

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

AMANDA MANUELLE MATIAS DANTAS

ENDOMETRIOSE: DOENÇA DA MULHER MODERNA

NATAL(RN)
2009

AMANDA MANUELLE MATIAS DANTAS

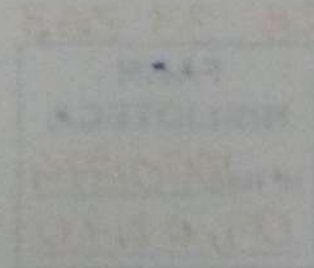
ENDOMETRIOSE: DOENÇA DA MULHER MODERNA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mariluce Oliveira Araújo (MSC)

NATAL(RN)

2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Dantas, Amanda Manuelle Matias

Endometriose: doença da mulher moderna / Amanda Manuella Matias

Dantas. – Natal: FARN, 2009.

28f.

Orientador: Mariluce Oliveira Araújo (Msc.)

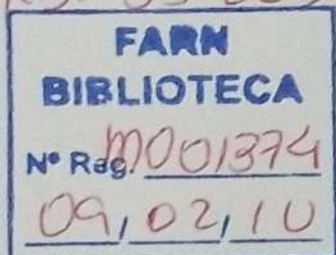
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Endometriose - Doença – Monografia. 2. Doenças nas Mulheres –
Monografia. 3. Saúde da Mulher I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61-055.2

RB. 33 263



61-055.2

D21e

2009

ex 01

AMANDA MANUELLE MATIAS DANTAS

ENDOMETRIOSE: DOENÇA DA MULHER MODERNA

Monografia apresentada à Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de Aprovação: ____ / Novembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

FARN – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Orientadora: Mariluce Oliveira Araújo

FARN – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
1º Avaliador: Izete Pereira

FARN – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
2º Avaliador: Maria Lúcia Costa do Nascimento

Dedico este trabalho aos meus pais José Alves e Nadir de Lourdes pelo esforço, dedicação e compreensão e ao meu irmão Gustavo pelo incentivo e apoio em todos os momentos desta importante etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pois sem Ele nada seria possível.

À minha orientadora e professora Mariluce de Oliveira Araújo, que apesar dos contra-tempos e dificuldades teve paciência e dedicação na elaboração desta monografia.

Aos meus pais, José Alves e Nadir de Lourdes, pelo esforço e dedicação que sempre tiveram durante toda a minha vida e principalmente no decorrer do curso, e pela compreensão nos momentos em que me ausentei dos encontros familiares.

Ao meu irmão Gustavo e minha cunhada Joelma, pelo incentivo e apoio e à minha sobrinha Jamilly por proporcionar momentos de alegria e descontração.

Ao meu namorado Marcyo, pela paciência, incentivo e contribuição na elaboração deste trabalho, e por está sempre ao meu lado.

E as minha amigas, Joana D'arc e Amanda Sarmento, pelas trocas de conhecimento e pelo companherismo principalmente naqueles momentos mais difíceis.

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis.

Muitas vezes nos sentimos só, e, assim, o estivemos...

O desânimo quis contagiar, porém, a garra e a tenacidade foram mais fortes, sobrepondo esse sentimento, fazendo-nos seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho.

Agora, ao olhar para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e pode-se constatar que as noites de sono perdidas, os longos tempos de leitura, digitação, a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas estruturais, não foram em vão.

Aqui estamos, como sobreviventes de uma longa batalha, porém, muito mais fortes e hábeis, com coragem suficiente para mudar nossa postura, apesar de todos os percalços...

(autor desconhecido)

RESUMO

A endometriose é uma doença que afeta cerca de 10 a 15% das mulheres que estão em idade reprodutiva causando muita dor, desconforto pélvico e infertilidade. É uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e/ou glândulas endometriais fora da cavidade uterina, podendo ser encontrada nas tubas, ovários, intestinos grosso e delgado, superfície externa do útero e demais cavidades abdominais. A sintomatologia é inespecífica, porém pode ocorrer dismenorréia, dispareunia, dor ou desconforto pélvico. O diagnóstico é feito a partir do quadro clínico sugestivo associado com exames laboratoriais e de imagem, porém a confirmação depende de procedimento cirúrgico, como a vídeo-laparoscopia que permite a visualização da região pélvica e obtenção de amostra residual para posterior análise histológica. O tratamento depende da severidade dos sintomas, extensão e localização da doença. O desejo de gravidez e da idade da paciente, podendo ser medicamentosa, cirúrgica ou a combinação destes. Este trabalho tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a endometriose, enfatizando o diagnóstico precoce. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica a partir do levantamento de bibliografias publicadas no período de 2000 à 2008, em forma de livros, artigos científicos, revistas, monografias, dissertações e teses. Concluiu-se que a endometriose quando diagnosticada precocemente, proporciona à mulher o alívio da dor pélvica e a recuperação da sua fertilidade, permitindo a melhora da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Endometriose. Diagnóstico precoce. Mulher.

