



## NÃO HÁ SILÊNCIO QUE NÃO TERMINE: ESTUDO INFORMATIVO SOBRE ENDOMETRIOSE E SEUS SINAIS/SINTOMAS

### EVEN SILENCE HAS AN END: INFORMATIVE STUDY ON ENDOMETRIOSIS AND ITS SIGNS/SYMPTOMS

### NO HAY SILENCIO QUE NO TERMINE: ESTUDIO INFORMATIVO SOBRE LA ENDOMETRIOSIS Y SUS SEÑALES/SÍNTOMAS

Paulo Alexandre São Bento<sup>1</sup>, Martha Cristina Moreira<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** informar, no sentido de alertar, para os sinais e sintomas da endometriose, referidos pela literatura, e sua relação com a importância na diminuição do *delay* para o diagnóstico. **Método:** estudo informativo com dados obtidos por meio de literatura especializada, encontrados em artigos nas bases de dados MEDLINE, PubMed, Sociological Abstracts, bem como livros didáticos. Os achados passaram por leitura, análise e descrição analítica. **Resultados:** sinais e sintomas, tais como, dismenorrea, dispareunia, menorragia, entre outros, são pouco valorizados e investigados pelos profissionais de saúde, sendo um fator fortemente contribuinte para o atraso no diagnóstico da endometriose, causando uma grande distância entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo. **Conclusão:** aspectos de gênero contribuem para o *delay* para o diagnóstico da EDM e estratégias de divulgação podem ajudar para resolução do problema. **Descritores:** Diagnóstico Tardio; Endometriose; Enfermagem; Saúde da Mulher; Saúde Pública.

#### ABSTRACT

**Objective:** to inform (in the sense of *to alert*) about the signs and symptoms of endometriosis referred to in the literature, and their importance in the reduction of delay in diagnosis. **Methods:** informative study. Data were collected from specialized literature found in articles published in the databases MEDLINE, PubMed, Sociological Abstracts, as well as in textbooks. Initial findings were read, analyzed and analytically described by the authors. **Results:** signs and symptoms such as dysmenorrhea, dyspareunia, menorrhagia, among others, receive little attention from health professionals and are not sufficiently investigated by them. This strongly contributes to the delay in the diagnosis of endometriosis, leading to a prolonged interval between the onset of symptoms and the final diagnosis. **Conclusion:** gender issues contribute to a delay in the diagnosis of endometriosis. Advertising strategies may help solve this problem. **Descriptors:** Delayed Diagnosis; Endometriosis; Nursing; Women's Health; Public Health.

#### RESUMEN

**Objetivo:** informar (en el sentido de alertar) sobre las señales y los síntomas de la endometriosis referidos por la literatura, así como su relación con la importancia en la disminución del retraso diagnóstico. **Método:** estudio informativo con datos obtenidos de la literatura especializada y encontrados en artículos publicados en las bases de datos MEDLINE, PubMed, Sociological Abstracts, además de libros didáticos. Se realizó la lectura, análisis y descripción analítica de los hallazgos. **Resultados:** señales y síntomas tales como dismenorrea, dispareunia, menorragia, entre otros, son poco valorados e investigados por los profesionales de la salud, lo que resulta en un factor contribuyente al retraso en el diagnóstico de la endometriosis, generando una gran distancia entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo. **Conclusión:** aspectos de género contribuyen al retraso en el diagnóstico de la endometriosis y estrategias de divulgación pueden ayudar en la resolución del problema. **Descritores:** Diagnóstico Tardío; Endometriosis; Enfermería; Salud de la Mujer; Salud Pública.

<sup>1</sup>Enfermeiro obstétrico, Tecnologista Pleno em Saúde Pública do IFF/Fiocruz, Doutorando, Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em saúde da Mulher e da Criança, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [saobento@iff.fiocruz.br](mailto:saobento@iff.fiocruz.br); <sup>2</sup>Psicóloga, Professora Doutora em Ciências Humanas, Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: [moreira@iff.fiocruz.br](mailto:moreira@iff.fiocruz.br)

