
EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES PÓS TRATAMENTO NEOPLÁSICO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

EFFECTIVENESS OF PHYSIOTHERAPY IN SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AFTER NEOPLASTIC TREATMENT OF CERVICAL CANCER: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Emilly Barros Cardoso de Lima¹

Cristhiane Yumi Yonamine²

RESUMO

O câncer do colo do útero (CCU), conhecido como câncer cervical, é considerado uma neoplasia maligna e invasiva, que ocorre através da infecção genital do vírus cancerígeno 16 e 18 do papilomavírus humano (HPV), durante a relação sexual. O objetivo deste estudo tem como objetivo analisar a atuação da fisioterapia no tratamento da disfunção sexual das mulheres no pós tratamento de CCU. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que utilizou as bases de dados eletrônicas PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PEDro, Lilacs e Medline para realizar a busca dos artigos. A busca sistemática dos artigos resultou em um total de 202 resultados. Após a retirada das duplicatas, foram analisadas 101 publicações, sendo feita a leitura dos títulos e seus respectivos resumos, e considerando os critérios de inclusão a amostra totalizou em três artigos. Todas as intervenções mostraram melhora significativa na força muscular do assoalho pélvico, além de melhora na função sexual. Conclui-se que o treino de contrações musculares do assoalho pélvico, mostraram-se eficazes na melhoria no fortalecimento dos músculos perineais, sendo essencial destacar a necessidade de mais estudos sobre as técnicas fisioterápicas e a atuação da fisioterapia no tratamento da disfunção sexual das mulheres em pós tratamento de CCU.

1

Palavras-chave: câncer do colo do útero; disfunção sexual; fisioterapia.

ABSTRACT

Cervical cancer (CC), known as cervical cancer, is considered a malignant and invasive neoplasm that occurs through genital infection with human papillomavirus (HPV) types 16 and 18 during sexual intercourse. The objective of this study is to analyze the role of physical therapy in the treatment of sexual dysfunction in women after CC treatment. This is an integrative review of the literature. The electronic databases PUBMED, Virtual Health Library (VHL), PEDro, Lilacs, and Medline were used for the research. The systematic search for

¹ Emilly Lima, discente do curso de Fisioterapia do Centro Filadélfia, Londrina, Paraná, Email: emillycardoso@edu.unifil.br

² Cristhiane Yonamine, orientadora, docente do curso de Fisioterapia do Centro Filadélfia, Londrina, Paraná, Email: cristhiane.yonamine@unifil.br

articles resulted in a total of 202 results. After removing duplicates, 101 publications were analyzed, reading the titles and their respective abstracts, resulting in a total of 3 articles at the end of the study. All interventions showed significant improvement in pelvic floor muscle strength, as well as improvement in sexual function. It was concluded that pelvic floor muscle contraction training was effective in improving the strengthening of the perineal muscles. It is essential to highlight the need for further studies on physiotherapy techniques and the role of physiotherapy in the treatment of sexual dysfunction in women after CCU treatment.

Keywords: physical therapy; cervical cancer; sexual dysfunction.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), também denominado neoplasia intraepitelial cervical (NIC), caracteriza-se por uma proliferação desordenada de células malignas no epitélio de revestimento do colo uterino, resultando em lesões nos tecidos adjacentes (Brasil, 2016; INCA, 2022). Essa neoplasia acomete predominantemente mulheres na faixa etária de 30 a 65 anos, ocasionando um impacto significativo na qualidade de vida, nas dinâmicas familiares e nas relações sexuais das sobreviventes (Frick et al., 2007; INCA, 2023).

A etiologia do câncer do colo do útero tem como principal agente etiológico o papilomavírus humano (HPV) tipos 16 e 18, cuja transmissão ocorre, majoritariamente, por meio do contato sexual (Brasil, 2022; Brasil, 2016). No entanto, os mecanismos de entrada do vírus nas células ainda são desconhecidos, sendo considerada uma condição de progressão lenta, com um tempo médio de desenvolvimento estimado em aproximadamente três anos (Souza, 2015; Fitz et al., 2011).

O câncer cervical pode, em sua fase inicial, apresentar-se de forma assintomática; contudo, manifestações clínicas perceptíveis, como sangramento vaginal, desconforto pélvico e corrimento com odor fétido, podem surgir (OPAS, 2019). Com a progressão da neoplasia, esses sinais tendem a se intensificar, incluindo sangramento durante ou após a relação sexual, dor na região abdominal inferior, disúria e sangramento em mulheres pós-menopáusicas. Dessa forma, quando os sintomas são identificados precocemente, a patologia pode ser tratada de maneira apropriada (Souza et al., 2022).

