

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**A ENDOMETRIOSE E SUA RELAÇÃO COM A
INFERTILIDADE FEMININA E FATORES AMBIENTAIS**

ANA CAROLINA DIAS VILA

GOIÂNIA-GO

Abril de 2007

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Pró-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**A ENDOMETRIOSE E SUA RELAÇÃO COM A
INFERTILIDADE FEMININA E FATORES AMBIENTAIS**

ANA CAROLINA DIAS VILA

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Ciências
Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-
Graduação e Pesquisa da Universidade
Católica de Goiás, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências
Ambientais e Saúde.**

Orientadora: Profa Dra Nusa de Almeida Silveira

Co-orientador: Prof Dr Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

GOIÂNIA-GO

Abril de 2007

V695e Vila, Ana Carolina Dias.
A endometriose e sua relação com a infertilidade
feminina e fatores ambientais / Ana Carolina Dias Vila . – 2007.
70 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Goiás,
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2007.
“Orientadora: Profa. Dra. Nusa de Almeida Silveira”.
“Co-orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar
Vandenberghe”.

1. Endometriose. 2. Infertilidade feminina – fatores
ambientais. 3. Esterilidade feminina. I. Título.
CDU: 618.14-002

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

1- INTRODUÇÃO.....	13
1.1- INFERTILIDADE E ENDOMETRIOSE.....	14
1.2- A MULHER NA MODERNIDADE.....	20
2- JUSTIFICATIVA.....	25
3- OBJETIVOS.....	26
4- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	27
4.1- SUJEITOS DO ESTUDO.....	28
4.2- COLETA DE DADOS.....	30
4.3- ANÁLISE DE DADOS.....	31
5- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

APÊNDICES

Apêndice 1- Consentimento livre e esclarecido

Apêndice 2- Fichamento do prontuário da paciente

Apêndice 3- Questionário semi-estruturado

Apêndice 4- Cadastro da paciente e verificação de hábitos da paciente

ANEXOS

Anexo A- Parecer do Comitê de Ética da UCG

Anexo B- Autorização da Clínica Fértil

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1-	Distribuição das informantes quanto ao do tipo de apego após o diagnóstico e início do tratamento.....	36
Figura 2-	Distribuição das informantes em relação ao apoio do companheiro após diagnóstico e durante o tratamento.....	37
Figura 3-	Distribuição das informantes quanto às mudanças ocorridas após o diagnóstico e durante o tratamento.....	38
Figura 4-	Distribuição das informantes em relação ao nº de gestações.....	39
Figura 5-	Distribuição das informantes em relação ao nº de partos.....	40
Figura 6-	Distribuição das informantes em relação ao nº de abortos.....	41
Figura 7-	Distribuição dos sentimentos das informantes em relação ao diagnóstico de endometriose.....	43
Figura 8-	Distribuição dos sentimentos das informantes em relação ao momento atual.....	44
Figura 9-	Distribuição das informantes em relação à realização de Ultrassonografia (USG) para detecção da patologia.....	45
Figura 10-	Distribuição das informantes em relação à realização de biópsia como exame complementar.....	46
Figura 11-	Distribuição da situação atual das trompas das informantes.....	47
Figura 12-	Distribuição das informantes em relação ao procedimento realizado para tratamento da endometriose.....	48
Figura 13-	Distribuição das informantes em relação à prática de atividade física.	49
Figura 14-	Distribuição das informantes em relação à exposição ambiental e de agentes tóxicos.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sócio-demográfica das informantes da pesquisa.....	35
Tabela 2-	Distribuição das queixas principais das informantes ao procurar atendimento médico.....	42
Tabela 3-	Distribuição das informantes quanto à frequência de ingesta alimenta.....	52

**(...) cada um de nós constrói a sua história
e cada ser em si carrega o dom de ser capaz
e ser feliz! (Almir Sater e Renato Teixeira)**

Dedicatória

À Deus **que sempre iluminou meus passos para seguir em frente com coragem, força, perseverança e fé, enfrentando obstáculos necessários para meu crescimento pessoal e profissional.**

Aos meus pais, Inêi e Wilson, **que contribuíram para a minha existência e que me apoiaram em todos os momentos da minha vida, estimulando-me constantemente; pelo amor incondicional e por sempre me fazerem acreditar que nossos sonhos são possíveis.**

Ao meu irmão **Wilson**, meu grande amigo, por seu carinho e apoio para suportar as dificuldades.

A minha tia e madrinha **Iris**, pelo apoio, incentivo e constante presença nessa minha trajetória.

A minha cunhada **Vanessa** que sempre me incentivou na realização do mestrado, apoiou e me ajudou na realização deste curso.

Aos meus avós **Violeta, Domingos, Dalila e João** que mesmo presentes em outro plano da vida, sempre me amaram e contribuíram para minha formação como ser humano.

Agradecimentos

À colega de mestrado **Ludmilla Marques de Oliveira** pela força e apoio nos momentos difíceis.

Aos médicos **Dr. Luiz Augusto e Dr. Waldemar Naves** pelo apoio e autorização da pesquisa na Clínica Fértil.

À **equipe de funcionárias da Clínica Fértil** pela paciência e compreensão.

Às **informantes** do estudo pelo acolhimento, pelas informações fornecidas e pela participação no estudo.

Aos orientadores **Prof^a Dr^a Nusa de Almeida Silveira e Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe** pelas contribuições compartilhadas na construção do meu saber, pelas valiosas orientações, correções, sugestões e paciência.

Aos **professores** do Mestrado pelos ensinamentos oferecidos e compartilhados.

Aos funcionários do Mestrado, **Carlos Eduardo Lopes e Camila Di Ribeiro Barbosa** pela paciência e compreensão.

Aos professores membros da banca de defesa **José Rodrigues do Carmo Filho, Maria Márcia Bachion e Fabrícia Teixeira** por aceitarem participar

da banca e pelas valiosas sugestões e contribuições que apresentaram para finalização do trabalho escrito.

A todos que direta ou indiretamente confiaram no meu ser e contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO

VILA, Ana Carolina Dias. A Endometriose e sua relação com a Infertilidade Feminina e Fatores Ambientais. **Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde)-Universidade Católica de Goiás, 2007.**

Evidências mostram que a saúde está mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Entre elas, uma que tem acometido um número crescente de mulheres é a infertilidade. Além dos fatores biológicos, os fatores psicológicos e emocionais estão presentes nas origens e conseqüências de infertilidade. A endometriose é um dos fatores relacionados à esterilidade feminina. Estão relacionados aos fatores de risco: estilo de vida, hábitos (uso de bebidas alcoólica, tabagismo), carência de determinadas vitaminas (vitamina C, E) e fibras, idade reprodutiva, doenças pré-existentes, exposição a determinados produtos químicos. Este estudo buscou identificar alguns fatores ambientais que influenciam no aparecimento da endometriose e detectar o sentimento feminino perante o diagnóstico e tratamento. O estudo foi longitudinal, desenvolvido sob aspecto descritivo e quali-quantitativo, por meio de seleção de prontuários, cadastramento de pacientes e aplicação de questionários; foi realizado com 40 mulheres com diagnóstico de endometriose. Os resultados mostraram que: a idade média encontrada foi 35 anos; 45% tem 3º grau completo; 60% se apegou à fé; 62,5% nunca gestou; 45% referiu cólicas; 15% tem dificuldade de engravidar; 52,5% fez biópsia para confirmar o diagnóstico; 80% está exposta à desinfetante; 72,5% à água sanitária; 57,5% não pratica atividade física; 65% não usa vitamina C, 55% não usa vitamina E e 75% não faz uso de fibras na alimentação. Sente-se a necessidade de apoiá-las, oferecer segurança e informação para continuar o tratamento e ter melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: endometriose; infertilidade; fatores ambientais

ABSTRACT

VILA, Ana Carolina Dias. The Endometriosis and its relation with Female Infertility and Enviromental Factors. **Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde)-Universidade Católica de Goiás, 2007.**

Scientific evidences show that our health is more related to our life style than to the hegemonic idea of its genetic and biological determination. Other factors that directly influence the existence of the so-called modern diseases include sedentarism, an unhealthy diet, the use of alcohol, tobacco and other drugs, the competition and the frenzy imposed by our daily life. One of the diseases that have affected an increasing number of women is infertility. Infertility and its consequences are correlated not only to some biological factors, but also to psychological factors. Endometriosis is one of the factors related to female sterility. There are risk factors: life style, habits (use of alcohol, tabacco), lack of some vitamins (vitamin C, E) and fibers, childbearing age, pre-existing diseases, exposure to determined chemical products. The purpose of this investigation was to try to identify some environmental factors that influence the existence of endometriosis and to detect the feelings women have when facing the diagnosis and treatment. This was a longitudinal study, developed according to the descriptive and qualitative-quantitative approach through the selection of patient's medical records and registration and the use of questionnaires. Forty women with endometriosis participated in the study. Results showed that: the average age was 35 years; 45% had college degree all of them were employed, 60% have faith/ are religious; 62,5% never achieved a pregnancy; 45% had menstrual cramps; 15% had difficult in conceiving; 52,5% made biopsies in order to confirm the diagnosis; 80% had been exposed to chemical disinfectants; 72,5% had been exposed to bleaching solution and 57,5% do not exercise; 69% do not use vitamins C, 55% do not use vitamin E; 75% do not use fibers. Therefore, it is important to support them, offer help, security and information to continue the treatment and provide them a better quality of life.

Keywords: endometriosis; infertility; environmental factors

1-INTRODUÇÃO

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, a agitação da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das chamadas doenças modernas, entre as quais, aquelas relacionadas à reprodução como: endometriose, infertilidade, hiperprolactinemia (BRASIL, 2002). Sabe-se que de cada seis a oito casais, um deles é infértil; em cerca de 60%, a infertilidade está relacionada à esterilidade feminina (GUYTON; HALL, 2002; BRADEN, 2000).

A taxa de fecundidade vem diminuindo desde a década de 70. Muitas são as variáveis que determinam a infertilidade. Podemos citar que houve mudanças culturais, como o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças no comportamento reprodutivo e o uso de contraceptivos orais. Por razões sócio, econômicas e comportamentais, um número crescente de mulheres está evitando a gravidez, planejando melhor seu futuro, e algumas vezes, quando decidem engravidar, encontram obstáculos ligados à fertilidade. No Brasil, em 1998, existiam 44 milhões de mulheres em idade fértil (15-49 anos) no país; destas mulheres, 21,5 milhões tinham vida sexual ativa (BRASIL, 2005).

Questões relativas à saúde reprodutiva vem despertando o interesse de pesquisadores por se tratar de um tema relevante ao delineamento de políticas públicas e ao desenvolvimento sócio-econômico. Nosso interesse em desenvolver um estudo voltado à

infertilidade feminina surgiu a partir da vivência profissional na área de enfermagem obstétrica, voltada à saúde da mulher e a percepção da existência de mulheres com dificuldade de engravidar, em clínicas e hospitais particulares.

Este estudo propõe identificar fatores ambientais que possivelmente influenciam no aparecimento da endometriose e identificar o sentimento feminino perante o diagnóstico e tratamento de endometriose.

1.1-INFERTILIDADE E ENDOMETRIOSE

Durante a infância, o sistema reprodutor feminino sofre um crescimento gradual, mas só se torna fisiologicamente maduro na adolescência. Por volta dos 9 aos 11 anos de idade, os órgãos reprodutores começam a sofrer um rápido desenvolvimento e, dentro de 5 anos, já estão fisiologicamente capazes de desempenhar sua função reprodutora.

