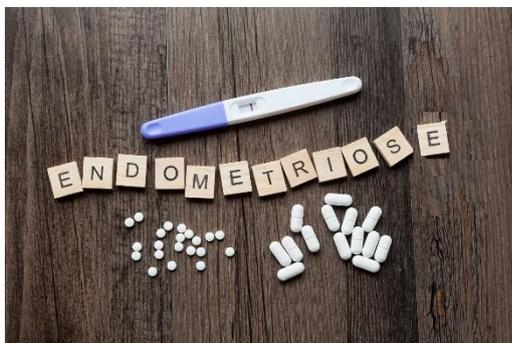


Revisão de Literatura (Farmácia)

O USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS
COMBINADOS NA MELHORIA DA
QUALIDADE DE VIDA DE
ADOLESCENTES COM ENDOMETRIOSETHE USE OF ORAL CONTRACEPTIVES
COMBINED IN IMPROVING THE QUALITY
OF LIVING OF TEENS WITH
ENDOMETRIOSIS

doi 10.31072/rcf.v10iedesp.776

João Weliton Freitas Rezende*Discente do Curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: joao_weliton.rezende@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1495-3086>.***Keila de Assis Vitorino***Biomédica e Mestre em Biologia Experimental pela Universidade Federal de Rondônia- UNIR. Docente do Curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. E-mail: Kvitorino55@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4454-8209>.*Copyright¹:Submetido em: 10 abr. 2019. Aprovado em: 12 jun. 2019. Publicado em: 26 jul. 2019.
E-mail para correspondência: joao_weliton.rezende@hotmail.com.**Descritores (DeCS)²:**Endometriose
Adolescência
Contraceptivos
combinados orais
Menstruação retrógrada

RESUMO: Este estudo tem por finalidade analisar o uso de anticoncepcionais orais combinados (ACOs) como método de melhoria na qualidade de vida de adolescentes com endometriose. Destarte, define-se essa doença como uma afecção ginecológica benigna, imuno e estrogênio dependente, crônica, qualificada pela proliferação e desenvolvimento de estroma e de glândulas endometriais externamente ao útero. Atinge de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, entretanto, sua incidência abaixo dos 20 anos pode ser negligenciada por profissionais de saúde, acarretando no prolongamento do sofrimento de suas portadoras e no diagnóstico tardio. Contudo, a mulher com suspeitas da enfermidade já pode começar tratamento medicamentoso mesmo sem ser diagnosticada. Portanto, as adolescentes que são acometidas pelos sintomas da doença podem se beneficiar muito com o uso dos ACOs, principalmente quando tomados continuamente, porque possuem poucos efeitos colaterais e podem ser usados por longos períodos de tempo, o que é extremamente positivo ao se avaliar o caráter crônico e progressivo da doença. A atuação dos ACOs reduz a camada endometrial e suspende a ovulação, o que minimiza a extensão tecidual geradora de prostaglandina, substância que, juntamente com as citocinas pró-inflamatórias e quimiocinas são responsáveis pela elevação da dor pélvica, representando um ganho no bem-estar físico e emocional da paciente. Este estudo é uma revisão bibliográfica descritiva qualitativa e a pesquisa empregada na realização do mesmo teve início no mês de janeiro, encerrando-se no mês de março de 2019. Assim, recomenda-se os ACOs para adolescentes com suspeitas de endometriose, juntamente com acompanhamento médico periódico.

Descriptors:Endometriosis
Adolescence
Oral combined
contraceptives
Retrograde menstruation

ABSTRACT: This study aims to analyze the use of combined oral contraceptives (OCs) as a method of improving the quality of life of adolescents with endometriosis. Thus, this disease is defined as a benign, immuno-dependent and chronic estrogen-dependent gynecological condition, qualified by the proliferation and development of stroma and endometrial glands outside the uterus. It affects 10 to 15% of women of reproductive age, however, their incidence under 20 years can be neglected by health professionals,

Imagem: StockPhotos (Todos os direitos reservados).

¹ Atribuição CC BY: Este é um artigo de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.² Descritores em Saúde (DeCS). Vide <http://decs.bvs.br>.

resulting in the prolongation of the suffering of their carriers and in the late diagnosis. However, a woman with suspected illness can start treatment even without being diagnosed. Therefore, adolescents who are affected by the symptoms of the disease can benefit greatly from the use of OCs, especially when taken continuously. Because they have few side effects and can be used for long periods of time, which is extremely positive in assessing the chronic and progressive nature of the disease. The action of the OCs reduces the endometrial layer and suspends ovulation, which minimizes the tissue extension that generates prostaglandin, a substance that together with the pro-inflammatory cytokines and chemokines are responsible for the elevation of pelvic pain, representing a gain in well-being physical and emotional health of the patient. This study is a qualitative descriptive bibliographical review and the research used in the study began in January, ending in March 2019. Thus, the ACOs are recommended for adolescents with suspected endometriosis, together with follow-up medical newspaper.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose pode ser definida como sendo uma condição ginecológica benigna, imuno e estrogênio dependente, crônica, qualificada pela proliferação e desenvolvimento de estroma e de glândulas endometriais externamente à cavidade uterina, induzindo a um processo inflamatório, que acarreta na formação de cicatrizes e aderências que podem causar algia extenuante, períodos menstruais acentuados e tendo como consequência provável, a infertilidade, caso os focos endometriais estejam alocados próximos aos ovários, pois possibilitam o comprometimento da anatomia pélvica (1,2,3,4,5,6,7,8.).

Esta é uma das afecções ginecológicas mais comuns, sendo responsável por 71.818 internações no Brasil, entre os anos de 2009 a 2013. Estima-se que ela acomete de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, ou seja, existem aproximadamente 180 milhões de pacientes no mundo que padecem com essa enfermidade. Já dentro do contexto brasileiro, essa doença compromete o bem-estar físico, emocional, profissional e psicológico de mais de 7 milhões de portadoras (9,10).

Deste modo, 66% das mulheres adultas, diagnosticadas entre os 29 a 45 anos, relatam a ocorrência dos sintomas característicos da doença antes dos 20 anos de idade, no entanto, na maior parte dos casos a queixa apresentada é banalizada devido a uma naturalização do ser mulher, isto é, alguns profissionais acreditam que sentir cólica é completamente normal e não dão crédito àquilo que a paciente relata (11,12,13,14).

Portanto, esse estudo se faz relevante exatamente porque essa é uma afecção ordinária que traz grandes impactos para a vida de suas portadoras e para o sistema de saúde pública como um todo. Além disso, a literatura sobre a temática informa que ainda hoje há um atraso diagnóstico devido à escassez de informação sobre a endometriose tanto para o público especializado, quanto para a população.

Um dos fortes indicativos da desinformação relacionada ao tema refere-se ao fato de que muitos profissionais da saúde têm certa descrença acerca da presença desta doença em adolescentes. Mas será que essa enfermidade realmente não atinge essa faixa

etária? Caso ela atinja, existe alguma diferença típica desse grupo? Será que a descrença de sua presença não se dá pela ocorrência de poucos casos nesse nicho? Qual seria o tratamento mais indicado? São estas questões que nortearam a pesquisa e elaboração desse estudo, visto que Amaral (11) e Dominguez (13), alertam que se faz necessário o surgimento de mais estudos tendo como temática a relação da endometriose na adolescência, além da forma terapêutica mais adequada para esse grupo.

Deste modo, objetivou-se com esse estudo analisar o uso de anticoncepcionais orais combinados (ACOs) como método de melhoria na qualidade de vida de adolescentes com endometriose. Para isso, se fez necessário explanar a relação existente entre ciclo menstrual e endometriose, além de discorrer sobre os aspectos gerais dessa enfermidade e seus principais mecanismos de ação, apresentando suas peculiaridades no público adolescente e o papel dos ACOs no alívio da dor e no subsequente bem-estar global da paciente.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão bibliográfica categorizado de acordo com os seus objetivos, como sendo de origem descritiva qualitativa.

A pesquisa empregada na realização deste estudo teve início no mês de janeiro e encerrou-se no mês de março de 2019. Para tanto utilizou-se os seguintes bancos de dados; Scielo, Pubmed, Google Acadêmico e BVS, além de livros, manuais e sites especializados no tema. Desta forma, foram usados os seguintes descritores: “Endometriose, Endometriose e Adolescência, Tratamento e Endometriose, Contraceptivos Orais Combinados e Endometriose”.

Ademais, foram utilizadas 51 obras publicadas no intervalo cronológico estipulado entre 2014 - 2019 e outras 10 datadas de período anterior a este. Dentre estas, 49 eram em português, sendo as outras 13 pertinentes ao idioma inglês.