Entre as abordagens terapêuticas empregadas no tratamento do câncer, a radioterapia destaca-se como uma das principais responsáveis por danos à musculatura do assoalho pélvico, bem como à sua vascularização e inervação, uma vez que utiliza radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células anormais que compõem o tumor, o que justifica o surgimento de disfunções sexuais e sintomas algícos (Bernardo et al., 2007; Frigo et al., 2015).

O assoalho pélvico é composto por um complexo conjunto de músculos, ligamentos e fâscias que atuam de forma integrada na sustentação dos órgãos localizados na região pélvica e reprodutiva (Eickmeyes, 2017). Os danos provocados pela radioterapia nessa estrutura acarretam o surgimento de diversas complicações ginecológicas, tais como dispareunia, vaginismo, incontinência urinária, redução da elasticidade, profundidade e lubrificação vaginal, linfedema e dor pélvica (Fitz, 2011; Frigo et al., 2015).

A dispareunia é conceituada como uma dor que se manifesta antes, durante ou após o ato sexual, podendo ser classificada como superficial, quando persistente na região do intróito vaginal, intermediária ao longo do canal vaginal, ou profunda, atingindo camadas mais internas (Gerin, 2008; Neto et al., 2020). A incontinência urinária (IU), por sua vez, corresponde à perda involuntária de urina, sendo dividida em três categorias principais: a incontinência urinária de esforço (IUE), desencadeada por atividades mínimas como tossir ou espirrar; a incontinência urinária de urgência (IUU), caracterizada por uma necessidade súbita e incontrolável de urinar; e a forma mista, que combina sintomas de IUE e IUU (Cavaneghi et al., 2020). A incontinência fecal (IF) é definida como a perda involuntária de fezes ou flatos, decorrente de alterações no controle fisiológico da continência promovido pela musculatura do assoalho pélvico (Cooper; Rose, 2000; Oliveira et al., 2010; Quintão et al., 2010).

A atrofia vaginal configura-se como uma condição crônica e progressiva, marcada pela redução da elasticidade e das pregas rugosas da parede vaginal, provocada pela diminuição dos níveis de estrogênio, colágeno, fluxo sanguíneo e lubrificação, o que culmina em ressecamento e conseqüente atrofia do tecido vaginal (Angelou K et al., 2020). O vaginismo, por sua vez, é um distúrbio caracterizado pela contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico e da musculatura vaginal, tornando a relação sexual extremamente dificultosa ou, em alguns casos, inviável (Carvalho et al., 2017).

A estenose vaginal refere-se ao estreitamento ou encurtamento do canal vaginal, frequentemente associado à redução da lubrificação, à formação de áreas fibróticas e aderências, além da diminuição da elasticidade vaginal (Stahl et al., 2019). Por fim, o linfedema é descrito como uma disfunção do sistema linfático, que compromete o transporte adequado da linfa, sendo comum sua manifestação após intervenções cirúrgicas ou sessões de radioterapia. Essa condição pode ser classificada em linfedema primário, decorrente de malformações vasculares linfáticas, e linfedema secundário, resultante de trombose venosa profunda, insuficiência venosa crônica ou infecções cutâneas (International Society Of Lymphology, 2003).

A fisioterapia tem se mostrado uma aliada relevante no manejo das disfunções decorrentes dos tratamentos oncológicos, com foco na preservação, manutenção e reabilitação da funcionalidade, promovendo não apenas a melhoria da qualidade de vida e da autoconsciência corporal, mas também o alívio da sintomatologia associada às disfunções sexuais. No entanto, ainda é limitada a evidência sobre qual seria a abordagem fisioterapêutica mais eficaz para essas pacientes (Pereira et al., 2020; Silva et al., 2019; Trindade; Luzes, 2017).

Considerando a escassez de estudos na literatura acerca da técnica fisioterapêutica mais adequada, este estudo tem como objetivo analisar a atuação da fisioterapia no tratamento da disfunção sexual em mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, inserido no projeto de pesquisa intitulado “Eficácia da Fisioterapia na Incontinência Urinária e Dispareunia após Tratamento Neoplásico de Mulheres com Câncer de Colo de Útero”, vinculado ao Grupo de Pesquisa em Disfunções do Assoalho Pélvico (GPEDAP).

A investigação foi conduzida por meio de levantamento bibliográfico completo nas seguintes bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PEDro, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), abrangendo o período de janeiro a abril de 2025.