Na puberdade as alterações físicas e endócrinas normais do sistema reprodutor favorecem à fertilidade feminina, ou seja, é o período de completa maturação sexual e capacidade para se reproduzir. Esta fase depende de inúmeros fatores inter-relacionados que se baseiam em alterações na função das glândulas endócrinas. A maturação na puberdade, o desenvolvimento sexual e o funcionamento das vias reprodutoras maduras dependem de um sistema de controle que envolve o sistema nervoso central (SNC) extra-hipotalâmico, o hipotálamo, a hipófise anterior e as gônadas; esse sistema regula a síntese e a secreção hormonal (GUYTON; HALL, 2002). Em resumo, o hipotálamo torna-se mais sensível ao impulso neural do SNC e estimula a hipófise que regula as secreções das

glândulas endócrinas; o hipotálamo estimula o aumento da secreção do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), que, por sua vez, estimula a hipófise anterior a aumentar a síntese das gonadotrofinas, conhecidas como hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH); as gonadotrofinas aumentadas estimulam o desenvolvimento das gônadas e essas começam a secretar esteróides que estimulam o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários femininos além de determinar a maturação de folículos ovarianos (MOREIRA *et al*, 2005).

Quando ocorre a maturação normal do aparelho reprodutor feminino, há aumento de estrógeno e progesterona (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Existe uma íntima relação entre o sistema endócrino, reprodutivo, SNC e fatores psicológicos e, alterações nestes sistemas podem afetar a capacidade reprodutiva (SANTOS, 2005).

A infertilidade é uma condição que afeta entre um quinto a um sexto dos casais em idade reprodutiva; é definida como a incapacidade de um casal conseguir uma gravidez após doze meses de relações sexuais freqüentes (duas a três vezes por semana), sem proteção anticoncepcional (ZIEGEL; CRANLEY, 1985; BRUNNER; SUDDARTH, 1998; OLIVEIRA, 2002; NEUSPILLER; ARDILES, 2003; TINGER *et al*, 2004). Ela é dita primária quando se refere a casais que nunca tiveram filhos. A infertilidade secundária significa que ocorreu pelo menos uma concepção, mas atualmente, o casal não consegue uma gestação (BRUNNER; SUDDARTH, 1998; SANTOS, 2005).

Muitos casais procuram por tratamentos em centros especializados em Reprodução Humana devido problemas referentes à dificuldade de engravidar e, conseqüentemente, ao desejo de ter um filho.

No Brasil, o número de casais que procuram tratamentos de fertilidade vem aumentando por diversos motivos. Ainda são poucos os dados relacionados às causas da

infertilidade, encontrados na literatura. Um dos fatores é o aumento de doenças inflamatórias pélvicas em mulheres jovens devido à atividade sexual precoce com mais parceiros. Outro fator relevante refere-se ao uso de anticoncepcionais orais que acarretam diminuição na fertilidade mesmo depois de interrompido o tratamento (RAMOS, 2006).

A causa mais comum da esterilidade feminina é a ausência de ovulação, ou seja: existem estímulos hormonais insuficientes para causar a ovulação, também podendo apresentar ovários anormais, que não permitem a ovulação (AIRES, 1999). Giudece; Kao (2004) apontam entre os fatores que podem afetar a fertilidade: a idade feminina, os efeitos à exposição ambiental, algumas patologias, doenças inflamatórias pélvicas (DIP), comportamento sexual e fatores psicológicos como estresse e ansiedade; para Guyton; Hall (2002), Gerber *et al* (2002) e Lee (2004) alguns fatores podem ser determinantes da esterilidade feminina, tais como:

- **Salpingite:** caracteriza-se pela inflamação das trompas de Falópio, provocando fibrose nas tubas, devido às infecções gonocócicas.
- **Secreção de muco anormal pelo colo uterino:** algumas anormalidades do próprio colo uterino, infecções ou inflamações leves, estimulação anormal do colo. Podem resultar no aparecimento de um tampão mucoso e viscoso que impede a fertilização.
- **Endometriose:** caracteriza-se pelo acúmulo de sangue fora da cavidade uterina. É uma doença sem causa aparente que pode provocar infertilidade.
- **Fatores psicológicos:** o estresse, a ansiedade e outros sentimentos negativos podem ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que inibe o hipotálamo-hipófise-ovariano, levando à paralisação temporária da menstruação; o estresse pode ser considerado um fator desencadeador de alterações na função reprodutiva.

Uma das causas mais comuns de esterilidade feminina é a endometriose, uma afecção comum em que ocorre o crescimento de tecido endometrial semelhante ao do endométrio uterino normal, que menstrua na cavidade pélvica, ao redor do útero, das tubas de Falópio e dos ovários (REIMAND *et al*, 2001; GUYTON; HALL, 2002; LOPEZ *et al*, 2000; GERBER *et al*, 2002; LEE, 2004 e RAMOS, 2006). Para Prado & Ramos (1999), as células endometriais possuem a capacidade de se implantar fora da cavidade endometrial. É considerada uma doença enigmática, de etiopatogenia incerta e tratamento variável; é referenciada como “doença da mulher moderna”, sendo analisada pelo ponto de vista biopsicossocial (PETTA *et al*, 2002).

Pode-se dizer que a endometriose é um mal recente, pois antigamente, como as mulheres engravidavam mais cedo e tinham mais filhos, o fato de menstruarem menos fazia com que tivessem menor risco de apresentar a enfermidade. Alguns especialistas afirmam que as mulheres antigas menstruavam em média 60 vezes durante a vida fértil. Hoje, esse número subiu para 600, aumentando em muito a quantidade de sangramentos (SANTOS, 2006). Esses dados mostram que, por menstruarem mais vezes, atualmente, as mulheres estão engravidando menos e isto aumenta o risco de apresentarem coágulos no útero e na cavidade pélvica, caracterizando o aparecimento da endometriose.

Pode-se caracterizar a descrição clínica da endometriose como a presença de tecido morfológico e funcionalmente semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina. Esta patologia provoca fibrose em toda a pelve, e essa fibrose, algumas vezes, encobre os ovários a ponto de impedir a liberação do óvulo na cavidade abdominal. A endometriose provoca oclusão das trompas de Falópio nas extremidades fimbriadas ou em qualquer ponto ao longo de seu comprimento (GUYTON; HALL, 2002).

Em ordem de frequência, a endometriose pélvica envolve: os ovários, ligamentos úterossacrais, fundo de saco, septo reto-vaginal, peritônio uterovesical, cérvix, umbigo, hérnias e apêndices (VISCOMI; ALDRIGHI, 2002; MACHADO *et al*, 2001; RAMOS, 2006). Durante a menstruação, o tecido ectópico sangra, principalmente nas áreas sem saída, o que causa dor e adesões, provocando cólicas. A sintomatologia depende da localização e extensão da doença. Na maioria das vezes, a localização é pélvica, podendo haver distúrbios menstruais, dor pélvica e infertilidade (GIUDICE; KAO, 2004; REIS, 2002; LEE, 2004).

As características e estimativas mais comuns são: menarca precoce, dismenorréia secundária progressiva, dor pélvica, elevados índices de abortos espontâneos, ciclos menstruais irregulares, subfertilidade feminina, dispareunia, dor abdominal e dor ao urinar, devido o envolvimento da bexiga (ARRUDA *et al*, 2003; REIS, 2002; HASSA *et al*, 2004, NEME *et al*, 2004, TASUKU *et al*, 2001; MARTÍN; LING, 1999). Prado; Ramos (1999) referem que a esterilidade atinge 70% das mulheres com a doença.

O diagnóstico baseia-se na suspeita clínica, nos sintomas e no exame físico. Para a confirmação é fundamental o exame histológico, por meio da laparoscopia ou da laparotomia. O procedimento consiste em uma pequena cirurgia, realizada por meio de anestesia geral, no qual é feita uma incisão abdominal para a extirpação dos coágulos de endometriose. O diagnóstico pode ser feito com segurança. A histerossalpingografia (exame realizado em nível ambulatorial e utilizado para a desobstrução de trompas de Falópio) e a ultrassonografia pélvica fazem parte do arsenal diagnóstico.

Witz (1999) refere que a endometriose é influenciada por hormônios esteróides. A incidência é maior em mulheres na pré-menopausa, uma vez que muitas estão sujeitas à terapia hormonal. Segundo Prado; Ramos (1999), a endometriose surge de preferência na

menarca, época em que a atividade ovariana é mais intensa e a ação estrogênica é máxima. A doença é mais comum nas pacientes portadoras de oclusão vaginal e cervical, leiomioma uterino, malformação ou distopia uterina, como a retroversão, hereditariedade, fatores sócio-econômicos e raça (PRADO; RAMOS, 1999).

É frequente em mulheres nulíparas, que tiveram menarca precoce, tem ciclos menstruais menores de 26 dias, jovens e com idade entre 25 a 35 anos (ARRUDA *et al*, 2003; MACHADO *et al*, 2001). Vinte a trinta por cento dos casos de esterilidade duradoura estão presentes em mulheres com mais de 25 anos de idade. A doença é pouco comum nas mulheres múltíparas e que amamentaram seus filhos no peito por um longo período (MISSMER *et al*, 2004).

A causa da endometriose pode ser multifatorial e existe a possibilidade de haver um mecanismo imunológico ou auto-imune no seu desenvolvimento. A queda da imunidade peritoneal favorece o implante e o aparecimento da doença (PRADO; RAMOS, 1999). Machado *et al* (2001) acreditam que há diminuição da atividade de linfócitos denominados “natural Killers” que agem contra antígenos endometriais. Essa diminuição de atividade celular está relacionada com a gravidade da doença.

Sinaii *et al* (2002), Reimand *et al* (2001), Burg; Gist (1997) e Bhatt (2000), apontam a relação com os sistemas imunológico e endócrino. Também estão relacionados aos fatores de risco: estilo de vida, hábitos (uso de bebida alcoólica, tabagismo), carência de determinadas vitaminas, idade reprodutiva, número de gestações, doenças pré-existentes, exposição a determinados produtos químicos, existência de endometriose na família, fatores ambientais e uso de hormônios (TINGER *et al*, 2004; JOFFE, 2003; CAHILL; WARDLE, 2002; SEIDL; ZANON, 2004; NEUSPILLER; ARDILES, 2003).

Rier; Foster (2002), Petta *et al* (2002) e Shape (2000) referem que a exposição da mulher a substâncias tóxicas como: dióxido de carbono (CO₂), hidrocarbonetos, polihalogênicos, exposição a pesticidas e outras substâncias, favorecem o aparecimento da endometriose, pois essas substâncias se alojam nos tecidos e na corrente sanguínea, alterando o sistema imune do indivíduo. Para Giudice; Kao (2004), além da exposição a substâncias tóxicas, o sistema imunológico, a genética e as alterações celulares também são fatores relacionados à patogenia.

De acordo com Menezes (2005), a carência de vitamina C, vitamina E e fibras na dieta, também está relacionada ao desenvolvimento da endometriose. Um estudo realizado com 48 mulheres com endometriose em uma clínica de esterilidade, acompanhou através de questionários a alimentação destas mulheres. Observou-se que quanto maior a gravidade da endometriose, menor a frequência de ingestão de vitaminas E e C (HERMANDEZ *et al*, 2006). A quantidade diária de ingestão de vitamina C sugerida pela FAO/OMS (2001) e TACO (2006) para faixa etária de 19 a 50 anos é de 75 mg; as recomendações nutricionais diárias de vitamina E para faixa etária de 19 a 50 anos é de 15 mg e para fibras é de 25 g.

1.2- A MULHER NA MODERNIDADE

Uma tendência cada vez mais acentuada, não só no Brasil, mas também, em outros países, é o adiamento da maternidade. Antigamente, a mulher aguardava com ansiedade a maternidade, participava integralmente das atividades domésticas, não exercia atividades

remuneradas, era criada para cuidar da casa, do marido e dos filhos. A mulher preocupava-se em viver plenamente a maternidade.

Na atualidade, a mulher prefere firmar-se na profissão e no casamento antes de assumir a responsabilidade da criação dos filhos; possui um estilo de vida diferente daquele vivido por suas avós (DOMAR *et al*, 1997; SANTOS, 2006; NOGUEIRA, 2006); exerce atividades remuneradas, participa do mercado de trabalho, divide tarefas e responsabilidades com o parceiro, compete socialmente com o homem, conquistou direitos políticos, vivencia o estresse da vida cotidiana, faz uso de bebidas alcoólicas e fuma. A maternidade não é a principal prioridade em suas vidas, mas ainda tem um grande significado (NOGUEIRA, 2006).

