

Laboratório de Educação profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz

Helena Silva do Nascimento

ENDOMETRIOSE

Análise sobre a doença, sua sintomatologia, seu diagnóstico, seu tratamento e influência na vida da mulher.

Rio de Janeiro
2010

Helena Silva do Nascimento

ENDOMETRIOSE

Análise sobre a doença, sua sintomatologia, seu diagnóstico, seu tratamento e influência na vida da mulher.

Trabalho de conclusão de curso apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em nível médio em Saúde com Habilitação em Técnico de Laboratório em BIODIAGNÓSTICO em Saúde.

Orientador: Daniel Santos Souza

Helena Silva do Nascimento

ENDOMETRIOSE

Análise sobre a doença, sua sintomatologia, seu diagnóstico, seu tratamento e influência na vida da mulher.

Trabalho de conclusão de curso apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em nível médio em Saúde com Habilitação em Técnico de Laboratório em BIODIAGNÓSTICO em Saúde.

Aprovado em: _/12/2010

Daniel Santos – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Leandro Medrado – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Flávio Paixão – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

*Dedico esta monografia aos meus pais,
Glauco e Maria José. À minha irmã,
Clara. À minha família e aos meus
amigos.*

Agradecimento

Agradeço aos meus pais, pelo apoio que me deram ao longo do ano e à força que me deram fazendo com que meu trabalho ficasse cada vez melhor.

Agradecimento ao meu avô que deixou saudades no meio desse longo percurso, mas que sempre estará próximo de mim.

Agradecimento à minha família que sempre esteve próxima em todos os momentos.

Agradeço aos amigos que carregarei para sempre na vida pós- politécnica. As boas lembranças ficarão para sempre, principalmente aquelas vinculadas à seguinte pergunta: “Como anda a monografia?”

Agradeço aos amigos externos à politécnica, pois eram eles que me relaxavam quando eu estava prestes a explodir.

Agradeço também essa monografia à minha banca. Se não fosse o LATEC sala do recreio, os meus dias na politécnica seriam bem mais difíceis.

O sábado é uma ilusão.
Nelson Rodrigues

Sumário

1- Introdução.....	8
1.1- Objetivos.....	9
1.1.1- Objetivo Geral.....	9
1.1.2- Objetivo Específico.....	9
1.1.3- Metodologia.....	10
1.2- Justificativa.....	11
2- Sistema Reprodutor Feminino.....	12
3- Ciclo Reprodutor Feminino.....	15
4- Endometriose.....	17
4.1- Introdução.....	17
4.2- Causas.....	18
4.3- Divisões e Tipos.....	20
4.4- Diagnóstico e Tratamento.....	22
5- Aspectos Sociais da Doença.....	27
6- Conclusão.....	31
7- Referência Bibliográfica.....	32

1-Introdução

O corpo humano se adapta a várias situações tais como: variações de temperatura, tempo, horário, rotina, entre outras coisas. Ele possui essa grande versatilidade, podendo estar em diversas circunstâncias diferentes. Porém toda essa pluralidade de modificações pode afetar seriamente nosso organismo e, em especial, está afetando seriamente as mulheres.

Em função de todas as modificações no ambiente feminino, relacionadas à sociedade e ao ambiente, algumas doenças começaram a se apresentar mais freqüentemente. Uma delas é a endometriose.

A endometriose caracteriza-se principalmente pela implantação de tecido endometrial, ou seja, tecido vindo do endométrio¹, em outras partes do corpo feminino que não seja o seu lugar de origem (Matta & Muller, 2006). Esse tecido pode ser encontrado no pudendo, que é a região externa do sistema reprodutor feminino, na vagina, no peritônio, que é a serosa que reveste a cavidade abdominal do corpo humano e até mesmo na parede do reto (Mantovani, 2003).

Essa doença afeta mulheres em idade reprodutiva e possui mais de um século de pesquisas e estudos, porém até hoje a endometriose não é bem compreendida. Essa situação causa uma séria de desconfortos para a mulher pois é uma doença que não tem causa nem cura e também é de difícil diagnóstico.

Apesar disso também é muito conhecida como a “doença da mulher moderna”. A enfermidade possui tal denominação por causa de seu aspecto biopsicossocial, pois as mulheres atualmente estão propensas à mudanças do organismo que não ocorriam antigamente, tais como uma menarca² mais precoce e uma menopausa mais atrasada. Acredita-se que as mudanças na configuração da sociedade tenham afetado o corpo feminino de várias maneiras. Uma dessas mudanças que pode ter afetado a harmonia do organismo feminino foi a necessidade de ajudar nos custos domésticos, por exemplo. A mulher passou a ter jornadas duplas e até mesmo triplas de trabalho para zelar pelo lar, pelos filhos e também pelo marido, e esse quadro pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença (Navarro et al., 2002).

A endometriose pode acarretar, além dos problemas físicos, problemas na vida social da mulher e transtornos psicológicos. É uma doença que não possui prevalência de classe social ou raça, e por isso se tornaria um problema de saúde pública, principalmente pela falta

¹ Tecido que recobre internamente o útero.

² Primeira Menstruação da mulher.

de informações sobre a doença. Tendo em vista alguns desses problemas, o direcionamento deste trabalho é trazer maiores informações sobre o organismo feminino e sobre a endometriose.

1.1- Objetivos

1.1.2-Objetivo Geral

Esclarecer os principais sintomas e tratamentos da doença, buscando sempre uma maior informação da mulher sobre esta. Ver quais são os tipos de endometriose que existem e o quanto eles interferem na vida das mulheres.

1.1.3-Objetivo Específico

- Entender o Sistema Reprodutor Feminino.
- Compreender a relação hormônio-doença.
- Identificar quais os sintomas mais freqüentes.
- Identificar qual tratamento é mais eficaz.
- Observar a relação mulher-endometriose.

1.1.4-Metodologia

Revisão da literatura relacionada com a endometriose para expor de maneira correta tudo o que é desejado falar sobre a doença.

Pesquisa no Scielo, que consiste em uma biblioteca eletrônica que possui uma coleção de periódicos científicos do Brasil, e livros relacionados ao assunto.

1.2-Justificativa

Após uma observação de uma paciente tendo crise de endometriose, foi possível perceber o quanto a doença pode ser grave se não tratada rapidamente. Mesmo sendo descoberta precocemente e tratada corretamente não há certeza absoluta quanto aos resultados. Além desse quadro, a escassez de informações sobre a doença diminui as chances de uma paciente se quer suspeitar da endometriose. A divulgação da doença é bastante recente e com certeza ainda não atingiu todas as camadas da sociedade, apesar de haver um grande número de mulheres em idade reprodutiva acometidas pela enfermidade, sem prevalência de raça ou classe social.

Outro aspecto que chamou a atenção foi a dificuldade de diagnóstico, pois a doença possui tantos sintomas comuns a outras doenças que os médicos na maioria das vezes pensam em uma gama de possibilidades, mas não se lembram da endometriose. Fechando esse cenário a doença não possui cura e o tratamento é incerto, pode dar certo ou não. A mulher que não consegue ter filhos pode voltar a poder tê-los, ou não. Após uma cirurgia as lesões podem voltar, e o tratamento com medicamentos nem sempre é eficaz. Logo, o psicológico feminino fica extremamente abalado. É uma doença cercada por incertezas, pois seu diagnóstico é incerto, até certo ponto, o tratamento é incerto e solução dos problemas que a enfermidade traz também não é certa.

À primeira vista parece uma doença simples de se controlar, pois é sempre benigna, mas não é bem assim. A endometriose possui muitas particularidades e muitas vezes pode causar um sofrimento prolongado nas mulheres acometidas pela doença.

Foi por causa dessa confusão que esse trabalho foi desenvolvido, para tentar compreender e passar a importância de se saber um pouco mais sobre a endometriose, para que o número de mulheres sem tratamento, ou com um diagnóstico incorreto, diminua.

2-Sistema reprodutor feminino

Entender o sistema reprodutor feminino é importantíssimo para compreender o quanto a região abdominal fica comprometida com o avanço da doença. O Sistema Reprodutor da mulher é composto por uma parte externa e uma parte interna. A parte externa é constituída pelos grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, prepúcio do clitóris, óstio externo da uretra (pois ele é comum ao sistema urinário) e a entrada do canal vaginal(Figura 1). Internamente observa-se o canal vaginal, colo do útero, canal do colo do útero, o útero, as tubas uterinas e ovários (Figura 2).

