibilidade e especificidade de cada sintoma podem ser visualizados nas Tabelas 1 e 2. Ainda foi realizada uma análise do perfil epidemiológico destas mulheres, que apresentavam em sua maioria intervalo de idade entre 40 e 49 anos (42,9%), eram em sua maioria casadas (68,2%), com

ensino médio completo (49,2%). Apenas uma pequena parcela, 10 pacientes (15,9%) apresentavam histórico familiar positivo de endometriose, onde 5 (50,0%) apresentavam irmãs com endometriose, 3 (30,0%) apresentavam primas de primeiro grau e 2 (20,0%) com tias portadoras da doença. Os demais dados obtidos estão dispostos na Tabela 3.

TABELA 1. Perfil clínico das pacientes com endometriose

Sintoma	Presente (n, %)	Ausente (n)
Dismenorreia	58 (92,0%)	5
Dispareunia	49 (77,7%)	14
Dor ao exame ginecológico	44 (69,8%)	19
Sangramento vaginal aumentado	34 (53,9%)	29
Sinusorragia	29 (46,0%)	34
Dor ao evacuar	27 (42,8%)	36
Disúria	21 (33,3%)	42
Infertilidade	08 (12,7%)	38

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 2. Sensibilidade e especificidade dos sintomas

Sintoma	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Dismenorreia	92,00	7,40
Dispareunia	77,70	32,80
Dor ao exame ginecológico	69,80	20,80
Sangramento vaginal aumentado	53,90	26,80
Sinusorragia	46,00	56,70
Dor ao evacuar	42,80	64,10
Disúria	33,30	65,60

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 3. Análise Epidemiológica

Variável	Categoria	n (%)
Idade	20 a 29 anos	7 (11,1%)
	30 a 39 anos	24 (38,1%)
	40 a 49 anos	27 (42,9%)
	50 a 55 anos	5 (7,9%)
Sexarca	10 a 15 anos	18 (28,6%)
	16 a 20 anos	34 (54%)
	21 a 25 anos	5 (8%)
	26 a 30 anos	1 (1,5%)
	Ausente	4 (6,4%)
Estado Civil	União Estável	43 (68,2%)
	Divorciada	4 (6,4%)
	Solteira	16 (25,4%)
Escolaridade	Ensino Fundamental	20 (31,7%)
	Ensino Médio Completo	31 (49,2%)
	Ensino Superior	3 (4,8%)
	Pós-Graduação	9 (14,3%)
Contraceção	Injetável	4 (6,3%)
	Oral	27 (42,9%)
	Oral + Preservativo	2 (3,2%)
	DIU	3 (4,8%)
	Laqueadura Tubárea	6 (9,5%)
	Preservativo	1 (1,5%)
História Familiar	Positiva	10 (15,9%)
	Negativa	53 (84,1%)
	Atividade Física	Presente
Ausente		42 (66,7%)
Uso de Substâncias	Tabagismo	4 (6,3%)
	Ingesta de álcool	19 (30,1%)
	Drogas Ilícitas	3 (4,8%)
Histórico de IST	Positiva	7 (11,1%)
	Negativa	56 (88,9%)

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Apesar dos grandes esforços, o diagnóstico não cirúrgico de pacientes com endometriose se mantém um desafio, principalmente nos quadros mais iniciais⁹. Hansen *et al.*¹⁰, observaram em seu estudo que pacientes com endometriose frequentemente apresentam dor pélvica crônica associada a múltiplos outros sintomas, como dor ao urinar e ao evacuar, constipação ou diarreia, sangramento menstrual irregular, dentre outros.

Ao analisarmos os aspectos epidemiológicos das participantes do presente estudo, foi possível identificar que a maior parte das pacientes (42,9%) recebeu o diagnóstico entre os 40 a 49 anos de idade com uma média de 39,03. No trabalho de Nnoaham *et al.*¹¹, a média de idade para as pacientes portadoras de endometriose era de 33,1 (\pm 6,4 anos), similar aos estudos de Bellelis *et al.*² que demonstrou uma média de 33,2 (\pm 6,3 anos) que costuma se repetir nas demais literaturas. Ballard *et al.*¹² apresentaram em seu estudo no Reino Unido que normalmente há uma média de atraso de 08 anos para o diagnóstico da endometriose.

Seguindo a tendência de Simoens *et al.*¹³, que apresentou 512 (57%) das pacientes casadas e 200 (22%) pacientes morando com um parceiro fixo, este estudo apresentou 43 pacientes (68,2%) com união estável, e essa é uma tendência que se repete nos demais estudos. Também foi observado que a maioria das pacientes entrevistadas possuíam somente ensinos fundamental e médio completos, sendo 20 (31,7%) e 31(49,2%) pacientes, respectivamente. Entretanto Hansen *et al.* (2014) relatam que a maior parcela das pacientes estudadas apresentava etnia branca com ensino superior, sendo esta uma tendência que se repete em outros trabalhos. Esta divergência ocorre principalmente devido ao viés amostral, onde as pacientes incluídas neste estudo correspondem a pacientes usuárias do sistema público de saúde do Espírito Santo, sendo estas, geralmente de uma classe econômica mais baixa, com menos acesso à escolaridade e que muitas vezes desconheciam ou sabiam muito pouco sobre sua doença antes de receber o diagnóstico.

