

## ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Enfermagem Assistencial

Ianne Stéfani Angelim Vieira<sup>1</sup>, Vanessa Diniz Vieira<sup>2</sup>, Juliane de Oliveira Costa Nobre<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Acadêmica de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos da Paraíba, [iannevieira@enf.fiponline.edu.br](mailto:iannevieira@enf.fiponline.edu.br)

<sup>2</sup>Dra. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos da Paraíba, [vanessa.veterinaria@hotmail.com](mailto:vanessa.veterinaria@hotmail.com)

<sup>3</sup>Msc. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos da Paraíba, [julianenobre@fiponline.edu.br](mailto:julianenobre@fiponline.edu.br)

**INTRODUÇÃO:** A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial funcionante (glândula e/ou estroma) fora da cavidade uterina, podendo comprometer diversos locais como, por exemplo, ovários, peritônio, ligamentos uterossacros, região retrocervical, septo retovaginal, além de bexiga, reto, sigmoide e outras porções do tubo digestivo (CROSERÁ et al., 2010). Pode ser caracterizada também por resistência à ação de progesterona, cuja ação, antagônica aos estrogênios, leva à atrofia do endométrio (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Quando as células endometriais são expelidas erroneamente para dentro da pélvis, se alojando e crescendo novamente na cavidade pélvica, o que é chamado de menstruação retrógrada, pode dar-se origem a endometriose, outra teoria de sua causa é uma deficiência no sistema imunológico, como também pode está relacionada ao mesotélio transformar-se em tecido epitelial (MENDES et al., 2013). Em mulheres inférteis com endometriose e que desejam conceber, o tratamento clínico, cirúrgico, associado, expectante ou por técnicas de reprodução assistida pode ser uma alternativa (CROSERÁ et al., 2010). Por ser a principal causa de infertilidade nas mulheres nos dias atuais, a endometriose é responsável por desencadear transtornos físicos, psíquicos e sociais, levando à piora da qualidade de vida das mesmas (MENDES et al., 2013). Portanto, a endometriose é uma doença cercada por tabus, mitos, diagnóstico tardio, falta de conhecimento e é acompanhada de uma grande variedade de sintomas que desencadeiam uma condição desagradável, frustrante e para algumas crônicas (ABRAO, 2013). Objetivou-se descrever aspectos clínicos e epidemiológicos das pacientes portadoras de endometriose pélvica, seus fatores determinantes, diagnóstico e tratamentos para que possam auxiliar na caracterização das pacientes portadoras da doença.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter exploratória, onde foi realizada pesquisas nas bases de dados: Google, Scielo e Google Acadêmico. Os trabalhos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: escritos a partir do ano de 2010, estudo que abordasse o tema endometriose, seus sintomas, aspectos epidemiológicos e publicações científicas referente à temática. Foi utilizado como busca os termos epidemiologia, infertilidade e dor pélvica, onde foram consultados autores como: Bellelis et al. (2010), Mendes et al. (2013) e Sousa et al. (2015).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A etiopatogenia da endometriose ainda não está bem estabelecida, porém as evidências indicam que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos poderia contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos da doença (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Estudos apontam que aproximadamente 5,3% das pacientes relataram antecedentes familiares de primeiro grau com história de endometriose, avaliando os antecedentes obstétricos, observou-se

que 56,5% das pacientes eram nulíparas e 43,4%, já tinham ficado grávidas e 49,3% apenas uma única gestação (BELLELIS et al., 2010). Observou uma predominância de mulheres brancas (77%), mulheres negras/pardas (19%) e amarelas (4%) (ABRAO, 2013). Dos resultados analisados dos aspectos clínicos e epidemiológicos apesentam prevalência dos principais sintomas na maioria das mulheres são estenose intestinal (9%), constipação (12%), disquezia (13%), cólica intestinal (14%), distensão abdominal (16%), hiperalgesia (15%), depressão (19%), ansiedade (27%), estresse (31%), angústia (59%), infertilidade (27%), disfunção sexual, (44%), dor pélvica (45%), dispareunia (49%), dismenorreia (58%), dor lombar (18%), pontos gatilhos (31), perda da produtividade (41%), disúria (13%) tendo algumas pacientes assintomáticas com média de sete anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico (SOUSA et al., 2015). Os quadros de dores podem ser pior e progressivo no período pré-menstrual com duração até o fim do ciclo, apresentando têm quatro subtipos, leve (não necessita de remédios para controlá-lo), moderados (analgésicos comuns controlam a dor), severos (necessita da administração de medicação parenteral em ambiente hospitalar) e o incapacitante (impede a paciente de exercer suas funções habituais) (BELLELIS et al., 2010). Alguns fatores de risco no desenvolvimento da endometriose são associados com a exposição ao hormônio estrogênio. Observa-se que mulheres com obesidade, menarca precoce e gestações tardias desenvolvem maior risco de aparecimento desta enfermidade (SOUSA et al., 2015). Cerca de 7 a 10 milhões de mulheres sofrem de endometriose no Brasil e estima-se que o número de mulheres com acometidas seja de 176 milhões no mundo, onde a distribuição das pacientes conforme idade do diagnóstico é de 15 a 19 anos (2%), 20 a 24 (5%), 25 a 29 (22%), 30 a 34 (28%), 35 a 39 (25%), 40 a 44 (15%), 45 anos ou mais (3%) (ABRAO, 2013). Constatou-se que a intensidade das dores decai com a idade, talvez porque a produção de estrogênio diminua assim como a atividade sexual, onde foi visto também que a intensidade da dor não é determinada pelo tipo ou extensão da lesão, e sim pela sua relação com fibras nervosas, por isso, a dor referida não deve servir como parâmetro para avaliar o estágio da doença e que sintomas de difícil controle clínico, com o tempo, podem levar a uma hiperalgesia, fazendo com que a sensibilidade à dor se torne aumentado (SOUSA et al., 2015). Nenhum marcador bioquímico pode ser considerado como de eleição para diagnóstico de endometriose, porém o Ca-125, quando coletado no primeiro ou segundo dia do ciclo menstrual, pode ser útil para o diagnóstico da endometriose em estágio avançado, principalmente quando os valores são superiores a 100 UI/mL, portanto, o diagnóstico da doença pode ser realizado por meio de exames laboratoriais e de imagem, porém, recomenda-se para confirmação a realização de uma videolaparoscopia e o definitivo é cirúrgico (NÁCUL; SPRITZER, 2010). O tratamento da endometriose tem início a partir de exercícios físicos para melhor eliminação dos coágulos de endometriose, analgésicos para aliviar os sintomas da doença, uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofina podendo até haver intervenção cirúrgica laparoscópica e histerectomia total (MENDES et al., 2013). Os medicamentos e esquemas terapêuticos usados no tratamento da endometriose baseiam-se no fato de o tecido endometrial ser receptivo e dependente do estrogênio, criando, assim, um ambiente hipoestrogênico que leva à interrupção do ciclo de estimulação, possibilitando, muitas vezes, a regressão dos implantes endometriais, outra opção de tratamento dessa patologia é a cirurgia laparoscópica (CROSERÁ et al., 2010).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se perceber que a endometriose acomete número significativo de mulheres em idade reprodutiva, que apresentam queixas relacionadas à dismenorréia profunda, dor pélvica e infertilidade, que devem sempre ser questionadas para orientar a hipótese diagnóstica, sintomas estes tendo origem a partir da primeira menstruação e aliviada com a chegada da menor pausa, sendo diagnosticada apenas por volta de 40 anos.

**Palavras-Chave:** Epidemiologia. Infertilidade. Dor Pélvica.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. BELLELIS, P. et al. **Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica – Uma série de casos.** São Paulo: Rev. Assoc Bras 2010; 56(4): 467-71. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400022)>. Acesso em: 21 de março de 2017.
2. CROSERÁ, A. M. L. V. et al. **Tratamento da endometriose associada à infertilidade – revisão da literatura.** Femina; 2010, maio; vol 38, nº 5. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a005.pdf>> Acesso em 30 de março de 2017.
3. MENDES, E. O. et al. **Endometriose.** Santa Cruz: Revista das Faculdades de Santa Cruz, 2013 Jan./Jun. Disponível em: <<http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/16/08-endometriose.pdf>>. Acesso em: 14 de março de 2017.
4. NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. **Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(6):298-307. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6a08.pdf>>. Acesso em: 30 de março de 2017.
5. SOUSA, T. R. et al. **Prevalência dos sintomas da endometriose: Revisão Sistemática.** Rev. CES Med 2015; 29(2): 211-226. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052015000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052015000200006)>. Acesso em: 30 de março de 2017.
6. ABRAO M. S. **Endometriose e o Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencias-publicas-anteriores/audiencia-2013/audiencia-13.06/apresentacao-2>> Acesso em 31 de março de 2017.