



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VIELCEKETLIN FRANCO VIANA

**RASTREAMENTO DE MULHERES COM SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA
DE ENDOMETRIOSE ENTRE ESTUDANTES, PROFESSORAS E
FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA

2019

VIELCEKETLIN FRANCO VIANA

RASTREAMENTO DE MULHERES COM SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE
ENDOMETRIOSE ENTRE ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS
DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Programa de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camila Teixeira

Moreira Vasconcelos

Coorientadora: Ms. Enf. Dayana Maia
Saboia.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vlr VIANA, VIELCEKETLIN.
RASTREAMENTO DE MULHERES COM SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE
ENDOMETRIOSE ENTRE ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / VIELCEKETLIN VIANA. – 2019.
64 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. CAMILA TEIXEIRA MOREIRA VASCONCELOS.
Coorientação: Prof. Me. DAYANA MAIA SABOIA.

1. DISTÚRBIOS MENSTRUAIS. 2. SAÚDE DA MULHER. 3. ENDOMETRIOSE. I. Título.

CDD 610.73

VIELCEKETLIN FRANCO VIANA

RASTREAMENTO DE MULHERES COM DISTÚRBIOS MENSTRUAIS E
SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE ENDOMETRIOSE ENTRE ESTUDANTES,
PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Programa de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ms. Enfa. Dayana Maia Saboia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Kathiane Lustosa Augusto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Fátima e João Batista.

Minhas irmãs Bruna e Raquel.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À Universidade Federal do Ceará e ao Movimento Estudantil por me ensinarem a constantemente lembrar o meu lugar no mundo e a sempre lutar pelas minorias.

À Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos pela excelente orientação e suporte acadêmico durante esses cinco anos de curso. Obrigada pela confiança e paciência.

Aos participantes da banca examinadora Enfa. Ms. Dayana Maia Saboia e a Dr. Kathiane Lustosa Augusto pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos colegas da turma de graduação e aos professores do Departamento de Enfermagem pelos ensinamentos, reflexões, críticas e sugestões recebidas.

Aos meus pais, Fátima e João Batista, às minhas irmãs Bruna e Raquel, à minha madrinha Francisca Maria e à minha avó Maria Franco por todo o suporte emocional e financeiro que me permitiram concluir esse período de graduação. Obrigada por lutarem tanto por minha educação e nunca me deixarem perder a fé. Eu nunca poderia ter conquistado nada sem vocês. Amo vocês.

Ao meu padrinho Inácio Moreira (in memoriam) por estar me protegendo como sempre fez aqui na Terra. De onde estiver sei que está vibrando com a minha vitória.

Aos meus amigos Paulo Matheus, Marília Sales, Amanda Andrade, Amanda Furtado e Caroline Melo pelo suporte emocional nos períodos difíceis e por compartilhar da minha alegria nos bons momentos. Obrigada pelos inúmeros conselhos, críticas necessárias e frases de motivação. As risadas compartilhadas tornaram mais leves as dificuldades encontradas durante essa primeira jornada da minha vida acadêmica. Amo vocês.

À Adryele Matos pelo incentivo sem tamanho, pelos puxões de orelha, por me ouvir lamentar, por entender meu estresse, por entender as concessões necessárias para a fabricação desse trabalho e por se manter presente mesmo com todas as dificuldades que encontramos.

Obrigada a todos os membros da minha família e a todos os meus amigos, infelizmente não posso citar todo mundo, mas isso não diminui a gratidão que tenho por ter vocês na minha vida. Essa monografia também é de todos vocês.

"La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité: il ne faut pas conclure que ses ovaires la condamnent à vivre éternellement à genoux."

Simone de Beauvoir

RESUMO

A endometriose é caracterizada pela presença extrauterina de glândulas e estroma endometriais e está fortemente relacionada com Dor Pélvica Crônica e Infertilidade. Pelo fato dos distúrbios menstruais em geral e a endometriose possuírem um grande impacto na qualidade de vida das mulheres, levando a situações como o absenteísmo e pelo fato do curso de graduação em enfermagem ser, majoritariamente, composto por mulheres, este estudo tem por objetivo geral conhecer a prevalência de mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose entre estudantes, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem. O estudo foi subdividido em quatro fases: coleta de dados com questionário encaminhado por *e-mail* via *Google Forms* (F1), análise dos dados e estabelecimento de quais mulheres tem fatores de risco para endometriose com necessidade de maior investigação (F2), convite e agendamento de consultas para as mulheres que aceitarem dar seguimento na pesquisa em ambulatório especializado vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) (F3) e acompanhamento da situação clínica das pacientes que compareceram às consultas (F4). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer N°1.757.795. Dessa forma, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução N° 466/12. Responderam ao questionário 261 mulheres, sendo a amostra final, após aplicação dos critérios de exclusão, de 250 mulheres com idades entre 17 e 51 anos. 81,6% não possui companheiro, 92,8% era estudantes (graduação ou pós-graduação). A prevalência de dismenorreia foi de 74,4% na amostra em geral e de 100% nas mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose. 9,6% da amostra obtiveram critérios que sugeriam endometriose. Apenas uma participante aceitou continuar até F4, onde através da consulta médica, obteve a hipótese diagnóstica de endometriose. Os dados de prevalência encontrados na pesquisa entram em concordância com a literatura preexistente, além de reafirmar a associação da dismenorreia com a endometriose e seu impacto no absenteísmo social e laboral, e, conseqüentemente, na qualidade de vida das mulheres.

Palavras-chave: Distúrbios Menstruais. Saúde da Mulher. Endometriose.

ABSTRACT

Endometriosis is characterized by the extrauterine presence of endometrial glands and stroma and is strongly related to Chronic Pelvic Pain and Infertility. Because menstrual disturbances in general and endometriosis have a major impact on the quality of life of women, leading to situations such as absenteeism and the fact that the nursing undergraduate course is mostly composed of women, this study has as a general objective to know the prevalence of women with symptomatology suggestive of endometriosis among students, teachers and employees of the Nursing Department. Longitudinal study with a sample composed of students, teachers and active employees of the Nursing Department. The study was subdivided into four phases: data collection with an e-mail questionnaire via Google Forms (F1), analysis of the data and establishment of which women have endometriosis suggestive symptomatology in need of further investigation (F2), invitation and scheduling of consultations for women who agreed to follow-up the research in a specialized outpatient clinic linked to the Federal University of Ceará (UFC) (F3) and follow-up of the clinical situation of the patients attending the consultations (F4). The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará under opinion N ° 1,757,795. Therefore, the ethical aspects of research involving human beings were considered, in accordance with Resolution 466/12. Two hundred and sixty one women answered the questionnaire, and the final sample, after applying the exclusion criteria, was 250 women aged between 17 and 51 years. 81.6% do not have a partner, 92.8% were students (undergraduate or graduate). The prevalence of dysmenorrhea was 74.4% in the general sample and 100% in women with symptomatology suggestive of endometriosis. 9.6% of the sample obtained criteria that suggested endometriosis. Only one participant accepted to continue until F4, where through the medical consultation, obtained the diagnostic hypothesis of endometriosis. The prevalence data found in the study are consistent with the preexisting literature, as well as reaffirming the association of dysmenorrhea with endometriosis and its impact on social and occupational absenteeism, and consequently on the quality of life of women.

Keywords: Menstrual Disturbances. Women's Health. Endometriosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala de Faces Revisada da Dor (FPS-R)	25
Figura 2 – Uso de Método Anticoncepcional Hormonal.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra e aspectos sociodemográficos.....	27
Tabela 2 – Aspectos gineco-obstétricos, antecedentes cirúrgicos e comorbidades.....	27
Tabela 3 – Aspectos do Ciclo Menstrual e do Período Menstrual.....	28
Tabela 4 – Cólica Menstrual e Impacto nas atividades diárias.....	29
Tabela 5 – Sintomas de Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM).....	29
Tabela 6 – Escala Métrica da Escala de Faces Revisada (FPS-R)	30
Tabela 7 – Sintomatologia Depressiva.....	30
Tabela 8 – Necessidade de investigação de endometriose e critérios apresentados.....	31
Tabela 9 – Correlação das variáveis sociodemográficas e antecedentes clínicos e gineco-obstétricos com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância.....	32
Tabela 10 – Correlação da dismenorreia, seu impacto na vida diária e sintomas da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância.....	33
Tabela 11 – Correlação da sintomatologia depressiva com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância.....	34
Tabela 12 – Dados da paciente que compareceu a F4 obtidos através do questionário desenvolvido para essa fase.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Anti-Inflamatórios Não-Esteroides
CM	Ciclo Menstrual
DM(s)	Distúrbio(s) Menstrual(ais)
DPC	Dor Pélvica Crônica
DPM	Disforia Pré-Menstrual
ESF	Estratégia Saúde da Família
F1	Fase 1
F2	Fase 2
F3	Fase 3
F4	Fase 4
FPS-R	Escala de Faces Revisada
IMC	Índice de Massa Corporal
PM	Período Menstrual
QIDS-SF	Inventário Rápido da Sintomatologia Depressiva
QV	Qualidade de Vida
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
STPM	Síndrome da Tensão Pré-Menstrual
SUS	Sistema Único de Saúde
TENS	Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea
TPM	Tensão Pré-Menstrual
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	Ciclo Menstrual (CM)	20
3.2	Síndrome de Tensão Pré-menstrual (STPM).....	20
3.3	Endometriose.....	21
3.4	Dismenorreia.....	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	Tipo de Estudo.....	23
4.2	Contexto.....	23
4.3	Participantes.....	23
4.4	Fases e Fontes de Dados.....	23
4.5	Métodos Estatísticos.....	25
4.6	Aspectos Éticos.....	25
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE C – FICHA DE INVENTÁRIO RÁPIDO PARA FASE 4 (F4)	57
	ANEXO A – INVENTÁRIO RÁPIDO PARA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	60

1 INTRODUÇÃO

O Ciclo Menstrual (CM) é um conjunto de alterações cíclicas da função ovariana que ocorre no período entre o primeiro dia de uma menstruação e o dia anterior ao início da menstruação seguinte, tendo duração média de 28 dias. O primeiro ciclo menstrual é marcado pela menarca e o último se dá na menopausa com a última menstruação (FREITAS *et al*, 2011). Durante o ciclo menstrual ocorre uma variação na secreção dos hormônios estrogênio e progesterona, sendo esses os responsáveis por todas as fases do ciclo até que a queda dos níveis desses hormônios resulta na menstruação, ou seja, a descamação do endométrio provocada pela ausência da fecundação naquele ciclo menstrual.

