

ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM  
ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE  
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL  
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA – IMIP.

**Évelin Maira da silva**

Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP  
51.180-001. E-mail: evelinmaira\_20@outlook.com

**Marcela de Abreu e Lima Salmito**

Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP  
51.180-001. E-mail: marcelasalmito@hotmail.com

**Nicole de Carvalho Dias**

Acadêmica de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.  
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n° 4861 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP  
51.180-001. E-mail: nicolediasc@gmail.com

**Aurélio Antônio Ribeiro da Costa**

Médico, professor do programa de pós-graduação do Instituto de Medicina  
Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) Rua dos coelos,300, Boa Vista

## RESUMO

**Objetivo:** analisar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes com endometriose e infertilidade atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. **Métodos:** estudo observacional de corte transversal através da análise dos prontuários para avaliar o perfil clínico e epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do IMIP nos anos de 2017 e 2018. Os dados foram digitados em banco de dados específico criado no programa estatístico de domínio público Epi-Info versão atual para Windows.

**Resultados:** dentre as 20 pacientes incluídas no estudo, a idade mediana foi de 35 anos e a afecção prevaleceu em mulheres casadas (55,6%), pardas (63,2%), com ensino superior (81,3%) e nulíparas (55,0%). As doenças prévias identificadas obtiveram a mesma frequência (5,0%). Entre as pacientes a cirurgia abdominal prevalente foi cesariana (20,0%), seguida de videolaparoscopia diagnóstica (15,0%) e hernioplastia umbilical (10,0%). As mulheres apresentaram mediana da menarca de 13 anos, coitarca de 18 anos, número de parceiros de 2 e 94,4% tiveram dismenorreia. O tempo de exposição a gestação das pacientes teve mediana de 8,5 anos e frequência de uso de hormonioterapia e videolaparoscopia terapêutica de 5,0% em ambos. **Conclusão:** mulheres casadas, com 35 anos, pardas, com ensino superior completo e nulíparas foi o perfil mais frequente.

**Palavras-chave (DeCS):** endometriose, infertilidade, perfil epidemiológico, perfil clínico.

## INTRODUÇÃO

A endometriose, uma afecção benigna, é um problema de saúde muito comum que costuma acometer mulheres jovens e no período fértil. Sua característica principal é a presença de células endometriais, semelhantes àquelas que compõem a camada interna

do útero, endométrio, porém fora da cavidade uterina.<sup>1</sup> Conhecida como a “doença da mulher moderna”, por sofrer influências do meio, visto que a mulher tem conduzido sua vida de forma diferente de outrora, que prioriza, o trabalho, engravida mais tarde e possui menos filhos. Aliado a isso, soma-se hábitos de vida que aumentam o nível de estresse.<sup>2</sup>

A etiologia da endometriose e sua origem ainda não foram esclarecidas. No entanto, a teoria mais aceita, atualmente, é a da implantação de Sampson de 1927, onde ele propôs que o tecido endometrial liberado durante a menstruação sofre refluxo através das tubas uterinas, adere-se e prolifera em locais ectópicos da cavidade peritoneal.<sup>3</sup> A endometriose deve ser sempre encarada como uma doença grave, apesar de sua evolução pode ser lenta e benigna, pode, por outro lado, apresentar quadros de extrema gravidade, atingindo os mais variados órgãos, como bexiga, alças intestinais, pulmões e até cérebro, como se a doença enviasse metástases.<sup>1,2</sup>

Os sinais clínicos e sintomas da endometriose, em geral, são dismenorreia, dispneúria, dor pélvica profunda e dor abdominal inferior com ou sem dor lombar, ocorrendo de forma contínua ou intermitente ao longo do ciclo menstrual. Podem surgir sintomas relacionados ao trato gastrointestinal, como náuseas, saciedade precoce e disquezia que, por não serem específicos, contribuem para que a endometriose tenha diagnóstico incorreto e tardio. Muitas pacientes podem ser assintomáticas.<sup>1, 4, 5, 6</sup>

A infertilidade pode ser definida como sendo a incapacidade de conceber um filho após um ano de tentativas regulares sem a utilização de qualquer método contraceptivo. Aproximadamente 15% dos casais que desejam ter filhos serão afetados pela infertilidade.<sup>7, 8</sup> Torna-se evidente o efeito que a endometriose tem nas etapas avançadas sobre a fertilidade pelas ações de aderências nas tubas uterinas e ovários.<sup>9, 10</sup> Alguns dos possíveis mecanismos pelos quais a endometriose ocasiona a infertilidade são: a interferência com a função sexual (dispaúrenia, redução da frequência de coitos) e

interferência com a ovulação levando a anovulação, fase lútea deficiente, síndrome da luteinização do folículo não roto<sup>11</sup>. Diante disso, Cerca de 25 a 50% das mulheres inférteis têm endometriose e 30 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis.<sup>3, 13</sup>

Diante da frequência elevada entre a associação de endometriose e infertilidade e suas repercussões psicossociais, faz-se necessária à existência de pesquisas direcionadas em comparar dentre as mulheres diagnosticadas com endometriose às que são inférteis.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, no qual foram analisados prontuários, para determinar o perfil epidemiológico das pacientes com diagnóstico de endometriose e a taxa de infertilidade entre elas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE nos anos de 2017 e 2018.