Como critério de inclusão optou-se por utilizar trabalhos que abordavam os aspectos gerais da endometriose, os que relacionavam a doença com seu aparecimento na adolescência e/ou com o uso de anticoncepcionais orais combinados como método de

tratamento, sendo excluídos aqueles que divergiam dessas prerrogativas e/ou aqueles que estavam incompletos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 UMA BREVE EXPOSIÇÃO SOBRE O CICLO MENSTRUAL E SUAS IMPLICAÇÕES

O ciclo menstrual ocorre em função da ação de um conjunto de hormônios gerados no corpo da mulher, que se relacionam uns com os outros. Logo, duas dessas importantes substâncias são o hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo estimulante (FSH), ambos tendo sua origem na hipófise. No entanto, substâncias fabricadas nos ovários também desempenham importante papel nesse contexto, como é o caso do estrogênio e da progesterona (15,16).

Dessarte, esses hormônios hipofisários são responsáveis essencialmente por exercer controle sobre os ovários, não possuindo qualquer outra função no organismo. Porém, o estrogênio e a progesterona além de regulamentar o ciclo menstrual, possuem outras funções relevantes, tais como são responsáveis pela formação das características sexuais secundárias e o seu equilíbrio ou desequilíbrio, além de trazer impactos importantes ao contexto emocional das mulheres (15).

Durante o período menstrual há um acréscimo na produção de FSH, que tem por consequência o desenvolvimento dos folículos, os quais fomentam uma maior fabricação de estrogênio. Os folículos são células que, quando maduras, darão origem ao óvulo. Desse modo, eles são ladeados por células geradoras de hormônios, denominadas granulosa (17).

O estímulo do FSH sobre os folículos tem por objetivo promover o amadurecimento de um deles, tornando-o dominante. Mediante esse processo tem-se o óvulo, que ao produzir uma quantidade satisfatória de estrogênio cessa a formação de FSH. O decréscimo de FSH faz com que os demais folículos murchem, estagnando seu desenvolvimento (16, 18).

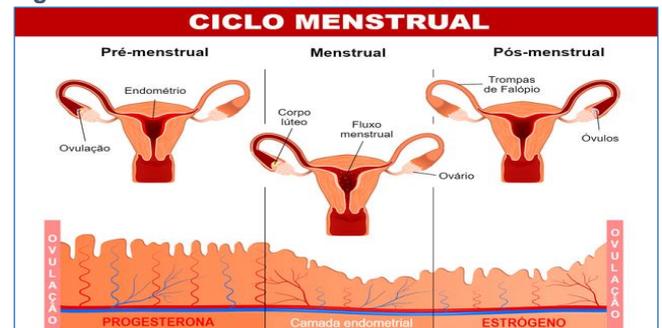
Todavia, as altas taxas de estrogênio criadas pelo então formado óvulo, estimulam uma maciça liberação de LH, dando gênese ao pico de LH. Esse é o processo responsável pela ovulação, que pode ser definida como o êxodo do ovócito de dentro do ovário para a tuba uterina, que é o local onde o espermatozóide o fecundará (19).

O endométrio, por sua vez, é uma faixa tecidual que recobre a parede interna do útero e sua densidade oscila de acordo com o ciclo menstrual. Essa é a área em que o embrião se acopla posteriormente à fecundação dando assim, início a gestação. Deste modo, observa-se que é sob a influência do estrogênio que o endométrio se distende, já a progesterona o torna mais estável, deixando-o mais consistente e irrigado, uma vez que permite o aumento da quantidade de vasos sanguíneos. Ademais, ela amplia

as glândulas secretoras, propiciando a fabricação máxima de muco vaginal (15, 20).

Portanto, a granulosa que agora está vazia por causa da migração do óvulo dá origem ao corpo lúteo que é conservado pelo LH e libera sumariamente progesterona. Entretanto, a progesterona tem como efeito a ação de coibir a liberação de LH, por isso, o corpo lúteo acaba secando por volta do 14º dia subsequente à ovulação. Esse é o procedimento que ocorre quando não há fecundação e assim, o revestimento endometrial que havia se dilatado na espera de receber o óvulo fecundado é descamado da parede uterina, onde é excretado, isto é, ocorre a menstruação (20, 21, 15, 22, 23, 7).

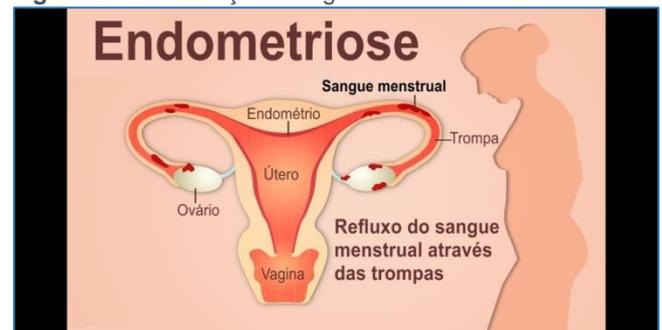
Figura 1 – Ciclo menstrual normal



Fonte: StockPhotos

Logo, em algumas mulheres o sangue que era para ser excretado pode sofrer um refluxo, seguindo pelas tubas uterinas em direção aos órgãos adjacentes. Tal processo é conhecido como menstruação retrógrada, sendo este elencado como um dos principais possíveis causadores da endometriose. Este ponto será melhor analisado a seguir (21, 22, 7).

Figura 2 - Menstruação retrógrada



Fonte: StockPhotos

3.2 ENDOMETRIOSE: A MAZELA DA MULHER MODERNA?!

A endometriose é uma afecção ginecológica benigna, imuno e estrogênio dependente, crônica, qualificada pela proliferação e desenvolvimento de estroma (tipo de tecido conjuntivo vascularizado que compõe o tecido nutritivo e estrutural de um órgão) e de glândulas endometriais externamente à cavidade

uterina, o que desencadeia um processo inflamatório, acarretando a formação de cicatrizes e aderências que podem causar algia extenuante, períodos menstruais acentuados e tendo como consequência provável, a infertilidade, caso os focos endometriais estejam alocados próximos aos ovários, pois possibilitam o comprometimento da anatomia pélvica (1, 2, 24, 25, 5, 6, 7, 8).

As regiões mais frequentes nas quais as células endometriais se alojam são respectivamente: face e parênquima dos ovários, peritônio pélvico, fundo dorsal e frontal do saco de Douglas, folheto dorsal do ligamento largo, ligamentos uterossacros, tubas uterinas, órgãos do sistema urinário, região retossigmoide, apêndice cecal, e sítio ileocecal. Há também, casos mais incomuns onde o tecido endometriótico se instala em quase todas as regiões do organismo, tais quais: pulmões, pleura, coração, músculos, ossos, umbigo, intestinos, pâncreas, diafragma e outros (12, 26, 13, 14).

A sintomatologia clássica dessa enfermidade é constituída por dismenorrea grave (cólicas intensas durante período menstrual), disporeunia (dor genital sentida antes, durante e/ou depois de intercurso sexual), dor pélvica crônica (DPC), infertilidade, menorragia (menstruação atipicamente algica e duradoura), disúria (ardência ou algia ao urinar) e disquezia (dor ou incômodo ao defecar), sendo os quatro primeiros relatados com maior frequência. No entanto, os sintomas podem ser os mais variados possíveis, uma vez que sofrem influência da área onde os focos endometrióticos estão localizados (27, 1, 28, 29, 5).

Além disso, em consonância (30,6), uma parcela das mulheres com endometriose apresenta poucos sintomas ou ainda, são assintomáticas. Podemos destacar que em torno de 1 a 2% das portadoras não esboçam sintomas (31), sendo assim, prediz que esse número é de 3 a 22%, o conjunto desse montante é de 50%. Então, essa variabilidade sintomática no quadro da doença dificulta o seu diagnóstico (26).

Todavia, esse não é o único fator responsável pelo diagnóstico tardio da endometriose. Outras variáveis pertinentes a esse contexto são: o fato de ainda hoje ter uma escassez de informações sobre essa condição para o público em geral e o próprio desconhecimento dos trabalhadores da área da saúde, também há algo muito comum que é naturalização da queixa apresentada pela paciente, isto é, na maioria das vezes entende-se que sentir dor durante o ciclo menstrual é algo normal, o que gera uma demora na procura clínica e na banalização do sintoma pela equipe de saúde (21, 22, 32, 26).