ABSTRACT

Endometriosis is a disease that affects about 10 to 15% of women who are of reproductive age causing much pain, pelvic discomfort and infertility. It is a gynecological disease defined by the development and growth of stroma and/or endometrial glands outside the uterine cavity, can be found in the fallopian tubes, ovaries, large and small intestines, the outer surface of the uterus and other abdominal cavities. The symptoms are nonspecific and may happen dysmenorrhea, dyspareunia, pain or pelvic discomfort. The diagnostic is made based on clinical findings suggestive associated with laboratory tests and imaging, but the confirmation depends on the surgical procedure, such as video-laparoscopy that allows visualization of the pelvic region and obtain a sample residual for later histological analysis. Treatment depends on the severity of symptoms, extent and location of the disease. The desire for pregnancy and age of the patient, which may be chemical, surgical or a combination thereof. This paper aims to deepen our knowledge of endometriosis, emphasizing early diagnostic. This is a review of the literature from the time of bibliographies published from 2000 to 2008, in the form of books, papers, journals, monographs, dissertations and theses. It was concluded that endometriosis when diagnosed early, gives her the relief of pelvic pain and recovery of their fertility, allowing the improvement of their quality of life.

Key-words: Endometriosis. Early diagnostic. Women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivos Gerais.....	13
1.2.2 Objetivos Específicos.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 CONHECENDO A ENDOMETRIOSE.....	14
2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	18
2.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	18
2.4 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM.....	19
2.5 LAPAROSCOPIA.....	19
2.6 TRATAMENTO.....	20
2.6.1 Tratamento Clínico.....	20
2.6.2 Tratamento Cirúrgico.....	21
2.7 ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA MULHER PORTADORA DE ENDOMETRIOSE.....	22
3 METODOLOGIA.....	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

No estudo da Saúde da Mulher existem diversas ginecopatias que podem acometer o sistema reprodutor feminino, e dentre elas a Endometriose.

É uma doença que afeta a vida das mulheres que estão em idade reprodutiva causando muita dor, desconforto pélvico e até mesmo a infertilidade.

Conforme o Ministério da Saúde (2006) e Figueiredo (2008), a endometriose é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e/ou glândulas endometriais fora da cavidade uterina, podendo ser encontrada nas tubas, ovários, intestino grosso e delgado, superfície externa do útero e demais cavidades abdominais.

De acordo com Figueiredo (2008), os implantes (tecido endometrial localizado fora do útero) tem a mesma função do tecido que reveste internamente o útero (o endométrio), dilatando, atrofiando e sangrando conforme os níveis hormonais ovarianos. A endometriose pode causar aderências, ligando ovários e intestinos entre si, causando dores intensas.

A maior incidência da doença é em mulheres que têm filhos em uma idade mais avançada e naquelas que tiveram menos filhos. Nos países onde a tradição favorece o casamento mais cedo e conseqüentemente a reprodução mais precoce, a endometriose é rara. Também é identificado uma predisposição familiar para a doença, sendo adquirido geneticamente. (SMELTZER; BARE, 2005)

Afirma Smeltzer (2005) que os sintomas não são considerados característicos, sendo mais frequentes a dismenorreia (dor no período menstrual), dispareunia (dor nas relações sexuais), dor ou desconforto pélvico. Também pode acontecer a disquezia (dor às evacuações) e a irradiação da dor para as costas ou pernas. A menstruação pode ser irregular e ocorrer alterações no sistema urinário, entre outras.

Segundo Figueiredo (2008), na menopausa, os sintomas são diminuídos podendo até desaparecer. Na gravidez, os sintomas também chegam a diminuir devido a suspensão da menstruação, podendo reaparecer logo após o término da gestação em mais ou menos 50% dos casos.

A infertilidade ocorre devido a fibrose e aderências ou inúmeras substância como prostaglandinas e citocinas que são produzidas pelos implantes. (SMELTZER;

BARE, 2005) Estima-se que cerca de 40% das mulheres com endometriose ficam inférteis. (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2008)

O diagnóstico da endometriose vem sendo realizado com uma maior frequência devido o uso aumentado da laparoscopia. Antigamente era necessário uma cirurgia de grande porte para poder ser realizado o diagnóstico porque a laparoscopia não era utilizada. Nos dias de hoje, o diagnóstico é baseado no quadro clínico da paciente, realização de exames laboratoriais, de imagem e laparoscopia. (SMELTZER, 2005; MIYAHIRA, 2002)

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a escolha do tratamento vai depender da severidade dos sintomas, da extensão e localização da doença, do desejo de gravidez e da idade da paciente. Pode ser medicamentoso ou cirúrgico, ou ainda a combinação destes. A eficácia dos tratamentos são medidas através da avaliação de melhora da dor e taxas de fertilidade.