Existe um equívoco em considerar a reprodução como a finalidade principal da sexualidade no ser humano. A nossa cultura tende a glorificar excessivamente a maternidade, considerando-a como sendo a “máxima realização feminina”. Para Beauvoir (2000) a mulher não nasce mulher; ela torna-se mulher, pois a feminilidade é algo construído, adquirido naturalmente, determinado culturalmente. A feminilidade não está somente relacionada ao ato de poder gerar, relaciona-se também com o ato de conquistar, ser sensual, ser capaz, forte, ter coragem e ter vigor.

Através das novas regras que a sociedade impõe no mundo globalizado, a mulher na modernidade rompe com seu passado. Antes ela era exclusivamente do lar, recalcada em uma cultura imposta no passado; hoje, ela conquistou um patamar de independência econômica, profissional e participativa. Ela planeja sua vida, sua família e seu companheiro. Atualmente, um número crescente de mulheres pode decidir por ter ou não ter filhos, porém quando decide tê-los, os têm em idade mais avançada, encontrando,

muitas vezes, dificuldades em gerar e gestar, pois a dificuldade de engravidar também está relacionada com o avanço da idade feminina (DOMAR *et al*, 1997; NOGUEIRA, 2006).

A mulher moderna adquiriu estabilidade profissional, afetiva e pessoal, planeja melhor seu futuro, faz uso do planejamento familiar e decide quando quer ser mãe, porém, muitas vezes, sofre conseqüências desse adiamento da maternidade, uma vez que, essa dificuldade de engravidar pode estar relacionada ao aumento da idade feminina que é considerado um obstáculo à gestação. Percebe-se que, se por um lado de sua vida ela ganha com conquistas, desafios, independência, por outro lado, ela perde e abre mão do sonho de exercer a maternidade e, certamente necessita de apoio para enfrentar esse momento.

Para Domar *et al* (1997) e Ardenti *et al* (1999) a dificuldade em engravidar e as causas relacionadas à infertilidade, são sentidos e vivenciados pela mulher de forma negativa, pode abalar o sonho da família, as projeções de um relacionamento, a confiança e a sexualidade, trazendo sentimentos de culpa e a busca de solução do problema pressupõe o envolvimento do casal. Entre 25 a 60% das mulheres inférteis são comuns sentimentos de: perda de auto-estima, depressão, ansiedade, frustração e isolamento familiar (ARDENTI *et al*, 1999).

Atualmente, muitas mulheres estão expostas a uma vida agitada, ao estresse e à ansiedade e estes são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da doença. Por isso, a avaliação psicológica da paciente pode ser elemento de ajuda ao diagnóstico da endometriose. Percebe-se que, quanto aos sentimentos femininos diante da endometriose, essas mulheres apresentam certas características emocionais perceptíveis na prática clínica: elevado coeficiente intelectual, perfeccionismo, egocentrismo, ansiedade e estresse psicológico (PETTA *et al*, 2002; HRUSKA, 2000; MOREIRA *et al*, 2005; DANILUK, 2001; CLAY, 2006).

Romeu (2001), Moreira *et al* (2005), Neuspiller; Ardiles (2003) e Negro-Vilar (1993) referem a sentimentos depressivos decorrentes da infertilidade e problemas no relacionamento familiar e social. O estresse e a angústia vivenciados por essas mulheres prejudicam a adaptação social e afetiva. Ávila (2001) relata que fatores psicológicos e o estresse emocional estão presentes nas origens e conseqüências da infertilidade; a infertilidade pode ter causa psicológica ou, ainda, pode ser a origem do estresse psicológico.

Ardenti *et al* (1999) estudaram casais que faziam tratamento para engravidar e perceberam grande impacto psicológico da infertilidade sobre a vida do casal; os autores referiram que a infertilidade provoca sentimentos negativos, problemas emocionais e psíquico, principalmente na mulher. Porém, percebe-se também a existência de sentimentos positivos como a persistência no tratamento e o desejo de conseguir sucesso com o tratamento. Diante dos dados, sente-se a necessidade de apoiar o casal durante o tratamento, que muitas vezes é invasivo, doloroso e incerto, oferecendo apoio, encorajamento e orientações necessárias.

Castro (1990) através de um estudo, interpretou a psicodinâmica de mulheres com endometriose e observou sentimentos como: imaturidade emocional, auto-exigência severa, alterações de sentimentos de impotência e onipotência, insegurança, imagem da figura materna hostil e desenvolvimento psicosssexual insatisfatório. Para Carvalho; Carvalho (2004) a infertilidade termina sendo associada a sentimentos de vergonha, culpa, falha, qualidades negativas, sentimentos de desvalorização por não conseguirem gerar uma família.

Para Ávila (2001) a infertilidade feminina gera um impacto negativo sobre a mulher, produzindo sentimentos de tristeza, ansiedade e impotência; na mulher, o desejo de

ter um filho, provém da necessidade de desenvolver suas capacidades latentes (CARVALHO; CARVALHO, 2004) e, quando ela se frustra nesse desejo, faz-se necessário um apoio emocional, afetivo e, multiprofissional, como forma de acolher essa mulher.

Diante dos fatos, percebe-se a importância de uma abordagem multiprofissional no estudo e entendimento da endometriose, para que, buscando uma visão integral das ciências, resgate-se a visão global do ser humano e suas apresentações como resultados de um conjunto biopsicosocial (PETTA *et al*, 2002).

2- JUSTIFICATIVA:

Este trabalho propõe realizar uma avaliação da dificuldade de engravidar associada à ocorrência da endometriose, com o intuito de descrever a influência de alguns fatores ambientais e estilo de vida e identificar os principais sentimentos vivenciados pelas mulheres participantes da pesquisa. Os resultados poderão contribuir para melhores esclarecimentos de fatores ligados à fertilidade e reprodução humana.

3- OBJETIVOS:

Objetivo geral:

Este estudo tem como objetivo, identificar alguns fatores ambientais e de estilo de vida que podem influenciar no aparecimento da endometriose e identificar como as mulheres se sentem perante o diagnóstico e tratamento.

Objetivos específicos:

- 1- Identificar fatores do ambiente que podem influenciar no desenvolvimento da endometriose.
- 2- Analisar a ocorrência da endometriose com o estilo de vida, investigando a exposição da mulher a substâncias tóxicas.
- 3- Verificar a frequência de ingestão de alimentos ricos em vitaminas C, E e fibras das mulheres participantes do estudo.
- 4- Descrever o que sentem as mulheres com infertilidade devido à endometriose.

4- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA:

O presente estudo foi longitudinal, desenvolvido sob aspecto descritivo e quantitativo, por meio de seleção de prontuários, cadastramento de pacientes e aplicação de questionários, buscando compreender a influência da exposição a produtos químicos pelo uso doméstico destes produtos, diante do aparecimento da endometriose.

O estudo foi retrospectivo por se tratar de uma busca ativa aos prontuários das pacientes que realizaram ou estão realizando tratamento na Clínica Fértil Diagnósticos e, transversal, pela aplicação dos instrumentos de coleta de dados em um determinado período estabelecido.

A opção pela técnica da pesquisa descritiva com abordagem quantitativa ocorreu pelo fato de que foi possível a investigação de dados variáveis que incluem faixa etária, escolaridade, profissão, número de gestações, hábitos, estilo de vida e outras variáveis.

Nietsche; Leopardi (2001) definem como estudos descritivos, aqueles que são caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características, suas mudanças ou sua singularidade. Para Cervo; Bervian (1983) os estudos descritivos observam, registram, analisam e correlacionam fatos ou fenômenos sem manipulá-los.

De acordo com Goldenberg (1997) a pesquisa quantitativa permite uma idéia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema; a integração da pesquisa quantitativa permite que o pesquisador faça o cruzamento de suas conclusões de modo a ter mais confiança, proporcionando uma melhor compreensão do problema estudado.

De acordo com Polit; Hungler (1995) entende-se por pesquisa quantitativa aquela que “envolve a coleta sistemática de informações numéricas, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos”.

A pesquisa quantitativa é conduzida para a descrição de variáveis, identificação da relação entre as mesmas e exame da relação causa e efeito. É um método muito útil para testar teorias, no qual o pesquisador utiliza o raciocínio dedutivo e lógico; usa o controle para identificar e limitar o problema a ser pesquisado, estabelece limites sobre as variáveis de estudo; dispõe de instrumentos ou equipamentos para gerar dados numéricos e analisa estatisticamente os dados para organizar e determinar a relação significativa (KOIZUMI, 1992).

De acordo com Marconi & Lakatos (2001, p.19) as pesquisas de campo quantitativos-descritivos “[...] consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos [...]” ou isolamento de variáveis principais ou chave.

Este trabalho foi realizado conforme as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) (2002), segundo Silva (2002).

4.1- SUJEITOS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com 40 mulheres que realizaram e/ou estão fazendo tratamento para infertilidade associado à endometriose em clínicas particulares de Goiânia-GO, configurando-se em uma referência em atendimento na Área de Saúde da Mulher.

Todas estas mulheres iniciaram o tratamento, devido à dificuldade de engravidar, tendo como causa principal diagnosticada a endometriose. A coleta de dados e aplicação dos instrumentos compreendeu o período de outubro de 2005 a maio de 2006.

Para a realização do estudo foi feita uma busca manual aos prontuários para a identificação de mulheres que preenchiam os critérios de inclusão:

- ter idade maior ou igual 18 anos;
- estar em tratamento ou ter sido tratada para infertilidade e endometriose em clínicas particulares da cidade de Goiânia-GO, no período de 2005-2006;
- ter como causa principal diagnosticada a endometriose.

Foram excluídas desta pesquisa, as informantes que não residiam no município de Goiânia, não atenderam aos critérios de inclusão descritos acima, e aquelas que após a leitura e orientação quanto aos objetivos da pesquisa, demonstraram e verbalizaram, o não consentimento em participar.

As informantes foram orientadas quanto à realização da pesquisa e aquelas que concordaram em participar deste estudo, assinaram o termo de consentimento informado (APÊNDICE 1), no qual, além de explicar o objetivo do trabalho e a forma de sua realização, foi garantido o compromisso de manter todas as informações em caráter sigiloso. Elas apenas foram identificadas durante o cadastramento, em suas fichas individuais, para possível contato por telefone, e posteriormente, a identidade não foi revelada, sendo respeitada a privacidade das mulheres. Todas foram esclarecidas de que no decorrer da pesquisa poderiam solicitar a sua exclusão do estudo, sem danos de qualquer natureza.

Este projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, sendo aprovado sob número de cadastro-CAAE-1338.0.000.168-06 (ANEXO A). A pesquisa foi autorizada pelo diretor da Clínica de Reprodução Humana (ANEXO B) onde foram coletados os dados. Após aquiescência do Comitê de Ética foi iniciada a coleta de dados.

4.2- COLETA DE DADOS

Neste estudo os dados foram levantados através da busca manual dos prontuários das mulheres com diagnóstico de endometriose, e posteriormente, a aplicação de instrumentos de coleta de dados às 40 informantes que aceitaram em participar da pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados tiveram como finalidade: realizar o fichamento do prontuário da paciente (APÊNDICE 2), avaliar o sentimento vivenciado pelas participantes do estudo, diante do diagnóstico e tratamento, através de um questionário semi-estruturado (APÊNDICE 3), cadastrar as pacientes e verificar hábitos, estilo de vida e a frequência de ingestão de alimentos fontes de vitaminas C, E e fibras (APÊNDICE 4).

Os questionários foram aplicados a todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa e que tem diagnóstico de endometriose. Após identificação das mulheres participantes do estudo e levantamento das informações encontradas nos prontuários, foi agendado, por telefone, um encontro com essas informantes, no qual foram explicados a finalidade e objetivos do estudo. O encontro com essas mulheres foi realizado no local e horário escolhidos pelas mesmas, de acordo com sua disponibilidade. Foi garantido o anonimato e a privacidade das informantes. Duas pacientes se recusaram a participar da pesquisa alegando se sentirem constrangidas.

Os dados obtidos nos questionários foram respondidos manualmente, pelas próprias pacientes, à caneta. Após o término da análise do material, os questionários serão arquivados por um período de cinco anos, estarão sob responsabilidade da pesquisadora e, após este período, serão destruídos.

4.3- ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada análise dos dados utilizando procedimentos de estatística descritiva simples : percentual e medidas de tendência central (média e desvio padrão). Para os cálculos da média, desvio padrão, frequências percentuais, utilizou-se o software Excel (Microsoft Corporation, EUA).

Assim, a análise e interpretação dos dados emergem do agrupamento de categorias selecionadas, sintetizando os dados referentes ao grupo estudado (PINTO, 1998; VILA, 2001), mostrados em tabelas de frequência para cada um dos dados levantados nos prontuários e nos instrumentos de coleta de dados.

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Iniciaremos a apresentação dos resultados com a caracterização sócio-demográfica das informantes.

A idade das informantes variou de 24 a 44 anos, com média de 35 anos aproximadamente. Os resultados indicam que estas mulheres estão buscando ser mães com uma idade superior aos 35 anos, que coincide com o começo da diminuição da probabilidade de gravidez (NEUSPILLER; ARDILES, 2003; DOMAR *et al*, 1997). As mulheres estão buscando engravidar cada vez mais tarde, e isso acarreta problemas de fertilidade porque a fase áurea de ovulação vai dos 20 aos 30 anos de idade. A diminuição é patente depois dos 30 anos. E, depois dos 40, aumentam a taxa de infertilidade e o risco de má-formação fetal (MOREIRA *et al*, 2005).

Para Domar *et al* (1997) muitas mulheres preferem adquirir maturidade no relacionamento e independência profissional para se tornarem mães, postergando a maternidade mais do que as gerações que as precederam, aumentando assim a incidência de infertilidade relacionada ao componente idade.

O estudo revelou uma predominância de mulheres de cor branca (65%). Prado e Ramos (1999) referem que há maior incidência da doença com a hereditariedade e mulheres da raça branca estão mais predispostas. Por outro lado, o atendimento na clínica de fertilidade era particular e isso pode significar que estas pacientes tinham um elevado poder aquisitivo.

Em relação ao estado civil das informantes, 77,5% estão casadas, porém todas as informantes solteiras (7,5%) contam com apoio de companheiro (namorado) para dar

continuidade ao tratamento. Estes dados não se relacionam com o aparecimento ou não da endometriose, porém demonstra que a maioria das informantes tinha um companheiro durante o tratamento.

Percebeu-se que 45% das mulheres tinham 3º grau completo e, conforme a tabela 1, são todas profissionais independentes. Para alguns autores, a patologia é mais comum em mulheres com elevado grau de instrução, perfeccionismo e mulheres mais intelectualizadas (PETTA *et al*, 2002; MOREIRA *et al*, 2005; DANILUK, 2001). O fato das informantes terem alto grau de escolaridade pode estar relacionado ao fato de todas as mulheres da pesquisa possuírem um padrão financeiro mais elevado, uma vez que, todas as informantes estão fazendo tratamento em clínicas particulares; mas, pelo fato destas mulheres terem um elevado nível de escolaridade, não se pode afirmar que a endometriose só atinge mulheres intelectualizadas.

A tabela 1 mostra que algumas mulheres da pesquisa estão inseridas no mercado de trabalho. Seis mulheres são professoras, 6 estudantes, 3 odontólogas, 4 vendedoras e as demais (21 mulheres) possuem profissões variadas (psicóloga, secretária, engenheira, advogada, bancária). Estes dados podem estar relacionados ao fato das mulheres da pesquisa terem acesso a serviços particulares, com escolaridade maior e ter maior chance de estar trabalhando.

Domar *et al* (2004) apontam que a construção da carreira profissional de uma mulher pode causar estresse, tendo em vista a postergação da maternidade e ao não conseguir engravidar. Futuramente, esse fato, pode gerar frustração e ansiedade. As mulheres estão participando mais das atividades profissionais fora do domicílio. A educação e a participação das mulheres nas atividades profissionais, assim como a

necessidade de um avanço profissional constante, levou algumas mulheres a adiar a decisão sobre a gravidez (NEUSPILLER; ARDILES, 2003).

Quanto à religião, a maioria das informantes possui uma crença religiosa (47,5% católica, 22,5 % espírita, 12,5% evangélica e 5% possuem outras crenças). Apenas 12,5% referiram não possuir religião. Numa sociedade onde a validação da identidade social é formada pela construção cultural de gênero, a questão da reprodução ocupa lugar significativo e não pode deixar de citar a influência da religião, que atua direta e indiretamente (SEGER-JACOB, 2000).

Os dados sócio-demográficos das informantes da pesquisa estão apresentados na tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Caracterização sócio-demográfica das informantes da pesquisa.

Idade	n	
Média	40	34,9
Desvio padrão	40	9,77
Cor	n	f (%)
Branca	26	65,0
Morena	10	25,0
Mulata	2	5,0
Parda	2	5,0
Estado Civil	n	f (%)
Casada	31	77,5
Solteira	3	7,5
Divorciada	6	15,0
Grau de Escolaridade	n	f (%)
1 Grau	2	5,0
2 Grau	8	20,0
3 Grau Completo	18	45,0
3 Grau Incompleto	11	27,5
Pós-Graduação	1	2,5
Religião	n	f (%)
Nenhuma	5	12,5
Católica	19	47,5
Espírita	9	22,5
Evangélica	5	12,5
Outras	2	5,0
Profissão	n	f (%)
Estudante	6	15,0
Professora	6	15,0
Vendedora	4	10,0
Odontóloga	3	7,5
Outras	21	52,5

Entre as participantes, 31 referiram se apegar em algo para dar continuidade ao tratamento, 7 delas não se apegaram em nada e 2 delas não se manifestaram quanto ao apego. Das informantes que referiram se apegar em algo, percebeu-se apego em maior frequência (60%) à religiosidade/ fé (Gráfico 1). Cinquenta e dois e meio por cento das informantes manifestaram apego ao companheiro, 50% tiveram apoio da família. As

demais se apegaram na esperança em relação aos avanços da medicina, profissionais competentes e outros.

Ávila (2001) e Clay (2006) afirmam que, diante da dificuldade de engravidar, de um tratamento incerto e doloroso, a mulher necessita de apoio psicológico, afetivo e multiprofissional como forma de suporte para o problema. Muitas informantes da pesquisa relataram a importância em terem um profissional que as assistam holisticamente durante o tratamento, e este vínculo entre paciente e equipe é importante para o sucesso do tratamento.

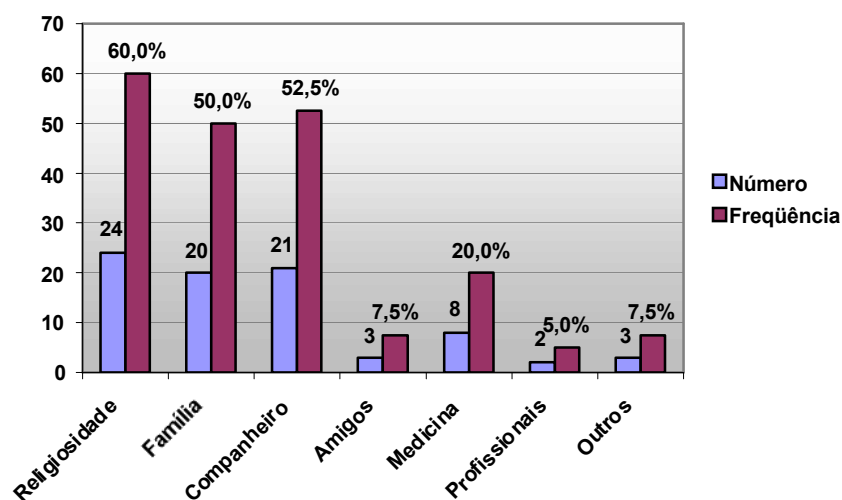


Figura 1- Distribuição das informantes quanto ao tipo de apego após o diagnóstico e início do tratamento

Das informantes que relataram se apegarem no companheiro após o diagnóstico e início do tratamento, 82,5% delas referiram que o companheiro as apoiou e estiveram mais próximas durante este período. Quatro mulheres (17,5%) referiram não terem recebido apoio dos companheiros, algumas por não estarem namorando e outras por não terem

levado a relação com seriedade a ponto de identificar o companheiro como fonte de apoio (gráfico 2).

Para Serger-Jacob (2000) o papel masculino de apoiar a mulher no enfrentamento do problema aparece como de suma importância porque as mulheres tendem a se culpar mais pela infertilidade do que os homens. Mulheres inférteis apresentam sentimentos mais negativos, com maior carga de sofrimento e de dor que o parceiro. Carvalho; Carvalho (2004) enfatizam a importância do apoio não só do parceiro, mas também da família e dos amigos na prevenção de um desequilíbrio psicoafetivo.

Percebe-se a importância e a necessidade do apoio do parceiro, como forma de deixar a mulher mais segura, calma, tranqüila durante o tratamento que, geralmente, é invasivo, doloroso e incerto.

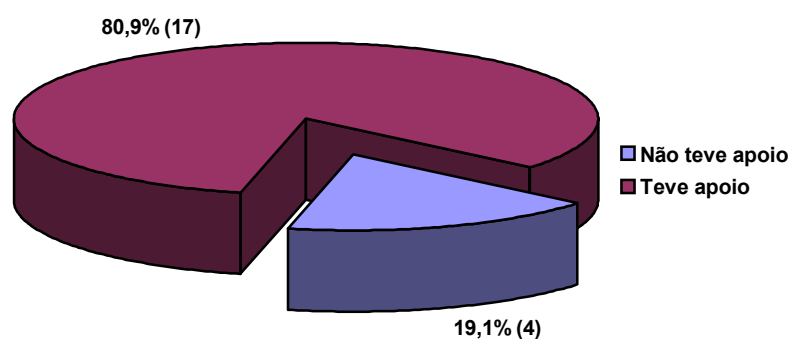


Figura 2- Distribuição das informantes em relação ao apoio do companheiro após diagnóstico e durante o tratamento.

Percebe-se no gráfico 3 que, a maioria das pacientes (47,5%) relatou não ter ocorrido mudanças em suas vidas após o diagnóstico e início do tratamento; quarenta e dois

e meio por cento referiu ter sofrido mudanças na vida após o início do tratamento, como: ganho excessivo de peso, uso de medicações, antecipar o tempo da maternidade, procura por informações sobre a doença. Quatro mulheres interromperam o tratamento médico, alegando insatisfação/ frustração com o mesmo.

Alguns autores referem às medicações orais mais utilizadas para o tratamento da endometriose e relatam seus efeitos colaterais, dentre eles: ganho de peso, ressecamento vaginal, edema dos membros inferiores, sangramento entre as menstruações, alteração de humor, náusea e vaginite (PRADO; RAMOS, 1999). Percebe-se que é necessário e importante informar a paciente sobre a doença, o tipo de tratamento mais adequado, as possíveis mudanças físicas, psíquicas e hormonais que poderão ocorrer e, principalmente, dar suporte profissional para esta mulher continuar o tratamento e ter melhor qualidade de vida.

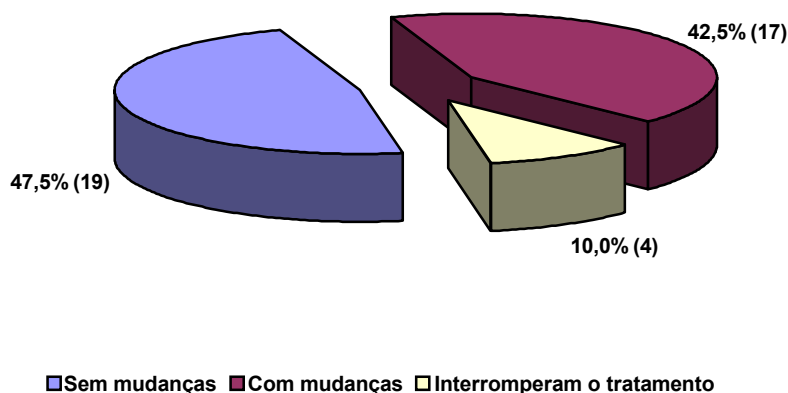


Figura 3- Distribuição das informantes quanto às mudanças ocorridas após o diagnóstico e durante o tratamento.