Apesar dessa patologia atingir cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva, representando mais de 180 milhões de pacientes no mundo, sendo que no Brasil esse número pode chegar a uma média de 7 milhões de portadoras, a idade média em que o diagnóstico é dado varia de 29 a 45 anos, mas isso não quer dizer que essa faixa etária seja a única que sofra desse mal, uma vez que há relatos de pacientes com

idades que variam de 10,5 até 80 anos de idade (33, 12, 34, 23, 6, 35).

Essa demora diagnóstica representa um grande impacto negativo na vida dessas mulheres, uma vez que as impede de ter acesso a intervenções adequadas precocemente, causando prejuízos em seus prognósticos, além de comprometer a sua qualidade de vida. Se não fosse por esse atraso, a dor poderia ser amenizada de maneira rápida e efetiva, poder-se-ia ter um melhor controle sobre a progressão da enfermidade, o que aumentaria as chances de se preservar a fertilidade da paciente, entre outros benefícios (21, 36, 37, 34).

Portanto, destaca-se que quando a mulher apresenta infertilidade a demora em descobrir que ela possui endometriose é de mais de 3 anos, podendo chegar a 12 anos quando a queixa é de dor pélvica (31). No entanto, descreve-se que no Brasil o diagnóstico tardio em quadros de infertilidade chega a 4 anos e ao se referir a algia pélvica esse número sobe para 7,4 anos. Entretanto, com a identificação tardia da enfermidade, de maneira geral, pode variar entre 7,9 a 11,7 anos (22) onde a mulher pode passar dez anos sem receber o diagnóstico adequado.

Ademais, os prejuízos vão além daqueles referentes ao comprometimento do bem-estar físico e emocional da paciente, eles repercutem também na vida financeira, tanto daquela que sofre, quanto na saúde pública, pois ao não saber que mal lhe aflige existe um aumento no número de consultas e do uso de medicamentos na tentativa de aliviar a dor. Em média, a mulher passa por quatro a cinco ginecologistas para enfim, receber um diagnóstico, mas nesse ínterim ela já consultou uma infinidade de outros profissionais, também há a perda monetária relativa ao absenteísmo no trabalho, e posteriormente, tem-se os gastos oriundos dos tratamentos corretos (31, 22).

Assim, como já foi citado acima, a dismenorrea é um dos principais sintomas da endometriose e é tão debilitante que sozinha responde por um déficit anual de 600 milhões de horas de labor nos EUA, gerando um rombo de 2 bilhões de dólares. Desta forma, ela é responsável por uma baixa na produtividade das trabalhadoras que representa um déficit de 10,8 horas semanais, além de mais 4,4 horas de absenteísmo em decorrência das manifestações da doença (27,31).

Nesta senda, Filho, Myung e Petta (38), apontam que no período de 2009 a 2013 essa enfermidade foi responsável por um gasto de 10,4 milhões de reais por ano no Brasil e Bento e Moreira (10), afirmam que no mesmo período houveram 71.818 internações em decorrência da doença. Já Souza (39) e colaboradores, ressaltam que esta afecção tem gerado altíssimos gastos ao governo e que a crescente busca por intervenção, seja ela clínica ou cirúrgica, tem aumentado muito nos últimos anos, gerando um impacto econômico ainda maior.

Alguns são os fatores responsáveis por caracterizar a endometriose como sendo algo comumente

qualificado como típico da mulher moderna, mas um dos principais deles é a sua relação com o estrogênio. Como dito anteriormente, esse hormônio exerce grande influência sobre o endométrio, uma vez que é ele que permite seu crescimento e esse mecanismo ocorre tanto no endométrio normal, quanto nos focos da doença^(16, 17).

Logo, quanto mais a mulher se expõe a um maior número de menstruações, mais suscetível ela fica⁽²²⁾. Atualmente a mulher passa por aproximadamente 400 ciclos menstruais, enquanto que até o início do último século esse número não passava de 40, pois anteriormente a menarca ocorria mais tardiamente, entretanto, a mulher tornava-se mãe muito mais cedo e tinha uma prole numerosa, dedicando-se a amamentar por um vasto intervalo de tempo, assim ela tinha uma proteção extra contra a doença porque em grande parte do tempo havia muita progesterona circulante em seu organismo devido as sucessivas gestações e maior período de amamentação, o que levaria os possíveis focos patogênicos a murcharem sem causar maiores danos⁽²¹⁾.

Entretanto, esses fatores protetivos de outrora já não fazem mais parte do contexto de vida da maioria das mulheres, uma vez que a inserção dos métodos contraceptivos no mercado de consumo lhe possibilitou uma quebra com os imperativos naturais de procriação, dando-lhe maior independência sobre o seu corpo, além de lhe permitir investir seu tempo e atenção em sua carreira profissional. Assim, o desejo de constituir uma família passou a depender da conquista, primeiramente, de sua estabilidade financeira^(31, 22, 12).

Portanto, a mulher da atualidade, além de menstruar mais cedo que dantes, agora se torna mãe tardiamente e tem uma menor quantidade de descendentes, ademais, sua inserção no mercado de trabalho possibilitou o acréscimo à exposição a fontes estressoras, o que também é uma peça chave no surgimento da endometriose, porque o estresse ocasiona elevação dos níveis de adrenalina, que é uma substância altamente relacionada com a produção de estrogênio^(21, 40, 37).

Contudo, há relatos dessa patologia que remontam a 1690, feitos por Daniel Shroen, em seu livro intitulado como "*Disputation Inauguralis Medica de Ulceribus Ulceri*", porém ainda não era descrita com a nomenclatura usual, que só foi cunhada em 1903. Já em 1860, Carl Von Rokitansky (Alemanha), ao examinar conteúdos de necropsia, notou que havia tecido endometrial no exterior do útero. Seus achados foram publicados em seu trabalho denominado "*Uterusdrüsen-Neubildungen in Uterus und Ovarial-Sarcomen*".

Em 1893, Friedrich Von Recklinghausen, relacionou esta condição com a permanência de endométrio na pelve. Cullen escreveu no prefácio de seu livro de 1908, sobre o que hoje seria denominado endometriose, que ao pesquisar um útero em 1882 que estava distendido quatro vezes mais do que seu

tamanho original, notou que isso ocorreu por causa de um adensamento difuso da parede anterior, ocasionado pela existência de glândulas procedentes do endométrio^(12, 41).

Entretanto, a primeira vez que o termo endometriose foi utilizado para descrever esse quadro clínico foi em 1903 por Mayer, que o usou ao descrever uma laparotomia feita em uma mulher acometida com dor pélvica crônica. O endometrioma, ou endometriose ovariana, foi identificado a primeira vez por Russel em 1899, que ao desempenhar uma intervenção cirúrgica de um adenocarcinoma no ovário sinistro, resolveu também examinar o órgão direito que aparentava estar normal, porém a análise microscópica deflagrou a presença de células da mucosa uterina. No entanto, nessa época não havia ninguém que se aventurasse a dar uma explicação plausível sobre a gênese desta condição, o que ocorreu apenas em 1927 quando Sampson lança uma teoria sobre sua etiopatogênese, porém, até o presente momento não há um arcabouço teórico que sozinho consiga explicar a origem da endometriose, sendo esta qualificada como multideterminada, sofrendo a influência de inúmeros fatores que ao se relacionarem contribuem para seu aparecimento^(21, 42).

3.2.1 ETIOPATOGÊNESE

A endometriose é um dos principais motivos de internação em nações industrializadas, além de ser uma das condições ginecológicas mais analisadas nesse último século, entretanto, sua etiopatogenia ainda não foi plenamente elucidada. Não existe uma única conjectura que explique, por si só, as variações desta patologia. Com isso, inúmeras teorias tentam explicar suas causas, produzindo assim, uma profusão de orientações terapêuticas, algumas delas carecendo de fundamentação científica adequada, mostrando-se inúteis na prática clínica^(43, 44, 21, 45, 10).

Por conseguinte, segue-se abaixo as principais teorias que tentaram esclarecer a procedência dessa patologia que ainda hoje permanece incerta.

3.2.1.1 HIPÓTESE DA MENSTRUÇÃO RETRÓGRADA

Concebida por Sampson em 1927, essa ainda é uma das conjecturas mais aceitas na explicação da patologia. Segundo esta hipótese, o sangue menstrual regressa para a cavidade uterina rumo às tubas, estando repleto de tecido endometrial viável. Quando o sangue adentra o abdômen não há como ele ser eliminado, a partir disso, as células endometriais se fixam, dando origem a nódulos que se desenvolvem da mesma forma como as células presentes no útero. Assim, a cada fase menstrual os focos invasores sangram, acarretando a elevação da quantidade de lesões na cavidade pélvica, o que por sua vez, gera o aparecimento de inflamações, algia, aderências e demais complexidades funcionais. Entretanto, o que

pode ser considerado como um ponto falho nessa teoria é o fato de que 70% a 90% das mulheres possuem menstruação retrógrada sem, no entanto, padecer com a doença. Isso porque, nesses casos, o organismo ao perceber a existência de tecido endometrial exótico produz uma resposta imunológica que o destrói. Portanto, naquelas em que não existe uma atuação efetiva do sistema imune a enfermidade se institui e evolui com o decorrer do tempo (43, 44, 22, 12, 39, 7).

3.2.1.2 HIPÓTESE DA METAPLASIA CELÔMICA

Propugnada por Iwanoffem 1898 e Meyer em 1899, postula que o epitélio celômico tem a capacidade de transmutar-se através de metaplasia em células endometriais. Essa propositura sofreu forte influência dos achados embriológicos de Gruenwald da década de 40, que descreviam uma gênese comum para os canais mullerianos, células da face ovariana e o peritoneu pélvico. O fato de que o processo de diferenciação celular pode continuar a ocorrer em alguns tecidos adultos dá suporte a essa teoria (44, 12, 7).

Contudo, se isso acontecesse, os homens também poderiam ser acometidos pela enfermidade, além do que, a metaplasia teria que ter sua quantidade elevada com o avançar da idade da portadora, o que não se vê com a doença, uma vez que ela se torna rara fora do período de idade fértil (45, 41, 35).

3.2.1.3 HIPÓTESE DA METÁSTASES LINFÁTICAS E VASCULARES

Ao observar nódulos endometriais em sítio retroperitoneal e em regiões afastadas do peritônio, Halban (1924) sugeriu que as células endometriais se alastravam por meio do sistema linfático. O que ficou conhecido como a teoria das metástases linfáticas e vasculares. Em 1927, Sampson contribuiu com essa hipótese, acrescentando a probabilidade de que o transporte dessas células também ocorra por meio de vias hematogênicas (44, 12, 7).

3.2.1.4 HIPÓTESE DOS RESTOS EMBRIONÁRIOS

Defendida por Russel em 1899, prediz que resíduos celulares do ducto de Muller conseguiriam passar por processo de diferenciação, transformando-se em tecido típico da mucosa uterina. Contudo, não se mostrou verossímil devido a dispersão anatômica discrepante e pela maior incidência da moléstia em idade reprodutiva (44, 7).

3.2.1.5 HIPÓTESE DA DISPERSÃO IATROGÊNICA

Segundo esta teoria quando a mulher passa por procedimentos cirúrgicos, eventualmente, algumas partículas de tecido endometrial podem se alocar nas cicatrizes cirúrgicas e disseminar-se pelo corpo por meio do transporte sanguíneo (7).

3.2.1.6 HIPÓTESE IMUNOLÓGICA

Das conjecturas aqui apresentadas, esta é a mais recente. E analisa a associação entre endometriose e variações no sistema imunitário. Foi elaborada para tentar explicar porque 10% das mulheres com menstruação retrógrada possuem um organismo inapto a reagir mediante a invasão de células endometriais. Apesar de ainda hoje esse processo permanecer indefinido supõe-se que mudanças na ação dos linfócitos, macrófagos e citocinas podem estar envolvidas (46,7).

3.2.1.7 HIPÓTESE GENÉTICA E FATORES AMBIENTAIS

Suspeita-se que exista risco elevado para o surgimento da endometriose em mulheres com familiares de primeiro grau já acometidas pela enfermidade (mãe/irmã), além disso, a manifestação da doença é qualificada como sendo mais intensa nesses casos. No entanto, isso pode ser explicado não só por questões genéticas como também pelo fato de compartilharem um estilo de vida semelhante. Referente aos fatores ambientais tem-se discutido a influência das dioxinas e de componentes quimicamente similares por função de suas ações imunossupressoras e por intervirem na trajetória da sinalização estrogênica (38,7).

3.2.2 FATORES DE RISCO

Com tudo, discriminam os seguintes fatores de risco para o surgimento da endometriose: nuliparidade, deformidades uterinas, menarca precoce, ciclos menstruais menores que 28 dias, sangramento menstrual maior do que uma semana, dismenorrea (além de ser um sintoma clássico, também atua como um fator preditivo), estresse, uso de cafeína e álcool (21).

Acredita-se que a dieta também tem grande importância nesse contexto, mas os estudos nessa vereda ainda são inconclusivos. Já o sedentarismo tem forte relação, uma vez que a prática de atividade física está associada à elevação sistêmica de citocinas que são dotadas de grande poder anti-inflamatório e de antioxidantes que tem como efeito a redução nos níveis de estrogênio (31, 12, 14, 6).

Afirmam que exposição intrauterina a dietilestilbestrol pode elevar as chances de o feto vir a desenvolver a doença em idade adulta. Isto porque, essa é uma substância capaz de deteriorar glândulas endócrinas, modificar sua função, ou ainda, perturbar o metabolismo de hormônios. Além disso, expõe que o consumo de bebidas à base de soja durante a infância pode influenciar o aparecimento da enfermidade por causa da quantidade de isoflavonas estruturalmente semelhantes ao estradiol.

Segundo ele, existem estudos que relatam que a falta de vitamina D contribui com doença, porém não há uma quantidade suficiente de estudos para corroborar tal relação. Além disso, há associação entre baixo índice de massa corpórea e manifestação da endometriose⁽⁴⁷⁾.

Nesta senda, é de suma importância que o profissional de saúde ao atender mulheres jovens leve esses fatores de risco em consideração para atentar-se de que o caso em questão pode ser um possível quadro de endometriose, uma vez que nesse grupo ferramentas como ultrassonografias e ressonância magnética podem não ser tão efetivas, pois elas podem apresentar dificuldade em demonstrar os focos iniciais da enfermidade⁽³⁾.

3.2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da endometriose pode ser feito através da averiguação do quadro clínico no qual, através de auscultação direcionada, o profissional procurará por queixas de dismenorreia, dor acíclica, dispareunia, variações intestinais durante período menstrual, relatos de dores e ardências urinárias. Também poderá realizar-se uma análise física por meio de averiguação executada por meio de toque vaginal e retal, a fim de se verificar a presença de espessamentos ou nódulos atrás do colo do útero, no fundo de saco vaginal dorsal e na parede retal. Do mesmo modo, deve-se examinar a presença de nódulos em cicatrizes de intervenções cirúrgicas, quando existirem^(21, 3, 12).

Apesar de não existir um marcador sérico exclusivo para a endometriose, pode-se solicitar um exame laboratorial no qual vão se analisar os níveis de CA-125, que é uma glicoproteína proveniente tanto do epitélio normal, quanto do neoplásico de procedência endometrial, endocérvice, nas tubas uterinas e células cancerosas no ovário. Deve-se averiguar a sua quantidade do primeiro ao terceiro dia do período menstrual, níveis acima de 100 U/ml indicam endometriose em fase avançada. Contudo, não é possível concluir o diagnóstico apenas com o suporte desse dado, uma vez que índice elevado de CA-125 também é encontrado em outras doenças^(43, 21, 12, 45).

Ademais, pode ser realizada investigação por meio de exame de imagem tais quais, ultrassom pélvico, transvaginal e de vias urinárias com preparo intestinal, ou ainda, ressonância magnética abdominal. Todavia, o procedimento diagnóstico mais efetivo é a videolaparoscopia, que é um processo cirúrgico infimamente invasivo, efetuado através da introdução de uma ótica através de uma incisura abdominal, permitindo a visão direta das áreas afetadas⁽²¹⁾.

Os implantes peritoneais comuns exibem coloração preta, marrom ou azul e podem haver cistos avermelhados com ou sem fibrose. Já os mais incomuns se apresentam sob a forma de petéquias, vesículas, placas, retrações, gânglios amarelos, brancos ou vermelhos. Este é um método que serve

tanto para diagnóstico, quanto para o tratamento da doença, pois depois de identificar os focos endometrióticos, segue-se à etapa onde ocorrerá a cauterização das regiões afetadas e se retirará as aderências encontradas. Contudo, o uso da cirurgia é recomendado com parcimônia, uma vez que essa doença exibe altos índices de recorrência, além do que, em quadros de endometrioma, deve-se ponderar que cirurgias repetitivas podem causar danos à reserva ovariana, comprometendo ainda mais a fertilidade da paciente^(43, 48).

