

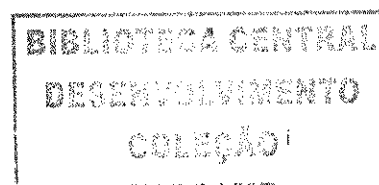
ALESSANDRA MACHADO DE MATOS

**CONDUTA DO TOCOGINECOLOGISTA BRASILEIRO
DIANTE DE SINTOMAS DE ENDOMETRIOSE**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**UNICAMP
2006**



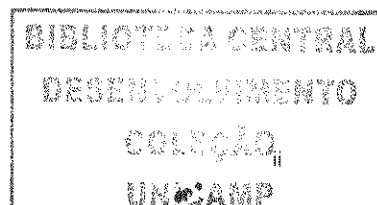
ALESSANDRA MACHADO DE MATOS

**CONDUTA DO TOCOGINECOLOGISTA BRASILEIRO
DIANTE DE SINTOMAS DE ENDOMETRIOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**UNICAMP
2006**



BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ALESSANDRA MACHADO DE MATOS

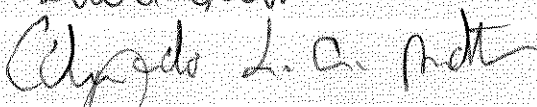
Orientador: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

Membros:

1.



2.



3.



Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24/04/2006

2006A3455

Dedico esta e todas as minhas conquistas...

*... a meus pais,
que me ensinaram a andar pela estrada difícil e competitiva da vida,
incentivando-me a cada passo, através de inspiração, amor e companhia;*

*... a meu irmão
por sua simplicidade e sensibilidade;*

*... e a toda a minha família
que nunca deixou de acreditar que eu seria capaz.*

Agradecimentos

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis”.
(Fernando Pessoa)

Agradeço simplesmente (e não necessariamente nesta ordem) às pessoas incomparáveis da minha vida, que tornaram a realização deste trabalho, além de possível, agradável:

Ao meu orientador, pelo estímulo, compreensão, perseverança e inabalável serenidade.

Ao Dr. Daniel Faúndes pela oportunidade.

Se sei algo hoje, devo a esses dois mestres; obrigada por terem me entendido, por quererem que eu cresça, por me ensinarem sem limites e com tanta ternura. A vocês, pelas lições e exemplos, minha gratidão eterna.

À Dra. Arlete Fernandes e ao Dr. Luis Bahamondes, pelo empenho e dicas valiosas.

A todos os amigos, distantes e próximos, que me suportaram nos instantes de fraqueza, riram nos instantes de alegria e me acolheram nos dias de tristeza.

A todos os queridos do Centro de Reprodução Humana de Campinas, que me apoiaram e acreditaram em mim incondicionalmente, especialmente à Márcia Pantoja, amiga dedicada, por sua prontidão em me ajudar.

Às queridas “meninas” do Cemicamp, Verônica e Adriana, pela paciência e disposição e à Sirlei pela contribuição estatística.

Aos colegas associados à SOGESP, por aceitarem a participação no estudo e especialmente aos Dr. Francisco Prota e Dr. Krikor Boyacian por permitirem a efetivação deste trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro.

“À medida que o conhecimento aumenta, o espanto se aprofunda”.

(Charles Morgan)

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas.....	viii
Resumo.....	ix
Summary	xi
1. Introdução.....	13
2. Objetivos.....	27
2.1. Objetivo geral	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. Sujeitos e Métodos	29
3.1. Desenho do estudo	29
3.2. Tamanho amostral	29
3.3. Seleção dos sujeitos	30
3.3.1. Critérios de inclusão	31
3.3.2. Critérios de exclusão	31
3.4. Variáveis.....	31
3.4.1. Características sociodemográficas e de formação dos tocoginecologistas.....	31
3.4.2. Perfil da mulher.....	33
3.4.3. Características da conduta médica	33
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	35
3.6. Coleta de dados	35
3.7. Critérios para descontinuação	36
3.8. Controle de qualidade	36
3.9. Processamento e análise de dados	36
3.10. Aspectos éticos	37
4. Publicação	39
5. Conclusões	59
6. Referências Bibliográficas	60
7. Bibliografia de Normatizações.....	69
8. Anexos.....	70
8.1. Anexo 1 – Carta-convite 1.....	70
8.1. Anexo 2 – Questionário.....	72
8.2. Anexo 3 – Carta convite 2.....	75
8.3. Anexo 4 – Cartões do sorteio.....	76

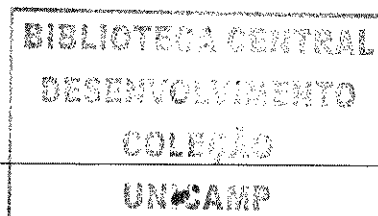
Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ACO	Anticoncepcional oral
AINE	Antiinflamatório não-esteroidal
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Cemicamp	Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas
DPC	Dor Pélvica Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NCHS	Centro Nacional de Estatísticas da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
SOGESP	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo
TEGO	Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia

Resumo

Introdução: Apesar de muitos estudos mostrarem que o tempo para o diagnóstico da endometriose é longo e ocorrer principalmente devido à demora do médico em indicar o procedimento diagnóstico, até os dias atuais as pesquisas têm sido realizadas apenas com enfoque nas pacientes. **Objetivo:** descrever a conduta utilizada pelos tocoginecologistas membros da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP) para estabelecer o diagnóstico de endometriose em mulheres inférteis e/ou com dismenorréia e/ou com dor pélvica crônica. **Sujeitos e Métodos:** Estudo tipo corte transversal, com uso de questionários auto-administrados enviados a todos os filiados à SOGESP. **Resultados:** Foram recebidas 1.660 respostas (31,8%). A análise por regressão logística multivariada mostrou que acreditar que a endometriose pode se apresentar em todas as faixas etárias foi uma variável significativamente associada com a do profissional suspeitar de endometriose em menos de 12 meses nos casos de queixas de infertilidade (OR = 1,81, 95% IC 1,01-3,22), dismenorréia (OR = 2,16, 95% IC 1,18-3,93) e DPC (OR=2,17, 95% IC 1,17-4,00). Houve significância

também na variável participar de cursos ou congressos com temas de endoscopia ginecológica e endometriose nos casos de dismenorréia (OR = 1,33, 95% IC 1,05-1,69) e DPC (OR=1,51, 95% IC 1,19-1,91). **Conclusões:** Este estudo sugere que os ginecologistas que suspeitam de endometriose mais precocemente são os mais informados; logo, deveríamos investir em educação profissional.



Summary

Introduction: Despite several studies have shown that the delay in diagnosis of endometriosis is long and it occurs mostly due to the physician retard in indicating a diagnostic procedure, until these days surveys have been conducted only with patients. **Objective:** To describe the current attitude utilized by gynaecologists from SOGESP (Sao Paulo State Obstetrics and Gynaecologists Association) to establish the diagnosis of endometriosis in woman with infertility, dysmenorrhoea and/or chronic pelvic pain. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study, in which a questionnaire was sent to all gynaecologists members of SOGESP. **Results:** A total of 1660 replies were received (31,8%). Multiple logistic regression analysis showed that physicians who stated that endometriosis can affect women at all age ranges was the variable significantly associated with suspicion of endometriosis in less than 12 months in case of all complaints: infertility (OR = 1.81, 95% CI 1.01-3.22), dysmenorrhoea (OR = 2.16, 95% CI 1.18-3.93) and chronic pelvic pain (CPP) (OR = 2.17, 95% CI 1.17-4.00). This time to diagnosis was also lower in those who participate in congresses and attend talks on Endoscopic

Gynaecology and Endometriosis, when the complaint is dysmenorrhoea (OR = 1.33, 95% CI 1.05-1.69) and CPP (OR = 1.51, 95% CI 1.19-1.91). **Conclusions:** Our study suggests that gynaecologists that suspect earlier about endometriosis are those which are the more informed ones, so we should stimulate professional education.

