

ANÁLISE DO TRATAMENTO EM MULHERES INFÉRTEIS DEVIDO À ENDOMETRIOSE

MOGGI, Gabriela Chagas¹

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
chagas_gaby@hotmail.com

MARINI, Danyelle Cristine²

Faculdades Integradas Maria Imaculada – FIMI
danymarini@gmail.com

RESUMO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica que afeta mulheres com idade entre 18 e 45 anos, mas pode também atingir mulheres em qualquer idade que ainda passem por períodos menstruais. A endometriose ocorre quando o tecido de revestimento do útero (endométrio) se encontra fora da cavidade uterina, sendo mais frequente no ovário, na tuba uterina, no intestino e nas áreas ao redor do útero. A causa da endometriose ainda é incerta, mas atualmente acredita-se que esteja relacionada a fatores genéticos e à falha do sistema imunológico ao tentar expulsar os fragmentos da menstruação que sobem até à tuba uterina, que ocorreriam com todas as mulheres. Os sintomas da endometriose variam muito entre as mulheres; algumas são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico precoce. O diagnóstico definitivo só pode ser feito por meio da videolaparoscopia, uma cirurgia pouco invasiva que remove os tecidos afetados. No caso deste artigo, a pesquisa foi realizada com 100 mulheres com diagnóstico de endometriose. Para isso, foi aplicado um questionário hospedado no Google Drive e compartilhado nas redes sociais do Facebook. A maioria das pacientes apresentavam idade média entre 29 e 35 anos, com maior índice para endometriose do tipo infiltrativa profunda, cujos sintomas mais frequentes podem ser cólica, infertilidade e dor durante as relações sexuais. Das mulheres pesquisadas, a maior parte já fez videolaparoscopia para diagnóstico preciso do tipo de endometriose que as acomete e já faz algum tipo de tratamento para melhorar os sintomas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida. Esse estudo buscou analisar o impacto significativo que a endometriose apresenta nas

¹ Graduada em Farmácia pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada.

² Doutora em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP); Mestre em Biologia Celular e Molecular pelas Universidade Júlio Mesquita de São Paulo (UNESP); Especialista em Docência do Ensino Superior pela Gama Filho; Especialista em Cosmetologia pela UNIMEP; Graduada em Farmácia Bioquímica pela UNIMEP. Atua como docente e Coordenadora nas Faculdades Integradas Maria Imaculada; Conselheira pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP); Membro do Comitê de Educação Permanente do CRF-SP e da Comissão de Educação do CRF-SP.

portadoras, fazendo com que, devido aos sintomas, atrapalhe desde a produtividade diária até mesmo a fertilidade dessas mulheres.

Palavras-chave: Endometriose. Endométrio. Dores Pélvicas. Videolaparoscopia. Pesquisa Transversal Descritiva.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose corresponde a um implante do endométrio fora da cavidade uterina. Ocorre mais frequentemente nas cavidades pélvica e abdominal, acometendo o peritônio ou, mais profundamente, órgãos como o ovário, bexiga e/ou intestinos. Menos frequente, mas pode ser encontrada em diversos outros locais do corpo humano, como o pulmão (ABRÃO; MELLO, 1998).

Os focos de tecido endometrial localizados fora do seu habitat natural continuam sendo estimulados mensalmente pela ação hormonal do ciclo menstrual e funcionam como “corpo estranho” ao local de implantação, provocando reação inflamatória ao redor de si, causando dor no período menstrual. Com o tempo, o processo inflamatório desencadeia a formação de aderências ao redor do foco de endometriose, entre as estruturas vizinhas, dificultando a mobilidade e a função da estrutura acometida, incorrendo em dor pélvica crônica e até em esterilidade. Os pequenos focos podem crescer e se espalhar, levando a consequências variáveis, de acordo com sua localização. Nos ovários, podem produzir cistos de conteúdo sanguinolento, chamados de endometriomas ou cistos “chocolate”, pela aparência do sangue espesso coletado dentro daquele órgão. Tais cistos eventualmente atingem grandes proporções (ABRÃO; MELLO, 1998).

No peritônio, um dos principais locais de implantação, acomete mais frequentemente os ligamentos útero-sacros, levando a sua retração. Esse fato pode determinar a tração do útero para trás, determinando a retroversão uterina, fator que colabora para a dor nas relações sexuais. Dentre os sintomas de acometimento intestinal, podem-se citar a dor nas evacuações, os sangramentos anais no período perimenstrual, com eventual obstrução do trânsito das fezes. Sua presença na bexiga pode determinar ardor ao urinar, urgência miccional ou hematúria (urina com sangue). Em cicatrizes de cirurgias ou partos, formam nódulos (“caroços”), que podem crescer e se tornar dolorosos no período menstrual, sendo conhecidos como endometriomas de cicatrizes ou de parede abdominal. Outros sítios mais distantes podem, com menor frequência, ser alvo da doença. Em cada local, a sintomatologia usualmente relaciona-se com o período menstrual (TOGNOTTI; LOYELO, 1998).

A endometriose pode ser assintomática, mas, quando apresenta sintomas, os mais frequentes são dor e sangramento intestinais e urinários durante a menstruação, dismenorreia, cólica menstrual (que, com a evolução da doença, aumenta de intensidade e pode incapacitar as mulheres de exercerem suas atividades habituais), dispareunia, dor durante as relações sexuais e infertilidade (VARELLA, 2013).

Acredita-se também que a endometriose esteja relacionada com fatores genéticos, pois múltiplos estudos têm demonstrado uma tendência familiar na ocorrência da endometriose, fatores hormonais, já que é uma doença estrógeno-dependente, fatores inflamatórios, o que permite que células endometriais presentes na menstruação retrógrada não sejam depuradas pelo sistema imune, sendo uma resposta imunológica alterada (NEME et al., 2014).

Acredita-se que de 6% a 10% das mulheres em idade reprodutiva, de 50% a 60% de adolescentes com dor pélvica e que até 50% de mulheres com infertilidade sejam afetadas pela endometriose. Contudo, em seus estágios iniciais, em mulheres assintomáticas e oligossintomáticas, essa doença pode ser subdiagnosticada, necessitando de intervenção para diagnóstico definitivo (NEME et al., 2015).