Consequente ao diagnóstico é feito o estadiamento da doença que permitirá uma melhor compreensão do caso e a adoção da terapêutica mais indicada, como pode ser visto a seguir.

3.2.4 CLASSIFICAÇÃO DA ENDOMETRIOSE

De acordo com essa patologia pode ser categorizada tomando-se como base a profundidade dos nódulos endometriais. Portanto, quando há uma penetração de no máximo 2 mm sob a face do peritônio ela pode ser estadiada como superficial. Quando a infiltração se dá entre 2 a 5 mm é tida como intermédica e é caracterizada como profunda a partir de 5 mm⁽⁴⁹⁾.

Em consonância a endometriose pode se apresentar sob três formas específicas, assim tem-se: superficial peritoneal, é aquela encontrada no interior da cavidade pélvica; os endometriomas, são aqueles situados nos ovários e a endometriose profunda, sendo esta a mais severa⁽⁴⁰⁾.

No entanto, o sistema classificatório mais utilizado atualmente é o sistema de escore revisado da *American Fertility Society* (RAFS), atualmente intitulada como *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM), pautado em informações sobre a dimensão, profundidade e as áreas aonde se instalam os nódulos endometriais, além de ponderar sobre a severidade das aderências. Com isso tem-se: Primeiro estágio, ou doença mínima, caracterizado por implantes endometrióticos insulados e carente de aderências significativas; segundo estágio, ou doença leve, com focos superficiais inferiores a 5 cm, dispersos entre peritônio e ovários, também não há aderências relevantes; terceiro estágio, ou doença moderada, qualifica-se pela presença de vários nódulos, sejam eles superficiais ou profundos, com aglutinação peritubária e periovariana notória; quarto estágio, ou doença severa, há uma abundância de focos profundos e superficiais, existindo endometriomas bem extensos, também há membranas e aderências espessas^(44, 1, 50, 45, 34).

3.2.5 TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

Esta é uma patologia na qual se é impossível falar em cura, até o presente momento. Os diversos tratamentos disponíveis, desde os mais sutis até os mais severos, tais quais as intervenções cirúrgicas,

têm como função mitigar os sintomas, a fim de se melhorar a qualidade de vida das pacientes ^(11, 21).

Percebeu-se nas últimas duas décadas que a severidade do quadro clínico não está diretamente associada com os locais das lesões, muito menos com a quantidade dos implantes apresentados, tendo como consequência o fato de que se tornou imprescindível ter como foco terapêutico o alívio dos sintomático, ao invés de ter como objetivo primeiro a eliminação dos focos endometrióticos. Até porque essa enfermidade é recidiva e progressiva em 30% a 60% dos casos ^(43, 44, 51).

A eleição do tratamento é pautada na singularidade da paciente e deve-se ponderar sobre a intensidade dos sintomas, dimensão e localização da moléstia, o desejo em gestar, idade, efeitos colaterais das medicações, possíveis complicações cirúrgicas e o valor financeiro dos métodos terapêuticos, sendo que esses se enquadram em dois grandes grupos: intervenções clínicas e cirúrgicas ^(34, 32, 35).

A terapêutica clínica consiste no uso de medicamentos como anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos e os de ação hormonal tais quais, anticoncepcionais combinados orais (ACO), progestagênios, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH), letrozole, danazol e gestrinona. Assim, o manejo hormonal objetiva criar um estado de pseudogravidez, pseudomenopausa, ou ainda anovulação crônica, pois com isso inviabiliza-se as condições necessárias ao implante e desenvolvimentos dos focos endometriais. Logo, todas as terapêuticas hormonais têm como efeito a minimização da algia presente na endometriose e possuem efetividade semelhante entre si ^(34, 35).

Progestágenos: Possuem ação anti-mitótica que estimula a decidualização tanto do endométrio uterino, quanto daquele que está em localização extrauterina, fazendo com que as lesões endometrióticas murchem. Por isso, promovem redução da dor, minimização das lesões, além de reduzir as recidivas pós-cirúrgicas. Está relacionado com uma pior regulação do ciclo menstrual quando comparado com os ACO ^(39, 51).

Análogos do Hormônio Liberador das Gonadotrofinas (GnRH): Atuam unindo-se de maneira ininterrupta e não pulsátil aos receptores da GnRH, tendo como efeito a dessensibilização hipofisária e a parada do eixo hipófise/ovário caracterizando um ambiente hormonal de hipogonadismo hipogonadotrófico. O hipoestrogenismo leva ao declínio endometrial, produzindo um estado de amenorreia secundária e atua diretamente nas regiões afetadas. Seus efeitos adversos ocorrem porque atua produzindo uma pseudomenopausa, portanto, são relatados: secura vaginal, queda da libido, depressão, irritabilidade, fadiga e perda mineral óssea., impossibilitando seu uso por período de tempo superior a seis meses ^(39, 51).

Inibidores da Aromatase: Conjunto de medicamentos que tem por ação inibir ou desnaturar a aromatase, enzima responsável por

acelerar o processo de transformação androgénios em estrogénios ⁽⁵¹⁾.

Outros: Além desses tratamentos, também pode ser indicado a realização de terapias alternativas para redução de estresse tais como, reflexologia, homeopatia, estimulação elétrica nervosa, acompanhamento nutricional, acupuntura, psicoterapia, massoterapia, suplementação vitamínica e prática de exercícios físicos, Yoga e pilates ⁽²¹⁾.

Já as intervenções cirúrgicas são alicerçadas na citorredução dos focos endometriais e restabelecimento da anatomia pélvica. Essencialmente é feita por videolaparoscopia que promove a melhoria da qualidade de vida da paciente, com redução da dor e preservação da fertilidade ⁽⁷⁾.

Entretanto, algumas dessas terapêuticas possuem características que inviabilizam ou denotam extrema cautela quando são prescritas para adolescentes, por essa ser uma fase peculiar do desenvolvimento humano onde os efeitos de alguns medicamentos podem atrapalhar no processo de maturação e bem-estar do organismo como um todo. Tal processo será melhor explanado nos tópicos subsequentes onde se analisará as peculiaridades dessa faixa etária e um dos tratamentos mais benéficos à mulher jovem.

3.3 PECULIARIDADES DA ENDOMETRIOSE NA ADOLESCENTE

A adolescência corresponde a um intervalo temporal de maturação física, psicoemocional, afetiva e sexual na qual o sujeito transita da infância rumo à idade adulta, inserindo-se gradualmente nos ditames sociais e culturais típicos da maioridade. Segundo Eisenstein ⁽⁵²⁾, a extensão cronológica dessa fase, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) vai de 10 a 19 anos.

Um dos maiores problemas quando se trata da endometriose na adolescência é a descrença de alguns profissionais de que essa doença ocorra nessa faixa etária. Apesar de ela ser definida como uma enfermidade própria do período reprodutivo, ou seja, também engloba a adolescência, muitos ginecologistas e demais profissionais da área de saúde não admitem sua existência nesse público. O que pode ser evidenciado na pouca quantidade publicações e estudos realizados tendo por foco essa temática, porém nos últimos anos isso tem mudando, até porque os dados de prevalência da endometriose na mulher jovem são bem expressivos ^(53, 21, 45, 37, 13).

Cerca de 66% das pacientes adultas narram a ocorrência dos primeiros sintomas com idade inferior a 20 anos e estima-se que a endometriose atinge de 4 a 17% das adolescentes. Quando há histórico de dor pélvica esse número pode variar de 47% a 73% das jovens que passaram por laparoscopia. Um dos empecilhos existentes ao se tentar analisar a taxa de prevalência dessa condição em adolescentes é o fato de que grande parte dos estudos se baseiam em população muito específica, isto é, na maioria das

vezes são examinadas jovens com queixa de dismenorreia ou dor pélvica que passaram por procedimento cirúrgico ^(11, 12, 13, 14).

Conforme apontada a endometriose pélvica é a afecção mais frequente nesse público. E Andres e colaboradores ⁽⁵³⁾, descrevem a Dor Pélvica Crônica (DPC) acíclica e a dismenorreia como uma das principais queixas, que juntas correspondem a 75% de incidência. Os outros sintomas mais habituais são dispareunia profunda, perturbações urinárias e intestinais durante o ciclo menstrual ⁽¹¹⁾.

Além disso, cistos endometrióticos são raramente vistos nessa faixa etária, porém, há outros indicativos físicos da enfermidade, entre os quais se podem citar: útero fixo e retrovertido, anomalias nos ligamentos uterossacos, lateralização da cérvix e estreitamento cervical ⁽¹¹⁾.