Foi definido, como critério de inclusão, mulheres com diagnóstico de endometriose atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia e também diagnosticadas inférteis, em tratamento ou não no ambulatório de infertilidade do IMIP.

Como critérios de exclusão, mulheres com endometriose, porém férteis, mulheres que não tiveram os prontuários localizados no arquivo do serviço e mulheres com prontuários incompletos que prejudicaram o preenchimento do formulário de pesquisa.

Através do instrumento formulado, foram coletadas as variáveis biológicas, sociodemográficas, econômicas, tocoginecológicas e reprodutivas.

O processamento e a análise do banco de dados coletados foram realizados através do Epi Info versão 3.5, com gráficos e tabelas. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências simples (percentual) e as variáveis contínuas através de medida de tendência central e dispersão (mediana e seus quartis).

O presente estudo atendeu às determinações de Helsinque (emenda em Hong-Kong, 1989) e a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número CAAE: 08787718.3.0000.5201

## **RESULTADOS**

Foram incluídas 20 pacientes com diagnóstico de endometriose e infertilidade acompanhadas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

Quanto às características sociodemográficas, a idade das mulheres variou de 20 a 43 anos e apresentou mediana de 35,0 anos. A maioria das pacientes encontrava-se casada (55,6%), apresentando-se as demais solteiras (22,2%) e união estável (16,7%). Em valores percentuais, 81,3% das pacientes possuíam de 8 a 11 anos de estudo e as restantes 12 ou mais (18,8%). Mais da metade se identificava como parda (63,2%), distribuindo-se o restante entre pretas (15,8%) e brancas (10,5%).

A respeito do número de gestações, a maioria não teve nenhuma (45,0%) distribuindo-se o restante em 1 (35,0%), 2 (10,0%) e 3 (10,0%). Quanto ao número de partos, a maioria foi classificada como nulípara (55,0%) e primigesta (35,0%), distribuindo-se o restante em dois partos (10,0%). Em relação ao número de abortos, a maioria não teve aborto (75,0%) e as demais tiveram apenas um (20,0%) e 2 (5%).

Em relação às características ginecológicas, a idade das mulheres durante a menarca variou de 10 a 15 anos e apresentou mediana de 13,0 anos. Enquanto que na coitarca a idade oscilou entre 15 e 41 anos e a mediana foi de 18 anos. O número de parceiros variou entre um e oito com mediana de 02. Em relação a dismenorreia, 94,4% das pacientes apresentaram o sintoma.

De acordo com a presença de doenças prévias e fatores de risco, verificou-se relação igual entre elas: diabetes mellitus (5,0%), hipertensão arterial sistêmica (5,0%), ansiedade (5,0%), depressão (5,0%), esteatose hepática (5,0%), nódulo na tireoide (5,0%), síndrome do pânico (5,0%), consumo de álcool (5,0%). Não foi constatada história de tabagismo entre as pacientes.

No que diz respeito a cirurgias abdominais prévias, constatou-se maior relação de cesarianas (20,0%), videolaparoscopia diagnóstica (15,0%) e hernioplastia umbilical (10%).

A respeito dos tipos de terapias usadas pelas pacientes para conseguir engravidar, verificou-se uso de videolaparoscopia terapêutica (5,0%) e hormonioterapia (5,0%). O tempo de exposição a gestação variou de 2 a 10 anos e apresentou mediana de 8,5.

## **DISCUSSÃO**

A endometriose é diagnosticada principalmente durante a menacme, em geral na quarta década de vida, e acomete pacientes inférteis ou com queixas algicas, principalmente na faixa de 30 a 33 anos. No presente estudo, onde foram avaliadas 20 pacientes, e como a distribuição das variáveis não possuíram características de normalidade, foi utilizada a mediana para expressar a medida de tendência central das variáveis numéricas contínuas. Dessa forma, foi observada uma variação de idade entre 20 e 43 anos com mediana de 35 anos, estando de acordo com o que foi descrito por Patrick Bellelis et al em seu estudo que teve metodologia semelhante ao nosso estudo, abordando uma população também com características similares.<sup>1</sup>

Quanto às características epidemiológicas, a maioria das mulheres desse estudo encontrava-se casadas, com alto grau de instrução e se identificavam como pardas. Entretanto, no estudo de Patrick Bellelis houve predominância da população branca.