Tratando-se do ponto de vista genético, Montgomery *et al.*¹⁴ apontaram em seu trabalho que há

boa evidência da contribuição genética no desenvolvimento da endometriose, onde diversos genes com pequenas variações podem estar relacionados com a susceptibilidade à doença. Neste estudo, apenas 10 das 63 pacientes (15,9%) referiram história familiar positiva de endometriose, enquanto Rahmioglu *et al.*¹⁵ apontam uma concordância hereditária próxima aos 50%, sendo que dessas 26% compartilham alterações genéticas em comum. Quanto à prática de atividade física, a minoria das pacientes, 21 (33,3%), realizavam exercícios regularmente. Segundo Bonoche *et al.*¹⁶, a literatura ainda não foi capaz de provar um benefício direto do exercício físico adjuvante no tratamento da endometriose, entretanto é sabido que essa prática aumenta o nível sérico de citocinas anti-inflamatórias, sendo um fator de proteção associado ao tratamento de doenças como diabetes mellitus tipo 2 e cânceres de cólon e de mama.

Um grande foco de discussão é a influência da endometriose na fertilidade. Segundo Prescott *et al.*¹⁷, 30 a 50% das pacientes podem apresentar infertilidade como manifestação da doença. Há uma estimativa de que aproximadamente 35 a 50% das pacientes inférteis tenham como causa a endometriose¹⁸. No presente estudo, somente 8 pacientes (12,7%) relatam quadro de infertilidade, entretanto 17 pacientes, por diversos motivos, não souberam informar se apresentavam ou não quadro de infertilidade.

Reportando-se ao quadro clínico das pacientes deste trabalho, é possível identificar que os sintomas mais prevalentes foram dismenorrea (92,0%) e dispareunia (77,7%), assim como nos estudos Bellelis *et al.*² e Agarwal *et al.*⁸. Entretanto, outros pesquisadores como o Hudelist *et al.*^{19, 20} demonstraram maior especificidade da dor ao exame físico para diagnóstico da doença, podendo chegar a mais de 80% de especificidade. Contudo, como no presente trabalho todas as pacientes incluídas apresentavam dor pélvica crônica, era de se esperar que se atentassem mais aos sintomas de dor durante a realização do questionário, sendo assim, isso provoca um aumento das taxas de sensibilidade nos sintomas relacionados à dor, diminuindo, por conseguinte, a especificidade.

Por fim, este estudo apresentou os sintomas de dor ao urinar e evacuar como os mais específicos

para endometriose na população de pacientes com dor pélvica, apresentando respectivamente 65,60% e 64,10% de especificidade. Ao encontro destes resultados, Ballard *et al.*²¹ concluíram que dentre os diversos tipos de dores pélvicas presentes nas pacientes com endometriose, a disquesia foi uma queixa mais prevalente quando comparadas às mulheres com dor pélvica sem endometriose. Mulheres com endometriose frequentemente apresentam uma série de sintomas que nem sempre estão relacionados com o período menstrual, podendo convergir em danos na saúde mental, sexual e diminuição da qualidade de vida²². Assim, a identificação clínico-epidemiológica torna-se de suma importância para suspeição da doença e pronta ação frente ao seu diagnóstico.

Analisando o perfil epidemiológico, foi possível identificar que a maior parte das pacientes deste estudo, que foram diagnosticadas com endometriose, apresentavam idade entre 40 e 49 anos (42,9%), mostrando um diagnóstico tardio se comparado à outras populações onde a maior incidência ocorre entre 25 e 35 anos²³.

Ainda pudemos observar que raramente as pacientes estudadas correlacionaram a doença com outras queixas como: infertilidade e histórico familiar da doença, e que há somente especulações sobre os benefícios da prática de atividades físicas nesta doença, mas estudos mais robustos ainda são necessários.

Quanto ao perfil clínico, dentre os sintomas mais comuns estudados a dismenorrea (92,0%), dispareunia (77,70%) foram os sintomas com maior sensibilidade. Já a dor ao urinar (65,60%) e ao evacuar (64,10%) foram os mais específicos. Isoladamente esses sintomas podem não apresentar tanta significância, mas uma vez associados podem ser extremamente valiosos para suspeição clínica e condução diagnósticas dos casos.