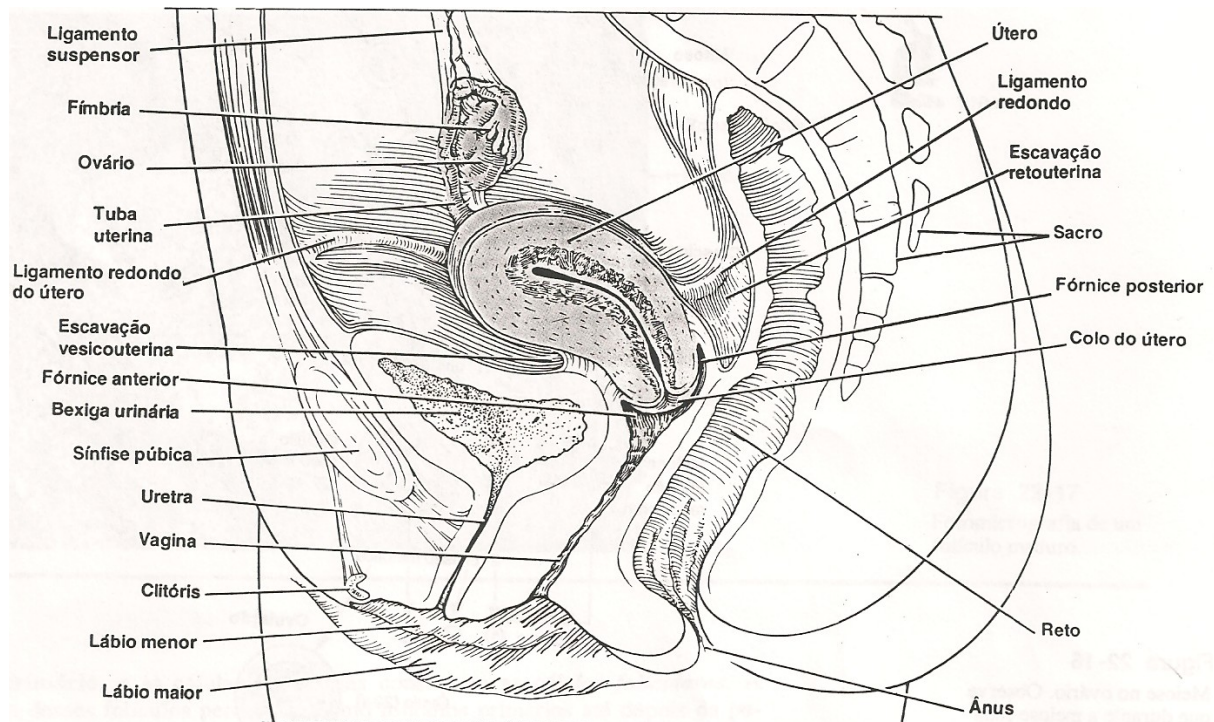


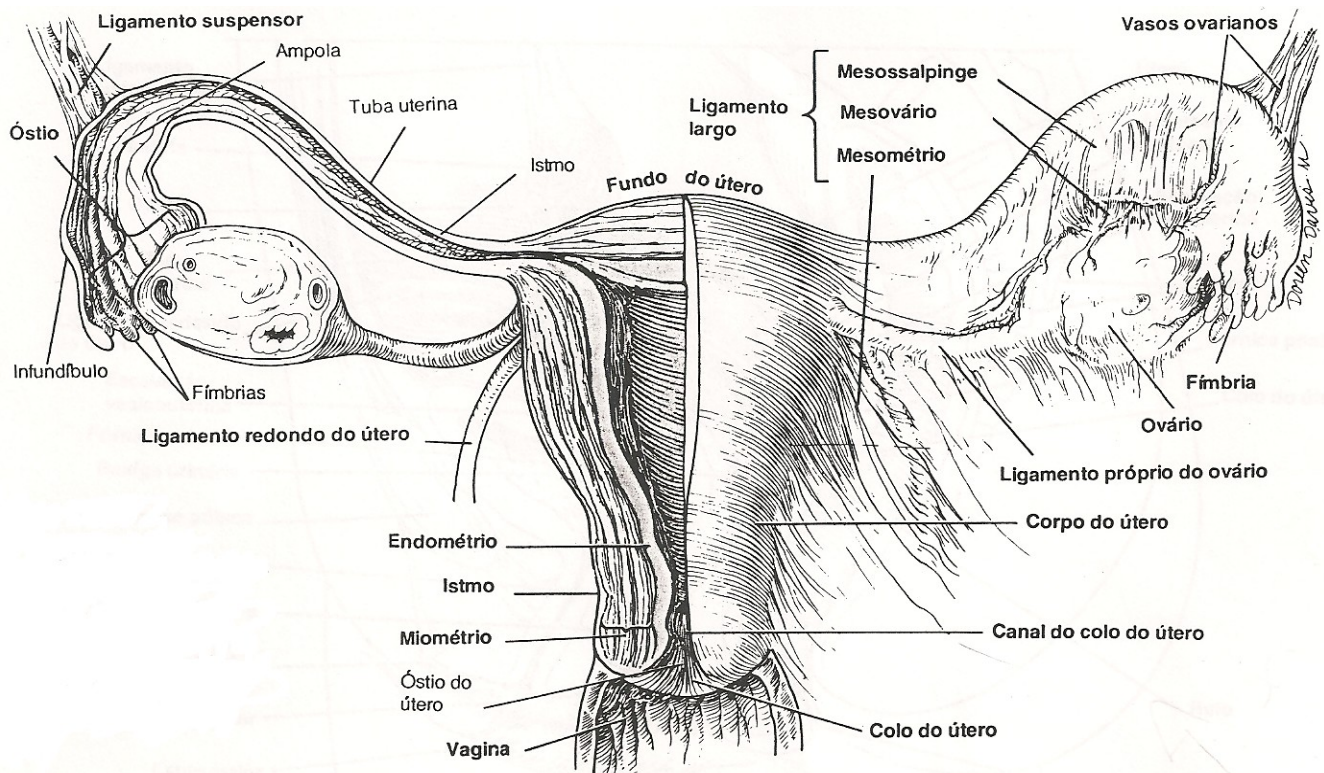
Figura 1: Visão da parte abdominal do corpo feminino. **Fonte:** Spence, 1991.

Todo o sistema reprodutor feminino possui revestimento. O mais superficial deles e de grande importância para entender os possíveis comprometimentos da doença é o peritônio que, quando envolve o útero é também chamado de perimétrio, tendo origem visceral (voltado para as vísceras) e parietal(voltado para a parte externa). Esta película é uma estrutura comum a vários órgãos, então pode ocorrer um compartilhamento da lesão entre os órgãos. O peritônio se localiza, mais precisamente, na face posterior da bexiga para o istmo do útero e então sobe para a parte vesical do corpo. Ele então cobre a parte posterior do útero, desce sobre a face intestinal do corpo e dorso do colo do útero e da parte superior da vagina , de onde se reflete para a parte anterior do reto.

O útero é o órgão do sistema reprodutor feminino que é crucial para a compreensão da doença, pois ele faz parede com a bexiga e o reto. Ele possui o formato próximo ao de uma pêra invertida. Tem grande elasticidade, mede em torno de 7,0 centímetros de comprimento, 5,0 centímetros de largura e 2,5 de espessura. O órgão é dividido em três partes: o corpo do útero é a parte mais dilatada, a parte superior é chamada de fundo do útero e a parte mais estreita que abre na vagina é o cérvix, ou colo uterino (Junqueira & Carneiro, 2004).

Figura 2: Sistema Reprodutor Feminino. **Fonte:** Spence, 1991.

Esse órgão possui uma parede relativamente espessa, que é formada por três camadas.



