

ENDOMETRIOSE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO DE LITERATURA

ENDOMETRIOSIS A PUBLIC HEALTH PROBLEM: LITERATURE REVIEW

LA ENDOMETRIOSIS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA: REVISIÓN DE LITERATURA

Francy Waltília Cruz Araújo¹
Debora Berger Schmidt²

Resumo

Endometriose é uma doença crônica caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina e apresenta como sintomas fortes dores pélvicas. Acomete mulheres em idade reprodutiva e em pós-menopausa. Por ser uma doença de origem multifatorial, há dificuldades na obtenção de um diagnóstico conclusivo e um tratamento eficaz, o que ocasiona um problema de saúde pública. Esse trabalho é um estudo de revisão de literatura que relata os obstáculos enfrentados pelas portadoras ao buscarem respostas para suas dores. Elas são submetidas a vários exames, que chegam a demorar anos para se chegar a um diagnóstico definitivo. Além disso, ainda não há um tratamento eficaz que traga uma melhoria na qualidade de vida. O diagnóstico padrão-ouro se dá por meio da videolaparoscopia, um procedimento menos invasivo, de alto custo e que ainda não é fornecido pelo Sistema Único de Saúde. O tratamento é feito por meio de interações medicamentosas e, em alguns casos, cirurgias para o alívio dos sintomas, com remoção dos focos de endométrio ou retirada de órgão. Para amenizar os problemas na saúde pública, as mulheres com endometriose necessitam de profissionais especializados, ajuda de multiprofissionais e serviços de atendimento adequado.

Palavras-chave: Endometriose. Diagnóstico. Tratamento. Saúde Pública.

Abstract

Endometriosis is a chronic disease characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity and presents as severe pelvic pain symptoms. It affects women of reproductive and postmenopausal age. As it is a multifactorial origin disease, there are difficulties in obtaining a conclusive diagnosis and effective treatment, which causes a public health problem. This work is a literature review study that reports the obstacles faced by patients when seeking answers to their pain. They are subjected to several tests, which take years to reach a definitive diagnosis. In addition, there is still no effective treatment that will improve the quality of life. The gold standard diagnosis is made through videolaparoscopy, a less invasive, costly procedure that is not yet provided by the Unified Health System. Treatment is done through drug interactions and, in some cases, surgeries for symptom relief, with removal of the foci of the endometrium or removal of the organ. To alleviate public health problems, women with endometriosis need specialized professionals, help from various professionals and adequate care services.

Keywords: Endometriosis. Diagnosis. Treatment. Public Health.

Resumen

La endometriosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina y presenta como síntomas fuertes dolores pélvicos. Se produce en mujeres en edad reproductiva y en la postmenopausia. Por ser una enfermedad de origen multifactorial, hay dificultades para la obtención de un diagnóstico conclusivo y un tratamiento eficaz, lo que genera un problema de salud pública. Este artículo es

¹ Biomédica – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduanda em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Uninter. E-mail: francy_cruz@hotmail.com.br.

² Psicóloga - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Especialista em Atenção Hospitalar - Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná, orientadora de TCC do Grupo Uninter.

producto de una revisión de literatura que relata los obstáculos enfrentados por las enfermas, al tratar de conseguir respuestas para sus dolores. Ellas son sometidas a varios exámenes, que llegan a extenderse por años antes de se llegar a un diagnóstico definitivo. Además, todavía no existe un tratamiento eficaz que produzca mejoras en la calidad de vida. El mejor diagnóstico se logra por medio de la laparoscopia, un procedimiento menos invasivo, de alto costo y que todavía no es ofertado por el Servicio Único de Salud. El tratamiento se hace por medio de interacciones medicamentosas y, en algunos casos, cirugías para disminuir los síntomas, con remoción de los focos de endometrio o retirada de órganos. Para reducir los problemas en la salud pública, las mujeres con endometriosis necesitan de profesionales especializados, ayuda de multiprofesionales y servicios de atención adecuados.

Palabras-clave: Endometriosis. Diagnóstico. Tratamiento. Salud Pública.

1 Introdução

A endometriose é uma doença de caráter crônico e passou a ser vista como um dos grandes problemas de saúde da mulher (TEIXEIRA, 2012). Caracteriza-se pela presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina (RAMPINELLI, 2013). Esta doença passou a ser conhecida como “doença da mulher moderna”, pois as mulheres estão mais propensas à menarca precoce, gestações tardias ou em menor número, o que acaba implicando em maior número de menstruações e, conseqüentemente, em menstruações retrógradas. Sua prevalência varia de 10 a 15% entre mulheres em idade reprodutiva e em torno de 3% nas que estão na pós-menopausa (MARQUI, 2014). Afeta principalmente mulheres em idade reprodutiva, com idade média de 25 a 29 anos (CACCIATORI; MEDEIROS, 2015).