Por convenção o CM é avaliado com a tríade de características: periodicidade (se refere ao hiato de tempo entre os sangramentos), intensidade (consiste na quantidade de sangue expelida durante o período menstrual) e duração (equivale ao número de dias em que se dão as perdas sanguíneas) (BARCELOS; ZANINI; SANTOS, 2013). Diante dessas características, o profissional de saúde pode avaliar o ciclo menstrual das pacientes, além de notar os possíveis distúrbios menstruais que possam vir a acontecer através da alteração em qualquer um desses quesitos.

Diversos fatores podem estar relacionados aos distúrbios menstruais (DMs), sejam eles decorrentes de ginecopatias ou de doenças não ligadas a ginecologia (MELO; MACHADO; FERNANDES, 2006). Mudanças comportamentais como a qualidade da alimentação na idade pré-menarca, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a diminuição planejada do número de gestações e a redução do tempo de aleitamento materno tem favorecido o aumento da incidência de alterações no ciclo menstrual. Corroborando com esses preceitos, um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, com amostra de 1495 mulheres de idade entre 15-54 anos, expôs que os DMs estão associados com fatores como paridade, índice de massa corpórea (IMC) e tipo de método anticoncepcional (BARCELOS; ZANINI; SANTOS, 2013).

Os distúrbios menstruais mais frequentes são: amenorreia, síndrome pré-menstrual, alterações do sangramento e dismenorreia (HURT *et al*, 2012) (HOFFMAN *et al*, 2014). Cada distúrbio possui um quadro clínico típico e alguns, como a dismenorreia, podem estar relacionadas a alterações no sistema reprodutor feminino, como a endometriose.

A amenorreia é caracterizada pela ausência ou cessação da menstruação, sendo considerada um sintoma e não um diagnóstico. Quando patológica indica anormalidades endócrinas, anatômicas ou genéticas. Diversos fatores podem ser ditos

como causadores da amenorreia, são alguns: defeitos anatômicos do trajeto, hipogonadismo primário, causas hipotalâmicas, hipofisárias ou de outras glândulas endócrinas e causas multifatoriais (TRAVASSOS *et al*, 2017).

Sintomas físicos, como cansaço, nervosismo, falta de interesse, tristeza, sensibilidade emocional, alterações dermatológicas faciais e alterações em outras partes do corpo são relatadas com frequência no período pré-menstrual, caracterizando a síndrome pré-menstrual. Além disso, durante esse período pode ocorrer labilidade humoral e, em casos mais graves, transtornos de humor, podendo serem eles depressivos, bipolares ou etiológicos (provocado por substâncias) (FREITAS *et al*, 2011).

A Dismenorreia pode ser classificada em Primária, quando se inicia na menarca, e Secundária (extrínseca ou adquirida), quando acontece após a menarca. Cerca de 90% das mulheres possuem dismenorreia primária durante o período reprodutivo, podendo intensificar, diminuir ou até mesmo desaparecer com o passar do tempo (NUNES *et al*, 2013). Já Pinho *et al* (2017), estima incidência de dismenorreia primária de 50% na população feminina durante o período menstrual (PM). Além da dor pélvica, são sintomas da STPM comumente associados: vômitos, náuseas, diarreia, mastalgia, sudorese, dor lombar-sacral.

Uma das doenças que podem causar a dismenorreia secundária é a Endometriose. Apesar de ter sido descrita pela primeira vez pelo médico alemão Daniel Shroen em 1690 (SHROEN, 1690), a endometriose foi definida por Sampson apenas em 1927 (SAMPSON, 1927a), sendo caracterizada pela presença extrauterina de glândulas e estroma endometriais, sendo uma condição benigna, inflamatória, dependente de estrogênio, crônica, encontrada com maior frequência no peritônio, mas podendo estar situada nos ovários e nos ligamentos uterossacos, como também em órgãos remotos como o pulmão (HURT *et al*, 2012). Os achados podem variar de lesões peritoneais superficiais e serosas a endometriomas (cistos de endometriose nos ovários) ou a presença de nódulos >5mm de profundidade (endometriose infiltrante profunda) frequentemente acompanhados de fibrose e aderências.

A quantificação da prevalência exata da endometriose na população geral é dificultada pela necessidade de visualização cirúrgica para diagnóstico definitivo (*gold standart*), mas, apesar dessa limitação, um estudo feito com mulheres em sua primeira investigação laparoscópica em dez países dos cinco continentes mostrou uma incidência que varia entre 35-100% em mulheres sintomáticas (ZONDERVAN *et al*, 2018). Já Marqui

(2014) fala sobre uma prevalência que varia de 5 a 15% nas mulheres no período reprodutivo e em torno de 3% na pós-menopausa, e se formos avaliar mulheres com infertilidade, a endometriose é uma condição presente em até 60% delas.

As pacientes com endometriose podem ser assintomáticas, subférteis ou apresentar graus variáveis de dor pélvica. Uma baixa proporção das pacientes é assintomática (3 a 22%) e a maioria apresentam como sintomas mais frequentes dismenorreia, dispaurenia, dor pélvica crônica (DPC), disúria, disquezia e infertilidade (MARQUI, 2014). Um estudo retrospectivo que avaliou 892 pacientes portadoras de endometriose mostrou que a DPC (56,8%) foi o sintoma de maior prevalência, seguido da dispaurenia de profundidade (54,7%). A infertilidade foi relatada por 39,8% das pacientes e 5,3% relataram parentes afetadas pela condição, evidenciando uma base genética e hereditária (BELLELIS *et al*, 2010).

Sepulcri e do Amaral (2009) conduziram dois estudos realizados no Brasil que mostraram a frequência de depressão e ansiedade em mulheres com endometriose, variando entre 86,5 a 92% e 87,5%, respectivamente, justificando a necessidade de um acompanhamento psicológico. Para medir o grau de severidade dos sintomas depressivos ou para averiguar a necessidade de avaliação psiquiátrica mais específica, em geral são utilizados questionários de autoavaliação.

Outros fatores envolvendo a endometriose também causam grande impacto na Qualidade de Vida (QV), e considerando que a mesma é uma condição crônica, as mulheres precisam conviver com os mais diversos sintomas durante toda a vida, onde a DPC, por também ser uma condição crônica, gera grandes consequências (MARQUI, 2014). Um dos pontos mais importantes da QV é a função sexual que também é comprometida nas mulheres com endometriose. Segundo um estudo realizado por Jia *et al* (2013), 81 de 111 (73%) pacientes com endometriose mostraram disfunção sexual, onde a dispaurenia, a dor crônica, a interferência na capacidade reprodutiva da mulher (infertilidade), sintomas psicológicos (ansiedade/depressão) e o atraso no diagnóstico estão mais relacionados com a diminuição da QV e/ou função sexual das mulheres com endometriose.

A endometriose também tem consequências negativas na produtividade no trabalho; Nnoaham *et al* (2011) mostraram que as pacientes afetadas perdem cerca de 10,8 horas de sua carga horária semanal devido ao impacto dos sintomas da endometriose na produtividade laboral, além disso as mulheres podem ter 4,4 horas de absenteísmo.

Pelo fato de a endometriose e os distúrbios menstruais em geral serem condições de impacto na QV das mulheres, por ser graduanda em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, um curso composto, majoritariamente, por mulheres na faixa etária de maior

incidência dos DMs e endometriose, aliada à possibilidade de intervir positivamente para o diagnóstico precoce dessas condições, surgiu o interesse em pesquisar sobre o tema tendo como público as acadêmicas, funcionárias e professoras do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Conhecer a prevalência de mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose entre estudantes, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer a prevalência de distúrbios menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC;

Mensurar a prevalência de sintomatologia sugestiva de endometriose em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC;

Verificar associação entre os fatores sociodemográficos com a presença de sintomatologia sugestiva de endometriose;

Verificar associação entre os resultados do inventário de investigação de sintomatologia depressiva com a presença de sintomatologia sugestiva de endometriose;

Conhecer a prevalência de mulheres com necessidade de tratamento para endometriose.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Ciclo Menstrual (CM)

As gônadas femininas (os ovários) permanecem em repouso até a chegada da puberdade, onde se inicia um período cíclico, chamado de Ciclo Menstrual (CM), caracterizado por seus episódios regulares de sangramento (HALL; GUYTON, 2017). O período reprodutivo da mulher inicia com a menarca e finaliza com o início do período do climatério e, conseqüentemente, com a instalação da menopausa.

Em cada mulher o ciclo menstrual varia em sua quantidade de dias e níveis séricos específicos dos hormônios sexuais (estrógeno e progesterona), mas em sua normalidade, dura de 21 a 35 dias, com média de 28 dias. Contamos o início do CM no primeiro dia da menstruação (período menstrual) e a partir desse ponto, é subdividido em fase folicular, entre o 5° e o 11° dia do ciclo, período de ovulação (entre o 12° e 15° dia) e fase lútea, entre o 16° e o 28° dia (COSTA; FAGUNDES; CARDOSO, 2007). Esse é o que chamamos de Ciclo Ovariano do Ciclo Menstrual.

A fase folicular, onde acontece a maturação do folículo é caracterizada pelo aumento das concentrações séricas de estrogênio. Após a fase ovulatória, se não ocorrer a fecundação, se inicia a fase lútea, período de aumento das concentrações séricas de progesterona, resultando na formação do corpo lúteo (FREITAS *et al*, 2011). No fim do ciclo menstrual, com a queda dos níveis séricos dos hormônios sexuais, acontece o início do período menstrual (CHAVES; SIMÃO; ARAÚJO, 2002).

Simultaneamente ao ciclo ovariano, acontece também o ciclo endometrial do CM, caracterizado por alterações no endométrio que buscam implantar um embrião. É composto pela fase proliferativa – influenciada pelo estrogênio, ocorre desde a menstruação até a ovulação, caracterizada pelo espessamento da parede endometrial que fica dividido em duas membranas, uma superficial e outra profunda – e pela fase secretora – influenciada pela progesterona, as glândulas endometriais aumentam e secretam substâncias ricas em glicogênio, preparando o endométrio para uma possível implantação (FREITAS *et al*, 2011). Quando não ocorre a fecundação, se inicia a formação do corpo lúteo no ovário e a parede endometrial começa a descamar (período menstrual).

3.2 Síndrome de Tensão Pré-menstrual (STPM)

A Síndrome de Tensão Pré-Menstrual ou Tensão Pré-Menstrual (TPM) é um distúrbio que acontece durante a fase lútea do ciclo menstrual e entra em remissão após o início da menstruação, caracterizada por ser um conjunto de sintomas físicos, cognitivos,

comportamentais e psicológicos que interferem negativamente na vida da mulher (FREITAS *et al*, 2011).