A medida que o tratamento vai progredindo, a mulher com endometriose e seu parceiro podem achar que a gravidez não é possível, devendo o impacto psicossocial dessa realização ser reconhecido e abordado. As alternativas, como a fertilização *in vitro* ou a adoção, podem ser discutidas em um momento apropriado e as referências oferecidas. (SMELTZER; BARE, 2005)

Além do sofrimento físico que é causado pelos sintomas, a endometriose provoca um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima. Já foi identificada a relação entre a endometriose e a depressão, sendo que são encontrados níveis mais elevados em mulheres com dor crônica. Devido à diversidade das queixas, atualmente procura-se realizar o tratamento com o envolvimento de multiprofissionais que atendam tanto à demanda física quanto a psicológica de mulheres com a doença. Há um consenso entre ginecologistas e demais profissionais de saúde sobre a necessidade de suporte psicológico para estas mulheres, porém há poucos relatos que descrevem a realização e os resultados desse tipo de atendimento. (LORENÇATTO et al, 2007)

O papel da enfermagem tem sido atuar na educação da paciente acabando com os mitos e encorajando-as a procurar atendimento quando ocorrer a dismenorreia ou a dispareunia. (SMELTZER; BARE, 2005).

No momento em que a mulher descobre que está com endometriose, ela se sente insegura e desencorajada à enfrentar a doença e seu tratamento longo e

demorado. Dessa forma, o enfermeiro deve acolher essa mulher e proporcionar da melhor maneira possível a segurança, estabelecendo uma relação de confiança para que esta possa expor suas dúvidas e suas aflições. O apoio psicológico é muito importante nessa fase pois a depressão pode surgir e agravar o estado da doença. Portanto, o enfermeiro tem o papel de acolher e se comprometer com a saúde da paciente para garantir a acessibilidade de continuidade do tratamento. (SILVA et al, 2008)

A Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE), lançada oficialmente no dia 1 de dezembro de 2008, existe para atender as mulheres portadoras da endometriose. Tem como objetivo, ampliar o conhecimento sobre a doença no País, alertando a população e os profissionais de saúde como os cirurgiões gerais, imagenologistas, urologistas, clínicos gerais, médicos do programa de saúde familiar, ginecologistas e profissionais que lidam com a dor e saúde mental sobre a doença, visando uma melhora tanto no diagnóstico, como nos tratamentos. De acordo com a SBE, é estabelecido uma política frente aos órgãos públicos de valorização da doença, sendo esta considerada um problema de saúde pública. (SBE, 2008)

Devido essa patologia acometer a saúde de muitas mulheres em sua idade reprodutiva, esse estudo foi realizado com a finalidade de alertar às mulheres quanto ao conhecimento da doença e aos fatores que podem influenciar no desenvolvimento da endometriose.

Nos dias de hoje, a mulher menstrua mais vezes durante toda a sua vida, procuram evitar a gravidez, têm menor número de gestações e mais estresse. Devido a essas mudanças, as mulheres em idade reprodutiva podem sofrer de endometriose, mas a maioria delas não sabem que tem essa doença. Dessa forma, o diagnóstico acaba sendo feito tardiamente, em média, aos 30/32 anos sendo assim retardado e/ou mascarado por antiinflamatórios e pílulas anticoncepcionais, ou até mesmo pela falta de sintomas.

Estima-se que 10 a 15% das mulheres que estão em idade reprodutiva sofrem de endometriose; 30 a 50% das mulheres que têm endometriose são inférteis; e 40 a 50% das mulheres que fazem tratamento para engravidar têm endometriose.

A endometriose não é considerada uma doença maligna mas pode acarretar muitas seqüelas para a mulher quando sendo diagnosticada tardiamente.

Durante o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem na saúde da mulher no curso de graduação, tivemos a oportunidade de estudar essa patologia, fato que nos despertou o interesse em aprofundar o conhecimento sobre esse assunto, porém com ênfase no diagnóstico precoce pois através deste, pode-se minimizar as seqüelas da doença nas mulheres.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos Gerais

- Aprofundar o conhecimento sobre a endometriose, enfatizando o diagnóstico precoce.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Revisar o conceito de endometriose;
- Identificar os fatores de risco, diagnóstico e tratamento da doença;
- Descrever sobre a importância dos exames ginecológicos de rotina como forma de prevenção da doença;
- Descrever a atuação multiprofissional no desenvolvimento da patologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONHECENDO A ENDOMETRIOSE

A endometriose é conceituada como implantes de tecido do endométrio localizados em cavidades fora do útero, podendo ser de epitélio glandular ou estroma endometrial. "Endometriose é uma doença caracterizada pelo implante ectópico de estroma e/ou epitélio glandular endometrial em localização extra-uterina". (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008)

A endometriose é definida como uma condição na qual um tecido com estrutura histológica e resposta fisiológica do endométrio ocorre em localização ectópica, principalmente na pelve, e é considerada uma das doenças ginecológicas benignas mais comuns na idade reprodutiva da mulher. (VISCOMI et al, 2004, p. 344)

Segundo Tortora (2002), a endometriose é caracterizada pelo crescimento de tecido endometrial fora do útero. Esse tecido entra na cavidade pélvica através das tubas uterinas abertas, podendo ser encontrado em locais diversos como nos ovários, na escavação retouterina, face externa do útero, colo sigmóide, linfonodos pélvicos e abdominais, colo do útero, parede abdominal, nos rins e na bexiga urinária.