Percebeu-se no gráfico 4 que a maioria das informantes nunca experimentou a gestação (62,5%), enquanto 17,5% gestou uma vez, 15% gestou duas vezes e apenas 5% gestou três vezes. Para Lee (2004), mulheres com o diagnóstico da doença apresentam dificuldade e/ou incapacidade de gestar. Serger-Jacob (2000); Serafini *et al* (1998); Hable (2000) referem que fatores emocionais, questões psíquicas e sentimentais como: estresse, ansiedade e depressão podem contribuir para a infertilidade feminina.

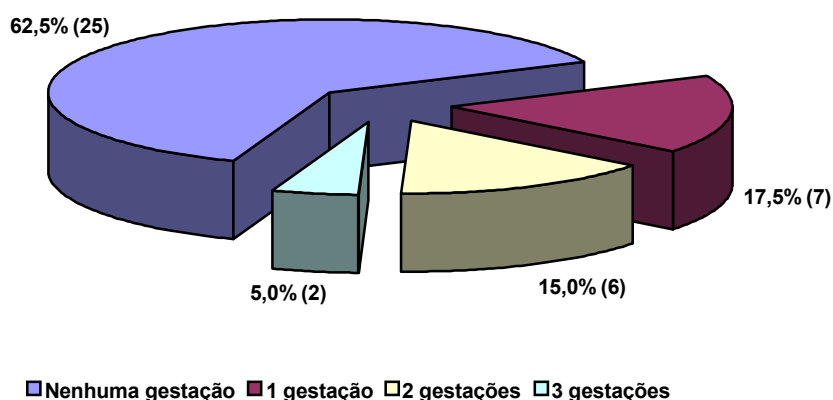


Figura 4- Distribuição das informantes em relação ao número de gestações.

O gráfico 5 mostra com grande evidência que, a maioria das mulheres entrevistadas (67,5%) nunca pariram; 15% tiveram um parto, 15% tiveram dois partos e apenas 2,5% tiveram três partos.

A endometriose é uma patologia frequente em mulheres nulíparas (mulheres que nunca pariram), que tiveram menarca precoce, tem ciclos menstruais menores de 26 dias, jovens e com idade entre 25 a 35 anos (ARRUDA *et al*, 2003; MACHADO *et al*, 2001). Trinta por cento dos casos de esterilidade duradoura estão presentes em mulheres com mais de 25 anos de idade, ou seja, para Lee (2004) a endometriose está relacionada à esterilidade

feminina e conseqüentemente à nuliparidade. Para Missmer *et al* (2004) a doença é pouco comum nas mulheres múltiparas e que amamentaram seus filhos no peito por um longo período.

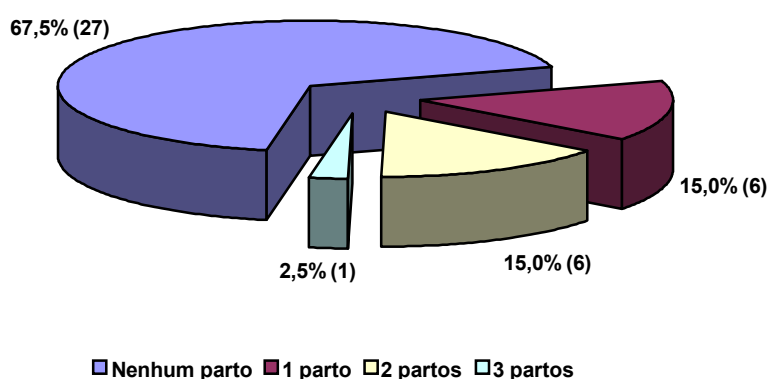


Figura 5- Distribuição das informantes quanto ao número de partos.

Através do gráfico 6, percebe-se que 10% das informantes conseguiram engravidar, mas não conseguiram levar a gestação adiante, resultando em abortamentos espontâneos.

Para Garcia-Velasco; Arici (2003) a implantação do embrião humano depende da boa qualidade embrionária e do endométrio receptivo; na mulher gestante e com endometriose, existe um comprometimento na receptividade uterina e no peristaltismo das trompas e isso explica a alta taxa de abortos espontâneos. Alguns autores (FITZ *et al*, 1987; GROLL, 1984; WHEELER *et al*, 1983 e METZGER *et al*, 1986) relatam a existência de estudos clínicos que sugerem tendências e até um vínculo entre endometriose e

abortamento espontâneo. Para Alsalilli *et al* (1995); Dmowski *et al* (1995) a endometriose não afeta a implantação ou a gestação.

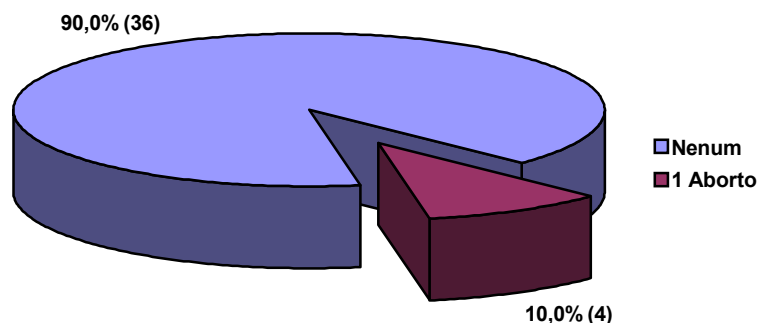


Figura 6- Distribuição das informantes quanto ao número de abortos.

Encontramos como queixas de maior incidência: cólicas e outros sintomas (45%), dor abdominal (22,5%), dificuldade de engravidar (15%), outras queixas, como: dispareunia, irregularidade menstrual, dor ao urinar (12,5%) (tabela 2). Para alguns autores, estes sinais e sintomas são típicos e se relacionam à endometriose: dismenorréia, dor pélvica crônica, dor abdominal, dispareunia, diarreia, irregularidade menstrual, perda sanguínea antes do período menstrual, dor ao urinar e esterilidade (HASSA *et al*, 2004; DEEVEY, 2005; GIUDICE; KAO, 2004; REIS, 2002; MARTIN; LING, 1999).

Nem sempre o grau da doença é proporcional à intensidade das dores. Uma mulher com endometriose severa, por exemplo, não sente necessariamente mais desconforto que a portadora da forma moderada. Às vezes, nem há dor. E, muitas vezes, a

moléstia só é detectada durante as investigações sobre a esterilidade (ARRUDA *et al*, 2003).

As características clínicas e estimativas mais comuns da endometriose são: menarca precoce, dismenorréia secundária progressiva, dor pélvica, elevados índices de abortos espontâneos, ciclos menstruais irregulares, além de ser indicador de subfertilidade feminina (ARRUDA *et al*, 2003; REIS, 2002; HASSA *et al*, 2004; MATARESE *et al*, 2003). Para Prado; Ramos (1999) a esterilidade atinge 70% das mulheres com a doença.

Tabela 2- Distribuição das queixas principais das informantes ao procurar atendimento médico.

Queixa principal	n	f(%)
Sem Queixas	2	5,0
Cólicas	18	45,0
Dificuldade de Engravidar	6	15,0
Dor abdominal	9	22,5
Outras	5	12,5

Observa-se no gráfico 7, que 47,5% das informantes sentiram-se inseguras diante do diagnóstico, 45% referiram sentir ansiedade, 40% referiram tristezas, 32,5% referiram medo e outros sentimentos em menor ocorrência como: alívio, impotência e raiva.

Sabe-se que a mulher se sente fragilizada diante de uma doença, principalmente, diante de um diagnóstico que abala seu sonho de ser mãe. É preciso assistir a paciente frente essa fragilidade, oferecendo apoio, segurança, informação para iniciar o tratamento e dar continuidade em sua vida (ÁVILA, 2001).

Em um estudo realizado por Ardenti *et al* (1999) com 200 casais que estavam realizando tratamento para engravidar, percebeu-se crises conjugais, alto nível de estresse, ansiedade, tristeza e frustração, principalmente na mulher.

Serger- Jacob (2000) diz que a infertilidade é vivida como um estigma pela mulher. Em geral as mulheres sentem como se estivessem quebrando uma regra sócio-cultural; é como se tivessem uma marca, um defeito, e assim, tivessem fora do padrão social que lhes é outorgado. As pacientes referiram sentimentos de: medo do desconhecido, ansiedade, pouca informação sobre a enfermidade, contato insuficiente com a equipe médica e, esses fatores, certamente, podem contribuir de forma negativa diante do tratamento.

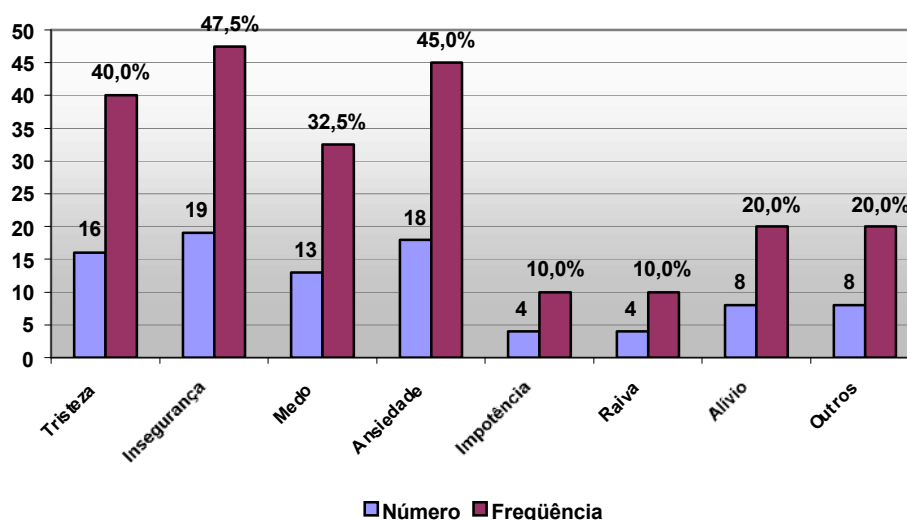


Figura 7- Distribuição dos sentimentos das informantes em relação ao diagnóstico de endometriose.

Observa-se no gráfico 8 que, 31 mulheres se sentem bem atualmente, fazendo o tratamento; 13 mulheres persistem no tratamento; 5 se sentem fragilizadas, 1 se sente mal e 3 possuem outros tipos de sentimentos. Percebeu-se que as informantes responderam mais de um sentimento ao mesmo tempo.

Segundo Domar *et al* (1997) em um estudo realizado com 15 casais com dificuldade de engravidar, a maioria dos homens reagiu com naturalidade diante do diagnóstico. Já as mulheres sentiram-se deprimidas, frustradas, tristes, angustiadas. Percebeu-se então, a necessidade de apoiá-las para a realização de um tratamento adequado. Pode-se perceber que a infertilidade é sentida, ou pelo menos expressa com sentimentos mais negativos e de culpa nas mulheres do que nos os homens.

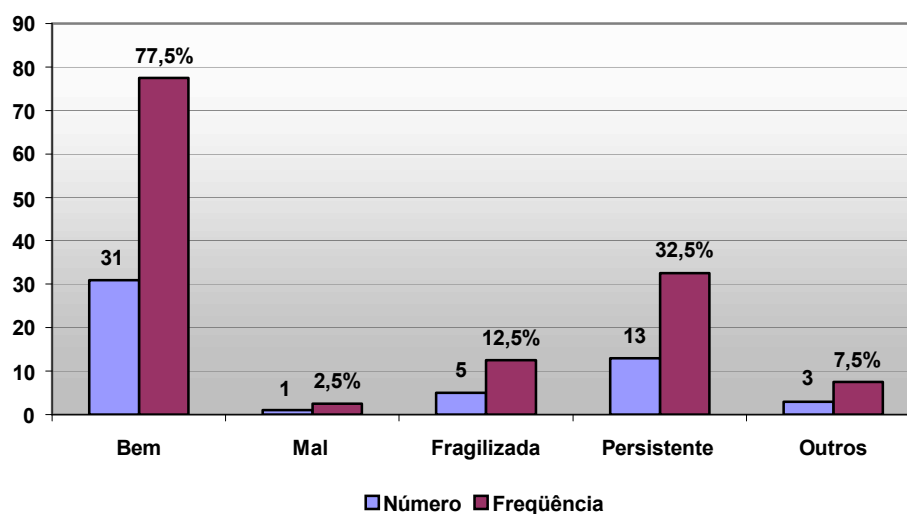


Figura 8- Distribuição dos sentimentos das informantes em relação ao momento atual.

A maioria das informantes (75%), realizou Ultrassonografia (USG), um exame não invasivo, indolor, realizado no ambulatório, indispensável para detecção da endometriose. Apenas 25% das participantes detectaram a doença de outra maneira, seja através de queixas, de sinais ou ainda de sintomas existentes (gráfico 9). Deve ser enfatizado que, apesar de que o diagnóstico da endometriose baseia-se na história clínica, nos sintomas e no exame físico, é fundamental a realização da videolaparoscopia para a confirmação (LEE, 2004; RAMOS, 2006).

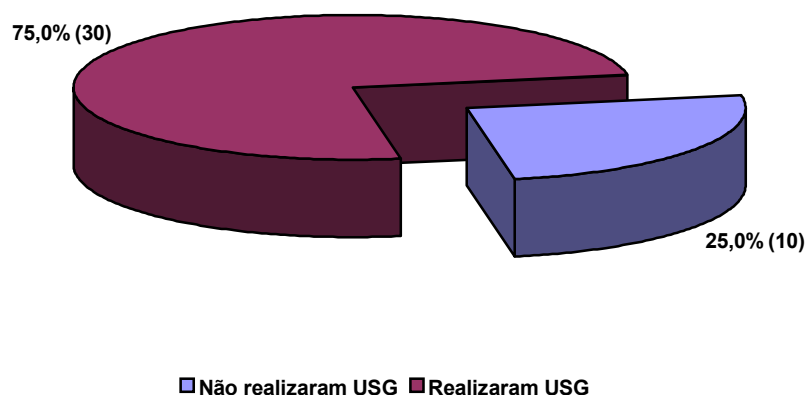


Figura 9- Distribuição das informantes em relação à realização de Ultrassonografia (USG) para detecção da patologia.

Das 10 pacientes que fizeram USG para confirmação diagnóstica (gráfico 9), 47,5% delas fizeram biópsia para um diagnóstico de maior precisão, 52,5% referiram não ter realizado biópsia (gráfico 10). Domar *et al* (1997) afirmam que apesar dos avanços da medicina, o cuidado médico-curativo com medicamentos, exames e até procedimentos cirúrgico, raramente oferece alívio para os problemas emocionais que enfrentam os casais inférteis.

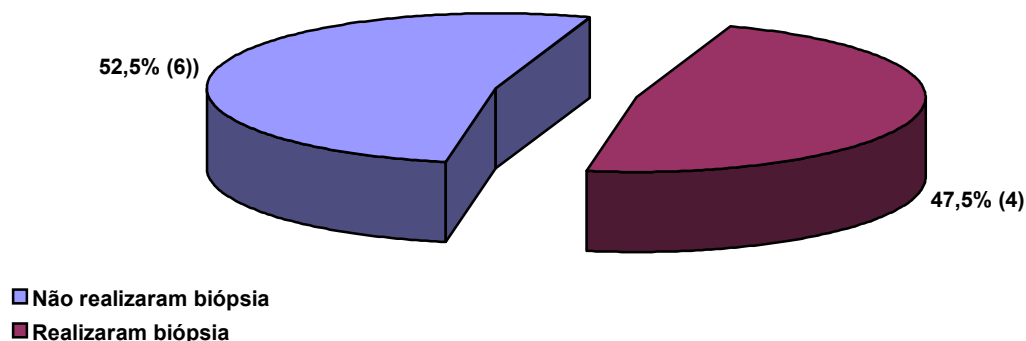


Figura 10- Distribuição das informantes em relação à realização de biópsia como exame complementar

A maioria das informantes (72,5%) possuem trompas uterinas normais/ p rveas/ íntegras, 12,5% possuem trompas obstr  das provavelmente por coágulos de endometriose, 12,5% não souberam referir a situação de suas trompas por não terem sido informadas pelo profissional que a assistiu e apenas 2,5% das informantes referiu estar tentando engravidar, saber do diagnóstico de endometriose, porém disse já ter feito salpingectomia (retirada das trompas) (gráfico 11).

Um estudo sobre endometriose e obstrução de trompas uterinas, realizado por Missmer *et al* (2004), mostrou que a natureza e a severidade dos sintomas estão associados   localização, tamanho e duração do coágulo. Neste mesmo estudo citado acima, foi encontrado: desconforto e algia nas regiões supra-púbico ou na região vaginal (78%), disúria, urgência miccional; em 50% dos casos, dismenorr  a, menorr gia, metrorragia. Em 40% das pacientes encontrou-se massa palpável ao toque vaginal. Cerca de 50% das portadoras ficam inférteis principalmente por obstrução das trompas e comprometimento dos ovários. Para Missmer *et al* (2004) isso não significa que elas mulheres não pudessem

engravidar, pois metade das mulheres, após o tratamento cirúrgico, conseguiram engravidar. Estima-se que, 1% dos casos evolui para câncer.

No presente estudo percebeu-se que, na maioria das informantes (72,5%), as trompas estavam em perfeito estado, capazes de permitir a passagem do óvulo para uma possível fecundação, porém, algumas informantes ainda apresentavam dificuldade de engravidar.

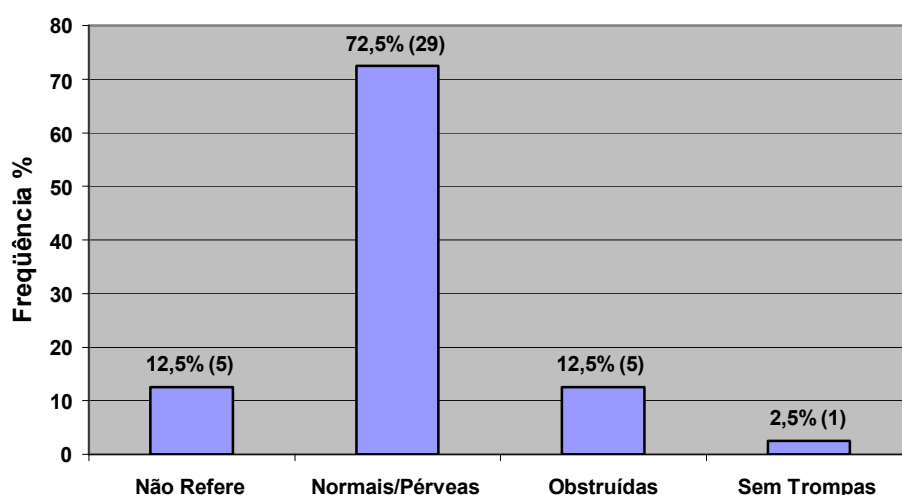


Figura 11- Distribuição da situação atual das trompas das informantes.

No gráfico 12, percebeu-se que a maioria das informantes (50,0%) referiu ter sido submetida à videolaparoscopia, 20,0% referiram ter feito cauterização dos coágulos, 7,5% não fizeram nenhum procedimento, algumas porque se tratam com medicação por via oral prescrita pelo médico, outras porque abandonaram o tratamento. Vinte e dois e meio por cento referiram ter sido submetidas a outras formas de tratamento.

Os focos da doença conhecidos como lesões e coágulos de sangue, aparecem com maior frequência nos ovários, nos ligamentos uterinos, no abdome e no peritônio. Essas

lesões, estimuladas pelos hormônios femininos, sangram como fluxo menstrual. Mas o tecido não é revestido, como geralmente acontece, provocando irritações e inflamações. A forma mais utilizada de tratamento é através da videolaparoscopia, onde é feita a cauterização dos focos, lise de aderências e desobstruções de trompas uterinas (VISCOMI; ALDRIGHI, 2002).

As formas brandas de tratamento são tratadas com: analgésicos, antiinflamatórios e anticoncepcionais, que não eliminam o cisto/nódulo, mas evitam o sangramento excessivo. Estas medicações devem ser prescritas pelo profissional que acompanha a paciente.

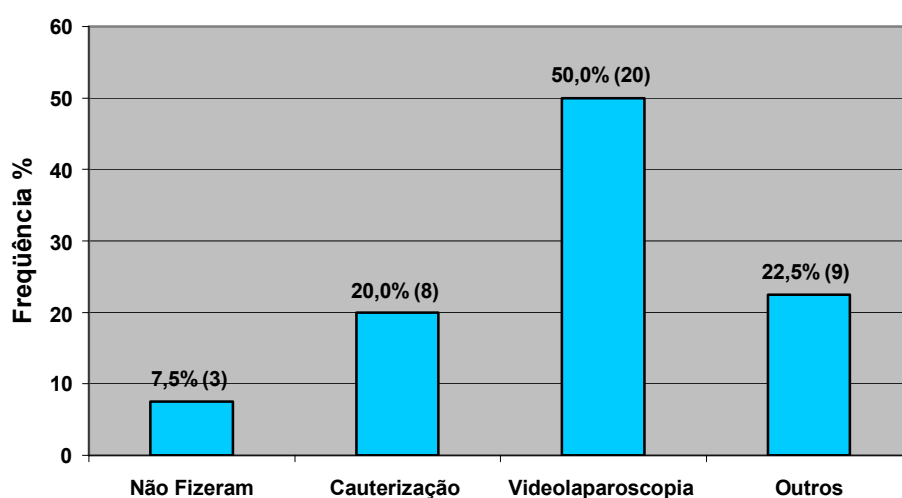


Figura 12- Distribuição das informantes em relação ao procedimento realizado para tratamento da endometriose.

De acordo com o mostrado no gráfico 13, observa-se que a maioria das informantes (57,5%) não praticam atividade física e que, 42,5% praticam algum tipo de atividade física (foram mencionadas: caminhada, academia, musculação de 2 a 3 vezes por semana).

A prevenção da doença está relacionada a uma vida mais calma e tranqüila. Através da prática de exercícios físicos diários, há melhora do sistema imunológico da paciente e

aumenta a capacidade de suportar a dor; se o sistema imunológico está saudável, o corpo elimina facilmente as células do endométrio existentes em lugares errados (coágulos) e com uma atividade física freqüente, há inibição do estrógeno, que “alimenta” a doença (PETTA *et al*, 2002).

É importante que a equipe multiprofissional oriente essa mulher sobre a prática de atividade física freqüente no seu dia-a-dia, como forma de aliviar os sintomas ocasionados pela endometriose.

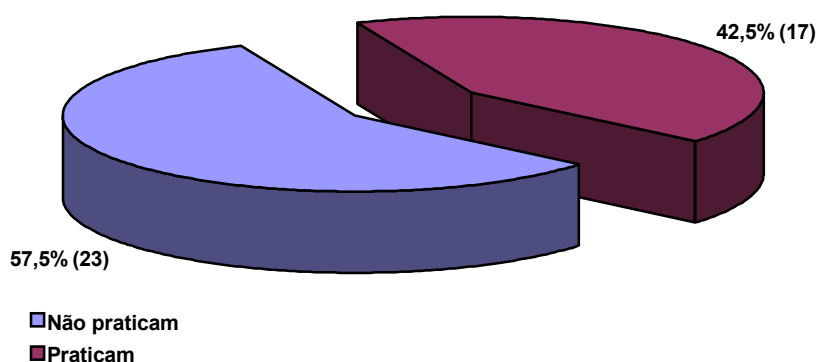


Figura 13- Distribuição das informantes em relação à prática de atividade física.

Percebeu-se no gráfico 14, uma incidência alta de mulheres expostas à desinfetante (80%) e água sanitária (72,5%). Rier; Foster (2002) e Petta *et al* (2002) referem que a exposição da mulher a substâncias tóxicas como: dióxido de carbono (CO₂), hidrocarbonetos, polihalogenados (substâncias que estão presentes na composição de detergentes, desinfetantes e pesticidas) e outras substâncias, favorecem o aparecimento da endometriose, pois essas substâncias se alojam nos tecidos e na corrente sanguínea, alterando o sistema imune do indivíduo. Para Giudice; Kao (2004), além dos fatores

ambientais, também são fatores relacionados à endometriose: o sistema imunológico, a genética e as alterações celulares.