Foram utilizados os seguintes descritores, combinados em português e inglês, para a busca dos artigos: “Fisioterapia AND Câncer do Útero”, “Disfunção Sexual AND Câncer do Colo do Útero”, e “Fisioterapia AND Câncer do Colo do Útero AND Disfunção Sexual”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção abrangeram: ensaios clínicos randomizados publicados em português e inglês; artigos que abordassem especificamente a atuação fisioterapêutica em disfunções sexuais em mulheres após o tratamento do câncer do colo do útero; pontuação igual ou superior a seis na escala PEDro; e publicações dos últimos dez anos.

Como critérios de exclusão, foram eliminados protocolos de estudos, literatura cinzenta, revisões sistemáticas, estudos de opinião, pesquisas registradas em plataformas de ensaios clínicos ainda não publicadas, estudos que não incluíam intervenções com exercícios pélvicos, mulheres com outros tipos de câncer associados, que não tenham se submetido a tratamento quimioterápico, cirúrgico ou radioterápico, artigos duplicados, e aqueles que não

atingiram o ponto de corte estabelecido na escala PEDro.

Dois avaliadores realizaram a triagem dos estudos de forma independente, com base na leitura dos títulos e resumos, a fim de verificar sua elegibilidade. Os textos completos dos estudos potencialmente relevantes foram, então, analisados por ambos os avaliadores para confirmar os critérios de inclusão.

Inicialmente, os artigos foram triados com base na leitura dos títulos nas bases de dados. Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos, sendo excluídos aqueles que não apresentavam relação com o tema proposto e que não atendiam aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Posteriormente, os artigos selecionados passaram pela leitura na íntegra.

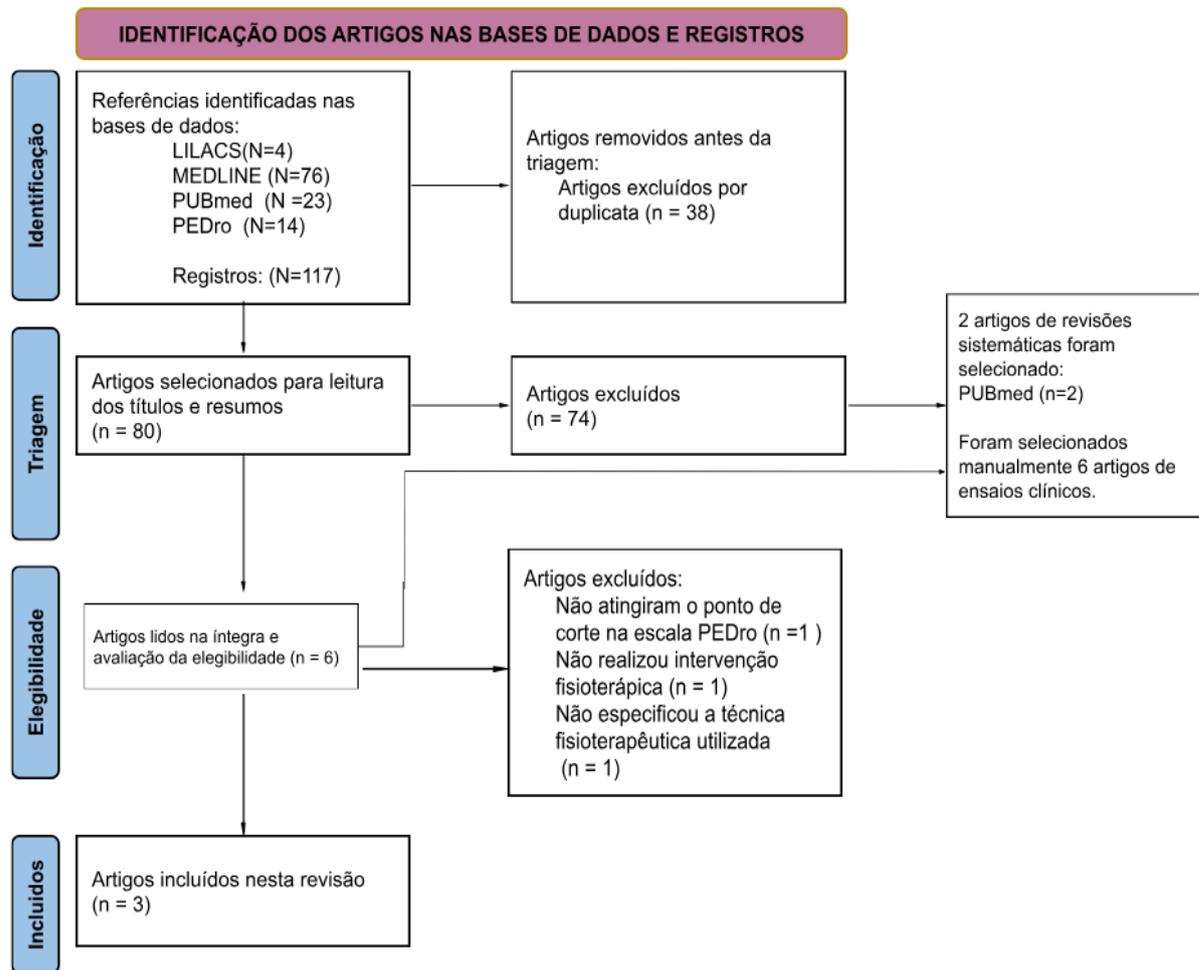
A extração dos dados dos estudos incluídos foi realizada por dois avaliadores e a eventuais discordâncias foram resolvidas mediante discussão entre os mesmos. Os seguintes dados foram coletados: autor, ano de publicação, delineamento do estudo, metodologia empregada e principais resultados, os quais compõem a amostra final do presente estudo e serão apresentados em formato de quadro.