Várias teorias tem sido expostas para explicar a origem da endometriose. De acordo com Viscomi (2004), a teoria do refluxo menstrual foi proposta por Sampson, em 1927, que observou células endometriais regurgitadas através das tubas uterinas. Embora essa teoria seja a mais aceita para a explicação da patologia, nem todos os aspectos da doença podem ser explicados pela mesma. A hipótese da teoria da metaplasia celômica foi proposta por Meyer, em 1919, afirmando que a membrana celômica original sofre metaplasia, formando glândulas endometriais e estroma. Dessa forma, essa teoria pode explicar os casos de endometriose em que a do refluxo não se aplica.

Conforme o Ministério da Saúde (2006), a endometriose é diagnosticada quase que exclusivamente nas mulheres em idade reprodutiva e as mulheres pós-menopáusticas representam apenas 2% a 4% dos casos que necessitam de videolaparoscopia (VDLP). É estimado uma prevalência de 10%, sendo que em mulheres inférteis estes valores aumentam para 30% a 60%.

A patogênese da endometriose tem sido explicada por diversas teorias que apontam para a multicausalidade associando fatores genéticos, anormalidades imunológicas e disfunção endometrial. (BRASIL, 2006)

Segundo Kumar (2005), existem três explicações possíveis com respeito à origem dessas lesões dispersas, que não são mutuamente excludentes.

- a) Teoria da regurgitação/implantação: a menstruação retrógrada ocorre com regularidade mesmo nas mulheres normais, podendo possibilitar a disseminação do tecido endometrial pela cavidade peritoneal. É comum o aparecimento de endometriose na mucosa cervical, particularmente após procedimento cirúrgico, o que confirma a teoria da implantação de tecido endometrial proveniente do útero.
- b) Teoria da metaplasia: o endométrio surge diretamente do epitélio celômico, a partir do qual os ductos müllerianos e posteriormente o próprio endométrio se originam durante o desenvolvimento embrionário.
- c) Teoria da disseminação linfática ou vascular: a disseminação através das veias e dos linfáticos pélvicos explica a presença de lesões endometrióticas nos pulmões e nos linfonodos, um fenômeno que não é facilmente explicável pelas duas teorias anteriores.

Em 1997, foi lançado um conceito que dividiu a endometriose em três tipos de doença de acordo com os sítios acometidos e os tipos de lesões que ocorriam de acordo com o estágio da doença. Assim dividiram-se em: ovariana, peritoneal e infiltrativa profunda. A endometriose peritoneal é a mais superficial, a ovariana inclui os cistos denominados endometriomas e os implantes superficiais do ovário e a infiltrativa profunda é a que apresenta profundidade maior que 5 mm e que acomete as regiões retro-cervical, para-cervical, septo reto-vaginal, reto-sigmóide, ureteres e bexiga. (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008)

Conforme Berbel (2008), as lesões da endometriose em estágio inicial da doença têm coloração vermelha como o endométrio, mas após algum tempo, essas células estimulam uma resposta inflamatória e adquirem coloração escura. A fibrose que ocorre após a inflamação torna a lesão clara e o tecido perde a função.

O tecido endometrial ectópico responde à uma estimulação hormonal ovariana e dela depende. Durante a menstruação, esse tecido sangra, em maior parte para áreas que não possuem saída, provocando dor e aderências. As lesões são caracterizadas pelo tamanho pequeno e pregueadas, apresentando uma aparência de queimado por pó acinzentado/

acastanhado/ azulado, com o aspecto acastanhado ou azul-escuro indicando sangramento contido. Elas também podem ter uma aparência atípica, como implantes avermelhados, esbranquiçados, petequiais e vermelho-acastanhados. (SMELTZER; BARE, 2005, p.1510)

De acordo com Smeltzer (2005), o tecido endometrial que fica contido no cisto de ovário não possui saída para o sangramento; essa forma é conhecida como pseudocisto ou cisto achocolatado. As aderências, cistos e tecido cicatricial podem sobrevir, gerando dor e infertilidade.

Relata Bebel (2008), que outra classificação foi proposta em 2000, dividindo a endometriose em dois tipos: a que se localiza nos ovários, tubas e peritônio pélvico, chamada endometriose, com lesões mais superficiais e quadro clínico mais ameno, e a de acometimento central na região retro-uterina, uterina ou recesso vesico-vaginal chamada adenomiose. Nessa divisão, a classificação não é feita pela profundidade da doença, mas sim pela expressão da atividade do endométrio, podendo ocorrer sangramento dependente de hormônios sexuais esteróides ou metaplasia de músculo liso. Na adenomiose existe uma resposta fraca a progesterona e ocorre a diferenciação de tecido conjuntivo e muscular liso. Já na endometriose existe sangramento dependente de hormônio esteróide até o momento em que o sítio sofre fibrose. Com isso, conclui-se que a endometriose e a adenomiose tem respostas diferentes a esses hormônios.