Como ainda não há pesquisas conclusivas sobre os fatores que ocasionam a endometriose, existem evidências que indicam a combinação de fatores ambientais, genéticos, hormonais e imunológicos, que poderiam contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos de endometriose, de maneira que é considerada como uma doença de origem multifatorial (KENNEDY *et al.*, 2005). Dessa maneira, há dificuldades para se ter um diagnóstico conclusivo e um tratamento adequado. Além disso, o alto custo dos procedimentos submetidos às portadoras e os resultados insatisfatórios resultam em um problema de saúde pública (SANTOS *et al.*, 2012).

Atualmente, cresce o número de casos de mulheres portadoras da endometriose e que são diagnosticadas através da videolaparoscopia e exame histológico de lesões suspeitas. O tratamento se dá por meio de associação de medicamentos e, em alguns casos, utiliza-se o procedimento cirúrgico, com a remoção radical das lesões; porém, esse último é apenas utilizado quando não há resposta por meio dos medicamentos (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Entre os principais sinais e sintomas, as pacientes relatam fortes cólicas, ciclos menstruais irregulares e com sangramento excessivo crônico, os quais podem causar danos físicos, psíquicos e sociais (FOURQUET, 2011). A maioria das portadoras são assintomáticas

ou apresentam sintomas leves, porém outras sofrem fortes dores, mesmo com pequenos implantes de endometriose. Essa doença afeta a qualidade de vida das portadoras, bem como a diminuição das suas atividades (TEIXEIRA, 2012). Em alguns casos, podem produzir distúrbios psicológicos como depressão, bipolaridade e ansiedade (SILVA; MARQUI, 2014).

Referente às políticas públicas, a endometriose é uma doença crônica, porém está enquadrada no grupo de doenças transmissíveis, mesmo sabendo que não é contagiosa. Para a Sociedade Brasileira de Endometriose, a troca de grupos ocasionaria maiores investimentos públicos, tanto no diagnóstico quanto no tratamento dessa patologia (ISAIA FILHO, 2014).

Um dos motivos que leva a endometriose a ser um problema de saúde pública é a falta de investimento financeiro público e pelo período que leva até que se chegue ao diagnóstico — em torno de 3 a 7 anos ou mais —, e se tenha um tratamento adequado. Além disso, alguns médicos não querem aceitar a endometriose como possível diagnóstico, baseados só nas fortes dores pélvicas relatadas pelas pacientes (BECK *et al.*, 2006).

Para o diagnóstico dessa doença, faz-se necessária uma variedade de exames, devido ao comportamento biológico nas portadoras e o desconhecimento de sua causa. Além disso, as mulheres devem ser submetidas à videolaparoscopia, que se considera o diagnóstico padrão-ouro, pois os falsos negativos como resultados dos exames, podem gerar problemas futuros (MARQUI, 2014). Após o diagnóstico, o seguinte desafio enfrentado pelas portadoras é a escolha de um tratamento eficaz (LORENÇATTO *et al.*, 2007). Sendo assim, este estudo, que descreve os obstáculos enfrentados pelas portadoras tanto no diagnóstico como no tratamento, é importante, assim como por salientar o descaso da saúde pública frente ao problema.

Portanto, esse trabalho tem por objetivo relatar que a endometriose é uma patologia considerada problema de saúde pública, apresentar os obstáculos para se ter um diagnóstico definitivo e um tratamento adequado, bem como expor sobre os tipos de exames necessários para o diagnóstico e os tipos de tratamentos.

2 Endometriose

2.1 Etiopatogênese, fisiopatologia e diagnóstico da endometriose

A etiopatogenia ainda não está bem estabelecida, mas existem teorias para explicar a causa da endometriose. A mais aceita é a teoria da menstruação retrógrada ou da implantação, proposta por Sampson em 1927. Segundo essa teoria, o sangue proveniente da menstruação, com fragmentos do endométrio, sofreria de maneira retrógrada um refluxo; volta por meio das tubas uterinas atingindo a cavidade peritoneal, órgãos pélvicos e abdominais e implantando-se

nestes locais devido a um ambiente hormonal favorável e com fatores imunológicos que não seriam capazes de eliminar as células endometriais deste local impróprio (BURNEY *et al.*, 2012).