A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos artigos selecionados foi conduzida por meio da escala PEDro, descrita na base de dados Physiotherapy Evidence Database, composta por onze itens: (1) elegibilidade; (2) randomização; (3) alocação sigilosa; (4) comparabilidade inicial entre os grupos; (5) cegamento dos participantes; (6) cegamento dos terapeutas; (7) mascaramento dos avaliadores; (8) controle de perdas; (9) análise por intenção de tratar; (10) comparações estatísticas entre grupos; e (11) apresentação das medidas de precisão e variabilidade. Esses critérios avaliam a validade interna e externa, o risco de viés, bem como os aspectos metodológicos e estatísticos dos artigos selecionados, assegurando, assim, a confiabilidade dos resultados (PEDro, 2010).

RESULTADOS

A busca eletrônica nas bases de dados inicialmente totalizou 118 resultados. Após a exclusão de 38 duplicatas, restaram 80 publicações, as quais foram submetidas à leitura dos títulos e respectivos resumos. Com base nessa triagem, 74 artigos foram excluídos. Dois artigos foram selecionados, a partir dos quais seis artigos foram incluídos manualmente para leitura na íntegra e aplicação dos critérios de elegibilidade, resultando, ao final, na inclusão de três artigos nesta revisão. O fluxograma **Figura 1** ilustra o processo de seleção dos artigos.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Autoria Própria (2025).

Foram incluídos neste estudo três ensaios clínicos randomizados (ECRs). As características desses estudos estão descritas no Quadro 1. Um total de 300 participantes foram contemplados nas investigações. A variação de idade das participantes, em todos os estudos, variou entre 40 e 60 anos. Os tipos de câncer mais frequentemente identificados foram o câncer do colo do útero e o câncer de endométrio, com estágios clínicos classificados entre I e III, conforme os critérios da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Em dois dos estudos, a abordagem terapêutica envolveu cirurgia associada à radioterapia e/ou quimioterapia, enquanto, em um deles, foi realizada exclusivamente a intervenção cirúrgica

Quadro 1 - Caracterização segundo variáveis dos estudos - Londrina - 2025.

Título	Autor / Ano	Tipo de estudo e tamanho da amostra	População	Idade	Tipo de câncer	Tipo de tratamento
A pilot randomized control trial to evaluate pelvic floor muscle training for urinary incontinence among gynecologic cancer survivors.	Rutledge et.al, 2014;	Ensaio Clínico Randomizado (N = 40)	Sobreviventes de Câncer ginecológico com incontinência urinária;	57 anos	Câncer de Cervical (N=5); Câncer de endométrio (N=24); Câncer de ovário (N=9);	18% Radioterápia; 95% Cirúrgia; 35% Quimioterapia;
Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial.	Yang et al, 2012;	Ensaio Clínico Randomizado (N = 34);	Sobreviventes de Câncer ginecológico;	52 anos	Câncer de Cervical (N=26); Câncer de endométrio (N=2);	Somente cirurgia (N=2); Cirúrgia+Radioterapia (N=8); Cirúrgia+Quimioterapia (N=11); Cirúrgia+Radioterapia+Quimioterapia(N=7);
A home-based, nurse-led health program for postoperative patients with early-stage cervical cancer: a randomized controlled trial.	Li J et al; 2016;	Ensaio Clínico Randomizado; (N=226)	Câncer cervical em estágio IA a IIA	47 anos	Câncer de Cervical (N=226)	Cirurgia sem recidiva do câncer (N=226);

7

Fonte: Autoria própria (2025)

O Quadro 2 apresenta uma visão geral das intervenções empregadas nos estudos, bem como a duração de cada uma delas. Dos três artigos analisados, Rutledge et al., (2014), aplicou uma abordagem multiprofissional associada ao treinamento muscular do assoalho pélvico, enquanto Yang et al., (2012) e Li et al., (2016), utilizaram o exercício de Kegel; sendo que Yang et al., (2012), combinou o uso de biofeedback ao exercício de Kegel.