A endometriose é classificada em quatro estágios: mínimo, leve, moderado e grave. Segundo o Ministério da Saúde (2006), no estágio mínimo são encontrados implantes isolados e sem aderências significativas; o leve ocorre quando os implantes são superficiais com menos de 5 cm e sem aderências significantes; no estágio moderado, os implantes são múltiplos com aderências peritubárias e periovarianas evidentes; e no estágio grave, são múltiplos implantes superficiais e profundos incluindo endometriomas, aderências densas e firmes.

Os sintomas da endometriose, na maioria das vezes, não são levados a sério devido a mulher conviver naturalmente com as dores no período menstrual e achar normal ter ciclos menstruais desregulares.

Conforme Smeltzer (2005), os sintomas da endometriose variam, porém incluem dismenorréia (menstruação dolorosa), dispareunia (relações sexuais dolorosas) e dor ou desconforto pélvico. A disquezia (dor às evacuações) e a irradiação da dor para as costas ou pernas podem acontecer.

Em consequência a esta sintomatologia tão severa, a mulher portadora dessa patologia pode desenvolver um estado depressivo, que poderá levar a perda do emprego em decorrência da dor e dificuldades de relacionamento. A infertilidade pode ocorrer por causa da fibrose, as aderências e as inúmeras substâncias (prostaglandinas, citocinas e outros fatores) que são produzidas pelos implantes. (SMELTZER, 2005)

Os principais sintomas da endometriose são: dor pélvica, que inclui dispareunia profunda, dismenorréia, dor cíclica, infertilidade, alterações intestinais e urinárias cíclicas. Além destes, em algumas mulheres, podem ocorrer outros sintomas e doenças como cistites intersticiais, cálculos renais de repetição, vulvodinia, síndrome temporomandibular e fibromialgia. (BERBEL; PODGAEC; ABRÃO, 2008, p.197)

Uma das causas das dores poderia ser a proximidade do implantes com nervos, que segundo Berbel (2008), em uma pesquisa mostrou que as porcentagens de mulheres com implantes profundos em áreas bastante inervadas sentiam mais dores que as mulheres com outros tipos de implantes de endométrio. Também foi notado que implantes mais velhos têm maior chance de serem infiltrados por nervos, o que geraria mais dor.

Uma história de saúde, inclusive com o relato do padrão menstrual, é necessária para revelar os sintomas específicos; no exame pélvico (ginecológico) digital (toque), nódulos doloros fixos são por vezes palpados e a mobilidade uterina pode estar limitada, indicando as aderências. O exame laparoscópico confirma o diagnóstico e ajuda a estagiar a doença. Além disso, o exame físico em pacientes mais jovens é difícil principalmente se forem inativas sexualmente. (BRASIL, 2006; BERBEL, 2008)

Berbel (2008) comenta que, as pessoas pensam que no período da adolescência é normal que o ciclo não seja regular e que a presença de dores na época da menstruação é natural. O método diagnóstico mais eficiente, a laparoscopia, também é uma das causas da demora no diagnóstico devido ao alto custo. Em alguns países em desenvolvimento a lista de espera para esse procedimento nos hospitais é longa, o que prolonga ainda mais o tempo com sintomatologia exuberante das pacientes.

O Brasil tem se destacado mundialmente pelos estudos sobre a endometriose, diagnóstico e tratamento. Em consequência a esse destaque, no mês

de dezembro de 2008 foi lançada a Sociedade Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE) tendo como objetivo, ampliar o conhecimento sobre a doença no País, alertando a população e os profissionais de saúde sobre a doença, visando uma melhora tanto no diagnóstico quanto nos tratamentos. Por ser considerada um problema de saúde pública, a SBE estabeleceu uma política frente aos órgãos públicos de valorização da doença.

2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico inicial é realizado a partir da identificação dos principais sintomas da patologia. De acordo com Pogaec (2004, p. 42), são seis os sintomas que devem ser investigados: dismenorréia, dispareunia, dor pélvica acíclica, infertilidade, alterações urinárias e intestinais cíclicas. A partir desses sintomas, pode-se suspeitar de endometriose.

O exame físico ginecológico é dividido em três etapas: no exame do abdome (palpação), do colo do útero (papanicolau) e o toque vaginal.

Através da palpação do abdome pode ser revelado um aumento abdominal, massas palpáveis e dores localizadas. O exame papanicolau permite uma visualização do colo do útero e parede vaginal, onde podem ser encontrados possíveis implantes endometriais. Ao toque vaginal bimanual pode ser revelado a posição do útero, podendo está fixo ou retrovertido devido as aderências; aumento do tamanho dos ovários, sugestivo da presença de cistos; dores atrás do útero e nódulos dolorosos que representam a endometriose em seu estágio profundo. Dor ou sangramento de qualquer localização que apresente qualquer relação com a menstruação, aumentam as suspeitas para a doença. (PODGAEC, ABRÃO, 2004)

2.3 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Várias substâncias têm sido testadas com o objetivo de diagnosticar a endometriose, mas é o marcador CA-125 o mais usado por apresentar bons resultados.