Não se sabe exatamente as causas da STPM, mas alterações em fatores biológicos têm sido estudadas. Como a STPM é cíclica, associa-se a importância dos esteroides sexuais e essa associação é fortalecida pelos sintomas da STPM serem menos frequentes em mulheres que fizeram ooforectomia e também em mulheres com ciclos anovulatórios (WILLIAMS *et al*, 2011).

Em questão de epidemiologia, segundo Yonkers *et al* (2008), 75% das mulheres possuem alguma sintomatologia, entretanto apenas 20% a 30% delas possuem os critérios para diagnóstico de STPM e apenas 3% a 8% se enquadram no quadro de Disforia Pré-Menstrual (DPM), a forma mais agravante da TPM. O diagnóstico de SPM envolve uma avaliação diária dos sintomas por pelo menos dois ou três ciclos menstruais e os tratamentos mais abordados procuram reduzir os sintomas e estabilizar o equilíbrio hormonal.

3.4 Endometriose

Apesar de sua etiologia ser desconhecida, existem diversas teorias postuladas, sendo a que possui maior aceitação a teoria original de Sampson (1927b), conhecida como: teoria da menstruação retrógrada. Sampson (1927b) acreditava que existia o refluxo de resíduos da menstruação que continham amostras viáveis de células endometriais para a cavidade pélvica através das trompas de falópio. Ratificando a teoria é sabido que 75-90% das pacientes apresentam a menstruação retrógrada, entretanto nem todas desenvolvem a endometriose, onde o porquê do desenvolvimento de tecido endometrial viável e ativo apenas em algumas mulheres não é conhecido (FREITAS *et al*, 2011).

Outras teorias têm adeptos, como: a teoria da metaplasia celômica, onde o tecido endometriótico seria desenvolvido através de células totipotenciais (onde seria explicada a ocorrência de endometriose em órgãos distantes como o pulmão), a teoria da disseminação linfática, que tem por base um estudo que apontou que 29% das mulheres tem linfonodos pélvicos positivos para a doença, podendo explicar a ocorrência da endometriose em órgãos remotos (HURT *et al*, 2012). Recentemente, pesquisadores foram capazes de associar a presença de células-tronco endometriais ativas em focos endometriais com o endométrio tóxico, demonstrando assim um provável papel dessas células na origem de focos de tecido endometriótico ectópico (SASSON; TAYLOR, 2008).

Dependendo da localização, extensão e profundidade dos implantes endometriais, presença e severidade de aderências, presença e tamanho dos endometriomas, a classificação da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM) identifica quatro estágios de

endometriose (I-mínimo, II-leve, III-moderado e IV-grave) (HURT *et al*, 2012). O diagnóstico é baseado na história individual (sinais e sintomas), no exame ginecológico e em técnicas de imagem como a ecografia pélvica transvaginal e abdominal e a ressonância magnética. O padrão ouro é a confirmação histológica dos implantes visualizados durante a laparoscopia (GONÇALVES; BARREIRO, 2016).

3.3 Dismenorreia

Segundo Freitas *et al* (2011), o mecanismo fisiopatológico da dismenorreia envolve aumento exagerado de prostaglandinas (PGF2 alfa e PGE2) e leucotrienos pelo tecido endometrial, que culminam em contrações miométriais e vasoconstricção, resultando em isquemia local. Essa cascata de reações e essas substâncias se manifestam através da dor em cólica.

A prevalência desse distúrbio menstrual é maior em adolescentes, oscilando entre 60 a 70 %, sendo que apenas 10% apresentam algum motivo extrínseco, ou seja, alguma doença subjacente que corrobore com a existência da dismenorreia. Segundo Nunes *et al* (2013), cerca de 90% das mulheres sofrem com dismenorreia primária durante o período reprodutivo, iniciando de 6 a 18 meses após a menarca e tendo seu pico entre 18 e 24 anos. A endometriose é a causa mais comum da dismenorreia secundária em adolescentes ou em mulheres adultas (FREITAS *et al*, 2011).

O uso de fármacos, principalmente anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e contraceptivos hormonais, exercícios físicos e terapêuticas alternativas, como acupuntura, TENS – estimulação elétrica transcutânea – e calor local se mostram os mais eficazes no tratamento da dismenorreia (NUNES *et al*, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, por ser um modelo que viabilizou medir a frequência de ocorrência de um desfecho e o seguimento das participantes ao longo do tempo de forma mais organizada, sendo neste caso, realizar o rastreamento de mulheres com distúrbios menstruais e sintomatologia sugestiva de endometriose.

4.2 Contexto

Este trabalho dá continuidade ao estudo intitulado “Prevalência de distúrbios menstruais em estudantes, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem”, iniciado em outubro de 2016, buscando aprofundar-se na endometriose e na possibilidade de encaminhar participantes que tenham indicativos desse distúrbio para acompanhamento especializado.

A pesquisa teve início em outubro de 2016 com a coleta de dados e terminou em abril de 2019 com a fase de consulta clínica em um ambulatório especializado de uma Unidade de Atenção Terciária de Fortaleza-CE.

4.3 Participantes

A amostra é composta por estudantes que estão devidamente matriculadas no curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, na qualidade de estudantes de graduação e pós-graduação, por professoras que estão com vínculo ativo, de acordo com o relatório de funcionários da instituição e as funcionárias técnico-administrativas e terceirizadas ligadas ao Departamento de Enfermagem.

Os critérios de exclusão adotados foram: mulheres com apresentação de menarca há menos de dois anos, grávidas, no puerpério e na menopausa.

4.4 Fases e Fontes de Dados

O trabalho foi subdividido em quatro fases. A fase 1 (F1) refere-se a coleta de dados através de questionário online, via *Google Forms*, realizada através do estudo de Santos (2016), contendo dados sociodemográficos, anamnese gineco-obstétrica e sintomas dos principais distúrbios menstruais segundo Hoffman *et al* (2014) e Freitas *et al* (2011).

O *link* do questionário utilizado foi disponibilizado via *e-mail* para todas as estudantes de graduação, mestrado e doutorado devidamente matriculadas e professoras ativas no período de coleta (Outubro/2016 a Setembro/2018), contando também com a disponibilização na forma impressa para a coleta com funcionárias do departamento que possam ter alguma dificuldade com o preenchimento *online* dos dados.

Para a avaliação de sintomas depressivos foi utilizado o Inventário Rápido da Sintomatologia Depressiva (QIDS-SR), um questionário composto por 16 itens que permite uma autoavaliação de quais respostas dentre as situações propostas se encaixam melhor na rotina do participante (RUSH *et al*, 2003).

Para avaliação da dor no período menstrual foi utilizada a Escala de Faces Revisada (FPS-R) (figura 1), composta por seis “faces” que progridem em escala crescente de intensidade da dor e se correlacionam metricamente com a numeração da intensidade da dor (HICKS *et al*, 2001) (SILVA; THULER, 2008). Esta escala foi escolhida porque consiste em um questionário de fácil aplicação e por não requerer uso de equipamentos excepcionais além das “faces da dor” fotocopiadas. A escolha dessa escala também é ratificada pelo fato de a avaliação de queixa álgica através da escala de faces ser bem aceita entre as pacientes e profissionais de saúde quando se compara aos outros métodos de mensuração da intensidade da dor, como: escalas visuais analógicas.

Figura 1 - Escala de faces Revisada (FPS – R)



Em F1, as participantes foram aglutinadas em dois grupos: estudantes do DENF (de graduação e pós-graduação) e funcionárias do DENF (docentes, técnicas-administrativas e terceirizadas).

A Fase 2 (F2) do estudo foi a detecção de quais e quantas mulheres possuem sintomas indicativos de endometriose, onde a compilação e análise dos dados obtidos na F1. Os principais sintomas relacionados a endometriose são: cólica menstrual intensa, dispaurenia, disúria e/ou disquezia (dor/dificuldade para evacuar) durante o período menstrual, Dor Pélvica Crônica (DPC) e infertilidade, sendo esses os critérios utilizados para selecionar as pacientes que seriam convidadas a seguir na pesquisa (ZONDERVAN *et al*, 2018) (FREITAS *et al*, 2011) (WILLIAMS *et al*, 2011). Após a análise do banco de dados, as participantes foram subdivididas em dois grupos: a) precisam investigar sintomas sugestivos de endometriose e b) não precisam de investigação.

A Fase 3 (F3) correspondeu ao convite, via e-mail ou contato telefônico, e agendamento das participantes que requerem investigação de endometriose por sintomatologia sugestiva para consulta com uma profissional médica em ambulatório especializado de uma instituição de atenção terciária especializada vinculada à Universidade

Federal do Ceará (UFC). O acesso à unidade de saúde vinculada à universidade facilita o encaminhamento e abertura de prontuários. Foram realizadas três tentativas de contato com cada participante. Foram excluídas as participantes que não responderam o e-mail, não atenderam o telefone ou se recusaram a participar da próxima fase da pesquisa.

A Fase 4 (F4) foi composta pelas pacientes que compareceram à consulta. Para essa fase do estudo, foi desenvolvida uma ficha de inventário rápido (Apêndice C) para o preenchimento pela profissional médica parceira do estudo ou pela autora, onde foram colhidas informações a respeito da clínica das pacientes, possível diagnóstico médico, exames para diagnóstico e tratamento instaurado.

4.5 Métodos estatísticos

Os dados coletados em F1 foram compilados no programa estatístico IBM SPSS versão 22.0 para Windows. Para comparação das variáveis entre os subgrupos e suas interações com as mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado de Pearson (Qui-Square Test).

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer N° 1.757.795, considerando, dessa forma, os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução N° 466/12. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado às participantes do estudo via internet, garantido assim o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação.

5 RESULTADOS

De acordo com os dados coletados na F1 dessa pesquisa, 261 mulheres responderam ao questionário on-line, excluindo-se as gestantes (3), puérperas (2) e mulheres na menopausa (6), obteve-se a amostra final de 250 participantes. De acordo com a Tabela 1, a média da idade foi de 24,1 anos, com variação de 17 a 51 anos. No momento da coleta, a maioria das participantes estavam vinculadas como estudantes de graduação e pós-graduação.