1. Introdução

A endometriose é uma das doenças ginecológicas mais comuns (Murphy, 2002). Estimativas do número de mulheres que sofrem de endometriose variam amplamente, dependendo da população estudada: de 1% a 82% (Sangi-Haghpeykar e Poindexter, 1995; Eskenazi e Warner, 1997; Moen e Stokstad, 2002; Fauconnier e Chapron, 2005). Algumas das explicações para esta ampla variação são a falta de um teste diagnóstico não invasivo, as múltiplas formas da doença e o fato de depender das indicações cirúrgicas e da experiência do cirurgião (Wheeler, 1989; Berger, 1995; Moghissi, 1995; Fauconnier e Chapron, 2005). A estimativa mais aceita da prevalência da endometriose na população geral de mulheres em idade reprodutiva é ao redor de 10%, com base em estudos de mulheres operadas por outros sintomas, que não associados à endometriose (Wheeler, 1989; Eskenazi e Warner, 1997; Moen e Stokstad, 2002; Fauconnier e Chapron, 2005). Porém, nas mulheres submetidas à laparoscopia por infertilidade chegou a quase 30% (Matorras et al., 1995) e nas submetidas à laparoscopia por dor pélvica chegou a 32% (Kresch et al., 1984; Vercellini et al., 1990; Eskenazi e Warner, 1997).

No Brasil, foi encontrada a prevalência de 18% de endometriose em mulheres que procuraram o serviço de ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com queixa de dor pélvica crônica (Petta et al., 1990).

Não se sabe ao certo se a endometriose está aumentando. Estudos do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde (NCHS, 1987) dos Estados Unidos revelaram que o número de histerectomias em geral - realizadas de 1965 a 1984 - aumentou, e também as histerectomias em pacientes com endometriose, mas ficou evidente que a proporção de histerectomias realizadas devido à endometriose, comparada com o número total dessa cirurgia por todas as outras razões, cresceu mais durante este período.

Segundo algumas revisões epidemiológicas, a endometriose está presente em todas as idades, raças e estados socioeconômicos (Chatman, 1976; Chatman e Ward, 1982; Kirshon et al., 1989; Eskenazi e Warner, 1997). Se ela está acometendo mulheres mais jovens, ainda é controverso, porém, segundo registros da Associação Americana de Endometriose comparando mulheres que experimentaram seus primeiros sintomas antes dos 15 anos, houve um acréscimo de 15% nos anos 80 para 38% no ano de 1998 (Ballweg, 1998; Ballweg, 2004). Dois-terços dessas mulheres que responderam à pesquisa em 1998 tiveram seus primeiros sintomas antes dos 20 anos. O total de 99% daquelas cujos sintomas tiveram início antes dos 15 anos e 98% daquelas cujos sintomas se iniciaram antes dos 20 anos relataram dor no período menstrual, mostrando a necessidade de se atentar mais para as jovens com dismenorréia (Ballweg, 1998; Ballweg, 2004).

A endometriose é tradicionalmente definida como a presença de tecidos endometriais glandular e estromal fora da cavidade uterina (Olive e Schwartz, 1993; Murphy, 2002). Segundo diversos autores é uma doença enigmática, visto que ainda há muito para ser elucidado no que diz respeito à etiologia, história natural e apresentação clínica da doença (Koninckx et al., 1991; Olive e Schwartz, 1993; Sangi-Haghpeykar e Poindexter, 1995; Murphy, 2002).

Ocorre na pelve, mais comumente nos ovários e nas áreas recobertas por peritônio (Murphy, 2002). Os locais mais comuns de endometriose pélvica são ovários, peritônio, fundo-de-saco, ligamentos útero-sacros, superfície posterior do útero, sigmóide e bexiga (Adamson, 1990; Moghissi, 1995). Mas também pode afetar a vulva, vagina, colo, septo retovaginal, parede abdominal, região umbilical, pulmões, rins, região inguinal (Moghissi, 1995).

Com relação à etiologia da doença, observações clínicas e experimentais indicaram que a metaplasia celômica (Meyer, 1919), a menstruação retrógrada (Sampson, 1927), a disseminação linfática (Halban, 1925) e vascular (Sampson, 1927) e a implantação iatrogênica (Gruenwald, 1942), além de recentemente novas teorias como resposta imunológica alterada (Weed, 1980; Dmowski, 1995; Shifren et al., 1996), ação da aromatase nos implantes (Bulun et al., 2004), fatores ambientais (Zeyneloglu et al., 1997) e fatores poligênicos (Bischoff e Simpson, 2000) terem mostrado que podem ser – unicamente ou em conjunto – os responsáveis (Moghissi, 1995).

Por outro lado, a história natural e os fatores de risco são pouco compreendidos (Murphy, 2002). A dismenorréia está fortemente associada com o risco de endometriose, mas é, geralmente, interpretada como um sintoma da doença (Cramer et al., 1986; Signorello et al., 1997). Outros fatores de risco relacionados à endometriose são a idade da menarca (menor ou igual a 11 anos) e a duração curta do ciclo (Cramer et al., 1986). Casamento tardio, baixa paridade, alto nível socioeconômico e anomalias genitais em jovens são também citados como fatores de risco (Goldstein et al., 1980a; Moghissi, 1995; Sangi-Haghpeykar e Poindexter, 1995). Ainda, mulheres com parentes de primeiro grau acometidos pela doença têm risco de três a dez vezes maior de desenvolvê-la, apresentando geralmente formas mais severas (Wheeler, 1989; Moen e Magnus, 1993).

Os estrogênios têm se mostrado necessários para o desenvolvimento da endometriose, o que explicaria sua maior frequência em mulheres de idade reprodutiva (Vercellini et al., 1994). No entanto, apesar de incomum, tem sido diagnosticada em adolescentes antes da menarca e em mulheres na pós-menopausa, porém, nestas, principalmente nas que usam terapia de reposição hormonal (Djursing et al., 1981; Laufer, 2000).

A obstrução do fluxo de saída menstrual pode estar associada com a endometriose nas adolescentes (Olive e Henderson, 1987). Nessas pacientes, dor e/ou massa abdominal são os sintomas presentes (Murphy, 2002). No entanto, a endometriose é um diagnóstico comum (45%-65%), mesmo em adolescentes sem obstrução do fluxo menstrual, mas com dor pélvica significativa (Goldstein et al., 1980a, Chatman e Ward, 1982). Adolescentes sem obstrução do fluxo

tendem a ser mais velhas e a se apresentar com dismenorréia ou dor aguda (Goldstein et al., 1980a, Chatman e Ward, 1982).

Os sintomas mais freqüentes da endometriose genital são dismenorréia, dispareunia, dor pélvica crônica - esta em hipogástrio ou em fossas ilíacas - e infertilidade (Adamson, 1990; Murphy, 2002). Deve-se suspeitar de endometriose em todas as mulheres com essas queixas (Fukaya et al., 1993; Matorras, 1996). A dismenorréia está mais freqüentemente associada à endometriose se ela é severa e não responsiva a agentes antiinflamatórios não-esteroidais e/ou anticoncepcionais orais (Murphy, 2002). A dor pode progredir e começar antes do início do fluxo menstrual ou tornar-se crônica e ser observada durante a maior parte do ciclo (Murphy, 2002). Quando o envolvimento retovaginal ou útero-sacro é visto, a dor é freqüentemente referida no reto ou na região lombar (Murphy, 2002). A dor irradiando para as pernas também pode ser observada (Murphy, 2002). Em adultas com endometriose a dor cíclica é mais comum; já nas adolescentes a dor pélvica apresentada é tanto cíclica como acíclica (Laufer et al., 1997).