Segundo Berbel (2008), marcadores são substâncias que tem sua concentração aumentada ou diminuída em determinadas épocas do ciclo menstrual e que servem como parâmetro para a avaliação do estágio da doença.

O marcador CA-125 era usado inicialmente no diagnóstico de câncer de ovário, mas estudos comprovaram seu resultado positivo em doenças benignas como a endometriose (PODGAEC; ABRÃO, 2004). Conforme Miyahira (2002), o CA-125 pode se elevar a níveis superiores a 100 U/ml nos casos de endometriose avançada, devendo ser dosado no soro no período menstrual.

2.4 DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Dentre os exames de imagem existentes, os que são utilizados no diagnóstico da endometriose são: ultra-som transvaginal e ressonância magnética.

Relata Podgaec (2004) que o ultra-som transvaginal é o exame inicial e, muitas vezes, o único método por imagem necessário para diagnosticar diversas doenças ginecológicas devido a sua elevada precisão, com qualidade, baixo custo e de fácil acesso.

A aplicabilidade desse método nos casos de suspeita de endometriose se encontra na avaliação da doença ovariana e os nódulos profundos em septo retovaginal, não havendo possibilidade de identificação de focos em peritônio. (PODGAEC; ABRÃO, 2004)

A ressonância magnética é um recurso que serve de complemento para o diagnóstico da endometriose pélvica.

Conforme Miyahira (2002), a ressonância magnética é indicada para avaliação do comprometimento retroperitoneal, do trato intestinal e de outros sítios menos frequentes.

2.5 LAPAROSCOPIA

É um procedimento cirúrgico que consiste na inspeção e visualização direta dos implantes da cavidade abdominal, servindo para diagnosticar e tratar a endometriose. Segundo Berbel (2008), a laparoscopia permite a visualização de

lesões suspeitas e obtenção de amostras de tecido para poder ser confirmado o diagnóstico histológico da doença.

De acordo com Miyahira (2002), esse procedimento deve ser realizado preferencialmente na fase folicular a fim de se prevenir confusões com o corpo lúteo, no qual visualiza-se toda a pelve, o que é facilitado pelo auxílio da segunda e terceira punções. Devem ser examinados criteriosamente a superfície ovariana, fossa ovárica, fundo de saco de Douglas ou fundo de saco vésico-uterino, a superfície vesical, face anterior e posterior dos ligamentos largos, tubas, útero e ligamentos redondos e o infundíbulo pélvico.

2.6 TRATAMENTO

Lorençatto (2007) afirma que o tratamento da endometriose tem como principal objetivo o alívio das queixas e dos sintomas, de acordo com as necessidades individuais das mulheres.

A escolha do tratamento depende da severidade dos sintomas, da extensão e localização da doença, do desejo de gravidez e da idade da paciente. Pode ser clínico ou cirúrgico, ou ainda a combinação destes. A eficácia tem sido medida por avaliações de melhora da dor e das taxas de fertilidade. (BRASIL, 2006)

2.6.1 Tratamento Clínico

Relata Podgaec (2004) que na ausência de ultra-som sugestivo de imagens anexiais compatíveis com endometrioma e com níveis de CA-125 inferiores a 50 U/ml, é adotado uma conduta conservadora com administração por 6 a 12 meses de contraceptivos hormonais orais combinados de baixa dosagem. À esta medicação é acrescentado antiinflamatórios não hormonais de nova geração no período perimenstrual e incentivado à realização de exercícios físicos.

Não havendo sucesso na terapia inicial, a paciente é submetida a um tratamento mais avançado que consiste na videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica associada ao tratamento clínico hormonal podendo ser realizado com

análogos do GnRH (hormônio liberador da gonadotrofina), gestrinona, danazol, progestagênios em diferentes formas de administração (via oral, intramuscular, trimestral, subdérmica ou dispositivo intra-uterino) ou anticoncepcionais orais combinados. Esse tratamento também é indicado para aquelas pacientes que obtiveram níveis de CA-125 maiores que 100 U/ml ou o ultra-som sendo sugestivo de endometriomas. (PODGAEC; ABRÃO, 2004)

No entanto, a terapia hormonal é mais indicada para aquelas mulheres portadoras de endometriose com histórico de sangramento vaginal anormal ou doença hepática, cardíaca ou renal. Devido ao risco de perda óssea causada pelas medicações, a densidade óssea também é cuidadosamente acompanhada. (SMELTZER, 2005)

Apesar dos efeitos colaterais causados pela terapia hormonal, Smeltzer (2005) afirma que muitas mulheres continuam o tratamento e os sintomas são diminuídos em 80 a 90% nos casos de endometriose branda a moderada.

2.6.2 Tratamento Cirúrgico

Conforme o Ministério da Saúde (2006), o tratamento cirúrgico é indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes, em casos de endometriomas, distorção da anatomia das estruturas pélvicas, aderências, obstrução de trato intestinal ou urinário e nas pacientes com infertilidade associada a endometriose, podendo ser classificada em conservadora ou definitiva.

