Taiane Oliveira Gonçalves

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO TARDIO DA ENDOMETRIOSE

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Além Paraíba
2019

Taiane Oliveira Gonçalves

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO TARDIO DA ENDOMETRIOSE

Monografia de conclusão do curso, de graduação em Enfermagem, apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Prof. Orientador: Profª. Síntique Stoco de Azevedo Silva Gonçalves.
Prof. da disciplina: Prof. MSc. Douglas Pereira Senra.

Além Paraíba

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

GONÇALVES, Taiane Oliveira.

Atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio da endometriose/GONÇALVES, Taiane Oliveira, 2019.

Além Paraíba: FEAP/FAC SAÚDE ARTH, Graduação, 2019.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC SAÚDE ARTH, Além Paraíba, 2019.

Prof. da Disciplina: Prof. MSc. Douglas Pereira Senra.

Orientação: Profª Síntique Stoco de Azevedo Silva Gonçalves.

1.Endometriose. 2. Diagnóstico e tratamento. 3. Cuidados de enfermagem

I. Prof. MSc. Douglas Pereira Senra (Prof. da Disciplina) II. Profª Síntique Stoco de Azevedo Silva Gonçalves (Orientadora) III. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Enfermagem. IV. Atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio da endometriose.

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus, minha maior base, que por diversas vezes me ergueu e me sustentou de pé, não permitiu que eu desistisse dessa caminhada. A minha mãe Regina Célia que acreditou em meu potencial e me apoiou em todos os momentos.

Taiane Oliveira Gonçalves

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO TARDIO DA ENDOMETRIOSE

Monografia de conclusão do curso, de graduação em Enfermagem, apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovada pela seguinte banca examinadora:

_____

Prof. Síntique Stoco de Azevedo Silva Gonçalves
(Orientadora)
Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Prof. Douglas Pereira Senra
(Professor da disciplina)
Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Prof. Aline Gonçalves Ferreira
(Professora convidada)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Além Paraíba
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela minha maior motivação minha mãe Regina Célia, que lutou durante 5 anos para que eu realizasse meu maior sonho. Manteve-me firme e sempre me encorajou a prosseguir, com foco, força e fé, me mostrando que tudo é possível. Nunca me deixou desistir.

Ao meu namorado Matheus Ventura, que sempre esteve ao meu lado me ajudando em todos os momentos, me fortaleceu em cada etapa durante essa caminhada, me mostrou o quanto sou capaz de realizar meus sonhos e sempre acreditou no meu potencial.

Aos meus padrinhos Ivinho e Marinez, que sempre me ajudaram em todas as fases da minha vida.

A toda minha família que torceu pela minha vitória.

A minha orientadora Síntique Stoco de Azevedo Silva Gonçalves, que com todo carinho e atenção, me passou total conhecimento e forças para concluir com sucesso meu trabalho.

Ao coordenador do curso Gleidson Roberto, que sempre esteve disposto a me ajudar e incentivar no crescimento profissional.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

GONÇALVES, Taiane Oliveira. **Atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio da endometriose.** Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2019.

Este estudo foi realizado sobre a atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento da endometriose tardio, para explicar melhor sobre a doença, a prevalência de ocorrência no Brasil e no mundo, e como enfermeiros prestam a assistência nesse caso. O objetivo principal é ressaltar a importância de o enfermeiro estar atualizado, e adquirir maior conhecimento para promover saúde. A importância do acompanhamento em mulheres que já foram diagnosticadas e que mesmo após o tratamento, permaneceram com sintomas. E como o enfermeiro deve atuar quando for descoberto na fase tardia. Observa-se que o enfermeiro é a peça chave para obter um bom resultado no desenvolvimento do tratamento, apoiando emocionalmente a mulher com a patologia e oferecendo suporte profissional. A metodologia utilizada para apresentar o tema, foi feita através de estudo de artigos acadêmicos atualizados, focando nos tipos mais comuns de endometriose e as complicações graves consequentes. O estudo foi dividido em dois capítulos. O segundo capítulo aborda sobre a anatomia do sistema reprodutor feminino, endometriose, ciclo menstrual, desenvolvimento dos hormônios, complicações da endometriose. No terceiro capítulo foi abordado sobre a atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio da doença. O interesse pelo tema surgiu após vivenciar dois casos de endometriose na família. O problema de pesquisa: Qual a importância da atuação do enfermeiro diante o diagnóstico tardio da endometriose? Hipótese sustenta que a assistência de enfermagem para mulheres diagnosticadas com endometriose auxilia no tratamento positivo e eficaz.

Palavras-chaves: Endometriose; Diagnóstico e tratamento; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

GONÇALVES, Taiane Oliveira. **Nurses' role in the diagnosis and late treatment of endometriosis.** Monograph (Nursing Bachelor) – Faculty of Health Sciences Archimedes Theodoro, Educational Foundation of Além Paraíba, 2019.

This study was conducted on the role of nurses in the diagnosis and treatment of late endometriosis, to better explain the disease, its prevalence in Brazil and worldwide, and how nurses provide assistance in this case. The main objective is to emphasize the importance of nurses being updated, and acquiring greater knowledge to promote health. The importance of follow-up in women who were already diagnosed and who even after treatment remained with symptoms. And how the nurse should act when discovered in the late phase. It is observed that the nurse is the key to obtain a good result in the development of treatment, emotionally supporting the woman with the pathology and offering professional support. The methodology used to present the theme was made through the study of updated academic articles, focusing on the most common types of endometriosis and the consequent serious complications. The study was divided into two chapters. The second chapter deals with the anatomy of the female reproductive system, endometriosis, menstrual cycle, development of hormones, complications of endometriosis. In the third chapter was addressed about the nurse's performance in the diagnosis and late treatment of the disease. Interest in the topic arose after experiencing two cases of endometriosis in the family. The research problem: What is the importance of nurses' performance in the late diagnosis of endometriosis? Hypothesis holds that nursing care for women diagnosed with endometriosis assists in positive and effective treatment.

Keywords: Endometriosis; Diagnosis and treatment; Nursing care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....09
1.1Justificativa 10
1.2 Objetivos.....10
1.2.1Objetivo geral.....10
1.2.2Objetivo específico.....10
1.3 Método.....11

2. SISTEMA REPRODUTOR FEMININO 12
2.1 Anatomia do aparelho reprodutor feminino.....12
2.2 Desenvolvimento dos Hormônios Femininos.....13
2.3 O Ciclo menstrual 15

3. A ENDOMETRIOSE E ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM 17
3.1 A Endometriose.....17
3.2 Sinais e Sintomas da Endometriose.....18
3.3 Diagnóstico e Tratamento 19
3.4 Focos raros de Endometriose e o risco de desenvolvimento de Endometriose Maligna.....21
3.5 Atuação do Enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio.....22

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 25

5. REFERÊNCIAS 26

1. INTRODUÇÃO

O tema pesquisado é relacionado com a patologia endometriose e suas consequências devido o diagnóstico tardio. Destaca-se ainda sobre a importância de um diagnóstico precoce e a atuação da enfermagem na recuperação da saúde.