Externamente há uma serosa, que é formada por tecido conjuntivo e mesotélio, ou seja, camada de tecido epitelial pavimentoso simples que se localiza entre outros dois tecidos. A outra camada é a mais espessa, formada por pacotes de fibras musculares lisas separadas por tecido conjuntivo recoberto, que se chama miométrio, que auxilia nas contrações do útero. A finalidade dessas contrações é expulsar o endométrio (Junqueira & Carneiro, 2004). Por isso algumas mulheres sentem cólicas ao menstruar, ou auxiliar no nascimento do feto, por exemplo. Depois do miométrio, há na parte interior do órgão o endométrio que recobre a cavidade uterina (Figura 3). O endométrio é dividido em duas partes, a camada basal e a funcional. A primeira está localizada perto do miométrio e a segunda está mais superficial. A parte que sofre alterações é a camada funcional, a camada basal permanece inalterada. A

camada funcional é altamente vascularizada e é ela que é perdida quando ocorre a menstruação. A menstruação consiste na perda de sangue e vasos sanguíneos que são formados para preparar o ambiente para o feto. Esse processo só se conclui dessa forma quando a fecundação não ocorre e é conhecido como ciclo menstrual, ocorrendo todos os meses nas mulheres (Junqueira & Carneiro, 2004).

Quando ocorre a fecundação a camada funcional do endométrio não se desprende, permanecendo onde está e protegendo o óvulo ao longo de toda a gravidez. O endométrio é o alvo da nossa discussão, pois é a inflamação dele que causa as lesões que descamam e provocam a doença.

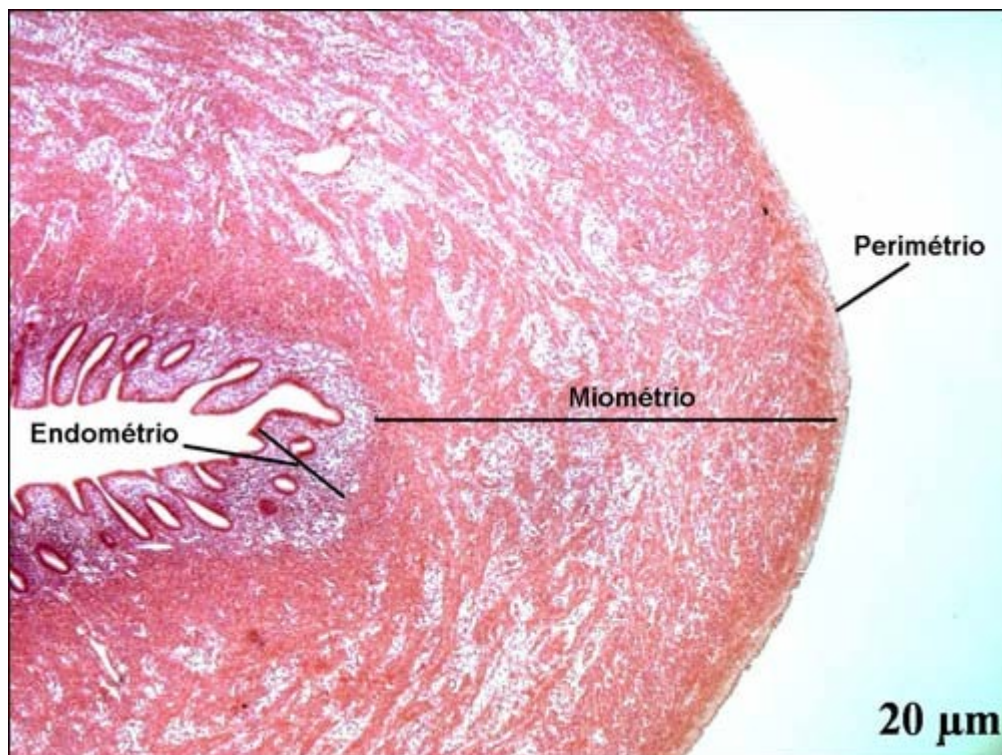


Figura 3: Imagem que retrata as três principais camadas do útero. **Fonte:** unifesp.br

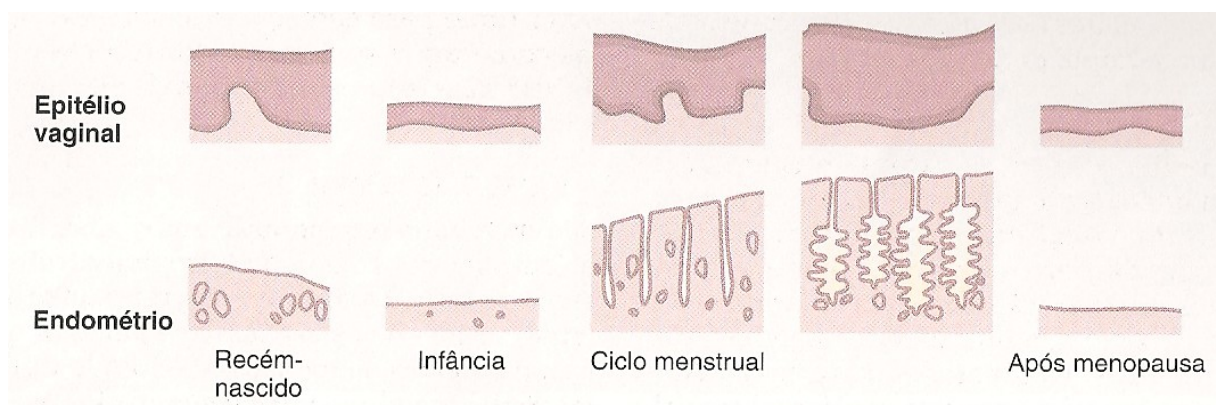
3-Ciclo Reprodutor Feminino

Para compreender a relação entre os tecidos do sistema reprodutor feminino, os hormônios e o aparecimento da doença, é necessário antes entender todo o ciclo reprodutor feminino, pois ele é a chave de todo esse sistema.

O sistema reprodutor feminino está propício a mudanças causadas por dois hormônios principais, o estrógeno e a progesterona. Estes dois hormônios são produzidos no ciclo ovariano, e influenciam diretamente nas mudanças cíclicas do útero, que resultam no ciclo menstrual. Essas mudanças começam a ocorrer após a puberdade e tem durações cíclicas de cerca de 28 dias, sendo que o ciclo varia de acordo com a mulher ou até mesmo com o período que uma mulher está passando. A menarca geralmente ocorre em torno dos 12 anos e a menopausa a partir dos 45 anos (Figura 4). A mulher só é fértil nesse período, pois o ciclo menstrual está diretamente relacionado ao ciclo ovariano e, conseqüentemente, quando não há um não ocorre o outro. É exatamente nesse período, enquanto a mulher é fértil, que a endometriose age, pois ela depende desses dois ciclos para se manter.

O ciclo menstrual é dividido em três fases e seu começo é marcado pelo primeiro dia de liberação do fluxo menstrual. As fases são: proliferativa, secretória e menstrual (Figura 5). A primeira fase, que é a proliferativa, começa quando a menstruação termina. Nessa fase o endométrio possui uma espessura de cerca de 0,5 milímetro e está sob a influência do estrogênio, que age no endométrio induzindo a proliferação celular, fazendo com que ele aumente de espessura gradualmente. As células epiteliais começam a acumular cisternas de retículo endoplasmático rugoso e o aparelho de Golgi aumenta de tamanho, fazendo com que a espessura aumente mais e se preparando para a fase secretora. No fim dessa fase o endométrio mede cerca de 3 milímetros de espessura (Junqueira & Carneiro, 2004).

Figura 4: Modificações do endométrio durante a vida da mulher. **Fonte:** Junqueira & Carneiro, 2004.



Após a fase proliferativa ocorre a fase secretora. Essa fase começa após a ovulação e é influenciada principalmente pela progesterona, nessa fase o endométrio chega à sua espessura máxima que gira em torno dos 5 milímetros. Este resultado vem do processo que ocorre nesta fase, que passa pelo crescimento da mucosa, acúmulo de secreção e edema do estroma. Pela influência dos hormônios as células epiteliais continuam crescendo e secretando um fluido rico em glicogênio. As artérias do endométrio se alargam e espiralam. Os vasos sanguíneos estão preparados para a formação da placenta. A progesterona inibe as contrações do miométrio para aumentar as chances de gravidez. É nessa fase que deve ocorrer a fecundação (Junqueira & Carneiro, 2004).

Após alguns dias a produção dos hormônios cai. Este processo causa ciclos de contração das artérias espirais, bloqueando o fluxo sanguíneo produzindo uma isquemia,

provocando a morte das paredes das artérias. Ocorre o mesmo processo com a camada funcional do endométrio que é irrigada por estes vasos. As artérias se rompem após os locais de constrição e o sangramento começa, esse é o início da fase menstrual (Junqueira & Carneiro, 2004). Parte da camada funcional do endométrio é separada e o resto do endométrio encolhe por causa da perda dos fluidos. Dessa forma, o endométrio é reduzido a uma forma delgada e se prepara para recomeçar seu ciclo.

O ciclo menstrual segue todas essas fases, podendo no entanto variar seu período entre as mulheres e na mesma mulher.

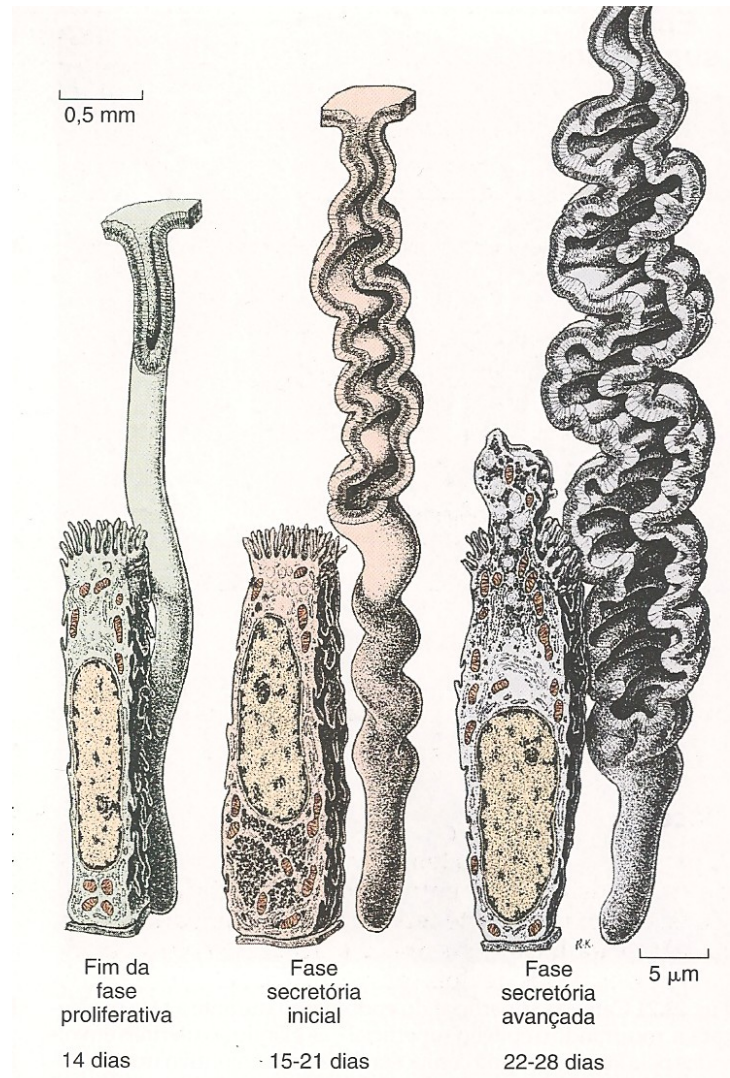


Figura 5: Imagem das espessuras do endométrio. **Fonte:** Junqueira & Carneiro, 2004.

4-Endometriose

4.1-Introdução

A endometriose é caracterizada pelo implante ectópico de tecido endometrial, ou seja, o endométrio invade regiões que não são designadas para ele, e dessa forma causam uma reação crônica e inflamatória (Matta & Muller, 2006 e Navarro et al, 2002). É também conhecida como doença da mulher moderna, apesar de já ser estudada a mais de 100 anos.

A doença recebe esse nome por causa de seu aspecto biopsicossocial atual. Ao longo dos anos por causa de todas as mudanças que ocorreram na sociedade, nos cuidados à saúde, no mundo, o organismo feminino mudou junto com essas situações e com isso as mulheres ficaram suscetíveis a menarcas precoces, que antes ocorriam a partir dos 15 e no modelo atual ocorre em torno dos 12 anos, e a menopausas mais tardias. Esse quadro aumentou o número de ciclos menstruais que a mulher possui na vida e isso acarretou uma maior exposição da mulher à possíveis implantações de tecidos endometriais.

Essa situação pode causar diversos problemas na vida das mulheres portadoras. Essa doença tem sido a doença benigna mais comum entre as mulheres em idade reprodutiva nos últimos tempos. Cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva são acometidas (Maia,2007). Seus sintomas principais e mais característicos são a dor aguda, onde a localização e intensidade variam de mulher para mulher, e a infertilidade. A endometriose lidera as causas de infertilidade em mulheres acima dos 25 anos, e possivelmente cerca de 30-40% das mulheres inférteis tenham algum grau de endometriose (Matta & Mullher, 2006). Nesse caso podemos ver o quanto a endometriose pode atrapalhar a vida da paciente em vários pontos, porém falaremos disso mais adiante.

Em relação às características físicas da doença observa-se a coloração e o tamanho das lesões. Estas podem mostrar como a doença pode progredir. De acordo com Viscomi et al. (2004) a coloração das lesões se apresenta de três formas: vermelha, negra e branca. As lesões vermelhas representam o estágio inicial da implantação da lesão e são ativas, ou seja, seguem o ciclo reprodutivo feminino. Se concentram principalmente nos ligamentos que seguram o útero e demonstram também a presença de numerosas glândulas endometriais ativas (Nisolle et al, 1997). Com o passar do tempo essas lesões sofrem a ação do ciclo reprodutor feminino e descamam da mesma forma que o endométrio, todos os meses. A partir daí essas mesmas

lesões tendem à inflamação e passam a possuir uma coloração enegrecida, que ficam dessa forma por causa da retenção de pigmentos sanguíneos. E, por fim, temos as lesões esbranquiçadas que representam aquelas muito antigas que já perderam o pigmento e a vascularização interna.

Há outra maneira de se classificar as lesões, de acordo com Abrão et. Al., 2007. Segundo esse autor as lesões podem ser divididas em: vermelha, amarela, marrom e negra. Essas lesões podem possuir diversas formas, tais como: polipóides, cística e fibrótica. A relação das cores é parecida com a citada anteriormente, a diferença pontuada por esta classificação se baseia na lesão marrom, que seria a passagem da lesão vermelha para a enegrecida.

Esse endométrio pode se espalhar para diversas partes do corpo, dentro ou fora do sistema reprodutor feminino. Para entender como isso ocorre deve-se lembrar que todos os órgãos do corpo são revestidos por tecidos, sendo que alguns destes são compartilhados por estes órgãos, como é o caso do útero e da bexiga que compartilham o peritônio. Também deve-se lembrar que esses tecidos estão aderidos uns aos outros, logo eles possuem uma grande chance de compartilharem algum tipo de lesão. Isso tudo nos mostra o quanto a doença pode se agravar se não for diagnosticada rapidamente.

4.2-Causas

A endometriose é conhecida a mais de um século, e ao longo dos anos vários estudos e teorias foram apresentados sobre a doença. Apesar de todo esses esforço, ainda se sabe muito pouco sobre a origem da endometriose e sobre sua cura, porém algumas teorias são largamente discutidas. Há algumas correntes de teorias de como a endometriose poderia se desenvolver no corpo das mulheres, mas apenas três dessas teorias são mais aceitas.

A primeira teoria consiste no Desenvolvimento *In-situ* (Van der Linden, 1996). Essa teoria diz que a origem da endometriose seria embrionária, no processo de formação embrionária no momento de formação das gônadas há dois ductos, de Müller e de Wolffian, e dependendo do sexo um ducto se desenvolve e o outro se retrai. No caso do sexo feminino o ducto de Wolffian se retrai e o de Müller se desenvolve. Porém no caso das mulheres que teriam desenvolvido a endometriose no desenvolvimento embrionário teriam partículas de ductos de Wolffian no útero e tubas uterinas, e eles teriam se desenvolvidos e formado os

endometriomas. Essa conclusão foi feita a partir da observação da semelhança entre as lesões e os ductos.