Uma variedade de fatores, incluindo o estado geral de saúde, depressão, ansiedade e atitudes psicossociais, parece associar-se à percepção dos sintomas e à necessidade de atenção médica (Waller e Shaw, 1995; Lorençatto et al., 2006). Foram identificadas duas principais razões pelas quais as mulheres com endometriose buscam ajuda médica: dor pélvica crônica e infertilidade (Dmowski et al., 1997).

Em mulheres com dor pélvica crônica, o diagnóstico de endometriose foi confirmado em aproximadamente 25% a 50% delas (Kresch et al., 1984; Vercellini et al., 1990; Gruppo Italiano Per Lo Studio Dell'endometriosi, 1994; Eskenazi e Warner, 1997; Fauconnier e Chapron, 2005). Um grupo que merece especial atenção é o das adolescentes com dismenorréia ou dor pélvica intratáveis, já que a endometriose foi diagnosticada em até 70% delas (Goldstein et al., 1980b; Laufer et al., 1997).

Os estudos que avaliam intensidade da dor e estágio da doença são conflitantes. Mulheres com endometriose grave podem ter pouca ou nenhuma dor, enquanto outras com endometriose mínima podem ter dor severa (Moghissi, 1995; Dmowski et al., 1997). Alguns observaram a possível associação da dor pélvica com a localização e tipo de implante (Murphy, 2002; Fauconnier e Chapron, 2005). Foi notado que o número total de implantes estava associado diretamente com a intensidade da dismenorréia apresentada nos últimos 60 dias anteriores à laparoscopia (Perper et al., 1995). Entretanto, em outro grande estudo foi encontrado que lesões sutis não foram associadas com dor pélvica, enquanto as retroperitoneais e profundas estavam significativamente associadas com dor (Koninckx et al., 1991). A maioria concordou quanto a não haver associação entre lesões atípicas e dor (Koninckx et al., 1991; Perper et al., 1995; Muzii et al., 1997). Fedele et al. (1990) encontraram que dismenorréia, dor pélvica e dispareunia de profundidade não se correlacionaram com a localização quando os locais de lesão como ovários, peritônio e ambos - os ovários e peritônio - foram avaliados, não estudando, contudo, a profundidade peritoneal. A

dor é geralmente mais intensa quando os ligamentos útero-sacros estão envolvidos (Moghissi, 1995). A interpretação dos estudos disponíveis é um obstáculo devido à variação significativa entre eles, com respeito à informação anatômica fornecida e ao modelo de avaliação da dor pélvica (Murphy, 2002; Fauconnier e Chapron, 2005).

O diagnóstico patológico exige tecido glandular endometrial e estroma. Contudo, a deposição de hemossiderina e metaplasia fibromuscular também são freqüentemente vistas em associação com endometriose (Murphy, 2002). Recentemente foi proposto que a endometriose peritoneal, a endometriose ovariana e os nódulos do septo retovaginal sejam três entidades diferentes (Nisolle e Donnez, 1997). Esses autores forneceram evidências que apóiam uma similaridade entre o endométrio ectópico e as lesões vermelhas peritoneais, o que sugere que as lesões vermelhas são a primeira manifestação do implante endometrial regurgitado (Nisolle e Donnez, 1997). O crescimento e a progressão são manifestados por sangramento que leva à inflamação e escarificação, produzindo a lesão negra (Murphy, 2002). A fibrose subsequente resulta em lesão opacificada branca (Murphy, 2002). Os endometriomas têm sido hipotetizados como resultantes da invaginação do córtex e de seu mesotélio após acúmulo menstrual na superfície dos implantes (Brosens et al., 1994).

Em se tratando da história natural, alguns estudos mostraram que a endometriose pode ser uma doença progressiva; assim, a demora no diagnóstico poderia significar identificá-la em etapas mais avançadas (Koninckx et al., 1991; Dmowski et al., 1997). Lesões sutis (polipóides e vesículas vermelhas) são significativamente menos freqüentes com o avançar da idade, enquanto lesões

típicas (placas endometrióticas e endometriomas) são encontradas com frequência significativamente maior. A profundidade da infiltração das lesões também é maior com o avançar da idade (Koninckx et al., 1991). Existe evidência de que as lesões em endometriose têm uma evolução das lesões ativas - vesiculares e hemorrágicas - para lesões enegrecidas (Redwine, 1987). Porém outros afirmam que a doença é estável ou regride em aproximadamente 50% das mulheres (Thomas e Cooke, 1987; Mahmood e Templeton, 1990; Wardle e Hull, 1993; Thomas, 1995), enquanto que nas demais a progressão geralmente é lenta (Gambone et al., 2002).

A endometriose pode ser suspeitada pela história, exame pélvico e testes complementares como ultra-sonografia, CA-125, tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética (Murphy, 2002). Esses dois últimos não são indicados rotineiramente (Adamson, 1990). A suspeita através desses exames ocorre, principalmente, nos casos de cistos ovarianos ou doença profunda (Galle, 1989; Spaczynski e Duleba, 2003). Porém, é necessário para seu diagnóstico, a visualização da pelve com intervenção cirúrgica (laparoscopia ou laparotomia), a menos que a endometriose extrapélvica possa ser visualizada e biopsiada (Murphy, 2002). Neste sentido, a laparoscopia é de grande valia, pois magnifica em várias vezes o tamanho real das lesões (Adamson, 1990).

Recentemente alguns autores sugeriram que o tratamento empírico de pacientes sem diagnóstico definitivo é preferível a expor grande número de pacientes ao risco da laparoscopia. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (2000) recomendou que pode ser eficaz dar tratamento empírico com análogos de GnRH a mulheres com dor pélvica crônica devido à endometriose

sem diagnóstico laparoscópico, recomendação embasada em ensaio randomizado que demonstrou melhora da dor (Ling, 1999). Essa conclusão está em desacordo com a já reconhecida idéia dos problemas associados à inabilidade médica de se fazer um diagnóstico mais precoce da endometriose (Garry, 2004). Porém, tratar ou não na ausência de diagnóstico continua confuso (Garry, 2004).

Mulheres com endometriose sintomática afirmaram que sua saúde em geral foi prejudicada pela demora no diagnóstico (Kennedy, 1991). A piora na evolução dos sintomas foi mais referida por mulheres que tiveram seu diagnóstico após cinco anos desde o início deles (Santos, 2002). A demora no diagnóstico também esteve associada ao fato de as mulheres tardarem em consultar um médico (Ballweg, 1998; Arruda et al., 2003; Husby et al., 2003). Contudo, esses autores encontraram que a parcela maior do tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico resultou da demora dos médicos para estabelecê-lo. As mulheres se queixam, porém não são investigadas prontamente pelo profissional (Ballweg, 2003a).

Outra razão para defender o diagnóstico precoce é o fato de que aquelas mulheres com um tempo maior até o diagnóstico tiveram maior probabilidade de serem submetidas à histerectomia subsequente. Aquelas que realizaram histerectomia foram diagnosticadas em 11,3 anos e aquelas que não realizaram histerectomia foram diagnosticadas em 8,7 anos (Ballweg, 1998).

A idade da mulher, quando os sintomas sugestivos de endometriose foram relatados pela primeira vez, pareceu relacionar-se com a conduta do médico, já que houve mais demora no diagnóstico quanto mais jovem as mulheres, na

maioria dos estudos (Ballweg, 1998; Abrão et al., 2000; Arruda et al., 2003; Ballweg, 2003b; Ballweg, 2004). Adolescentes com queixa de dismenorréia e dor pélvica são tradicionalmente tratadas com antiinflamatórios não-esteroidais e pílulas contraceptivas, e mesmo quando não melhoram, o diagnóstico de endometriose não é investigado oportunamente (Laufer et al., 2003).