CONCLUSÃO

Pôde-se descrever o perfil clínico e epidemiológico das pacientes portadoras de endometriose em um serviço de ginecologia de referência no Espírito Santo. A partir desses perfis, espera-se levar à sus-

peição da presença de doença, bem como à solicitação de exames de imagem para complementação diagnóstica, quando necessário.

REFERÊNCIAS

1. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, Delbos L, Poilblanc M, Descamps P, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(3):612.
2. Bellelis P, Dias JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Revista Da Associação Médica Brasileira*. 2010; 56(4):467–71.
3. Allaire C, Bedaiwy MA, Yong PJ. Diagnostic et gestion thérapeutique de l'endométriose. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*. 2023; 18;195(24).
4. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction*. 2006; 22(1):266–71.
5. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Human Reproduction Update*. 2014; 20(5):737–47.
6. Barra F, Zorzi C, Albanese M, De Mitri P, Stepniewska A, Roviglione G, et al. Ultrasonographic characterization of parametrial endometriosis: a prospective study. *Fertility and Sterility*. 2024.
7. Zhang X, He T, Shen W. Comparison of physical examination, ultrasound techniques and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep infiltrating endometriosis: A systematic review and metaanalysis of diagnostic accuracy studies. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2020; 20:3208.
8. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 220(4):354.e1-354.e12.
9. Young SL. Nonsurgical approaches to the diagnosis and evaluation of endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2024; 121(2):140–4.
10. Hansen KE, Kesmodel US, Baldursson EB, Kold M, Forman A. Visceral syndrome in endometriosis patients. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology/European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014; 1;179:198–203.
11. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, D'Hooghe T, De Cicco Nardone F, De Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*. 2011; 96(2):366-373.e8.
12. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility [Internet]*. 2006; 86(5):1296–301.

13. Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, et al. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*. 2012; 27(5):1292–9.
14. Montgomery GW, Nyholt DR, Zhao ZZ, Treloar SA, Painter JN, Missmer SA, et al. The search for genes contributing to endometriosis risk. *Human Reproduction Update*. 2008; 14(5):447–57.
15. Rahmioglu N, Mortlock S, Ghiasi M, Møller PL, Stefansdottir L, Galarneau G, et al. The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions. *Nature Genetics [Internet]*. 2023; 55(3):423–36.
16. Bonoche CM, Montenegro ML, Silva JCRE, Ferriani RA, Meola J. Endometriosis and physical exercises: a systematic review. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2014 ;12(1):4.
17. Prescott J, Farland LV, Tobias DK, Gaskins AJ, Spiegelman D, Chavarro JE, et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility. *Human Reproduction*. 2016; 31(7):1475–82.
18. Peter AW, Adamson GD, Al-Jefout M, Becker CM, D’Hooghe TM, Dunselman G a. J, et al. Research Priorities for Endometriosis: Recommendations from a Global Consortium of Investigators in Endometriosis. *Reproductive Sciences*. 2017; 24(2):202–26.
19. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF, Tuttlies F, Rauter G, Ritter O, et al. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. *Human Reproduction*. 2009; 24(5):1018–24.
20. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mas-toroudes H, et al. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2011; 37(4):480–7.
21. Ballard K, Lane H, Hudelist G, Banerjee S, Wright J. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertility and Sterility*. 2010; 94(1):20–7.
22. Gete DG, Doust J, Mortlock S, Montgomery G, Mishra GD. Associations between endometriosis and common symptoms: findings from the Australian Longitudinal Study on Women’s Health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023; 229(5):536.e1-536.e20.
23. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, Barbieri RL, Marshall LM, Hunter DJ. Incidence of Laparoscopically Confirmed Endometriosis by Demographic, Anthropometric, and Lifestyle Factors. *American Journal of Epidemiology*. 2004; 160(8):784–96.

NATB, MRBB, CAFL. Revisão: NATB, MRBB. Aprovação da versão final: NATB, MRBB, CAFL. Supervisão: NATB, MRBB.

Financiamento

O artigo contou com financiamento do Edital da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) N° 014/2022 - Mulheres na Ciência.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, sob o parecer número CAAE 60880122.8.0000.5071 e parecer de aprovação número 5.616.235.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Neide Aparecida Tosato Boldrini, Ana Daniela Izoton De Sadovsky, Marcelo Ramos Muniz, Renata Scarpata Careta, Eliana Bernadete Caser, Lucia Martins Diniz, Fabio Petersen Saraiva, Maria da Penha Zago Gomes, Ketty Lysie Libardi Lira Machado, Vitor Fiorin de Vasconcellos, João de Siqueira Neto, Fernando Luiz Torres Gomes.

Endereço para correspondência

Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, Vitória/ES, Brasil, CEP: 29043-900.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: NATB, MRBB, CAFL. Investigação: NATB, MRBB, CAFL. Metodologia: NATB, MRBB, CAFL. Coleta de dados: NATB, MRBB, CAFL. Tratamento e análise de dados: NATB, MRBB, CAFL. Redação: