



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

PATRÍCIA PIRES DO AMARAL

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA
ENDOMETRIOSE**

ARIQUEMES - RO
2017

Patrícia Pires do Amaral

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA ENDOMETRIOSE

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Farmácia.

Prof. Orientador: Clóvis Dervil Apprato
Cardoso Júnior

Ariquemes – RO
2017

Patrícia Pires do Amaral

**ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA
ENDOMETRIOSE**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial á obtenção de grau de Bacharel em Farmácia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Clóvis Dervil Appratto Cardoso Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Ms. Vera Lucia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Júcélia da Silva Nunes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 07 de novembro de 2017

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus.
Aos meus queridos professores do curso.
A minha família que sempre me incentivaram.
As minhas amigas, em especial a minha
amiga Thais que ajudou na escolha do tema.
Agradeço ao meu orientador pelos
conhecimentos transmitidos.*

AGRADECIMENTOS

Toda Honra e Glória a Deus por mais essa vitória, no qual me sustentou com amor, do meu levantar e mesmo após o meu adormecer.

Ao meu amado esposo Tadeu Xavier, por amar e não desistir, suportar tudo com fé, esperança e paciência. Sou grata por tudo!

Aos meus pais, Sr. Gercides Matias e Sr.^a Jane Pires, pelo amor, pelas bênçãos, pela criação na disciplina, e pela presença constante em minha vida que significou segurança e certeza de que não estava sozinha nessa jornada, me apoiando nos momentos de dificuldades, e por deixar-me regozijada em poder retribuir esses anos de dedicação, com a realização desse sonho.

Ao meu irmão Jean Pires, mesmo longe, sinto, seu amor e carinho bem pertinho, em querer sempre me ajudar.

Aos meus sogros, Sr. Paulo Lobato e Sr.^a Maria Xavier, por estarem dedicando o seu carinho em todos os momentos.

Agradeço de forma carinhosa e especial minha avó Sr.^a Geny Andrade, que sempre me deu força e coragem, em todos o tempo, dedicando suas orações por mim.

E aos meus grandes amigos que sempre estiveram ao meu lado, durante essa longa jornada, e que sempre me incentivaram e apoiaram durante meu período acadêmico.

Aos professores, amigos e colegas de sala que conheci na Faculdade de Educação e Meio Ambiente, que me proporcionaram momentos de sabedoria e alegrias. Combati um bom combate, completei a minha carreira (Graduada em Farmácia), mas guardo sempre a fé.

RESUMO

A endometriose é uma patologia caracterizada pela presença de tecido endometrial de caráter benigno fora da cavidade uterina. A identificação da doença pode ser tardia, pois muitas vezes ela se manifesta silenciosamente. Após a realização da videolaparoscopia, a endometriose pode ser classificada de acordo com o tipo histológico dos implantes, com a localização anatômica da doença - peritônio, ovário ou septo retovaginal ou pela extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. O presente estudo teve por objetivo apresentar os principais aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. Trata-se de uma revisão bibliográfica, pesquisada no Google Acadêmico, revistas eletrônicas e livros entre o ano de 2002 e 2017. Portanto, a endometriose é considerada uma patologia enigmática, que merece atenção dos profissionais de saúde, assim como o conhecimento da população. Uma vez que, é uma doença de diagnóstico difícil, sem cura e mesmo não sendo considerada maligna, gera graves danos à vida da mulher.

Palavras-Chave: Endometriose; Infertilidade; Dor pélvica; Tratamento.

ABSTRACT

Endometriosis is a pathology characterized by the presence of benign endometrial tissue outside the uterine cavity. The identification of the disease can be late because it often manifests itself silently. After endoscopic laparoscopy, endometriosis can be classified according to the histological type of the implants, with the anatomical location of the disease - peritoneum, ovary or rectovaginal septum or by the extension of the disease to the pelvic organs. The present study aimed to present the main diagnostic and therapeutic aspects of endometriosis. It is a bibliographical review, searched in Google Scholar, electronic journals and books between the year 2002 and 2017. Therefore, endometriosis is considered an enigmatic pathology, which deserves attention of health professionals, as well as knowledge of the population. Since it is a difficult diagnostic disease, without cure and even not being considered malignant, it causes serious damage to a woman's life.

Keywords: Endometriosis; Infertility; Pelvic pain; Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASRM	American Society for Reproductive Medicine
AINE	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
ACO	Anticoncepcional Oral
DIU	Dispositivo Intrauterino
FIV	Fertilização In Vitro
GnRH	Análogos do Hormônio Liberador de Gonadotropina
Lng	Levonorgestrel
MPA	Medroxiprogesterona
SIU-Lng	Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel
SAA	Proteína Amióide A Sérica
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
USTV	Ultrassonografia Transvaginal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ENDOMETRIOSE	14
4.2 CLASSIFICAÇÕES DA ENDOMETRIOSE.....	15
4.3 LOCALIZAÇÕES ANATÔMICAS	15
4.4 ETIOLOGIA.....	16
4.5 EPIDEMIOLOGIA.....	17
4.6 INFERTILIDADE	18
4.7 DIAGNÓSTICO	18
4.7.1 Diagnóstico Clínico	19
4.7.2 Diagnóstico Laboratorial	20
4.7.3 Diagnóstico por Imagem	20
4.8 TRATAMENTO	22
4.8.1 Tratamento clínico	22
4.8.2 Tratamento farmacológico	22
4.8.3 Tratamento cirúrgico	24
4.8.4 Tratamentos de reprodução assistida	24
4.8.5 Tratamento Hormonal	25
4.8.6 Terapias alternativas	26
4.9 ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ENDOMETRIOSE	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

INTRODUÇÃO

Endometriose é definida como presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É uma doença crônica relacionada à dor pélvica e infertilidade. O endométrio é uma mucosa que recobre a parede interna do útero, tornando-se mais espesso para que o óvulo depois de fertilizado consiga implantar nele. Cada vez que não acontece fecundação, boa parte desse endométrio que aumentou é eliminado durante a menstruação. Em alguns casos, ao invés de ser expelido, parte desse sangue desloca para sentido contrário e espalha na cavidade abdominal e nos ovários, no qual voltam a proliferar-se e a sangrar, ocorrendo a lesão endometriótica. (NASCIMENTO; KRAIEVSK, 2017; NNOAHAM et al., 2011).

Os principais fatores para a endometriose são: menarca antecipada; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de endometriose é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença. Pode haver toxinas ambientais que predispõem à endometriose, como a dioxina. Gestação e contraceptivos hormonais são protetores. (DOHERTY et al., 2017).

Entretanto, com base em estimativas de prevalência, a endometriose afeta 10% das mulheres em idade fértil e 30% -50% de mulheres na pré-menopausa sintomática, isto representa em torno de 176 milhões de mulheres no mundo todo. A etiopatogenia até agora não se encontra perfeitamente elucidada, porém os fundamentos apontam que a junção de fatores hormonais, genéticos e imunológicos poderia auxiliar para a criação e também no aperfeiçoamento dos núcleos ectópicos de endometriose. (NNOAHAM et al., 2011).

A *American Society of Reproductive Medicine* hoje é a classificação mais empregada. Esta classificação dispõe a patologia em leve, mínima, moderada ou grave, pelo tamanho da patologia no peritônio e ovários, assim como pelo impedimento do fundo de saco de Douglas e pela existência de aderências tubo-ovarianas. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

O diagnóstico fundamenta-se no exame físico, na história clínica, exames laboratoriais como CA-125, e exames de imagem, dentre os quais a ressonância

magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal, cistoscopia, etc. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2011).

Dentre as variedades de tratamento estão inseridos o tratamento clínico, medicamentoso, cirúrgico, hormonal, entre outros. Este deve ser individualizado, levando em conta a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com a medicação em relação a qualidade de vida. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2011).

A endometriose é reconhecidamente uma patologia de relevante prevalência entre as mulheres. Possuindo grande importância em áreas como a da saúde da mulher, e influenciando diretamente a qualidade de vida feminina. Busca-se, portanto, através de uma revisão bibliográfica, baseada na pesquisa de publicações em banco de dados de trabalhos científicos, melhor esclarecer e elucidar os diagnósticos e as soluções terapêuticas para esta doença.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os principais aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a importância, eficiência e diferenças entre os diagnósticos laboratoriais e por imagem (Ultrassonografia e Ressonância Magnética) na identificação da patologia;
- Apresentar os principais tratamentos disponíveis para a endometriose;
- Explicar a importância de uma correta anamnese;
- Discutir a importância da medida terapêutica para melhor resolução deste problema;
- Relacionar os casos de endometriose com o índice de infertilidade destas pacientes;
- Discutir a ação da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento da doença.

3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, realizada através de buscas nas bases de dados *Literatura Latino-Americana* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), Google Acadêmico e Google Livros entre outras bases.

Após a leitura de vários artigos foram selecionados artigos em português e espanhol, tendo como palavras chaves: endometriose, infertilidade, dor pélvica. A pesquisa ocorreu entre março a setembro de 2017, abrangendo monografias, livros e revistas eletrônicas.

Para a seleção das obras foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão, ou seja, foram incluídos os artigos publicados entre 2002 a 2017, compatíveis com o tema, com textos completos e disponíveis gratuitamente. E foram excluídas as obras que não obedeciam estes critérios ou repetidas em outras bases de dados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ENDOMETRIOSE

É identificada pela existência de tecido endometrial (mucosa que reveste o útero) distante da cavidade uterina, isto é, quando o endométrio, se desenvolve na parte externa do útero. O mesmo pode se fixar em diversas localidades na cavidade abdominal ou em pontos mais longes. Consegue se fixar nos ovários, intestino, nos ligamentos, peritônio, além de bexiga, sigmoide, reto e outras. Principais sintomas são; cólica menstrual, normalmente muito forte, sofrimento na relação sexual no momento em que o genital masculino (pênis) toca no final da vagina, ocorre alterações intestinais e urinárias que decorrem da menstruação. Além disso, pode causar infertilidade. (CROSERÁ et al., 2010; MENDES et al., 2013).

A dispareunia (dor durante o ato sexual) é um sintoma bem associado com a endometriose, podendo nos apontar a existência de doença profunda, possivelmente acomete a região retrocervical ou ainda a fáscia reto-vaginal. Importante enfatizarmos que a doença acomete mulheres, a partir da primeira menstruação limitando-se a menopausa momento em que acabam as menstruações. (BELLELI et al., 2010).

É um pertinente motivo de dor pélvica e infertilidade feminina, conduzindo ao gasto mental e físico, prejudicando em casos sérios as condições de vida dos pacientes, especialmente devido ao atraso da análise. Mesmo que a endometriose não seja uma patologia fatal, ela apodera-se a vida feminina e compromete aos setores por completo. A descoberta da patologia se torna um alívio, visto que junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a notícia da não malignidade da doença. (BARBOSA et al., 2015).

Estudos mostram predominância de endometriose de 4,8% a 8,8% em irmãs que contém esta doença. Mesmo sem comprovação da maneira definida de transmissão, verificou-se que o risco genético pode ser mais certamente por causa de diversos genes. Numerosos estudos descobriram um risco elevado em três a nove vezes para irmãs e mães de mulheres com endometriose. (BELLELI et al., 2010).

4.2 CLASSIFICAÇÕES DA ENDOMETRIOSE

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) é a classificação mais empregada, caracterizada pela dimensão, aparência e profundidade dos implantes presentes nos ovários e no peritônio; na presença de aderências, assim como seu tipo e tamanho; e no nível de bloqueio da fundura do saco. (ABRÃO et al., 2009). Ela distribui a patologia em quatro esferas: o estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes, estágio II ou leve acontece lesões livres e dispersas, sem aderências significantes, implantes superficiais; estágio III ou moderada contém diversos implantes, superficiais e profundos com adesão periovariana e peritubária que podem ser evidentes; severa, existem muitos implantes superficiais e profundos, com ocorrência de membranas e aderências densas e existência de grandes endometriomas. (CACCIATORI; MEDEIROS, 2015).

Outra classificação muito usada divide-se a endometriose em três tipos: a peritoneal é definida pela existência de implantes na superfície do peritônio; a ovariana pela existência de implantes nos ovários e a apresentação de endometriomas e; a profunda é certa pela existência de implantes com profundidade acima de 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose. (BARBOSA et al., 2015).

4.3 LOCALIZAÇÕES ANATÔMICAS

As lesões endometrióticas podem apresentar-se de duas formas: interna e externa. A interna é quando ocorre dentro do útero, mas está presente no tecido muscular deste órgão. Neste caso, recebe o nome de Adenomiose ou endometriose uterina. A externa ou extra-uterina é quando ocorre fora do útero. Os locais mais comuns da endometriose extra-uterina são: septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), ovários, tubas uterinas, superfície do reto, bexiga, ligamentos do útero e parede da pélvis (figura 1). (ZIMBARDI, 2014).

As lesões endometrióticas podem se apresentar sob os mais variados aspectos sendo definidas como típicas, quando tem o aspecto tradicional de lesões escuras (com

sangue no seu interior) ou atípicas (brancas, placas, "chama de vela", hipervascularização). (KRATKA, 2002).

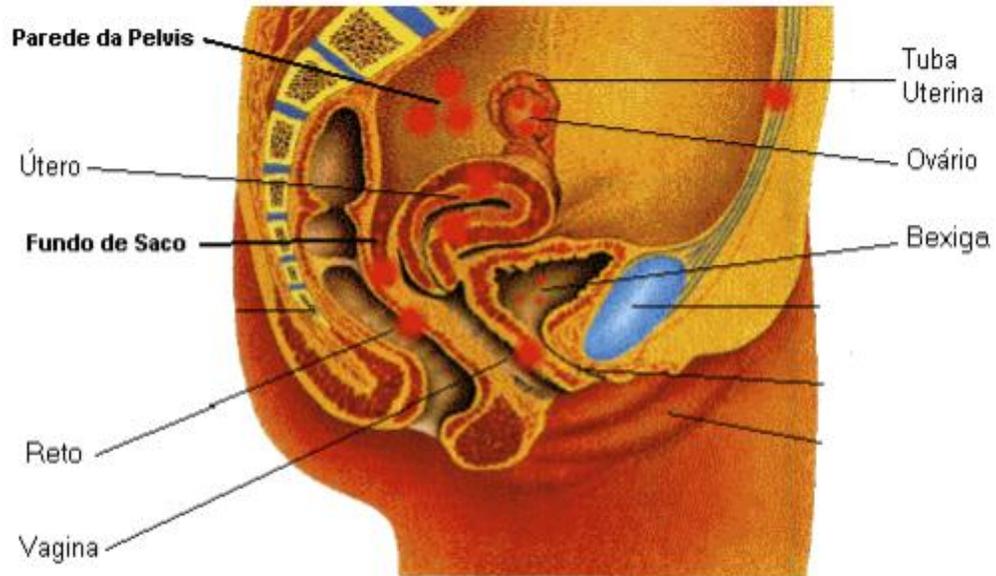


Figura 1- Locais de implante do endometrioma

Fonte: Kratka (2002)

4.4 ETIOLOGIA

A etiologia da endometriose é desconhecida. Várias teorias, envolvendo fatores anatômicos, imunes, hormonais e genéticos, foram postuladas.

Menstruação retrógada. A teoria de Sampson propõe que a endometriose está associada com a menstruação retrógada do tecido endometrial através das tubas de Falópio para a cavidade peritoneal. Essa teoria tem sido apoiada pelos seguintes fatos: a endometriose é com mais frequência encontrada nas porções dependentes da pelve; a incidência é mais alta nas mulheres com obstrução da saída do fluxo menstrual normal (p. ex., estenose cervical); é mais comum nas mulheres com ciclos menstruais mais curtos ou com duração mais longa do fluxo, dando mais oportunidade para a implantação endometrial. (COELHO, 200_).

Fatores imunes: Dados crescentes propõe que os fatores imunes específicos nos locais dos implantes endometriais executam um excelente papel para determinar se uma paciente irá desenvolver a doença e em que extensão. Esses fatores parecem explicar a ligação e a proliferação das células endometrióticas. (HURTER, 2012).

Disseminação iatrogênica: Normalmente, averigua-se endometriose em cicatrizes de cirurgias passadas, como abdominais ou partos. Baseado nesse acontecimento, Greenhill, em 1942, propôs a probabilidade de que fragmentos endometriais poderiam continuar no local, provocados pelo procedimento cirúrgico. (KRATKA, 2002).

Fatores hormonais: Diferentemente do tecido endometrial normal, os implantes endometrióticos podem produzir aromatase, levando à produção de estrogênio extraovariano. Isso pode explicar por que a endometriose pode recorrer nas mulheres que se submetem à histerectomia e à salpingo-ooforectomia bilateral. Prostaglandina E2 – um componente pró-inflamatório, parece se mostrar como um poderoso indutor da atividade da aromatase nos implantes endometrióticos. (HURTER, 2012).

Fatores genéticos: Mulheres que possuem um familiar de primeiro grau com endometriose possuem um risco de seis a nove vezes maior de desenvolver endometriose. O modo de herança é possivelmente multifatorial. (COELHO, 200_).

4.5 EPIDEMIOLOGIA

A endometriose representa uma afecção ginecológica afetando de 5-10% das mulheres em idade reprodutiva, mesmo se considerado isoladamente a população de pacientes com dor pélvica, os números variam de 40 a 60%, enquanto que entre os pacientes com endometriose sub-fertilidade atinge percentuais 20-40% 1. O pico de incidência é entre 30 e 45 anos de idade. Essa doença ocorre em todos os grupos étnicos, embora as asiáticas tem o risco mais aumentado. Não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho. (ORSHAN, 2010).

Estudos mostram que mulheres de raça branca e a classe social mais elevada, apresentam uma maior frequência de endometriose, o resultado pode estar relacionado

a um viés de maior percepção de sintomatologia e acesso ao diagnóstico da patologia que essas pacientes possam ter. (FAGUNDES; BELLELIS; PODGAEC, 2012).

4.6 INFERTILIDADE

Atualmente a infertilidade acomete cerca de 10% a 15% da população em idade reprodutiva, sendo considerado um problema de grande importância socioeconômico. Destacamos um dos principais fatores que contribui para a incidência da infertilidade feminina, a endometriose. Quando se avalia o binômio endometriose/infertilidade, os estudos sugerem que entre 25% e 50% das mulheres inférteis possuem endometriose e que 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis. (PODGAEC, 2014).

A prevalência de infertilidade é relativamente estável na população geral, mas aumenta com a idade da mulher, especialmente naquelas com mais de 40 anos. As causas prováveis incluem a tendência para adiar a gravidez até uma fase mais tardia da vida, quando a fertilidade diminui naturalmente devido à disfunção ovulatória e aos danos decorrentes da doença como a endometriose. (LOWDERMILK et al., 2012).

Numerosos mecanismos podem interferir na fertilidade de mulheres com endometriose e estes incluem alteração na foliculogênese, levando a uma disfunção ovulatória e piora na qualidade oocitária, bem como deficiência na fase lútea, redução na fertilização e anormalidades na embriogênese. (PODGAEC, 2014).

4.7 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado por meio da existência dos sinais da doença, e acreditamos que o melhor marcador para endometriose é clínico: a Dismenorreia. Isso leva a um caminho mais apropriado ao trabalho dos ginecologistas, pois, com uma boa anamnese, e de achados no exame físico (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem, conseguirão presumir a doença. (LASMAR RB; LASMAR, BP, 2015).

Um dos desafios a ser atingido reporta-se à diminuição no tempo de análise da endometriose. Uma pesquisa brasileira relatou que o tempo gasto desde o começo dos

sintomas até a análise foi, em média, 7,4 anos para as mulheres que possuíam dor pélvica e 4 anos para as aquelas com infertilidade. Um novo estudo foi conduzido com o objetivo de explorar as práticas dos ginecologistas brasileiros com relação à análise da endometriose. (MARQUI, 2014).

Os exames de imagem, ultrassonografia ou ressonância magnética vão comprovar e ampliar o diagnóstico da endometriose. Porém, o exame físico completo poderá detectar lesões menores, sem resultado nos exames de imagem (figura 2). Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada. As instruções para os exames precisarão cumprir as regras de cada serviço. (LASMAR RB; LASMAR BP, 2015).

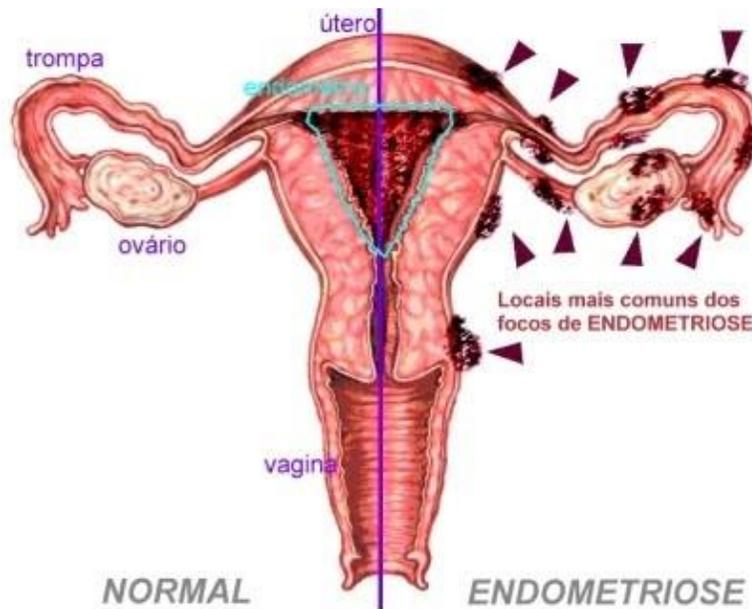


Figura 2 – Órgãos reprodutores feminino/normal e acometido pela endometriose

Fonte: Barbosa et al. (2015)

4.7.1 Diagnóstico Clínico

É bastante oscilatória a situação clínica da paciente com endometriose. A paciente pode ser assintomática ou apresentar manifestações como cólica severa, dor

pélvica crônica, dispareunia profunda, fadiga crônica, sinais evacuatórios perimenstruais ou urinários e infertilidade. O exame ginecológico pode apresentar-se normal, porém a frequência de dor à movimentação do útero, crescimento do volume ovariano ou retroversão uterina é desconfiança da doença, apesar de que não seja específica. Os espessamentos dos ligamentos uterossacros, lesões violáceas ou as nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior na vagina são os indícios de sugestão de endometriose profunda infiltrativa. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

4.7.2 Diagnóstico Laboratorial

Muitos estudos foram feitos para descobrir exames laboratoriais que possam ser utilizados para constatar a endometriose. Portanto sua sensibilidade não é suficiente, e não permite que sejam empregados isoladamente no diagnóstico da patologia. (MARQUI, 2014).

O exame CA 125: é um exame utilizado para realçar a suspeita de endometriose; entretanto, não é específico para esta doença e pontos anormais de poucos elementos podem ser indicados em certos estados fisiológicos (no decorrer da menstruação, por exemplo) ou em situações patológicas que não conferem à endometriose (câncer no ovário). (SANTOS; MARTINS; BARBOSA, 2013).

É recomendado de que sua dosagem seja realizada desde o primeiro ao terceiro dia da fase menstrual e no décimo dia (época pós-menstrual). Outro exame laboratorial é a *Proteína Amióide A Sérica* (SAA) que é definida como uma proteína de ciclo agudo inflamatório, que consegue permanecer amplamente em pacientes com endometriose avançada, maior elevação também é averiguada durante o período menstrual. (SANTOS; MARTINS; BARBOSA, 2013).

4.7.3 Diagnóstico por Imagem

Os exames de imagem são mais indicados para detectar a provável presença da doença, que será confirmada por meio de exames imagens e laboratoriais. Dentre os

exames de imagem que conseguem determinar a patologia, evidenciam-se a seguir: (MARQUI, 2004).

Ultrassonografia transvaginal (USTV) – é capaz de identificar lesões nas junções reto e retossigmóide e tipos de endometriose ovariana. Esse exame é mais usado para o diagnóstico da endometriose, por ser mais acessível e barato. Portanto, nem sempre esse procedimento é eficiente para o ginecologista realizar uma conduta verídica, porque a ultrassonografia tem algumas limitações, pois a mesma não consegue averiguar rigorosamente a região da pelve e o espaço subperitonial, o que dificulta o diagnóstico adequado da endometriose. (SANTOS; EMÍDIO; ROVERSI, 2015).

Retossigmoidoscopia e Citoscopia – é capaz de conduzir a análise indireta de lesões de endometriose. Outro exame é a Colposcopia que auxilia no diagnóstico da endometriose cervical ou vaginal. (SANTOS; MARTINS; BARBOSA, 2013).

Ressonância magnética – identifica lesões nos ligamentos retrocervicais e uterossacrais e no ureter, averiguando sua extensão e infiltração. Esse exame é considerado um excelente método para diagnóstico de endometriose da pelve, devido a sua habilidade em conseguir imagens de variados planos de diferentes locais da cavidade pélvica e por ter ótima caracterização tecidual. No entanto, devem-se empregar esse exame mais a ultrassonografia em casos de desconfiança da endometriose, porque esse tipo de patologia pode ficar infiltrada em variados locais do organismo. (SANTOS; EMÍDIO; ROVERSI, 2015).

Histerossalpingografia – é proveitoso na análise da endometriose, no momento que indica estrias terminais, retenção peri-tubo-ovárica de contraste, pinçamentos de luz tubária, loja ovariana atípica, presença de divertículos e pólipos, alterações de imagens intra-tubáricas, alterações das pregas tubáricas, quaisquer capazes de situações na endometriose. (SANTOS; MARTINS; BARBOSA, 2013).

Laparoscopia: Diagnóstico e tratamento da endometriose. A técnica utilizada e por meio de pequenos riscos na barriga, e a inserção de instrumentos telescópicos para se visualizar, e se precisar, para remoção das lesões. Ela é mais propícia que a Laparotomia, porque tem um pequeno tempo de internação, recuperação e anestesia, além de possibilitar uma melhor visualização dos focos da patologia. Laparotomia é tido como mais invasivo em relação a Laparoscopia. (NASCIMENTO; KRAIEVSK, 2017).

4.8 TRATAMENTO

Todavia, como a endometriose é considerada crônica, deve-se ter em consideração na hora de indicar uma medicação não apenas a eficácia, como também a tolerabilidade e segurança em tratamentos muito extensos. Não há um tratamento ideal para todas as pacientes e o manejo depende dos sintomas, da idade e desejo reprodutivo no futuro e no momento em curto e em longo prazo. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. (BAHAMONDES et al., 2012).

4.8.1 Tratamento clínico

Esse tratamento é recomendado para pacientes sintomáticas, que não possuem vontade de ter filhos e aquelas que não alcançaram a redução da dor após tratamento cirúrgico. O objetivo desse tratamento é proporcionar a diminuição da dor causada pela endometriose, além de colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia. Para a redução da dor podem ser prescritos medicamentos anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos e alguns tratamentos clínicos complementares como: acupuntura, exercícios físicos, mudanças de estilo de vida, acompanhamento psicológico e fisioterapia. (FAGUNDES; BELLELIS; PODGAEC, 2012).

4.8.2 Tratamento farmacológico

A terapêutica medicamentosa principal consiste na utilização de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) perimenstrual, agregado a um anticoncepcional oral (ACO), diário. Com tratamento bem desenvolvido: análogos gonadotrofinas (GnRH-intramuscular ou subcutâneo uma vez por mês) que age inibindo a secreção de gonadotrofinas, causando efeito hipostrogênico e atrofia os focos da doença, melhorando a dor pélvica. Não pode ser utilizado por mais de seis meses consecutivos. (LOPES, 2007).

Uma nova opção terapêutica foi inserida neste ramo de tratamento. O Dienogest é um novo progestágeno habilitado há pouco tempo em vários países da Europa, em alguns países latino-americanos e Japão, como medicação da endometriose na porção de 2 mg/dia por via oral. O Dienogest diminui as lesões da endometriose, visto que produz um ambiente progestogênico contínuo com diminuição moderada dos estrogênios circulantes, contudo não gerando hipoestrogenismo, sem atividade significativa mineralocorticoide, androgênica ou glicocorticoide devido à união essencial ao receptor. (BAHAMONDES et al., 2012).

O uso da medicação é alicerçado devido a endometriose referir-se a hormônios que atrofiam o endométrio e impedem a menstruação, como os contraceptivos orais combinados e os progestágenos, e também os análogos do GnRH que possibilitam a supressão do estrogênio endógeno. O benefício da utilização de ACO é o emprego por tempo indeterminado e, por consequência ao caráter crônico da doença, tratamentos em longo prazo precisam ser considerados. As terapias hoje têm como finalidade: aumentar a chance de gestação, diminuir a dor e retardar a recorrência. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2011).

O Progestagênio também pode ser indicado na segunda fase do ciclo menstrual, em injeção intramuscular trimestral ou em forma de depósito de liberação lenta subcutânea ou em dispositivo intrauterino, sendo eficaz na redução da sintomatologia algica. Ou ainda pode ser utilizado o Gestrinona, que é um esteroide derivado da 19-nortestosterona, inicialmente desenvolvida como método anticoncepcional, com efeitos androgênico, progestagênico e antiestrogênico. Seu efeito clínico é conseguido pela supressão da ovulação, que resulta em oligo ou amenorreia, reduzindo os implantes endometrióticos. (LOPES, 2007).

Algumas mulheres que não optam em ter filhos e que possuem nível pequeno da patologia e dos sinais podem escolher por realizar somente exames constantes uma ou duas vezes por ano, afim de que o médico averigue se a patologia não esta piorando. (MENDES et al., 2013).

4.8.3 Tratamento cirúrgico

O procedimento cirúrgico engloba desde de métodos de menor complexidade, como liberação de aderências velamentosas, cauterização de focos superficiais, até intervenções complicadas nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas, requisitando, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

A cirurgia é uma alternativa para as mulheres que possuem dor abundante que não reduz com o tratamento hormonal ou que pretendem engravidar em breve ou no futuro. Uma laparoscopia ou laparotomia pélvica é realizada para descobrir a endometriose e destruir ou remover todo os tecidos associados a patologia e o tecido cicatricial (aderências). (MENDES et al., 2013).

As mulheres que possuem essa patologia com manifestações graves e não tem mais vontade de ter filhos no futuro podem realizar a cirurgia para a remoção do útero (histerectomia) assim como a retirada de um ou dois ovários, além das tubas uterinas. Uma em cada três mulheres que não tiraram os dois ovários durante a histerectomia manifestará os sinais outra vez e necessitará de cirurgia mais tarde para removê-los. Os objetivos desse procedimento são: remover completamente os implantes endometriais e aderências dos órgãos inclusos e recompor a anatomia regular da pelve. (BATISTA et al., 2006).

4.8.4 Tratamentos de reprodução assistida

Os tratamentos de reprodução assistida-fertilização in vitro e inseminação intrauterina – podem ser indicados para pacientes com endometriose e infertilidade, levando-se em conta o nível da patologia, o tempo de infertilidade, a idade, o envolvimento das trompas e a existência de outros fatores relacionados. (MARQUI, 2014).

A inseminação intrauterina com indução da ovulação é um procedimento para os casos de endometriose leve ou mínima. Pacientes acima de 35 anos podem partir prontamente para fertilização in vitro (FIV). A medicação deve ser ofertada por até seis

ciclos. A FIV é um procedimento adequado para os casos de endometriose grau 3 ou 4 com comprometimento tubário, se os tratamentos prévios falharam ou se houver fator masculino associado. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

4.8.5 Tratamento Hormonal

O Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-Lng), Mirena, foi produzido na Finlândia em 1990. Igualmente chamado de endoceptivo, visto que consiste nos efeitos locais da liberação de pequenas dosagens de um progestágeno, o levonorgestrel (Lng) na parte interna da cavidade uterina. É conhecido também de “DIU Hormonal”, visto que consegue associar os benefícios dos DIUs (ação intrauterina, única aplicação e longa duração) em relação às dos contraceptivos hormonais (alta eficácia e reversibilidade). Diferentemente acontece com os contraceptivos orais, da qual eficácia pode ser comprometida pelo emprego inadequado do método, a eficácia do SIU-Lng não sofre interferência da aderência ao tratamento em relação à usuária. (MOREIRA, 2004).

Ensinamentos clínicos recomendam que as concentrações tem duração por até 78-84 meses após a introdução do endoceptivo. Porém, só é aprovado para utilizar cinco anos. É um contraceptivo muito confiável, com regulação da fertilidade, possui também as vantagens em ser de utilização simples, cômodo e reversível. Ocasionalmente, progressão da dismenorria e uma redução considerável tanto da duração, como da quantidade do sangramento menstrual. (OLIVEIRA et al., 2015).

Consequentemente, também útil em várias situações patológicas, como nas diversas causas de menorragia, em ginecopatias como a miomatose, a adenomiose, e a endometriose. (MOREIRA, 2004).

Os equipamentos intra-uterinos liberadores de hormônios contêm efeitos locais e hormonais, e são usados na medicação da endometriose por eliminar a síntese de estrogênio, bloqueando a fase de estimulação e sangramento endometrial ou guiando a atrofia dos implantes endometriais ectópicos. (OLIVEIRA et al., 2015).

Os contraceptivos orais com baixa dose de estrogênios e progestinas de alta potência são preferidos e podem ser administrados como regimes cíclicos ou contínuos

sem intervalos a cada mês. Os contraceptivos orais podem ser continuados por longo período como terapia de manutenção em mulheres saudáveis. (DOHERTY et al., 2017).

4.8.6 Terapias alternativas

- Acupuntura - ainda são escassas as pesquisas que esmiúçam a eficácia da técnica medicinal chinesa em mulheres com dor pélvica e endometriose. Quando existentes, a maioria esta publicada em periódicos de outros países, de idioma distinto, dificultando o estudo e compreensão. No entanto, diversas evidências demonstram que a acupuntura pode contribuir no tratamento deste grupo de pacientes. (MELO, 2010).

- Eletroterapia - Os exercícios usados para a medicação da endometriose é todos aqueles que podem inserir a área pélvica; empregando os movimentos inclinação pélvica anterior e posterior, inclinações laterais e as rotações para frente e para trás, pois os movimentos pélvicos notadamente possibilitam irrigações sanguíneas nesta área, bem como massageia os órgãos interno. (NASCIMENTO; KRAIEVSK, 2017).

- Fisioterapia - são empregadas técnicas de eletroestimulação e/ou terapias manuais, com obtenção de resultados positivos e melhora da dismenorreia e na dor, embora os reflexos ainda não foram analisados de forma adequada em casos específicos de endometriose, sabe-se que são meios paliativos e não de tratamento. (MELO, 2010).

- Sugestões alimentares - é possível que os altos níveis de estrogênio possam “estimular o crescimento de implantes endométricos.” Pela escolha de alimentos e suplementos alimentares que reduzem os níveis de estrogênio, é possível se alcançar o sucesso no tratamento da endometriose. Eis algumas de suas sugestões:

- ✓ Consumir mais grãos integrais ricos em vitaminas E e complexo B, que podem ajudar a reduzir os níveis de estrogênio. Além disso, as fibras desses grãos irão absorver o excesso de estrogênio e removê-lo do corpo.
- ✓ Consumir alimentos ricos em cálcio e magnésio para aliviar as cólicas e as contrações musculares. Consumir também grandes quantidades de frutas e

verduras ricas em potássio. O potássio atua como diurético. Os diversos tipos de feijão e ervilha são fontes excelentes de todos esses três minerais.

- ✓ Comer frutas e verduras ricas em vitamina C, “que facilitará a passagem dos nutrientes para os músculos e ajuda a transportar os resíduos para fora do corpo.” Ela também “fortalece os vasos capilares, o que ajuda a reduzir o sangramento menstrual intenso.” Comer mais frutas também ajuda a aliviar as cólicas resultantes da endometriose.
- ✓ Adicionar grãos de soja à alimentação. Esses legumes ajudam a reduzir os níveis de estrogênio e também fornecem grandes quantidades de bioflavonóides, que podem reduzir a intensidade do sangramento. Aumentar também o consumo de ácidos graxos essenciais (como sementes e castanhas) e também o peixe que também é rico em minerais, como iodo e o potássio. (SPARROWE, 2006).

4.9 ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ENDOMETRIOSE

A atenção farmacêutica é uma definição de prática profissional no qual o paciente é o mais favorecido com os serviços do farmacêutico. O Código de Ética Farmacêutico Brasileiro determina que o farmacêutico deve agir em favor da saúde do paciente e informando-os sobre todas as dúvidas. Esse profissional atende o paciente e o orienta sobre a farmacoterapia determinada pelo médico, através da avaliação das suas necessidades associadas aos medicamentos, além disso, identifica problemas sobre os medicamentos. (OLIVEIRA et al., 2005).

Apesar de todas as informações sobre esta patologia, ainda não surgiu um procedimento ideal sem reaparecimento da doença e dos de sintomas. Muitas mulheres reclamam de dor ou de perda da fertilidade mesmo após terem realizado várias intervenções. Por isso, o farmacêutico deve orientar as pacientes com endometriose sobre as probabilidades de falhas no tratamento, sobretudo acompanhar a terapia e, ao identificar a falta de eficácia dos fármacos, conduzir a paciente ao serviço especializado para modificações no tratamento. (LORENÇATTO, 2007).

No entanto, é fundamental que os farmacêuticos realizem uma anamnese correta para averiguar a probabilidade de a paciente estar com endometriose e não outra patologia. O farmacêutico possui participação importante em diversos fatores quando se trata em colaborar no diagnóstico, acompanhar a terapia, especialmente em ACO e modificações no estilo de vida. Ele deve realizar as orientações fundamentais para as portadoras da doença sobre dieta adequada à base de comidas naturais e fibras, líquidos e a redução de produtos industrializados e carne vermelha em demasia. (SILVA et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose é considerada uma patologia enigmática, que merece atenção dos profissionais de saúde, assim como o conhecimento da população. Uma vez que, é uma doença de diagnóstico difícil, sem cura e mesmo não sendo considerada maligna, gera graves danos à vida da mulher.

A terapia hormonal e a laparoscopia pélvica não a curam a doença, mas podem amenizar as manifestações de modo parcial ou completo nas pacientes. Em algumas circunstâncias a doença pode voltar mesmo com a histerectomia. Essa patologia, é capaz de provocar infertilidade, mas não em todas as mulheres, especialmente se for leve. A cirurgia laparoscópica pode favorecer para aumentar a fertilidade e a chance de sucesso dependendo da gravidade da endometriose. As pílulas anticoncepcionais conseguem colaborar para impedir ou retardar a evolução da doença.

O nosso papel como farmacêutico é orientar as pacientes, para que procurem um ginecologista para diagnóstico correto e caso diagnosticado, esclarecer as dúvidas sobre o tratamento e os medicamentos, desde cumprir a posologia adequada, o tempo determinado e os intervalos apropriados, interações medicamentosas, efeitos colaterais, a importância de seguir o tratamento de modo correto e reforçar informações para desfazer mitos e possíveis medos. Também incentivar a comunicação da paciente com os outros membros da equipe visando um acompanhamento multiprofissional.

Em razão da prevalência aumentada de endometriose em mulheres com idade fértil, o farmacêutico possui um importante papel em todos os estágios da patologia. Compete a este profissional determinar os sintomas, mesmo que inespecíficos, e conduzir a paciente para um serviço médico especializado. Após o diagnóstico, o farmacêutico deve informar a paciente com endometriose sobre o tratamento farmacológico, como também elaborar estratégias que elevem a adesão da portadora à terapia assim como determinar falhas no tratamento adotado.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Maurício Simões et al. Endometriose intestinal: uma doença benigna? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.5, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/29.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2017.

BAHAMONDES, Luis; CAMARGOS, Aroldo Fernando. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. **Revista Femina**, v. 40, nº 3, 2012. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3263.pdf>>. Acesso em: 04 de maio de 2017.

BELLELI, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica – uma série de casos. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.56, n.4, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/22.pdf>>. Acesso em: 01 de abr. de 2017.

BARBOSA, Delzuite Alves de Sousa; OLIVEIRA, Andrea Mara. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**, v.1, n. 01, 2015. Disponível em:< <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/116/95>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

BATISTA, Ana Paula Castor et al. **Histological evaluation of the induced endometriosis in rats, after treatment with dexamethasone**. Temuco, v.24, n.4, 2006. Disponível em:< http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022006000500008>. Acesso em: 31 mar. 2017.

CACCIATORI, Felipe Antônio; MEDEIROS, João Pedro Ferri. Endometriose: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**, Criciúma, v. 13, n. 1, 2015. Disponível em:< periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/download/2687/2495>. Acesso em: 12 out. 2017.

COELHO, Antônio Pereira. **Endometriose**. 200_. Disponível em:< http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_17.pdf>. Acesso em: 18 out. 2017.

CROSER, Ana Maria Larotonda Vieira et al. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. **Revista Femina**, v. 38, nº 5, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a005.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

DOHERTY; Gerard M. et al. **Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=Fz2KDgAAQBAJ&pg=PT3241&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20da%20endometriose&f=false>. Acesso em: 29 mar. 2017.

FAGUNDES, Paula Zulian; BELLELIS, Patrick; PODGAEC, Sérgio. **Contraceção hormonal e sexualidade- endometriose**. São Paulo, v.69, n.1, 2012. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5268>. Acesso em: 31 mar. 2017.

HURTER, K. JOSEPH et al. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=kQOpDAAAQBAJ&pg=PA504&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20da%20endometriose&f=false>. Acesso em: 23 jun. 2017.

KRATKA, Patrícia Camargos. **O enigma da endometriose**. 2002.41f. Monografia (Grau de Licenciado em Ciências Biológicas) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília. Brasília. Disponível em:< <http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2496/2/9863817.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2017.

LASMAR, Ricardo Bassil; LASMAR, Bernardo Portugal. Endometriose: o que nos leva a suspeitar da doença e quando indicar cirurgia para a paciente com endometriose? **Revista Femina**, Rio de Janeiro, vol.43, n.3, 2015. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5112.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

LOWDERMILK, Deitra Leonard et al. **Obstetrícia e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=jnq6iuRaJx4C&pg=PA193&dq=endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=endometriose&f=false>. Acesso em: 26 jun. 2017.

LOPES, Antônio Carlos. **Diagnóstico e tratamento**. v.3. Barueri, SP: Manole, 2007. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=KI4lcyKdGsAC&pg=PA518&dq=preven%C3%A7%C3%A3o+da+endometriose&hl=ptBR&sa=X&redir_esc=y#vonepage&q=preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20endometriose&f=false>. Acesso em: 26 jun. 2017.

LORENÇATTO, CAROLINA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n.5, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n5/a20v53n5.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem e Atenção Saúde**, Minas Gerais, v.3, n.2, 2014. Disponível em:<<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Endometriose-dodiagn%C3%B3stico-ao-tratamento.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MELO, Nilson Roberto. **Manual de Orientação Endometriose**. 2010. Disponível em:<<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ENDOMETRIOSE%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

MENDES, E. O. et al. Endometriose. **Revista das Faculdades de Santa Cruz**, v.9.n.1, 2013. Disponível em: < <http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/16/08-endometriose.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MONTEIRO, Natália Fernandes; TAMBELLINI, Stephanie Rotband Marchtein. **Como diagnosticar e tratar a endometriose**. São Paulo, v. 69, n. ½, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4956>. Acesso em: 29 mar. 2017.

MOREIRA, Juliana. **Perfil das usuárias do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (siu-Ing) e aceitabilidade do método em Florianópolis (SC)**. 2004. 66f. Monografia (Grau de Bacharel em Medicina), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/117955/204858.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

NASCIMENTO, Letícia Zapparoli Ribeiro; KRAIEVSKI, Elaine da Silva. Endometriose: Fisioterapia e a Doença. **Rev. Conexão Eletrônica**, Mato Grosso do Sul, v. 14, n. 1, 2017. Disponível em: < <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1.%20Ci%C3%A2ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A2ncias%20da%20Sa%C3%BAde/16%20ENDOMETRIOSE%20%20Fisioterapia%20e%20a%20Doen%C3%A7a.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

NNOAHAM, Kelechi E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertility and Sterility**, vol. 96, n. 2, 2011. Disponível em: < [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(11\)00876-4/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(11)00876-4/pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2017.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol.32, n.6, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=>

sci_arttext&pid=S010072032010000600008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 29 mar. 2017.

OLIVEIRA, Andrezza Beatriz et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol.41, n. 4, 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-9332-2005000400002>. Acesso em: 22 jun. 2017.

OLIVEIRA, Maria Virginia et al. Benefícios não contraceptivos do Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel na endometriose. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2015. Disponível em:< <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/383/u2015v12n27e383>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

ORSHAN, Susan A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos**: o cuidado ao longo da vida. São Paulo: Artmed, 2010. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=NStADQAAQBAJ&pg=PA183&dq=etiologia+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=etiologia%20da%20endometriose&f=false>. Acesso em: 31 mar. 2017.

PODGAEC, Sergio. **Endometriose**. 1.ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 279p. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=Yd12BgAAQBAJ&pg=PA83&dq=infertilidade+por+causa+da+endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=infertilidade%20por%20causa%20da%20endometriose&f=false>. Acesso em: 26 jun. 2017.

SANTOS, Alessandra Barros; MARTINS, Ariane Marques; BARBOSA, Francisca Joisse Souza. **Endometriose nos seus diagnósticos diferenciados: ultrassonografia e ressonância magnética**. 2013.55f. Monografia (Grau de Bacharel em Tecnólogo em Radiologia) - Faculdades Integradas Ipiranga. Belém. Disponível em:< http://www.ipirangaeducacional.com.br/banco_arquivo/TCC%20BIBLIOTECA/ipiranga_educacional9813977f973.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTOS, Letícia Amaral; EMÍDIO, Rafael; ROVERSI, Fernanda Marconi. **Diagnóstico por imagem em endometriose: comparação entre ressonância magnética e ultrassonografia**. 2015. Disponível em:< <http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2768.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2017.

SILVA, Isabella Druziana Carvalho et al. Aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos da endometriose na atenção farmacêutica: um estudo de revisão. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 1, 2013. Disponível em:< <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/2415/1851>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SPARROWE, Linda. **Yoga para a saúde do ciclo menstrual**. São Paulo: Pensamento, 2006. Disponível em:< https://books.google.com.br/books?id=z72810H02xgC&pg=PA85&dq=endometriose&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=endometriose&f=false>. Acesso em: 22 jun. 2017.

ZIMBARDI, Daniela. **Investigação do perfil de metilação de genes candidatos a biomarcadores na endometriose**. 2014.102f. Tese (Doutorado em Pós Graduação em Ciências Biológicas), Universidade Estadual Paulista. Botucatu-SP. Disponível em:< <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124006/000828456.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 out. 2017.

ZOMER, Monica Tessmann et al. Correlação entre os níveis de Ca-125 séricos e os achados cirúrgicos em mulheres com sintomas sugestivos de endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n.6, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n6/v35n6a05.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017.