O interesse pelo tema surgiu após vivenciar dois casos de endometriose na minha família, no qual foram com por classificações diferentes e tiveram um bom resultado após o tratamento.

O problema de pesquisa aborda: Qual a importância da atuação do enfermeiro diante o diagnóstico tardio da endometriose? Hipótese sustenta que a assistência de enfermagem para mulheres diagnosticadas com endometriose, auxilia no tratamento positivo e eficaz.

A endometriose é uma doença caracterizada pelo aparecimento de endometriomas, ou seja, pequenos acúmulos de sangue que se agrupam no interior da cavidade uterina (Acetta, et al., 2011).

Segundo Tobias-Machado (2001), nos últimos anos, o número de mulheres diagnosticadas com a doença, aumentou significamente e se tornou um problema de saúde pública. Com isso tornou-se necessário mais programas de promoção à saúde e educação continuada. Existem diversos tipos de endometriose e pode ser classificada nas modalidades leve, moderada e grave, a depender do diagnóstico e localização, ou seja, o órgão afetado.

Pouco conhecida, se trata de uma doença em que grande parte das mulheres possui e ainda não sabem o diagnóstico, pois é uma doença silenciosa, muito das vezes sem apresentar qualquer tipo de sinal e sintoma. Sua silenciosidade resulta no diagnóstico tardio, e consequentemente atrasa no tratamento precoce.

Um dos principais sintomas é a infertilidade, mulheres com endometriose possuem dificuldade para engravidar, mesmo após o tratamento (BOURDEL N, et al, 2015). O tratamento pode ser feito com hormônios orais ou procedimentos cirúrgicos de acordo com a classificação de risco e desenvolvimento da doença (NAVARRO, BARCELLOS, 2006).

Contudo, requer um diagnóstico precoce, para iniciar o tratamento o mais breve possível, a fim de obter um resultado positivo. Ainda não existem explicações para cura, mas há tratamento disponível para casos diagnosticados (ESKENAZI B, WARNER M, 1997).

O mais importante sobre a doença, é descobrir o grau em que se encontra instalada, qual órgão afetado e sinais e sintomas aparentes. Para obter um diagnóstico preciso, o médico solicitará exames específicos para o descobrimento de focos da endometriose e possíveis intervenções que podem ser feitas para recuperar a saúde da mulher. O tratamento é realizado

pela equipe multiprofissional, com o objetivo de oferecer maior conforto e recuperar a saúde da mulher.

Por ser uma doença ainda pouco conhecida pela população feminina, quando é diagnosticada, as mulheres sentem-se sozinhas, com medo, sendo necessário apoio psicológico.

Com isso o enfermeiro e toda equipe multidisciplinar agem na tentativa de diminuir os transtornos ocasionados pela doença, prestando total assistência à mulher diagnosticada desde o descobrimento da doença até o final do tratamento, sendo importante além da assistência, realizar promoção e prevenção da saúde da mulher, realizar orientações e promover bem estar.

Observa-se ainda que uma atividade que causa efeitos positivos para o apoio psicológico é estabelecer o diálogo entre profissional e paciente, e entre outras mulheres também diagnosticadas com endometriose, para que possa ser feito troca de experiências, com o objetivo de conseguir um tratamento positivo e no fortalecimento da autoconfiança.

1.1 JUSTIFICATIVA

O atual estudo se justifica por mostrar a importância de um diagnóstico e tratamento precoce para mulheres portadoras de Endometriose e suas complicações quando diagnosticadas tardiamente. Destaca-se ainda a importância da atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde, com a promoção de saúde e prevenção de doenças, além do mesmo exercer papel fundamental na recuperação da saúde e necessitar de preparação para dar total apoio emocional e assistencial às mulheres quando diagnosticadas. O tema escolhido despertou o interesse após vivenciar dois casos de endometriose na família.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral:

Englobar a importância da atuação da enfermagem frente o diagnóstico e tratamento da Endometriose.

1.2.2 Objetivos específicos:

Entender a Endometriose;

Descrever os sinais e sintomas;

Esclarecer as graves consequências de um diagnóstico e tratamento tardio;

Demonstrar as intervenções de enfermagem a uma mulher com Endometriose.

1.3 MÉTODO

Para a realização da pesquisa, utilizou-se o método bibliográfico, por meio de revisão literária em livros, revista eletrônica e artigos científicos relacionados à doença com busca na base de dados Scielo, com o objetivo de mostrar os riscos da endometriose para a população feminina e como é importante o diagnóstico precoce e a atuação do enfermeiro na assistência básica de saúde.

Este estudo foi dividido em dois capítulos.

O primeiro capítulo explicou sobre a anatomia do sistema reprodutor feminino, ou seja, a anatomia genital feminina, as mudanças que ocorrem no corpo da mulher durante a puberdade até chegar à fase adulta devido às alterações hormonais.

O segundo capítulo abordou sobre a endometriose, os sinais e sintomas aparentes, os riscos de um diagnóstico tardio e o tratamento para cada caso e englobar a importância da atuação da enfermagem frente o diagnóstico e tratamento da endometriose.

2. SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

Este capítulo aborda a anatomia do aparelho reprodutor feminino e suas funções, assim como o desenvolvimento dos hormônios após a puberdade e o processo do ciclo menstrual.

2.1 Anatomia do aparelho reprodutor feminino

O sistema reprodutor feminino é formado por um conjunto de órgãos muito importantes para a vida reprodutiva de uma mulher. Esses órgãos são responsáveis pelo desenvolvimento de hormônios importantes na produção dos óvulos, recebem a fecundação pelos espermatozoides dos homens e possuem condições favoráveis para o desenvolvimento do embrião no útero até o desenvolvimento e nascimento (FATTINI, 2010, p.151-152).

Todo o sistema reprodutor feminino é protegido pela pelve, que é formada por uma estrutura óssea forte, que protege contra impactos e protege os órgãos internos. (FATTINI, 2010, p.151-152).