- a) Conservadora: quando envolve destruição dos focos de endometriose, remoção de aderências com consequente restauração da anatomia pélvica.
- b) Definitiva: quando envolve histerectomia com ou sem ooforectomia de acordo com a idade da paciente. Sendo indicada em casos de doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora, existência de outras patologias pélvicas com indicação de histerectomia e não havendo mais o desejo de engravidar.

2.7 ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DA MULHER PORTADORA DE ENDOMETRIOSE

O principal objetivo do tratamento da mulher com endometriose é o alívio da dor pélvica e a recuperação da fertilidade através de medicações e/ou cirurgia. Contudo, muitas delas continuam apresentando queixa de dor ou de infertilidade após terem sido submetidas à diversas intervenções, gerando assim, um desgaste emocional alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e sua auto-estima. Com isso, é importante buscar um tratamento multiprofissional que atenda às demandas físicas e psicológicas das mulheres portadoras de endometriose, objetivando o alívio da dor, seu retorno para as atividades funcionais e sua vida familiar. (LORENÇATTO et al, 2007; CALDEIRA et al, 2008)

Caldeira et al (2008) defini dor pélvica crônica como dor pélvica não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses sendo suficientemente intensa para interferir em atividades habituais que implica na necessidade de tratamento clínico ou cirúrgico.

Pacientes com queixas de dor pélvica geralmente são ansiosas e apresentam depressão associada, aumentando ainda mais a complexidade da doença. Seu humor também pode ficar comprometido, interferindo na interpretação e no relato da dor, por isso, o tratamento psicológico é importante, pois a depressão altera a percepção da dor. (CALDEIRA et al, 2008)

Uma das formas de diminuir a angústia que é gerada pela doença nas mulheres que são atingidas, é fazer com que elas possam dividir seu sofrimento tanto quanto o conhecimento que têm a respeito da doença. (MATTA; MULLER, 2006)

Baseado em pesquisas realizadas por Matta (2006), foi observado a importância de possibilitar a formação de grupos terapêuticos de atendimento à mulher com endometriose, visando a atenção, informação, esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências. Além disso, cabe também o encaminhamento psicoterápico nos casos em que as mulheres estejam muito fragilizadas por causa da doença.

Relata Caldeira et al (2008) que a avaliação psicológica ajuda a fornecer ao médico informações específicas da paciente, que poderão ser usadas para o

planejamento do tratamento. As pacientes com problemas psicossociais tais como abuso sexual, discórdia matrimonial, distúrbios de personalidade e problemas familiares podem ser mais vulneráveis às sensações dolorosas que acompanham todo o processo da doença.

Estudos realizados por Lorençatto et al (2007) com a participação de 128 mulheres que foram distribuídas, igualmente, em dois grupos onde um recebeu intervenção em grupo e o outro não, foi identificado uma diminuição significativa dos resultados de dor e depressão ao final da intervenção em grupo. As mulheres que não participaram dos grupos de apoio mostraram resultados maiores de dor quando comparados aos resultados iniciais das participantes dos grupos. Já os resultados de depressão foram menores no grupo sem intervenção. A intervenção em grupo teve uma eficácia na diminuição da dor e da depressão das mulheres com endometriose.

Conforme Caldeira et al (2008), ainda existem alguns tipos de terapias alternativas que podem ser usadas para o alívio da dor como a acupuntura, reflexologia, hipnose e biofeedback.

O enfermeiro tem um papel muito importante no tratamento da mulher portadora de endometriose. Ele atua na escuta, no diálogo, no apoio e no vínculo com a paciente. O enfermeiro deve acolher a mulher proporcionando segurança, estabelecer uma relação de confiança para que a ela exponha suas dúvidas, procurar usar palavras de fácil entendimento para serem melhor compreendidas, oferecer apoio psicológico estando sempre atento a depressão para encaminhar ao profissional qualificado, buscar satisfazer as suas necessidades durante a evolução da doença e acolher esta mulher se comprometendo com a sua saúde para garantir a acessibilidade e continuidade do tratamento. (SILVA et al, 2008)

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica a partir do levantamento de bibliografias publicadas no período de 2000 à 2008, em forma de livros, artigos científicos, revistas, monografias, dissertações e teses.

De acordo com Lakatos (1992, p.44), "a pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerada também como primeiro passo de toda a pesquisa científica".

Conforme Vieira e Hossne (2001), na revisão bibliográfica, o pesquisador pode selecionar os trabalhos considerados mais importantes, sem ser necessário explicitar os critérios de seleção.

A partir da revisão bibliográfica realizada sobre a endometriose, foi possível ter um contato direto com o que foi escrito, discutido e analisado sobre o assunto, permitindo o reforço para a elaboração deste trabalho. (LAKATOS, MARCONI, 1992)

Foram utilizados livros da biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) que descrevia sobre a endometriose, artigos científicos do banco de dados – Scielo enfatizando os estudos recentes sobre a patologia, revistas online falando sobre as diversas formas de diagnóstico e tratamento, e publicações do Ministério da Saúde por ser uma doença considerada um problema de saúde pública.