## INTRODUÇÃO

Uma das principais causas de hospitalização ginecológica em países industrializados<sup>1</sup>, a endometriose (EDM) é uma doença progressiva, imuno e estrogênio-dependente, de caráter crônico e reconhecida como um *problema novo*, uma vez que foi *recentemente percebida* pelos cientistas.<sup>1-5</sup> Em verdade, está no livro *Disputatio Inauguralis Medica de Ulceribus Ulceri* sua primeira referência na literatura, sendo atribuída a Daniel Shroen, no século XVII (em 1690). Em 1860, Carl Freiherr Von Rokitansky (com o trabalho *Uterusdrüsen-Neubildungen in Uterus und Ovarial-Sarcomen*) descreveu a presença de endométrio fora da cavidade uterina. Trinta anos depois, Friedrich Von Recklinghausen postulou que a doença seria ocasionada pela persistência na pelve.<sup>6</sup> Entretanto, foi somente em 1921/1927, com Albert Sampson, que a EDM foi descrita tal como é conhecida desde então.<sup>6-8</sup>

A EDM é caracterizada pela presença e crescimento de tecido endometrial funcional em locais atípicos, ou seja, fora da cavidade uterina.<sup>2-5,7,9-13</sup> O nome *endometriose* provém da palavra *endométrio*, o revestimento interno do útero, que cresce a cada ciclo menstrual e é eliminado pela menstruação.<sup>14</sup> Assim, a formação da lesão endometriótica (também referenciada como implante/tumor/nódulo) envolve a difusão de endométrio na cavidade peritoneal durante a menstruação, com a ligação das células endometriais ao mesotélio, proliferação, diferenciação e ulterior resposta inflamatória e invasão abaixo do tecido.<sup>2</sup>

O processo inflamatório supracitado é desencadeado pelo sangramento mensal, uma vez que as lesões endometriais respondem à estimulação hormonal cíclica. A esperada descamação de tecido endometrial também ocorre com as lesões (uma espécie de *minimenstruação*<sup>3</sup>) e o sangramento desencadeia reação inflamatória, mediada por prostaglandinas,<sup>5,14</sup> com subsequente fibrose e aderência aos órgãos adjacentes.<sup>4,14-5</sup> A elucidação da etiologia é um tema complexo e permanece sendo estudado. Diversas teorias são pesquisadas (disseminação linfática e sanguínea; imunológica; genética; embriológica), sendo mais conhecida a do transplante, ou seja, a implantação do endométrio em outras regiões seria decorrente de menstruação retrógrada (Teoria de Sampson, 1927). De acordo com esta teoria, o tecido endometrial é transportado mecanicamente para o interior da cavidade peritoneal.<sup>2-5,11,14-5</sup> Mais recentemente,

acredita-se na multifatorialidade e na interação destes fatores para gerar a EDM, visto que, isoladamente, a teoria da menstruação retrógrada não explica a gênese da doença, já que ela ocorre em 80% das mulheres.<sup>6,11</sup>

Os implantes possuem localizações diversificadas, sendo mais comuns nos ovários, fundos de saco posterior e anterior, ligamentos útero-sacros, folheto posterior do ligamento largo, tubas uterinas, serosa uterina, septo retovaginal, bexiga e intestino (reto e sigmóide). Outros locais também podem ter implantes, tais como vulva, vagina, colo do útero, cicatriz umbilical, cicatriz de episiotomia e/ou laparotomia, pulmão, intestino, apêndice, coração, vesícula biliar, cérebro, etc.<sup>2-5,11,13-5</sup>

A doença tem apresentação multiforme, afetando mulheres durante um longo tempo em suas vidas, podendo ser encontrada desde a adolescência, em pós-menarca imediata, até a pós-menopausa (em uso de terapia hormonal). É uma situação comum (acomete 6% a 10% das mulheres em idade reprodutiva), com prevalência variável de acordo com a população estudada. Por exemplo, em mulheres que investigam infertilidade, ela ocorre em 21% a 40% dos casos.<sup>2,5,15</sup> Este estudo apresenta um sério problema de saúde pública, que é a demora para o diagnóstico da EDM. O *delay* ainda persiste como importante questão, dificultando o manejo adequado desta doença e prejudicando a vida de muitas mulheres.

O presente artigo, ao construir um estado da arte sobre estudos relacionados à endometriose, visa contribuir para a visibilidade do tema com subsidio de uma revisão sobre o tema, considerando artigos publicados a partir de 2008 e livros didáticos/textos especializados.