Os mecanismos que explicam a relação da endometriose com a infertilidade envolvem alterações anatômicas da pelve, anormalidades endócrinas ou ovulatórias, alterações da função peritoneal e alterações hormonais e imunomediadas do endométrio. Além disso, mulheres inférteis têm um risco seis a oito vezes maior de ter endometriose em comparação com as férteis, assim como a endometriose confere um risco até 20 vezes maior de infertilidade.<sup>1</sup>

Em relação aos antecedentes obstétricos, no presente estudo 55% das pacientes foram classificadas como nulíparas. Existe uma forte associação entre a nuliparidade e a endometriose e demonstraram que até 25-30% das mulheres inférteis têm endometriose e 30-40% das mulheres com endometriose são inférteis. Sabe-se que o mecanismo que associa endometriose e infertilidade depende de fatores, como distorções anatômicas por aderências pélvicas, fatores imunológicos e genéticos, os quais desregulariam a função ovariana e a motilidade tubo-ovariana.<sup>14</sup>

Apesar do pequeno número de mulheres que apresentaram gestação, 25% das pacientes estudadas tiveram aborto. Alguns autores consideram que não há relação entre abortamento e endometriose. Contudo, não existe consenso em relação a isso, pois há relato de queda na taxa de aborto para zero após intervenção cirúrgica em mulheres com endometriose e foi descrito um maior risco de aborto espontâneo em mulheres com a doença.<sup>15</sup>

Ozaksit *et al* entre outros estudos, mostram que os sintomas de dor são relatados por quase um terço de todos os pacientes ginecológicos, e cerca de 50% das adolescentes menstruadas e mulheres jovens sofrem de dismenorreia. Essa manifestação foi a mais prevalente entre os achados do estudo, representando 94,4%.

O presente estudo apresenta certas limitações, principalmente por se tratar de um estudo transversal, que possui obstáculos metodológicos, pois dependem de prevalência

elevada e coleta de dados em um único momento no tempo, sendo difícil estabelecer relações causais. Além disso, há outras restrições, como falta de informações, preenchimentos incorretos ou ilegíveis no material de coleta dos dados.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que o perfil das pacientes com endometriose e infertilidade atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia nos anos de 2017 e 2018, foi: idade mediana de 35 anos, casadas, pardas, com ensino superior e nulíparas.

As doenças prévias identificadas obtiveram a mesma frequência, são elas: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, ansiedade, depressão, esteatose hepática, nódulo na tireoide, síndrome do pânico, consumo de álcool. Além disso, não foi verificada história de tabagismo entre as pacientes.

A cirurgia abdominal prevalente entre as pacientes foi a cesariana, seguida de videolaparoscopia diagnóstica e hernioplastia umbilical. Enquanto que a dismenorreia foi presente em quase todas as pacientes.

A maioria dessas pacientes não foi submetida a terapias para tratar a infertilidade, mas nas que fizeram uso de algum tipo de tratamento, destacou-se a utilização de hormonioterapia e videolaparoscopia terapêutica. E a mediana do tempo de exposição a gestação foi de 8,5 anos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bellelis, Patrick et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n.4, p. 467-471, 2010.
2. Barbosa, D. A. S.; Oliveira, A. M. Endometriose e seu impacto na fertilidade

- feminina. Rev. Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde. 2015, vol. 01, nº 01.
3. Santos, Djanilson Barbosa [et al]. Uma abordagem integrada da endometriose. Bahia: UFRB, 2012.
  4. Souza, Marjuriquelli; Sanches, Leide Conceição; Garbelini, M<sup>a</sup> Cecilia. A reprodução assistida aplicada em casos de infertilidade associados à endometriose. Encontro de bioética do Paraná. Curitiba, 2009.
  5. Bragança, Cristina Maria Campos. Etiopatogenia da Endometriose. 2013. Disponível <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/71754/2/92784.pdf>>
  6. Frare, A.B.; Costa, I.R; Souza, S.R.; Silva, R.C.P.C; Bordin, B.M; Moura, K.K.V.O. GSTM1 and GSTT1 polymorphisms in endometriosis in women from Goiás, Brazil. Genet. Mol. Res. v.12, n.3, p.2764-2770. 2013.
  7. Oliveira, R.; Musish, D.S.; Vilarino, F.L.; Ferreira, M.P.S.F.; Barbosa, C.P. Perfil Epidemiológico das pacientes com endometriose. Reprod Clim. v.30, n. 1, p.5 – 10.2015.
  8. Trummer, H.; Habermann, H.; Haas, J.; Pummer, K. The impact of cigarette smoking on human semen parameters and hormones. Hum Reprod. v.17, n.6, p.1554-9. 2002
  9. Gomez C.A; Cruz J.C.H. Aspectos imunológicos de la endometriosis. Ginecol. Obstet. v.65, n.3, p. 79-86, 1997
  10. Maggiori, U.L.R.; Ferrero, S.; mangili, G.; Bergamini, A.; Inversetti, A.; Giorgio,V. et al. A systematic review on endometriosis during pregnancy: diagnosis, misdiagnosis, complications and outcomes. Hum Reprod. v. 22, n.1,p. 70–103. 2016.
  11. Moura, M.D.; Pereira, T.N.; Ferriani, R.A.; Sala, R.M.R. avaliação do tratamento clínico da endometriose. Rev Bras Ginecol e Obste. v. 21, n.2, 1999.

12. Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia. Manual de orientação da endometriose. FEBRASGO, São Paulo, 2015
13. Silva, Ana Daniela Rodrigues Lima. Endometriose e infertilidade: o papel do tratamento cirúrgico prévio a ciclos de procriação medicamente assistida. Artigo de revisão bibliográfica. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2011/2012.
14. Rampinelli. H; Milanese. B. C; Madeira. K. perfil epidemiológico das pacientes atendidas em um consultório privado e submetidas à videolaparoscopia para tratamento de endometriose na região de Criciúma. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2013;42(2):09-14.
15. Oliveira, Renato; Musich, S. D. Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose. Reprod Clim. 2015;30(1):5-10.

## TABELAS

### 1. Características sociodemográficas e gestacionais das pacientes com endometriose de infertilidade atendidas no ambulatório

	<b>X</b>	<b>DP</b>
<b>IDADE</b>	35 anos	6,06
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteira	4	22,2%
União estável	3	16,7%
Casada	10	55,6%

<b>ANOS DE ESTUDO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
8 a 11 anos	13	81,3%
12 ou mais	3	18,8%

  

<b>RAÇA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Parda	12	63,2%
Branca	2	10,5%
Preta	3	15,8%

  

<b>Nº DE GESTAÇÕES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhuma	4	45,0%
1	7	35,0%
2	2	10,0%
3	2	10,0%

  

<b>Nº DE PARTOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhum	11	55,0%
1	7	35,0%
2	2	10,0%

  

<b>Nº DE ABORTOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nenhum	15	75,0%
1	4	20,0%
2	1	5,0%

## 2. Doenças e condições associadas:

<b>DIABETES MELLITUS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5%
Não	19	95%

  

<b>HAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%

  

<b>ANSIEDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%

  

<b>DEPRESSÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%

  

<b>ESTEATOSE HEPATICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%

Não	19	95,5%
<b>NODULO NA TIREOIDE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%
<b>SINDROME DO PANICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,5%
<b>TABAGISMO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	0	0
Não	20	100,0%
<b>CONSUMO DE ALCOOL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%
<b>PARTO PREMATURO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	0	0
Não	20	100%
<b>CESARIANA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	4	20,0%
Não	16	80,0%
<b>HERNIOPLASTIA UMBILICAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	2	10,0%
Não	18	90,0%
<b>LLP+LLE PARA ENDOMETRIOSE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%
<b>OOFOROPLASTIA BILATERAL + CAUTERIZAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%
<b>POLIPECTOMIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%
<b>SALPINGECTOMIA+OOFERECTOMIA DIREITA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%

Não	19	95,5%
<b>VLPC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	3	15,0%
Não	17	85,0%

### 3. Características Ginecológicas

	<b>X</b>	<b>DP</b>
<b>MENARCA</b>	13	1,46
<b>COITARCA</b>	18	8,2
<b>Nº DE PARCEIROS</b>	2	1,97
<b>DISMENORREIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	17	94,4%
Não	1	5,6%
	<b>X</b>	<b>DP</b>
<b>NUMERO DE PARCEIROS</b>	2	1,97

### 4. Terapias para infertilidade

	<b>X</b>	<b>DP</b>
<b>TEMPO DE EXPOSIÇÃO A GESTAÇÃO</b>	<b>8,5</b>	<b>3,77</b>
<b>VLPC TERAPEUTICA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,5%
<b>HORMONIOTERAPIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	1	5,0%
Não	19	95,5%