Para Sharara *et al* (1999); Hernandez (2006) e Sharpe (2000) o uso de solventes, pesticidas, produtos químicos, hidrocarbonetos e exposição à radiação podem provocar alterações na fertilidade feminina provocando problemas como: subfertilidade, infertilidade, defeitos em crianças, crianças nascidas com baixo peso e abortamento espontâneo. Alguns autores afirmam estar relacionado a fatores de risco para a doença: exposição a determinados produtos como: substâncias tóxicas, agentes químicos e uso de determinadas medicações (TINGER *et al*, 2004; JOFFE, 2003; CAHILL; WARDLE, 2002; SEIDL; ZANON, 2004; PETTA *et al*, 2002).

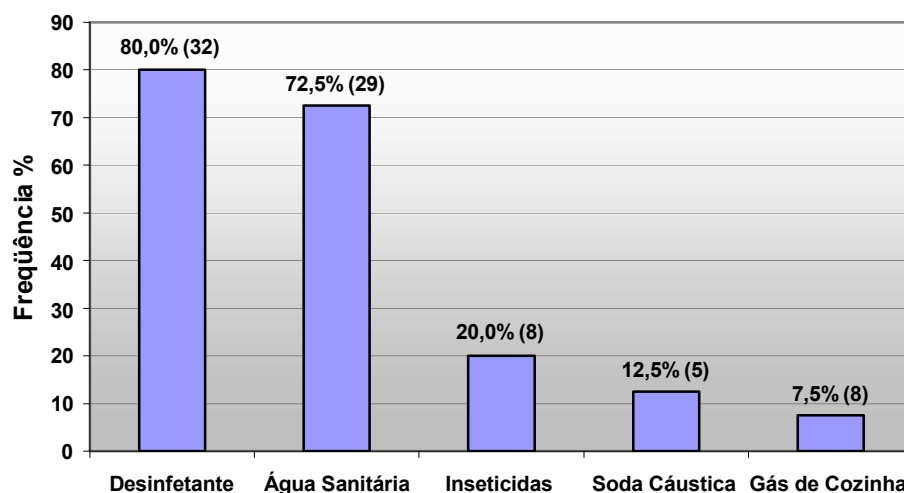


Figura 14- Distribuição das informantes em relação à exposição ambiental e de agentes tóxicos.

Foi questionado às informantes da pesquisa sobre a existência da endometriose na família e todas (100%) referiram não haver pessoas com esta doença entre seus parentes.

Duas mulheres referiram fumar cigarros por mais de 5 anos; treze mulheres fazem uso de café diariamente e já há alguns anos; três informantes usam bebidas alcoólicas socialmente. Nenhuma mulher da pesquisa referiu usar algum tipo de droga ilícita.

Para Lindbohm *et al* (2002) o uso de cigarro provoca efeitos adversos e prejudiciais na saúde reprodutiva feminina. Sharara *et al* (1999), Bhatt (2001) afirmam que o tabaco oferece risco reprodutivo à mulher. O cigarro é considerado uma toxina reprodutiva que atrapalha a produção dos gametas, óvulos e espermatozóides, e é responsável por 13% dos casos de infertilidade feminina.

Alguns autores afirmam que uma vida estressante e agitada pode estar relacionada a fatores de risco para o desenvolvimento da doença (PETTA *et al*, 2002). Para Hemmings *et al* (2004) relaciona-se aos fatores de risco: hábitos da paciente, fatores reprodutivos, características menstruais e estilo de vida de cada mulher.

O questionário aplicado e relacionado à frequência de ingestão de vitaminas C, E e fibras, observa-se (tabela 3) que, a maioria das mulheres (69%) não tem como hábito alimentar a ingestão frequente de alimentos ricos em vitamina C; 55% não ingere alimentos ricos em vitamina E e, 75% das informantes não tem como hábito alimentar, ingerir fibras, o que sugere que as recomendações de ingestão indicadas pela FAO/OMS não foram alcançadas.

A vitamina C é também conhecida como ácido ascórbico e necessária para produção e manutenção do colágeno, importante na redução de ácido ferroso no trato intestinal; sua deficiência pode levar ao escorbuto, provocando efeitos hemorrágicos, inflamação nas gengivas, fraqueza, anemia, apatia e dores (MOTA, 2005); a vitamina E protege as membranas celulares contra a destruição oxidativa e sua deficiência pode causar disfunções neurológicas; para Dutra-de-Oliveira; Marchini (2003) essa deficiência aparece

com frequência em fumantes e em pessoas com problemas de absorção de gordura. Mota (2005) refere que as fibras dietéticas tem a função de proteção ao câncer colorretal, aumentando o bolo fecal e prevenindo constipação intestinal. Para Menezes (2005), a carência de vitaminas C e E na dieta, também está relacionada ao desenvolvimento da endometriose.

Para Petta *et al* (2002) para evitar a doença, deve-se evitar uma ingesta rica em gorduras saturadas, ingerir mais verduras, fibras, frutas e legumes.

O estudo realizado por Agarwal *et al* (2005) recomenda uma ingesta a base de combinados de vitaminas E e C como suplementos, como forma de prevenção de problemas reprodutivos femininos, inclusive a pré-eclâmpsia e endometriose.

Tabela 3. Caracterização das informantes quanto à frequência de ingesta alimentar de alimentos ricos em vitamina C, vitamina E e fibras.

Alimentos ricos em vitamina C	F (%)
Não usa	69%
1 vez por semana	13%
Mais de 1 vez por semana	15%
1 vez por mês	3%
Alimentos ricos em vitamina E	
Não usa	55%
1 vez por semana	12,5%
Mais de 1 vez por semana	28,75%
1 vez por mês	3,75%
Alimentos ricos em fibras	
Não usa	75%
1 vez por semana	7,5%
Mais de 1 vez por semana	12,5%
1 vez por mês	5%

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os resultados da pesquisa mostraram que a maioria das participantes, além de ter uma vida sedentária e não ingerirem com frequência alimentos ricos em vitamina C, E e fibras, se expõem a substâncias tóxicas frequentemente.

Os sentimentos mencionados pelas informantes da pesquisa foram: insegurança diante do diagnóstico, ansiedade, tristeza, alívio, impotência e raiva. Com o ganho de peso e uso de medicações entre as mudanças na vida das pacientes, neste momento, elas se sentem sensíveis e fragilizadas diante de um diagnóstico que abala o desejo e o sonho de ser mãe. Percebeu-se que a busca da solução do problema da infertilidade pressupõe o envolvimento do casal. Uma vez iniciado o tratamento, a maioria das informantes referiu se sentir bem. Muitas encontram na religiosidade um fator de apego e a maioria se sente apoiada pelo parceiro.

Percebe-se a necessidade de informação para iniciar e dar continuidade ao tratamento e ter melhor qualidade de vida, mas também que os recursos psicossociais que as pacientes já possuem como religiosidade e o relacionamento com o parceiro devem ser otimizados.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGARWAL, A. et al. Role of oxidative stress in female reproduction. **Reprod. Biol. Endocrinol.** v.14, p.3-28, 2005.

AIRES, M.M. **Fisiologia**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ALSALILLI, M. et al. Cumulative pregnancy rates and pregnancy outcome after in-vitro fertilization: >5000 cycles at one center. **Human Reproduction.** v. 10, n.2, p.470-474. 1995.

ARDENTI, R. et al. Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: exploratory survey of an Italian sample. **Human Reproduction.** v. 14, n. 12, p. 3126-3132, 1999.

ARRUDA, M.S. et al. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. **Human Reproduction.** v. 18, n. 4, p.756-759, 2003.

AVILA, V.B. **Depressão, responsabilidade emocional e relações objetivas com a figura materna em mulheres inférteis**. 2001. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Trad. Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. v.1.

BHATT, R.V. Environmental influence on reproductive health. **International Journal of Gynecology and Obstetrics.** v.70, p. 69-75, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão). Secretaria de Políticas Públicas. Brasília, DF, 2002.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Planejamento familiar**. Disponível em: www.saude.gov.br.

Acesso em: 4 de junho 2005.

BRADEN, P.S. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed., Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores, 2000.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Enfermagem médico-cirúrgico**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BURG, J.A., GIST, G. The potential impact on women from environmental exposures. **J. women`s health**. v. 6, p. 159-161, 1997.

CAHILL, D.J.; WARDLE, P.G. Management of infertility. **BMJ Journals**. v. 325, p. 28-32, 2002.

CARVALHO, C.A.; CARVALHO, W.D.P. **Apoio psicológico ao casal infértil em reprodução humana**. Barros Leal J.W. Reprodução Humana, Rio de Janeiro. Ed. Revinter, 2004.

CASTRO, C.C. **Uma interpretação psicodinâmica de mulheres estéreis com endometriose**.1990. 390 f. Dissertação (Mestrado de Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. 3. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1983.

CLAY, A.R. Battling the self-blame of infertility. The frustration of infertility. **Monitor on psychology**. v.37, n.8, p. 44-45, 2006.

DANILUK, J.C. If we had it to do over again. Couples reflections on their experiences of infertility treatments. **Fam J**. v. 9, p. 122-33, 2001.

DEEVEY, S. Endometriosis: internet resources. **Med. Ref. Serv. Q**. v. 24, n.1, p.67-76, 2005.

DMOWSKI, W. et al. The effect of endometriosis, its stage and activity, and of autoantibodies on in vitro fertilization and embryo transfer success rates. **Fertil Steril.** v. 63, n. 3, p.555-562, 1995.

DOMAR, A.D. et al. **Equilíbrio mente-corpo na mulher: uma abordagem holística para administrar o estresse e assumir o controle de sua vida.** Tradução: Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J. **Ciências Nutricionais.**, 4.ed. São Paulo, Savier, 2003.

FAO/OMS. **Human Vitamin and Mineral Requirements.** In: report 7 Joint FAO/OMS. Expert Consultation. Bangkok, Thailand, 2001.

FITZ, S. et al. Spontaneous abortion and endometriosis. **Fertil Steril.** v.47, n. 4, p.696-698, 1987.

GARCIA-VELASCO, J.A.; ARICI, A. Endometriose e Infertilidade. In: SCHEFFER, B.B et al. **Reprodução Humana Assistida.** São Paulo: Atheneu, p. 1-11, 2003.

GERBER, S. et al. Resultados de técnicas de reprodução assistida em pacientes previamente submetidas à cirurgia ovariana para o tratamento de endometriose. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 24, n. 6, p. 371-376, 2002.

GIUDICE, L.C.; KAO, L.C. Endometriosis. **The lancet.**, v.364, p. 1789-1799, 2004.

GROLL, M. Endometriosis and spontaneous abortion. **Fertil Steril.** v. 41, p.933-935, 1984.

GUALDA, D.M.R.; HOGA, L.A.K. Pesquisa etnográfica em Enfermagem. **Rev. Escola de Enfermagem-USP**, v. 31, p.410-422, 1997.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HABLE, H.W. **Tratamento de ginecologia.** 3. ed. São Paulo: Atlas: Rocca, 2000.