Empreendeu-se a análise de textos<sup>16</sup>, que teve como primeira fase a exploração textual, identificando os elementos de esclarecimento sobre o tema da endometriose, identificando, sobretudo, os sinais e sintomas que sugerem a ocorrência do problema.

A leitura flutuante foi realizada, possibilitando identificar pontos comuns entre as descrições do quadro clínico pelos autores, assinalando o papel dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado e suas contribuições. A seguir, passou-se para a segunda fase, da análise temática, identificando as ideias, ações, e perspectivas teóricas (biomédica, cuidado ampliado) que sustentam os estudos.

A última etapa da análise, a fase interpretativa, mostra conclusões sobre a

questão do lugar do silêncio/desconhecimento sobre a doença e os impasses que geram para a saúde da mulher. Cabe reiterar que o estudo em tela é de caráter informativo e não se pretende fazer uma revisão sistemática ou integrativa de literatura. Ainda que tenha se ancorado em uma busca nas bases de dados em saúde, no sentido de acessar estudos cientificamente validados.

#### ◆ Estado da arte de pesquisas e a invisibilização da doença

Por ser uma doença que cursa com dor (muitas vezes incapacitante) e infertilidade, muitas mulheres têm suas vidas seriamente comprometidas, afetando aspectos pessoais e profissionais.<sup>10,17-9</sup>

A invisibilidade do problema, seja para a população ou para os profissionais, contribui negativamente para este problema. Destarte, o diagnóstico precoce da EDM deve ser estimulado no intuito de se reduzir o tempo entre o surgimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo, que hoje é de 7,9 a 11,7 anos (com idade média da mulher de 32,4 anos). A convivência com o problema, sem o conhecimento do diagnóstico e consequente tratamento, é longa, muitas vezes da infância à vida adulta. Um significativo número de mulheres chega ao diagnóstico a partir da dificuldade em engravidar.<sup>20</sup> Com base nessas premissas, objetivou-se informar, no sentido de alertar, para os sinais e sintomas da endometriose referidos pela literatura e sua relação com a importância na diminuição do *delay* para o diagnóstico.

O primeiro passo para percorrer o caminho até o diagnóstico definitivo é não ignorar os primeiros sinais e sintomas da doença, assim como identificá-los corretamente e correlacioná-los com a suspeita de EDM. Eles

são variáveis entre as mulheres, podendo ser inexistentes (mulheres assintomáticas) ou de grande intensidade, levando a incapacidade. A intensidade pode sofrer variações ao longo do tempo, não sendo necessariamente proporcional à extensão da doença.<sup>2-4,14-5</sup>

Além disso, alguns fatores de risco são apontados como relacionados à EDM, imaginando-se condições que aumentam a exposição ao estrogênio como um maior risco de aparecimento desta doença.<sup>1</sup> Entre eles: história familiar, malformações uterinas, menarca precoce (que ocorre antes dos 12 anos de idade), ciclos curtos (aqueles inferiores a 28 dias), fluxo aumentado (superior a 01 semana), dismenorreia, estresse, uso de cafeína e álcool, nuliparidade, poucas gestações (01 ou 02), gestações tardias e infertilidade.<sup>1-3,6</sup>

Mulheres obesas, que têm uma maior exposição ao estrogênio, parecem possuir uma proteção, atribuída à possibilidade de maiores índices de anovulação crônica e irregularidade menstrual.<sup>1</sup> A ideia de que mulheres brancas e de nível educacional superior são mais vulneráveis é uma suposição que tem sido refutada, uma vez que isso está mais relacionado ao acesso aos serviços especializados para cuidar da saúde.<sup>14</sup>

Os principais sinais e sintomas relacionados, pela literatura, a EDM estão organizados na tabela 1.<sup>1,3-5,7,9-14,18-9,21-3</sup>

Tabela 1. Sinais, sintomas e algumas complicações relacionadas à EDM

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.