O útero é um órgão basicamente muscular, glandular e cíclico, que varia conforme os hormônios. Possui duas camadas que podem ser classificadas, de fora para dentro respectivamente, como: miométrio e endométrio. Está subdividido em três partes: fundo (região bem acima), corpo e cervix – colo do útero. O miométrio é composto por uma musculatura bem espessa, que permite sua extensibilidade durante o período gestacional. O endométrio, por sua vez, é uma camada mais delgada, com a presença de glândulas e que é responsiva à ação dos hormônios ovarianos, estrógenos e progesterona (GARTNER; HIATT, 2007).

Um fenômeno que está ligado implicitamente ao endométrio é a menstruação. A menstruação é uma hemorragia uterina provocada pela descamação da camada funcional do endométrio, advinda da queda dos níveis dos hormônios ovarianos. O processo contrátil que expulsa a camada funcional do endométrio ocorre pela ação do miométrio (BIANCO *et al.*, 2010). O evento menstrual é reconhecido pelo seu caráter hemorrágico de duração auto-limitada (cerca de 5 a 7 dias) e que se repete periodicamente em intervalos de 28 dias em caso de não concepção (AGAJANOVA *et al.*, 2011).

A fisiologia do endométrio se relaciona intimamente com a regulação endócrina. O hormônio luteinizante (LH) e o folículo estimulante (FSH) são glicoproteínas cuja função é regular os processos reprodutivos e secreção dos esteróides sexuais pelo ovário, no caso da mulher. A secreção destes dois hormônios, por sua vez, é estimulada por um único hormônio que é produzido no hipotálamo, hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) (FOX, 2007).

Estudos realizados sugerem que alterações hormonais estejam relacionadas ao aparecimento de tecido endometrial ectópico. Essa correlação foi observada na anormalidade de secreção de progesterona, estrogênio e alterações da formação do corpo lúteo (AGAJANOVA *et al.*, 2011).

A *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) classificou a endometriose nos seguintes estágios: doença em mínima (estádio I), leve (estádio II), moderada (estádio III) ou severa (estádio IV) (Figura 1). Essa classificação depende muito da localização, extensão e profundidade de implantes de endometriose; presença e severidade de aderências; e a presença e tamanho dos endometriomas, como se vê na figura 1. As mulheres que apresentam o estágio mínimo ou leve, possuem implantes superficiais de aderências leves. Já a endometriose moderada e grave caracteriza-se por cistos e aderências mais graves. O estágio IV da

endometriose é um grande indicativo de infertilidade. E todos esses estádios não estão correlacionados com a presença ou a gravidade dos sintomas (REPRODUCTIVE, 1997).

Por apresentar um aumento da incidência dessa patologia e com o intuito de serem diagnosticadas, as portadoras são submetidas a vários exames, entre eles exames de imagem como a ultrassonografia transvaginal — que é um método não invasivo — e a ressonância nuclear magnética (TEIXEIRA, 2012).

Também são solicitados exames laboratoriais de rotina, bem como exames de dosagem de CA-125 (*cancer antigen 125*), CCR-1 (*chemokine receptors 1*) e interleucina-6. A dosagem do CCR-1 passou a ser requisitada por apresentar especificidade e sensibilidade maior que o CA-125 — mas por seu alto custo ainda é pouco frequente e porque, apesar de exibir boa acurácia, não é capaz de estabelecer o diagnóstico definitivo. Porém nem sempre esses exames são suficientes para se obter um diagnóstico conclusivo; realiza-se, então, uma avaliação cirúrgica por videolaparoscopia, que não é bem vista pelos médicos por se tratar de um exame extremamente invasivo (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Os procedimentos cirúrgicos podem proporcionar uma preservação da função reprodutiva da mulher, porém é fundamental que o diagnóstico seja precoce (BROSENS *et al.*, 2004).

A dosagem de CA-125 é considerada útil para o diagnóstico quando os valores são superiores a 100 UI/mL. Porém, em concentrações normais, não exclui a possibilidade de a mulher ser portadora da doença (NÁCUL; SPRITZER, 2010). O CCR-1 é um biomarcador que vem sendo utilizado, pois em caso de mulheres portadoras de endometriose apresenta-se elevado, com sensibilidade de 90% e especificidade de 74% para diagnosticar esta doença (AGIC *et al.*, 2007). Outros marcadores biológicos têm sido estudados com o intuito de possibilitar o diagnóstico pré-operatório da doença (ZOMER *et al.*, 2013). A respeito da interleucina-6 (IL-6), parece ter um desempenho melhor do que outras citocinas em discriminar pacientes com endometriose (OTHMAN *et al.*, 2008).