A segunda teoria consiste na metaplasia celômica (Berbel; Podgaec; Abrão,2008). Essa teoria consiste na mudança da estrutura tecidual de dois órgãos próximos, e a partir dessa mudança esses dois órgãos passam a compartilhar o mesmo tecido diferenciado. A mudança na estrutura do tecido pode ocorrer de duas formas: após um processo inflamatório ou por influências hormonais.

A terceira teoria é a da menstruação retrógrada (Van der Linden, 1996)(Berbel; Podgaec; Abrão,2008). Esse tipo de menstruação ocorre em grande parte das mulheres, cerca de 90%, mas apenas algumas desenvolvem endometriose, algo que gira em torno de 10% (Maia, 2007). A idéia da menstruação retrógrada consiste na afirmação de que a menstruação têm dois sentidos, um em direção à parte externa do corpo e outro em direção à parte interna. Quando a menstruação sofre esse refluxo ela se direciona para os órgãos do sistema reprodutor feminino passando pelas tubas uterinas e chegando aos ovários. Contudo o final das tubas uterinas têm uma abertura que leva para a cavidade interna do abdômen e então o fluxo sanguíneo cheio de tecido endometrial se direciona exatamente para este local, explicando dessa forma como a endometriose pode ser encontrada em órgãos distantes do sistema reprodutor feminino.

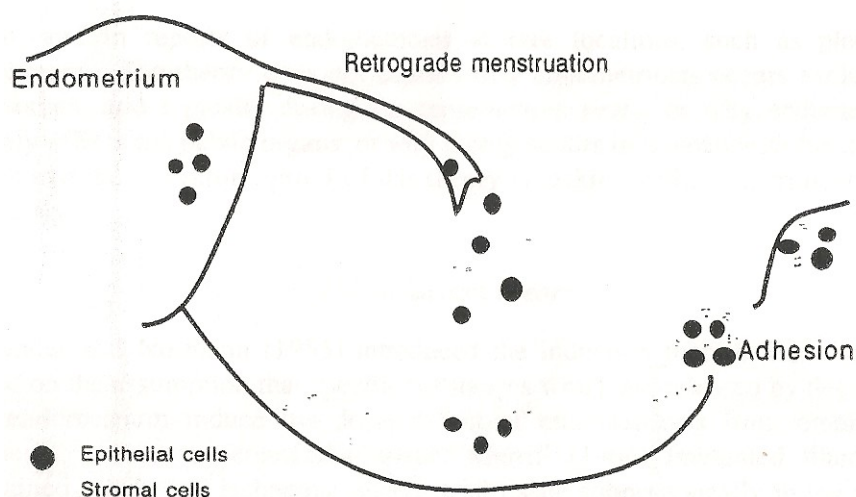


Figura 6: Demonstração do fluxo menstrual da menstruação retrógrada. **Fonte:** Van der Linden, 1996

4.3-Divisões e tipos

No ano de 1997 foi formulada uma divisão para os casos de endometriose (Berbel; Podgaec; Abrão,2008). Ela foi dividida de acordo com os tipos de lesões e os locais de aparecimento da doença. Já no ano de 2000 a doença obteve uma nova divisão. Essa divisão ocorreu de acordo com a “expressão da atividade do endométrio” (Berbel; Podgaec; Abrão,2008). A divisão ficou dessa forma: endometriose e adenomiose. A endometriose é caracterizada pelo aparecimento de lesões mais superficiais nos ovários, trompas e peritônio pélvico. E a adenomiose é caracterizada pelo aparecimento das lesões na região retro-uterina, uterina ou recesso vesico-vaginal (Berbel; Podgaec; Abrão,2008).

Há também outro tipo de classificação, segundo a classificação da Sociedade Americana de Fertilidade. Ela classifica a endometriose de acordo com sua extensão, e divide as pacientes em 4 tipos: Tipo I, mínima, Tipo II, leve, Tipo III, moderada e Tipo IV, severa (Abrão et al., 2007).

Por questões didáticas será utilizada a divisão formulada no ano de 1997, pois dessa maneira a explicação das áreas de acometimento da doença se tornam mais fáceis de entender.

A primeira das divisões é a da endometriose peritoneal (Figuras 7 e 8). Esta ocorre em locais mais superficiais podendo apresentar sintomas mais brandos do que os outros dois tipos de endometriose(Berbel; Podgaec; Abrão,2008). A teoria de menstruação retrógrada, ou seja, o fluxo menstrual iria tanto para a parte externa quanto para a parte interna do corpo, permite entender como ocorre essa invasão do tecido endometrial, pois quando ocorre a menstruação células endometriais entram na cavidade peritoneal passando pelas trompas do falópio. É interessante ressaltar que cerca de 60-90% das mulheres têm menstruação retrógrada, mas apenas 10% desenvolvem a endometriose (Maia, 2007).



Figura 7: endometriose peritoneal.

Fonte: sobretudo.org

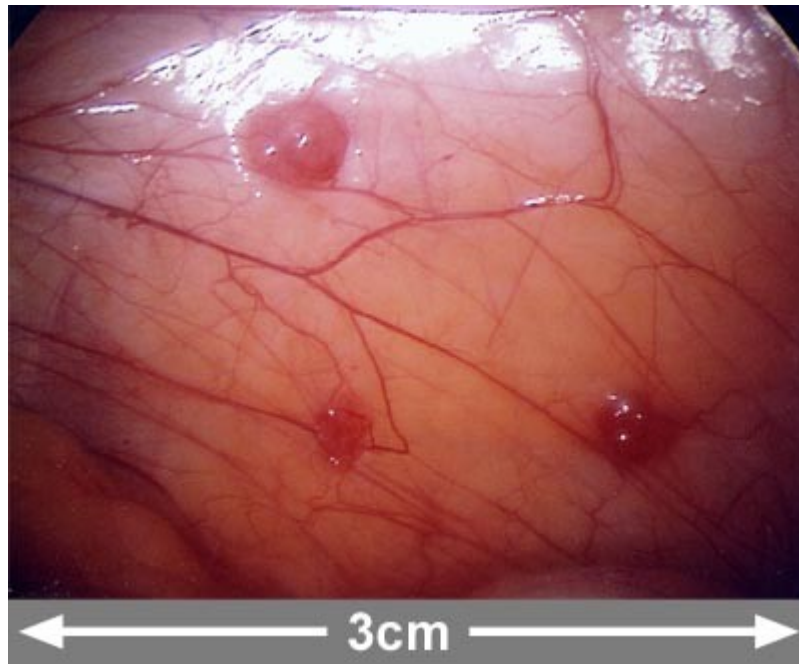


Figura 8: Endometriose peritoneal. **Fonte:** drwilliamkondo.site.med.br

No caso da endometriose ovariana (Figura 9) a área de acometimento é outra. Para ser considerada como tal as lesões devem estar implantadas superficialmente nos ovários. Podemos dizer que é um tipo intermediário de endometriose, pois não é tão branda nem tão devastadora (Berbel; Podgaec; Abrão,2008).