Estabelecida a existência de duas espécies de endometriose na adolescente, a primária, que pode anteceder a ocorrência da menarca e uma outra relacionada a perturbações inatas obstrutivas, produzidas por modificações no útero ou por oclusão do fluxo anterógrado. Há uma conjectura que explica a ocorrência da doença pré-menarca através de episódios hemorrágicos intrauterinos durante a fase neonatal, estimuladas por mudanças endometriais. Mas, além disso deve-se levar em consideração a possível ação de células endometriais mesenquimatosas como prógona dessas lesões. Há também a hipótese de que células estaminais se aloquem na cavidade abdominal por meio de transporte retrógrado, onde conservam-se e mediante meio favorável ao seu desenvolvimento, evoluem, tendo por consequência o aparecimento das feridas ⁽⁵⁴⁾.

As lesões endometriais nessa população podem manifestar-se sob inúmeras formas. Sua aparência pode alternar entre o preto, castanho, vermelho ou translúcido. Na doença primária, geralmente não se verifica o aparecimento de tecido glandular, havendo, porém, estroma intensamente irrigado, estoques de hemosiderina, considerável quantidade de macrófagos e agentes inflamatórios. Ainda que haja discrepância entre o aspecto clássico e a falta de glândulas, estas feridas podem ser categorizadas como endometriose por causa da existência das hemosiderinas e da efetividade do tratamento cirúrgico e hormonal nesses casos ⁽⁵⁵⁾.

A repercussão de efeitos estrogênicos maternos ou de fluídos pré-púberes pode ser capaz de incitar a angiogênese em focos endometrióticos que adentram a cavidade peritoneal no decorrer da fase neonatal, ocasionando o desenvolvimento de feridas sutis e precoces que darão origem posteriormente, à endometriose. Portanto, há uma conjunção do papel da menstruação retrógrada, das células estaminais e do refluxo hemorrágico no interior do útero em fase neonatal que ao inter-relacionar-se podem oferecer uma explicação plausível das peculiaridades da doença na mulher jovem ⁽¹³⁾.

3.4 O PAPEL DOS ACOs NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA ADOLESCENTE

Até a década de 1950 não existia um contraceptivo com eficácia comprovada e de boa usabilidade pelas mulheres. Portanto, para que elas pudessem exercer um pouco de controle sobre esse aspecto de suas vidas, recorriam a métodos amparados pelo senso comum, o que poderia as expor a uma horda de efeitos adversos, colocando sua saúde em risco, além de, essas técnicas, muitas vezes falharem na única função que motivava seu consumo ⁽¹⁵⁾.

Foi nesse período e para sanar essa problemática que entraram em ação as feministas Margareth Sanger e Katherine Mc Cormick que contactaram o biólogo Gregory Picus e financiaram sua pesquisa por mais de 15 anos, a fim de criar-se um medicamento seguro, acessível e de uso oral que pudesse dar a mulher um maior controle sobre o seu corpo, permitindo o rompimento desse limite biológico imposto pelo imperativo da reprodução ^(56, 57).

Assim, em 1960 já estava disponível no mercado de consumo americano o primeiro anticoncepcional hormonal oral, o Enovid, sendo este de suma relevância para a revolução sexual ocorrida nessa década e para a conseqüente independência feminina. Com o passar dos anos notaram-se que contraceptivos com baixa dosagem de hormônios continuavam sendo efetivos, porém, evocavam uma menor quantidade de efeitos adversos, o que levou a formulações cada vez mais confiáveis ^(15, 32).

No entanto, as pílulas anticoncepcionais apresentam outros efeitos para o organismo, além da contracepção. E um desses efeitos é a melhoria da qualidade de vida da paciente com endometriose por reduzir os quadros de dor. Isso é especialmente importante ao saber que a adolescente com endometriose, por exemplo, apresenta altas taxas de absenteísmo escolar devido a intensidade das dores, que acaba por ser um fator restritivo na vida da jovem mulher, pois ao conviver periodicamente com a algia, a sua rotina passa a ser pensada em função dela. Assim, não só a sua carreira escolar é prejudicada, uma vez que ela acaba perdendo eventos e oportunidades importantes, por causa de algo que lhe é extremamente debilitante ^(36,37).

Nesse sentido, apontam-se que elas são a primeira linha de tratamento dessa doença. Elas se dividem em pílulas combinadas, estrogênio e progesterona semelhantes ao secretado pelo organismo feminino e em pílulas simples ou minipílula, que contêm apenas progesterona ^(29,34).

Os ACOs fazem parte da primeira linha terapêutica porque possuem grande acessibilidade devido ao seu custo, exibem raras reações adversas e podem ser usados a longo prazo, o que é ótimo, uma vez que a endometriose é uma doença crônica e progressiva ^(11, 39, 29).

Ademais, o uso de GnRH não é indicado para pacientes com idade inferior a 18 anos, devido a

desmineralização óssea. Outrossim, os procedimentos cirúrgicos por serem invasivos não são indicados como primeira opção de tratamento, além de estarem relacionados a possíveis complicações urinárias, intestinais e vasculares subsequentes. Portanto, há evidências que corroboram que o uso de ACOs é tão útil no alívio dos sintomas da endometriose, tal qual a maioria dos outros medicamentos utilizados, ainda mais quando seu consumo se dá de forma contínua. Não obstante, seu uso no público adolescente traz grandes vantagens porque além de apresentar uma alta efetividade no combate ao quadro sintomático da doença, possui pouquíssimos efeitos adversos quando se comparado aos anti-inflamatórios não esteroides, que também são um recurso terapêutico e não prejudica no desenvolvimento de tecido ósseo como no caso do GnRH, além de atuar também, como um redutor das taxas de gravidez na adolescência (58, 8, 29).

Os ACOs têm como mecanismo de ação o cessar da secreção da gonadotrofina, que é uma glicoproteína hormonal liberada pela hipófise, de maneira tal a não permitir que essa glândula envie sinais essenciais para produção da ovulação. Isto é, o agente estrogênico presente veta a dispensa de FSH, impedindo o processo de maturação folicular, enquanto que o agente progestogênico impede a emissão de LH o que acaba por impedir a ovulação. Esse sistema é importante ao se saber que uma combinação da hipótese da menstruação retrógrada com a hipótese imunológica, supracitadas, é bem aceita como a melhor teoria para elucidar a origem da doença (11, 59, 15, 29).

Então, a atuação dos ACOs ao reduzir a camada endometrial e suspendendo a ovulação impactam positivamente o tratamento, pois minimiza a extensão tecidual geradora de prostaglandina, substância essa que, juntamente com as citocinas pró-inflamatórias e quimiocinas liberadas pelos focos endometriais extrauterinos são responsáveis pela elevação da dor pélvica (60, 58, 39, 61, 48).

Essas pílulas ainda podem ser subdivididas em monofásicas, bifásicas e trifásicas. Na primeira, as quantidades de ambos os hormônios que a compõe são iguais. Já nas outras duas, a proporção de esteroides e o tipo deles pode oscilar nas diversas fases do ciclo de ingestão. Os monofásicos são os mais comumente utilizados no Brasil e o uso dos trifásicos não é indicado no tratamento da endometriose por possuírem pequenas e inconstantes porções de progestagênios no decorrer do mês (62, 11).

Assim, tem-se que o agente estrogênico mais utilizado nos ACOs atuais é o etinil estradiol e sua quantidade pode oscilar da seguinte maneira: 15 µg, compõe as pílulas de ultrabaixa dosagem; 20 a 30 µg, são denominados de baixa dosagem; 35 µg, são consideradas de dosagem média. Os progestágenos, por sua vez, foram obtidos por meio da supressão do carbono 19 da etisterona, que é um derivado da testosterona. Logo, os derivados da 19-nortestosterona mais comuns são divididos em dois

grupos essenciais, os estranos e gonanos. Os últimos têm ação progesteracional mais elevada por unidade de peso do que os estranos, o que lhes permite serem usados em menor proporção sem perda de efetividade. Torna-se crucial ressaltar o fato de que quanto maior a dose dos esteroides, mais comum será a ocorrência de efeitos adversos, deste modo, na terapêutica da endometriose na adolescência são indicados os de dose mais inferior de etinil estradiol (29).