Tabela 1 - Caracterização da amostra e aspectos sociodemográficos. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Sociodemográfica	M(\pmdp)
Idade (anos)	24,17(\pm 5,956)
Grupo de Alocação	N(%)
Estudantes (graduação e pós-graduação)	232(92,8%)
Funcionárias (Docentes, técnicas-administrativas e terceirizadas)	18(7,2%)
Estado Conjugal	N(%)
Com Companheiro(a) (casada/união estável)	46(18,4%)
Sem companheiro(a) (solteiras e divorciadas)	204(81,6%)

Na Tabela 2 são trazidos os aspectos gineco-obstétricos, antecedentes cirúrgicos e clínicos das participantes. 34% das mulheres referiram não ter iniciado a vida sexual. 75,2% das mulheres declararam nunca ter engravidado, e o tipo de parto mais prevalente foi o cesáreo. Algumas das cirurgias ginecológicas prévias citadas foram: histerectomia total (0,4%), miomectomia (0,8%), ooforectomia (1,2%), retirada de focos de endometriose (0,8). As pacientes que já haviam realizado cirurgia para retirada de focos de endometriose continuam compondo a amostra do estudo porque referiram sintomatologia.

Tabela 2 - Aspectos gineco-obstétricos, antecedentes cirúrgicos e comorbidades. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Gineco-obstétrico	M(\pmdp)
Menarca (anos)	11,81(\pm 1,314)
Sexarca (anos)	16,84(\pm 8,336)
Nº gestações	0,37(\pm 1,728)
Nº partos	0,22(\pm 0,592)
Nº partos vaginais	0,05(\pm 0,252)
Nº partos cesáreos	0,18(\pm 0,501)
Nº abortos	0,06(\pm 0,305)
Cirurgias Ginecológicas	14(5,6%)
Comorbidades	N(%)
Diabetes mellitus (DM)	6(2,4%)
Hipertensão (HAS)	9(3,6%)

Etilismo	8(3,2%)
Tabagismo	2(0,8%)

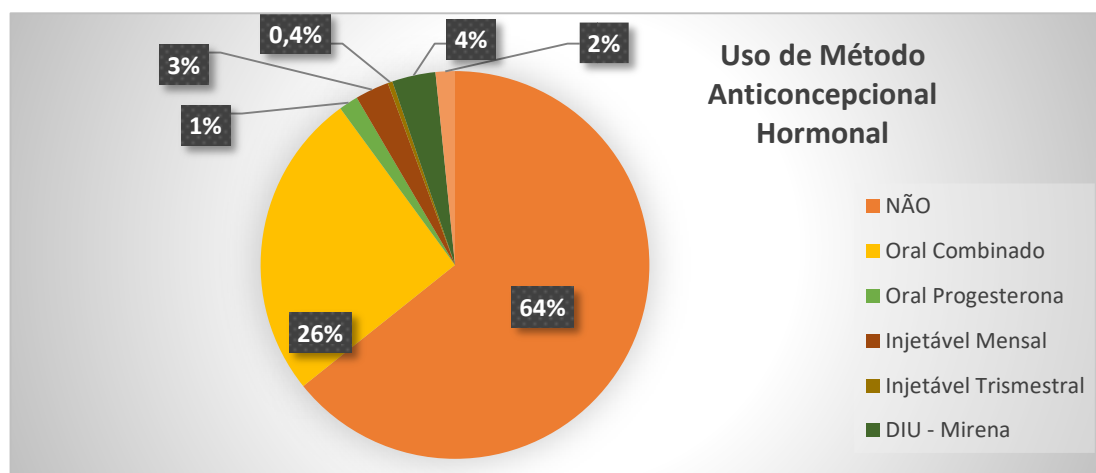
As Alterações no Ciclo Menstrual se dividem em alterações de periodicidade (ciclo irregular, com intervalo <21 dias ou > que 35 dias), intensidade (sangramento moderado a grande ou superior a 80mL/utilizar +2 pacotes de absorventes por menstruação) e duração (período menstrual <3 dias ou >8 dias). 18,4% das mulheres utilizava mais de 2 pacotes (com 8 absorventes cada) por menstruação, 7,3% delas tem menstruação com duração superior a 8 dias e 33,6% referem ter um fluxo sanguíneo moderado a grande.

Tabela 3 - Aspectos do Ciclo Menstrual e do Período Menstrual. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Ciclo Menstrual	M(±dp)
Duração CM (dias)	28,28(±8,129)
Duração Período Menstrual (PM) (dias)	5,43(±1,711)
Nº Pacotes de absorventes/PM	2,16(±1,490)
	N(%)
Amenorreia	55(22%)
Metrorragia	
Sim	24(9,6%)
Não	226(90,4%)
Considera CM Regular	
Sim	168(67,2%)
Não	82(32,8%)
Quantidade de sangue que pensa que perde	
Regular	166(66,4%)
Moderada	57(22,8%)
Grande	27(10,8%)

Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais hormonais, a Figura 2 mostra que 36% das mulheres usa algum tipo de método, onde a maior prevalência é do Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) com 26%, seguida pelo uso do DIU – Mirena (4%).

Figura 2- Uso de Método Anticoncepcional Hormonal. Fortaleza, 2019. n=250.



Na Tabela 4 são trazidos os resultados referentes à prevalência de cólica menstrual e seu impacto nas atividades diárias.

Tabela 4 – Cólica Menstrual e Impacto nas atividades diárias. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	N(%)
Cólica Menstrual/Dismenorreia	
Cólica DURANTE menstruação	186(74,4%)
Cólica FORA do Período Menstrual (PM)	
Poucos dias antes do PM	116(46,4%)
Poucos dias depois do PM	12(4,8%)
Muitos dias antes ou depois do PM	17(6,8%)
Evasão eventos sociais (cólica)	104(41,6%)
Evasão compromissos/aula (cólica)	99(39,6%)

Os sintomas da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) são apresentados na Tabela 5. Sintomas urinários (disúria, incontinência ou retenção) são reconhecidos em 27,2% das mulheres, sintomas intestinais (diarreia, incontinência ou constipação) em 66% delas. As alterações de humor são bastante prevalentes, sendo a labilidade de humor (84%) e a irritabilidade as mais prevalentes (83,1%).

Tabela 5 – Sintomas de Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM). Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	N(%)
Dismenorreia	186(74,4%)
Labilidade de humor	209(84%)
Irritabilidade	207(83,1%)
Retenção de líquido/Inchaço	157(63%)
Mastalgia	129(51,8%)
Ansiedade	39(55,8%)
Cefaleia	71(28,5%)
Fogachos	22(8,8%)
Sintomas urinários	68(27,2%)
Sintomas intestinais	165(66%)

A Tabela 6 traz os dados da avaliação da intensidade da dismenorreia durante o período menstrual. A intensidade moderada (53,6%) foi a mais prevalente, mas o escore mais assinalado foi o escore 8 (20,8%), sendo este considerado um representante de cólicas intensas.

Tabela 6 – Escala Métrica da Escala de Faces Revisada (FPS-R). Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Escala de Faces da Dor	N(%)
Leve (0-2)	50(20%)
0	17(6,8%)
1	14(5,6%)
2	19(7,6%)
Moderada (3-7)	134(53,6%)
3	18(7,2%)
4	18(7,2%)
5	21(8,4%)
6	23(9,2%)
7	54(21,6%)
Grave (8-10)	66(26,4%)
8	52(20,8%)
9	11(4,4%)
10	3(1,2%)

Os dados apresentados na Tabela 7 sobre a sintomatologia depressiva mostram que: dentre as alterações no sono, 49,6% acordam durante a noite; 18,4% sente-se triste mais da metade da semana ou o tempo todo; dentre as alterações no apetite, 37,6% referem aumento no apetite. Outro dado muito importante é a taxa de pensamentos de morte e suicídio, que se apresentam em 14,8% da amostra.

Tabela 7 – Sintomatologia Depressiva. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	%
Alterações no sono	
Demora para pegar no sono	44,4%
Acorda durante a noite	49,6%
Sentir-se Triste	
Menos da metade da semana	41,2%
Mais da metade da semana	12%
O tempo todo	6,4%
Alterações no apetite	
Aumento	37,6%
Diminuição	18%
Alterações no peso (2 últimas semanas)	
Aumento	36,4%
Diminuição	21,6%

Alterações na Concentração/Tomada de decisões	72%
Diminuição no Interesse Geral	48,8%
Alteração Nível de Energia	76,8%
Sentir Lentidão	32,6%
Sentir Agitação	42%
Visão de Mim Mesmo	
Considero-me tão valioso(a) e merecedor(a) como os outros	45,2%
Recrimino-me mais do que o habitual.	24%
Acredito muito que cause problemas para os outros.	7,2%
Penso quase constantemente sobre pequenos e grandes defeitos em mim mesmo(a).	23,8%
Ideias de Morte e Suicídio	
Não penso em suicídio ou morte.	85,2%
Sinto que a vida é vazia e me pergunto se vale a pena viver.	8,4%
Penso em suicídio ou morte várias vezes por semana durante vários minutos	4,4%
Penso em suicídio ou morte várias vezes/dia com algum detalhe/ Fiz planos específicos de suicídio/Tentei me matar	2%

Na Tabela 8 podemos ver que 9,6% das pacientes apresentaram critérios para investigação para endometriose. Dentre os critérios estabelecidos para seguimento na pesquisa, o de maior prevalência foi a junção de Dismenorreia Intensa com escore de dor superior a 7 e sintomas urinários.

Tabela 8 – Necessidade de investigação de endometriose e critérios apresentados. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Precisa investigar endometriose?	N(%)
Sim	24(9,6%)
Estudantes	23(95,8%)
Funcionárias	1(4,2%)
Não	226(90,4%)
Crítérios Apresentados	
Cólica menstrual intensa + Escala de dor maior a 7	5,2%
Cólica menstrual intensa + Sintomas Intestinais + Escala de dor maior a 7	4%
Cólica menstrual intensa + Escala de dor maior a 7 + Sintomas Urinários	11,6%

Com a Tabela 9 inicia-se a correlação dos dados coletados em F1 com a presença de sintomas sugestivos de endometriose. Em relação à idade, nota-se que a diminuição da média comparando com média geral da amostra. O mesmo aconteceu com as médias da menarca e da sexarca. Segundo a Tabela 9 podemos ver que a média de dias da periodicidade do ciclo menstrual é maior entre as mulheres que precisam de investigação, como também a

média de dias de duração do período menstrual. Os valores apresentados com relação à regularidade da menstruação, presença de sangramento intermenstrual e quantidade de sangue perdido no PM mostraram significância estatística.