No estudo conduzido por Rutledge et al., (2014), a intervenção incluiu orientação comportamental sobre a ingestão ideal de líquidos e a redução de substâncias irritantes para a bexiga. Paralelamente, foi implementado um programa de treinamento muscular do assoalho pélvico, composto por dez contrações com duração de cinco segundos cada, realizadas três vezes ao dia, ao longo de doze semanas.

No estudo de Yang et al., (2012), foram realizados exercícios de contração do assoalho pélvico com auxílio de biofeedback, com sessões de vinte minutos, compostas por quarenta ciclos de contração de dez segundos seguidos por vinte segundos de relaxamento. Além disso, foram incorporadas técnicas complementares, como respiração diafragmática, exercícios de Kegel e alongamento muscular.

O estudo de Li et al., (2016), incorporou uma intervenção baseada no treinamento muscular do assoalho pélvico por meio da prática dos exercícios de Kegel, consistindo em dez repetições de contrações máximas mantidas por dez segundos, seguidas por dez segundos de relaxamento, realizadas cinco vezes ao dia. Essa intervenção foi associada a uma abordagem multidisciplinar, incluindo ações de educação em enfermagem, orientação familiar, prática de yoga e comunicação online.

Em relação ao tempo de acompanhamento, o estudo de Rutledge et al., (2014) teve duração aproximada de doze semanas, enquanto o de Yang et al., (2012) foi conduzido ao longo de quatro semanas. O estudo de Li et al., (2016) apresentou o maior período de intervenção, com duração de seis meses.

Quadro 2 - Características dos protocolos realizados em cada estudo - Londrina - 2025.

Autor / Ano	Tempo de intervenção	GP Intervenção	GP controle
Rutledge et.al, 2014;	12 semanas;	(N=20); Treinamento muscular do assoalho pélvico (PFMT); Terapia comportamental: informações sobre a ingestão ideal de líquidos, diminuição de ingestão de irritantes para bexiga; Programa de treinamento muscular do assoalho pélvico: - 10 Contrações do assoalho pélvico, de 5 segundos; - Três vezes ao dia, durante 12 semanas; - Telefonema de lembrete após 4 semanas para revisar instruções e esclarecer dúvidas; (N=14);	(N=20); Não receberam o programa de treinamento Os participantes preencheram apenas os questionários tanto na inscrição quanto às 12 semanas, e foram submetidos à avaliação da força muscular do assoalho pélvico usando a escala de Brink.
Yang et al, 2012;	4 semanas;	1 sessão supervisionada por fisioterapeuta durante 4 semanas - Exercício de contração muscular assoalho pévico com biofeedback: - 20 minutos de 40 ciclos com 10 segundos de contração e 20 segundos de relaxamento; - Fortalecimento da musculatura do core: - Com biofeedback EMG20 minutos; - Técnicas de respiração diafragmáticas; - Alongamento de gluteos, tensor da fácia lata, piriforme e adutores; 30 minutos de aconselhamento 1 vez na semana durante 4 semanas; Exercícios em casa com 6 series diariamente: - Treino de Kegel; (N=119);	(N=14); Não recebeu o progama de treinameto supervisionado, tiveram apenas o mesmo folheto de exercicios do assoalho pelvico em casa e orientações sobre estilo de vida;
Li J et al; 2016;	6 meses;	1 sessão de treinamento do assoalho pelvico (PFMT): - Exercícios de Kegel; 10 retições com contração máxima sustentada por 10 segundos, seguido por relaxamento de 10 segundos; - 5 exercicios durante ao dia; Educação de enfermagem; Yoga; Educação familiar; Comunicação online;	(N=107); Receberam apenas cuidados de enfermagem convencionais: educação sobre medicamentos, dieta nutricional, educação sobre o câncer.

Fonte: Autoria própria (2025).

O Quadro 3 apresenta os desfechos avaliados em relação a cada intervenção utilizada nos estudos, demonstrando evidências de uma melhora significativa na força muscular do assoalho pélvico, bem como nas disfunções sexuais e na função sexual. No entanto, o estudo de Yang et al., (2012) não evidenciou melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida, diferentemente do estudo de Li et al., (2016), que indicou um aumento expressivo na qualidade de vida após seis meses de intervenção, incluindo melhorias nas respectivas subescalas avaliadas. A pontuação obtida a partir da aplicação da Escala PEDro nos estudos está apresentada no Quadro 3, evidenciando a qualidade metodológica e a confiabilidade dos trabalhos analisados.