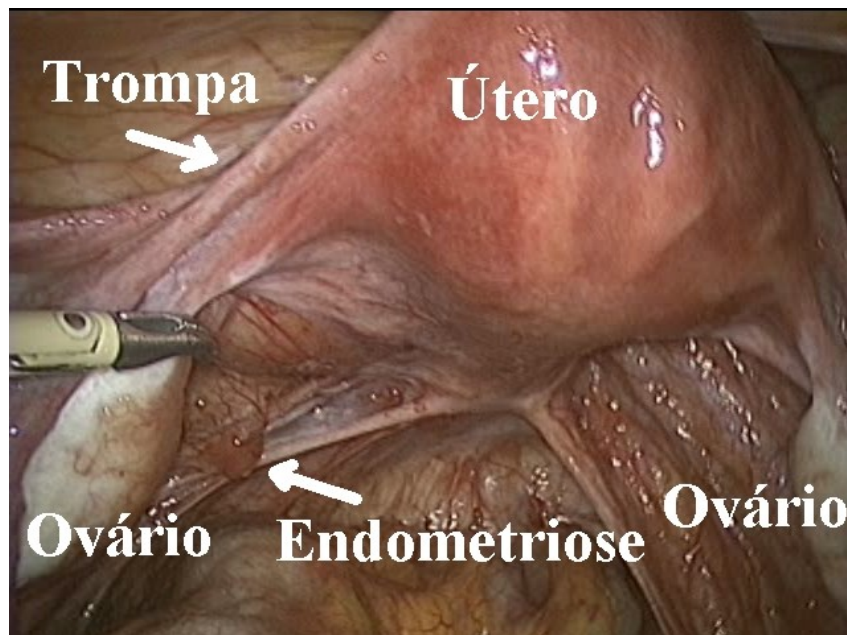


Figura 9: endometriose ovariana. **Fonte:** drwilliamkondo.site.med.br

Por último temos a endometriose profunda, o modelo mais severo de endometriose. Este tipo de endometriose acomete regiões fora da cavidade uterina tornando-se uma preocupação para toda região abdominal (Figura 10). As lesões feitas por esse tipo de endometriose possuem mais de 5 mm e podem perfurar algumas regiões, como é o caso da reto-vaginal e da reto-sigmóide (Figura 11). Mas também há a possibilidade dessas lesões ocorrerem na bexiga e nos ureteres (Abrão; Neme; Averbach, 2003). As lesões provocadas por esse tipo de endometriose são mais freqüentes no Ligamento útero- sacro, no fundo do útero e na região retrocervical. Há estudos que dizem que a endometriose profunda é a que segue fielmente a ciclicidade do corpo feminino.



Figura 10: Ultrassonografia de um foco de endometriose invadindo outro órgão. **Fonte:** imagem cedida

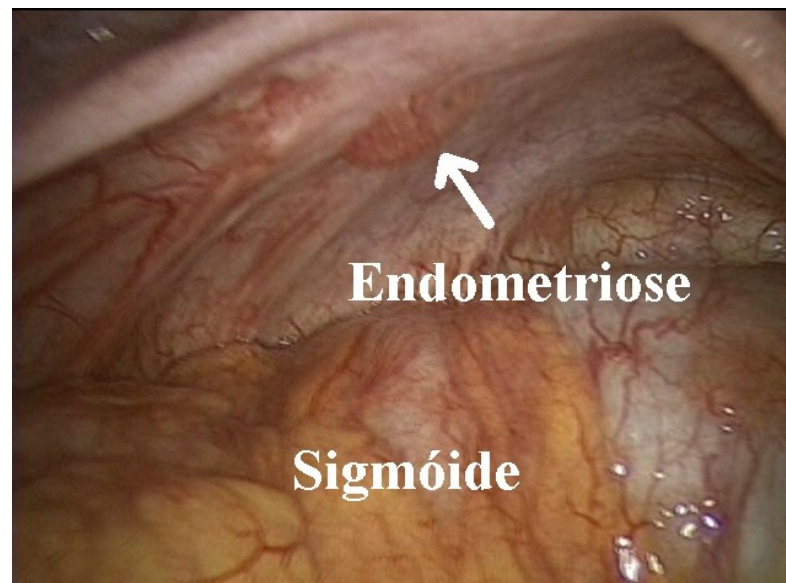


Figura 11: Videolaparoscopia de um foco de endometriose. **Fonte:** drwilliamkondo.site.med.br

Abrão et al., 2003 subdivide a endometriose profunda em três tipos, onde todos estão relacionados com a localização e profundidade da lesão(Figura 12). A endometriose profunda tipo I é uma lesão típica ou atípica envolta por um tecido cicatricial em forma de cone. A Tipo II a lesão é formada pela retração do reto envolvendo uma lesão típica. E por último o Tipo III que é o nódulo endometriótico infiltrando o septo reto-vaginal, ou outro local.

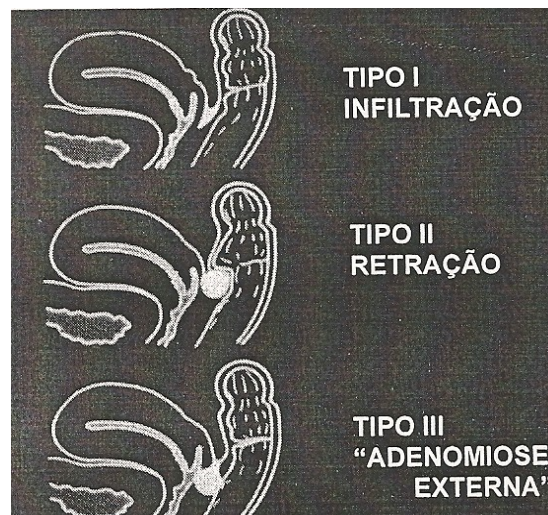


Figura 12: Demonstração das subdivisões da endometriose profunda. **Fonte:** Artigo Abrão et al., 2003.

A endometriose possui algumas peculiaridades, dentre elas a de possuir uma gama de sintomas e intensidades, provocando assim uma maior dificuldade de diagnóstico. Há dois sintomas que são característicos da doença: dor e infertilidade. No meio desses dois sintomas

há outros que variam de mulher para mulher sendo eles: dispareunia, que é a dor durante as relações sexuais, dor pélvica crônica, dismenorréia, que é uma cólica menstrual intensa, e irregularidade menstrual. Alterações intestinais e urinárias cíclicas também são vistas, tais como dor ao evacuar, diarreia, disúria perimenstrual (dor durante a micção no período menstrual), poliúria, que é o aumento da frequência miccional, urgência miccional e hematúria, ou seja, sangue através da uretra podendo estar, ou não, acompanhado pela urina (Abrão, 1995).

Alguns dos sintomas da endometriose demoram certo tempo para evoluir e se tornarem aparentes. Essa condição pode acarretar certos danos permanentes nas mulheres, no seu sistema reprodutor por exemplo, e também acarretam diagnósticos tardios, trazendo mais um problema para estas mulheres.

4.4-Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico pode ser feito de várias formas, porém há três principais: ultrassonografia, ressonância magnética e videolaparoscopia.

A ultrassonografia (Figura 13) consiste num método que utiliza o eco produzido pelo som para reproduzir imagens. É um método bem barato e versátil. As imagens produzidas por ele, em relação à endometriose, geralmente mostram claramente as lesões e as perfurações que ela pode ocasionar.

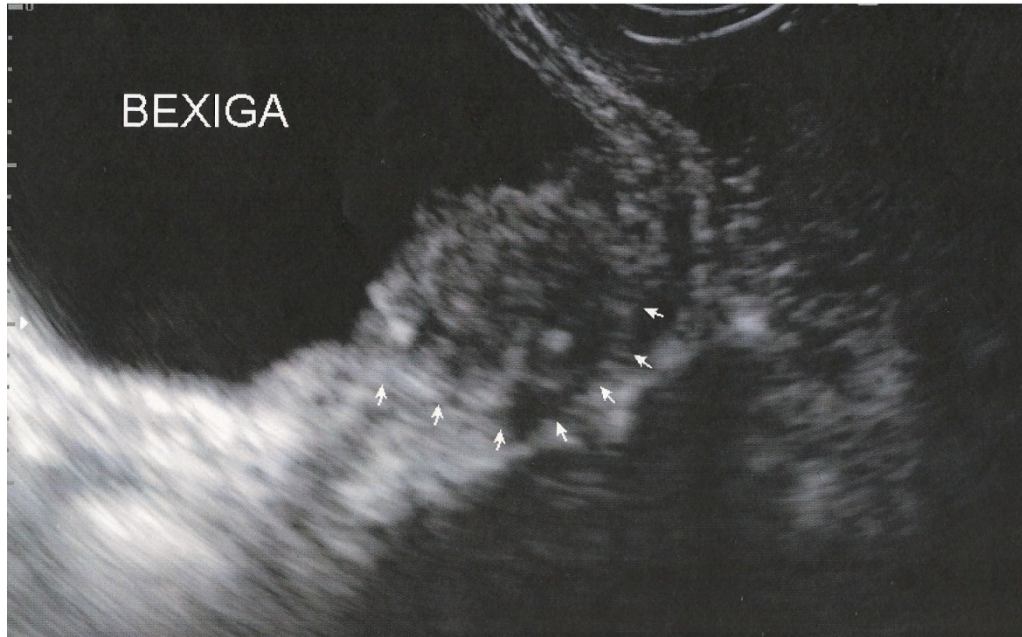


Figura 13: Representação de uma ultrassonografia. Fonte: imagem cedida pela Doutora Lúcia Pedroso.