O atraso no diagnóstico, além de maior nas jovens, também o foi nas mulheres com queixa de dor em relação às com queixa de infertilidade (Dmowski et al., 1997; Arruda et al., 2003). Segundo Dmowski et al. (1997), passaram-se 6,3 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico, em mulheres cuja queixa principal era dor pélvica crônica, e 3,1 anos em mulheres com queixa principal de infertilidade. Esses autores concluíram que nas mulheres que apresentaram dor, além do tempo até o diagnóstico ser mais longo, o estágio da doença, na época do diagnóstico, era mais avançado, indicando progressão da doença. No entanto, na maioria das mulheres que se apresentaram com queixa de infertilidade a endometriose foi leve e houve ausência de dor. Os autores consideraram que há investigação mais oportuna e apropriada das pacientes com infertilidade, comparada às que se queixam de dor pélvica, sugerindo certa transigência com a qual a sociedade médica lida com este sintoma. Concluíram também que nos últimos 15 anos houve uma diminuição gradual da demora do diagnóstico no grupo com dor pélvica (Dmowski et al., 1997).

Estudos realizados nos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Noruega demonstraram que a dificuldade do diagnóstico mais oportuno da endometriose é comum (Hadfield et al., 1996; Ballweg, 1998; Ballweg, 2003b; Husby et al., 2003;

Ballweg, 2004). A demora no diagnóstico foi identificada inicialmente nos anos de 1980 pela Associação Americana de Endometriose, que estudou 3.020 portadoras cadastradas, mas foi em 1998 que a avaliação do registro de 4.000 mulheres associadas encontrou o tempo médio de 9,3 anos até a confirmação da doença. Isto incluía a demora de 4,7 anos da paciente em relatar os sintomas a um médico e de 4,6 anos do médico para fazer o diagnóstico. Quando consultaram pela primeira vez um médico, 61% delas foram informadas que não havia nada de errado. A maioria (70%) dessas mulheres já havia visitado ginecologistas e/ou obstetras à procura de ajuda. Quase a metade (47%) tinham consultado um médico por cinco vezes ou mais antes de terem seu diagnóstico confirmado. Aquelas com início dos sintomas mais precoces tiveram que visitar mais médicos até alcançarem o diagnóstico (Lamb e Ballweg, 1983; Ballweg, 1998; Ballweg, 2004).

Em pesquisa mais recente, também realizada pela Associação Americana de Endometriose, observou-se que quase 60% das 968 mulheres de 15 a 59 anos ouviram, principalmente de seu ginecologista e/ou obstetra, que seu sintoma era normal, apesar de 43% das mulheres pesquisadas terem descrito sua dor como constante e mais da metade como de intensidade severa a insuportável (Ballweg, 2003a).

O primeiro estudo publicado sobre este assunto, realizado com mulheres recrutadas de associações de auto-ajuda dos Estados Unidos e do Reino Unido, mostrou um período de 9,4 anos em média entre o início dos sintomas e o diagnóstico (Hadfield et al., 1996). Esses autores referiram, ainda, dois outros estudos não publicados. O primeiro deles, da Sociedade Australiana de

Endometriose, identificou a demora de 1,7 anos do início dos sintomas até a consulta com um médico e a média de tempo da consulta até o diagnóstico, de 4,4 anos. Nas mulheres mais jovens, de 15 a 19 anos, a demora foi de 8,3 anos em média, enquanto naquelas de 30 a 34 anos, de 1,3 anos. O outro estudo, da Sociedade Nacional de Endometriose do Reino Unido, demonstrou a média de 6,8 anos do início da dor até o diagnóstico (Hadfield et al., 1996).

A média do início dos sintomas ao diagnóstico foi de 6,7 anos dentre 261 mulheres da Noruega, sendo que a maior parte da demora do diagnóstico ocorria depois que a mulher consultava um médico, já que a média do início dos sintomas até serem relatados a um médico foi de 1,4 anos e a média entre apresentar os sintomas a um médico e o estabelecimento de um diagnóstico cirúrgico foi de 5,2 anos (Husby et al., 2003).

No Brasil, o tempo longo até o diagnóstico foi inicialmente notado em um grupo de mulheres atendidas no Ambulatório de Endometriose do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo de 1992 a 1999, nas quais a média de idade na época do diagnóstico definitivo era aos 32,4 anos, porém mais de um terço delas (36,4%) queixavam-se do início dos sintomas há mais de cinco anos (Abrão et al., 2000).

No Ambulatório de Endometriose da Universidade Estadual de Campinas, dentre 200 mulheres houve uma mediana de demora do início dos sintomas ao diagnóstico de sete anos. Também aqui o tempo até o diagnóstico foi menor nas mulheres com queixa de infertilidade em comparação àquelas com dor

pélvica, e maior nas mais jovens, já que o tempo médio entre a consulta inicial e o diagnóstico chegou a nove anos quando os sintomas se iniciaram na adolescência, porém três anos quando eles começaram na idade de 30 anos ou mais (Arruda et al., 2003).

A maioria dos estudos sobre demora no diagnóstico de doenças como câncer de pulmão, câncer gástrico ou melanoma foram realizados com pacientes. Investigações sobre o retardo no diagnóstico de doenças, como as anteriormente citadas, foram realizadas mediante uso de questionários avaliando o tempo de demora por parte do paciente e por parte do médico, até o diagnóstico final, mas sempre com o enfoque do paciente. A demora de causa médica foi sempre maior. Os estudos indicam que o acesso ao serviço assistencial é rápido, o que demora é o tempo despendido entre a primeira consulta e a confirmação do diagnóstico, já que houve intervenção de diferentes médicos, problemas com diagnósticos diferenciais e falta de suspeição por parte do profissional (Silva et al., 1992). Todos concordam em um ponto: deve-se suspeitar mais e encaminhar mais ao especialista. Assim como no caso do câncer de pulmão, os sintomas da endometriose são comuns a várias outras doenças, dificultando o diagnóstico e fazendo com que o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico seja longo, e este somente seja feito quando os sintomas são bastante exuberantes e já provocaram muito sofrimento à mulher (Silva et al., 1992; Koyi et al., 2002).

Visto que alguns trabalhos demonstraram que o diagnóstico tardio da endometriose ocorre principalmente devido à demora do médico em estabelecê-lo, e já que não se identificaram na literatura informações que

expliquem as causas desse atraso, o discutido até aqui demonstra a necessidade de se avaliar esses motivos.

As pesquisas até hoje foram realizadas apenas com pacientes, e a importância de avaliar-se as atitudes médicas tem sido destacada pelos grupos de mulheres com endometriose e pela comunidade científica internacional. Além disso, as pacientes também se queixam de que - apesar das várias oportunidades que tiveram de ser diagnosticadas mais precocemente - estas chances não foram aproveitadas pelos médicos.

Os resultados deste estudo permitirão identificar razões que expliquem a demora dos médicos em estabelecer o diagnóstico de endometriose. Uma das razões poderia ser que não suspeitam de endometriose em mulheres com características que, segundo a literatura, estão normalmente associadas à doença. Uma segunda razão poderia ser o seguimento de condutas inapropriadas para fazer o diagnóstico (pedido de exames inadequados ou na ordem e tempo inadequados, por exemplo). As condutas inapropriadas poderiam estar associadas às características pessoais dos profissionais e às condições do local de atuação. Este conhecimento é importante para que a educação médica no assunto seja direcionada e eficiente.