Considerando-se as múltiplas teorias etiopatogênicas da endometriose, aliadas à diversidade de seu comportamento, Nisolle e Donnez (1997) propuseram a subdivisão da endometriose em: endometriose peritoneal: lesões que não se infiltram mais do que 5mm abaixo da superfície do peritônio (camada que reveste internamente o abdômen e que recobre vários órgãos); endometriose ovariana: lesões que se infiltram no ovário e formam cistos com conteúdo sanguinolento. Como são lesões crônicas nos ovários, o sangue contido em seu interior é um sangue antigo, com aspecto “achocolatado” quando o endometrioma é esvaziado em um procedimento cirúrgico laparoscópico; endometriose infiltrativa profunda (intestinal): lesões que se infiltram mais do que 5mm abaixo da superfície do peritônio. Essas lesões podem se infiltrar nos órgãos das proximidades, principalmente na bexiga, na vagina, no ureter e no intestino. Trata-se da forma mais agressiva da doença, cujo tratamento cirúrgico é complexo e mais bem conduzido por equipes multidisciplinares; adenomiose: focos de endometriose localizados no interior do miométrio (fibras do músculo uterino); ou seja, é a forma de endometriose que acomete o útero.

O fato pouco compreendido é que a intensidade dos sintomas nem sempre se relaciona com a severidade da endometriose. Mulheres com grandes focos diagnosticados podem apresentar sintomas leves, enquanto, em outras mulheres, com mínimos implantes, a dor pode ser insuportável (TOGNOTTI; LOYELO, 1998).

Diante da suspeita de endometriose, o exame ginecológico clínico é o primeiro passo para o diagnóstico, que pode ser confirmado pelos seguintes exames laboratoriais e de imagem: visualização das lesões por laparoscopia, ultrassom endovaginal, ressonância magnética e um exame de sangue chamado marcador tumoral CA-125, que se altera nos casos mais avançados da doença. O diagnóstico de certeza, porém, depende da realização da biópsia (VARELLA, 2013).

O tratamento visa eliminar o estímulo estrogênico, principal responsável pela manutenção e pelo crescimento dos focos endometrióticos; para isso, pode utilizar medicamentos que provocam a queda na produção estrogênica, como análogos GnRH ou inibidores da aromatase, ou os capazes de bloquear o efeito estrogênico, como os progestagênios, que se encontram puros ou associados a um estrogênio nos contraceptivos orais, injetáveis, adesivos, anel vaginal ou endoceptivos liberados de hormônio. O objetivo do tratamento hormonal não é eliminar os focos da doença, mas, sim, melhorar a qualidade de vida das pacientes (SCHOR; KOPELMAN, 2014).

A endometriose é responsável por uma série de fatores que alteram significativamente a qualidade de vida das mulheres em idade fértil, podendo ocasionar a infertilidade. Diante do exposto, o trabalho abordou os fatores que ocasionam a infertilidade e os tratamentos disponíveis para a endometriose em mulheres inférteis; foram avaliados também a prevalência da endometriose em mulheres com idade fértil que tenham dificuldades para engravidar, bem como o tratamento para a melhora da doença, haja vista que essa patologia ainda não apresenta cura.

2 METODOLOGIA

O presente estudo refere a uma pesquisa descritiva transversal entre mulheres que apresentam endometriose e dificuldades para engravidar.

A condução de um estudo transversal envolve algumas características e etapas, que são as seguintes: definição de uma população de interesse, estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela, determinação da presença ou da ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados (SITTA; ARAKAWA; CALDANA; PEREZ, 2010).

O estudo foi realizado com mulheres entre 18 e 45 anos, ou seja, em idade fértil, com diagnóstico de endometriose e com quadro de infertilidade, bem como os tratamentos disponíveis para a melhora da qualidade de vida das portadoras.

Foi elaborado e aplicado um questionário hospedado no Google Drive, o qual foi encaminhado pelas redes sociais do Facebook “Endoguerreiras” e “Lutando contra a Endometriose”. As participantes tiveram seus dados em sigilo e somente participaram aquelas que assinaram de forma voluntária o termo de livre consentimento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Plataforma Brasil sob o número de CAAE 43829215.1.0000.5679

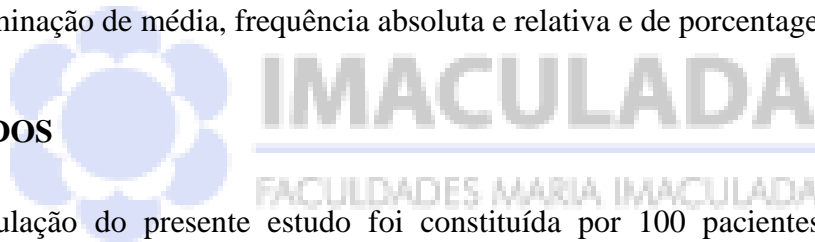
A coleta dos dados ocorreu durante os meses de abril a julho de 2015, e a obtenção dos resultados foi feita através de planilhas e gráficos.

A pesquisa foi realizada por meio de questionário disponibilizado para as voluntárias por meio da plataforma Google. O *link* para a voluntária acessar o questionário, disponibilizado via e-mail.

O endereço para acessar o questionário é: https://docs.google.com/forms/d/1x_bNbiL85sGphU1qlDL9t7wDDUirCa5fPpm-5mSs2OU/edit.

A análise dos dados foi realizada por meios de ferramentas de estatística descritiva, por meio da determinação de média, frequência absoluta e relativa e de porcentagem.

3 RESULTADOS



A população do presente estudo foi constituída por 100 pacientes portadoras de endometriose, com faixa etária de 18 a 45 anos. Quanto à caracterização, segundo a faixa etária, as pacientes apresentaram maior índice entre 29 e 35 anos, sendo de 44% (44), seguidas de 30% (30) de 36 a 42 anos e 26% (26) de 20 a 28 anos (**Tabela 01**).