A Ressonância Magnética é um método que oferece melhores imagens através de uma câmara magnética que mostra os locais que o contraste, tomado pelo paciente anteriormente, indica. É um ótimo auxílio para observar a endometriose, pois capta locais que a ultrassonografia não mostra, permitindo assim que o médico tenha uma melhor visão da progressão da doença.

A videolaparoscopia é um processo invasivo (Figura 14). Ela consiste na introdução de uma alça de metal no abdômen da paciente. Esse exame permite realizar procedimentos diagnósticos e também procedimentos cirúrgicos, pois possibilita visualizar os órgãos internamente. É amplamente utilizado, pois permite que o médico faça uma intervenção no meio do exame. É, por exemplo, o caso da endometriose profunda, este tipo só pode ser tratado cirurgicamente, por isso o uso da videolaparoscopia é bastante utilizado. É interessante observar que neste caso o método de diagnóstico, a videolaparoscopia, é também o de tratamento, a intervenção cirúrgica.



Imagem videolaparoscópica de lesão de endometriose peritoneal (lesão em pólipso avermelhado)



Imagem videolaparoscópica de lesão de endometriose na serosa do sigmóide

Figura 14: Imagens feitas por videolaparoscopia. **Fonte:** Artigo “Aspectos laparoscópicos da endometriose pélvica”, Viscomi.

A primeira medida de tratamento é tratar as seqüelas já existentes e evitar que se espalhem através do uso de hormônios, principalmente os agonistas de Hormônio Liberador de gonadotrofina, ou GnRH. Ele controla os hormônios ligados aos órgãos sexuais. No caso da mulher ele controla a ação do estrogênio e o da progesterona. Então o intuito desse remédio é, principalmente, inibir a ação do estrogênio. Todo o corpo humano é controlado por hormônios, e o sistema reprodutor feminino possui dois principais, o estrogênio e a progesterona. Para entender como esse remédio inibe a ação desses dois hormônios devemos compreender primeiro como seria o ciclo hormonal sem a ação deste. Primeiramente o GnRH é liberado pelo hipotálamo e atua sobre a hipófise fazendo com que ela produza a primeira gonadofrina, o FSH (Hormônio Folículo estimulante). Esse hormônio vai influenciar os ovários a produzir estrogênio. Com o aumento da quantidade de estrogênio este vai reestimar a hipófise para liberar a segunda gonadofrina, o LH (Hormônio Luteinizante). Esse hormônio vai influenciar nos ovários provocando a liberação do último hormônio, a progesterona. Quando a mulher utiliza esse medicamento a ação do primeiro estímulo é inibido e então os hormônios não fazem o seu ciclo normal, impedindo assim a menstruação da mulher. Sem a menstruação a paciente que possui a endometriose poderá curar suas lesões sem que elas corram o risco de aumentar, pois não haverá ciclo menstrual para que isso ocorra. É por isso também que muitas pacientes em tratamento de endometriose ficam longos períodos sem menstruar.

“O diagnóstico da doença é mais freqüentemente feito através de laparoscopia e o tratamento em sua maioria é feito com supressores menstruais, com uso de anticoncepcional continuado ou agonista do GnRH “ (Matta e Muller,2006).

Atualmente há mulheres que fazem tratamentos além destes, como terapias e acompanhamento psicológico, pois a doença pode trazer grandes transtornos mentais para as pacientes. Muitos médicos já indicam algum tratamento deste universo pois estes ajudam a controlar alguns sintomas da endometriose, mais à frente esse tema será abordado de forma mais abrangente.

5-Aspectos sociais da doença

Como pudemos observar a endometriose é uma doença cuja característica básica é a presença de tecido endometrial fora de seu lugar característico. Esse quadro traz transtornos às pacientes portadoras dessa doença.

Como já vimos esses focos de endometriose podem ser invasivos ou superficiais, e sua estrutura é determinada pelos hormônios, e muitas vezes essas mudanças causam dor e aumentam as lesões. Essas lesões podem ocorrer no peritônio, nos ovários, nas tubas uterinas, na vulva, na vagina, no períneo, na parede abdominal, entre outros locais, causando imensa dor e incômodo (Mantovani, 2003).

Dentre os incômodos que a endometriose traz além de dor e infertilidade pode ocorrer também dor nas relações sexuais, cólicas, dor pélvica crônica, irregularidade menstrual, alterações urinárias e intestinais cíclicas, dor na evacuação, diarreia, dor durante a micção no período menstrual, necessidade freqüente de micção e hematúria (Abrão 1995). Por ter sintomas tão diversos, a doença em fase aguda é geralmente confundida com apendicite ou um tumor ovariano de outra natureza (Matta & Muller, 2006).

A doença é freqüentemente precedida por um período de perturbação psicológica durante o qual o indivíduo sente-se não apto para enfrentar (Koblenzer,1983). Esta falha no mecanismo de enfrentamento psicológico pode então ativar medidas emergenciais transmitidas neurologicamente e que alteram o equilíbrio biológico e, assim, é permitido á doença se desenvolver (Muller, 2001). (Matta e Muller, 2006,p.63)

Alguns casos relatados (Matta & Muller,2006) mostram que a endometriose começa a aparecer após alguns períodos de grande estresse, ansiedade ou de grande inquietação contribuindo cada vez mais para o aparecimento e o desenvolvimento da doença (Matta & Muller,2006).

Essa enorme lista de problemas que a endometriose traz às mulheres tende a se agravar, pois passa a trazer também problemas de cunho psicológico. Dificuldade nas relações sociais e afetivas passam a acontecer conjuntamente com as alterações emocionais, formam um quadro decisivo para o avanço da doença. A endometriose avança mais no momento em que a mulher está mais frágil, com uma baixa auto-estima, principalmente por não saber agir perante a doença que desestrutura as coisas importantes que ocorrem na vida.

O psicológico é tão presente na vida da mulher com endometriose que seu perfil auxilia no diagnóstico da doença, existem características emocionais perceptíveis nestas

mulheres, tais como: elevado coeficiente intelectual, perfeccionismo, egocentrismo, ansiedade e estresse psíquico, também são observados altos graus de introversão e ansiedade, níveis muito maiores do que nas outras mulheres (Navarro et al., 2002).

A doença também modifica de certa forma a personalidade da mulher, pois esta adquire alguns traços característicos. De acordo com um estudo feito por Abrão et al, 2000, esses traços são: ansiedade, auto-exigência, insegurança, mecanismos de defesa estruturados, alta capacidade de controle e comando, intolerância diante das falhas humanas ou frente a situações de frustrações, não- contato com suas emoções e onipotência.

Por ser uma doença multifacetada, a endometriose tem sintomas e intensidades diferentes em cada mulher que a possui. Por isso o diagnóstico tende a ser demorado e muitas vezes as mulheres passam por uma odisséia médica para descobrir o diagnóstico. Ocorrem casos de pacientes que são consideradas psicossomáticas, ou seja, que seus sintomas provém de algum distúrbio mental, não de algum sintoma físico, pois alguns médicos não investigam a doença a fundo e acaba sendo mais fácil acreditar que ele possui uma paciente psicossomática. A endometriose é uma doença ambígua, de acordo com Matta & Muller, 2006, é a “doença dos contrastes clínicos”, pois apesar de ser uma doença benigna pode possuir um quadro clínico devastador. Toda essa situação realmente traz problemas psicológicos para essas mulheres, pois os sintomas passam a esbarrar na linha tênue entre o físico e o psíquico.

Esse é um dos motivos pelos quais a doença se torna cada vez mais enigmática. Não há nenhuma relação nítida entre a intensidade da dor e o tamanho da lesão das pacientes. Existem, por exemplo, pacientes com grandes lesões que são assintomáticas, ou seja, não sentem nenhuma dor e, existem pacientes que possuem dor intensa e uma lesão considerada leve (Navarro et al, 2002).

A dor pélvica pode acarretar transtornos físicos, psíquicos e sociais, pois modifica muito o convívio social daquela paciente. Apesar de ocorrerem teorias que apontam uma origem para explicar a dor física, acredita-se que em torno de 60% dos casos de endometriose o fator psicológico esteja presente de forma isolada ou concomitante.