O aparelho reprodutor é divido em dois grupos chamados internos e externos. O grupo de órgãos internos está localizado no interior da cavidade púbica e é composto por dois ovários, duas tubas uterinas (Trompas de Falópio ou Ovidutos), um útero, uma vagina e uma vulva. O grupo de órgãos externos está localizado superficialmente ao diafragma urogenital, abaixo do arco púbico, é composto pelo monte do púbis, lábios maiores e lábios menores, o clitóris, o bulbo do vestíbulo, e glândulas vestibulares maiores (FATTINI, 2010, p.151-152).

A vagina é um órgão formado por paredes elásticas, com o tamanho de 8 a 10 cm de comprimento, está localizada no interior da pelve, sendo responsável por ligar o colo do útero aos órgãos genitais externos. Tem por função receber a penetração do pênis na relação sexual, expulsar a menstruação mensalmente e possibilitar um parto natural, ou seja, a saída do bebê (FATTINI, 2010, p.151-152).

O aparelho ainda conta com glândulas responsáveis pela produção de muco lubrificante que ajudam na penetração do pênis e mantém a lubrificação natural. Essas glândulas são chamadas de Glândulas de Bartholin (FATTINI, 2010, p.151-152).

Uma estrutura importante que fecha parcialmente o orifício vaginal é o hímen, constituído por uma membrana circular que protege a entrada da vagina. Nas primeiras relações sexuais, essa membrana é rompida, resultando na modificação do formato do hímen.

Destaca-se aqui que cada mulher apresenta um tipo de formato, embora o trabalho não aborde as diferentes formas de hímens (FATTINI, 2010, p.151-152).

A genitália externa ou vulva é constituída por duas pregas intensamente irrigadas de sangue e inervadas, responsáveis pela proteção da vagina, denominadas grandes e pequenos lábios (FATTINI, 2010, p.151-152).

Quando a menina passa pelo período de puberdade, sofre algumas alterações hormonais e os grandes lábios são recobertos por pelos pubianos. E os pequenos lábios, que ficam localizados mais internamente a vulva, tem a principal função de proteger vagina e a uretra (FATTINI, 2010, p.151-152).

Outra estrutura importante no aparelho reprodutor feminino esta localizado na vulva, o clitóris. Formado por um tecido esponjoso erétil, esse possui características diferentes ao pênis do homem, mas o desenvolvimento é de forma semelhante (FATTINI, 2010, p.151-152).

Os ovários são as gônodas femininas, medem aproximadamente 3 cm de comprimento e 2 cm de largura, com espessura de 1,5 cm. Estão localizados abaixo das tubas uterinas ou trompas de falópio onde ficam conectadas. São responsáveis pela produção dos principais hormônios sexuais femininos chamados estrógeno e progesterona. Quando uma menina passa por todo período de puberdade, ela já possui células que vão transformar-se em ovários e consequentemente os ovários produzirão esses hormônios. Estas células denominadas ovócitos primários encontram-se dentro das estruturas de folículos de Graaf ou folículos ovarianos (FATTINI, 2010, p.151-152).

As tubas uterinas, trompas de Falópio ou Ovidutos, são ductos revestidos de células ciliadas que fazem a condução do gameta feminino até o útero. Esses ductos unem os ovários ao útero, e possibilitam unir o espermatozoide ao óvulo liberado na ovulação, conduzindo-os até o útero para desenvolver a gravidez (FATTINI, 2010, p.151-152).

O útero é um órgão oco, formado por uma parede muscular espessa, chamada de miométrio, possui o formato de uma pera invertida. Ele está localizado na cavidade pélvica, anterior a bexiga e posterior ao reto. O endométrio é a camada interna que reveste o útero, muito vascularizado, ou seja, rico em vasos sanguíneos e rico em glândulas importantes para o período menstrual em resposta as alterações hormonais (FATTINI, 2010, p.151-152).

2.2 Desenvolvimento dos Hormônios Femininos

Os hormônios começam a desenvolver-se através da puberdade sendo definida como um processo fisiológico de maturação hormonal e crescimento somático que torna o organismo apto a se reproduzir, segundo (BARBOSA, FRANCESCHINI e PRIORE, 2006).

Esse processo é natural e ocorre com todas as meninas, porém o tempo de cada fase ou evento pode deferir de uma para outra, isso ocorre porque cada organismo tem seu tempo para desenvolver-se (FALKNER, 1986).

As funções hormonais são de extrema importância para o crescimento corporal e desenvolvimento do metabolismo. A partir das alterações das concentrações hormonais ocorridas antes e durante a puberdade, iniciam-se mudanças morfológicas bastante importantes nas meninas. Essas mudanças morfológicas são conhecidas como características sexuais secundárias e implica no desenvolvimento de mamas, aparecimento de pelos pubianos e na idade de menarca, conhecida como primeira menstruação (CHIPKEVITCH, 1995, MALINA RM, 2004).

Esse fenômeno de desenvolvimento dos hormônios, também conhecido como puberdade, faz com que ocorram mudanças no corpo da menina e surgem diversas alterações características como, maior quantidade de pelos nas axilas, púbis, pernas e braços. As mamas podem ficar um pouco doloridas em consequência do crescimento, e a pele se torna mais oleosa surgindo acne e espinhas. Ocorre também maior acúmulo de tecido adiposo e consequentemente maior índice de massa corporal (IMC). Geralmente, a partir dos 12 anos, as meninas passam por mudanças corporais e aumentam a quantidade do tecido adiposo, assim como a porcentagem de gordura corporal (ROWLAND, 2005; MALINA, 2004).

Todo o processo de puberdade recebe os estímulos hormonais da hipófise, importante glândula responsável pela produção e envio de estímulos hormonais que equilibram o organismo. A hipófise produz os hormônios folículo–estimulante (FSH) e luteinizante (LH).

Estes dois hormônios regulam a atividade dos ovários nas meninas. O FSH estimula a secreção de estrogênio, responsável pelo desenvolvimento e maturação dos folículos ovarianos. É ele que regula o crescimento, desenvolvimento, puberdade, reprodução e secreção de hormônios sexuais pelos testículos e ovários. O LH é responsável pela secreção das células foliculares, estimulando o processo de ovulação (ROWLAND, 2005; CHIPKEVITCH, 1995).