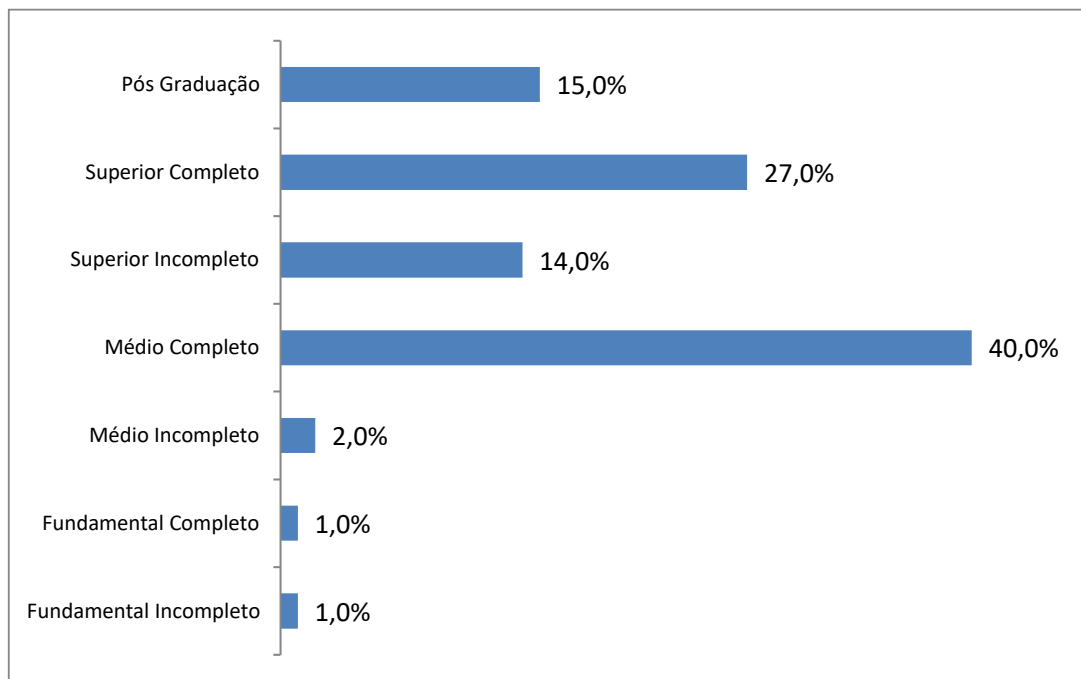
Tabela 01 – Distribuição das pacientes segundo a faixa etária

<i>Idade (anos)</i>	<i>Frequência (n.)</i>	<i>% Unitário</i>	<i>% por Grupo</i>	<i>Grupos</i>
20	2	2%		
22	2	2%		
23	2	2%		
25	4	4%	26%	de 20 a 28 anos
26	4	4%		
27	4	4%		
28	8	8%		
29	9	9%		
30	10	10%		
31	6	6%	44%	de 29 a 35 anos
32	6	6%		
33	6	6%		

34	5	5%		
35	2	2%		
36	10	10%		
37	6	6%		
38	5	5%		
39	2	2%	30%	de 36 a 42 anos
40	1	1%		
41	4	4%		
42	2	2%		
TOTAL	100	100%	100%	

Com relação ao grau de escolaridade, a predominância das pacientes foi no ensino médio completo, sendo de 40% (40), seguidas de 27% (27) com nível superior completo, seguidas de 15% (15) de pós-graduadas e 14% (14) com superior incompleto (**Figura 01**).

Figura 01 – Distribuição das pacientes segundo grau de escolaridade



Fonte: Autor, 2015.

A tabela 02 demonstra que mais de 50% (66) das entrevistadas possuem renda familiar de 1 a 6 salários-mínimos (R\$ 788,00 a R\$ 4.728,00), seguidas de 16% (16) com 6 a 9 salários-mínimos (R\$ 4.728,00 a R\$ 7.092,00) e 8% (8) de 9 a 12 salários-mínimos (R\$ 7.092,00 a R\$ 9.456,00).

Tabela 02 – Distribuição das pacientes segundo dados de renda familiar

Faixa de Renda Familiar (R\$)	Frequência (n.)	%por Grupo
Até 1 salário-mínimo (até R\$ 788,00)	3	3%
De 1 a 3 salários-mínimos (de R\$ 788,00 até R\$ 2.364,00)	43	43%
De 3 a 6 salários-mínimos (de R\$ 2.364,00 até R\$ 4.728,00)	23	23%
De 6 a 9 salários-mínimos (de R\$ 4.728,00 até R\$ 7.092,00)	16	16%
De 9 a 12 salários-mínimos (de R\$ 7.092,00 até R\$ 9.456,00)	8	8%
De 12 a 15 salários-mínimos (de R\$ 9.456,00 até R\$ 11.820,00).	4	4%
Mais de 15 salários-mínimos (mais de R\$ 11.820,00).	3	3%
TOTAL	100	100%

Quanto ao estado civil das pacientes, verificou-se que 84% (84) são casadas, 14% (14) são solteiras e 2% (2) são divorciadas. Com relação à distribuição das entrevistadas que possuem plano de saúde, observou-se que a maioria 85% (85) possuem plano de saúde, enquanto 15% (15) não possuem.

A Figura 02 demonstra que, das 100 entrevistadas, 73% (73) apresentaram cólicas, 43% (43), infertilidade e 38% (38), dor nas relações sexuais, que as levaram a desconfiar de endometriose, seguidas de 22% (22) de aumento de fluxo menstrual e outros sintomas, considerando que algumas entrevistadas apresentaram mais de um sintoma associado.

Figura 02 – Distribuição das pacientes em relação aos sintomas

Infiltrativa Profunda	51	5	10	1	2	2	4	2	4	0	0	0	0
Ovariana	25	0	0	1	4	1	4	1	4	0	0	0	0
Superficial	24	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4	0	0
Total	100	5	5	3	3	3	3	3	3	1	1	0	0

Com relação à classificação da endometriose, 51% (51) apresentam quadro de endometriose Infiltrativa Profunda, seguidas de 25% (25) com endometriose Ovariana e 24% (24), Superficial, tendo em média de 30 a 33 anos, sendo que os sintomas que mais se associaram aos tipos de endometriose são cólicas, infertilidade, dor na relação e aumento de fluxo menstrual (**Tabela 04**).

Tabela 04 – Distribuição das pacientes quanto à classificação da endometriose, relacionados com a faixa etária média e os sintomas

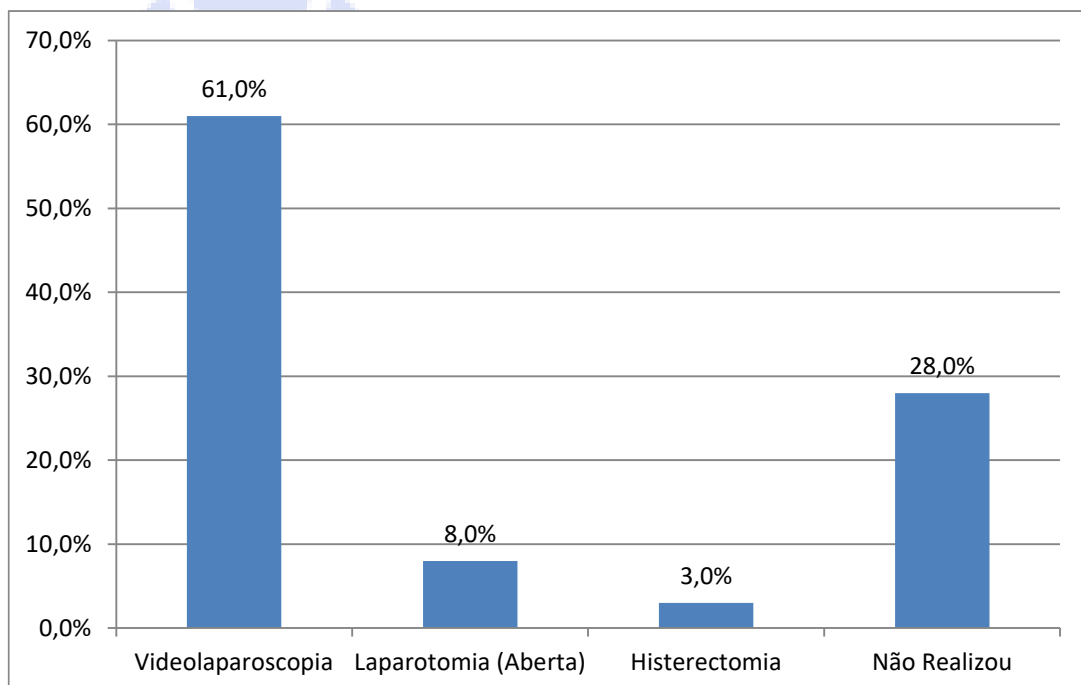
Tipo de Endometriose	Freq.(n.)	Idade Média	Cólicas		Infertilidade		Dor na Relação		Aumento de Fluxo Menstrual		Outros	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infiltrativa Profunda	51	33	37	73%	24	47%	16	31%	11	22%	11	22%
Ovariana	25	30	17	68%	11	44%	9	36%	5	20%	6	24%
Superficial	24	32	22	92%	7	29%	16	67%	6	25%	1	4%
Total	100		76	76%	42	42%	41	41%	22	22%	18	18%

A Tabela 05 demonstra que 74% (74) das pacientes portadoras de endometriose fizeram alguma cirurgia para tratar a doença, com maior porcentual de endometriose infiltrativa profunda, seguidas de 26% (26) que não realizaram nenhum tipo de cirurgia.

Tabela 05 – Distribuição das pacientes com relação a cirurgias feitas para tratamento de endometriose

Tipo de Endometriose	Freq.(n.)	Realizaram Cirurgia		Não Realizaram Cirurgia	
		n	%	n	%
Infiltrativa Profunda	51	38	75%	13	25%
Ovariana	25	19	76%	6	24%
Superficial	24	17	71%	7	29%
Total	100	74	74%	26	26%

Quanto às cirurgias realizadas para tratamento da endometriose, como demonstra a Figura 03, 61% (61) das pacientes fizeram a videolaparoscopia, seguidas de 8% (8), laparotomia (cirurgia aberta) e 3% (3), apenas a histerectomia.

Figura 03 – Distribuição das pacientes com relação às cirurgias realizadas

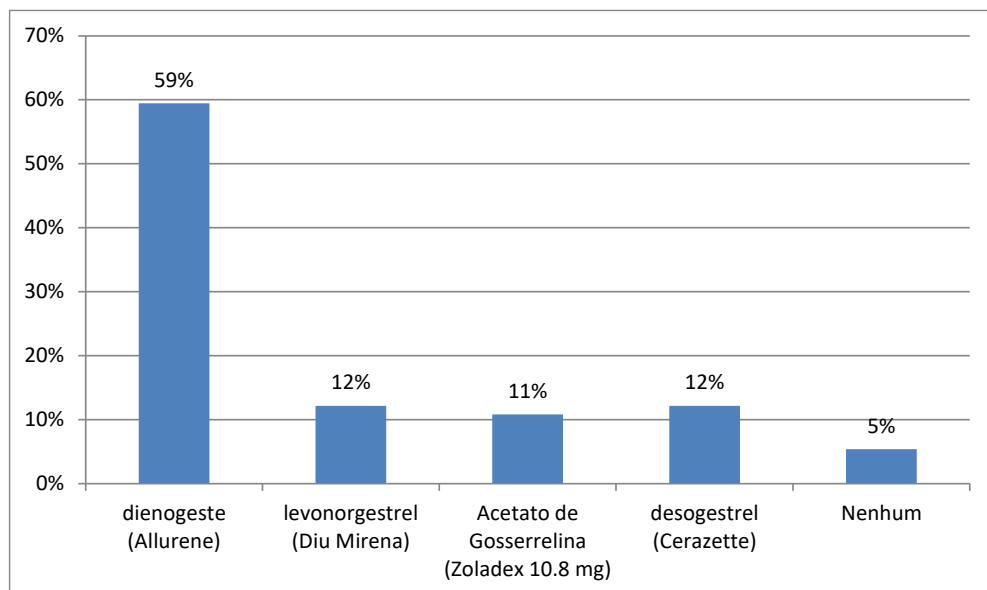
Fonte: Autor, 2015.

Quanto ao uso de medicamentos para tratamento da endometriose, 75% (75) das pacientes fazem algum tipo de tratamento medicamentoso, seguidas de 25% (25) que não fazem tratamento medicamentoso (**Tabela 06**).

Tabela 06 – Distribuição das pacientes com relação ao tratamento medicamentoso

<i>Tipo de Endometriose</i>	<i>Freq.(n.)</i>	<i>Faz Tratamento</i>		<i>Não Faz Tratamento</i>	
		n	%	n	%
Infiltrativa Profunda	51	40	78%	11	22%
Ovariana	25	18	72%	7	28%
Superficial	24	17	71%	7	29%
Total	100	75	75%	25	25%