À medida que os médicos adquiram os conhecimentos corretos poderão fazer diagnóstico mais precoce da endometriose. E, com isto, diminuir a doença mais avançada, prevenindo a infertilidade e proporcionando melhor controle da dor para a mulher, facilitando ainda o manejo no tratamento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Descrever a conduta utilizada pelos tocoginecologistas membros da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP) para estabelecer o diagnóstico de endometriose em mulheres inférteis e/ou com dismenorréia e/ou com dor pélvica crônica.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer características sociodemográficas e de formação dos tocoginecologistas.
- Avaliar o tempo que o tocoginecologista demora em indicar o procedimento diagnóstico, de acordo com sintomas sugestivos de endometriose.

- Conhecer a frequência com que exames de imagem são solicitados pelos tocoginecologistas para fazer o diagnóstico de endometriose.
- Verificar se existe associação entre as características sociodemográficas e de formação dos tocoginecologistas (que suspeitam mais precocemente) e as condutas com relação à endometriose.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Estudo descritivo de corte transversal.

3.2. Tamanho amostral

Foram convidados a participar do estudo todos os tocoginecologistas associados à SOGESP. O número total de associados ativos é de 5.218 tocoginecologistas. Inicialmente, havia sido estimada uma taxa de devolução dos questionários respondidos de 30% dos associados (1.565 questionários), porcentagem embasada em estudo anterior com população e metodologia semelhantes (Faúndes et al, 2004). Supondo-se um erro amostral de 2%, com um nível de significância de 5% e variabilidade máxima assumida ($p=50\%$) em uma população de 5.218, o tamanho da amostra seria de 1.645. Como somente 996 questionários haviam sido recebidos na primeira remessa, até o dia 22/06/2005, justificou-se o envio de uma segunda remessa, através da qual recebemos mais 664 respostas. Logo, houve o total de 1.660 questionários

recebidos até o dia 28/10/2005, data-limite para incluir os questionários no estudo. A taxa geral de resposta foi 31,8 %.

3.3. Seleção dos sujeitos

Foram convidados a participar do estudo todos os médicos associados à SOGESP em dia com a sua anuidade do último ano-calendário, segundo os arquivos da Sociedade. Primeiramente foi verificado o número de sócios ativos, ou seja, em dia com suas cotas, e foram preparados 5.218 envelopes contendo uma carta-convite (Anexo 1), um questionário (Anexo 2) e um envelope-resposta. Cinco meses depois foram enviados nova carta-convite (Anexo 3), outro questionário (Anexo 2) e outro envelope-resposta solicitando aos médicos que não haviam respondido até aquele momento que o fizessem, e ao restante dos médicos que desconsiderassem aquele segundo convite. O objetivo deste segundo convite foi aumentar a participação dos tocoginecologistas. Foi necessário enviá-los a todos pela impossibilidade de identificar apenas os que ainda não haviam respondido, dadas as medidas adotadas para assegurar o sigilo do sujeito.

O envelope com o material da pesquisa foi enviado na primeira remessa através de malote da revista da SOGESP, de distribuição bimensal e na segunda remessa por correio, sendo que os médicos foram orientados a preencher o questionário e retorná-lo no envelope-resposta.

A participação dos médicos foi voluntária e anônima, já que os questionários foram identificados apenas por um número, atribuído quando devolvido.

3.3.1. Critérios de inclusão

- Todos os tocoginecologistas da SOGESP em dia com a sua anuidade do último ano calendário.

3.3.2. Critérios de exclusão

- Não houve. Foram aceitos todos os questionários, mesmo que em branco ou parcialmente preenchidos.

3.4. Variáveis

A seguir são apresentadas as variáveis estudadas com suas respectivas definições e categorias. Todas as informações foram obtidas do questionário respondido pelos médicos.

3.4.1. Características sociodemográficas e de formação dos tocoginecologistas

- **Idade** – intervalo de tempo, em anos completos, entre a data de nascimento do médico e a data do preenchimento do questionário.
- **Sexo** – conformação particular da pessoa, com base no tipo de gametas produzidos pelas gônadas e segundo autoclassificação do indivíduo que respondeu o questionário: feminino ou masculino.
- **Estado marital** – situação conjugal do médico: solteiro(a), casado(a), unido(a), separado(a)/divorciado(a) ou viúvo(a).
- **Filha adolescente que menstrua** – se o médico tem filha de 10 a 19 anos de idade (OPS/OMS, 1995) que tem ciclos menstruais: sim, não.

- **Tempo desde a formatura** – número de anos completos, transcorridos entre a data em que o médico formou-se em Medicina até a data em que preencheu o questionário.
- **Tempo que atua como ginecologista/obstetra** – número de anos completos que o médico exerce como ginecologista e/ou obstetra.
- **Formação profissional** – titulação obtida pelo médico: residência, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado, TEGO.
- **Número de habitantes da maior cidade em que trabalha** – segundo classes de tamanho da população (IBGE – Censo Demográfico 2000) divididas em até 50.000 habitantes, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 500.000, de mais de 500.001.
- **Tipo de serviço** – natureza do(s) serviço(s) em que trabalha: público, privado, ambos.
- **Frequência em cursos e/ou congressos relacionados à ginecologia e/ou obstetrícia** – número de vezes que o médico participou de cursos e/ou congressos com temas de ginecologia e/ou obstetrícia, no último ano: nenhuma, uma ou duas, três ou mais.
- **Tema do curso e/ou congresso** – qual o assunto destes cursos e/ou congressos que o médico procura assistir: ginecologia geral, obstetrícia geral, ultra-sonografia, climatério, uroginecologia, medicina fetal, infertilidade, endometriose, mastologia, oncologia pélvica e/ou mamária, infecções genitais, endoscopia ginecológica, patologia obstétrica.
- **Opinião sobre dismenorréia** – parecer pessoal do médico sobre ser normal uma mulher ter dismenorréia freqüente: sim, não.

3.4.2. Perfil da mulher

Características da mulher que fazem os médicos pensar ou não que elas poderiam ter endometriose: queixa de infertilidade, queixa de dismenorréia, queixa de dor pélvica crônica, exame laboratorial de sangue alterado (CA-125), exame de imagem alterado. Foram considerados ainda:

- **Idades em que a endometriose se manifesta** – faixas etárias nas quais, segundo o médico, pode haver endometriose: até 19 anos, 20-29, 30-39, 40-49, 50 ou mais, se manifesta em todas as idades.
- **Tempo da queixa** – intervalo de tempo, em meses, que a mulher se queixa ou reclama de seu sintoma (infertilidade e/ou dismenorréia e/ou dor pélvica crônica).
- **Sinais e/ou sintomas que levam os médicos a indicarem procedimento cirúrgico diagnóstico** – queixas e/ou alterações clínicas ou de exames subsidiários que levam os médicos a realizar ou encaminhar para laparoscopia/laparotomia: dor, infertilidade, cistos, marcador sorológico alterado, não indica.

3.4.3. Características da conduta médica

Atitude usual do tocoginecologista para fazer o diagnóstico de endometriose.

- **Solicitação de exame CA-125** – com que frequência o médico pede o marcador sanguíneo CA-125 antes de procedimento cirúrgico diagnóstico: nunca; menos de 1 vez em cada 10 pacientes; 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes; 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes; 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes; sempre.