As mulheres com endometriose vêm enfrentando vários desafios, entre eles a redução no tempo do diagnóstico. O tempo gasto desde o início dos sintomas até o diagnóstico varia em torno de 3 a 7 anos, podendo levar mais tempo (PETTA *et al.*, 2007). Com a demora para se ter o diagnóstico, a doença pode evoluir de um estágio mais leve para o mais avançado e, assim, diminuir a qualidade de vida da portadora (TEIXEIRA, 2012).

As portadoras sofrem pela falta de atenção à sua saúde e acabam passando por maus tratos, sejam eles verbais, físicos, negligência e assistência invasiva. Tudo isso se deve à incompreensão de suas dores, quando o resultado dos exames é negativo ou até mesmo por incompetência médica, por falta de atenção ao problema no sentido de proporcionar um

diagnóstico eficaz e um tratamento que amenize o sofrimento (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017).

Por ser de difícil diagnóstico, acaba sendo frustrante tanto para o médico quanto para a portadora dessa patologia (ABRÃO *et al.*, 2007). Boa parte dos médicos não quer aceitar como diagnóstico a endometriose quando apenas as fortes dores pélvicas são relatadas pelas mulheres e muito menos submetê-las a uma videolaparoscopia, considerada um procedimento invasivo. Com isso, as pacientes sofrem por não terem uma explicação para suas dores (BECK *et al.*, 2006). A demora na indicação da videolaparoscopia pode levar ao diagnóstico tardio da endometriose e ao comprometimento do futuro reprodutivo dessas mulheres (SILVA; MARQUI, 2014).

Os médicos podem passar por aborrecimentos devido à sua incapacidade de fornecer o alívio das dores. Cabe ao profissional especialista dar a devida atenção, mesmo que as queixas sejam apenas de fortes dores (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017). Uma pesquisa foi conduzida com a finalidade de conhecer as práticas dos ginecologistas brasileiros, em relação ao diagnóstico da endometriose e os resultados mostraram que ginecologistas mais informados suspeitam da doença mais precocemente (PETTA *et al.*, 2007).

Para o diagnóstico diferencial é bem vista a técnica da videolaparoscopia, porém não tem cobertura total do SUS, que atende apenas as cirurgias abertas. A Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE) busca um melhor atendimento público para as mulheres que sofrem com a doença, promovem campanhas de conscientização e estimulam a criação de novos centros para o tratamento da patologia (ISAIA FILHO, 2014).

A endometriose é uma doença que afeta a saúde da mulher e apresenta sintomas que podem interferir na qualidade de vida. Diante disso, é fundamental que se encontrem estratégias para promoção da saúde. Também é necessário contar com pessoas capacitadas que busquem e tomem medidas em prol da saúde da portadora (BRASIL, 2002).

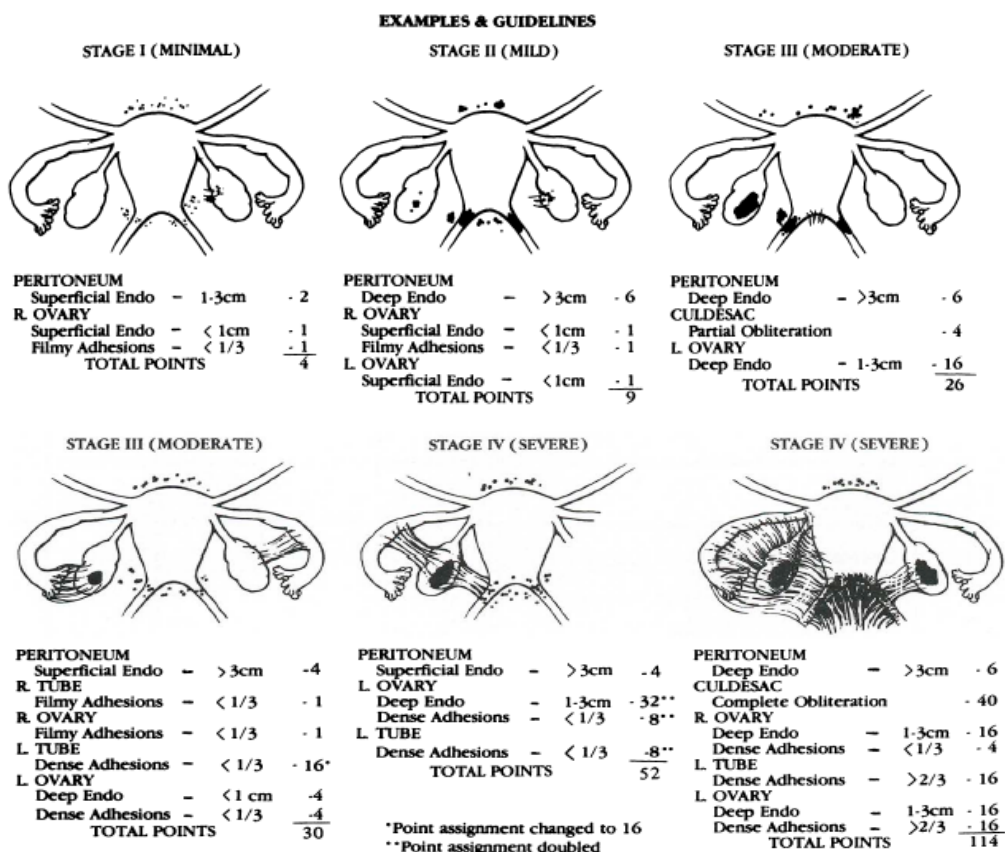
Uma das políticas públicas foi a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O PAISM promove atendimento de gestantes, mulheres na fase de puerpério, que apresentam alguma doença sexualmente transmissível (DST) e doenças ginecológicas malignas. E o PNAISM visa ampliar e qualificar a atenção; esse programa prevê que em casos de doenças crônicas e queixas clínico-ginecológicas seja necessário um atendimento multidisciplinar (SILVA; MARQUI, 2014).