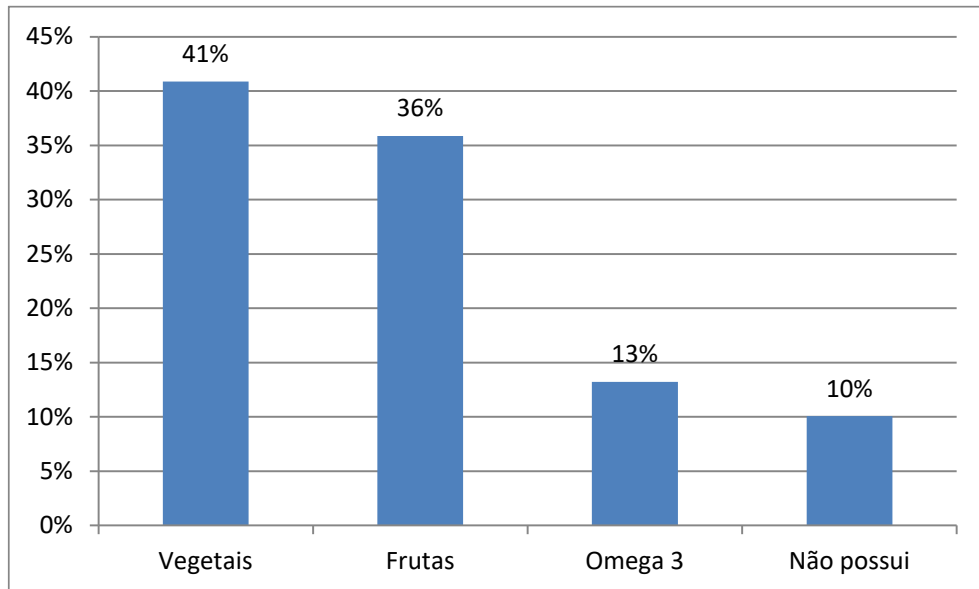
Com relação aos medicamentos utilizados no tratamento da endometriose, mais da metade das pacientes, ou seja, 59% (59) utilizam um novo medicamento chamado dienogeste (Allurene®), seguidas de 12% (12) levonorgestrel Diu (Mirena®), 11% (11), acetato de gosserrrelina (Zoladex®) e 5% (5) desonogestrel (Cerazette®) (**Figura 04**).

Figura 04 – Distribuição das pacientes quanto aos medicamentos utilizados no tratamento

Fonte: Autor, 2015.

Quanto à alimentação das pacientes portadoras de endometriose, conforme a Figura 05, 41% (41) possuem uma dieta rica em vegetais, seguidas de 36% (36), dieta rica em frutas, 13% (13), ômega 3 e 10% (10) não possuem nenhuma dieta em especial.

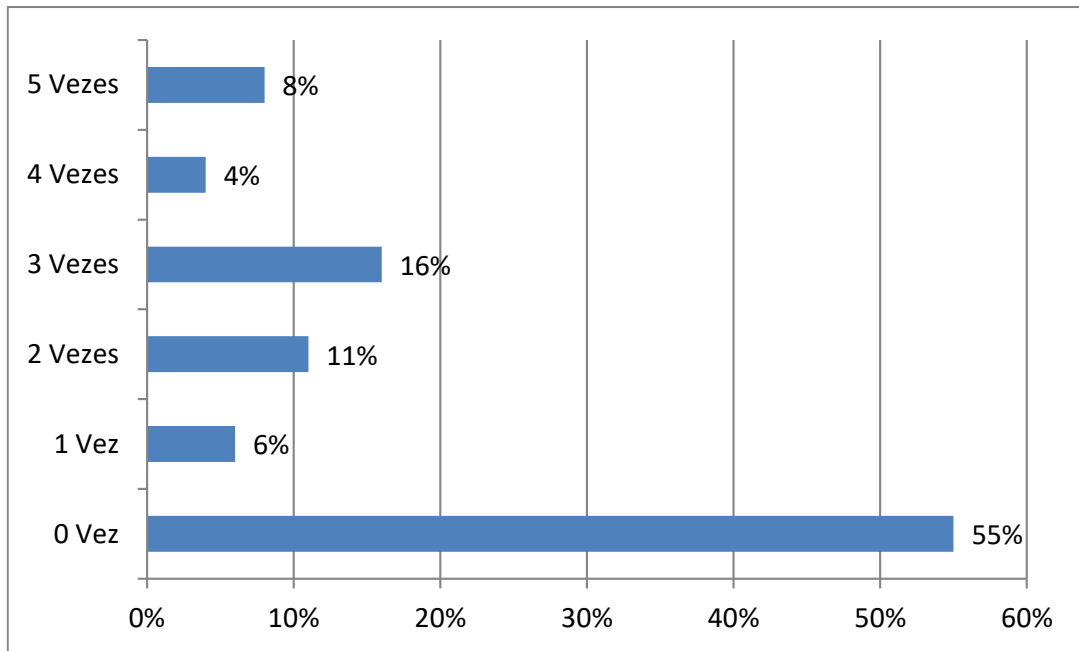
Figura 05 – Distribuição das pacientes de acordo com seus hábitos alimentares



Fonte: Autor, 2015.

Quanto ao hábito da prática de atividades físicas, foi verificado que 64% (64), ou seja, mais da metade não realizam nenhum tipo de atividade física e somente 36% (36) realizam essas atividades. Com relação à frequência de atividades físicas, das 36% (36) das praticantes, conforme Figura 5, a frequência semanal de atividades físicas varia de 1 a 5 vezes por semana.

Figura 6 – Distribuição das pacientes em relação à frequência de exercícios físicos

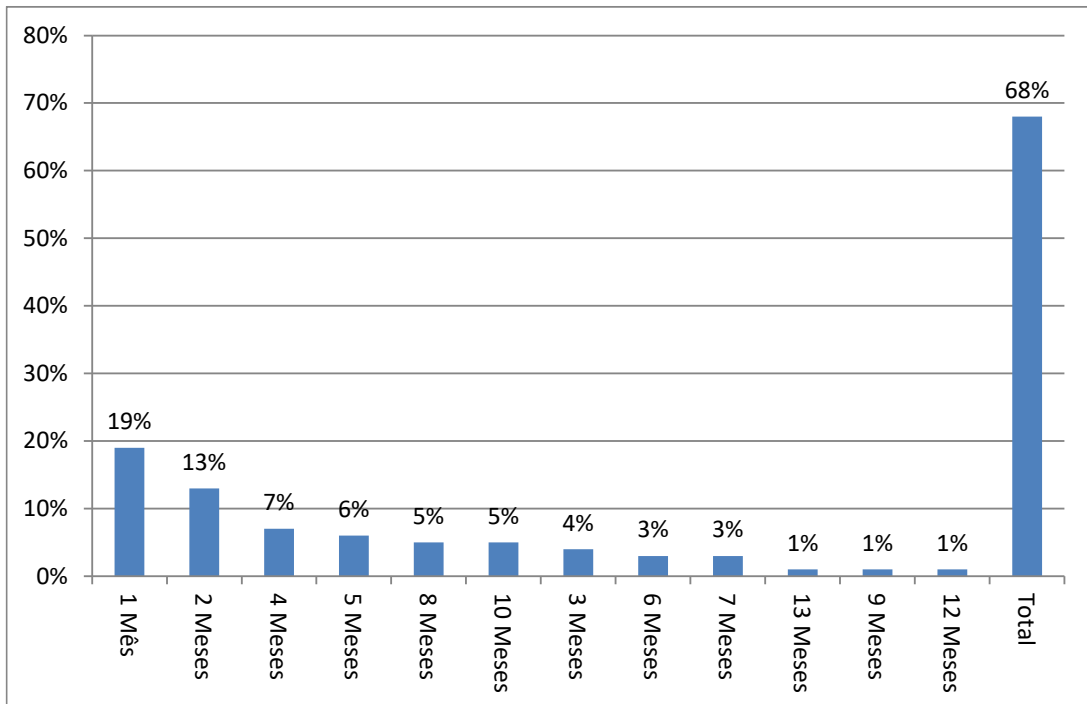


Fonte: Autor, 2015.