Com base no que já foi exposto até o momento, sabe-se que o diagnóstico da doença pode ser muito letárgico, mas ela continua progredindo, trazendo mais e mais prejuízos ao bem-estar físico e emocional da mulher. Contudo, um elemento preponderante na relação dos ACOs com a endometriose é que seu uso terapêutico não depende de qualquer diagnóstico. Com isso, a jovem com suspeitas de ser portadora da enfermidade pode começar o tratamento hormonal o mais rápido possível, melhorando sumariamente a sua qualidade de vida, pois com isso a rotina da adolescente não é mais governada em função da algia, ela recupera o domínio de sua existência, deixando de ser refém da dor (53, 35).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que devido a cronicidade, aliada ao caráter progressivo e debilitante da endometriose, a vida de suas portadoras é perturbada em seus mais variados aspectos. Sintomas como dismenorreia, dispareunia e dor pélvica crônica podem afetar seus rendimentos acadêmicos, profissionais, prejudicar relacionamentos amorosos, uma vez que as dores podem desestimular a mulher a entrar em contato mais íntimo com seu parceiro. Além disso, também afeta sua vida social, através da perda de eventos familiares e de momentos que poderiam ser desfrutados com os amigos. É em decorrência disso que alguns dos artigos utilizados para a confecção dessa obra apontam a depressão e ansiedade como comorbidades comuns às endomulheres.

Esse cenário torna-se ainda pior, porque o senso comum exerce um papel muito forte de naturalizar as queixas típicas dessa enfermidade, levando a uma banalização dos sintomas e a uma não procura de ajuda especializada ou ainda, uma procura tardia. Tudo isso tem por consequência o atraso no diagnóstico, portanto, demora-se também para se ter a disposição um tratamento próprio a essa condição.

Deste modo, é de suma relevância promover a informação tanto ao público leigo, quanto aos profissionais da área da saúde, já que a maioria das mulheres adultas com endometriose referiram apresentar os sintomas ainda na adolescência, mas só foram diagnosticadas e devidamente tratadas anos mais tarde. Informação de qualidade pode reverter esse contexto, uma vez que a literatura prediz que quando a mulher apresenta suspeitas dessa moléstia, ela já pode começar o tratamento medicamentoso

através do uso de ACOs, analgésicos e outros, sem depender de um diagnóstico fechado. Isso traz um impacto extremamente positivo para a vida delas, pois ao retirar ou reduzir sintomas dolorosos elas tornam-se aptas a desbravar as mais diversas possibilidades, sem se preocupar com aqueles incômodos constantes e intensos que lhe retiravam a paz.

Contudo, faz-se necessário frisar que mesmo com tratamento medicamento ou cirúrgico é importante que

a paciente tenha um acompanhamento médico regular, porque como já foi dito ao longo desta revisão, a endometriose não tem cura. Mesmo quando se retiram os focos endometriais através de cirurgia, eles podem reincidir. No entanto, apesar de não haver erradicação completa e permanente dessa condição, existe a possibilidade de atenuar seus sintomas e melhorar exponencialmente a qualidade de vida dessas jovens mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de saúde e economia: Endometriose. Brasília, Ano VI, nº 11, Dez. de 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33884/412285/Boletim+Sa%C3%BAde+e+Economia+n%C2%BA+11/de6e4348-4793-477a-8371-357fa6b3f0f1>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
2. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, Issue 3. Art. No.: CD009157. doi:10.1002/14651858.CD009590.pub2. Disponível em: <https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/25759/Brown_Endometriosis_an%20overview_CD009590_CochraneSysRev_2014.pdf?sequence=8> Acesso em: 25 fevereiro 2019.
3. Podgaec S. Roteiro Diagnóstico da Endometriose. In: PODGAEC, S. (Coord.). Manual de Endometriose. São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014, Cap.6 p.34.
4. Ezzat L. Medical treatment of endometriosis: an update. *Int. J. Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017 Oct;6(10):4187-4192. Disponível em: <<https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/download/3207/2800>> Acesso em: 25 Fevereiro 2019.
5. Swailum MB. et.al. Oral Contraceptives for Endometriosis Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Austin J. Obstet Gynecol.* 2017; 4(4): 1082. Disponível em: <<http://austinpublishinggroup.com/obstetricsgynecology/download.php?file=fulltext/ajog-v4-id1082.pdf>> Acesso em: 29 fevereiro 2019.
6. Alves K, Gomes NA. A ressonância magnética no diagnóstico de endometriose profunda com acometimento intestinal: relato de caso. *Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 15, n. 38, jan./mar. 2018 ISSN 2318-2083. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/download/955/u2018v15n38e955>> Acesso em: 18 fevereiro 2019.
7. Conceição LL, Figueiredo BTS, Borges RC. Aspectos fisiopatológicos, causas e métodos de diagnóstico da endometriose. IN.: 13 Simpósio de TCC e 6 Seminário de IC da Faculdade ICESP, 13, 2018, Brasília, Anais. Brasília, 2018. p. 405-411. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivo_s_up/documentos/artigos/ec91b8ce0fb6b902fd78235f6ca253d9.pdf> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
8. Grand TS, Basarir H, Jackson LJ. The cost-effectiveness of oral Contraceptives compared to 'no hormonal treatment' for endometriosis – related pain: Aneconomic evaluation. *Rev. PLoS ONE*, 2019, 14(1): e0210089. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210089>> Acesso em: 29 fevereiro 2019.
9. Lubianca JN. Opções de Anticoncepção na Adolescência. OPAS/OMS – Representação Brasil. Brasília, out. de 2016. ISBN: 978-85-7967-108-1 Vol. 1, Nº 17. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1545&Itemid=423> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
10. Bento PAS, Moreira MC. Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 8(2):457-63, fev., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9694/9752>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
11. Amaral VF. Endometriose Pélvica em Adolescentes. In: PODGAEC, S. (Coord.). Manual de Endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014, Cap. 13, p.74-82.
12. Barbosa DAS, Oliveira AM. Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina. *Rev. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO*, v.1, n. 01:jul-dez.2015. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/116>> Acesso em: 18 fevereiro 2019.
13. Dominguez BRF. Endometriose na mulher jovem: infertilidade como futuro inevitável? 53 f. 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade De Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2017. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82087/1/Download%20File.pdf>> Acesso em: 26 fevereiro 2019.
14. Costa A. et.al. Tratamento da endometriose pélvica: uma revisão sistemática. *Rev. Científica Fagoc Saúde*, V. 3, ISSN: 2448-282X, 2018. Disponível em: <<http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/368>> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
15. Lopes MB. Cinquenta anos da pílula anticoncepcional. 71 f. 2014. Monografia (Curso de Química) - Universidade Federal Fluminense Instituto de Química, 2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/69528552-Cinquenta-anos-da-pilula-anticoncepcional.html>> Acesso em: 11 fevereiro 2019.
16. Borges TFC, Tamazato APS, Ferreira MSC. Terapia com Hormônios Sexuais Femininos e Fenômenos Tromboembólicos: uma Revisão de Literatura. *Rev. Ciências em Saúde* v5, n2, 2015. Disponível em: <http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit_zero/article/viewFile/334/256> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
17. Vieira VS. et.al. Estudo de caso: avaliação hormonal feminina de casal infértil. *Journal of Medicine and Health Promotion.* 2017; 2(4):730-734. Disponível em: <<http://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=136c2fe9a171d460f237ea5570aacab4b9.pdf>> Acesso em 21 fevereiro 2019.
18. Oliveira J. et.al. Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição. *Rev. RBAC.* 2016;48(3):198-210. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/315741053_Padroo_hormonal_feminino_menopausa_e_terapia_de_reposicao_Female_hormone_pattern_menopause_and_replacement_therapy> Acesso em: 22 fevereiro.
19. Nascimento CFL. Psicopatologia e Qualidade de Vida na Endometriose. 146 f. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Da Beira Interior, Ciências Sociais E Humanas, Covilhã, 2017. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4460>> Acesso em: 22 fevereiro de 2019.
20. Silva EC, Abrantes JM, Silva SD. Anovulatórios como preventivo ou tratamento para endometriose. Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Faculdades Promove, Brasília, S/D. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/32744785-Anovulatorios-como-preventivo-ou-tratamento-para-endometriose-anovulatory-for>>