Nesse estudo, foi abordado a faixa etária das mulheres que podem desenvolver a endometriose, os fatores de risco que influenciam no desenvolvimento e agravamento da doença, os tipos de diagnóstico e tratamento, a importância da atuação de uma equipe multiprofissional no tratamento da mulher portadora de endometriose e a assistência de enfermagem no acolhimento da paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos diversos estudos sobre a endometriose, ainda existem muitas dúvidas acerca da doença. Porém, o diagnóstico precoce e a realização de um tratamento individualizado, proporciona o alívio da dor pélvica e a recuperação da sua fertilidade, permitindo uma melhor qualidade de vida.

Lorençatto (2007) afirma que, além do sofrimento físico causado pelos sintomas, a endometriose provoca um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima.

Devido o sofrimento que é causado pela doença, a atuação de uma equipe multiprofissional que possa suprir as necessidades de cada paciente é muito importante. Para o tratamento da endometriose, é necessário um suporte psicológico que acompanhe a depressão que pode surgir devido aos sintomas. A enfermagem tem um papel fundamental, acolhendo essa paciente e lhe oferecendo segurança para que elas possam enfrentar a doença e realizar seu tratamento.

Concluiu-se que a endometriose é uma patologia enigmática e que não tem cura, mas quando sendo diagnosticada precocemente não provoca muitos danos à vida da mulher.

As mulheres que estão em idade reprodutiva e são mais acometidas, ainda tem pouco conhecimento sobre a doença fazendo com que o diagnóstico seja realizado tardiamente. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde levem mais informações sobre a endometriose para que essas mulheres possam realizar um diagnóstico precoce e levar sua vida com mais qualidade.

REFERENCIAIS

BASTOS, Álvaro da Cunha . **Noções de ginecologia**. 9.ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

BENSON, Ralph C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1970.

BERBEL, Bruna Thomazelli; PODGAEC, Sérgio Podgaec; ABRÃO, Maurício Simões. Análise da associação entre o quadro clínico referido pelas pacientes portadoras de endometriose e o local de acometimento da doença. **Rev. Med.** São Paulo, v. 87, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/revistadc_166_10-analisedaassociacao.pdf>. Acesso em: 08 set. 2009.

CALDEIRA, Raquel Pinto et al. **Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica**. Univ. Cid. Saúde. Brasília, v.6, n.1, p.69-83, 2008. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/viewFile/633/557>> Acesso em: 22 out. 2009

FIGUEIREDO, N.; VIANA, D.; MACHADO, W. **Tratado prático de enfermagem**. v. 1. 2.ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1.ed. São Paulo: Rideel, 2002.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Patologia: bases patológicas das doenças**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1992.

LORENÇATTO, Carolina et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.53, n.5, p. 433-438, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500020&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 22 maio 2009.

MATTA, Adriana Zanona; MULLER, Marisa Campio. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Rev. Psicologia, Saúde & Doença**.

Lisboa, v.7, n.1, p. 57-72, 2006. Disponível em:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36270104> Acesso em: 22 out. 2009.

BRASIL, **Protocolos clínicos e diretrizes terapêutica endometriose** 2006. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2006/prt0069_01_11_2006.html
 Acesso em: 27 maio 2009.

MIYAHIRA, Hugo; MIYAHIRA, Aleksandr S. Revisão: O essencial da endometriose na clínica. **Rev. Med. do H.S.E.** Rio de Janeiro, v.1, n.36, 2002. Disponível em:
<http://www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/36/endom.asp> Acesso em: 25 set. 2009.

MOURA, Marcos Dias de et al. Avaliação do tratamento clínico da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 85-90, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000200005&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 21 maio 2009.

PODGAEC, Sérgio; ABRÃO, Maurício Simões. Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Med.** São Paulo, v.61, n.1/2, p. 41-46, 2004. Disponível em:
http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_material=2567 Acesso em: 05 out. 2009.

SBE, 2008. **Sociedade Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva**. Disponível em: <http://www.s bendometriose.com.br> Acesso em : 19 maio 2009.

SILVA, Ana Paula da C. Machado et al. **Acolhimento de enfermagem a mulher portadora de endometriose**. 2008. Disponível em:
<http://www.webartigos.com/articles/11169/1/acolhimento-de-enfermagem-a-mulher-portadora-de-endometriose/pagina1.html> Acesso em: 27 maio 2009.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TEIXEIRA, Claudia Regina Zorzan. **Endometriose: Qualidade de vida da mulher**. 2007. 50f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007.

TORTORA, Gerald J.; GRABOWSKI, Sandra Reynolds. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VISCOMI, Francesco Antonio et al. Correlação dos aspectos laparoscópicos com as alterações histológicas glandulares das lesões endometrióticas peritoneais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.50, n.3, p. 344-348, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300046&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 20 maio 2009.