



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

SILVANA CARDOSO DE UNGRIA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO
DA QUALIDADE DE VIDA À MULHER COM
ENDOMETRIOSE**

ARIQUEMES-RO

2014

Silvana Cardoso de Ungria

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO
DA QUALIDADE DE VIDA À MULHER COM
ENDOMETRIOSE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho.

Ariquemes – RO

2014

Silvana Cardoso de Ungria

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA A MULHER COM ENDOMETRIOSE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Dr^a. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof. Esp. Gustavo Barbosa Framil
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 04 de dezembro de 2014

A minha mãe, Maria Nilza, que me dá todos os dias força e determinação para vencer esta doença. Sem ela não sei se conseguiria. Dedico também às incríveis mulheres, que como eu lutam contra a endometriose.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua força sublime não me desamparou em nenhum momento.

A minha família, em especial a minha mãe, que sem seu apoio, incentivo não teria realizado meus sonhos.

A minha verdadeira amiga Franciele de Matos, por tudo que vivi com ela, pelo ombro amigo, por rirmos e chorarmos juntas, por estar sempre disposta a me ajudar.

A todos os meus Professores que me ensinaram ao longo deste curso, em especial, a minha orientadora Mariana Ferreira Alves de Carvalho, pela dedicação ao transmitir seus conhecimentos.

Aos colegas que tive a oportunidade de conhecer durante o curso, em especial a Rosiellen Barbosa, Mirian Débora Bonim e Simone da Silva.

A todas as equipes dos Campos de estágio, que me recebeu de forma tão acolhedora.

Enfim, obrigado a todos que me apoiaram para que eu chegasse até aqui, e alcançasse meus objetivos.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Marthin Luther King)

RESUMO

A endometriose é uma doença benigna crônica que atinge mulheres em idade reprodutiva levando a transtornos físicos como a dor com conseqüente diminuição da qualidade de vida prejudicando, assim, suas relações pessoais e profissionais. A mulher com endometriose pode ter as dores minimizadas, por meio do papel do enfermeiro na educação em que consiste em encorajá-la a procurar atendimento quando ocorrem os sinais e sintomas. Esta pesquisa objetivou destacar a assistência de enfermagem à mulher com endometriose. A metodologia utilizada foi revisão de literatura através das fontes: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e acervo pessoal. Verificou-se que a mulher com endometriose pode ter qualidade de vida, através dos tratamentos clínicos ou cirúrgicos, a importância do processo educativo, em esclarecer e orientar à paciente para subsidiar o autocuidado, pelo apoio familiar, mas principalmente, pela conscientização da doença que é enigmática e apesar dos avanços já obtidos, ainda há muito a ser descoberto sobre a mesma.

Palavras-chave: Endometriose, Qualidade de Vida, Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

The endometriosis is a chronic benign disease that reaches women in reproductive age taking to physical upset as the pain with consequent decrease of the life quality harming, like this, their personal and professional relationships. The woman with endometriosis can have the minimized pains, through the nurse's paper in the education in that you/he/she consists of encouraging her/it to seek service when they happen the signs and symptoms. This research aimed at to detach the nursing attendance to the woman with endometriosis. The used methodology was literature revision through the sources: Virtual library in Health (BVS) and personal collection. It was verified that the woman with endometriosis can have life quality, through the treatments clinical or surgical, the importance of the educational process, in to explain and to guide the patient to subsidize the taken care solemnity, for the family support, but mainly, for the understanding of the disease that is enigmatic and in spite of the progresses already obtained, there is still a lot to be discovered on the same.

Word-key: Endometriosis, Quality of Life, Assistance of Nursing

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- Endometriose Mínima (Grau I)	21
FIGURA 2	- Endometriose Leve (Grau II)	21
FIGURA 3	- Endometriose Moderada (Grau III)	22
FIGURA 4	- Endometriose Severa (Grau IV)	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação da *American Society for Reproductive Medicine* –
revisada em 1996.....20

Tabela 2- Sinais, sintomas e algumas complicações relacionadas à
Endometriose25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACHOs	Anticoncepcionais orais
AFS-r	American Fertility Society
aGnRH	Análogo de triptorelina, acetato de leuprolide, gozerelina
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA 125	Glicoproteínas séricas
FSH	Hormônio folículo-estimulante
IL	Interleucinas
LH	Hormônio luteinizante
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
Scielo	Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ENDOMETRIOSE	16
4.2 CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE	19
4.3 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE	23
4.4 TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE	26
4.4.1 Tratamento Farmacológico	26
4.4.2 Tratamento Cirúrgico	28
4.5 A MULHER COM ENDOMETRIOSE: QUALIDADE DE VIDA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

Segundo Sekula (2010), a endometriose é uma doença progressiva que se define pela presença de tecido endometrial, estroma e glândulas, fora da cavidade uterina e do miométrio. “É reconhecida desde o século XVII, tendo sido descrita, detalhadamente, pela primeira vez por Von Rokitansky em 1860, embora a visão moderna só tenha tido início com Sampson em 1927”, justificando a presença dos implantes ectópicos no peritônio das pacientes acometidas, pelo refluxo das células endometriais através das tubas durante o período menstrual, essa teoria é chamada da menstruação retrógrada, uma ideia extremamente difundida no meio médico até os dias atuais.

Aceita-se que aproximadamente entre de 10 a 15% das mulheres em período reprodutivo tenham endometriose. Representa uma das doenças crônicas ginecológicas, benignas mais comuns, frequentemente encontra-se na cavidade pélvica, como nos ovários, tubas, ligamentos uterinos, septo retovaginal e peritônio. Em locais mais distantes é raro ser encontrados os implantes endometrióticos, como no intestino, nos sacos herniários, na bexiga, nos rins, nos ureteres, na vulva, na vagina, no umbigo, nos pulmões e nas cicatrizes cirúrgicas. (VILARINO et al., 2011).

Algumas pacientes portadoras de endometriose são assintomáticas, entretanto, a maioria delas apresentam queixas clínicas em diferentes intensidades, sendo as principais dismenorreia, dor pélvica crônica, infertilidade, dispareunia de profundidade, sintomas intestinais e urinários cíclicos como dor ou sangramento ao evacuar/urinar durante o período menstrual e a partir dos sinais e sintomas acima citados que é levantado a suspeita do diagnóstico da endometriose. (ABRÃO et al., 2009).

De acordo com Bellelis (2010), a demora no diagnóstico de endometriose é explicada devido o quadro clínico ser inespecífico e da dificuldade a métodos diagnósticos especializados. Entretanto, muitos estudos têm tentado estabelecer fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da endometriose, e tentar caracterizar a população acometida. Caracteriza-se como uma doença estrogênio-dependente, o aparecimento desta enfermidade é maior o risco em mulheres que tem gestações tardias, mulheres com menarca precoce e em mulheres com grande diferença de tempo entre menarca e primeira gravidez. Já as mulheres obesas, que

tem uma maior exposição ao estrogênio, parece haver uma proteção, talvez por apresentarem maiores índices de anovulação crônica e irregularidade menstrual.

Muitas mulheres procuram tratamento em virtude de dor pélvica, infertilidade, ou ambas. Uma condição em que mesmo tratando-se de doença mínima podem estar associadas à dor severa, e doenças extensas podem ser clinicamente silenciosas. (KONDO et al., 2011).

Mulheres portadoras de endometriose podem ter seu cotidiano afetado prejudicando, assim, suas relações pessoais e profissionais, no qual é necessário que o enfermeiro esteja preparado para atendê-las melhorando a qualidade de vida delas, por isso este trabalho é de suma importância. Esta pesquisa tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica sobre a endometriose, destacando a atuação do enfermeiro para mulheres portadoras da doença, contribuindo com informações para o conhecimento dos estudantes e profissionais de enfermagem de como atuar frente esta doença, assim cooperando para que essas pacientes tenham uma vida normal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Destacar a assistência de enfermagem à mulher com endometriose.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar a endometriose;
- Classificar endometriose;
- Discorrer o quadro clínico e diagnóstico;
- Relatar o tratamento farmacológico e cirúrgico;
- Descrever sobre a assistência de enfermagem a mulher com endometriose.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo, baseada em pesquisa de artigos em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreende a SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e acervo pessoal. Para o levantamento dos artigos utilizou-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): endometriose, qualidade de vida e assistência de enfermagem.

O levantamento das publicações foi realizado no mês de agosto de 2013 a novembro de 2014. O delineamento do estudo estabeleceu um intervalo temporal de 1999 a 2014, os critérios de inclusão para a revisão de literatura foram os artigos publicados e escritos em línguas nacionais e internacionais, monografias, dissertações, teses e livros, acessados na íntegra que estavam coerentes com o tema da pesquisa e os critérios de exclusão foram os artigos incompletos e que não correspondiam aos objetivos do estudo.

Após a leitura foram excluídos os irrelevantes à pesquisa, 53 utilizadas, sendo 47 artigos, 01 manual, 01 Protocolo, 01 dissertação, 01 monografia, 02 livros, pois atendiam rigorosamente aos requisitos propostos pelo estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma das doenças ginecológicas benignas mais comum, dependente de estrógenos, associada à dor pélvica, caracterizada pela presença de tecido endometrial em localização extrauterina, ocorre com maior frequência no peritônio pélvico, ovários, septo retovaginal e intestino. (MARCHIORI et al., 2012).

Segundo Santos (2012), normalmente o tecido endometrial ectópico é similar ao endométrio situado no local original, é funcionante e sensível aos hormônios e drogas, mudando apenas a localização do tecido que está na bioquímica e funcionalmente em numerosas vias, receptividade a esteroides, potencial invasivo e proliferativo. Estando sujeito às alterações que se manifestam no trajeto do ciclo e o sangramento das lesões endometrióticas parece contribuir para desencadeamento de reação imunológica local, inflamação e formação de adesões fibróticas, que podem ser responsáveis pela sintomatologia nas mulheres portadoras da doença.

Observada pela primeira vez, por Rokitansky, em 1869, em material de necrópsia. Muitas teorias foram propostas para tentar explicar o desenvolvimento das lesões. Sampson em 1921, propôs a classificação dos hematomas endometriais de acordo com a distribuição de aderências, sinalizando o desenvolvimento agressivo da doença e apontando para a probabilidade do envolvimento intestinal, (ABRÃO et al., 2009). Em 1927 observou o comportamento da doença que mostrava o tecido endometrial semelhante ao tecido tópico na escavação retouterina, às vezes entre aderências que, dependendo do seu grau de progressão uniam o reto à parte inferior da cérvix uterina (RIBEIRO et al., 2012), propôs a teoria da implantação, que descreve sua tese sobre o refluxo de tecido endometrial através das tubas uterinas durante o ciclo menstrual, com subsequente implantação e crescimento no peritônio e ovário.

Recente estudo, confirmou a teoria de Sampson, foi observado que a distribuição dos implantes endometrióticos é assimétrica e relacionada tanto com a anatomia do abdômen pélvico quanto com o fluxo do líquido peritoneal. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Há quase um século existem duas principais hipóteses para explicar a patogenia desta doença como a teoria da metaplasia celômica, que ocorre em tecido

endometrial a transformação de mesotélio, a teoria da menstruação retrógrada, que postula o implante de células endometriais provenientes do refluxo do sangue menstrual pelas trompas para a cavidade abdominal que sofre influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminam tais células fora do seu sitio de origem. (BELLELIS et al., 2010).

Em cicatriz cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas também ocorre o desenvolvimento de endometriose, assim a teoria do transplante direto explica os implantes. A explicação para os casos localizados fora da cavidade pélvica se dá pela disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos (BRASIL, 2010). Mas, a etiopatogenia da doença não foi explicada em nenhuma dessas hipóteses, associar essas teorias entre si e a outros elementos como fatores imunológicos, hormonais, genéticos ou ambientais (AMARAL et al., 2001), poderiam determinar uma maior suscetibilidade para o desenvolvimento da doença, já que apresentam menstruação retrógrada de 70 a 90% das mulheres, mas a minoria não desenvolve endometriose. Assim, a expressão aumentada de genes envolvidos com o mecanismo de apoptose celular, como o c-fos, por exemplo, pode aumentar a sobrevivência dessas células dentro da cavidade peritoneal que, interagindo com moléculas de adesão, irão se aderir à superfície peritoneal. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Caracterizada pela presença de tecido endometrial em vários locais, mas, sobretudo no miométrio e estruturas da cavidade pélvica, podendo ter comprometimento do local que ocorrer o implante. (AMORIM et al., 2009). De acordo com Amaral et al. (2001), muitas mulheres são assintomáticas, nas sintomáticas durante o período pré-menstrual a maioria apresenta queixas clínicas em diferentes intensidades, como dor pélvica que é o mais comum, na forma de dismenorreia, sem relação com o grau de endometriose visível nem com a profundidade de infiltração tecidual, presença de dor lombar, disquesia, dor durante ao evacuar/urinar e dispareunia, melhorando com o fim do período menstrual.

Foi proposto o conceito que dividiu a endometriose em duas doenças distintas ao ser observado os diversos aspectos morfológicos em que se apresenta: superficial, quando a profundidade das lesões que penetram no espaço retroperitoneal ou na parede de órgãos pélvicos for menor que 5 mm, e profunda, quando a profundidade for maior que 5 milímetros. Pode ser dividida a endometriose superficial em peritoneal e ovariana. Caracteriza-se pela presença de implantes

superficiais ou lesões no peritônio a peritoneal; quanto à ovariana se caracteriza por implantes superficiais no ovário ou cistos chamados de endometrioma. (CARAÇA et al., 2011).

Como os tratamentos ainda não são muito efetivos e pouco conhecidos sua etiologia e etiopatogenia, é crônica, recidivante e tempo-dependente, apesar de causar manifestações clínicas diversificadas sua prevalência em mulheres inférteis e portadoras de dor pélvica crônica. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012). Ainda é difícil de determinar a relação causal entre endometriose e infertilidade. Assim, como a doença causa a distorção da anatomia pélvica, aderências e oclusão tubária fica fácil relacionar a causa da infertilidade. Os casos de endometriose mínima ou moderada é representado pela maioria das mulheres com a doença, não apresentam evidência física de problema na liberação ou captura de oocistos e sem disfunções anatômicas. (CROSER, 2010). De 5 a 25% das mulheres com endometriose possuem falta de ovulação ou dificuldade para ovular. (ABEND, 2006).

Estudos com fertilização *in vitro* têm demonstrado a diminuição da função espermática e da reserva ovariana, além de reduzir a recuperação oocitária, assim com menor quantidade de oocistos recuperados, também há diminuição da qualidade embrionária diminuindo a implantação embrionária e com diminuição da receptividade embrionária. (FEBRASGO, 2010). Anormalidades relacionadas ao crescimento folicular alterado ou sua diminuição, fase folicular curta, insuficiência lútea, síndrome do folículo luteinizado e maior incidência de hiperprolactinemia em pacientes portadoras de infertilidade associada à endometriose. (CROSER, 2010). Segundo Bianco et al., (2011) em estudo recente observou-se que os níveis uterinos da interleucinas 2 (IL) (IL-2 é um das citocinas mais importantes na implantação embrionária) na maioria das mulheres com infertilidade sem causa aparente estavam significativamente diminuídos.

Segundo Arruda et al. (2010), mesmo com as divulgações e publicações sobre essa doença, o atraso em seu diagnóstico é ainda muito longo, a partir do início dos sintomas, o quadro clínico inespecífico e a falta de correlacionar os sintomas e a gravidade da doença explicam a demora no diagnóstico da endometriose. Em mulheres que tiveram sintomas sugestivos ainda na adolescência a demora no diagnóstico é superior a dez anos. A endometriose é das mais intrigantes enfermidades que o ginecologista encontra em sua prática diária, assim

deve estar atento para achados sutis em mulheres com suspeita clínica de endometriose.

4.2 CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

Várias são as dúvidas que cercam a etiopatogenia da endometriose, diversos autores vêm tentando estabelecer uma classificação que permita a universalização do entendimento dessa doença. Sampson, em 1921, propôs a classificação dos hematomas endometriais conforme a distribuição de aderências, assim sinalizando o comportamento agressivo da doença e apontando para a perspectiva de envolvimento intestinal. (ABRÃO et al., 2009).

A endometriose foi dividida por Koninckx e Martin, em 1992, em peritoneal, ovariana e septo retovaginal, sendo esta última chamada de endometriose infiltrativa profunda. A endometriose peritoneal estão incluídas as pacientes com implantes no peritônio; na ovariana, cistos no ovário são típicos da doença e, a endometriose infiltrativa que acomete as regiões retrocervical e para cervical, além dos tratos gastrointestinal e genitourinário. (BELLELIS et al., 2011).

O tipo I foi caracterizado pela infiltração crônica na área pélvica de lesão típica ou atípica envolta por tecido cicatricial, na forma de cone, o tipo II corresponde em lesão formada por retração do reto envolvendo lesão típica; e o tipo III aparece nódulo endometriótico infiltrando profundamente o fundo-de-saco posterior, (Abrão et al., 2007). e é denominado adenomiose externa, pois a endometriose se desenvolve na musculatura lisa do septo retovaginal. (ABRÃO et al., 2009).

A classificação mais aceita mundialmente é adotada pela *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) 1985, revisou sua classificação para endometriose, segundo a visualização dos implantes na laparoscopia (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012), atualizando em 1996, que gradua essa doença em mínima (estágio I), leve (estágio II), moderada (estágio III) ou severa (estágio IV). (MARQUI, 2012), descrevendo a doença, além do sistema de scores unificados em quatro estádios, a avaliação percentual das lesões peritoneais. (AMARAL et al., 2001). Mesmo não tendo correlação entre achados laparoscópicos e sintomatologia, essa classificação é útil para seguimento das pacientes em futuras reavaliações, principalmente em se tratando de futuro reprodutivo e condição anatômica. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012). Sua utilização passa a ser importante uma vez

que a uniformização de como se referir à doença é procedimento importante para o seguimento da mesma. (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação da *American Society for Reproductive Medicine* – revisada em 1996.

PONTUAÇÃO: estágio I (Mínima): 1-5; estágio II (Leve): 6-15; estágio III (Moderada): 16-40; estágio IV (Severa): >40

PERITÔNIO		ENDOMETRIOSE	< 1 cm	1 - 3 cm	> 3 cm
		Superficial	1	2	4
		Profunda	2	4	6
OVÁRIOS	D	Superficial	1	2	4
		Profunda	4	16	20
	E	Superficial	1	2	4
		Profunda	4	16	20
OBLITERAÇÃO DE FUNDO DE SACO POSTERIOR			Parcial	Completa	
			4	40	
ADERÊNCIAS			< 1/3 encapsulado	1/3 – 2/3 encapsulado	> 2/3 encapsulado
OVÁRIOS	D	Finas	1	2	4
		Densas	4	8	16
	E	Finas	1	2	4
		Densas	4	8	16
TROMPAS	D	Finas	1	2	4
		Densas	4	8	16
	E	Finas	1	3	4
		Densas	4	8	16

Fonte: FEBRASGO, 2010.

A determinação do estágio ou grau de envolvimento endometriótico é baseada em um sistema de pontuação ("score" da *American Fertility Society* (AFS-r).

Para realizar a pontuação deve ser levado em consideração o achado com maior pontuação para cada área avaliada. Nas mulheres com um só anexo, os pontos aplicados à trompa e ao ovário restantes devem ser multiplicados por 2. Devem ser isolados e contados os pontos observados. A somatória desses "scores" indica o estágio da doença podendo ser mínima, leve, moderada ou severa. (Figuras 1, 2, 3 e 4). Deve ser documentada como endometriose adicional a presença de envolvimento endometriótico no intestino, trato urinário, trompas, vagina, cérvix, pele, diafragma, entre outros locais. (HAAS et al., 2012).

Lesões endometrióticas medindo mais de 1 centímetro (cm) abaixo a superfície peritoneal são consideradas profundas. Lesões com mais de 1 cm de extensão, mas menor que 1 cm de profundidade foram consideradas superficiais e grande. As menores de 1 cm em ambas as dimensões foram consideradas como pequenas e superficiais. (FEBRASGO, 2010).

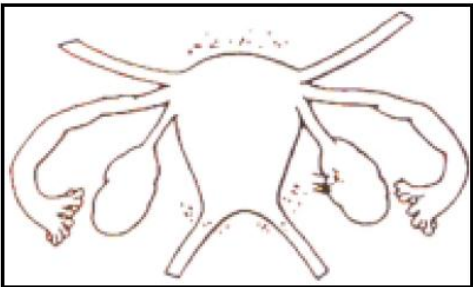
	Peritônio:		
	Endometriose superficial -	1 – 3 cm	= 2
	Ovário direito:		
	Endometriose superficial -	< 1 cm	= 1
	Aderências finas -	< 1/3	= 1
Total de pontos		= 4	

Figura 1 – Endometriose Mínima (Grau I)
Fonte: HAAS et al., 2012.

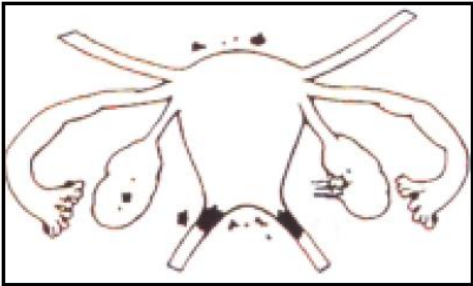
	Peritônio:		
	Endometriose profunda -	> 3 cm	= 6
	Ovário direito:		
	Endometriose superficial -	< 1 cm	= 1
	Aderências finas –	< 1/3	= 1
	Ovário esquerdo:		
	Endometriose superficial -	< 1 cm	= 1
Total de pontos		= 9	

Figura 2 - Endometriose Leve (Grau II)
Fonte: HAAS et al., 2012.

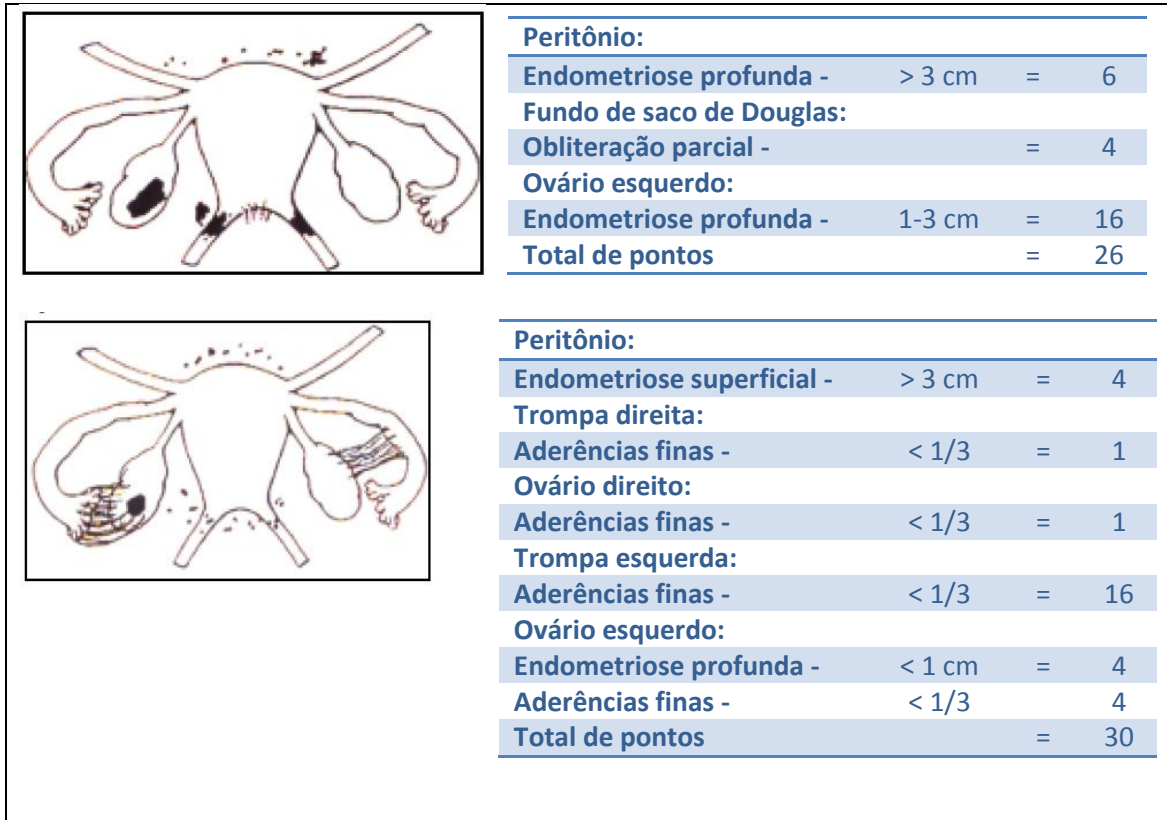


Figura 3 - Endometriose Moderada (Grau III)
 Fonte: HAAS et al., 2012.