A identificação dos sinais e sintomas supra-referidos, nos espaços de cuidado à mulher, é fundamental para que a suspeita do problema seja considerada e que se busque o diagnóstico, a fim de iniciar brevemente o tratamento. Com isso, as chances de se conter a progressão da doença são maiores, pois a EDM é caracterizada por quatro estágios (estadiamento) - I (mínima), II (leve), III (moderada) e IV (grave). Os métodos diagnósticos de EDM incluem o exame clínico (com a inspeção e palpação de lesões, através de toque vaginal e retal), a dosagem do marcador sérico CA-125 (coletado no 1.º/2.º dia do ciclo menstrual, pois pode estar elevado - acima de 100 UI/ml), a ultrassonografia transvaginal e a ressonância nuclear magnética, com valor limitado para o diagnóstico de lesões superficiais.<sup>2-3,11,14</sup> Também podem ser solicitados: dopplervelocimetria colorida, tomografia computadorizada, dosagem de proteína C reativa e anticorpos anticardiolipina, entre outros.<sup>5,11</sup>

O enfermeiro pode contribuir para levantar a suspeita de EDM durante a consulta de enfermagem (CE), importante espaço de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A CE, como instrumento metodológico para implementação da SAE, possui cinco etapas. Entre elas está a coleta dos dados ou histórico de enfermagem e, nela, os sinais e sintomas da EDM podem ser levantados.<sup>24</sup> No exame ginecológico pode-se identificar dores: à mobilização uterina, dos ligamentos uterossacros, do colo do útero e anexial.

Pode-se encontrar, também, retroversão uterina, aumento do volume ovariano (sugerem EDM, mas não são específicos). Além disso, nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septo retovaginal, espessamento dos ligamentos uterossacros e lesões violáceas na vagina sugerem EDM profunda infiltrativa.<sup>6,11</sup>

O diagnóstico definitivo só é possível com a visualização do processo, através da laparoscopia (preferencialmente a videolaparoscopia). É um exame que, 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. Uma biópsia do tecido do implante é realizada para confirmação diagnóstica.<sup>2-3,7,11,13-4,18-9</sup>

Estudos<sup>1,10,17,21,23</sup> mostram alguns motivos para contextualizar o *delay* no diagnóstico da EDM e, basicamente, o atraso se situa na inespecificidade e naturalização dos sinais e sintomas, assim como na relação estabelecida entre a *dor menstrual* e o entendimento do *ser mulher*. Muitas mulheres passam por vários profissionais de saúde, às vezes por cinco ou mais médicos, antes de serem diagnosticadas.<sup>10,17</sup> Médicos demoram a indicar exames para investigação, o que, em geral, leva a debilitação da saúde. As

mulheres queixam-se de que, mesmo diante de oportunidades para se buscar um diagnóstico precoce, elas são frequentemente ignoradas.<sup>23</sup>

A inespecificidade do quadro clínico e a eventual falta de acesso a métodos diagnósticos especializados podem explicar a demora no diagnóstico da EDM.<sup>1</sup> Além disso, ginecologistas costumam não acreditar que a EDM pode ocorrer em adolescentes e na transição menopausal.<sup>23</sup> Infelizmente, mulheres têm seus sintomas desconsiderados e banalizados por profissionais de saúde, experimentando um significativo atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo. 61% destas mulheres ouvem que *nada está errado* quando vão a primeira vez a um profissional.<sup>17</sup> Por isso, conhecer e considerar os sinais e sintomas da EDM, assim como valorizá-los nas consultas, é uma estratégia importante para reduzir o *delay*.

A banalização e negligência dos sintomas, tais como cólicas menstruais, regras intensas, irritabilidade e dispareunia atrasam o diagnóstico. Mais gravemente, tais sintomas são *normalizados* e atribuídos a uma *essência do ser mulher*, não sendo reconhecidos como tão fora do comum. Um estudo<sup>21</sup> assinala que profissionais de saúde, amigos, familiares não devem advertir que *este tipo de dor é normal nas mulheres* ou dar conselhos a outras mulheres, do tipo *eu tive muita cólica quando tinha a sua idade também*. O resultado desta confusão e desinformação pode levar ao isolamento de amigos e familiares, além de causar medo, frustração e sentimento de humilhação. Algumas estratégias e atitudes podem ajudar. Há necessidade de campanhas de conscientização para divulgar a mensagem de que a menstruação dolorosa precisa ser avaliada por um profissional, pois o aumento da consciência pública da EDM pode facilitar o diagnóstico precoce.<sup>10,17</sup> Pessoas próximas da mulher e que valorizam, verdadeiramente, suas queixas foram identificadas como ofator catalisador mais comum para levá-la a procurar tratamento médico.<sup>17</sup>