Quanto ao tratamento para engravidar, 81% (81) das pacientes não estão tomando nenhum medicamento para engravidar, seguidas de 19% (19) que estão fazendo algum tratamento medicamentoso para engravidar.

Em relação ao tempo de tratamento para engravidar, conforme a Figura 6, 32% (32) não fazem nenhum tratamento para engravidar, 31% (31) estão fazendo tratamento entre 1 e 2 meses, seguidas de 7% (7), com 4 meses de tratamento, de 6% (6) pessoas, com 5 meses de tratamento e de 25% (25) pessoas que fazem tratamentos há mais de 6 meses.

Figura 7 – Distribuição das pacientes quanto ao tempo de tratamento para engravidar



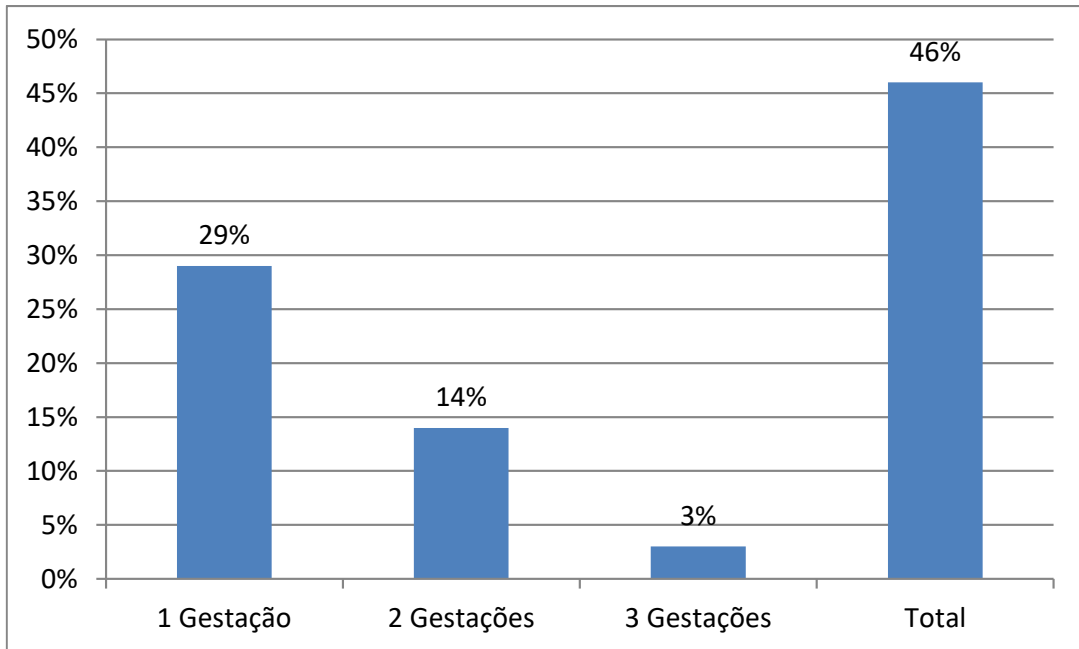
Fonte: Autor, 2015.

Das pacientes entrevistadas, 52% (17) não tiveram nenhuma gestação, seguidas de 48% (16) que já tiveram gestações (**Tabela 07**).

Tabela 07 – Distribuição das pacientes quanto às gestações

TEMPO	SIM	NÃO	TOTAL
1 Mês	7	6	13
2 Meses	6	6	12
3 Meses	2	2	4
4 Meses	1	3	4
TOTAL	16	17	33
%	48%	52%	100%

Conforme a Figura 8, das 100 entrevistadas, 29% (29) tiveram uma gestação, 14% (14), duas gestações e 3% (3), três gestações.

Figura 8 – Distribuição das pacientes em relação ao número de gestações

Fonte: Autor, 2015.

Com relação ao aborto das pacientes que já engravidaram alguma vez, 25% (25) tiveram um aborto. No que se refere ao número de abortos, 76% (19), um aborto, seguidas de 24% (6), dois abortos.

4 DISCUSSÃO

De acordo com os dados analisados, em relação à faixa etária, a maioria dos casos se apresenta nas mulheres com idades de 29 a 35 anos. Tal resultado corrobora com os estudos apresentados por Abrão (2012), os quais dizem ser possível que a endometriose acometa mulheres a partir da primeira menstruação até a última, com a média do diagnóstico por volta dos 30 anos. Sobre isso, Signorello et al. (1997) observam também que há um declínio em sua incidência a partir dos 42 anos.

Diversos estudos clínicos e experimentais demonstram que os estrogênios são necessários para que haja desenvolvimento da endometriose (VERCELLINI et al., 1996) e, por isso, ela está associada ao período reprodutivo da mulher (WARNER, 1997), exceto em casos

isolados em que a moléstia ocorre em idades mais precoces ou avançadas. Moen et al. (1997) estimam em 2% a incidência da endometriose em mulheres entre 40 e 42 anos.

A análise dos resultados obtidos, no que tange ao grau de escolaridade, verificou que o maior índice se dá em pacientes com ensino médio completo (cerca de 40%), seguidos de 27% de mulheres que possuem nível superior. Analisando a distribuição das pacientes segundo o grau de instrução, estudos europeus (CANDIANI et al., 1995) demonstram haver maior frequência de mulheres portadoras de endometriose com segundo grau (cerca de 30%) e nível superior (27%), estudos estes confirmados por Bellelis (2010), com 76,9% das mulheres com 2º e 3º graus completos.

Na questão referente à renda familiar, as pacientes estudadas apresentam maior prevalência com renda de até 6 salários-mínimos; já em relação ao plano de saúde, 80% delas possuem planos de saúde privados. Tem sido reportada uma grande frequência de endometriose entre mulheres de classe social mais favorecida (NOANHAM, 2011), contudo deve-se considerar um viés nesses resultados, haja vista que existe uma tendência maior de a mulher de classe social mais favorecida procurar tratamento médico para infertilidade e dor pélvica; isso também se aplica para a maior frequência de endometriose encontrada na raça branca. Existem poucos estudos publicados que compararam populações sem esse viés e não foi encontrada diferença significativa entre as diferentes raças.