Outros hormônios sexuais femininos importantes nesse processo de puberdade são o estrogênio e a progesterona. O estrogênio é responsável pelo crescimento da vagina,

desenvolvimento dos lábios maiores e menores, crescimento de pelos no púbis, alargamento do quadril, desenvolvimento das mamas, mudança no formato do estreito pélvico para formato ovóide, aumento das concentrações de tecido adiposo. O estrogênio exerce efeitos muito importantes no revestimento interno do útero, conhecido como endométrio e no ciclo menstrual. A progesterona está relacionada principalmente com a preparação do útero para a aceitação do embrião e a preparação das mamas para secreção do leite materno. Esse hormônio inibe as contrações uterinas e impede a expulsão do embrião que está implantado ou do feto em desenvolvimento (ROWLAND, 2005; CHIPKEVITCH, 1995).

Compreende-se assim, que o processo de ação dos hormônios femininos, realiza papel importante para o crescimento, desenvolvimento e bom funcionamento do corpo e organismo da mulher.

2.3 O Ciclo Menstrual

Todo o organismo feminino passa por diversas alterações e mudanças durante toda a vida. O ciclo menstrual é um dos processos que alteram todo o organismo feminino, é nesse período que ocorre o maior desenvolvimento dos hormônios e é definido como a fase de puberdade final da menina, ocorrendo de forma natural o processo de maturação dos ovários e consequentemente o aparecimento da primeira menstruação, conhecida com menarca (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Nessa fase do processo da menstruação ocorrem diversas mudanças no comportamento e físico das mulheres. Essas mudanças são alterações no humor, dores de cabeça intensas, aumento do apetite, algumas mulheres ficam inchadas com a retenção de líquido no corpo, a pele fica mais oleosa dando origem às acnes e espinhas, algumas relatam cólicas muito intensas e incapacitantes (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

É um processo natural que ocorre mensalmente, onde o endométrio descama e ocorre a expulsão do sangue da parede do útero. Algumas mulheres têm o período menstrual com durabilidade de até sete dias. Outras mulheres possuem um período menor podendo ir de três a cinco dias e outras até com nove dias. A intensidade do fluxo sanguíneo e a durabilidade do ciclo menstrual dependem de cada organismo feminino. Alguns fatores como o estresse contribui para o atraso ou antecipação da menstruação (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Algumas mulheres quando chegam ao período menstrual, perdem muita quantidade de sangue na menstruação, ou seja, possuem o fluxo menstrual muito intenso, e em decorrência

desse processo, podem atrapalhar, por exemplo, na vida social e no trabalho (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Existem métodos para diminuir a quantidade do fluxo sanguíneo e as cólicas menstruais, como exemplo o uso de anticoncepcionais orais, injetáveis ou introduzidos no útero como o uso do Dispositivo Intra Uterino (DIU) (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Ressalta-se que o método mais utilizado é a anticoncepção oral, com anticoncepcionais de ciclos com 21 dias, 27 dias, 28 dias e 30 dias (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Para determinar qual tipo de anticoncepcional a ser utilizado, é necessária uma consulta ao ginecologista, onde serão solicitados exames específicos e análise para o melhor medicamento a ser usado, pois cada anticoncepcional possui uma quantidade de hormônios específica que vai contribuir para o bom funcionamento do ciclo (RIGUTTI, 2007, p.220-224).

Entende-se que o ciclo menstrual são alterações fisiológicas que ocorrem no aparelho reprodutor feminino com o objetivo de preparar o organismo para uma fecundação e reprodução.

Todo o Sistema reprodutor feminino necessita da ação dos hormônios para que ocorra o crescimento e desenvolvimento do ciclo menstrual e consequentemente preparar o organismo feminino para a reprodução.

3. A ENDOMETRIOSE E A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Este contexto aborda a endometriose, o diagnóstico e tratamento mais adequado para cada nível da doença, os sinais e sintomas mais aparentes, as graves consequências de um diagnóstico tardio e como o enfermeiro pode atuar diante a doença, na tentativa de recuperar a mulher diagnosticada, promover papel educativo e promover saúde.

3.1 A Endometriose

A endometriose é caracterizada como uma doença crônica, do tipo silenciosa e assintomática na maioria dos casos, fazendo com que o diagnóstico e tratamento ocorra de forma tardia. Pode se manifestar por dor pélvica intensa e refletir em órgãos mais distantes ou ser assintomática, sem nenhum sintoma aparente e sem nenhuma alteração no organismo (HUSBY GK et al,2003, p.163).

> Quando a mulher chega ao período do ciclo menstrual, toda a ovulação presente no endométrio descama, fazendo com que ocorra a saída da menstruação, mas quando esse processo não ocorre de forma completa, a menstruação pode voltar para o interior da cavidade uterina, trompas, ovários e migrar para a cavidade abdominal, gerando um processo inflamatório dos tecidos, podendo afetar e comprometer diversas regiões e órgãos. Sendo os órgãos mais afetados, ovário, útero, intestino, bexiga (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p.250).

Cada uma pode desenvolver um tipo de sintoma, em um determinado órgão ou ser assintomático. A única semelhança entre as mulheres é a dor pélvica intensa. (BOURDEL N et al, 2015). Sem cura objetiva a endometriose possui etiologias diferentes, causas e tratamentos diversos (ESKENAZI B, WARNER M, 1997).

Os locais mais comuns da endometriose são: Fundo de Saco de Douglas (atrás do útero), septo reto-vaginal (tecido entre a vagina e o reto), trompas, ovários, superfície do reto, ligamentos do útero, bexiga e parede da pélvis (HUSBY GK et al, 2003).

A endometriose pode atingir órgãos mais distantes, porém com menor frequência em relação aos órgãos da superfície peritoneal, ovários e septo retovaginal, podendo afetar o Sistema Nervoso Central, pleura e o pericárdio (NACUL; SPRITZER, 2010).

De acordo com Crosera (2010) pode-se classificar a endometriose em três estágios: leve, moderada e grave a depender de cada caso através do diagnóstico, região onde está afetado, e sintomas. O sintoma mais comum é a dor pélvica que surge dois a três dias antes do

período menstrual. A endometriose leve e moderada resulta na disfunção da ovulação, ou seja, compromete a ovulação da mulher. Ocorre atraso ou não desenvolvimento e maturação dos ovários, alterações do endométrio, problemas para completar a fase lútea, ou seja, final da fase do ciclo menstrual para uma possível gravidez. No estágio grave, os comprometimentos são ainda maiores, com a distorção e mudança de formato da anatomia pélvica, e ocorre aparecimento de cicatrizes e disfunção das tubas uterinas, justificando uma relação causal com a infertilidade (CROSERA et al., 2010).

Dentre os fatores de risco podemos citar mulheres que possuem casos na família; mulheres com fortes cólicas, antes, durante, após a menstruação, e durante as relações sexuais; mulheres com idade de menarca tardia; aumento da idade da primeira gestação; maior intervalo entre as gestações; maior frequência de menstruações; histórico de infecção pélvica; nunca ter usado contraceptivos orais; e ausência de filhos (VILA, 2007, p. 173).

Isso faz da endometriose uma doença que requer uma atenção especial e que exige alguns cuidados específicos.

Torna-se necessário que o enfermeiro atue de forma integral, respeitando os desejos da paciente, orientando e promovendo a saúde nessa fase de tratamento, assim como algumas mudanças que podem ser feitas por exemplo na alimentação que irão contribuir no tratamento.

3.2 Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas são os primeiros passos para se diagnosticar a endometriose, uma vez que, a mulher com a doença relata sentir dores e desconfortos.

Um dos principais sintomas da endometriose é a dor pélvica crônica e infertilidade. Classicamente, existem três tipos de dor relacionada à endometriose: dismenorreia (cólicas menstruais), dispareunia profunda (dor durante a relação sexual) e dor pélvica crônica não menstrual (PPC), ou seja, prevalência de dor pélvica mesmo após o término do ciclo menstrual. (BOURDEL N, et al, 2015).

As mulheres com endometriose também podem ter uma grande variedade de outros sinais e sintomas, incluindo disquezia (dificuldade ou dor ao evacuar), disúria (dor ao urinar), queixas gastrointestinais, sangramento retal com envolvimento intestinal significativo, disfunção menstrual como oligomenorréia (menstruação de frequência anormal com intervalo mais de 35 dias) ou hipermenorréia (menstruação excessiva, em intervalos curtos), dor lombar e infertilidade (CHOPIN, BALLESTER e BORGHESE, 2006, p. 164; LEMAIRE, 2004, p.

164; SIGNORELLO, et al,1997, p.164). Contudo os sintomas podem diminuir na menopausa, devido à queda hormonal.

As consequências e agravos gerados pela doença refletem na vida social, no trabalho, no lazer. A dor pélvica intensa e o desconforto diário tornam a mulher incapacitante de exercer suas funções, resultando na má qualidade de vida.

Mulheres com endometriose passam a maior parte do tempo sentindo fortes dores, mesmo após o tratamento devido o acúmulo de sangue que ainda pode permanecer nas paredes do útero que dilata e torna-se mais globoso, gerando um maior desconforto, inchaço, dor, prejudicando a vida social e reprodutiva da mulher.

3.3 Diagnóstico e Tratamento

Segundo Podgaec (2014), cerca de 70 milhões de mulheres no mundo sofrem dessa doença e é classificada como a principal causa de internação hospitalar. No Brasil, 71.818 internações por endometriose foram registradas nos anos de 2009 a 2013.

De acordo com Olive DL (2001),Verkauf BS (1987), entre 10 e 15 % das mulheres afetadas pela endometriose, estão em idade reprodutiva, e de 25 e 50% de mulheres apresentam infertilidade.

A silenciosidade da doença torna difícil o diagnóstico e o tratamento precoce, sendo esta, muito das vezes descoberta na fase de estágio mais avançado, o que resulta em intervenções cirúrgicas e perda de órgãos importantes para o bom funcionamento do sistema (PODGAEC, 2014).

Mulheres diagnosticadas com a Endometriose possuem características individuais. A dor pélvica intensa mesmo fora do período menstrual é o principal sinal de alerta e o único sintoma comum entre as mulheres, capaz de ser observado para que seja feito uma avaliação e um diagnóstico médico, pois é provável estar desenvolvendo-se uma endometriose. Nesse momento é muito importante que seja feito uma avaliação sistematizada de forma completa, para que não exista erro.

Segundo Nacul e Spritzer (2010), para conseguir diagnosticar a endometriose de forma rápida e correta é essencial à avaliação laparoscópica, ou seja, é necessário e muito importante que seja feito um exame endoscópico da cavidade abdominal e de seu conteúdo. Tal exame é feito com anestesia geral, o que assegura a paciente não sentir desconfortos

durante a realização e detecção. Por outro lado também existem exames de imagem que podem levar ao diagnóstico dessa doença, quando na fase avançada.

Existem diferentes formas de detectar a endometriose sendo por ecografia transvaginal (ETV) ou Ressonância Magnética (RM), que permitem descobrir através de imagens a confirmação da endometriose ovárica e profunda. A ETV e RM são exames de primeira linha que podem ser solicitado quando, após o médico avaliar os sintomas relacionados com a doença, poder estabelecer o diagnóstico correto e iniciar o tratamento adequado. Destaca-se que à ETV pode ser acrescentada a ecografia suprapúbica, a ETV 3D, a ETV retal com contraste, a ecografia transretal, a sonovaginografia, a sonoretovaginografia e a ecografia transperineal 3D/4D (SAVELLI, 2009, p.165, SACCARDI, et al,2012, p. 165).

O diagnóstico da endometriose deve ser preciso e precoce para que haja possibilidade de um tratamento eficaz e um bom prognóstico.

De acordo com Carvalho e Carvalho (2003), o diagnóstico de imagem nem sempre é totalmente preciso e mostra a doença, sendo necessário um diagnóstico de confirmação feito pelo estudo anatomopatológico, que consiste em uma avaliação macro e microscópica de células e tecidos de biópsia realizada por um médico anatomopatológico capaz de identificar mais precisamente a presença da doença.

A ultrassonografia transvaginal não consegue detectar o tecido afetado e modificações, sendo necessária uma lavagem intestinal que permite maior visualização dos tecidos e realização do exame de Colonoscopia (CARVALHO E CARVALHO, 2003).

O tratamento consiste na tentativa de diminuir os sintomas relacionados à endometriose e possibilitar a mulher uma gravidez futura, e para cada nível da doença, existe um tratamento especializado, dependente do resultado de diagnóstico.

Segundo Navarro e Barcellos (2006), devido sua classificação, a endometriose mínima e leve deve ser tratada a base de hormônios como anticoncepcionais adequados por via oral, e para a endometriose grave e moderada, deve ser realizado a intervenção cirúrgica que consiste na retirada do acúmulo de sangue dos tecidos afetados.

A intervenção cirúrgica pode ocorrer de três formas: conservadora, quando retira os focos de endometriose e conserva o órgão afetado; definitiva, quando ocorre a retirada do útero com ou sem os ovários, chamado esse procedimento de histerectomia; radical, ocorre a remoção de todas as lesões visíveis no momento da cirurgia, podendo comprometer o órgão (PFEIFER et al., 2014).

As complicações de um diagnóstico e tratamento tardio são dores abdominais recorrentes, dificuldade para evacuar, constipação intestinal, sangramento nas fezes, dores durante as relações sexuais e infertilidade (OLIVEIRA, et al., 2015).

De acordo com Oliveira et al.,(2015, p.174) a infertilidade não tem uma explicação certa sobre sua relação com a endometriose, porém verificou-se que 30 a 40 % das mulheres com endometriose, apresentam a infertilidade e dificuldade para engravidar.

Quando endometriose está no estágio mais avançado, ocorre uma distorção e mudança na anatomia do aparelho reprodutor feminino, contribuindo para a infertilidade. Outras causas que explicam a infertilidade são as alterações hormonais, genéticas e imunológicas que ocorrem com a mulher.

Outros fatores que podem explicar a infertilidade é o aumento do número de ciclos menstruais, deficiência de vitaminas E na alimentação (importante para o bom funcionamento do organismo, com ação antioxidante, anti-inflamatória, contribui para o controle do colesterol LDL, melhora na fertilidade, pois possui papel importante na produção de hormônios) e frequente exposição a substâncias tóxicas, dentre elas, desinfetantes (VILA et al., 2010).

Segundo Crosera et al., (2010, p.176), mulheres com endometriose de grau leve e moderado , quando descobertos precocemente, conseguem engravidar após tratamento, porém a dificuldade para engravidar é uma das causas mais relatadas por mulheres diagnosticadas com endometriose profunda. Algumas mulheres mesmo após o tratamento da endometriose profunda, ainda possuem dificuldade para engravidar devido à infertilidade presente. Para esse caso específico, existem tratamentos capazes de reverter à infertilidade e consequentemente, ajudar na gravidez.

O melhor tratamento é a reprodução assistida, ou seja, a fertilização através da inseminação artificial com acompanhamento médico. Esse procedimento precisa de uma estimulação controlada com citrato de clomifeno ou gonadotrofina em conjunto com inseminação ou fertilização (CROSERA et al., 2010; p. 176).

3.4 Focos raros de endometriose e o risco de desenvolvimento de endometriose maligna

A endometriose pode atingir órgãos do sistema reprodutor feminino e também podem migrar para outros órgãos, chamados de extragenitais, os órgãos que não fazem parte dos órgãos genitais femininos. Os órgãos extragenitais que mais podem ser afetados pela endometriose são: parede abdominal; umbigo; trato gastro-intestinal; tórax; inguinal/Canal de

Nuck (canal embrionário, que vai da cavidade peritoneal até os lábios maiores); trato urinário (MACHAIRIOTIS et al.,2013). O autor ainda destaca que as complicações dos órgãos extragenitais vêm acompanhadas de dores ainda mais intensas, prejudiciais a qualidade de vida da mulher.

Para Machairiotis N, et al.,(2013) , Ecker AM, et al.,(2014) a endometriose de parede abdominal está relacionada a procedimentos cirúrgicos prévios, como exemplo uma cesariana, onde ocorre uma inflamação local com aparição de nódulos de sangue, chamados de endometriomas. A endometriose umbilical pode surgir na cicatriz do umbigo, causando dores e desconfortos. Já a trato gastro – intestinal pode atingir o fígado, vesícula biliar, intestino e estômago, resultando em casos de icterícia, anorexia, náuseas, vômitos e alterações no funcionamento intestinal. A endometriose torácica possui o sintoma mais comum de dor torácica, podendo agravar o caso desenvolvendo um pneumotórax (o ar entra e escoa pelos espaços entre os pulmões e a parede torácia, ocasionando a falta de ar) e hemotórax (presença de sangue na cavidade pleural).

A endometriose inguinal/Canal de Nuck consiste na presença de nódulo inguinal, habitualmente na região inguinal direita, doloroso e com agravamento progressivo durante a menstruação (Wong WS, Lim CE, Luo X,2011).

Para esses tipos de endometriose em órgãos distantes da genitália feminina, existem exames específicos como TC de tórax, ressonância magnética por colonoscopia (NACUL; SPRITZER, 2010).

Uma preocupação para mulheres portadoras de endometriose é o risco elevado de desenvolver uma endometriose maligna, do tipo cancerígeno.

Para endometriose grave, esse risco é relativamente alto, uma vez que a mulher portadora da endometriose fez algum tipo de intervenção cirúrgica, e os focos de endometriose retornam. Para esse tipo de diagnóstico torna-se importante, observar a prevalência dos focos, e uma análise de biopsia mais precisa a fim de relacionar o foco com a malignidade. (SOMIGLIANA, 2006.)

3.5 Atuação do enfermeiro diante o diagnóstico e tratamento tardio

Quando uma pessoa descobre que está com algum tipo de doença, sente medo e se desespera por não conhecer a etiologia da doença, ou seja, na maioria das vezes o paciente

diagnosticado com algum tipo de doença nunca ouviu falar sobre a causa da doença e o que ela provoca no organismo se não houver um tratamento adequado (OLIVEIRA, et al; 2015).

Para que a assistência de enfermagem para pacientes com endometriose resulte positivamente, deve começar a partir do momento em que a mulher procura ajuda médica relatando os primeiros sinais e sintomas aparentes, para uma avaliação sistematizada e realização de exames específicos (OLIVEIRA, et al; 2015).

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro deve pesquisar sobre o histórico de vida do paciente, e possíveis casos que já existiram na família. Dessa forma fica mais fácil começar a busca pelo diagnóstico precoce (CROSERA, et al; 2010).

O enfermeiro, no entanto, deve ser qualificado e ter conhecimentos técnico-científicos para lidar com a situação. Uma vez em que é uma doença que vem crescendo cada vez mais (CROSERA et al., 2010), e muitas pessoas ainda não sabem da gravidade e as complicações que a mesma pode trazer.

O diagnóstico tardio requer um tratamento especial, onde deve ser calculado o tempo de permanência da doença e qual terapia será a melhor e a mais eficaz.

Ao diagnosticar e começar a tratar a doença, a mulher pode sentir diversos tipos de sentimentos, como sentir-se sozinha, com medo, insegura e passar por ansiedade. É nesse momento que o enfermeiro deve oferecer apoio a reação emocional e ainda incentivar que a família esteja ao lado da paciente, dando forças e suporte. A participação da família nesse processo é fundamental para um efetivo tratamento, já que a ausência de apoio familiar pode gerar maiores transtornos emocionais e dificultar na aceitação do tratamento (CARVALHO; CARVALHO, 2004; CUNHA et al., 2008, p. 177).

De acordo com Nácul et al., (2011), a endometriose quase sempre é diagnosticada tardiamente, pois é uma doença silenciosa, exigindo então do enfermeiro e toda equipe multiprofissional , um olhar amplo e observador para detectar essa doença precocemente, a fim de começar o tratamento ideal e obter um resultado positivo.

É necessário que o enfermeiro atue de forma individual à paciente, pois cada pessoa pode desenvolver a endometriose em um órgão, algumas terem os sinais e sintomas frequentes e outras viverem anos com a doença e não manifestarem nenhum tipo de sintoma. Dessa forma, é importante realizar uma entrevista com o paciente, buscando pesquisar possíveis sintomas ou relatos em que se tenha a dúvida sobre a doença.

Um instrumento metodológico importante para a atuação da enfermagem no diagnóstico e tratamento precoce da endometriose é a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), que possibilita a equipe identificar, compreender, descrever e explicar ao

paciente sobre os problemas de saúde, os processos vitais e traçar um plano de cuidado. Outro instrumento importante para realizar o cuidado ao paciente é o treinamento científico de toda a equipe de enfermagem, a fim de obter um plano de cuidado eficaz (MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012, p.175).

Segundo Silva et al. (2011, p. 1381) SAE é [...] "um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objetivo de reduzir as complicações durante o tratamento, facilitando a adaptação e recuperação do paciente".

Outro papel importante do enfermeiro que esta acompanhando o processo de diagnóstico e tratamento, é promover ações que mantenham diálogo entre paciente e profissional, paciente e família, e pessoas que estejam passando pelo mesmo problema, resultando na troca de experiências e vivências e maior apoio (CARVALHO et al., 2012). Cabe ao enfermeiro e toda sua equipe, traçar um plano de cuidado específico para cada paciente, sendo alguns tratados com terapia medicamentosa, e outros submetidos ao tratamento cirúrgico.

Ainda assim, mesmo após o tratamento, algumas pacientes ainda possuem sintomas, permanecendo a dor, que em geral diminui a qualidade de vida. Daí a importância do enfermeiro ter em mente intervenções para melhoraria da qualidade de vida dessa paciente (MENGARDA CV, et al ,2008; JONES G, et al, 2006).

Torna-se então muito importante para realizar a intervenção com o paciente e auxiliar na recuperação da endometriose, a realização de busca ativa para participação de programas educativos como palestras, orientações em geral, manter o diálogo entre o profissional enfermeiro e a paciente diagnosticada e em tratamento, dessa forma é possível estabelecer um vinculo de confiança que ajudará muito no tratamento positivo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com base nas revisões literárias aponta que a endometriose tornou-se um problema de saúde pública relevante, que cresce a cada dia e ainda pouco conhecida sobre sua patogenia, mas que deve ser mais estudada e melhor compreendida pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

A endometriose é uma doença muito silenciosa, com sintomas ou assintomática, o que torna ainda mais difícil o descobrimento da mesma. Pode ser classificada como benigna, mas pode evoluir para a forma maligna rapidamente quando seu estágio torna-se avançado, e mesmo após o tratamento a doença persiste, sendo preciso realizar outras intervenções invasivas como as cirurgias para eliminar a doença.

É muito importante que a mulher que apresente sinais ou sintomas relacionados à doença, procure um ginecologista para identificar através de exames específicos, um possível desenvolvimento de endometriose e assim iniciar um tratamento eficaz ao estágio em que se encontra.

Nota-se a necessidade de maiores intervenções com auxílio de programas educativos para a promoção da saúde e prevenção da doença, orientações a consultas de rotina ao ginecologista e consulta de enfermagem, com o objetivo geral de diminuir o número de casos, recuperar a saúde das mulheres diagnosticadas e em tratamento da endometriose.

O diagnóstico tardio resulta no tratamento tardio, ou seja, atrasa e complica na eliminação da doença no organismo e consequentemente no atraso da recuperação da saúde da mulher, resultando no desenvolvimento de maiores desconfortos e maiores preocupações.

O enfermeiro age de forma individual a cada pessoa e exerce papel fundamental para conseguir um bom resultando no tratamento. Através de orientações e promoção de atividades de interação com a sociedade, é possível manter o diálogo, importante instrumento onde as mulheres podem expor e compartilhar seus medos e relatar suas experiências, tornando-as com mais segurança e esperança para a cura.

Observa-se que o enfermeiro é a peça chave para obter um bom resultado no desenvolvimento do tratamento, apoiando emocionalmente a mulher com a patologia e oferecendo suporte profissional.

5. REFERÊNCIAS

ACCETTA, L; ACCETTA, P;ACCETTA, A. F.; MAIA, F. J. S.;OLIVEIRA, A. P. F.A. **Endometrioma de parede abdominal**. **Arq. Bras. Cir.Dig. (ABCD),** São Paulo, v.24, n.1, jan./mar, 2011.

BARBOSA KBF, FRANCESCHINI SCC, PRIORE SE. **Influência dos estágios de maturação sexual no estado nutricional, antropometria e composição corporal de adolescentes.** Rev Bras Saúde Mat Infant. 2006;6 (4):375-82.

BALLARD KD, SEAMAN HE, DEVRIES CS, Wright JT; **Can synptomatology help in the diagnosis of endometriosis?** Findings from a national case-controlo study - part I; BJOG 2008;115:138-139.

BOURDEL N, ALVES J, PICKERING G, RAMILO I, ROMAN H, CANIS M. **Revisão sistemática da avaliação da dor da endometriose**: como escolher uma escala? Atualização Hum Reprod 2015; 21 (01): 136-152. Doi: 10.1093 / humupd / dmu046.

BRASIL, Ministério da Saúde –**Endometriose Aguilla Produção e Comunicação Ltda**. São Paulo; s.n; [2002?]. 2 videocassetes VHS (30 min 02s)color., estéreo.^c1/2 pol..Português | MULTIMEIOS | ID: mis-29237

CARVALHO, D. L. M.;CARVALHO, M. F. T. **Endometriose da parede abdominal**. **Rev. Ass. Méd. Bras**, São Paulo, v.49, n.4, 2003.

CHOPIN N, BALLESTER M, BORGHESE B, et al. **Relação entre gravidade da dismenorreia e endometrioma**. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2006; 85 (11): 1375-1380. Doi: 10.1080 / 00016340600935490.

CROSERA, A.M.L.V.; VIEIRA, C.H.F.; SAMAMA, M.; MARTINHAGO, S.D.; UENO, J. **Tratamento da endometriose associada à infertilidade** - revisão da literatura. **Femina**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 252-256, may. 2010.