Quadro 3 - Desfechos mensurados nos estudos - Londrina - 2025.

Autor / Ano	Resultado	Pontuação Escala de Pedro
Rutledge et al, 2014;	<p>N=16 (80%) do grupo PFMT e N=8 (40%) do grupo controle relataram melhora na incontinência urinária, conforme avaliado pela escala de Impressão Global de Melhoria do Paciente (p= 0,02);</p> <p>Não houve diferença no incomodo avaliado pela escala UDI-6 (p=0,06);</p> <p>O grupo PFMT demonstrou melhora no escore do ISI após três meses. Antes do tratamento, (N=7) incontinência urinária leve e (N=13) incontinência moderada/grave, após o programa PFMT de três meses, (N=8) mulheres relataram incontinência urinária leve, (N=12) moderada/severa;</p> <p>O grupo PFMT melhora significativa na função do músculo do assoalho pélvico, medida pelo escore de Brink (p= 0,0001);</p> <p>(N=12) No grupo intervenção e grupo controle;</p> <p>Não houve diferença significativa entre os grupos nas variáveis basais;</p>	7
Yang et al, 2012;	<p>Não houve diferença significativa na função do assoalho pélvico e na qualidade de vida entre os grupos (P=0,5);</p> <p>O grupo intervenção teve melhora significativa na função sexual comparado ao grupo controle (P=0,47);</p> <p>O grupo intervenção houve melhora significativa na força muscular do assoalho pévico em relação ao grupo controle (P=0,036);</p> <p>As características sociodemográficas basais, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos;</p>	8
Li J et al; 2016;	<p>Após 6 meses de intervenção, foram observados aumentos significativos no grupo intervenção na qualidade de vida (P=0,000), coesão (P=0,001), adaptabilidade (P=0,000) e Função sexual, (P=0,000).</p> <p>Quanto às subescalas de qualidade de vida, teve um aumento significativo para a dimensão social/familiar (P=0,031), emocional (P=0,000) e câncer cervical (P=0,000), mas não houve melhora significativa no físico P=0,737) e funcional (P=0,985).</p> <p>O grupo de controle, não foram encontradas melhoras significativas, mas uma diminuição na escala FSFI (P=0,000).</p>	6

Fonte: Autoria própria (2025).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que as intervenções baseadas no treinamento de contrações musculares do assoalho pélvico mostraram-se eficazes no fortalecimento da musculatura perineal, especialmente quando realizadas com orientações adequadas. A combinação do fortalecimento do assoalho pélvico com o uso de biofeedback e o acompanhamento de uma equipe multiprofissional demonstrou efeitos positivos na melhora das disfunções sexuais e da qualidade de vida destas pacientes.

Destaca-se, ainda, a importância da realização de mais estudos que abordam as técnicas fisioterapêuticas e o papel da fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais em mulheres no período pós-tratamento do câncer do colo do útero (CCU).

REFERÊNCIAS

BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N.; KITOKO, P. M. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, 29(2): 85-90, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. 1. ed. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2016.

EICKMEYER, SARAH, M. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. **Clínicas de Medicina Física e Reabilitação da América do Norte**, v. 28, n. 3, p. 455- 460, 2017.

FITZ, F. F.; SANTOS, A. C. C.; STÜPP, L.; BERNARDES, A. P. M. S.; MARX, A. G. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**, 39 (7):403-409, 2011.

FRICK, E.; TYROLLER, M.; PANZER, M. Ansiedade, depressão e qualidade de vida de Pacientes com câncer em radioterapia: um estudo transversal em um ambulatório de um hospital comunitário. **Eur. J. Cancer Care**, 16, 130e136, 2007.

FRIGO, L. F. ; ZAMBARDA, S. O. **Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento**. Santa Maria: Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc, 2015. 11

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **HPV**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA, 20 jun. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/hpv>. Acesso em: 2 fev. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer – INCA, 12 out. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 2 fev. 2025.

PEREIRA et al. Fisioterapia nas complicações ginecológicas decorrentes do tratamento do câncer de colo de útero. Brasil. **Fisioter. Bras**, 2020.

SILVA, R. C.; SIQUEIRA, A. S. E.; GONÇALVES, J. G. **Um olhar da fisioterapia para os sobreviventes do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v. 5, n. 9, 2019

SOUZA, M. L. et al. Câncer de colo do útero: sinais e sintomas na Atenção Primária à Saúde. Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, 2022.