Em relação ao estado civil, os resultados do presente estudo apontam que a maioria é casada (84%). Esses dados são concordantes aos encontrados por Maklouf et al. (1986). Quanto ao estado civil, o senso comum poderia destacar o fato de haver predominância de pacientes casadas com diagnóstico de endometriose por influência de possível procura a serviços médicos por infertilidade, queixa que obviamente é mais frequente em mulheres com parceiros estáveis.

No presente trabalho a maioria das pacientes sofrem de cólicas menstruais, infertilidade e dor na relação sexual. A maioria tem dismenorreia, ou seja, cólica menstrual, o primeiro e mais importante sintoma. A incidência desses sintomas é afirmada por Abrão (2012) como cólicas intensas que incapacitam as mulheres de exercerem suas atividades habituais. A dor pode ainda manifestar-se durante a relação sexual. Além desses, podem estar presentes a dificuldade para engravidar e alterações intestinais ou urinárias durante a menstruação. Nos casos mais avançados, a dor pode ocorrer também fora do período menstrual.

A maioria das mulheres entrevistadas apresentam diagnóstico de infertilidade e, de acordo com Fedele et al. (1992), estima-se que em 30% a 50% dos casos de infertilidade existe associação com endometriose, sem, no entanto, estar estabelecida a causa dessa relação, pois

muitas mulheres não se referem a tal queixa, utilizam métodos contraceptivos e podem ou não ter uma vida sexualmente ativa.

Outro fato que se destacou no trabalho foi a classificação da endometriose, para a qual a *American Society of Reproductive Medicine* propôs uma classificação que estabelece quatro estágios da doença: mínima (estágio I), média (estágio II), moderada (estágio III) e grave (estágio IV). Embora essa classificação seja útil para estabelecer a severidade da doença, continua insatisfatória. Os autores Nisolle e Donnez (1997) propuseram uma subdivisão da endometriose em três formas, as quais foram abordadas na pesquisa: endometriose peritoneal, endometriose ovariana e endometriose infiltrativa profunda. O tipo de endometriose de maior frequência no trabalho foi a infiltrativa profunda, para a qual obtivemos maior percentual (51%), dado ao fato na demora do diagnóstico.

Em relação a cirurgias feitas para o tratamento das pacientes com endometriose, 74% das mulheres já fizeram algum tipo de cirurgia, sendo que 61% das pacientes entrevistadas fizeram a videolaparoscopia, seguidas de 8% apenas de laparotomia.

Segundo Schor (2011), a videolaparoscopia, ou laparoscopia, é uma cirurgia minimamente invasiva a fim de diagnóstico e tratamento, sendo a melhor forma de se diagnosticar a endometriose e doenças ginecológicas como cistos, miomas, entre outros. Assim, existem diversas vantagens quando comparamos a laparoscopia com a cirurgia tradicional. O tempo de hospitalização é de aproximadamente vinte e quatro horas, muito menor do que nas cirurgias tradicionais, e o retorno da paciente para suas atividades rotineiras também é muito mais precoce.

No que se refere à prática de exercícios físicos, o presente estudo mostrou-se inferior às expectativas esperadas, pois apenas 36% das pacientes portadoras de endometriose realizam exercícios físicos regularmente, entre 1 a 5 vezes por semana. Crammer et al. (1986) relatam efeito protetor de exercícios em mulheres que praticam exercícios aeróbicos regularmente, isso provavelmente em decorrência de uma diminuição dos níveis séricos de estradiolas às custas de liberação de betaendorfinas que inibiriam o GnRH e, conseqüentemente, o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. A atividade física regular poderia estar relacionada também a menores níveis de estrogênios e risco diminuído para endometriose (MISMMER, 2003).

Quanto ao hábito alimentar, 90% das participantes da pesquisa possuem uma dieta rica em vegetais, frutas e ômega 3, o que não são similares com a pesquisa de Parazzini, em 2013, que publicou uma revisão sistemática da literatura sobre a influência dos fatores dietéticos na endometriose, tópico que tem se mostrado de interesse na comunidade científica devido à observação de que os processos fisiológicos e de patogênese da endometriose poderiam ser

influenciados pela dieta, concluindo que, até o presente momento, qualquer associação entre endometriose e dieta é considerada equivocada por falta de evidências científicas.

Já em relação ao tratamento medicamentoso, 75% das pacientes fazem algum tipo de tratamento medicamentoso para aliviar os sintomas da endometriose. Apesar do tratamento medicamentoso apresentar bons resultados para o tratamento da dor associada à endometriose, seus resultados para o tratamento da infertilidade associada à endometriose não são encorajadores. Não há até o momento evidências de que o tratamento medicamentoso aumente a fecundidade. Entre os tratamentos propostos, incluem-se anticoncepcional oral combinado, agentes progestagênicos, análogos do GnRH, danazol e gestrinona. Não há melhora da fertilidade, apenas retardando a possibilidade de gravidez devido à consequente supressão ovulatória associada com os tratamentos atualmente utilizados. Dessa forma, o tratamento hormonal supressivo não possui benefício no tratamento de pacientes com endometriose e infertilidade, deixando esta alternativa somente para casos de endometriose e dor (VERCELLINI et al., 2009).

Justifica-se o tratamento combinado, ou seja, medicamentoso e cirúrgico associados, para que a paciente tenha uma melhora nos quadros associados, como dor pélvica e infertilidade, além de ser uma doença progressiva (WOOD et al., 2001).

Os principais objetivos do tratamento são: remover a maioria ou todos os implantes endometriais, restaurar o potencial reprodutivo, prevenir ou retardar a progressão da doença e aliviar os sintomas (NISOLLE et al., 2002). Consequentemente, e de máxima importância, planejar o tratamento, detalhando as queixas preliminares e o desejo de gravidez da paciente. Constitui-se ponto importante esclarecer que não existem estratégias de prevenção e prognóstico da evolução da doença (VERCELLINI et al., 2009).

Com relação ao uso de medicamentos para engravidar, apenas 19% das pacientes utilizam algum medicamento para estimulação da ovulação. A indução da ovulação e sua associação com inseminação intra-uterina mostraram aumentar a fertilidade em mulheres com endometriose (ABBOTT et al., 2004).

A fertilização *in vitro* (FIV) está sendo estudada, porém ainda permanece controversa nos casos de endometriose em estágios iniciais. Embora existam estudos que evidenciem sua validade em mulheres com endometriose avançada, ainda não há comprovação de seus benefícios para as pacientes com endometriose estágios I e II. Mesmo que a fertilização *in vitro* se relacione com gravidez em curto período, não está claro se seu efeito é comparável à tentativa de concepção natural (ABBOTT et al., 2004).