CHIPKEVITCH E. **Puberdade & Adolescência**: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais. São Paulo (SP): Rocco, 1995.

ECKER AM, DONNELLAN NM, SHEPHERD JP, LEE TT. **Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution.** Am J Obstet Gynecol 2014;211(4):363.e1-5.

ESKENAZI B, WARNER M. **Epidemiology of endometrios**is. Obstet Gynecol Clin North Am 1997; 24(2): 235-258.

FALKNER F, TANNER JM. **Human Growth**: **a comprehensive treatise**. New York (NY): Plenum Press,1986.

FATTINI, C. **Anatomia humana básica**/ José Geraldo Dângelo, Carlo Américo Fattini.- São Paulo: Editora Atheneu 2010.

HUDELIST G, FRITZER N, THOMAS AE, TINELLI A, SINGER CF, KECKSTEIN J; **Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences**. Hum Reprod 2012;27: 3412-3416.

HUSBY GK, HAUGEN RS, MOEN MH. **Diagnostic delay in women with pain and endometriosis.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82(7):649-653.

JONES G, JENKINSON C, TAYLOR N, MILLS A, KENNED S. **Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire**. Hum Reprod. 2006;21(10):2686-93.

LEMAIRE GS. **Mais do que apenas cólicas menstruais: sintomas e incerteza entre mulheres com endometriose**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33 (01): 71-79. Dei: 10.1177 / 0884217503261085.

MACHAIRIOTIS N, STYLIANAKI A, DRYLLIS G, ZAROGOULIDIS P, KOUROUTOU P, TSIAMIS N, KATSIKOGIANNIS N, SARIKA E,COURCOUTSAKIS N, TSIOUDA T, GSCHWENDTNER A, ZAROGOULIDIS K, SAKKAS L, BALIAKA A, MACHAIRIOTIS C. **Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition**? Diagn Pathol 2013;8:194.

MALINA RM, BOUCHARD C, BAR-OR O. **Growth, Maturation, and Physical Activity**. Champaign Illinois: Human Kinetics, 2004.

MEDEIROS, A.L., SANTOS, S.R, CABRAL, R.W.L. **Sistematização da Assistência na Perspectiva dos Enfermeiros: Uma abordagem metodológica na teoria fundamentada.** *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. 33 (3):174-181,2012.

MENGARDA CV, PASSOS EP, PICON P, COSTA AF, PICON PD. **Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose** (Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30). Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(8):384-92.

NACUL, A.P.; SPRITZER, P.M. **Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, p. 298-307, jun. 2010.

NAVARRO, P. A. A. S.; BARCELLOS, I. D. S.; SILVA, J. C. R. **Tratamento da Endometriose. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.28, n.10, out., 2006.

NNOAHAM KE, HUMMELSHOJ L, KENNEDY SH, JENKINSON C, ZONDERVAN KT; **World Endometriosis Research Foundation Women's Health Symptom Survey Consortium**. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. Fertil Steril 2012;98 (3):692-701.

OLIVE DL, PRITTS EA. **Tratamento da endometriose**. N Engl J Med 2001; 345 (04): 266-275. Doi: 10.1056 / NEJM200107263450407.

OLIVEIRA, R.; MUSICH, D.S.; FERREIRA, M.P.S.F.; VILARINO, F.L.; BARBOSA, C.P. **Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose. Reprodução e climatério**, Santo André, v. 30, n. 1, p. 5-10, mar. 2015.

PODGAEC, S. **Endometriose.** In: TRINDADE, E. S.; MELO, N. R. Coleção Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

PFEIFER, S.; REINDOLLAR, R.; GOLDBERG, J.; LOBO, R.; THOMAS, M.; PISARSKA, M.; WIDRA, E.; LICHT, M.; SANDLOW, J.; COLLINS, J.; CEDARS, M.; ROSEN, M.; VERNON, M.; DAVIS, O.; DUMESIC, D.; GRACIA, C.; CATHERINO, W.; ODEM, R.; THORNTON, K.; REBAR, R.; LA BARBERA, A. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. **Fertility and Sterility**, Birmingham, v. 101, n. 4, p. 927-935, apr. 2014.

RIGUTTI , A. **Atlas de anatomia**/[textos Adriana Rigutti] – São Paulo:Girassol, 2007.

ROWLAND TW. **Children's exercise physiology**. Champaign Human Kinetics, 2005.

SACCARDI C, COSMI E, BORGHERO A, TREGNAGHI A, DESSOLE S, LITTA P. **Comparison between transvaginal sonography, saline sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis**. Ultrasound Obstet Gynecol 2012;40: 464-469.

SAVELLI L. **Transvaginal sonography for the assessment of ovarian and pelvic endometriosis: how deep is our understanding**? Ultrasound Obstet Gynecol 2009;33:497-501.

SEAMAN HE, BALLARD KD, WRIGHT JT, de VRIES CS. **Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease**: findings from a national case-control study—Part 2. BJOG 2008;115(11):1392-1396.

SIGNORELLO LB, HARLOW BL, CRAMER DW, SPIEGELMAN D, Hill JA**. Determinantes epidemiológicos da endometriose: estudo caso-controle de base hospitalar.** Ann Epidemiol 1997; 7 (04): 267-741. Doi: 10. 1016 / S1047-2797 (97) 00017-3.

SILVA, E.G.C., OLIVEIRA, V.C., NEVES, G.B.C., GUIMARÃES, T.M.R. **O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática**. *Rev. Esc. Enferm USP*. 45 (6): 1380-6,2011.

SOMIGLIANA E, VIGANÒ P, PARAZZINI F, STOPPELLI S, GIAMBATTISTA E e VERCELLINI P. **Association between endometriosis and cancer: a comprehensive review and a critical analysis of clinical and epidemiological evidence**. Gynecol Oncol 2006;101:331-341.

TOBIAS-MACHADO, M. et al .Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêuticos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 1, Mar. 2001.

VILA, A.C.D. **A endometriose e sua relação com a infertilidade feminina e fatores ambientais**. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás, 2007.

VILA, A.C.D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N.A. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psicologia: Saúde & Doenças**, v. 11, n. 2, p. 219-228, nov. 2010.

VERKAUF BS. **Incidência, sintomas e sinais de endometriose em mulheres férteis e inférteis**. J Fla Med Assoc 1987; 74 (09): 671-675.

WONG WS, LIM CE, LUO X**. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as an inguinal tumour**. ISRN Obstet Gynecol. 2011;2011:272159.