Apesar do aumento do número de internações de mulheres com endometriose no Brasil, este ainda continua escasso quando se refere ao diagnóstico e tratamento da doença,

pela falta de qualificação de profissionais da saúde, carência de materiais e atendimento público ou privado. Por conta disso, as mulheres passam por diversos ginecologistas em busca de reconhecimento e solução para suas dores (D’AMICO FILHO; MYUNG; PETTA, 2014).

Com a escassez de especialistas em serviços de atendimento público, muitas mulheres buscam serviços particulares; por serem de alto custo optam por planos privados de saúde. Nos serviços públicos as dificuldades são bem maiores, principalmente quando a procura é na emergência ocasionada por episódios de dores insuportáveis. As portadoras sofrem, dos profissionais de atendimento, preconceito, insultos violentos e descrédito de suas queixas, pois acreditam que as portadoras procuram o serviço de atendimento para a fuga da escola/trabalho (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017).

Figura 1 – Classificação dos estádios da endometriose.



Fonte: (Reproductive, 1997)

2.2 Tratamento da endometriose

As portadoras, após serem diagnosticadas com endometriose, passam a buscar profissionais e tratamentos que produzam resultados satisfatórios, além de outros serviços em prol da qualidade de vida (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017). Como a endometriose é

considerada um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para o seu tratamento; nesse protocolo, está previsto tratamento medicamentoso ou cirúrgico no intuito de sanar/aliviar as dores. Apesar disso, é recomendável que as portadoras procurem ajuda multidisciplinar para melhorar a sua qualidade de vida (SILVA; MARQUI, 2014).

A endometriose geralmente fica inativa e regride gradualmente durante a amenorreia induzida ou menopausa. Porém, durante o período da menstruação, o tratamento pode ser cirúrgico, medicamentoso ou uma combinação de ambos. Os efeitos colaterais variam entre as pacientes, por isso a individualização do tratamento torna-se mais importante e, às vezes, a combinação de medicamentos faz-se necessária (DAVIS; MCMILLAN, 2003).

A droga ideal para o tratamento da endometriose deve aliviar a dor e curar a infertilidade, sem inibir a ovulação ou a menstruação. Além disso, deve ser desprovida de efeitos adversos significativos e efeitos teratogênicos. Tal droga deve permitir a concepção durante o tratamento e transferir a abordagem cirúrgica da endometriose para o tratamento clínico. Embora essa droga ainda não exista, há pesquisas que utilizam inibidores do fator de necrose tumoral como indicativo terapêutico (MOGHISSI, 1999).

No passado, o tratamento cirúrgico da endometriose envolvia laparotomia. Atualmente, a videolaparoscopia é preferida por sua menor morbidade, tempo de internamento, melhor visualização das lesões e resultados estéticos superiores. Em muitas pacientes, a videolaparoscopia é diagnóstica e terapêutica, pois tem o objetivo de confirmar a presença e remover as lesões endometrióticas. A ressecção dos endometriomas também pode ser realizada por laparoscopia. Pacientes com lesões profundas, especialmente do septo retovaginal, geralmente tem envolvimento intestinal. Com isso, essa abordagem cirúrgica torna-se uma possibilidade mais eficaz e deve ser considerada (DONNEZ; SQUIFFLET, 2004).

Por vários anos, o tratamento cirúrgico da endometriose baseou-se nos princípios oncológicos de remoção radical das lesões. Esse princípio ainda é utilizado quando se trata de casos de estenose intestinal ou ureteral ou massas ovarianas de característica duvidosa. Alguns autores preconizam tratamento cirúrgico apenas para pacientes que não respondam ao tratamento medicamentoso, bem como para aquelas que desejam engravidar espontaneamente (VERCELLINI *et al.*, 2007).

Os tratamentos mais difundidos atualmente são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana ou a associação de ambas. O tratamento cirúrgico da endometriose compreende desde procedimentos de baixa complexidade, como cauterização de focos superficiais e

liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, exigindo, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Em alguns casos, a intervenção cirúrgica acaba sendo necessária. Não se trata de desconsiderar esta opção, mas sim deixá-la como última escolha, visto todo o impacto que um procedimento deste tipo pode causar nas pacientes, sem contar que, na maior parte das mulheres que não pretende engravidar, a endometriose pode ser controlada de uma forma não invasiva (SANTOS *et al.*, 2012).

A respeito do tratamento medicamentoso, entre os mais difundidos para a dor associada à endometriose estão as combinações estroprogestogênicas, progestogênios isolados e análogos do GnRH (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Basicamente, esses agentes inibem o crescimento dos implantes por decidualização e atrofia do endométrio ou por meio da supressão dos hormônios esteroides ovarianos e indução de um estado de hipoestrogenismo. Os estudos que avaliaram esses tratamentos hormonais mostraram que eles são igualmente efetivos, porém seus efeitos adversos e custos diferem de forma significativa (DAVIS *et al.*, 2007).

São efetivos na maior parte das pacientes com endometriose sintomática e não mostraram diferença significativa no alívio temporário da dor quando comparados aos antiprogestagenios e análogos do GnRH. Os análogos do GnRH constituem na atualidade a terapia clínica mais prescrita para endometriose. Atuam como “ooforectomia clínica”, pois induzem uma menopausa artificial através da diminuição da secreção do hormônio folículo-estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH), resultando em um estado de hipogonadismo hipogonadotrófico (DAVIS; MCMILLIAN, 2003).

Os efeitos adversos do tratamento medicamentoso incluem sangramento anormal, náuseas, mastalgia, retenção hídrica, hirsutismo, alterações do humor e da voz (podem ser irreversíveis), aumento de peso, acne, diminuição das mamas, vaginite atrófica, alteração dos níveis lipídicos e, raramente, injúria hepática (pode ser irreversível) com risco de morte, depressão, entre outros. Felizmente, todos esses efeitos desaparecem com a interrupção dos medicamentos (PRENTICE, 2001).

De acordo com as opções terapêuticas disponíveis atualmente, pode-se considerar que o tratamento da endometriose com contraceptivos orais combinados, ou com progestinas é a opção mais segura, eficaz e bem tolerada. Trata-se também da opção mais econômica e que pode ser utilizada por longo tempo. Além disso, existem poucas alternativas farmacológicas de longa duração comparáveis a estas drogas. As progestinas são taxadas de ineficazes, pelo

fato de que parte das mulheres tratadas não responde à terapia e nem todas as mulheres terão alívio da dor ou ficarão satisfeitas com o tratamento, podendo então serem submetidas a um procedimento cirúrgico. Contudo, pelo menos dois terços delas pode melhorar substancialmente a qualidade de vida, controlando a doença com poucos efeitos colaterais relacionados à doença ou ao tratamento (VERCELLINI *et al.*, 2007).

De modo geral, o tratamento, seja medicamentoso ou cirúrgico, é considerado de alto custo e pouco disponível em serviços públicos (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017). Quanto ao tratamento medicamentoso, apenas o Zoladex é fornecido pelo SUS e, dos procedimentos cirúrgicos, somente as cirurgias abertas são custeadas pelos serviços públicos (MEIJUEIRO, 2017).

A prática de exercícios físicos também é indicada para o tratamento, no intuito de aliviar as dores, melhorar o estado psicológico e beneficiar a qualidade de vida das portadoras. O estímulo à prática de atividades físicas é reforçado pelas políticas públicas. Essa prática é um fator de promoção de saúde, como forma de tratamento para doenças crônicas, pois a sua realização melhora os aspectos emocionais, físicos, sociais e culturais das portadoras, além de reduzir a ingestão de medicamentos e diminuir os gastos na saúde (SILVA; MARQUI, 2014).