TRINDADE, S.B.; LUZES, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Revista discente da UNIABEU**, v.5, n.9, 2017.

ANEXO – Escala de Pedro – Portugues (Brasil)

Escala de PEDro – Português (Brasil)

1. Os critérios de elegibilidade foram especificados	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
2. Os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupos (num estudo cruzado, os sujeitos foram colocados em grupos de forma alcatória de acordo com o tratamento recebido)	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
3. A alocação dos sujeitos foi secreta	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
4. Inicialmente, os grupos eram semelhantes no que diz respeito aos indicadores de prognóstico mais importantes	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
5. Todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
6. Todos os terapeutas que administraram a terapia fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
7. Todos os avaliadores que mediram pelo menos um resultado-chave, fizeram-no de forma cega	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
8. Mensurações de pelo menos um resultado-chave foram obtidas em mais de 85% dos sujeitos inicialmente distribuídos pelos grupos	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
9. Todos os sujeitos a partir dos quais se apresentaram mensurações de resultados receberam o tratamento ou a condição de controle conforme a alocação ou, quando não foi esse o caso, fez-se a análise dos dados para pelo menos um dos resultados-chave por “intenção de tratamento”	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
10. Os resultados das comparações estatísticas inter-grupos foram descritos para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:
11. O estudo apresenta tanto medidas de precisão como medidas de variabilidade para pelo menos um resultado-chave	não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> onde:

A escala PEDro baseia-se na lista de Delphi, desenvolvida por Verhagen e colegas no Departamento de Epidemiologia, da Universidade de Maastricht (Verhagen AP et al (1988). *The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomised clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. Journal of Clinical Epidemiology, 51(12):1235-41*). A lista, na sua maior parte, baseia-se num “consenso de peritos” e não em dados empíricos. Incluíram-se na escala de PEDro dois itens adicionais, que não constavam da lista de Delphi (os itens 8 e 10 da escala de PEDro). À medida que forem disponibilizados mais dados empíricos, pode vir a ser possível ponderar os itens da escala de forma a que a pontuação obtida a partir da aplicação da escala PEDro reflita a importância de cada um dos itens da escala.

O objetivo da escala PEDro consiste em auxiliar os utilizadores da base de dados PEDro a identificar rapidamente quais dos estudos controlados aleatorizados, ou quase-aleatorizados, (ou seja, ECR ou ECC) arquivados na base de dados PEDro poderão ter validade interna (critérios 2-9), e poderão conter suficiente informação estatística para que os seus resultados possam ser interpretados (critérios 10-11). Um critério adicional (critério 1) que diz respeito à validade externa (ou “potencial de generalização” ou “aplicabilidade” do estudo clínico) foi mantido para que a *Delphi list* esteja completa, mas este critério não será usado para calcular a pontuação PEDro apresentada no endereço PEDro na internet.

A escala PEDro não deverá ser usada como uma medida da “validade” das conclusões de um estudo. Advertimos, muito especialmente, os utilizadores da escala PEDro de que estudos que revelem efeitos significativos do tratamento e que obtenham pontuação elevada na escala PEDro não fornecem, necessariamente, evidência de que o tratamento seja clinicamente útil. Adicionalmente, importa saber se o efeito do tratamento foi suficientemente expressivo para poder ser considerado clinicamente justificável, se os efeitos positivos superam os negativos, e aferir a relação de custo-benefício do tratamento. A escala não deve ser utilizada para comparar a “qualidade” de estudo clínicos realizados em diferentes áreas de terapia, principalmente porque algumas áreas da prática da fisioterapia não é possível satisfazer todos os itens da escala.

Modificada pela última vez em 21 de Junho de 1999

Indicações para a administração da escala PEDro:

- Todos os critérios **A pontuação só será atribuída quando um critério for claramente satisfeito**. Se numa leitura literal do relatório do ensaio existir a possibilidade de um critério não ter sido satisfeito, esse critério não deve receber pontuação.
- Critério 1 Este critério pode considerar-se satisfeito quando o relatório descreve a origem dos sujeitos e a lista de requisitos utilizados para determinar quais os sujeitos eram elegíveis para participar no estudo.
- Critério 2 Considera-se que num determinado estudo houve alocação aleatória se o relatório referir que a alocação dos sujeitos foi aleatória. O método de aleatoriedade não precisa de ser explícito. Procedimentos tais como lançamento de dados ou moeda ao ar podem ser considerados como alocação aleatória. Procedimentos de alocação quase-aleatória tais como os que se efetuam a partir do número de registo hospitalar, da data de nascimento, ou de alternância, não satisfazem este critério.
- Critério 3 *Alocação secreta* significa que a pessoa que determinou a elegibilidade do sujeito para participar no ensaio desconhecia, quando a decisão foi tomada, o grupo a que o sujeito iria pertencer. Deve atribuir-se um ponto a este critério, mesmo que não se diga que a alocação foi secreta, quando o relatório refere que a alocação foi feita a partir de envelopes opacos fechados ou que a alocação implicou o contato com o responsável pela alocação dos sujeitos por grupos, e este último não participou do ensaio.
- Critério 4 No mínimo, nos estudos de intervenções terapêuticas, o relatório deve descrever pelo menos uma medida da gravidade da condição a ser tratada e pelo menos uma (diferente) medida de resultado-chave que caracterize a linha de base. O examinador deve assegurar-se de que, com base nas condições de prognóstico de início, não seja possível prever diferenças clinicamente significativas dos resultados, para os diversos grupos. Este critério é atingido mesmo que somente sejam apresentados os dados iniciais do estudo.
- Critérios 4, 7-11 *Resultados-chave* são resultados que fornecem o indicador primário da eficácia (ou falta de eficácia) da terapia. Na maioria dos estudos, utilizam mais do que uma variável como medida de resultados.
- Critérios 5-7 *Ser cego para o estudo* significa que a pessoa em questão (sujeito, terapeuta ou avaliador) não conhece qual o grupo em que o sujeito pertence. Mais ainda, sujeitos e terapeutas só são considerados “cegos” se for possível esperar-se que os mesmos sejam incapazes de distinguir entre os tratamentos aplicados aos diferentes grupos. Nos ensaios em que os resultados-chave são relatados pelo próprio (por exemplo, escala visual análoga, registo diário da dor), o avaliador é considerado “cego” se o sujeito foi “cego”.
- Critério 8 Este critério só se considera satisfeito se o relatório referir explicitamente *tanto* o número de sujeitos inicialmente alocados nos grupos *como* o número de sujeitos a partir dos quais se obtiveram medidas de resultados-chave. Nos ensaios em que os resultados são medidos em diferentes momentos no tempo, um resultado-chave tem de ter sido medido em mais de 85% dos sujeitos em algum destes momentos.
- Critério 9 Uma análise de *intenção de tratamento* significa que, quando os sujeitos não receberam tratamento (ou a condição de controle) conforme o grupo atribuído, e quando se encontram disponíveis medidas de resultados, a análise foi efetuada como se os sujeitos tivessem recebido o tratamento (ou a condição de controle) que lhes foi atribuído inicialmente. Este critério é satisfeito, mesmo que não seja referida a análise por intenção de tratamento, se o relatório referir explicitamente que todos os sujeitos receberam o tratamento ou condição de controle, conforme a alocação por grupos.
- Critério 10 Uma *comparação estatística inter-grupos* implica uma comparação estatística de um grupo com outro. Conforme o desenho do estudo, isto pode implicar uma comparação de dois ou mais tratamentos, ou a comparação do tratamento com a condição de controle. A análise pode ser uma simples comparação dos resultados medidos após a administração do tratamento, ou a comparação das alterações num grupo em relação às alterações no outro (quando se usou uma análise de variância para analisar os dados, esta última é frequentemente descrita como interação grupo versus tempo). A comparação pode apresentar-se sob a forma de hipóteses (através de um valor de p, descrevendo a probabilidade dos grupos diferirem apenas por acaso) ou assumir a forma de uma estimativa (por exemplo, a diferença média ou a diferença mediana, ou uma diferença nas proporções, ou um número necessário para tratar, ou um risco relativo ou um razão de risco) e respectivo intervalo de confiança.
- Critério 11 Uma *medida de precisão* é uma medida da dimensão do efeito do tratamento. O efeito do tratamento pode ser descrito como uma diferença nos resultados do grupo, ou como o resultado em todos os (ou em cada um dos) grupos. *Medidas de variabilidade* incluem desvios-padrão (DP's), erros-padrão (EP's), intervalos de confiança, amplitudes interquartis (ou outras amplitudes de quantis), e amplitudes de variação. As medidas de precisão e/ou as medidas de variabilidade podem ser apresentadas graficamente (por exemplo, os DP's podem ser apresentados como barras de erro numa figura) desde que aquilo que é representado seja inequivocamente identificável (por exemplo, desde que fique claro se as barras de erro representam DP's ou EP's). Quando os resultados são relativos a variáveis categóricas, considera-se que este critério foi cumprido se o número de sujeitos em cada categoria é apresentado para cada grupo.