- HASSA, H.; TANIR, H.M.; URAY, M. Symptom distribution among infertile and fertile endometriosis cases with different stages and localisations. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Turkey, v. 119, p. 82- 86, 2004.
- HEMMINGS, R. et al. Evaluation of risk factors associated with endometriosis. **Fertil Steril**. v.81, n.6, p.1513-21, 2004.
- HERNANDEZ et al. Endometriosis and deficient intake of antioxidants molecules related to peripheral and peritoneal oxidative stress. **Ginecol. Obstet.Mex**. v. 74, n.1, p.20-8, 2006.
- HRUSKA, K.S et al. Environmental factors in infertility. **Clin. Obstet. Gynecol**. v. 43, n.4, p.821-9, 2000.
- JOFFE, M. Invited commentary: the potential for monitoring of fecundity and the remaining challenges. **Am J. Epidemiol**. v. 157, p. 89-93, 2003.
- LEE, J. R. **What your doctor may not tell you about menopause**. 9. ed. Warner Books: 2004.
- LINDBOHRM, M.I. et al. Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. **Scand. J. Work Environ Health**. v.28, n.2, p.84-96, 2002.
- LOPEZ, A.C.S. et al. Tratamento videolaparoscópico de endometriomas ovarianos. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n.10, p. 615-618, 2000.
- MACHADO, M.T. et al. Endometriose vesical: aspectos diagnósticos e terapêutico. **Rev. Associação Médica Brasileira**. v. 47, n. 1, p. 37-40, 2001.
- MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTIN, D.C.; LING, F.W. Endometriosis and pain. **Clin. Obstet. Gynecol**. v. 42, n. 3, p. 664-86, 1999.

MATARESE, G. et al. Patogenesis of endometriosis: natural immunity dysfunction or autoimmune disease? **Trends Med.** v. 9, n.5, p.223-8.

MENEZES, A. Saúde da mulher. In: VOGT, C. **Ciência e cultura**. São Paulo: Imprensa oficial, 2005. cap.1, p.15-16.

METZGER, D. Et al. Association of endometriosis and spontaneous abortion: effect of control group selection. **Fertil Steril.** v. 45, p. 18-22, 1986.

MISSMER, S.A. et al. Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. **Obstet. Gynecol.** v. 104, n.5, p. 965-974, 2004.

MOREIRA et al, Estresse e função reprodutiva feminina. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.

MOTA, E.D. **Alimentação Natural**. Uma opção que faz diferença. Rio de Janeiro, Vozes, 2005.

NBR 10520:2002. Informação e documentação- citação em documentos- Apresentação. [http:// www.abnt.org.br](http://www.abnt.org.br). Acesso em: 30/08/2006.

NEGRO-VILAR, A. Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview. **Environ Health Perspect.** v.101,n.2, p.59-64, 1993.

NEME, R.M. et al. The presence of endometriosis does not effect clinical pregnancy implantations rates and embryo quality in patients undergoing intracytoplasmic sperm injection. **Fertility and Sterility.** v. 82, n.2, p. 164-165, 2004.

NEUSPILLER, F.; ARDILES, G. Conceitos e Epidemiologia em Medicina Reprodutiva. In: SCHEFFER, B.B et al. **Reprodução Humana Assistida**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1-11.

NIETSCHE, E.A.; LEOPARDI, M.T. Fundamentos gerais da produção científica In LEOPARDE, Maria Tereza (org.) **Metodologia de Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. cap.5, p. 126-75.

NOGUEIRA, C. Feminismo. **Psicologia & Sociedade Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social**. p.107-128, 2001.

OLIVEIRA, F. *ENSAIO- O “estado da arte” da Reprodução Humana assistida em 2002*. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.

PETTA, C.A. et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev. Assoc. Médica Brasileira**. v. 48, n. 3, p. 217-221, 2002.

PINTO, M. H. “**Tinha que ser para mim. Deus sabe o que faz**”: o significado do aneurisma cerebral e da cirurgia. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

PRADO, F.C.; RAMOS, J.A . **Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento**. 19.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

RAMOS, S.P. Endometriose- Doença que causa dor e infertilidade. <http://www.gineco.com.br/endometr.htm>. Acesso em: 26/05/2006.

REIS, P.A.S. Relação da aparência, extensão e localização das lesões com o tipo e severidade da dor em pacientes com endometriose. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2002.

REIMAND, K. et al. Autoantibody studies of female patients with reproductive failure. **Journal of Reproductive Immunology**. v. 51, p. 167-176, 2001.

RIER, S.; FOSTER, W.G. Environmental dioxins and endometriosis. **Toxicological Sciences**. v. 70, p. 161-170, 2002.

ROMEU, L.C. **Avaliação de personalidade de mulheres inférteis: uma contribuição do Rorschach temático**. 2001 Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

SANTOS, M.A Modesto dos. **Terminologia em Enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2005.

SANTOS, A..M. O que é ser mulher? <http://www.saudevidaonline.com.Br/artigo/9htm>. Acesso em: 13/12/2006.

SEGER-JACOB, L. **Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida**. IPUSP. São Paulo: Rocca, 2000.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERAFINI, P.; WHITE, J.; PETRACCO, Á.; MOTTA, E. **O bê a ba da infertilidade**. São Paulo: Oregon, 1998.

SILVA, M.A. **Normas para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos na UCG**. Goiânia: Ed. da UCG, 2002.

SINAI, N.S.D. et al. High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. **Human Reproduction**. v. 17, p. 2715-2724, 2002.

SHARARA, F.I.; SEIFER, D.B.; FLAWS, J.A. Environmental toxicants and female reproduction. **Fertil Steril**. v.71, n.4, p.775-6, 1999.

SHARPE, R.M. Environment, lifestyle and male infertility. **Bailliere's Practice & research**. v.14, p. 489-503. 2000.

TACO- Tabela Brasileira de Alimentos. www.unicamp.br/nepa/taco. Acesso em: 11/12/2006.

TASUKU, H.M.D.; TOMIO, I.M.D.; NAOKI, T.M.D. Role of cytokines in endometriosis. **Fertility and Sterility**. v. 76, n.1, 2001.

TINGER, C.; STANFORD, J.B.; DUNSON, D.B. Methodologic and statistical approaches to studying human fertility and environmental exposure. **Environmental Health Perspectives**. v. 112. n.1, 2004.

VILA, V.S.C. **O significado do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido**. 2001. 115p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VISCOMI, F.; ALDRIGHI, J.M. Endometriose do septo reto-vaginal- discussão de caso. **Rev. Associação Médica Brasileira**. v.48, n. 3, p. 183-201, 2002.

WHEELER, J.M. et al. The relationship of endometriosis to spontaneous abortion. **Fertil Steril**. v. 39, p.656-660, 1983.

WITZ, C.A. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. **Clin. Obstet. Gynecol**. v. 42, p. 42: 566-586, 1999.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou lhe apresentando o projeto de pesquisa: “ A endometriose e sua relação com a infertilidade feminina e fatores ambientais”, que será desenvolvido por mim, aluna de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Ana Carolina Dias Vila. Este estudo tem como objetivo, identificar quais são os fatores ambientais que influenciam no aparecimento da endometriose e detectar o sentimento feminino perante a dificuldade de engravidar.

Para a realização da pesquisa os dados serão obtidos através da aplicação de instrumentos de coleta de dados como questionário e entrevista a você, caso concorde em participar do estudo. Os instrumentos serão aplicados considerando sua disponibilidade de horário, e acontecerá em um local privativo, garantindo o seu anonimato e a sua privacidade.

Gostaríamos de enfatizar que estaremos garantindo o anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados, sendo que essas serão utilizadas apenas para fins científicos. Os resultados obtidos a partir desta pesquisa serão divulgados, tão logo se encerre a mesma. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. E você não terá nenhum gasto por participar da pesquisa

Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, estarei disponível para os devidos esclarecimentos nos seguintes telefones: (62) 3241-3924/ 9261-8673.

Sua participação é muito importante para que os profissionais de saúde avaliem os riscos à fertilidade feminina decorrentes da exposição a fatores ambientais.

Nome da informante:_____

Assinatura:_____

Data:_____

Testemunha:_____

APÊNDICE 1 (continuação)

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____

RG nº _____, concordo e aceito participar deste estudo “*A endometriose e sua relação com a infertilidade feminina e fatores ambientais*”, como sujeito.

Compreendo que tenho a liberdade de responder ou não as questões no momento que desejar, e reconheço que tenho o direito de fazer as perguntas julgadas necessárias. Entendo que minha participação é voluntária e que poderei me retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo na prestação dos cuidados.

Assinatura do informante

Assinatura do pesquisador responsável

Data:

APÊNDICE 2
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
FICHAMENTO DO PRONTUÁRIO DA PACIENTE

Identificação:_____

Nº de Gestações: Nº de Partos: Nº de Abortos:

Queixa/ Sinais e sintomas:_____

Antecedentes cirúrgicos:_____

Realização de USG: ()sim ()não

Realização de biópsia: ()sim ()não

Visualização de trompas: ()normais/ p rveas ()obstr  das

Procedimento:_____

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

1- O que você sentiu ao receber o diagnóstico:

- () tristeza
- () insegurança
- () medo
- () ansiedade
- () impotência
- () raiva
- () alívio
- () Outros sentimentos

Quais são estes sentimentos? _____

2- Atualmente, esses sentimentos citados estão presentes na sua vida?

- () sim
- () não

3- Como você se sente hoje?

- () bem
- () mal
- () fragilizada
- () persistente
- () Outros sentimentos

Quais são estes sentimentos? _____

4- Tem apoio do companheiro?

- () sim
- () não

De outra pessoa? _____

Quem? _____

5- Após o diagnóstico e início do tratamento, houve mudanças na sua vida?

()sim

()não

6- Se sim, quais foram essas mudanças?

7- Além do tratamento clínico, você se apegar em algo para dar continuidade do tratamento?

()sim

()não

8- No que se apegar?

()religiosidade/ fé

()família

()companheiro

()amigos

()avanços da medicina

()conta com o apoio de outros profissionais

()Outros: _____

9- Quais são seus planos para o futuro agora que sabe do diagnóstico?

APÊNDICE 4

Cadastro da paciente e Verificação de hábitos da paciente

Identificação:

Endereço:

Telephone:

Idade:

Cor:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

[illegible]

Hábitos:

Cigarro ()

Cafeína()

Outros()

Álcool ()

Drogas()

há quanto tempo:

Tem contato com:

Produto químico	+ de 1 X/ semana	1 X/ semana	1 X/ mês	Não tem contato
Agrotóxico				
Gasolina				
Querosene				
Fumaça proveniente da queima do petróleo				
Fumaça proveniente do cigarro				
Gás de cozinha				
Tinta de parede				
Quimioterapia				

Faz uso doméstico de:

Produto químico	+ de 1 X/ semana	1 X/ semana	1 X/ mês	Não tem contato
Água sanitária				
Desinfetante				
Soda cáustica				
Inseticidas				

Estilo de vida: () sedentária
 () agitado
 () calmo

Pratica atividade física: () sim
 () não

Qual exercício físico pratica:

Há quanto tempo pratica: _____

Quantas vezes por semana: _____

APÊNDICE 4(continuação)

Tabela de frequência de ingestão de alimentos ricos em vitamina C, vitamina E e Fibras

Alimentos ricos em vitamina C

Com que frequência você utiliza os alimentos abaixo, e em que quantidade aproximada?

Alimento	Qtd	+ de 1 X/ semana	1 X/ semana	1 X/ 15 dias	1 X/ mês
Agrião					
Brócolis					
Caju					
Cerveja					
Couve crua					
Couve-flor					
Fruta do conde					
Goiaba					
Inhame					
Laranja					
Limão					
Mamão					
Mandioca frita					
Manga					
Melão					
Paminha					
Pimentão					
Rabanete					
Repolho					
Tangerina fresca					
Tangerina, suco					

Alimentos ricos em vitamina E

Com que frequência você utiliza os alimentos abaixo, e em que quantidade aproximada?

Alimento	Qtd	+ de 1x/sem	1x/sem	1x/15 dias	1x/mês
Castanha-do-brasil					
Óleo de milho					
Óleo de canola					
Atum de óleo (enlatado)					
Manga					
Molho de tomate					
Óleo de oliva					
Mamão papaia					
nozes					
Abacate					
abóbora					
Ameixa seca					
Ovo cozido					

Alimentos ricos em fibras

Com que frequência você utiliza os alimentos abaixo, e em que quantidade aproximada?

Alimento	Qtd	+ de 1x/sem	1x/sem	1x/15 dias	1x/mês
Abacate					
Acelga					
Agrião					
Amendoim torrado					
Beterraba, folha					
Biscoito integral					
Castanha-do-pará					
Espinafre					
Farelo de cereais					
Feijão					
Grão-de-bico					
Lentilha					
Maracujá					
Pão de centeio					
Repolho					
Soja					
Soja, farinha					