Essa transitoriedade de médicos e da doença agravam ainda mais o psicológico da mulher podendo levá-la a quadros de depressão por não saber ao certo que doença possui e também por não sentir mais confiança nos médicos. Quando é obtido o diagnóstico da doença esta situação se torna um alívio para as mulheres, pois descobrem que não possuem uma doença de cunho maligno. Mas nem sempre as notícias são completamente boas. Como o

diagnóstico muitas vezes é demorado algumas lesões feitas pela doença são irreversíveis e podem levar a paciente a perder parte do seu sistema reprodutor.

Os quadros de dor envolvem componentes físicos e emocionais, e em grande parte esse envolvimento é retratado, majoritariamente, por dois transtornos psicológicos: depressão e ansiedade.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), a depressão pode ser dividida em episódios e transtorno recorrente, os sintomas são os mesmos, o que difere um do outro é o grau de ocorrência deles. A depressão é dividida em três graus: leve, moderada e grave. Seus sintomas principais são: rebaixamento do humor, redução da energia, diminuição de suas atividades, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, problemas de sono, diminuição da autoconfiança, da auto-estima, do apetite e freqüentes idéias de culpa.

O episódio leve engloba cerca de dois ou três dos sintomas citados, o episódio moderado cerca de quatro ou mais sintomas e o grave é o conjunto de sintomas de uma forma mais acentuada e angustiante. É nesse modo de depressão que ocorrem mais comumente os episódios ou idéias de suicídio (CID-10).

Nas mulheres portadoras de endometriose os sintomas mais observados são: humor deprimido, diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, irregularidade no peso, problemas no sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, pensamentos de morte, entre outros. É interessante observar como a depressão tem avançado na população feminina. Cerca de 5-9% das mulheres possuem este transtorno mental, o que torna uma preocupação do ponto de vista médico e social (Navarro et al., 2002).

Outra discussão importante sobre a depressão consiste no fato de ser considerada uma doença somática, pois apesar de se manifestar isoladamente, também é comum estar relacionada com outras doenças, como é o caso da endometriose. O que torna interessante essa discussão sobre depressão gira em torno do que, em teoria, a causa, que é a dor. Mas dor também é um fator de somatização, logo não se sabe qual sintoma desencadeia o outro. Da mesma forma que a depressão pode causar a dor, a dor pode causar a depressão. É uma relação controversa, que não possui um ponto de início para se ter certeza de quem vem primeiro.

A vida das mulheres que possuem a endometriose se torna um turbilhão, pois não se sabe ao certo por que a doença começa, quais as suas causas e qual é a cura definitiva. A característica mais certa que se sabe sobre a doença é que ela ataca mulheres em idade reprodutiva, pois é uma doença estrogênio-dependente e tem menores ocorrências com

mulheres de idades mais avançadas, principalmente quando chegam na menopausa (Fernandes et al.,2003).

A mulher vive uma luta a cada dia contra seu próprio corpo, contra suas dores e suas limitações. Se apóia em remédios muito fortes para poder viver cada dia, fazendo as coisas que gosta, lutando para manter seu trabalho e sua posição social. Tenta manter suas relações com o mundo apesar de toda dificuldade que a doença coloca a sua frente.

Essa mesma mulher tem que cumprir seus deveres com a sociedade, saciar suas vontades, as eventuais necessidades de seu companheiro, as obrigações com a família, com o trabalho, com os filhos se os tiver e também com a vontade de tê-los, se a doença a impedir. A endometriose é uma doença dúbia, é benigna, mas causa muitas marcas que podem ser devastadoras (Passos et al., 2000).

6- Conclusão

Quando o estudo sobre a endometriose é iniciado, tem-se uma idéia completamente adversa sobre a doença, acha-se que é uma doença simples. Porém ela possui muito mais complicações do que muitas outras doenças.

A monografia mostra exatamente essa parte além do senso comum, porém não consegue alcançar todos os pontos que pretendia por causa da escassez de informações sobre esta. A doença ainda não possui causa certa e seu tratamento não necessariamente leva à cura. Ainda é uma doença enigmática, mesmo depois de tanto anos de estudos e com o avanço de tecnologias na área de pesquisa. É interessante observar que até mesmo os fatores psicológicos relacionados à doença são, da mesma forma, enigmáticos.

Essa relação entre a parte física da doença e a parte psicológica se mostrou extremamente abundante surpreendentemente importante, pois não se imagina algo do tipo. A relação da depressão e dos casos relatados de ansiedade, dentre outros fatores psicológicos, mostraram que a doença também pode ser identificada através deles. Ao mesmo tempo que é um avanço também pode ser encarado como um problema, pois adicionava-se, a já enorme lista de possíveis sintomas de endometriose, mais diversos sintomas.

Também chama bastante atenção a relação entre duas doenças somáticas, dor crônica e depressão. Não fica claro qual ocorre primeiro, ou se existe uma regra entre elas, ou se em cada mulher elas agem de formas diferentes. Os dados psicológicos são os mais intrigantes e os mais difíceis de compreender, com isso a complexidade da doença se torna maior.

Não há uma conclusão fechada sobre a endometriose, ainda há muita coisa para ser estudada e compreendida, mas muita coisa já foi revelada. É uma doença cheia de mistérios e controvérsias que ao longo do tempo serão sanados.

7-Referência Bibliográfica

ABRÃO, Maurício Simões; NEME, Rosa Maria; AVERBACH, Marcelo. Endometriose de septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. *Arq Gastroenterol*, São Paulo, v.40, n.3, Julho – Setembro 2003, página 192 – 197.

ABRÃO, Maurício Simões; et AL. Avaliação da classificação histológica da endometriose observada em implantes de mulheres portadoras de endometriose pélvica superficial e profunda. *Rev Bras Ginecol Obstet*, São Paulo, v.29, n.11, 2007, páginas 568-574.

ABRÃO, Maurício Simões. Perfil epidemiológico e clínico da endometriose: Estudo de 180 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n.7, páginas 779-784.

BERBEL, Bruna Thormazelli; PODGAEC, Sérgio; ABRÃO, Maurício Simões. Análise da associação entre o quadro clínico referido pelas pacientes portadoras de endometriose e o local de acometimento da doença. *Rev Med*, São Paulo, v.87 n.3, Julho – Setembro 2008, página 195 – 200.

FAHMY, Walid Makin; et AL. Avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico de pacientes portadoras de endometriose do septo retovaginal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.27, n.10, novembro 2005, página 613 – 618.

JUNQUEIRA, LC.; CARNEIRO, José. *Histologia Básica*, Décima edição, São Paulo, Guanabara Koogan, 2004.

MATTA, Adriana Zanona da; MULLER, Marisa Campio. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde e doenças*, Rio Grande do Sul, v.7, n.1, 2006, página 57 – 72.

MANTOVANI, R. 2003. Endometriose. Retirado em Novembro de 2010 do artigo “ Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose”, de Matta & Muller.

MOURA, et AL. Avaliação do tratamento clínico da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v.21, n.2, 1999, página 85 – 90.

NAVARRO, Paula Andrea de Albuquerque Salles; BARCELOS, Ionara Diniz Santos; SILVA, Júlio César Rosa. Tratamento de endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia*, São Paulo, v.28, n.10, 2006, página 612 – 623.

NAVARRO, Maria Jose; LORENÇATTO, Carolina; PINTO, Cristina; PETTA, Carlos Alberto. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v.48, n.3, 2002, páginas 217-221.

NISOLLE, Michelle; DONNEZ, Jacques. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. Elsevier Science, USA, v.68, n.4, Outubro 1997, página 585 – 596.

PASSOS, E. , FREITAS, F. , FILHO, J.S.C. , FACIM, A. ,SOUZA, C. & SALAZAR, C. Endometriose. Revista HCPA, v.20, n.2, 2000, páginas 150-156.

SPENCE, Alexander P.. Anatomia Humana Básica, Segunda edição, USA, Editora Manole LTDA, 1991.

VAN DER LINDEN, Paul J.Q. Theories on the pathogenesis of endometriosis. Human Reproduction, v. 11, n.3, 1996, página 53 – 65.

VISCOMI, Francesco Antonio; et AL. Correlação dos aspectos laparoscópicos com as alterações histológicas glandulares das lesões endometrióticas peritoneais. Rev Assc Med Bras, São Paulo, v.50, n.3, 2004, páginas 344-348.