O acompanhamento psicoterápico também está acessível no serviço público, como um auxílio no tratamento. Nele, as mulheres trocam experiências, tiram dúvidas e se informam sobre a doença (BOTÃO, 2016). As experiências trocadas pelas portadoras contribuem na escolha dos profissionais e avaliam as reincidências dos focos de endometriose após serem submetidas a cirurgias (SÃO BENTO; MOREIRA, 2017).

3 Metodologia

O presente trabalho realiza uma revisão de literatura, bem como um estudo descritivo, observacional e qualitativo. Trata-se de um amplo levantamento bibliográfico, elaborado a partir de material já publicado, que reuniu artigos científicos extraídos de literaturas científicas nacionais e internacionais. Para tanto, utilizaram-se os bancos de dados Lilacs, Medline, SciELO e PubMed.

Adotou-se a técnica de revisão de literatura com o objetivo de apresentar os obstáculos enfrentados pelas pacientes para obter diagnóstico definitivo e tratamento adequado, bem como expor os tipos de exames para o diagnóstico e os tipos de tratamentos, a partir de artigos

publicados nos últimos 10 anos. Esse estudo foi realizado no período de março a junho de 2018. Utilizaram-se como descritores: endometriose, diagnóstico, tratamento e saúde pública.

Quanto aos critérios de Inclusão, se selecionaram artigos cujo enfoque fosse a endometriose e que tratassem o diagnóstico da endometriose e o seu tratamento. Já os critérios de exclusão descartaram artigos sobre tratamento de fertilização utilizados pelas pacientes portadoras e outras doenças que podem estar associadas à endometriose.

4 Considerações finais

A endometriose é uma doença crônica que produz fortes dores pélvicas; seu processo fisiopatológico ainda se desconhece. Desse modo, as portadoras passam por vários exames em busca de um diagnóstico conclusivo, o que em muitos casos chega a levar mais de 5 anos. Além disso, essas portadoras ainda têm que passar por um tratamento ineficaz.

Este estudo demonstra o descaso da saúde pública, ao descrever os obstáculos enfrentados pelas portadoras de endometriose para lograr um diagnóstico definitivo e um tratamento que lhes traga uma melhor qualidade de vida.

A melhor resolução para esse problema seria que o poder público investisse em estudos, tanto para se ter um diagnóstico mais preciso sem a necessidade de procedimentos invasivos, bem como para oferecer tratamentos que trouxessem bem-estar às portadoras. Além disso, seria bom se houvesse profissionais mais qualificados, campanhas de conscientização, informações sobre a doença, que as portadoras tivessem acesso à realização de todos os exames, procedimentos cirúrgicos menos invasivos e tratamento medicamentoso, tudo fornecido pelo SUS. As políticas públicas de saúde possuem princípios e diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, porém o que se sabe é que a realidade é outra.

Referências

- ABRÃO, Mauricio S. *et al.* Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. **Human reproduction**, England, v. 22, n. 12, p. 3092-3097, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dem187>.
- AGAJANOVA, Lusine *et al.* Thyroid-stimulating hormone receptor and thyroid hormone receptors are involved in human endometrial physiology. **Fertility and Sterility**, [s. l], v. 95, n. 1, p. 230-232, 2011.
- AGIC, Admir *et al.* Combination of CCR1 mRNA, MCP1, and CA125 measurements in peripheral blood as a diagnostic test for endometriosis. **Reproductive Sciences**, [s. l], v. 15, n. 9, p. 906-911, nov. 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1933719108318598>.

BECK, R.T. *et al.* Endometriose - aspectos correlatados. **Femina**, [s. l], v. 34, n. 10, p. 673-680, 2006.

BIANCO, Bianca *et al.* O papel dos desreguladores endócrinos na fisiopatologia da endometriose: revisão da literatura. **Arq. Bras. Ciên. Saúde**, Santo André, v. 35, p. 103-110, 2010.

BOTÃO, Raiana Bonatti de Sousa. **Endometriose: reflexões analítico-comportamentais acerca do contexto da doença**. 2016. 117 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2017/03/Endometriose-reflex%C3%B5es-anal%C3%ADtico-comportamentais-acerca-do-contexto-da-doen%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

BROSENS, Ivo; PUTTEMANS, Patrick; CAMPO, Rudi; GORDTS, Stephan. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. **Best practice & research; Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s. l], v. 18, n. 2, p. 285-303, 2004.

BROWN J.; CRAWFORD T. J; DATTA S.; PRENTICE A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l], v. 5, n. 1, p. 1-4, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD001019.pub3.

BURNEY, Richard O.; GIUDICE, Linda C. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. **Fertil Steril**, California, v. 98, n. 3, p. 511-519, 2012.