O controle dos sintomas é uma proposta para tratamento e não a cura, pois a EDM é recorrente e progressiva em 30% a 60% dos casos. Deve-se tratar sintomas, eliminar focos, impedir progressão e prevenir recorrências.<sup>2</sup> A conduta precisa considerar a intensidade e gravidade dos sintomas, o desejo de fertilidade, o grau da doença e os objetivos terapêuticos da mulher. As medidas para o tratamento incluem: farmacológicas (Anti-inflamatórios não esteroides - AINE), hormonais (progestogênios, sistema intra-uterino liberador de levonorgestrel,

anticoncepcionais orais, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas, letrozole, danazol e gestrinona) e cirúrgicas (conservadora - com retirada dos focos, liberação de aderências e definitiva - com a histerectomia, com ou sem salpingo-ooforectomia bilateral).<sup>3-6,11-2,20</sup>

Algumas terapias integrativas são efetivas e indicadas para o tratamento da EDM, ainda que não existam evidências suficientes para corroborar algumas delas. Entre elas temos: reflexologia, homeopatia, estimulação elétrica nervosa, terapia nutricional, acupuntura, equilíbrio psicoemocional, técnicas de redução de estresse, massagem, suporte vitamínico e atividade física, principalmente com exercícios aeróbicos. Yoga e pilates são alternativas viáveis.<sup>2,15,21</sup>

Por ser uma doença que afeta grandemente a mulher em vários aspectos da sua vida, outras ações são válidas e contribuem positivamente para aquelas que vivenciam o problema. Destarte, o aconselhamento, a educação e o apoio surgem como estratégias de cuidado. Mulheres buscam os grupos e recursos da internet no intuito de entender o problema, de ser acolhidas, etc. Por exemplo, no Brasil, temos a Associação Brasileira de Endometriose - [endometriose.org.br](http://endometriose.org.br)-, assim como outros grupos de suporte à mulher que vive a EDM e sua família.<sup>3-4,14</sup>

Os ganhos através das organizações podem ser diversos, pois ampliam a necessidade da conscientização do problema. Por exemplo, a eleição do mês de março como o mês mundial da conscientização da EDM e a fita amarela como símbolo desta conscientização.<sup>14</sup> Em 2005, no Rio de Janeiro, foi instituída a Lei n.º 4.639, criando o calendário oficial do Estado e elegendo a terceira semana do mês de julho como o período de prevenção à EDM e à infertilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres com EDM têm suas vozes caladas na medida em que suas queixas não são valorizadas, mas, até mesmo e mais gravemente, desvalorizadas. Há um silêncio imposto culturalmente através de uma educação desigual de gênero, na qual mulheres *devem sofrer* suas dores *inatas*, tais como as cólicas menstruais, o parto, entre outras questões. O famigerado jargão *coisas de mulher* é acionado no sentido de conformar a mulher a uma possível e infundada, natureza desfavorável e defeituosa.

A fisiologia da mulher não é imperfeita, tampouco menor do que a do homem. Situações fisiopatológicas podem ocorrer com

a mulher (assim como o homem) e isso não deve ser metaforizado com uma inferiorização do sexo feminino. Estas atitudes contribuem negativamente para a identificação do problema real, a EDM, atrasando o diagnóstico e favorecendo as complicações advindas da progressão da doença.

Muito embora o diagnóstico da doença *endometriose* seja atribuição do médico (CID N80), conhecer os principais sinais e sintomas é um direito da população e a identificação dos mesmos e sua correlação com o problema é um dever de todo profissional de saúde. Existem grandes desafios no atendimento às mulheres com EDM (como a garantia do acesso ao serviço público, de qualidade e ampliação dos serviços) e o diagnóstico precoce é um deles. Pode-se começar ampliando ações de divulgação do problema, a fim de contribuir para a identificação dos principais sinais e sintomas, para a não desvalorização das queixas, para desconstruir mitos e retrabalhar ideias que sejam profícuas para que a população reconheça esta importante questão.