Segundo Sangi-Haghpeykar et al. (1995), há dificuldades em se demonstrar relação entre a ocorrência de gestações e menor incidência de endometriose. Enquanto a alteração da anatomia pélvica e da função ovulatória levando à infertilidade possa ser consequência da endometriose, é razoável que o atraso para engravidar também possa ser uma causa da doença. Em mulheres normais, a taxa de fecundidade mensal é de cerca de 15% a 20%; no entanto, em mulheres com endometriose, esse número tende a cair para entre 2% e 10% (HUGHES et al., 1993).

Já em relação ao aborto, 76% das pacientes que engravidaram tiveram 1 aborto. Segundo Ghilard (2015), alguns estudos relatam uma taxa elevada de aborto espontâneo, sendo 36% em mulheres com endometriose e 15% na população normal. Outros estudos ainda sugerem que a endometriose, mesmo em seus estágios iniciais, pode determinar um mau funcionamento dos músculos uterinos, o que atrapalharia a migração dos espermatozoides da vagina até às tubas impedindo que a fertilização (fecundação) aconteça.

5 CONCLUSÃO



IMACULADA

ESPECIALIDADE EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

O conhecimento das diversas manifestações dolorosas que possam vir a ocorrer na região pélvica das mulheres é de fundamental importância para que, diante de pacientes sintomáticas, se possa incluir no leque de opções de diagnóstico também a endometriose. Desse modo, irá favorecer seu diagnóstico precoce e permitirá o tratamento especializado da doença.

A videolaparoscopia permite o diagnóstico definitivo, com biópsia e confirmação histológica, para fins terapêuticos, e, nos casos de infertilidade, apresenta melhores resultados.

O questionário específico hospedado no Google Drive foi um instrumento primordial para que os objetivos dessa pesquisa fossem cumpridos, analisando-se os efeitos do tratamento feito em mulheres inférteis devido à endometriose, os quais podem estar associados a vários fatores relacionados direta ou indiretamente com a infertilidade, haja vista que o tratamento da endometriose não deixa a mulher fértil, mas pode auxiliar no processo de fecundação, removendo as aderências, facilitando, assim, esse processo.

Este estudo, assim sendo, buscou analisar o impacto significativo que a endometriose apresenta nas portadoras, fazendo com que, devido aos sintomas, atrapalhe desde a produtividade diária até mesmo a fertilidade dessas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOT, J. A. et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2- to 5-year follow-up. **Obstetrical & Gynecological Survey**, v. 59, n. 3, p. 197-199, 2004.

ABRÃO, M. S; MELO, P V. O que é Endometriose. Mendonça, E. & Colaboradores. **Um Enigma Chamado Endometriose**. Belo Horizonte: Health, p. 47-54, 1998.

ABRÃO, M. S. **Endometriose, audiência pública**. World Endometriosis Society, 12 ed., 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-2013/audiencia-13.06/apresentacao-2>. Acesso em: 29 out. 2015.

ASRM - American Society for Reproductive Medicine. **Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis**, v. 67, n. 5, p. 817-821, 1996.

BELLELIS, P. et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n 3, p. 467-471, 2010.

CANDIANI, G. B. et al. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. **Fertility and Sterility**, v. 56, n. 4, p. 230, 1995.

CRAMER, D. W. et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking and exercise. **Journal of the American Medical Association**, v. 255, n. 8, p. 1904, 1986.

ESKENAZI, B; WARNER M.L. Epidemiology of endometriosis. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 24, p. 235, 1997.

FEDELE, L; BIANCHI, S; BOCCIOLONI, L. Pain symptoms associated with endometriosis. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 79, p. 767, 1992.

GHILARDI, V. **FGO Clínica de Fertilidade**, 2015. Disponível em: <http://www.clinicafgo.com.br/ginecologia/endometriose>. Acesso em: 29 out. 2015.

HUGHES, E. G. A. Quantitative overview of controlled trials in endometriosis-associated infertility. **Fertility and Sterility**, v. 59, n. 5, p. 963-970, 1993.

KONDO, W. **Cirurgia ginecológica minimamente invasiva Endometriose-tratamento-endometriose**, 2015. Disponível em: <http://www.endosopiaginecologica.med.br>. Acesso em: 29 out. 2015.

MAKHLOUF, C. et al. Endometriosis in Lebanon: a case control study. **American Journal of Epidemiology**, v. 124, p. 762, 1986.

MISSMER, S. A; CRAMER, D. W. The Epidemiology of endometriosis. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**. v. 30, p. 1-19, 2003.

MOEN, M. H; SCHEI, B. Epidemiology of endometriosis in a Norwegian county. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**. v. 76, n. 6, p. 559-562, 1997.

NISOLLE, M; DONNEZ, J; CHANTRAINE, F. The efficacy of medical and surgical treatment of endometriosis-associated infertility: arguments in fa-vour of a medico-surgical approach. **Human Reproduction**, v. 8, p. 89-94, 2002.

NOANHAM, K. E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertility and Sterility**, v. 96, n. 2, p. 366-373, 2011.

PARAZZINI, F. et al. Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis. **Fertility and Sterility**, v. 26, p. 323-336, 2013.

SANGI-HAGHPEYKER, H. et al. Epidemiology of endometriosis among parous women. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**. v. 85, p. 893-992, 1995.

SIGNORELLO, L. B. Epidemiologic determinants of endometriosis: a hospital-based-case-control study. **American Journal of Epidemiology**, v. 7, p. 267-741, 1997.

SCHOR, E; SATO, H. Endometriose. In: Durval Rosa Borges; Hanna A. Rothschild. (Org.). **Atualização Terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda. p. 524-526, 2011.

SOUZA, C. A. B. et al. **Endometriose**. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Artmed, p. 144-158, 2011.

TOGNOTTI, E; LOYELO, T. Quadro clínico da mulher portadora de endometriose. In: Mendonça, E. & Colaboradores. **Um Enigma Chamado Endometriose**. Belo Horizonte: Health, p. 55-62, 1998.

VARELLA, D. **Endometriose**, abr. 2011. Disponível em:
<http://www.drauziovarella.com.br/mulher-2/endometriose>. Acesso em: 19 jul. 2013.

VERCELLINI, P. Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach **Human Reproduction**, v. 68, n. 2, p. 88-103, 2009.

WOOD, A. J. J. Treatment of endometriosis. **The New England Journal of Medicine**, v. 345, p. 266-275, 2001.