- **Solicitação de exames de imagem** – com que frequência o médico pede diversos exames de imagens (RX simples de abdome, ultra-sonografia de abdome, ultra-sonografia transvaginal, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética) antes de procedimento cirúrgico diagnóstico: nunca; menos de 1 vez em cada 10 pacientes; 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes; 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes; 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes; sempre.
- **Realização ou solicitação de laparoscopia** - com que frequência o médico faz ou encaminha as pacientes para laparoscopia: de 0 a 10 pacientes em cada 10.
- **Tempo que leva para realizar ou solicitar o procedimento cirúrgico diagnóstico** – intervalo de tempo, em meses, transcorrido entre a queixa de dor pélvica e/ou dismenorréia e/ou dispareunia e a realização ou encaminhamento para a cirurgia (laparoscopia/laparotomia): não realiza nem encaminha, menos de 12 meses ou mais de 12 meses.
- **Tratamento de pacientes sem diagnóstico cirúrgico** – com que frequência o médico faz tratamento clínico sem ter o diagnóstico cirúrgico: nunca; menos de 1 vez em cada 10 pacientes; 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes; 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes; 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes; sempre.
- **Primeira conduta em adolescentes com dismenorréia severa** – o que o médico faz primeiro frente a adolescentes com dismenorréia severa: prescreve anticoncepcional oral (ACO), prescreve antiinflamatório não-esteroidal (AINE), indica laparoscopia, não indica laparoscopia.
- **Indicação de laparoscopia para adolescentes com suspeita de endometriose** – atitude pessoal sobre indicar laparoscopia para adolescentes com suspeita de endometriose: sim ou não.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado questionário estruturado, pré-testado, auto-respondido (Anexo 2). Os questionários foram montados averiguando-se possíveis irregularidades. Os participantes deveriam assinalar as alternativas que julgaram pertinentes. O questionário abordou os seguintes tópicos: características sociodemográficas e de formação dos tocoginecologistas da SOGESP, características do quadro clínico das mulheres por eles consultadas e que os fazem suspeitar que tenham endometriose e a atitude do médico para estabelecer o diagnóstico da doença.

3.6. Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir dos questionários auto-respondidos pelos médicos. Os médicos receberam o material da pesquisa, composto por uma carta-convite explicativa do estudo, questionário, um cupom para sorteio para concorrer a dois “palmtop” (Anexo 4) e um envelope-resposta para devolução. Os questionários e a carta foram impressos em gráfica especializada. O material foi enviado junto com a revista de circulação bimensal da SOGESP pela empresa responsável pela distribuição da Revista, sendo o encaminhamento responsabilidade da própria SOGESP. Cinco meses após este envio, foi encaminhado novo envelope contendo o mesmo questionário, uma segunda carta-convite e outro envelope-resposta. As cartas-resposta da primeira remessa foram recebidas até o dia 22/06/2005 e da segunda remessa até 28/10/2005, sendo que, do total, houve 10 questionários devolvidos em branco e 45

devolvidos por endereço incorreto. Os questionários preenchidos foram numerados, revisados e arquivados à medida que chegavam ao escritório do Cemicamp (Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas).

3.7. Critérios para descontinuação

Não houve razões para descontinuação.

3.8. Controle de qualidade

Foi realizado um pré-teste do questionário com cinco médicos ginecologistas e/ou obstetras pertencentes a entidades de classes de outros estados e que, no momento, estavam fazendo pós-graduação na Unicamp e com outros cinco profissionais ainda não associados à SOGESP.

Os questionários preenchidos foram revisados manualmente pela pesquisadora. Quando possível, os erros foram corrigidos, incluindo inconsistências; caso contrário, as respostas foram desconsideradas. As respostas textuais foram lidas e esclarecida a letra, quando necessário.

3.9. Processamento e análise de dados

Após a conclusão da coleta, os dados foram digitados, diretamente do questionário, por duas pessoas diferentes para minimizar erros de digitação. Em seguida foi feita a análise de consistência simples da dupla digitação e,

posteriormente, a análise da consistência lógica. Para a digitação, consistência e análise dos dados foi utilizado o *software* SAS, versão 8.2 (SAS, 1999-2001).

As respostas obtidas foram avaliadas através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), ou através de média e desvio padrão para as variáveis contínuas. As variáveis de conhecimento relativo à endometriose em relação ao tempo foram categorizadas em menos de 12 meses e mais de 12 meses, e foi realizada regressão logística multivariada com critério de seleção de variáveis *stepwise* (Altman, 1991). O nível de significância estabelecido foi de 5%.

3.10. Aspectos éticos

Os sujeitos desta pesquisa foram convidados a participar voluntariamente através de uma carta-convite, com esclarecimentos sobre a pesquisa e todas as informações pertinentes exigidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

Foi considerado que o fato de responderem às perguntas e enviarem de volta o questionário constituiu o consentimento em participar da pesquisa.

O sigilo foi garantido, já que os questionários foram identificados apenas por números atribuídos quando da devolução.

Com o objetivo de estimular a participação dos sujeitos foram sorteados dois “palmtop”. Como o questionário foi enviado a 5.218 profissionais, não se considerou que esse sorteio poderia ser entendido como coação. Para viabilizar

o sorteio foi enviado um número, em duas vias, junto de cada questionário. Para participar do sorteio, o sujeito deveria enviar, junto com seu questionário preenchido, uma das vias deste número, retendo a outra com ele. No verso do cupom (Anexo 4) foram impressas as regras para a participação no sorteio.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (parecer número 353/2004), da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

4. Publicação

Artigo 1 - **Current practice in the management of symptoms of endometriosis:**

A survey of Brazilian gynaecologists

Enviado para publicação à revista "Human Reproduction"

**Current practice in the management of symptoms of endometriosis: A survey of
Brazilian gynaecologists**

Carlos A.Petta¹, Alessandra M. Matos and Luis Bahamondes

**Human Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, School of
Medicine, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil.**

¹ To whom correspondence should be addressed at:

Caixa Postal 6181

13084-971, Campinas, SP, Brazil.

Telephone: + 55-19-3289-2856

Fax: + 55-19-3289-2440

E-mail: cpetta@attglobal.net

Abstract

BACKGROUND: Several studies have shown that the time elapsing between the onset of symptoms and reaching a diagnosis of endometriosis is long and occurs principally due to the physician's delay in performing a diagnostic procedure. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional study was conducted among 1,660 gynaecologists of the State of São Paulo, Brazil, who answered a questionnaire regarding their management and diagnosis practices in cases of suspected endometriosis. **RESULTS:** Multiple logistic regression analysis showed that the variable concerning physicians who stated that endometriosis can affect women of all ages was the only variable significantly associated with suspicion of endometriosis less than 12 months after the first consultation when the patients complain of: infertility (OR = 1.81, 95% CI 1.01-3.22), dysmenorrhoea (OR = 2.16, 95% CI 1.18-3.93) or chronic pelvic pain (CPP) (OR = 2.17, 95% CI 1.17-4.00). Time to diagnosis was also shorter in the case of physicians who participate in congresses and attend lectures on gynaecological endoscopy and endometriosis, when the patient's complaint was dysmenorrhoea (OR = 1.33, 95% CI 1.05-1.69) or CPP (OR = 1.51, 95% CI 1.19-1.91). **CONCLUSIONS:** Our study suggests that better informed gynaecologists suspect of endometriosis earlier.

Key words: endometriosis/delay/diagnosis/survey.

Running Title: Current practice of gynecologists and symptoms of endometriosis

Introduction

Although much has been published with respect to the epidemiology of endometriosis, little is known about how the disease is managed in medical practice. Some studies have indicated a long delay between the onset of symptoms and diagnosis of endometriosis (Lamb and Ballweg, 1983; Hadfield *et al.*, 1996; Arruda *et al.*, 2003; Ballweg, 2003a; Husby *et al.*, 2003; Ballweg, 2004), which occurs principally due to the physician's delay in indicating a diagnostic procedure. However, there is no data in the medical literature that explains the reasons for this delay, which may result in serious repercussions for the patients. Women with symptomatic endometriosis claim that their general health has been impaired by the delay in reaching diagnosis (Kennedy, 1991). In addition, women complain that although physicians had several opportunities to reach an early diagnosis, these chances were often ignored (Ballweg, 2003b). In general, the delay in diagnosis was longer in young women and in those with complaints of pelvic pain than in women with infertility (Dmowski *et al.*, 1997; Arruda *et al.*, 2003).

Most surveys on endometriosis have been conducted among patients, although the importance of evaluating medical attitudes has been emphasized by endometriosis association groups and the international scientific community. Endometriosis is considered an enigmatic disease and still represents a challenge for gynaecologists because diagnosis depends on a surgical procedure and there is a general lack of consensus with respect to therapeutic management worldwide (Zondervan *et al.*, 2002; Fauconnier and Chapron, 2005).

In order to assess current medical practice in the diagnosis of endometriosis among infertile women and in those with pelvic pain, we conducted a survey among Brazilian gynaecologists to identify medical practices. A better understanding of medical

practices may help identify the characteristics that make a gynaecologist more likely to think about endometriosis and to make the diagnosis and treatment without long delays.

Materials and methods

The study was conducted at the Human Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil and the protocol was approved by the Internal Review Board of that institution. The invitation letter was used as an informed consent form.

In this cross-sectional study, a questionnaire was sent to 5,218 gynaecologists, members of the São Paulo State Obstetrics and Gynaecologists Association (SOGESP). A brief, self-administered, structured, pre-tested questionnaire was used. To maximize the response rate, we enclosed a stamped addressed envelope with the questionnaire. In addition, a second letter was sent to the same population, five months after the first one, inviting those who had not yet replied to the first one to do so at this second opportunity. The objectives of this questionnaire were to define the social and demographic characteristics of gynaecologists in the state of São Paulo, to ascertain which characteristics of patients lead physicians to suspect endometriosis, and to establish current practice for reaching diagnosis. Physicians were requested to provide information regarding their attitude towards carrying out or requesting exams to confirm a diagnosis of endometriosis.

The letters containing the questionnaires were mailed in March and again in June 2005, and the deadline for receiving answers was October 2005. The second batch of letters was sent out because only 996 questionnaires were received at the first attempt. Since the questionnaire did not reveal the identity of the respondent, it was impossible to

know which physicians had answered the first batch of forms; therefore, the questionnaire was re-sent to all the gynaecologists on the mailing list. Those who had answered the first letter were asked to disregard the second one. As the responses arrived, they were coded and reviewed, and responses were entered into a database by two different computer operators. The entire database was then checked for consistency.

Considering a sampling error of 2% between the population and sample proportion, a level of significance of 5% and assumed maximum variability ($p = 50\%$), in a population of 5,218, sample size was estimated at 1,645. Variables regarding knowledge about endometriosis were correlated with time between onset of symptoms and diagnosis, which was categorized as < 12 months and > 12 months and analyzed using multivariate logistic regression with stepwise selection criterion of variables (Altman, 1991).

Results

Of a total of 5,218 questionnaires sent out, 1,660 replies were received (31.8%). Ten questionnaires were returned blank and 45 were returned to sender because the address was wrong or because the physician had moved. These questionnaires were excluded from the analysis. The mean age of physicians in the studied sample was 45.4 ± 10.5 years (range 25-89); 918 (55.3%) were male and 1,201 (72.3%) were married. Mean time since graduation was 20.2 ± 10.1 years (range 1-59). Many of the gynaecologists (89%) had undergone medical residency ($n=1,477$), while 1,232 (74.2%) were registered specialists in obstetrics and gynaecology, and 1,523 (91.8%) had

participated in congresses or courses related to gynaecology in the preceding year (Table I).

When asked about the subjects that interested them at the congresses or courses, the majority of the respondents (76.7%) mentioned general gynaecology ($n = 1,168$), 58.3% mentioned general obstetrics ($n = 888$), and 63.3% cited menopause ($n = 964$). Conferences on subjects such as infertility, endometriosis, and gynaecological endoscopy were attended respectively by 33.4% ($n = 508$), 46.0% ($n = 701$) and 25.6% ($n = 390$) of the participants.

The majority of gynaecologists (77.3%) responded that it is not normal for women to complain frequently of dysmenorrhoea ($n = 1,284$). In addition, 97.3% ($n = 1,615$) of the gynaecologists suspect that women have endometriosis when they complain of infertility, 95% ($n = 1,577$) when women complain of dysmenorrhoea, 96.2% ($n = 1,597$) when chronic pelvic pain (CPP) is a complaint, 87.1% ($n = 1,446$) when CA-125 testing is abnormal, and 88.1% ($n = 1,463$) when an abnormality is observed in an imaging examination. A total of 1,509 physicians (90.9%) request imaging examinations to evaluate the presence of endometriosis, while 1,335 (80.4%) always or almost always request transvaginal ultrasound, and 44.7% ($n = 742$) always or almost always request CA-125 when endometriosis is suspected. Table II shows the distribution of participants with respect to the frequency of requesting CA-125 testing.

A total of 1,274 participants (76.7%) responded that endometriosis can affect women between 20 and 29 years of age; while 1,110 participants (66.9%) believe that the disease affects women of 30-39 years of age. Only 5.1% ($n = 84$) stated that endometriosis can affect women of all ages and 17.3% ($n = 288$) believed that endometriosis can occur in adolescence.

When physicians suspect that a woman has endometriosis, they request a surgical procedure principally when infertility is present (77.2%, $n = 1,282$), when CPP is present (74%, $n = 1,232$), and in cases of adnexal cysts (67.2%, $n = 1,116$). A large proportion of the physicians (80.5%) never or rarely initiate any clinical treatment prior to surgical diagnosis of endometriosis ($n = 1,335$), (Table III).

When questioned with respect to how they would manage the first attempt to treat adolescents with dysmenorrhoea, 809 gynecologists (48.7%) replied that they would prescribe nonsteroidal anti-inflammatory drugs, while 567 (34.2%) stated that they would prescribe combined oral contraceptives (COC). Fifty-nine physicians (1.2%) stated that they would not request laparoscopic evaluation; however, when asked directly if they considered carrying out laparoscopy in adolescents, 33.9% ($n = 562$) stated that they did not indicate the procedure.

The length of time between onset of symptoms and suspicion of endometriosis varied according to symptomatology. When the symptom was infertility, time was 13.8 ± 6.4 months; when dysmenorrhoea was the symptom, time was 8.9 ± 6.4 months, and in cases of CPP, time was 8.7 ± 6.6 months (Table IV). When women complain of dysmenorrhoea, CPP or dyspareunia, gynaecologists either carry out surgical procedures themselves or refer patients to colleagues who perform these procedures within approximately 10 months. The surgical procedure indicated is laparoscopy in 7.5 of every 10 patients.

Table V presents the multiple logistic regression analysis showing the variables significantly associated with suspicion of endometriosis when time between onset of symptoms and suspicion of endometriosis is less than 12 months and the complaint is

infertility, dysmenorrhoea or CPP. When asked to comment about the indication of laparoscopy, respondents who suspect endometriosis and indicate the procedure prior to 12 months following the onset of symptoms are those who prefer subjects such as gynecological endoscopy, gynaecology and endometriosis at congresses (OR = 1.54, 95% CI 1.19-2.00). Those physicians who treat 1-5 out of every 10 patients clinically when they suspect endometriosis and when no surgical diagnosis has been made tend to reach a diagnosis later (OR = 0.68, 95% CI 0.54-0.87).

Discussion

The attitudes and practices of physicians with respect to endometriosis have not yet been fully assessed. This study evaluated a large sample of gynecologists with the objective of defining these practices. There is usually a very long delay in diagnosing endometriosis. Although this survey was performed in a developing country, previous reports evaluating diagnostic delay in endometriosis showed similar results both in developing and developed countries, hence much of this data can probably be extrapolated to other settings (Lamb and Ballweg, 1983; Hadfield *et al.*, 1996; Arruda *et al.*, 2003; Ballweg, 2003a; Husby *et al.*, 2003; Ballweg, 2004).