Tabela 9 – Correlação das variáveis sociodemográficas e antecedentes clínicos e gineco-obstétricos com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	Precisa investigar endometriose?		p ¹
	NÃO	SIM	
	M(±dp)	M(±dp)	
Idade	25,28(±0,551)	22,82(±1,351)	
Menarca	11,91(±0,123)	11,17(±0,366)	
Sexarca	17,4 (±0,867)	14,17(±1,957)	
Nº gestações	0,47(±0,210)	0,42(±0,336)	
Nº partos	0,24(±0,210)	0,33(±0,336)	
Nº abortos	0,03(±0,021)	0,17(±0,112)	
	%	%	
Estado Conjugal			0,433
Sem companheiro(a)	81%	87,5%	
Com companheiro(a)	19%	12,5%	
Antecedentes Clínicos			0,085
Diabetes	2,1%	4,2%	
Hipertensão	2,2%	4,2%	
Etilista	3,5%	0%	
Tabagista	0,4%	4,2%	
Cirurgia Ginecológica prévia			0,540
Sim	5,3%	8,3%	
Não	94,7%	91,7%	
Amenorreia (tempo >6 meses)			0,054
Sim	20,4%	37,5%	
Não	79,6%	62,5%	
Método Contraceptivo Hormonal			0,752
AOC	25,2%	29,2%	
Oral de progesterona	1,3%	4,2%	
Injetável Mensal	3,1%	0%	
Injetável Trimestral	0,4%	0%	
DIU – Mirena	4%	0%	
	M(±dp)	M(±dp)	
Duração CM (dias)	27,79(0,687)	33,42(±5,306)	
Duração PM (dias)	5,19(±0,139)	6,25(±1,023)	
Nº pacotes de absorventes	2,06(±0,128)	2,17(±0,241)	
Escala de Faces da Dor (FPS-R)	4,81(±0,255)	8,25(±0,218)	
Considera Menstruação regular			0,001
Sim	70,4%	37,5%	
Não	29,6%	62,5%	
Sangramento Intermenstrual			0,001
Sim	7,5%	29,2%	
Não	92,5%	70,8%	
Quantidade Fluxo Menstrual			0,000

Regular	70,4%	29,2%
Moderada	22,1%	29,2%
Grande	7,5%	41,7%

¹Teste de Qui-Quadrado de Pearson (Qui-Square Test)

Na Tabela 10 se correlaciona a ocorrência da dismenorreia, seu impacto nas atividades diárias com a população que necessita investigar endometriose, além da sintomatologia da STPM com o grupo. É importante ressaltar que 100% das pacientes que precisam da investigação apresentam dismenorreia durante o período menstrual e que 95,8% delas faltam eventos sociais e compromissos/aula por causa da dor.

Tabela 10 – Correlação da dismenorreia, seu impacto na vida diária e sintomas da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	Precisa investigar endometriose?		p ¹
	NÃO	SIM	
Dismenorreia (durante PM)			0,003
Sim	71,7%	100%	
Não	28,3%	0%	
Evasão eventos sociais (cólica)			0,000
Sim	35,8%	95,8%	
Não	64,2%	4,2%	
Evasão compromissos/aula (cólica)			0,000
Sim	33,6%	95,8%	
Não	66,4%	4,2%	
Dismenorreia (fora PM)			0,003
Não	43,4%	29,2%	
Poucos dias antes do PM	46,9%	41,7%	
Poucos dias após o PM	4,9%	4,8%	
Muitos dias antes ou depois do PM	4,9%	25%	
Sintomas urinários			0,008
Sim	24,8%	50%	
Não	75,2%	50%	
Sintomas intestinais			0,328
Sim	65%	75%	
Não	35%	25%	
Sintomas SPM			0,673
Labilidade de humor	81,4%	83,6%	
Irritabilidade	82%	92%	
Retenção de líquido/Inchaço	65%	71%	
Mastalgia	52,8%	50,2%	
Ansiedade	50,9%	62,7%	
Cefaleia	27,9%	29,2%	
Fogachos	8,9%	4,2%	

¹Teste de Qui-Quadrado de Pearson (Qui-Square Test)

Na Tabela 11 podemos ver a correlação da sintomatologia depressiva com as mulheres com critério de investigação para endometriose. Dentre as alterações de sono, acordar durante a noite mostrou-se com significância estatística (valor $p=0,000$). Não houve significância estatística em outras variáveis, entretanto é importante ressaltar que 8,3% das mulheres com sintomatologia para endometriose tem ideias de morte ou suicídio quase constantemente, já fizeram planos ou já tentaram suicídio, os dados aqui apresentados não obtiveram significância estatística.

Tabela 11 – Correlação da sintomatologia depressiva com a população que necessitou investigar endometriose e avaliação de significância. Fortaleza, 2019. $n= 250$.

VARIÁVEIS	Precisa investigar endometriose?		p ¹
	NÃO %	SIM %	
Alterações no sono			
Demora pra pegar no sono	43,8%	54,2%	0,174
Acorda no durante a noite	49,1%	54,2%	0,000
Acorda cedo demais	34,5%	20,8%	0,179
Sentir-se Triste			0,974
Menos da metade da semana	41,2%	41,7%	
Mais da metade da semana	11,9%	12,5%	
O tempo todo	6,6%	4,2%	
Alterações no apetite			
Aumento	53,2%	55,6%	0,725
Diminuição	21,5%	28,5%	0,376
Alterações no peso (2 últimas semanas)			
Aumento	52,6%	62,6%	0,346
Diminuição	28,4%	20%	0,518
Alterações na Concentração/ Tomada de decisões	71,7%	75%	0,414
Diminuição no Interesse Geral	49,2%	54,2%	0,504
Alteração Nível de Energia	76,1%	83,3%	0,252
Sentir Lentidão	31,4%	45,9%	0,106
Sentir Agitação	42,5%	37,5%	0,205
Visão de Mim Mesmo			0,188
Considero-me tão valioso(a) e merecedor(a) como os outros	46%	37,5%	
Recrimino-me mais do que o habitual.	22,6%	37,5%	
Acredito muito que causo problemas para os outros.	6,6%	12,5%	
Penso quase constantemente sobre pequenos e grandes defeitos em mim mesmo(a).	24,8%	12,5%	
Ideias de Morte e Suicídio			0,086
Não penso em suicídio ou morte.	86,3%	75%	
Sinto que a vida é vazia e me	8,4%	8,3%	

pergunto se vale a pena viver.		
Penso em suicídio ou morte várias vezes por semana durante vários minutos	4%	8,3%
Penso em suicídio ou morte várias vezes/dia com algum detalhe/ Fiz planos específicos de suicídio/Tentei me matar	1,3%	8,3%

¹Teste de Qui-Quadrado de Pearson (Qui-Square Test)

Durante F3, após três tentativas de contato (via telefônica ou *e-mail*) com cada mulher escolhida para seguimento na pesquisa, apenas duas participantes aceitaram/tiveram interesse em seguir para a consulta, mesmo o dia da consulta tendo sido escolhido de acordo com a disponibilidade da participante e do serviço. Contudo, no dia da consulta apenas uma paciente compareceu, sendo essa a amostra de F4 (n=1).

Na Tabela 12 são trazidos os dados sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos e clínicos e os fatores rastreadores de distúrbios menstruais e endometriose da paciente que compareceu a consulta segundo o questionário desenvolvido para F4. Na tabela são apresentadas as variáveis presentes na paciente. A paciente negou sintomas de dispaurenia, parestesia, disúria, dor ao enchimento vesical, urgência urinária ou algum sintoma intestinal. Após consulta médica, a paciente obteve a hipótese diagnóstica de endometriose e foram solicitados exames confirmatórios e iniciado o tratamento hormonal prescrito pela profissional médica.

Tabela 12 – Dados da paciente que compareceu a F4 obtidos através do questionário desenvolvido para essa fase. Fortaleza, 2019. n= 250.

VARIÁVEIS	
Idade (anos)	27
Estado civil	Solteira
Escolaridade (anos)	17
Vínculo com DENF	Estudante de graduação
Peso	48kg
Altura	1,50m
Índice de Massa Corporal (IMC)	21,3kg/m ²
Queixa principal	Dor pélvica persistente
Dismenorreia	Progressiva
Evasão atividades sociais e compromissos nos últimos 6 meses	SIM
Localização da dor	Difusa
Irradiação da dor	Lombar, genitália e perianal
Sintomas urinários	
Dor suprapúbica	SIM
Sensação de esvaziamento incompleto	SIM

História Gineco-obstétrica	
Vida sexual ativa	SIM
Menarca (anos)	11
Sexarca (anos)	19
Ciclo regular	NÃO
Menopausa	NÃO
Nº gestações	0
Nº partos	0
Nº abortos	0
Uso de Anticoncepcional Oral	Não
Antecedente ginecológico	Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)
Fumante	NUNCA FUMO
História familiar de endometriose	Não sabe
Conduta	
Hipótese diagnóstica	Endometriose (espessamento em uterossacro direito no toque retal)
Tratamento clínico hormonal	SIM (Tâmisa 30)
Tratamento clínico não-hormonal	NÃO
Solicitação de Ressonância Nuclear Magnética (RNM)	SIM
Agendado Retorno	SIM

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo identificar a prevalência dos distúrbios menstruais e de mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose em mulheres do departamento de enfermagem da UFC.

Com a inserção da mulher no mercado de trabalho e apesar da alta complexidade existente nas relações de gênero e classe que permitiram a conquista de muitos direitos, a mulher contemporânea possui uma maior carga de trabalho, levando-se em conta os múltiplos papéis exercidos, nem sempre valorizados (AMARAL, 2012). Esses fatores levam a maiores níveis de estresse e a um menor tempo para cuidar de si, refletindo assim em seu estado de saúde física, emocional e psicológica (LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014), o que corrobora com os achados da pesquisa visto que grande parte das participantes referiam alterações de sono, no seu interesse geral e de apetite e peso, além de uma expressa ocorrência de mulheres referindo alterações na sua visão de si mesma e pensamentos de morte e suicídio.

A alta frequência de distúrbios menstruais nesse estudo pode estar relacionada ao fato de que a maioria das participantes eram estudantes de graduação, com idade média de 24,1 anos, sendo este um possível influenciador das alterações menstruais, visto serem essas mais frequentes em mulheres jovens e com menarca precoce (ALVES *et al*, 2016). Outro fator a ser considerado é o tempo necessário para diferenciar a regularização do ciclo menstrual depois da menarca com a existência ou não de um DM (FREITAS, 2011). A prevalência de distúrbios menstruais também pode estar relacionada com a melhor percepção que as mulheres com menos de trinta anos, melhor nível socioeconômico e maior escolaridade têm sobre as mudanças que acontecem em seu próprio corpo e pelo possível contato maior com informações sobre o assunto, como apontado por Rodrigues e Oliveira (2006).

Considerando a amostra inicial do estudo e os parâmetros para alterações/desvios menstruais percorridos por Speroff *et al* (1994), nessa pesquisa os distúrbios menstruais se mostraram com 43,6% de prevalência, onde alterações de periodicidade (intervalos <21 dias ou >35 dias), intensidade (volume sanguíneo perdido de moderado a grande/superior a 80ml) e duração (<3 ou >8 dias) apresentaram prevalência de, respectivamente, 5,9%, 33,6% e 4,1%. O resultado é similar aos apresentados por Almeida e Dumith (2017) em que a prevalência de DM varia se apresentou em 42,3% (IC95%, 32,7-52) das mulheres e também por Barcelos (2013), que apontou prevalência global de 46,4% (IC95%, 43,3- 49,9).

Em nosso estudo, a dismenorreia foi apontada em 74,4% das mulheres, resultado corroborado com o apresentado por Alves *et al* (2016), que descreve uma prevalência de 80% em um estudo, do tipo revisão de literatura, sobre a dismenorreia. As dores graves se

apresentaram em 26,4% das mulheres, onde Alves *et al* (2016) também relata que 10% a 15% das mulheres apresentam episódios de dor intensa durante o período menstrual.

No que se diz respeito ao impacto na vida diária durante o período menstrual por conta da cólica menstrual, pode-se observar a existência de uma interferência nas atividades diárias das mulheres, causada pela intensidade da dor e evidenciada pelas taxas de evasão de atividades sociais e de compromissos. Banikarim *et al* (2000) realizou um estudo que buscou saber o impacto da dismenorreia em adolescentes e mostrou taxa de absenteísmo escolar de 52% nas participantes que referiram dor grave. Semelhantemente, prevalências de absenteísmo de 77,8% (dores graves) e 39,1% (dores moderadas) foram apresentadas por Nunes *et al* (2013) num estudo com universitárias.

Cavestro e Rocha (2006) realizaram um estudo que buscou verificar a prevalência de transtornos depressivos em uma população mista de universitários de medicina, fisioterapia e terapia ocupacional e encontraram uma prevalência de 10,5% entre os alunos. A ideação suicida também foi avaliada, onde o risco de suicídio foi encontrado em 9,6% dos alunos, sendo 15,2% de médio risco e 21,2% de risco elevado. Gonçalves (2018) buscou avaliar a prevalência da depressão em mulheres avaliadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e traz que os transtornos depressivos tem prevalência de 4% a 10%, sendo a incidência maior entre as mulheres (10% a 25%) do que entre os homens (5% a 12%). Santos *et al* (2003) em um estudo que buscou avaliar sintomas depressivos em universitários de enfermagem, mostrou que existe correlação entre ser mulher e uma maior chance de maior grau depressivo. Esses estudos corroboram com os valores encontrados nessa pesquisa e, levando em conta que a população majoritária é composta por estudantes, percebe-se a importância da existência de um olhar holístico pelos docentes e membros da instituição, a fim de identificar esses sintomas e buscar alcançar as alunas de forma que as mesmas se sintam confortáveis e em um ambiente seguro para expor suas fragilidades e necessidades.

Como já discorrido, a mensuração da prevalência da endometriose tem suas dificuldades, mas conforme Bellelis *et al* (2010), esta patologia apresenta 5-15% de ocorrência em mulheres no período reprodutivo, além disso, Melchior *et al* (2019) estima uma prevalência de 10% nas mulheres em idade fértil, corroborando com o resultado encontrado no presente estudo, onde 9,6% das mulheres (n=250) apresentou sintomas sugestivos de endometriose.

Já é bastante estabelecida a correlação entre dismenorreia e endometriose (MINSON *et al*, 2011), o presente estudo reforça essa associação ao trazer que 100% das

mulheres que precisaram investigar endometriose apresentam dismenorreia durante o período menstrual e 71,3% delas apresentam esse tipo de dor também antes ou depois da menstruação.

Além da dismenorreia, existem outros fatores que são associados a endometriose como DPC, sintomas urinários e intestinais durante o período menstrual, dispáurenia e infertilidade (MINSON *et al*, 2011). Quando cruzamos esses sintomas com o grupo de mulheres com sintomatologia sugestiva apenas a existência de sintomas urinários (disúria, incontinência ou retenção) mostrou significância estatística (valor $p = 0,008$).

Sabe-se que a endometriose é uma doença que progride lentamente, com alta taxa de morbidade física e emocional e seu impacto na qualidade de vida das mulheres, levando-as ao absenteísmo com o quadro de dores intensas, como também ansiedade, depressão, baixa autoestima, grande risco de infertilidade, além da dificuldade e, às vezes, impedimento da prática sexual como evidenciado por Barbosa (2015) e Marino (2016). Apesar de no presente estudo os dados obtidos através do questionário de sintomatologia depressiva não terem se mostrado relevantes estatisticamente quando cruzados com o grupo de mulheres com sintomatologia sugestiva de endometriose, a importância do trabalho de promoção da saúde com a população e a busca pelo diagnóstico precoce não diminuem. Isso inclui, além de uma boa assistência pela equipe multiprofissional, onde se procura abranger os sintomas físicos e demandas subjetivas da mulher, o trabalho com o(a) companheiro(a) e os familiares da paciente para que entendam o que é a endometriose, a fim de dar suporte a mulher em todos os sentidos (RODRIGUES; SILVA; SOUZA, 2015).

Segundo Cardoso *et al* (2011), as mulheres levam em média 7 anos para o diagnóstico efetivo de endometriose acontecer. Ao longo desse tempo são necessários diversos exames e tratamentos para amenização dos sintomas, até chegar no diagnóstico. A partir desse ponto, podemos ver o impacto que a demora no diagnóstico de endometriose traz ao Sistema Único de Saúde (SUS). Equipes mais capacitadas sobre o assunto e promoção de saúde na Atenção Básica são fatores que são importantes no diagnóstico precoce, onde a mulher, tendo seu diagnóstico mais rápido, diminuiria a progressão da doença e seu impacto na QV, e o serviço de saúde teria menos custos.

É importante ressaltar que existiu a limitação de alcance real dos resultados propostos para a F4 pela não aceitação das participantes com o seguimento para a consulta clínica. Entretanto é um resultado significativo que mesmo apenas uma paciente ter comparecido à consulta, a mesma obteve a hipótese diagnóstica de Endometriose.

Levando em conta o impacto na qualidade de vida das mulheres e a prevalência conhecida dessas patologias, é importante que os profissionais de saúde, em ação

multidisciplinar, tenham a capacidade de identificar os sinais e sintomas dos distúrbios menstruais e da endometriose, além de, no seu papel de promotor da saúde, ajudar no processo de acesso da população a essas informações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado encontrado para prevalência de mulheres com sintomatologia sugestiva para endometriose na população proposta tem resultados corroborados com a literatura existente. No estudo foi obtido o dado significativo de que 100% das mulheres com sinais sugestivos de endometriose apresentam dismenorreia, sendo esse um dos principais sintomas das mulheres com endometriose.

Os fatores sociodemográficos, como também o nível de escolaridade, não obtiveram grande significância no estudo, apesar de sabermos que as populações com menor nível socioeconômico e de escolaridade possuem maior dificuldade para identificar mudanças no próprio corpo e associarem a uma condição clínica.

Os sintomas associados a endometriose como dismenorreia e distúrbios no ciclo menstrual (como grande volume de sangue perdido no período menstrual) se apresentaram nesse estudo como um fator muito importante de associação e no auxílio para diagnóstico dessa patologia pelo profissional de saúde.

O resultado do questionário de sintomatologia depressiva, apesar de não apresentar significância estatística quando comparadas ao grupo de mulheres com sintomas sugestivos de endometriose, mostrou que existe dentro do Departamento de Enfermagem um número alarmante de mulheres com risco de suicídio moderado a grave (6,4%; n=250).

A prevalência de mulheres com necessidade de tratamento para algum distúrbio menstrual ou endometriose foi dificultada pela não aceitação de seguimento na pesquisa pelas mulheres selecionadas. Todavia, o fato de a única paciente que compareceu à consulta ter obtido uma hipótese diagnóstica de endometriose, nos permite pensar se o resultado não seria similar com as outras pacientes com sintomatologia sugestiva.

Profissionais de saúde em geral, especialmente o profissional de enfermagem, por ter o importante papel no ato de cuidar e prescrever cuidados de enfermagem, deve estar em boas condições psicológicas e emocionais para atender as necessidades do paciente. Citando o questionamento feito por Scarini (1989): “Como o aluno de Enfermagem poderá atender as necessidades psicossociais do paciente se ele não consegue lidar com as suas?”.

O papel da equipe multidisciplinar é maior que atendimento hospitalar, muito mais que a realização de um procedimento. Os profissionais de saúde devem sempre procurar ver o ser humano como um ser que agrega os mais diversos domínios, vendo-o holisticamente em todos os cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. P.; YAMAGISHI, J.A.; NUNES, J. S.; TERRA JÚNIOR, A. T.; LIMA, R. R. O. **Dismenorreia: diagnóstico e tratamento.** Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, v.7, n.2, p.1-12, dez 2016.
- ALMEIDA, L. M. S.; DUMITH, S. C. **Alteração menstrual e qualidade de vida em professoras da Universidade Federal do Rio Grande, Brasil.** *Reprod Clim*, Rio Grande, v.32, n.2, p. 71-7, mar 2017.
- AMARAL, G. A. **Os desafios da inserção da mulher no mercado de trabalho.** *Itinerarius Reflectionis*, Jataí, v.2, n.13, 2012.
- BANIKARIM, C.; CHACKO, M. R.; STEVE, S. H.; KELDER, S. H. **Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents.** *Arch Pediatr Adolesc Med*, [s.i.], v.154, n.12, p.1226-9, 2000.
- BARBOSA, D.A.S. **Endometriose e seu impacto na fertilidade feminina.** *Saúde & ciência em ação*, Goiás, v.1, n.1, p.43-56, dez. 2015.
- BARCELOS, R. S.; ZANINI, R. V.; SANTOS, I. S. **Distúrbios menstruais entre mulheres de 15-54 anos de idade em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: estudo de base populacional.** *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 29, n. 11, p.2333-2346, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002813>.
- BELLELLIS, P.; DIAS, J.A. Jr, PODGAEC, S., GONZALEZ, M.; BARACAT, E.C.; ABRÃO, M.S. **Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis: a case series.** *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n.4, p.467-71. 2010.
- CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. **Prevalência de depressão entre estudantes universitários.** *J Bras Psiquiatr*, [s.i.], v.55, n.4, p.264-7. Set 2006.
- CHAVES, C. P. G.; SIMÃO, R.; ARAÚJO, C. G. S. **Ausência de variação da flexibilidade durante o ciclo menstrua em universitárias.** *Rev Bras Med Esporte*, [S.I], v.8, n.6, p.212-8, 2002.
- COSTA, Y. R.; FAGUNDES, R.L.M.; CARDOSO, B. R. **Ciclo menstrual e consumo de alimentos.** *Rev Bras Nutr Clin*, [S.I], v.22, n.3, p.203-9, 2007.
- CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Ginecologia de Williams.** 2ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, Artmed, 2011.
- FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Ginecologia.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.
- GONÇALVES, A. M. C. **Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família.** 2018. 195f. Tese (Doutorado em Medicina) –

- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2018.
- GONÇALVES, M.J.F.; BARREIRO, M.S.A.C.A. **Estado de depressão, ansiedade e qualidade de vida de mulheres com endometriose e dor crônica**. Porto, 2016.
- HALL, J. E.; GUYTON, A. C. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- HICKS, C.L.; *et al.* **The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement**. *Pain*. v.93, p.173-83. 2001.
- HOFFMAN, B. L.; *et al.* **Ginecologia de Williams**. 2 edição. Artmed. 2014.
- HURT, K.J.; GUILLE, M.W.; BIENSTOCK, J.L.; FOX, H.E.; WALLACH, E.E. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins**. 4a edição. Artmed Editora LTDA: São Paulo, p.504-513, 2012.
- JIA, S.Z.; LENG, J.H.; SUN, P.R.; LANG, J.H. **Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis**. *Obstet Gynecol.*, v.121, n.3, p. 601-6. 2013.
- LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. **A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia**. *Trends in Physocology*, Porto Alegre, v. 22, n.4, p-917-28, 2014.
- MARINO, F. F. O. **Aspectos da sexualidade em mulheres com endometriose**. 2016. 90 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- MARQUI, A.B.T.; **Endometriose: do diagnóstico ao tratamento**. *Rev Enferm Atenção Saúde*, Minas Gerais, v.3, n.2 p. 97-105, 2014.
- MELCHIOR, H. S.; VIVIAN, R. H. F.; GUALTIERI, K.A. **Endometriose: aspectos gerais e associação com infertilidade**. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, [S.I.], v.34, n.67, p.95-106, mar 2019. ISSN 2596-2809. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/972>>. Acesso em: 17 jun. 2019.
- MELO, N. R.; MACHADO, R. B.; FERNANDES, C. E. **Irregularidades menstruais: inter-relações com o psiquismo**. *Archives Of Clinical Psychiatry (são Paulo)*, [s.l.], v. 33, n. 2, p.55-59, 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832006000200004>.
- MINSON, F. P. *et al.* **Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose**. *Ver Bras Ginecol Obstet*, São Paulo, v. 34, n.1, p. 11-5, dez 2011.
- NNOAHAM, K.E.; HUMMELSHOJ, L.; WEBSTER, P.; D’HOOGHE, T.; DE CICCO

- NARDONE, F.; DE CICCIO NARDONE C., *et al.* **Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries.** *Fertil Steril*, v.96, n.2, p 366-73. 2011.
- NUNES, J. M. O. *et al.* **Prevalência de dismenorreia em universitárias e sua relação com absenteísmo escolar, exercício físico e uso de medicamentos.** *Rev Bras Promoc Saúde*, Fortaleza, v.26, n.3, p.381-6, fev 2013.
- PINHO, L. E. E. *et al.* **Terapia manual no tratamento da dismenorreia primária: revisão sistemática.** *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, [s.l.], v. 7, n. 2, p.224-232, mai 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1327>.
- RODRIGUES, I. C.; OLIVEIRA, E. **Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual.** *Arq Cienc Saúde*, [s.i], v.13, n.3, p.146-52. 2006.
- RODRIGUES, P. S. C; SILVA, T. A. M.; SOUZA, M. M. T. **Endometriose – importância do diagnóstico precoce e atuação da enfermagem para desfecho do tratamento.** *Revista Pró-UniveSUS*, [s.i], v.6, n.1, p.13-6, jun 2015.
- RUSH, A.J.; *et al.* **The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression** *Biological Psychiatry*, v.54, n.5, p.573-83. 2003.
- SAMPSON, J. A. **Metastatic or embolic endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation.** *Am. J. Pathol.*, v. 3, n. 2, p. 93-109, 1927a.
- SAMPSON, J. A. **Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into peritoneal cavity.** *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 14, p. 422-435, 1927b.
- SANTOS, E. M. L. **Prevalência de distúrbios menstruais em estudantes, professoras e funcionárias do departamento de Enfermagem.** 2016. 56 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- SANTOS, T. M.; ALMEIDA, A. O.; MARTINS, H. O.; MORENO, V. **Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem.** *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 25, n.2, p.171-6, jun 2003.
- SASSON, I. E.; TAYLOR, H. S. **Stem cells and the pathogenesis of endometriosis.** *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, v. 1127, p. 106-115, 2008.
- SCARINCI, I. C. *et al.* **Apoio psicológico: uma necessidade dos alunos de enfermagem.**

Semina., Londrina, v. 10, n. 2, p. 98-103, 1989.

SEPULCRI, R.P.; DO AMARAL, V.F. **Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, v. 142, n.1, p. 53-6, 2009.

SHROEN, D. **Disputatio inauguralis medica de ulceribus uteri.** Jena: Krebs [s.i]; p.6-17, 1690.

SILVA, F.C.; THULER, L.C. **Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents.** J Pediatr (Rio J), v. 84, n.4, p. 344-9. 2008.

SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. **Dysfunctional uterine bleeding.** Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Willins & Wilkins, 5 edição, Baltimore, p-531-46, 1994.

TRAVASSOS, L. H. R.; SIMONY, A. C. S. F.; PACHECO, G. T.; DE SIMONE, M. C.; FERRO, R. S. P. **Amenorreia em atletas:** revisão de literatura. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa, São Paulo. v.62, n.1, p.27-34, jan 2017.

YONKERS, K. A.; O'BRIEN, P. M.; ERIKSSON, E. **Premenstrual syndrome.** Lancet, v.371, n.9619, p.1200-10, 2008.

ZONDERVAN, K.T.; BECKER, C.M.; KOGA, K.; MISSMER, S.A.; TAYLOR, R.N.; VIGANÓ, P. **Endometriosis.** Nat Ver Dis Primers, v.4, n.9, Jul. 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nome Completo *

Long-answer text

RG

Short-answer text

Você aceita participar dessa pesquisa, obedecendo aos critérios estabelecidos acima e declara estar esclarecida acerca do objetivo da pesquisa e sua confidencialidade? *

- Sim
- Não

Questionário sócio-demográfico e gineco-obstétrico

Este questionário faz parte da coleta de dados da monografia intitulada "PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DE ENFERMAGEM". Tal questionário contém aspectos sociais, demográficos, ginecológicos e obstétricos, além de um Inventário rápido da sintomatologia depressiva.

⋮

Você é:

Multiple choice ▾

- Estudante da graduação do DENF ×
- Estudante de pós-graduação do DENF ×
- Funcionária do DENF ×
- Docente do DENF ×
- Add option or [ADD "OTHER"](#)

Idade *

Short-answer text

Grau de escolaridade *

- Doutorado
- Mestrado
- Graduação
- Ensino médio completo
- Ensino fundamental completo

Estado Civil *

- Solteira
- Casada/União estável
- Divorciada
- Viúva

Menarca (idade da primeira menstruação) *

Short-answer text

Sexarca (idade da primeira relação sexual) *

Short-answer text

Gravidez (quantidade de gestações) *

Short-answer text

Total de Partos *

Short-answer text

Total de Partos Vaginais *

Short-answer text

Total de Partos Cesáreos *

Short-answer text

Se já realizou alguma cirurgia ginecológica, marque qual? *

- Histerectomia (retirada do útero)
- Miomectomia (retirada de mioma)
- Ooforectomia (retirada de ovário)
- Retirada de focos de endometriose por via laparoscópica
- Nenhuma

Você possui alguma alteração anatômica ginecológica? *

- Neovagina
- Útero bicorno
- Útero septado
- Nenhuma/Não sei

Você está grávida? (Caso esteja grávida, responda de acordo com seu ciclo antes de engravidar) *

- Sim
- Não

Você está no puerpério/período pós-parto? (Caso esteja no puerpério, responda de acordo com seus seis últimos ciclos menstruais)

Sim

Não

...

Desconsiderando a gravidez e o período pós-parto, você já ficou sem menstruar por seis meses ou por três ciclos menstruais ou mais?

Sim

Não

Você está na menopausa (12 meses sem menstruação)? *

Sim. Se sim, não precisa prosseguir com o questionário.

Não

⋮

Você utiliza atualmente algum método hormonal com finalidade contraceptiva?

- Anticoncepcional oral combinado
- Anticoncepcional oral exclusivo de progesterona
- Anticoncepcional injetável mensal
- ⋮ Anticoncepcional injetável trimestral
- DIU - Mirena
- Adesivo
- Implante de Norplant
- Nuvaring
- Outro
- Nenhum

Você utiliza algum método hormonal APENAS para controle do fluxo menstrual ou regularização do ciclo?

- Sim
- Não

Você considera sua menstruação regular? (o intervalo entre as menstruações é regular)

Sim

Não

Quantos dias dura, em média, seu ciclo menstrual (quantos dias entre o primeiro dia da sua menstruação e a véspera da menstruação seguinte)?

Short-answer text

Você passa, em média, quantos dias menstruada? (Conte até o dia em que não vem mais nada na calcinha)

Short-answer text

Você costuma apresentar sangramento entre as menstruações? *

Sim

Não

Você costuma usar quantos pacotes (de oito absorventes cada) de absorventes por período menstrual?

Short-answer text

Qual a quantidade de sangue que você pensa perder durante os dias da menstruação?

- Quantidade regular (inicia com pequena quantidade, depois aumenta um pouco e volta a diminuir)
- Moderada quantidade (Acho um pouco aumentado em consideração à quantidade normal)
- Grande quantidade (Acho muito aumentado em consideração à quantidade normal)

Você costuma sentir cólica menstrual? *

- Sim
- Não

Você deixa de ir a eventos sociais por conta da cólica menstrual? *

- Sim
- Não

Você sente dor (tipo cólica) em período fora do menstrual? *

- Sim, poucos dias antes da menstruação.
- Sim, poucos dias depois da menstruação.
- Sim, muitos dias antes ou depois da menstruação.
- Não

...

No período pré-menstrual você costuma sentir: (marcar mais de um item, se necessário)

- Labilidade de humor (rápida mudança de humor)
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Cefaleia (dor de cabeça intensa)
- Mastalgia (dor nas mamas ou aumento da sensibilidade)
- Retenção de líquidos/Aumento de peso/Sensação de inchaço
- Fogachos/Ondas de calor
- Other...