CACCIATORI, Felipe Antônio; MEDEIROS, João Pedro Ferri. Endometriose: uma revisão da literatura. **Revista Iniciação Científica**, Criciúma, v. 13, n. 1, p. 56-66, 2015.

DAVIS, L *et al.* Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. **Cochrane Database Syst Rev.**, [s. l], v. 3, n. 1, p. 25-80, 2007.

DAVIS, Colin J.; MCMILLAN, Lindsay. Pain in endometriosis: effectiveness of medical and surgical management. **Current Opinion in Obstet & Gynecol**, [s. l], v. 15, n. 6, p. 507-512, 2003.

DONNEZ, J.; SQUIFFLET, J. Endometriosis is not only a gynecologic disease. **Acta Gastroenterol Belg**, Bélgica, v. 67, n. 4, p. 272-700, 2004.

D'AMICO FILHO, Nicolau; MYUNG, Lydia; PETTA, Carlos Alberto. Aspectos Epidemiológicos. In: PODGAEC, Sérgio. **Manual de endometriose**. São Paulo: Elsevier, 2014. p. 11-23.

FOURQUET, Jessica *et al.* Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. **Fertility and Sterility**, [s. l], v. 96, n. 1, p. 107-112, jul. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>.

FOX, Stuart Ira. **Fisiologia humana**. 7. ed. Barueri: Manole, 2007. 744 p.

GARTNER, Leslie P.; HIATT, James L. **Tratado de histologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 576 p.

ISAIA FILHO, CARLOS. **Especialistas pedem mais atenção do SUS a mulheres com endometriose**. 2014. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2014/10/Especialistas-pedem-mais-atencao-do-SUS-a-mulheres-com-endometriose-4622295.htm>. Acesso em: 25 abr. 2018.

KENNEDY, Stephen *et al.* ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. **Human Reproduction**, [s. l], v. 20, n. 10, p. 2698-2704, jun. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dei135>.

LORENÇATTO, Carolina *et al.* Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 433-800, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500020>.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento, **Revista Enfermagem Atenção Saúde**, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 97-105, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Endometriose-do-diagn%C3%B3stico-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

MEIJUEIRO, Isabella. **ZOLADEX**: medicamento para tratamento da endometriose. 2017. Disponível em: <http://www.meijueiro.com.br/zoladex-o-medicamento-utilizado-no-tratamento-da-endometriose/>. Acesso em: 26 abri. 2018.

MOGHISSI, Kamran S. Medical treatment of endometriosis. **Clin Obstet Gynecol**, [s. l], v. 42, n. 3, p. 620-632, 1999.

NÁCUL, Andrea Prestes; SPRITZER, Poli Mara. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l], v. 32, n. 6, p. 298-307, jun. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032010000600008>.

OTHMAN, Essam El-Din R *et al.* Serum cytokines as biomarkers for nonsurgical prediction of endometriosis. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, [s.l.], v. 137, n. 2, p. 240-246, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.05.001>.

PETTA, Carlos A. *et al.* Prática atual no tratamento dos sintomas da endometriose: uma pesquisa com ginecologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 525-529, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600021>.

PRENTICE, Andrew. Endometriosis. **BMJ**, [s.l.], v. 93, n. 5, p. 323-393, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7304.93>.

RAMPINELLI, Heloisa; MILANESE, Beatriz Cristina; MADEIRA, Kristian. Perfil epidemiológico das pacientes atendidas em um consultório privado e submetidas à

videolaparoscopia para tratamento de endometriose na região de Criciúma. **Arq Catarin Med.**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 9-14, 2013.

REPRODUCTIVE, American Society For. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. **Fertility and Sterility**, [s.l.], v. 67, n. 5, p. 817-821, 1997. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x).

SANTOS, Djanilson Barbosa dos *et al.* **Uma abordagem integrada da endometriose**. Cruz das Almas-Bahia: Editora UFRB, 2012. 120 p.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3023-3032, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.03472017>.

SILVA, Maria Paula Custódio; MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 413-421, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2014>.

TEIXEIRA, Arildo Corrêa. **Novas contribuições da ultrassonografia transvaginal no diagnóstico da endometriose ovariana**. 2012. 154 f. Dissertação (Mestre em Cirurgia – Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, Setor de Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/32332/R%20-%20D%20-%20ARILDO%20CORREA%20TEIXEIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 maio 2019.

VERCELLINI, P. *et al.* Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. **Hum Reprod**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 266-271, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/del339>.

ZOMER, Monica Tessmann *et al.* Correlação entre os níveis de Ca-125 séricos e os achados cirúrgicos em mulheres com sintomas sugestivos de endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 262-267, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600005>.