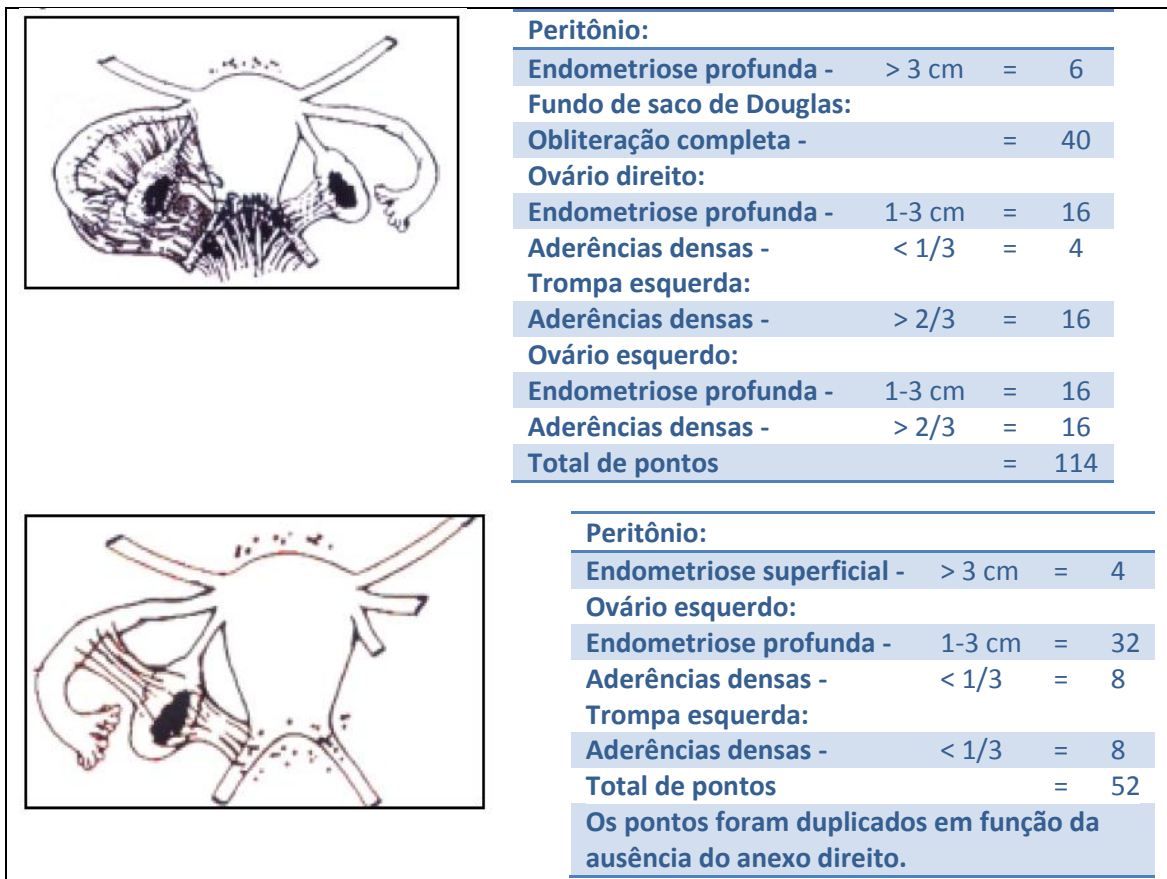


Figura 4 - Endometriose Severa (Grau IV)
 Fonte: HAAS et al., 2012.

4.3 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA, DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE

Segundo alguns estudos, o intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e seu diagnóstico varia de sete a onze anos. Tanto para o médico quanto para a paciente é difícil e frustrante o diagnóstico da endometriose, representando a maior dificuldade no contexto clínico desta doença. (ABRAO et al., 2007).

Dependendo da localização e profundidade dos implantes endometriais é a extensão da dor, implantes profundos em áreas muito inervadas estão mais fortemente associados à dor. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012). A inflamação peritoneal local crônica é um possível mecanismo causador de dor pélvica na endometriose, causada pela liberação de citocinas-pró-inflamatórias, prostaglandinas, quimiocinas e outras substâncias pelos implantes ectópicos, infiltração profunda com lesão tecidual, formação de aderências, espessamento fibrótico e acúmulo de sangue menstrual eliminado em implantes endometrióticos, resultando em tração dolorosa com movimentos fisiológicos dos tecidos. (CARAÇA et al., 2011).

Diagnóstico de endometriose em mulheres com história de dismenorreia secundária deve ser considerado, já que é o sintoma mais comum e não se correlaciona nem com o grau de endometriose visível nem com a profundidade de infiltração tecidual. (AMARAL et al., 2009), dispareunia de profundidade, dor pélvica não cíclica crônica, sintomas intestinais cíclicos, sintomas urinários cíclicos. (KONDO et al., 2011), ainda podem estar presentes sintomas como dor lombar e disquesia. Essas manifestações dolorosas tendem a ser mais intensas no período pré-menstrual, melhorando após a parada da menstruação. (AMARAL et al., 2009).

Nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septo retovaginal, espessamento dos ligamentos uterossacros ou lesões violáceas na vagina são sinais sugestivos de endometriose profunda infiltrativa (NÁCUL; SPRITZER, 2010), que é diferenciada das lesões superficiais por apresentarem um comportamento agressivo e além de não responderem aos mecanismos de defesa do fluido peritoneal, muitas vezes essas lesões são imunes a tratamento medicamentoso, nesses casos o principal tratamento é a ressecção cirúrgica das lesões. (SAGAE et al., 2009).

A endometriose cutânea compromete a parede abdominal é rara, geralmente é confundida com granuloma de sutura, lipoma, abscesso, cisto ou hérnia, a maioria

descrita foi observada dentro e ao redor de cicatrizes de cesarianas (KAYA et al., 2012), sua implantação é direta do tecido endometrial durante o procedimento cirúrgico, permanecendo essas células endometriais viáveis, proliferando sob estímulo hormonal adequado. (NOMINATO et al., 2007). São considerados piores as dores e edema durante o período menstrual, mas as lesões não foram descritas com dor cíclica. Sua localização extra pélvica e o desconhecimento dos médicos sobre a doença faz com que o diagnóstico seja tardio. (KAYA et al., 2012).

O mecanismo de dor na endometriose intestinal parece ser multifatorial apresentando sangramentos cíclicos dentro das lesões que podem ser responsáveis pelo aumento da pressão e dor, assim tratamento que induzem a amenorreia explica a melhora da dor. Caso grave e invasivo da endometriose, o processo fibrótico aderencial leva à fixação do reto, da junção retossigmoide, da cúpula vaginal e do colo pode também causar dor à defecação ou durante o coito. (COSTA et al., 2010).

Na endometriose torácica é encontrada lesões nos tecidos parenquimatosos pulmonares ou na pleura, manifesta-se mais frequentemente como pneumotórax catamenial, denominada assim para refletir sua relação temporal com a menstruação. Definido como o surgimento de pneumotórax de 24 horas antes a 72 horas após o início da menstruação. (MARCHIORI et al., 2012).

Diagnosticar a mulher com endometriose é um desafio, deve ser associado o quadro clínico minuciosamente detalhado a exames complementares torna-se instrumentos importantes. Marcadores séricos, exames radiográficos, colonoscopia, ultrassonografia transvaginal e laparoscopia fazem parte dos métodos utilizados. (RIBEIRO et al., 2012). Os achados nos exames físico, de imagem e laboratoriais já podem predizer que a paciente apresenta endometriose, embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia. (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

A dosagem das glicoproteínas séricas (CA 125), em sangue coletado nos três primeiros dias do ciclo menstrual é usadas para auxiliar no diagnóstico de endometriose nos estágios mais avançados (ABRÃO, 2009), é um antígeno de superfície celular encontrado em produtos do epitélio celômico original. Pode ser útil CA-125 como marcador à resposta ao tratamento, recorrência da doença e no diagnóstico diferencial de outros cistos ovarianos. (SEPULCRI; AMARAL, 2007).

Para confirmar o diagnóstico da endometriose ainda são necessários métodos invasivos, a exemplo da laparoscopia e biópsia de lesões suspeitas, pois os

sintomas da endometriose, assim como exames de imagem especializados, podem sugerir a doença. (CARAÇA et al., 2011). Pela inserção de uma ótica por uma incisão abdominal, possibilita a visão direta dos órgãos internos. Os focos peritoneais apresentam-se como típicos (pretos, marrons, azuis ou cistos vermelhos com/sem fibrose) ou atípicos (petéquias, vesículas, placas, retrações, nódulos amarelos, brancos ou vermelhos). Podem-se encontrar aderências, defeitos peritoneais ou alterações de vascularização. (BENTO; MOREIRA, 2014). (Tabela 2).

Tabela 2. Sinais, sintomas e algumas complicações relacionadas à endometriose

Sinais e sintomas	Informações
Dismenorreia	É a menstruação dolorosa. Pode ser primária (relacionada ao aumento da produção de prostaglandinas) ou secundária (relacionada a uma doença pélvica ou uterina).
Menorragia	Menstruação anormalmente intensa e prolongada (excessiva, quer em duração, quer em quantidade).
Dispareunia (de profundidade)	Relação sexual dolorosa, com diagnóstico diferencial – dismenorreia primária; doença inflamatória pélvica; síndrome do cólon irritável.
Infertilidade	Incapacidade de conceber uma criança após um ano de relações sexuais regulares sem proteção contra concepção, ou de levar uma gestação a termo.
Dor pélvica crônica (DPC)	Sensação dolorosa em região inferior do abdome ou na pelve, de caráter intermitente ou constante, pelo período mínimo de seis meses, de intensidade incapacitante. Geralmente, mulheres com DPC apresentam alterações emocionais, osteomusculares e de outros tratos. Por isso, a DCP é caracterizada como uma síndrome.
Dor ovulatória	Mittelschmerz (<i>dor média</i>), conhecida também como <i>dor do meio</i> (do ciclo menstrual), é caracterizada pela dor na época da ovulação e está relacionada ao contato de líquido do folículo (que se rompeu) com a cavidade peritoneal. Pode acompanhar dor intensa no baixo ventre, sensação de peso, secreção clara e, eventualmente, sanguínea, durando até 72 horas.
Dor que se irradia para as coxas	É comum, sugerindo implantes mais profundos, localizados em áreas com maior número de terminações nervosas. Acometimento do nervo ciático.
Disfunções urinárias	Localização na bexiga. Micção dolorosa cíclica, por exemplo.
Disfunções intestinais	Localização no intestino. Dor ao evacuar (cíclica) e diarreia cíclica, por exemplo. Constipação pode estar presente, provocada ao se evitar a evacuação decorrente da dor.
Aderências pélvicas	Pela liberação de prostaglandinas, que promovem o aparecimento de aderências, com diferentes graus de distorções anatômicas. Há hemorragia interna (das lesões), degeneração do sangue e tecido desprendido, inflamação das áreas e formação de tecido cicatricial.
Massa pélvica	Por exemplo, massas arroxeadas no fórnice posterior.
Fadiga	Decorrente do processo de adoecimento.
Depressão	Decorrente do processo de adoecimento.
Irritabilidade	Decorrente do processo de adoecimento.
Distúrbio do sono	Decorrente do processo de adoecimento.

Fonte: BENTO; MOREIRA, 2014.

4.4 TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

4.4.1 Tratamento Farmacológico

O fato de o tecido endometrial ser estrogênio dependente, criar um ambiente hipoestrogênico através de medicamentos e esquemas terapêuticos que leve à interrupção do ciclo de estimulação, pode possibilitar a regressão dos implantes endometriais. (CROSEIRA, 2010). Dependendo da queixa da paciente, dor pélvica ou infertilidade, será a terapia usada. Caso a avaliação clínica for sugestiva de endometriose mínima ou leve, mesmo sem o diagnóstico definitivo, pode-se iniciar um tratamento empírico com anticoncepcionais orais (ACHOs). (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Os ACHOs quando utilizados, são a única alternativa terapêutica para a endometriose que permitem o sangramento mensal uterino (menstruação), visto que a dismenorreia é a queixa mais frequente e mais grave em mulheres com esta doença. (SANTOS et al., 2012). Os ACHOs diminuem o revestimento endometrial, reduzindo então a quantidade de tecido produtor de prostaglandinas, além de, suprimir a ovulação e conseqüentemente os sintomas da fase lútea da endometriose. Quando ingeridos continuamente, podem induzir alterações no tecido endometrial pelo efeito da progesterona, podendo causar a remissão dos sintomas. (SEPULCRI; AMARAL, 2007). Assim quando a dor associada à menstruação não resolve, com o uso cíclico de ACHOs, a administração contínua pode se constituir numa opção simples, eficaz, segura e bem tolerada para o tratamento de longo prazo em mulheres que não querem ter filhos. (SANTOS et al., 2012). Deve ser administração um comprimido por dia de forma contínua ou cíclica, durante seis a 12 meses.

Não existe evidência de qual contraceptivo ou forma de administração é mais efetivo no tratamento da endometriose, contudo, a amenorreia induzida pela administração contínua é melhor para o alívio da dismenorreia. (BECK et al., 2006). Deve ser indicado um ACHO progesterona-dominante, pois evitaria a proliferação do endométrio, sem muitos efeitos colaterais. (SEPULCRI; AMARAL, 2007).

O danazol é um androgênico que induz a amenorreia com a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, acompanhado de níveis séricos aumentados de andrógenos e de níveis diminuídos de estrogênio. (SANTOS et al., 2012). Portanto,

atua bloqueando o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e também no microambiente peritoneal, levando à diminuição do processo inflamatório e regressão dos implantes. Porém é alta a incidência dos efeitos colaterais, atingindo cerca de 85% das usuárias. (FEBRASGO, 2010). Os principais efeitos adversos descritos são: ganho de peso, edema, diminuição no tamanho das mamas, acne, hirsutismo, oleosidade na pele e alterações no timbre da voz, além da potencial influência negativa sobre o metabolismo dos lipídeos, com elevação dos níveis de LDL-colesterol e colesterol total. (CALDEIRA et al., 2008).

O análogo de triptorelina, acetato de leuprolide, gozerelina (aGnRh) promovem um tratamento seguro e tão eficaz quanto o danazol. Estudos multicêntricos apontam que o aGnRh é tão efetivo quanto ao danazol e, além disso, causa menos reações adversas, mas seu uso é limitado há seis meses. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012). O aGnRH produz um aumento imediato na secreção de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH), que é consistentemente seguida por um estado de inibição da secreção de gonadotrofinas e esteroides sexuais, um exemplo típico da regulação dos receptores. A junção desses compostos é determinar uma condição hipoestrogênica semelhante ao da menopausa. (SANTOS et al., 2012). Normalmente, é recomendada a duração de seis meses o tratamento, pois mulheres têm uma diminuição na densidade óssea de 6%, e após este período a paciente deve ser mantida em amenorreia com contraceptivo hormonal (FEBRASGO, 2010). Os efeitos adversos comuns atribuídos aos aGnRH são relacionados ao hipoestrogenismo que incluem calorões, insônia e ressecamento vaginal. (SEPULCRI; AMARAL, 2007).

Os progestágenos são uma forma de progesterona sintética, entretanto, eles causam atrofia endometrial por diminuição da síntese de receptores de estrogênio, e, no entanto deveriam causar alterações secretoras no endométrio durante a fase lútea do ciclo menstrual normal. (NAVARRO et al., 2006). Ganho de peso e a depressão são os principais efeitos colaterais. Isto faz com que uma criteriosa avaliação do estado psíquico deve ser analisada, sendo que cerca de 40% das pacientes com endometriose tem depressão. Também foi relatado, pequena diminuição de massa óssea em mulheres que utilizaram progesterona por longo período de tempo. (FEBRASGO, 2010).

O acetato de metroxiprogesterona é um dos progestágenos mais usados, porém devem ser levados em consideração os efeitos colaterais (acne, dor

localizada e vasodilatação) apresentados em 40% das pacientes. O gestrinona é um progestágeno com atividade androgênica e, quando comparada com o aGnRh, parece ter efeito semelhante no controle da dor e na satisfação dos pacientes. (CALDEIRA et al., 2008).

4.4.2 Tratamento Cirúrgico

No pré-operatório é recomendado obter o consentimento livre e esclarecido, abordando a caracterização do procedimento que poderá ser realizado, complicações possíveis e taxas de sucesso. A prática ideal consiste no mesmo ato operatório em realizar o diagnóstico e a extinção cirúrgica dos focos de endometriose, evitando outra intervenção cirúrgica. (SANTOS et al., 2012).

Tratamento cirúrgico está indicado nos casos de cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, exigindo, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Pode haver complicações relacionadas a lesões múltiplas e profundas, assim necessitando ter cuidado na retirada dos focos. (SANTOS et al., 2012).

Nos casos de endometriose mínima e leve a cirurgia laparoscópica é mais efetiva quando comparada com apenas laparoscopia, que em eletrocauterização ou destruição a laser dos implantes endometrióticos e adesiólise para melhorar a fertilidade. (CROSER, 2010). O benefício do tratamento cirúrgico é muito grande nos casos em que há endometriose infiltrativa profunda, seja de septo retovaginal, intestinal ou vesical. Proporciona grande melhora na dor pélvica crônica e cursa com baixas taxas de complicação a laparoscopia pode ser realizada com sucesso para abordagem da endometriose do septo reto-vaginal. (SANTOS et al., 2012).

Cirurgias conservadoras devem ser realizadas em mulheres jovens ou com o desejo de engravidar, como a exérese da pseudocápsula, drenagem e ablação do cisto ou punção e esvaziamento. (NÁCUL; SPRITZER, 2010). A cirurgia definitiva é indicada nos casos grave da doença, caso os sintomas incapacitantes persistem após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora, outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e ausência de desejo de engravidar. (BRASIL, 2010).

4.5 A MULHER COM ENDOMETRIOSE: QUALIDADE DE VIDA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A doença é de etiologia complexa e está associada à morbidade física e emocional pela cronicidade da dor, isolamento social, interfere na situação financeira, causando grande impacto com a diminuição da produtividade no trabalho, na infertilidade, interferindo nas relações familiares, com parceiro pode haver comprometimento em relação à sexualidade devido à dispareunia, entre outros fatores. Mesmo com as intervenções medicamentosas e cirúrgicas uma parcela das pacientes submetidas ao tratamento não apresentam remissão satisfatória dos sintomas, permanecendo com dor, assim esses fatores isolados ou em conjunto contribuem para a redução da qualidade de vida. (MINSON et al., 2012).

Os aspectos da qualidade de vida dessas mulheres são afetados, incluindo relacionamentos interpessoais, trabalho, finanças, atividades sociais e recreativas. A invisibilidade da enfermidade pela falta de estigmas físicos aumenta o senso de ausência de poder percebido pelas pacientes e parceiros. Sensações de raiva e frustração podem surgir na enferma por se ver doente, tornar-se um fardo, ou mesmo por se afastar da família. (SEKULA, 2010).

A mulher que sente dor crônica dia a dia por muitos anos, deixa sua rotina diária de lado por causa da dor e acaba desenvolvendo novos comportamentos e deixando de lado velhos hábitos, adaptando-se a nova rotina de acordo com a presença da dor, isso além das dúvidas e incertezas, experimentando uma série de frustrações e conflitos emocionais como a angústia, ansiedade, raiva e medo que são sentimentos comuns em pessoas que descobrem alguma doença crônica. (LORENÇATTO et al., 2006).

A associação da ansiedade, que é comum em mulher com dor pélvica e da depressão, aumenta ainda mais a complexidade dessa doença. Pode haver comprometimento do humor assim interferindo na interpretação e no relato da dor, além de apresentarem percas consideráveis no seu rendimento profissional, familiar e social, gerando grande impacto na qualidade de vida. Há controversas nessas duas condições, tanto a depressão quanto a dor pélvica crônica são formas comuns de somatização e, assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor. (CALDEIRA et al., 2008). As associações dos sintomas causam impacto sobre o bem-estar físico,

mental e social, minimizando significativamente a qualidade de vida das mulheres. (MONTEIRO; TAMBELLINI, 2012).

Estudos têm tentado estabelecer os fatores de risco para o desenvolvimento da endometriose, além de caracterizar a população acometida. Essas pacientes frequentemente têm seu diagnóstico entre a terceira e quarta década da vida, apresentando queixas relacionadas à dor pélvica de difícil tratamento e à infertilidade. (SPIGOLON et al.,2012). Desde 1969, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu e uniformizou os conceitos de reabilitação na área médica. Equipe Multidisciplinar constituem os pilares para a abordagem de reabilitação, pois a dor persistente é geradora de deficiências. (ARAUJO, 2008).

Conforme a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM), a endometriose deve ser vista como uma doença crônica requerendo um manejo por toda a vida com um plano cuja meta é maximizar o uso de tratamentos médicos e evitar cirurgias repetidas. Por se tratar de uma doença crônica que não existe um tratamento ideal para cada paciente, deve-se levar em conta: idade, sintomas e desejo reprodutivo na hora de indicar um tratamento, não somente a eficácia, mas a segurança e tolerabilidade por períodos muito longos. Aliviar a dor e outros sintomas, reduzir as lesões endometrióticas e melhorar a qualidade de vida das mulheres afetadas são o foco principal dos tratamentos. (BAHAMONDES; CAMARGOS, 2012).

Segundo Bento e Moreira (2014), os profissionais de saúde desconsideram e banalizam os sintomas das mulheres com queixas de dores no período menstrual, significando um atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo. Quando vão pela primeira vez a um profissional 61% destas mulheres ouvem que nada está errado. É importante conhecer e considerar os sinais e sintomas da endometriose, assim como valorizá-los nas consultas é uma estratégia importante para reduzir o atraso no diagnóstico.

No Brasil existem clínicas e centro de especialidade em endometriose e trabalho multidisciplinar, mas ainda não existe nesta especialidade uma padronização para direcionar a assistência de enfermagem e os registros de informação, assim não tendo o comprometimento do enfermeiro em coletar informações essenciais específicas a estas pacientes. É necessário definir no prontuário as informações essenciais para formação de um conjunto de dados, direcionando os registros de enfermagem e o papel do enfermeiro no

acompanhamento de portadoras de endometriose de forma estruturada e de fácil aplicabilidade, assim fornecendo acesso a informação possibilitando ao enfermeiro a facilidade de planejar e gerenciar os cuidados específicos da paciente garantindo qualidade de assistência e um prognóstico adequado. (SPIGOLON et al., 2010).

Conforme Rigotti e Ferreira (2005), podem contribuir para a melhora do fenômeno doloroso avaliações que o enfermeiro realiza e registra sistematicamente, porém, esse instrumento é pouco utilizado nos serviços. O enfermeiro deve analisar sua intervenção, e avaliar a reação da paciente, as ações de enfermagem que foram realizadas e alterando se necessário, para que seja considerada satisfatória a assistência frente à problemática da dor. É necessário saber como e quando a dor afeta a paciente a fim de prestar uma assistência de qualidade através da utilização de técnicas de comunicação, as quais abrangem o respeito pela individualidade, estabelecendo uma relação empática, se colocar no lugar da paciente, saber escutar e questionar com perguntas simples, diretas, para que a paciente compreenda melhor sua dor.

É fundamental que sejam estruturados conjuntos de dados referentes aos seus atendimentos, incluindo a abordagem de enfermagem assim contribuindo para melhoria na qualidade do atendimento, além de favorecer a tomada de decisão. Essa afecção ginecológica atinge no mundo cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, além de apresentar etiopatogenia incerta, cronicidade e morbidade do quadro. Proporcionar à paciente educação, orientação e apoio, auxiliando a aliviar as consequências que a endometriose pode trazer, com o desenvolvimento de estratégias nos cuidados de enfermagem no período pré-operatório e uma compreensão do cotidiano destas mulheres. (SPIGOLON; MORO, 2012).

Durante a consulta de enfermagem o enfermeiro pode contribuir para levantar a suspeita de endometriose, importante espaço para aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A consulta de enfermagem, como instrumento metodológico para implementação da SAE, que podem ser coletados os dados ou histórico de enfermagem, dos sinais e sintomas da endometriose podendo ser levantadas. (BENTO; MOREIRA, 2014).

De acordo com Caldeira et al. (2008), deve ser minuciosa a anamnese, deve-se questionar sobre as características da dor, localização, fatores de melhora e piora, duração, intensidade e sua relação com o ciclo menstrual. Deve-se dar

atenção, também, à história obstétrica, cirurgias pélvicas anteriores e tratamentos já realizados. Especial atenção deve ser dada ao modo de andar, características faciais de sofrimento e posturas antálgicas, a palpação deve ser realizada da maneira mais delicada possível e confortável, pois a sensibilidade dolorosa dessas pacientes está, frequentemente, exacerbada.

Ao realizar o exame ginecológico podem ser identificados dores: à mobilização uterina, dos ligamentos uterossacro, do colo do útero e anexial. Pode-se encontrar, também, retroversão uterina, aumento do volume ovariano que sugerem endometriose. Além das nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septo retovaginal, espessamento dos ligamentos uterossacos e lesões violáceas na vagina sugerem endometriose profunda infiltrativa. (NÁCUL e SPRITZER, 2010).

Através das consultas de enfermagem o enfermeiro pode desenvolver um trabalho de prevenção da endometriose causada pela cesariana, o pré-natal é um momento oportuno para o enfermeiro desenvolver um trabalho eficaz reduzindo o número de cesarianas e conseqüentemente, a diminuição da incidência da endometriose, estimulando o parto normal. (BATISTA, 1999).

Conforme Teixeira (2007), o enfermeiro deve orientar a paciente quanto às dúvidas a respeito da doença, como a anemia causada pelo sangramento excessivo, as complicações associadas à infertilidade, os efeitos dos medicamentos, que podem causar retenção de líquidos, aumento de peso, acne, entre outros, e encorajando-a a não interromper o tratamento, devido a dor e ensiná-la meios alternativos para diminuí-la, como o banho morno, massagem lombar, compressas mornas, alimentação saudável, exercícios leves. Já em relação a dispáurenia, torna-se necessário estimular à paciente e seu companheiro a verbalizar seus sentimentos sobre o efeito que a doença causa na relação conjugal, uma comunicação franca antes das relações sexuais para diminuir o desconforto e a frustração.

O apoio emocional, as massagens lombares, o repouso, são elementos que podem ajudar a diminuir o sofrimento causado pela doença, o enfermeiro deve orientar quanto uma dieta saudável, a base de alimentos naturais e fibras e líquidos, evitando produtos industrializados e o excesso de carne vermelha, junto com a realização de exercícios regulares aumenta a autoestima, a resistência imunológica, ajuda na manutenção do peso corpóreo. Vale ressaltar que a gordura desempenha um resultado negativo pela produção aumentada de hormônio feminino como o estrona (um estrógeno), podendo ter uma piora da doença causada pelos níveis

elevados deste hormônio no sangue. Além de liberar endorfinas que tem um efeito vasodilatador e analgésico, que é favorável nas mulheres com dor pélvica. Por outro lado a atividade física faz a pessoa se esquecer um pouco da doença e dos problemas diários, diminui o stress e melhora sua autoestima. (TEIXEIRA, 2007).

De acordo com Lorençatto et al. (2002), existem diversas pesquisas que relacionam a endometriose com a exposição a substâncias tóxicas, a falta de atividade física, a baixa ingestão de vitaminas e fibras. Por isso deve incentivar a frequente prática de exercícios, que além de melhorar o sistema imunológico, conseqüentemente o corpo elimina com maior facilidade os coágulos de endometriose, a diminuição da secreção do estrogênio é outro fator importante relacionado à atividade física, favorecendo a progressão da doença.

É imprescindível a paciente evacuar diariamente, para evitar reter material fecal no intestino, pois quanto mais tempo retido maior é a absorção de toxinas, muitas são imunossupressoras, por isso a importância da ingestão diária de alimentos com fibras e cereais, já as proteínas é importante para manter o sistema imunológico, no entanto, algumas carnes contêm hormônios femininos como o estradiol que pode piorar a endometriose. Portanto, a alimentação deve ser balanceada dando preferência a vegetais. Deve ser incentivada a mulher portadora de endometriose a ter um passatempo, ou seja, um “*hobby*”, para que possa manter sua mente livre da lembrança de que tem a doença, distrair a cabeça e levar o espírito a outros lugares. Ler, aprender algum instrumento musical, dançar, praticar yoga, receber massagens, fazer terapia artística, como por exemplo: pintura, argila, cerâmica, etc., oferecer descanso mental além de autoconhecimento, um passatempo que precisa ser diariamente para ajudar a mulher a esquecer dos problema e diminuir o stress. (TEIXEIRA, 2007).

O diagnóstico da doença é atribuição do médico, porém é um direito de maior democratização de informação a população em conhecer os principais sinais e sintomas, é um dever de todo profissional de saúde fazer a identificação dos mesmos e sua correlação com o problema. A garantia do diagnóstico precoce, o acesso ao serviço público de qualidade e ampliação dos serviços são alguns dos desafios no atendimento que as mulheres com endometriose enfrentam. Ações de divulgação do problema é um bom começo, pois contribuirão para a identificação dos principais sinais e sintomas, para que as queixas sejam valorizadas,

desmistificar os mitos e trabalhar ideias que sejam vantajosas, afim de que esta importante questão seja reconhecida pela população. (BENTO; MOREIRA, 2014),

No Brasil existem várias associações para mulheres portadoras de endometriose, para entender melhor a doença é importante participar desses grupos. No entanto as mulheres e seus parceiros devem procurar ajuda do profissional em saúde mental, mas contribuirá para seu tratamento as orientações de um enfermeiro conhecedor desta doença, conscientizando sobre a necessidade de diminuir a tensão, ter atitude positiva perante a vida e os problemas. (TEIXEIRA, 2007).

O papel do enfermeiro na educação da paciente consiste em diminuir os mitos e encorajá-la a procurar atendimento quando ocorrem sinais e sintomas. A orientação de enfermagem adequada é um recurso valioso para as pacientes que procuram informações adicionais e o apoio para essa condição. (SMELTZER; BARE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda não há um consenso sobre a etiologia da endometriose, o diagnóstico precoce e a realização de um adequado tratamento para cada mulher, assim permitindo melhor qualidade de vida. Conforme os autores pesquisados, não existe cura para essa doença, a qual é uma doença crônica e enigmática que, apesar do progresso já alcançado pela medicina, ainda há muito a ser descoberto sobre a patologia, que ocasiona muitos sintomas desagradáveis, os quais são parecidos com outras patologias, dificultando um diagnóstico precoce, muitas vezes acontecendo destas mulheres não receberem o tratamento adequado.

As dores e sintomas físicos causados pela endometriose provocam um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, prejudicando principalmente sua autoestima. Dessa forma, durante as consultas de enfermagem o enfermeiro poderá levantar a suspeita da doença, através de uma anamnese bem conduzida e da identificação de sintomas, encaminhar as pacientes para acompanhamento médico e acompanhá-las após, desempenhando um papel significativo no sentido de fornecer à paciente: educação, orientação, incentivar as mulheres a mudar seus hábitos, gradativamente transformar sua rotina, buscando uma qualidade de vida, através de: práticas esportivas, alimentação saudável, realização de exames periódicos, e não interromper seu tratamento e apoio ajudando a aliviar os pontos negativos que a patologia pode trazer para seu cotidiano.

Em suma, este estudo mostrou a necessidade de atendimento de enfermagem como parte importante no tratamento da endometriose. É importante ressaltar que durante o processo de pesquisa para o estudo observou-se que o tema proposto ainda são escassas as literaturas que abordam a enfermagem neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABRÃO M. S.; PODGAEC, S.; DIAS Jr.; J. A. Endometriose, a mulher moderna e o Brasil. **Rev. Prática Hospitalar**, São Paulo – SP, ano IX, n. 50, p. 73-77, mar./abr., 2007. Disponível em: <http://files.comunidades.net/professorsiraqui/endometriose_a_mulher_moderna_e_o_brasil.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

ABRÃO, M. S.; MEME, R. M.; AVERDACH, M. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. **Arq. Gastroenterol**, v. 40, n. 3, jul./set., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 set. 2013.

ABRÃO, M. S.; BASSI, M. A.; PODGAEC, S.; JÚNIOR, J. A. D.; SOBRADOS, C. W.; FILHOS, N. D'A. *Bowel endometriosis: a benign disease?* **Rev. Assoc. Med. Bras**, n.55, p.611-6, maio, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v-55n5/en_29.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

ACCETTA, I. ACCETTA, P.; ACCETA, A. F.; MAIA, F. J. F.; OLIVEIRA, A. P. F. A. Endometrioma de parede abdominal. **Arq. Bras. Cir. Dig.**, n. 24, p. 26-29, jan., 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abcd/v24n1/v24-n1a06-pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

AMARAL, V. F.; JUNIOR, H. W.; BERARDO, P. T.; JUNIOR, A. C. C.; DOMINGUES, M. N. A.; GASPARETTO, E. L.; DOMINGUES, R. C. Desenvolvimento de modelo experimental de endometriose em Ratas. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Paraná, n. 36, p. 250-255, mar., 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rcbc/v36n3/a12v36n3.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

AMARAL, V. F.; PETTA, C. A.; ABRÃO, M. S.; FERRRIANI, R. A. Classificações da endometriose: uma visão atual. **Jornal da SOBRAGE**, Ribeirão Preto - SP, n.9, ano III, jun., 2001. Disponível em:<www.sobra-ge.org.br/pdfsnum9.pdf>. Acesso em: 29 mar 2014.

AMORIM, C. R.; FARIA, D. M.; FILHO, D. C.; GRANDE, R. M.; SOUZA, V. C. T. Fitobezoar associado à endometriose intestinal: uma rara causa de obstrução intestinal. **Rev. Bras. Coloproct.**, v.29, n.4, p.501-504, out./dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2013.

ARAUJO, C. O. Dor na mulher é o tema da campanha do ano. **Rev. Prática Hospitalar**, Ano x, n. 55, jan./fev., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 29 mar 2014.

ARRUDA, M. S.; CAMARGO, M. M. A.; CAMARGO Jr., H. S. A.; TEIXEIRA, S. R. C. Endometriose profunda: aspectos ecográficos. **FEMINA**, v. 38, n.7, p.367-372, jul., 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2010/v38n7/a1525.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

BATISTA M. O.; GONDIM, M. F.; ORIÁ, R. et al. O papel do enfermeiro na prevenção da endometriose pós-cesariana. **Revista RECCS**, Fortaleza, n.11, p.66-69, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 02 nov. 2013.

BAHAMONDES, L.; CAMARGOS, A. F. Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose. **FEMINA**, v.40, n.3, p.155-159, maio/jun., 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2012/v40n3/a-3263pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BELLELIS, P.; DIAS Jr., J. A. PODGAEC, S.; GONÇALVES, E. C. B.; ABRÃO, M. S. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.4, p.467-71, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 set. 2013.

BELLELIS, P.; PODGAEC, S.; ABRÃO, M. S. Fatores ambientais e endometriose. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n.4, p.456-461, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v57n4/v-57n4a22.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

BENTO, P.A.S.; MOREIRA, M.C. Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.8, n.2, p.457-463, fev., 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revista-enfermagem/index.php>. Acesso em 02 abr. 2014.

BECK, R. T.; TOREJANE, D.; GHIGGI, R. F. Endometriose - Aspectos Correlatos. **Feminina**, v.34, n.10, p.673-680, out., 2006. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wpcontent/upload-s/2013/05/Femina_2006-25.pdf>. Acesso em: 29 mar 2014.

BIANCO, B.; CHRISTOFOLINI, D. M.; SOUZA, A. M. B.; BARBOSA, C. P. O papel dos desreguladores endócrinos na fisiopatologia da endometriose: revisão da literatura. **Arq. Bras. Ciên. Saúde**, Santo André, v.35, n.2, p.103-110, mai./ago., 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/-S/1983-2451/2010/v35n2/a006>>. Acesso em: 19 set. 2013.

BIANCO, B.; CHRISTOFOLINI, D. M.; BRANDES, A.; LERNER, T. G.; GONÇALVES-FILHO, R. P.; SOUZA, A. M. B.; BARBOSA, C. P. Análise do polimorfismo no códon 72 do gene TP53 em mulheres inférteis com e sem

endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.1, p.37-42, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n1/a06v-33n1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Portaria SAS/MS n. 144, de 31 de março de 2010. Retificada em 27.08.10. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARAÇA, D. B.; PODGAEC, S.; BARACAT, E. C.; ABRÃO, M. S. Mecanismos fisiopatológicos da dor pélvica na endometriose profunda. **Diagn. Tratamento**, v.16, n.2, p.57-61, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/14139979/2011/v-16n2/a2050.pdf>>. Acesso em: 17 set 2013.

CARDOSO, M. M.; JUNIOR, H. W.; BERARDO, P. T.; JUNIOR, A. C. C.; DOMINGUES, M. N. A.; GASPARETTO, E. L.; DOMINGUES, R. C. Avaliação da concordância entre a ultrassonografia transvaginal e a ressonância magnética da pelve na endometriose profunda, com ênfase para o comprometimento intestinal. **Radiol. Bras.**, v.42, n.2, p.89–95, mar./abr., 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rb/v42n2/06.pdf>. Acesso em: 17 set. 2013.

CALDEIRA, R. P.; NORONHA, V. M. A.; OLIVEIRA, B. E. C.; AMORIM, F. G. P. Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. **Univ. Ci. Saúde**, Brasília, v.6, n.1, p.69-83, jan./jun., 2008. Disponível em: <www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php>. Acesso em: 17 set. 2013.

COSTA, I. M. P.; ÁVILA, I.; FILOGONIO, I. D. S.; GONZAGA, L. Tratamento Laparoscópico de 98 Pacientes com Endometriose Intestinal. **Rev. Bras. Coloproct.**, v.30 n.1, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb-c/v30n1/04.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

CROSER, A. M. L. V.; VIEIRA, C. H. F.; SAMAMA, M.; MARTINHAGO, C. D. Tratamento da endometriose associada à infertilidade-revisão da literatura. **FEMINA**, v.38, n.5, maio, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01007254/201-0/v38n5/a005.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

DANTAS, C. C.; DANTAS, F. C. Sistematização da assistência, processo e consulta de enfermagem: significados e aplicações. **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v.7, n.9, set., 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5535/pdf_3303>. Acesso em: 16 mar 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Endometriose 2010**. Disponível em: <www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 19 set. 2013.

HAAS, D.; SHEBL, O.; SHAMITYEH, A.; OPPELT, P. *The rASRM score and the Enzian classification for endometriosis: their strengths and weaknesses. Acta Obst et Gynecol Scand.* 91:DOI:10.1111/aogs.12026, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 set. 2013.

KAYA, B.; ASLAN, E.; CERKEZ, C.; KAYGUSUZ, SEREL, S. *Cutaneous endometriosis. Rev. Bras. Cir. Plást.*, v.27, n.3, p.493-5, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n3/en_31.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2014.

KONDO, W.; ZOMER, M. T.; AMARAL, V. F. Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. **FEMINA**, v.39. n.3, mar., 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n6/v3-4n6a07.pdf>. Acesso em: 28 agos., 2013.

LORENÇATTO, C.; VIEIRA, M. J. N.; MARQUES, A.; BENETTI-PINTO, C. L.; PETTA, C. A. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.48, n.3, p.217-221, 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11-818.pdf>>. Acesso em: 26 agos., 2014.

LORENÇATTO, C.; MAIA, C. A. T.; VIEIRA, M. J. N. Você é do tamanho do seu sonho nenhum problema é maior do que a nossa capacidade para resolvê-lo. **Convivendo com a endometriose. ABEND.** São Paulo, ano 3, n. 1, abr., 2006.

MARCHIORI, E.; ZANETTI, G.; RODRIGUES, R. S.; SOUZA, L. S.; SOUZA Jr., A. S.; FRANCISCO, F. A F.; HOCHHEGGER, B. Relato de caso. Endometriose pleural: achados na ressonância magnética. **Jornal Bras. Pneumol**, v.38, n.6, p.797-802, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n6/v38n6a17.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

MARQUI, A. B. T. Polimorfismos genéticos e endometriose: a contribuição dos genes que regulam a função vascular e o remodelamento de tecidos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.58, n.5, p.620-632, 2012. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n5/v58n5a22.pdf>>. Acesso em: 28 agos., 2013.

MATTA, A. Z.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.7, n.1, p.57-72, 2006. Disponível em:<www.redalyc.uaemex.mx/pdf/362/362701-04.pdf>. Acesso em: 16 set., 2013.

MENGARDA, C. V.; PASSOS, E. P.; PICON, P.; COSTA, A. F.; PICON, P. D. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.30, n.8, p.384-92, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v-30n8/03.pdf>>. Acesso em: 02 abr., 2014.

MINSON, F. P.; ABÃO, M. S.; JÚNIOR, J. S.; KRAYCHETE, D. C.; PODGAEC, S.; ASSIS, F. D. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.1, p.11-15, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a03v34n1-pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

MONTEIRO, N. F.; TAMBELLINI, S. R. M. Como Diagnosticar e Tratar Endometriose. **RBM**, jan./fev., v69 n.1/2, 2012. Disponível em: <http://www.morei-rajr.com.br/revis-tas.asp?fase=r003&id_materia=4956>. Acesso em: 20 set. 2013.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.32, n.6, p.298-307, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

NAVARRO, P. A. A. S.; BARCELOS, I. D. S.; SILVA, J. C. R. Tratamento da endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.28, n.10, p. 612-623, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n-10/a08v28n10.pdf>>. Acesso em: 18 mar 2014.

NOMINATO, N. S.; PRATES, L. F. V. S.; LAUAR, I.; MORAIS, J.; MAIA, L.; GEBER, S. Endometriose de cicatriz cirúrgica: estudo retrospectivo de 72 casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.8, p.403-7, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a07v29n8.pdf>>. Acesso em: 28 mar., 2014.

RAMOS, I. M. L.; PODGAEC, S.; ABÃO, M. S.; OLIVEIRA, R.; BARACAT, E. C. *Evaluation of CA-125 and soluble CD-23 in patients with pelvic endometriosis: a case-control study*. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.58, n.1, p.26-32, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 agos., 2013.

RIBEIRO, H. S. A. A.; FERNANDES, R.; GALVÃO, M. A. L.; ALDRIGHI, J. M.; RIBEIRO, P. A. A. G. Análise do grau de diferenciação histológica e da imunoexpressão da BCL 2 e a ciclina D1 em mulheres portadoras de endometriose profunda. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa**, São Paulo, n.57, p.111-9, 2012. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/fi-les/arquivos_medicos/04A-O43.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.12, n.1, p.50-4, jan-mar., 2005. Disponível em:

<<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-109%20-%20id%20105.pdf>>. Acesso em: 26 agos. 2014.

SAGAE, U. E.; LIMA, D. M. R.; CAVALLI, N.; SAGAE, L. M. T.; TANAKA, T. M.; BONATTO, M. W.; TSUCHIYA, R. S. Importância da Ultra-Sonografia Anorretal Tridimensional na Decisão Terapêutica da Endometriose Profunda. **Rev. Bras. Coloproct.**, v.29, n.4, out./dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb-c/v29-n4/a01v29n4.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

SANTOS, T. M. V.; PEREIRA, A. M. G.; LOPES, R. G. C.; DEPES, D. B. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometrioses. **Einstein**, v.10, n.1, p.39-43, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a09.pdf>. Acesso em: 16 julho 2013.

SANTOS D. B.; SOARES, I. A.; FILHO, L. A. F.; FERNANDES, M. D. B.; RITT, N. M. M.; BARCELOS, R. P.; SAMPAIO, S. S.; BARONI, S. **Uma abordagem integrada da endometriose**. 1.ed. Cruz das Almas/BA: Editora UFRB., , 2012. Disponível em: <www.ufrb.edu.br/revista>. Acesso em: 28 mar. 2014.

SEKULA V. G. **Impacto do tratamento cirúrgico laparoscópico na qualidade de vida nas mulheres portadoras de endometriose profunda**. 2010. 108f. Dissertação. (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Disponível em: <www.fcmscsp.edu.br/pós-graduação/.../down.php?...Vanessagozozekula>. Acesso em: 15 abr. 2014.

SEPULCRI, R. P.; AMARAL, V. F. Endometriose pélvica em adolescentes: novas perspectivas. **FEMINA**, v.35, n.6, p.355-362, jun., 2007. Disponível em: <<http://febrasgo.luancomunicacao.net/wpcontent/uploads/2013/05/Femina356p35562.pdf>>. Acesso em: 17 set., 2013.

SMELTERZ, S. C. O.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**, Rio de Janeiro, RJ. Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, M.; SANCHES, L. C.; GARBELINI, M. C. L. A reprodução assistida aplicada em casos de infertilidade associados à endometriose. **Anais Eletrônicos**, Curitiba, p.109-120, 2009. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/congressobioetica2009/>>. Acesso em: 28 mar 2014.

SPIGOLON, D. N.; AMARAL, V. F.; BARRA, C. M. C. M. Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. **Femina**, v.40, n.3, p.129-134, maio-jun., 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0-1007254/2012/v40n3/a3239pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

SPIGOLON, D. N.; MORO, C. M. C. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.33, n.4, p.22-32, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n4/03.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SPIGOLON, D. N.; BULEGON, H.; MORO, C. M. C. Método para Integração de Protocolos Clínicos ao Prontuário Eletrônico do paciente: Registros da Enfermagem na Endometriose. **VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero**. [S.l.; s.n.] 2010. Disponível em: <<httpfiles.dirppg.ct.utfpr.edu.>>. Acesso em: 07 abr. 2014.

TEIXEIRA C. R. Z. **Endometriose: qualidade de vida da mulher**. 2007. 50f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Assis Gurgacz. Cascavel, PR. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Enfermagem/endometriosequalidadedevidadamulher.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

VILARINO, F. L.; BIANCO, B.; CHRISTOFOLINI, D. M.; LEMER, T. G.; BARBOSA, C. P. Análise do polimorfismo Fok1 do gene VDR em mulheres inférteis com endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.2, p.65-9, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n2/v33n2a02.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

VILARINO, F. L.; BIANCO, B.; MARTINS, A. C. M.; CRISTOFOLINI, D. M.; BARBOSA, C. P. Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.3, p.123-7, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n3/a04v33n3.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.