Quem sabe desta forma as mulheres com EDM possam ser ouvidas, tendo suas falas valorizadas. Quiçá, concordar e entender que, como escreveu Pablo Neruda, *não há silêncio que não termine*.<sup>25</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Bellelis P, Dias Jr JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. Rev assoc med bras [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 22];56(4):467-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/22.pdf>
2. Silveira GPG. Ginecologia Baseada em Evidências. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
3. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Trad. Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
4. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
5. Monteiro NF, Tambellini SRM, Santos ALF. Como diagnosticar e tratar endometriose. Rev bras med [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 22];69(1/2):5-8. Available from: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fa se=r003&id\\_materia=4956](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fa se=r003&id_materia=4956)
6. Crispi CP, Oliveira FMM, Junior JCD, Oliveira MAP, Ribeiro PAG. Tratado de endoscopia ginecológica. Cirurgia

minimamente invasiva. 3rd ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2012.

7. Whelan E. Negotiating science and experience in medical knowledge: gynaecologists on endometriosis. Soc sci med [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 22];68(8):1489-97. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609000525>
8. Benagiano G, Brosens I. Endometriosis, a modern syndrome. Indian J med res. 133(6):581-93. 2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135985/>
9. Marino JL, Holt VL, Chen C, Davis S. Lifetime occupational history and risk of endometriosis. Scand J work environ health [Internet]. 2009 May [cited 2013 Set 22];35(3):233-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923470/>
10. Fourquet J, Gao X, Zavala D, Orengo JC, Abac S, Ruiz A et al. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. Fertil steril [Internet]. 2010 May [cited 2013 Set 22];93(7):2424-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028209036966>
11. Nácul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 22];32(6):298-307. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6\\_a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n6/v32n6_a08.pdf)
12. Peggia A, Petta CA. Endometriose profunda: como abordar? Femina [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 22];39(9):451-7. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n9/a2958.pdf>
13. Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2012 [cited 2013 Sept 22];34(1):11-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a03v34n1.pdf>
14. USA. Endometriosis association. Information about endometriosis. Free brochures [Internet]. [cited 2013 Sept 22]. Available from: <http://www.endometriosisassn.org/brochures/portuguese.pdf>
15. Serafini P, Motta E, Pereira R, Coslovsky M, Yadid I. Endometriose: resolvendo a dor e o sonho de ser mãe. 1st ed. Barueri (SP): Editora Manole; 2008.
16. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez; 2007.

17. Shah DK, Moravek MB, Vahratian A, Dalton VK, Lebovic DI. Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders. *Acta obstet gynecol.* 2010 Jan [cited 2013 Set 22];89(5):646-50.

18. 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 [Internet].* 2008 [cited 2013 Set 22];30(8):384-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n8/03.pdf>

19. Figueiredo J, Nascimento R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). *ACM arq catarin med [Internet].* 2008 [cited 2013 Sept 22];37(4):20-6. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/605.pdf>

20. Sepulcri RP, Amaral VF. Avaliação do perfil emocional em mulheres com endometriose pélvica - rotina ou exceção? *Femina.* 2005 [cited 2013 Set 22];33(5):353-7.

21. Kaatz J, Solari-Twadell AS, Cameron J, Schultz R. Coping with endometriosis. *J obstet gynecol neonatal nurs.* 2010 [cited 2013 Sept 22];39(2):220-5.

22. Kopelman A, Sato H, Gusmão L, Holzacker S, Schor E, Girão MJBC. Indicação da laparoscopia na dor pélvica crônica: revisão baseada em evidências. *Femina [Internet].* 2010 [cited 2013 Sept 22];38(6):327-32. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n7/a1519.pdf>

23. Petta CA, Matos AM, Bahamondes L, Faúndes D. Current practice in the management of symptoms of endometriosis: a survey of Brazilian gynecologists. *Rev assoc med bras [Internet].* 2007 [cited 2013 Set 22];53(6):525-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a21v53n6.pdf>

24. Dantas CC, Dantas FC. Sistematização da assistência, processo e consulta de enfermagem: significados e aplicações. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2013 Sept [cited 2013 Sept 22];7(9):editorial. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5535/pdf\\_3303](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5535/pdf_3303)

25. Pablo Neruda. Para todos. In: *Plenos Poderes.* 3rd ed. Buenos Aires: Editorial Losada S/A; 1974.

Submissão: 06/12/2013

Aceito: 26/12/2013

Publicado: 01/02/2014

#### Correspondência

Paulo Alexandre de Souza São Bento  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz /IFF/Fiocruz  
A/C Núcleo Interno de Regulação (NIR) - 5.º andar  
Av. Rui Barbosa, 716  
Bairro Flamengo  
CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil