

Endometriose e adolescência: atraso diagnóstico e o papel da enfermagem*Endometriosis and adolescence: diagnostic delay and the role of nursing**Endometriosis y adolescencia: retraso diagnóstico y papel de la enfermería***Marcelle Ribeiro Moreira¹**

ORCID: 0000-0002-5404-4485

Rozania Bicego Xavier¹

ORCID: 0000-0003-3435-8038

Audrei Castro Telles²

ORCID: 0000-0002-1191-5850

Carlos Eduardo Boller²

ORCID: 0000-0002-5180-3159

Paulo Alexandre de Souza São Bento¹

ORCID: 0000-0002-1598-3340

¹Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, Brasil.²Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, Brasil**Como citar este artigo:**

Moreira MR, Xavier RB, Telles AC, Boller CE, Bento PASS. Endometriose e adolescência: atraso diagnóstico e o papel da enfermagem. Glob Acad Nurs. 2021;2(4):e204.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200204>**Autor correspondente:**

Carlos Eduardo Boller

E-mail: kadu.boller@gmail.comEditor Chefe: Caroliny dos Santos
Guimarães da FonsecaEditor Executivo: Kátia dos Santos
Armada de Oliveira**Submissão:** 28-10-2021**Aprovação:** 29-11-2021

A endometriose (EDM) é uma doença ginecológica crônica que afeta entre 5 e 15% das mulheres em idade fértil, sendo caracterizada pela presença ectópica do endométrio. É considerada progressiva, imuno e estrógeno-dependente. Na EDM os focos de células endometriais são encontrados em lugares atípicos como: peritônio, ovário, reto, tuba uterina, entre outros. Esses focos possuem um suprimento vascular que possibilita o seu crescimento e que, durante a menstruação, sangram desencadeando uma reação inflamatória, mediada por prostaglandinas, com subsequente fibrose e aderência aos órgãos adjacentes. As mulheres acometidas pela EDM podem apresentar quadro clínico diversificado, em alguns casos sendo assintomáticas. Contudo, grande parte delas apresenta sintomas de intensidade variada, tais como: dismenorreia, dor ovulatória, fadiga e o transtorno da dor gênitopélvica/penetração, chamada também de dispareunia¹⁻³.

Estima-se que existam 176 milhões de mulheres no mundo com EDM e em torno de 7 milhões no Brasil. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período de janeiro de 2009 a julho de 2013, o Brasil apresentou 71.818 internações em virtude da EDM. Estudos recentes revelam que casos de EDM em adolescentes têm crescido consideravelmente, até mesmo em sua forma profunda. De acordo com a publicação, de abril de 2005, do Comitê de Adolescência do *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) há uma clara relação entre a dor pélvica na adolescência, especialmente nos casos de dismenorreia primária, e a EDM. A incidência da doença é muito variável, entre 19% e 73% dos casos submetidos à laparoscopia, e uma prevalência de 47% nos achados laparoscópicos. Estima-se que 38% das adolescentes com dor pélvica são acometidas pela EDM⁴.

Dividem-se as modificações físicas e psicológicas das adolescentes em inicial (10 a 14 anos), média (14 a 17 anos) e tardia (após os 17 anos). Neste período, há desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários sendo nas mulheres, conseqüentemente, a menarca que sinaliza a transição da infância à idade reprodutiva⁵. O início precoce e intenso da dor pélvica pode indicar a presença da doença profunda em mulheres adultas. Alguns sintomas principais e marcadores clínicos têm sido descritos na literatura e são preditivos do risco de EDM na adolescência, sendo eles: dor pélvica crônica ou acíclica; menarca antes dos 12 anos; dismenorreia intensa; uso de anti-inflamatórios para a dismenorreia; dismenorreia resistente ao uso do anti-inflamatório ou tratamento hormonal; dispareunia; dor na evacuação, cíclica; histórico de cistos ovarianos benignos; histórico familiar de EDM. Devem-se realizar perguntas relacionadas a estes fatores preditivos para as adolescentes no interior das consultas de enfermagem (CE). Relaciona-se o diagnóstico e tratamento precoces da EDM com à diminuição da progressão da doença, mesmo não sendo um consenso na literatura. Dados apontam para uma regressão espontânea em 42% dos casos, 29% de estabilização da doença e 29% de progressão. É uma doença de fisiopatogenia imprecisa e de difícil diagnóstico, o que complica na tomada de decisões, sobretudo, quando o diagnóstico surge na adolescência⁶.

Atribui-se um papel de importância a(o) ginecologista para esta fase da vida da mulher, pois além de atender e orientar estas jovens, este estará responsável por direcioná-las quanto a doenças infecciosas, fisiologia genital entre outras fisiopatologias, incluindo a EDM⁵. Tece-se uma releitura deste entendimento, a importância deste papel não está somente nas mãos da(o) ginecologista, mas de todos os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes. Não em busca de uma agenda mandatória para realização de exames e procedimentos com vistas a diagnósticos nosológicos, mas para a oportunidade de um espaço relacional para promoção da saúde. E este espaço não deve ser, apenas, atribuído ao profissional médico especialista. Cabe a(os) enfermeiras(os) uma assistência que valorize as queixas das jovens que buscam atendimento e um olhar/acompanhamento atento de seus casos, no respeito a suas individualidades buscando as melhores alternativas possíveis para seu acolhimento e atendimento. Assim como, o manejo de situações delicadas como a suspeição de EDM.

Caracteriza-se adolescência por uma fase na vida marcada por alterações acentuadas e de dimensões diversas que propiciam ao adolescente experienciar suas mudanças e se deparar com situações adversas e conflituosas. Estas circunstâncias não ganham uma escuta sensível, seja dos familiares, seja de profissionais. No que resvala ao campo da saúde, adverte-se para uma deficiência ainda concreta na formação dos profissionais para o atendimento destes jovens⁷.

Neste sentido, objetiva-se com este artigo: discutir sobre a relação entre a endometriose e a adolescência no enfoque do diagnóstico precoce/tardio e correlacionar o papel da enfermagem neste contexto.

Metodologia

Trata-se de um estudo reflexivo. Utiliza-se de referências de busca aleatória em bibliotecas virtuais e físicas, portanto, não se utilizou as balizas metodológicas de buscas para revisões do tipo integrativa ou sistemática. Além da fonte metodológica em que se baseiam os autores, uma pesquisa maior subsidiou e iluminou a feitura deste artigo^{8,9}.

Empreendeu-se uma busca geral e avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Periódicos Capes, no intuito de verificar as publicações relacionadas à EDM e a saúde do adolescente que pudessem subsidiar a narrativa bibliográfica, inclusive, para assinalar que existem poucos estudos sobre EDM na adolescência quando comparados as buscas irrestritas sobre o tema. Realizou-se busca nas bases previamente indicadas com os seguintes descritores (Decs e Mesh) “*endometriosis*” e “*endometriosis AND adolescents*”.

O material utilizado para este estudo compõe-se de artigos nacionais e internacionais encontrados nestas bases de dados, a partir destas buscas, assim como, publicações de órgãos como Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), FEBRASGO, livros de referência (de acervos pessoais dos autores do artigo e os encontrados em bibliotecas físicas). A busca dos dados ocorreu em 2017/2018.

Resultados e Discussão

O material analítico selecionado deveria se relacionar com o campo da saúde da mulher, no que se refere especificamente a EDM e a adolescência, atendendo aos objetivos propostos. Dois questionamentos subsidiaram esta reflexão: que fatores interferem para a busca de um diagnóstico precoce de EDM na adolescência? De que maneira o enfermeiro pode contribuir, nos cenários de atenção primária, para diminuição deste problema? A partir da leitura e análise do material, delinear-se duas categorias para discussão, a seguir descritas, ambas trazendo estratégias para contribuir com a assistência prestada pela(o) enfermeira(o).

Entendendo os reducionismos sobre a endometriose: a cautela como uma estratégia de enfrentamento

A classificação da endometriose como uma doença da mulher moderna é uma das metáforas que emergem sobre este tema. Primeiro, advérbios de tempo são, *per se*, carregados de senões e, neste sentido, devem ser evitados, principalmente, ao referir-se a uma doença ainda pouco explorada, de etiologia imprecisa. Mesmo que os registros históricos apontem para períodos da Idade Clássica e Antiga, ainda assim, é uma doença que ficou muito tempo sem ser explorada pela ciência. Doenças com etiologia imprecisa são aquelas mais propensas a criação das metáforas. Considerando que se estuda a etiologia da EDM, amiúde, nos últimos 30 anos e que sua etiopatogenia permanece indefinida, consegue-se compreender, porque dela nascem tantas metáforas. Igualmente, atrelar à EDM aspectos de uma possível subversão da natureza feminina é um equívoco que deve ser extinto⁹⁻¹².

Neste debate, situa-se que a descoberta histológica da EDM é atribuída ao pesquisador austríaco Karl Freiherr Von Rokitansky, em 1860. No entanto, nos períodos que antecederam a descoberta histológica, havia uma espécie de obscurantismo relacionado à doença para os médicos e cientistas. Apesar de várias enfermidades complexas terem sido observadas e estudadas, a EDM parece ter ficado invisível para a medicina durante um longo período. Essa invisibilidade na história médica é tão evidente que até mesmo nas importantes enciclopédias de história da medicina, como a *Cambridge World History of Human Disease* (1983) e *Encyclopaedia of Medical History* (1985), já no século XX, não há alusão a ela¹¹.

Foi somente em 1960, que Daniel Shroen descreveu minuciosamente, em sua dissertação, vários sintomas que muito se assemelhavam a EDM. Possibilitou-se, no século XX, com avanços na medicina, a evolução de técnicas cirúrgicas, estudos em histologia e endocrinologia, sendo essenciais para o incremento do entendimento sobre a fisiopatologia, diagnóstico e o tratamento da EDM. Em 1927, John Albert Sampson publicou um artigo em que reafirmava a teoria da menstruação retrógrada como fator para o surgimento da doença, alcunhando o termo ‘endometriose’ pela primeira vez. Nos anos de 1930 e 1940, descreveram-se várias localizações anatômicas de EDM na literatura e verificaram-se casos, com maior frequência, em adolescentes¹¹.



Mesmo que muitas mulheres apresentem menstruação retrógrada, nem todas desenvolvem a EDM. Isto acontece, pois, o tecido menstrual que sofre refluxo para o interior da cavidade peritoneal é eliminado por células imunes, como macrófagos, células NK (*Natural Killer*) e linfócitos, ou seja, a menstruação retrógrada é um evento esperado sob o ponto de vista fisiológico. No quesito etiopatogênico, diversas são as teorias estudadas sobre a gênese da EDM. Portanto, aciona-se aqui a defesa da ideia de que diante da imprecisão da etiologia desta doença, em vias de elucidação, profissionais e pesquisadores precisam abster-se de juízos metafóricos sobre a doença e o feminino, pois enviesam suas análises. Acautelá-los para não incorrer em reducionismos sobre as mulheres, particularmente, aqueles relacionados a questões de gênero^{9,10,12,13}.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) outrora chegou a mencionar a EDM como doença do padrão atual de vida feminino, sua publicação recente já não utiliza mais este tipo de classificação. No que tange a modernidade da doença enquanto uma forma de classificação, caso ainda seja encontrada em alguns estudos, é preciso situar, de maneira pungente, uma crítica epistêmica. Esta forma de categorização baseada no feminino, na reprodução e/ou nas mulheres está sobejamente atribuída a questões de gênero socialmente construídas. Essa leitura sobre a EDM é setentista e oitentista, com proposições terapêuticas calcadas nos papéis de gênero, na medida em que recomendavam as mulheres o retorno as suas 'atribuições domésticas tradicionais' como 'indicação clínica' para lograr cura^{14,15}.

Adolescência e a endometriose: entre o silêncio e a busca por demais estratégias de enfrentamento

O atraso no diagnóstico da EDM ainda é um desafio a ser superado para que, em perspectiva, ocorra o manejo adequado da doença e melhora na qualidade de vida das mulheres acometidas por esse problema. No Brasil, o tempo transcorrido desde o início dos sintomas até o diagnóstico é, em média, 4 anos para mulheres que apresentaram infertilidade e 7,4 anos para aquelas com dor pélvica. A incidência de EDM em adolescentes tem relação com dor pélvica que progride com o tempo. Em adolescentes com dismenorreia e dor pélvica crônica a estimativa é que de 45% a 70% delas possam ter EDM. Alguns sintomas são referidos como preditivos de EDM: dor crônica; dismenorreia intensa não responsiva a anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) e anticoncepcionais hormonais orais (AHO); e dores que comprometem as atividades diárias. Adolescentes submetidas à videolaparoscopia (VDL) devido à dor pélvica não responsiva aos AINE e AHO, apresentaram uma incidência de 20% a 70% de EDM^{7,13}.

A EDM é uma doença (quase) silenciosa. Mais do que isso, é uma doença silenciada. Silenciosa por estar associada a sintomas relacionados à menstruação, em alguns casos de início insidioso, e a serem percebidos como algo normal. Silenciada por uma cultura de gênero que imputa à mulher a vivência das cólicas mensais, quando dolorosas, como algo intrínseco ao corpo feminino e

tolerável. Dores fortes sendo erroneamente interpretadas como parte da fisiologia e natureza da mulher. Silenciada pela banalização dos sintomas, que muitas vezes se anunciam desde a adolescência e, por este motivo, o olhar atento dos profissionais de saúde é fundamental. Infelizmente, vezes por desconhecimento da EDM, vezes por violência institucional, estes mesmos profissionais normalizam os sintomas e, pelo discurso científico, legitimam a ausência de diagnóstico levando a um atraso do diagnóstico que poderia ser precocemente identificada^{9,16}.

Este silenciamento também se faz presente nos livros de formação profissional, assim como, nos programas e políticas governamentais. No livro Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, a única menção do termo endometriose ocorre apenas quando se aborda a dismenorreia secundária, sem qualquer aprofundamento do tema. No manual Saúde do Adolescente: competências e habilidades a EDM é citada de forma breve, quando se aborda, também, a dismenorreia secundária. Uma busca simples com o descritor endometriose no Catálogo de Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem, entre os anos de 2001 e 2015, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPE), não identificou nenhum estudo sobre o tema. Os catálogos concentram a produção científica de enfermagem no âmbito do *Stricto sensu*, isto é, revelou-se que, até então, não havia produção de dissertações e teses de enfermagem sobre EDM^{17,18}.

Não há menção a EDM nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Do mesmo modo, o material Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde não traz nenhuma orientação no que tange a EDM para esses profissionais. Não se aborda a EDM na 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)', desde 2004 até 2011. Tampouco, no Plano Nacional de Política para Mulheres 2013-2015¹⁹⁻²².

Constatou-se a inexistência ou a superficialidade na abordagem da EDM em literaturas específicas sobre mulheres e adolescentes, assim sendo, optou-se por ampliar a busca para além deste universo. Para tanto, foi necessário retornar à atenção para a doença em si, ou seja, uma doença crônica que embora não apresente taxas de mortalidade elevadas, sabidamente expressa morbidade elevada, com impactos significativos na vida da população feminina acometida por ela.

Partindo deste aspecto é possível rascunhar uma discussão, ainda que insipiente, sobre a necessidade de se criar estratégias para minimizar a invisibilidade da EDM para os profissionais da área da saúde. Esta discussão tem como ponto de partida a Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria em questão demonstra a preocupação do MS com o atual perfil epidemiológico do nosso país, com predomínio das doenças crônicas. Percebe-se, contudo, que as diretrizes traçadas estão voltadas para as doenças crônicas que apresentam grande impacto nas taxas de



morbimortalidade, como, por exemplo, as associadas ao aparelho cardiocirculatório e o câncer^{5,23}.

Surgem algumas estratégias para tratar a EDM, ilumina-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose, aprovado em 2016, através da Portaria n.º 879. Na questão da adolescência o protocolo cita, apenas, à prevalência de 62%, quando aborda a questão diagnóstica definitiva, por via laparoscópica, relacionada às jovens com dor crônica²⁴.

Com o intuito de identificar precocemente a EDM, deve-se considerar que as manifestações da doença começam na adolescência já que mulheres adultas referem à manifestação de sintomas pélvicos antes dos 20 anos. Esta proporção pode chegar a 70% das adolescentes²⁵. No que se referem aos sintomas citados por elas, a dismenorrea é o mais relatado, principalmente, aquela que interfere no dia a dia levando a perda da assiduidade escolar. As adolescentes costumam experimentar sintomas vesicais e intestinais associados, geralmente, ao período menstrual (por exemplo, diarreia), assim como náuseas e cefaleia. A dor intensa ocorre normalmente no primeiro dia do ciclo e a intensidade da dor pode aumentar com o tempo, assim como sua frequência, podendo persistir durante todo mês sendo, portanto, progressiva^{6,14,25}. Demais sintomas encontrados são distensão abdominal e saciedade precoce^{25,26}.

São marcas ou sinais iniciais da doença: dismenorrea primária severa; histórico familiar de EDM; absenteísmo escolar durante menstruação; e uso de AHO para tratamento de dor pélvica. Muitas adolescentes com dismenorrea não procuram atendimento médico. Cerca de 98% das adolescentes acionam métodos não farmacológicos como repouso e compressas quentes, por sua própria conta ou por influência familiar. A automedicação com analgésicos simples também é acionada^{4,27}.

Entretanto, neste artigo cabe a pergunta: qual o papel do enfermeiro neste cenário? Afinal, não cabe a esta(e) profissional o diagnóstico da doença, nem se espera propor tal atividade que é privativa do médico. Não é disso que trata esta discussão. Trata-se de elevar o cuidado traduzido na escuta ativa e atenciosa das adolescentes; da valorização das queixas; da CE e no enfrentamento de reducionismos, que em nada contribuem com as adolescentes atendidas.

O silenciamento potencial contribuinte para o atraso no diagnóstico médico da EDM está, como pressupõe-se, relacionado a uma busca, simplificada, de uma resolução para a dismenorrea, também vinculado a uma banalização das queixas das adolescentes sobre sua situação menstrual. A não perpetuação da desvalorização de queixas menstruais deve ser uma preocupação inicial do enfermeiro.

De acordo com um estudo retrospectivo, do tipo série de casos, que avaliou 898 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico com diagnóstico de EDM, a dismenorrea secundária é o principal sintoma da doença com prevalência de 62,2%. O primeiro passo de um profissional de saúde é não subestimar as queixas das adolescentes, interpretando equivocadamente esses sintomas como alterações fisiológicas ou classificando a dor como dor psicológica. Fato que, inoportunamente, ocorre,

tal como foi identificado em uma pesquisa realizada a partir das narrativas de mulheres portadoras de EDM^{9,26}.

Sobre a dor, criou-se uma escala para auxiliar profissionais a partir da sua própria vivência com EDM e de outras mulheres. Seu interesse surgiu a partir de três pontos interessantes, a saber: (1) a maneira como as mulheres com EDM buscam reagir à desvalorização das suas queixas, isto é, nas ditas queixas não confiáveis; (2) a utilização dos saberes biomédicos devidamente pesquisados pelas mulheres como forma de transitar e dialogar com os especialistas, um trânsito para cruzar a barreira da *expert-law* e (3) o trabalho de fronteira que os grupos associativos de mulheres com EDM fazem para manter essa *expert-law* no seu devido lugar²⁶.

A escala é singular, pois é fruto de uma construção coletiva na relação das mulheres que se associam em grupo, um vocabulário comum, um estandarte de suas experiências. Há dois pontos cruciais, dois objetos em comum: é uma escala desenvolvida com a contribuição da comunidade de mulheres e foi desenhada a partir de um conhecimento em comum.

A escala é dividida em três colunas, a primeira traz numeração arábica de 0 a 10 para representar níveis de dor, zero para ausência de dor e dez para dor que leva a inconsciência. A segunda coluna representa o impedimento funcional relacionado à dor, seja nos níveis de concentração, trabalho, sono, atividades sociais e físicas. A terceira coluna, por fim, identifica se a dor requer o uso de analgésicos citando nomes de medicações, seu nível de efetividade e durabilidade em controlar a dor. A escala sinaliza para sinais e sintomas como formas de classificar a dor: náuseas, tonturas, delírios, gemidos, capacidade de conversação até chegar à síncope²⁶.

Como supracitado, adolescentes com dores extremas não responsivas a AINE e AHO são propensas a doenças e suas queixas algícas não podem ser desvalorizadas, pois é este silenciamento que devemos desconstruir. A Escala de Mankoski pode ser útil se acionada no atendimento às mulheres, pois ao classificar um sintoma aponta para o problema a ser investigado.

No que diz respeito à atenção relacionada à dor crônica, não basta a identificação do sintoma e o tratamento com analgésicos não esteroides. Para tanto, a Portaria n.º 1.083/12 aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica e pontua que obrigatoriamente a dor deve ser sistematicamente avaliada (mensurada, por exemplo, através da Escala Visual Analógica – EVA – e classificada em nociceptiva, neuropática ou mista). A abordagem farmacológica da dor, quando de origem nociceptiva ou mista, deve atender a Escala Analgésica da OMS, organizada em três estágios: estágio 1 – analgésico e antidepressivo mais fármaco adjuvante; 2- analgésico e antidepressivo mais fármaco adjuvante acrescido de opioide fraco; 3- analgésico e antidepressivo mais fármaco adjuvante acrescido de opioide forte. Os fármacos adjuvantes dizem respeito àqueles destinados ao tratamento de comorbidades. Já na dor de origem neuropática a base do tratamento envolve o uso de antidepressivos tricíclicos e antiepilépticos²⁶.



Todo espaço de cuidado a mulher deve proporcionar relações que possibilitem a identificação de problemas, entre eles, os sinais e sintomas de EDM. Suspeitar é cuidar, na medida em que é uma doença, geralmente, camuflada por uma cultura de gênero que reclama das mulheres o estoicismo, banalizando suas queixas. O enfermeiro tem um papel primordial na suspeita diagnóstica do problema, não somente no cuidado as mulheres adultas, mas nos programas de cuidado com as adolescentes. O espaço mais valioso para esta contribuição com a saúde das mulheres está situado no interior das CE. E, exatamente, em uma das etapas desta, onde se dedica a coleta de dados ou histórico de enfermagem, a suspeição diagnóstica pode surgir. O exame físico ginecológico também pode contribuir com indicadores: dor à mobilização uterina, dos ligamentos uterossacros, colo do útero e anexos; encontrar nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior ou septo retovaginal. Por fim, mas não por último, o aconselhamento, a educação e apoio constituem estratégias de cuidado. A partir daí, a interdisciplinaridade é que contribuirá para investigação, tratamento, acompanhamento e, até mesmo, regulação dos casos para unidades especializadas^{1,9}.

Conclusão

Conhecer os principais sinais e sintomas da endometriose é fundamental para que seja identificada

precocemente, principalmente, se a doença surgir na adolescência. É uma doença silenciada por uma cultura de gênero, que ao mesmo tempo desvaloriza queixas relacionadas à menstruação e exige superação quando elas são muito intensas. Essa identificação pode e deve acontecer nas unidades de APS, nos grupos educativos e na CE. Além disso, no interior das CE devem-se utilizar escalas de avaliação de dor e de como a adolescente reage aos tratamentos medicamentosos propostos, como forma de avaliação observacional e prospectiva. A CE deve ser um espaço relacional, de escuta ativa e sensível (incluindo 'ouvir em silêncio' para compreender o que a mulher tem a dizer), de negociação de cuidado, isto é, um encontro gerador de possibilidades.

Contudo, para uma suspeita diagnóstica é necessário conhecimentos qualificados sobre a doença por profissionais de saúde. Para tanto, em termos de perspectivas, é preciso valorizar a inserção do tema nos livros de referência para a saúde do adolescente e da mulher, pois são instrumentos de formação profissional. Os documentos de referência para formação e educação permanente de acadêmicos e profissionais mostram-se inconsistentes quando o assunto é a EDM. Essa deve ser uma preocupação, isto é, ações que incentivem a inserção de capítulos sobre a EDM nas futuras atualizações de materiais didático-pedagógicos. Assim como, incentivo para incluir o tema nos planos de ensino das escolas de saúde.

Referências

1. Bento PAS, Moreira MC. Even silence has an end: informative study on endometriosis and its signs/symptoms. *J Nurs UFPE On-line* [Internet]. 2014 [acesso em 3 fev 2018];8(2):457-63. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9694>
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: manual de enfermagem médico-cirúrgica. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015
3. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno 5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2014
4. Filho ND, Myung LHJ, Caraça DB. Epidemiologia da endometriose. In: Podgaec S. Endometriose. Coleção Febrasgo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014
5. Cardoso EPS, Anselmo NM, Miguel KJ, Silva ABC. Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. *Ciência e praxis* [Internet]. 2011 [acesso em 05 mai 2020];4(8):53-8. Disponível em: http://www.faccg.com.br/img/professor/une/0000168_Artigo_Endometriose.pdf
6. Amaral VF. Endometriose pélvica em adolescentes. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014
7. Ferreira AGN, Vieira NFC, Trasferetti JA, Galvão MTG, Gubert FA, Pinheiro PNC. Dialogando com adolescentes de grupos religiosos sobre HIV: desafios para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 05 mai 2020];22(4):952-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WpR4sHyG9vbT3vmMg47BjZf/?format=pdf&lang=pt>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2014
9. Nácul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Rev. Bras. Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [acesso em 05 mai 2020];32(6). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8CN65yYx6sNVhjTbNQMrB5K/?format=pdf&lang=pt>
10. Minson FP, Abrão MS, Junior JS, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2012;34(1). DOI: 10.1590/S0100-72032012000100003
11. Lorençatto C, Vieira MJV, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2002;48(3). DOI: 10.1590/S0104-42302002000300033
12. Marqui ABT. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2014;3(2). DOI: 10.18554/reas.v3i2.809
13. Bento PAS, Moreira MC. A experiência de adoecimento de mulheres com endometrioses: narrativas sobre violência institucional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;22(9). DOI: 10.1590/1413-81232017229.03472017
14. Podgaec S. Manual de endometriose. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2014 [acesso em 04 jun 2020]. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Manual%20Endometriose%202015.pdf>
15. Seear K. Standing up to the beast: contradictory notions of control, un/certainty and risk in the endometriosis self-help literature. *Critical Public Health.* 2009;19(1). DOI: 10.1080/09581590802011625



16. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos da enfermagem pediátrica. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Série B. Textos Básicos da Saúde. 1ª. ed. Brasília; 2008. [cited 2018 Feb 5]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde Série A Normas e Manuais Técnicos [Internet]. Brasília (DF): MS; 2010 [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes Série C Projetos, Programas e Relatórios [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano nacional de políticas para as mulheres 2013-2015 [Internet]. Brasília (DF): MS; 2013 [acesso em 23 mar 2020]. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2010 [acesso em 27 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 879 de 12 de julho de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose [Internet]. Brasília (DF): MS; 2016. [acesso em 27 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0879_15_07_2016.html
23. Steenberg CK, Tanbo TG, Qvigstad E. Endometriosis in adolescence: predictive markers and management. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(5):491-5. DOI: 10.1111/aogs.12121
24. Andres MP, Podgaec S, Carneiro KB, Baracat EC. Endometriosis is an important cause of pelvic pain in adolescence. *Rev Assoc Med Bras.* 2014;60(6):560-4. DOI: 10.1590/1806-9282.60.06.015
25. Whelan E. Putting pain to paper: endometriosis and the documentation of suffering. *Health.* 2003;7(4):463-82. DOI: 10.1177/13634593030074005
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1.083 de 2 de outubro de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica [Internet]. Brasília (DF): MS; 2012. [acesso em 27 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html