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, como participante da pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

- A pesquisa será realizada através de um questionário online.
- Tem como objetivos, conhecer a prevalência de alterações menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC, relacionar os sintomas encontrados com os principais distúrbios e correlacionar os distúrbios menstruais com as características demográficas, sociais, comportamentais e gineco-obstétricas.
- O período de participação será de um dia, sendo dispensados apenas alguns minutos para a leitura do termo e o preenchimento do questionário.
- Trata-se de um inventário rápido de depressão com 16 itens de múltipla escolha e um questionário sociodemográfico e gineco-obstétrico com 29 itens a serem respondidos eletronicamente.
- As participantes que não tiverem acesso à um computador com internet, poderão participar da pesquisa no próprio departamento de enfermagem, preenchendo o formulário manualmente.
- Caso os pesquisadores encontrem riscos e/ou danos significativos à saúde dos indivíduos que participam da pesquisa, o estudo será interrompido, independente da fase em que esteja.
- A pesquisa contém perguntas de cunho social, ginecológico e obstétrico, logo as participantes tem o risco de não se sentirem à vontade respondendo a esse tipo de pergunta, podendo apresentar desconforto momentâneo, mesmo sendo um questionário online.
- Um benefício, mediante participação do projeto, as participantes terão a oportunidade de se conhecer melhor ao ponderar e responder as perguntas propostas no questionário.
- Serão garantidos o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.
- Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento da pesquisa.
- Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa.
- Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo.
- Os resultados serão divulgados no dia da apresentação do trabalho.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
Instituição: Departamento de Enfermagem
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo.
Telefones para contato: (85) 3366-8462 / (85) 98943-2274

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
 O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____.

Nome do participante da pesquisa	Data	
Assinatura		
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da testemunha	Data	Assinatura
(se o voluntário não souber ler)		
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

APÊNDICE C – FICHA DE INVENTÁRIO RÁPIDO PARA FASE 4 (F4)



FICHA DE ATENDIMENTO

DOR PÉLVICA CRÔNICA/ ENDOMETRIOSE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____ 1. Nome: _____

2. Prontuário: _____ Telefone: _____

3. Endereço: _____

4. Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

6. Estado civil: 1-solteira 2- casada/união estável 3-divorciada 4- viúva

7. Escolaridade da mulher: _____ anos de estudo

8. Peso: ____ kg Altura: ____ m Índice de Massa Corporal (IMC) _____ kg/m²

ANAMNESE

9. Queixa principal _____

10. HDA: _____

PERGUNTAS DIRIGIDAS (circular os presentes)



11. Escala da dor: _____

- Quais situações/sintomas acontecem?

12. Dismenorréia primária 13. Dismenorreia progressiva 14. DPC acíclica 15. Dismenorréia secundária

16. Afastamento de Atividades de trabalho nos últimos 6 meses

17. Afastamento das atividades sociais nos últimos 6 meses

18. Procurou atendimento médico em PA para alívio da dor 19. Há quanto tempo tem DPC?

20. Localização da dor: 1- Difusa 2- FIE 3- FID 4. Hipogastro 5. Vaginal

21. Irradiação da dor: 1- Lombar 2- Face interna da coxa 3- Glúteo 4- Face posterior da coxa
 5- Genitália 6- Perianal
 22. Parestesia 23. Dispareunia superficial 24. Dispareunia profunda 25. Vaginismo 26. Sinusiorragia 27. Infertilidade 28. Sangramento uterino anormal

SINTOMAS INTESTINAIS	SIM	NÃO
29. Disquezia		
30. Sangramento intestinal		
31. Constipação		
32. Diarréia		
33. Tenesmo		
SINTOMAS URINÁRIOS	SIM	NÃO
34. Disúria		
35. Hematúria		
36. Dor suprapúbica		
37. Dor ao enchimento vesical		
38. Sensação de esvaziamento incompleto		
39. Urgência		

HISTÓRIA GINECO OBSTÉTRICA

40. DUM: ___/___/___ 41. Tem atividade sexual? 0 – Não 1- Sim
 42. Tempo sem relação sexual: _____ meses 43. Parou por causa da dor? 0 – Não 1- Sim
 44. Menarca: _____ 45: Sexarca : _____ 46. Ciclos menstruais: 0 – regular 1- irregular
 47. menopausa 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada) **SE SIM TEMPO?** : _____
 48. G: ___ P: ___ A: ___ Partos vaginais: ___ Partos fórceps: ___ Partos cesarianos: _____
 49. Uso de ACO nos últimos 6 meses (qual, quando e quanto tempo): _____
 50. Uso de progestágeno nos últimos 6 meses (qual, quando e quanto tempo): _____
 51. Uso de Zoladex (quando e quanto tempo): _____
 52. Citologia Oncótica: _____
 53. Antecedentes Clínicos: _____
 54. Medicamentos em uso: _____
 55. Antecedentes Cirúrgicos: _____
 56. Antecedentes Ginecológicos: 0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4..Adenomiose: 5. Pólipo 6. Outro: _____

57. Você tem história familiar PRIMEIRO GRAU de endometriose? 0- Não 1- Sim 2- NÃO SABE

58. Fumante: 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente

CONDUTA

68. Hipótese Diagnóstica

69. tratamento clínico hormonal 0 – Não 1- Sim Qual

70. tratamento clínico não-hormonal 0 – Não 1- Sim qual

70. Tratamento cirúrgico 0 – Não 1- Sim

71. Ambulatório da dor 0–Não 1-Sim

72. Acupuntura 0–Não 1-Sim

73. Aplicação anestésica 0– Não 1-Sim

Sim

CONDUTA:

ANEXO A – INVENTÁRIO RÁPIDO PARA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**Pegar no Sono: ***

- Nunca levo mais do que 30 minutos para pegar no sono.
- Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, menos da metade das vezes (3 vezes ou menos nos últimos 7 dias).
- Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias).
- Levo mais de uma hora para pegar no sono, mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias).

Não Acordo Durante a Noite: *

- Não acordo durante a noite.
- Tenho um sono leve e agitado, acordando por períodos curtos em cada noite.
- Acordo pelo menos uma vez por noite, mas volto a dormir com facilidade.
- Acordo mais do que uma vez por noite e fico acordado(a) por 20 minutos ou mais, mais da metade das vezes.

Acordar Cedo Demais: *

- Na maioria das vezes, acordo até 30 minutos antes do que preciso para levantar.
- Mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias), acordo mais de 30 minutos antes do que pr
- Quase sempre acordo pelo menos em torno de uma hora antes da hora que eu preciso, mas acabo voltando
- Acordo pelo menos uma hora antes do que preciso e não consigo voltar a dormir.

Dormir Demais: *

- Durmo até 7-8 horas por noite, sem cochilos durante o dia.
- Durmo até 10 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.
- Durmo até 12 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.
- Durmo mais do que 12 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.

:::

Sentir-se Triste: *

- ⋮ Não me sinto triste.
- Sinto-me triste menos da metade das vezes (3 dias ou menos nos últimos 7 dias).
- Sinto-me triste mais da metade das vezes (4 dias ou mais nos últimos 7 dias).
- Sinto-me triste quase o tempo todo.

Apetite Diminuído:

Se responder essa questão, não responda a próxima.

- Meu apetite habitual não mudou.
- Como com menor frequência ou menores quantidades de comida que o habitual.
- Como muito menos que o habitual e só com um esforço pessoal.
- Como raramente num período de 24 horas e só com um esforço pessoal extremo ou quando outros me com

Apetite Aumentado:

Caso responda essa questão, não responda a anterior.

- Meu apetite não mudou.
- Sinto necessidade de comer mais frequentemente do que o habitual.
- Regularmente, como com mais frequência e/ou em maiores quantidades do que o habitual.
- Sinto-me compelido a comer demais tanto nas refeições como entre elas.

Perda de Peso (Nas Duas Últimas Semanas):

Se responder essa questão, não responda a próxima.

- Não tive qualquer mudança no meu peso.
- Sinto-me como se tivesse tido uma pequena perda de peso.
- Perdi 1 quilo ou mais.
- Perdi 2,5 quilos ou mais.

Aumento de Peso (Nas Duas Últimas Semanas):

Caso responda essa questão, não responda a anterior.

- Não tive qualquer mudança no meu peso.
- Sinto-me como se tivesse tido um pequeno aumento de peso.
- Engordei 1 quilo ou mais.
- Engordei 2,5 quilos ou mais.

Concentração/Tomar Decisões: *

- Não houve mudanças na minha capacidade habitual de me concentrar ou de tomar decisões.
- Ocasionalmente me sinto indeciso(a) ou acho que minha atenção flutua.
- Na maior parte do tempo, me esforço para prestar atenção ou para tomar decisões.
- Não consigo me concentrar o suficiente para ler ou não consigo tomar nem mesmo decisões pequenas.

Visão de Mim Mesmo: *

- Considero-me tão valioso(a) e merecedor(a) como os outros.
- Recrimino-me mais do que o habitual.
- Acredito muito que causo problemas para os outros.
- Penso quase constantemente sobre pequenos e grandes defeitos em mim mesmo(a).

Ideias de Morte e Suicídio: *

- Não penso em suicídio ou morte.
- Sinto que a vida é vazia e me pergunto se vale a pena viver.
- Penso em suicídio ou morte várias vezes por semana durante vários minutos.
- Penso em suicídio ou morte várias vezes por dia com algum detalhe, ou fiz planos específicos de suicídio, ou

Interesse Geral: *

- Não houve mudanças do habitual quanto ao interesse que tenho em outras pessoas e atividades.
- Noto que estou menos interessado(a) em pessoas ou em atividades.
- Acho que tenho interesse em apenas uma ou duas das atividades a que me dedicava anteriormente.
- Não tenho praticamente interesse nenhum nas atividades a que me dedicava anteriormente.

⋮

Nível de Energia: *

- Não há mudanças no meu nível atual de energia.
- ⋮ Fico cansado(a) mais facilmente do que o habitual.
- Tenho que fazer um grande esforço para começar ou acabar minhas atividades diárias habituais (por exemp
- Eu não consigo realmente desempenhar a maioria das minhas atividades diárias, porque simplesmente não

Sentir Lentidão: *

- Penso, falo e me movimento na minha velocidade habitual.
- Acho que meu pensamento está mais lento ou a minha voz parece sem brilho ou monótona.
- Levo vários segundos para responder à maioria das perguntas e tenho certeza que o meu pensamento está l
- Sinto-me frequentemente incapaz de responder a perguntas sem um esforço extremo.

Sentir-se Agitado(a): *

- Não me sinto agitado(a).
- Fico frequentemente irrequieto(a), torcendo as mãos ou precisando trocar a posição em que estou sentado(a).
- Tenho impulso de me movimentar e estou bastante agitado(a).
- Há ocasiões em que fico incapaz de permanecer sentado(a) e preciso andar de um lado para o outro.