- preventive – or-treatment-for-endometriosis.html> Acesso em: 19 fevereiro 2019.
21. Bento PASS, Moreira MCN. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280309, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280309.pdf>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
22. Baumart GP. Vamos falar sobre endometriose? *Rev. Ciência em Pauta*, Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133660/Revista%20endometriose%20-%20Gena%C3%ADna%20Baumart.pdf?sequence=1>> Acesso em: 19 fevereiro 2019.
23. Amaral PP. et.al. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose. *Rev. Científica FAEMA, Ariquemes*, v. 9, n. edesp, p. 532-539, maio-jun, 2018. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/rcf.v9iedesp.583/543>> Acesso em: 30 janeiro 2019.
24. Podgaec S. Introdução. In. PODGAEC, S. (Coord.). *Manual de Endometriose*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2014, p.9.
25. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Rev. Adolescência & Saúde*. V. 2, nº 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=167&nomeArquivo=v2n2a02.pdf> Acesso em: 10 Março 2019.
26. Melo N.R. *Endometriose classificação e tratamento*. São Paulo, Ed. Arte de cuidar LTDA, 2016.
27. Wong CL. et.al. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhea. *Reviews, The Cochrane Library*, 2009, Issue 4. Art. No.: CD002120. DOI: 10.1002/14651858.CD002120.pub3. Disponível em: <https://www.cochrane.org/CD002120/MENSTR_combined-oral-contraceptivepill-ocp-as-treatment-for-primary-dysmenorrhoea> Acesso em: 29 Janeiro 2019.
28. Marqui A.B.T.Silva M.P.C. Irie G.R.F. Disfunção sexual em endometriose: uma revisão sistemática. *Rev. FMRP USP Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(5): 478-490. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/112597/110495>> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
29. Neme RM. Benefícios do uso do ACO sem parar no tratamento da endometriose. São Paulo, Ed. EPM – Editora de Projetos Médicos LTDA, 2016.
30. Oliveira MVO. et.al. Benefícios não contraceptivos do sistema intrauterino liberador de levonorgestrel na endometriose. *Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa* v. 12, n. 27, abr./jun. 2015, ISSN 2318-2083. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/383/u2015v12n27e383>> Acesso em: 24 fevereiro 2019.
31. Marqui ABT. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. *RevEnferm Atenção Saúde*, [Online]. jul/dez 2014; 3(2):97-105. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/809>> Acesso em: 14 fevereiro 2019.
32. Figueiredo KC. et.al. Endometriose: Uma Doença Silenciosa. In: *Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*, 2016, Campina Grande. Anais eletrônicos I CONBRACIS. Disponível em: <<http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/resumo.php?idtrabalho=523>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
33. Filho JSC, Souza CAB. Abordagem Clínica da Mulher Infértil com Endometriose. In. PODGAEC, S. (Coord.). *Manual de Endometriose*. São Paulo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2014, Cap. 9, p.47-50.
34. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalm.s.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/02/Portaria-SAS-879-PCDT-Endometriose-12-07-2016-ATUALIZA----O.pdf>> Acesso em: 24 fevereiro 2019.
35. Borges AJS. Aspectos atuais da endometriose. 32 f. 2018. Monografia (Curso de Medicina) - Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Luís, 2018. Disponível em: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2363/1/Afr%c3%a2nio%20Jos%c3%a9%20Silva.pdf>> Acesso em: 13 fevereiro 2019.
36. Dun EC. et.al. Endometriosis in Adolescents. *JournalScientificPaper*, 2015 V. 19 Issue2 e2015.00019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277144046_Endometriosis_in_Adolescents> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
37. Saridoğan E. Endometriosis in teenagers. *Ver Womens Health*, 2015, 11(5), 705–709 ISSN 1745- 5057. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2217/whe.15.58>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
38. Filho ND, Myung L, Petta CA. Aspectos Epidemiológicos. In. PODGAEC, S. (Coord.). *Manual de Endometriose*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), 2014, Cap. 2, p.10-18.
39. Souza TR. et.al. Tratamentos na Endometriose: Uma revisão sistemática. *Rev. ConScientiae Saúde*, 2015;14(4):655-664. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92945642018.pdf>> Acesso em: 19 fevereiro 2019.
40. Donatti L. Endometriose, um estudo correlacional: estratégias de enfrentamento (coping), depressão, stress e dor. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica De São Paulo, PUC-SP, São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15390/1/Lilian%20Donatti.pdf>> Acesso em: 24 fevereiro 2019.
41. Fernandes LF. Caracterização morfológica da endometriose ovariana. 108 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Obstetria e Ginecologia, São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12012016-104822/publico/LuizFlavioCordeiroFernandes.pdf>> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
42. Netto MCS. Endometriose: Revisão de literatura. 45 f. 2017. Monografia (Curso de Medicina) – Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, São Luís, 2017. Disponível em: <<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2508/1/Ma-noeldeCastroSilvaNetto.pdf>> Acesso em: 22 de fevereiro.
43. Cardoso EPS, et.al. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. *Rev.Ciência et Praxis* v. 4, n. 8, 2011. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2216>> Acesso em: 22 fevereiro 2019.
44. Santos DB. et.al. Uma abordagem integrada da Endometriose. Bahia, Ed. UFRB, 2012.
45. Cacciatori FA, Medeiros JPF. Endometriose: uma revisão da literatura. *Rev. Iniciação Científica, Criciúma*, v. 13, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2687>> Acesso em: 22 fevereiro 2019
46. Podgaec S. Padrões de resposta imune em pacientes com endometriose. 87 f. 2006. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2006/927172_6.PDF> Acesso em: 27 fevereiro 2019.
47. Ribeiro DS. Etiopatogenia da Endometriose – Estado da Arte. 46 f. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade De Coimbra, Portugal, 2016.

- Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82254/1/Trabalho%20final%20Dora%20Ribeiro%20-%20FINALpdf.pdf>> Acesso em: 26 fevereiro 2019.
48. Grandi G. et al. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1550576>> Acesso em: 11 fevereiro 2019.
49. Koninckx PR, Martin DC. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Rev. Fertil Steril*, v. 58, n.5, p. 924-928, 1992. Disponível em: <[http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)55436-3/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)55436-3/pdf)> Acesso em: 13 março 2019.
50. Neme RM, Filho JSC, Souza CAB. Classificação da Endometriose. In: PODGAEC, S. (Coord.). *Manual de Endometriose*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014, Cap.7 p.35-44.
51. Carvalho MJ, et al. Endometriosis – medical treatment Portuguese consensus recommendation. *Rev. Acta Obstet. Ginecol. Port.*, 2016;10(3):257-267. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000300011> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
52. Silva CV. Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960. 187 f. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25248>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
53. Andres MP. et al. Endometriosis is an important cause of pelvic pain in adolescence. *Rev. Assoc. Med. BRAS.*, 2014; 60(6):560-564. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/67e2/cd855e70d0ab97ee4b7a7379213ac1aa0e65.pdf>> Acesso em 30 janeiro 2019.
54. Brosens I, Puttemans P, BENAGIANO G. Endometriosis: a lifecycle approach? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2013;209(4):307-16, Oct. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.009>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
55. Marsh EE, Laufer MR. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Rev. Fertility and Sterility* V. 83, No. 3, Mar. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.08.025>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
56. Gonçalves LS. A mulher em situação de violência doméstica e familiar: a manutenção do vínculo trabalhista. 51 f. 2016. Monografia (Curso de Direito) - Universidade Federal Do Rio Grande, FURG, Faculdade De Direito, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.furg.br/handle/1/7394>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
57. Ayres LS. Sistema Caliceína - Cínicas e Estresse Oxidativo na Infertilidade Feminina Induzida por Cisplatina. 69 f. 2018. Tese (Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179478/001066099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 23 fevereiro 2019.
58. Hoffman BL et al. *Ginecologia de Williams*. Porto Alegre, 2ed. AMGH, 2014.
59. Branco CM, Figueiredo IV. Prós e Contras da Contraceção Hormonal. *Rev. Acta Farmacêutica Portuguesa* 2014, vol. 3, n. 2, pp. 113-122. Disponível em: <<http://www.actafarmacaportuguesa.com/index.php/afp/article/download/51/86>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.
60. Rossi LM. Imunoexpressão da aromatase, ciclooxigenase-2 e receptores de estrógeno em ligamentos uterosacrais de mulheres portadoras de endometriose pélvica profunda. 113 f. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp126651.pdf>> Acesso em: 21 fevereiro 2019.
61. Brown J. et al. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018, Issue 5. Art. No.: CD001019. DOI: 10.1002/14651858.CD001019.pub3. Disponível em: <<https://www.cochranbrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001019.pub2/mdia/CDSR/CD001019/CD001019.pdf>> Acesso em: 10 fevereiro 2019.
62. Brasil Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. 4ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> Acesso em: 20 fevereiro 2019.

Como citar (Vancouver)

Rezende JWF, Vitorino KA. O uso de anticoncepcionais orais combinados na melhoria da qualidade de vida de adolescentes com endometriose. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente* [Internet]. 2019;10(1): 93-105. doi: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v10iedesp.776>