São Paulo is the wealthiest state in Brazil, with 40 million inhabitants. Although the survey may not represent the opinion of gynaecologists throughout the country, the sample is probably more homogeneous because this state has a good education system both in the private and public sector, and income is high compared to the rest of the country. Consequently, the data may also lead to a better understanding of medical attitudes from an international perspective.

A recent survey performed in the United Kingdom evaluated the practice of physicians with respect to laparoscopic diagnosis and treatment of endometriosis. The survey evaluated the surgical procedure itself, whether ablation or cauterization of the lesions was used for treatment. To our knowledge, this present study is the first to evaluate gynaecologists and their attitudes regarding the symptoms of endometriosis and the procedures involved in its diagnosis (Moses and Clark, 2004).

In general, the gynaecologists in this study suspected endometriosis and indicated a diagnostic procedure in less than one year in cases of infertility, dysmenorrhoea, and CPP, when abnormalities were detected in a imaging examination (88.1%) or when CA-125 testing was abnormal. These findings show that the disease is well-known among these professionals. However, this is not representative of the real situation of patients with this disease, in which the time from onset of symptoms to diagnosis can be as long as seven years (Arruda *et al.*, 2003), basically, due to the attitudes of the physicians, since the patients in these cases sought medical treatment immediately.

CA-125 testing is requested in all or almost all cases by 44.7% of the participants, probably because 87.1% of them believe that a woman with endometriosis has an abnormal CA-125 test. This finding showed that physicians prefer to request a serum marker rather than an invasive diagnostic procedure such as laparoscopy.

These gynecologists did not believe that endometriosis could occur in adolescents and in the menopausal transition. The age range of patients in which most of the gynaecologists consider the possibility of endometriosis was around 20-39 years of age, and these data are in agreement with findings from a previous study (Abrão *et al.*, 2000). In addition, only 5.1% of participants stated that endometriosis can affect women of all ages. This result may explain why gynaecologists often delay the diagnosis in

adolescents. Arruda *et al.* (2003) showed that the median time from initial consultation to a diagnosis was longer when symptoms started during adolescence than when they began at the age of 30 or more.

The delay in diagnosing endometriosis is known to be long in young women (Lamb and Ballweg, 1983; Hadfield *et al.*, 1996; Abrão *et al.*, 2000; Arruda *et al.*, 2003; Ballweg, 2003a; Ballweg, 2004), despite the fact that we found that the majority of gynaecologists (77.3%) considered that frequent painful menstruation was not a normal condition. In addition, physicians prefer to treat patients clinically with nonsteroidal anti-inflammatory drugs or COC than to indicate a surgical procedure such as laparoscopy, and when asked directly if they considered requesting laparoscopy in the case of an adolescent, one-third stated that they would not. This finding may reflect the fact that gynaecologists tend not to believe that adolescents can have endometriosis and do not consider dysmenorrhoea a symptom of endometriosis in this age group. Spreading the knowledge that the disease can also affect young women may help change this attitude.

Most of the gynecologists interviewed (80.4%) request vaginal ultrasound to help in the diagnosis of endometriosis. Although it is well-accepted that ultrasound can be helpful in the diagnosis of endometriosis, a normal exam, usually observed in the early stages of the disease, may lead the physician to believe that the patient does not have endometriosis or to feel uncomfortable in indicating laparoscopy.

Our results showed that gynecologists who believed that endometriosis can occur at any age suspect endometriosis earlier, whether in cases of infertility, dysmenorrhoea, or CPP. They were also those who indicate surgical diagnostic procedures less than 12 months following the onset of symptoms, and were those who attend conferences on

gynecological endoscopy and endometriosis in congresses or courses. The more informed the gynaecologist, the less time he/she takes to suspect endometriosis. Moreover, variables significantly associated with earlier suspicion of endometriosis in cases of infertility were: living in a city with more than 500,000 inhabitants and working in the private sector. This may occur because in large cities and in the private sector, there are more gynaecologists with the necessary skills to perform laparoscopy, and there may be better access to laparoscopy services. However, Arruda *et al.* (2003) found that in private clinics the delay was longer than in teaching hospitals. This, however, involves other issues concerning services within the universities.

Although some publications have supported the concept that endometriosis is a progressive disease (Koninckx *et al.*, 1991; Dmowski *et al.*, 1997), whether the delay in treatment is associated with a progression of the disease is controversial. However, women with symptomatic endometriosis have claimed that their general health was impaired by the delay in reaching diagnosis (Kennedy, 1991).

One possible criticism of our study may be the bias existent in the questionnaires, which is an important issue in public health studies (Choi and Pak, 2005). We tried to minimize this bias by not using ambiguous or open questions. In addition, questions with respect to behavior may be more accurate than hypothetical ones. We opted to use a predominantly vertical format of response options and left alignment of responses, which are better for listing response options in self-administered questionnaires and make them easier for the respondent. In mailed surveys respondents may tend to choose the first response options on the list (primary bias) and we tried to minimize these effects by reducing the number of categories presented. Completing a questionnaire can be a

learning experience for the respondent and may affect the respondent's answers to subsequent questions.

Regarding the reporting bias, respondents may have a greater interest or expertise in endometriosis and may not, therefore, be representative of gynaecologists in general. However, studies examining the demographics of survey respondents based on their time of response found that respondents to the first mailing of a survey are no different from later survey respondents (Kellerman and Herold, 2001). In conclusion, our study suggests the necessity to stimulate professional education, perhaps by creating more continuous medical education programs and other educational activities. Providing gynaecologists with more information about the disease may lead to an early diagnosis of endometriosis and, consequently, earlier detection of severe disease, thereby preventing infertility and allowing better pain control, while simplifying the management of the disease and increasing patient satisfaction.

Acknowledgments

This study received financial support from the Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, Brazil, award nº 04/10879-0. The authors thank Verônica Barros and Adriana Barros for their help in the management of this study, and Sirlei Siani Morais for the statistical analysis.

References

- Abrão MS, Dias Júnior JA and Podgaec S (2000) Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose: uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In Abrão MS (ed) Endometriose: uma visão contemporânea. Revinter, Rio de Janeiro, Brazil, pp. 1-11.
- Altman DG (1991) Practical Statistics for Medical Research. Ed Chapman & Hall, London, 661pp.
- Arruda MA, Petta CA, Abrão MS and Benetti-Pinto CL (2003) Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. Hum Reprod 18,756-759.
- Ballweg ML (2003a) Big picture of endometriosis helps provide guidance on approach to teens: Comparative historical data show endo starting younger, is more severe. J Pediatr Adolesc Gynecol 16,S21-S26.
- Ballweg ML (2003b) Women report chronic pelvic pain not taken seriously. Endo Assoc Int Newslett 24,2.
- Ballweg ML (2004) Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 18,201-218.
- Choi BCK and Pak AWP (2005) A catalog of biases in questionnaires. Preventing chronic disease, public health research, practice and policy. Centers for Disease Control and Prevention 2,1-13.
- Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P and Noursalehi M (1997) Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. Fertil Steril 67,238-243.

- Fauconnier A and Chapron C (2005) Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* 11,595-606.
- Hadfield R, Mardon H, Barlow D and Kennedy S (1996) Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod* 11,878-880.
- Husby GK, Haugen RS and Moen MH (2003) Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82,649-653.
- Kellerman SE and Herold J (2001) Physician response to surveys. *Am J Prev Med* 20,61-67.
- Kennedy SH (1991) What is important to the patient with endometriosis? *Br J Clin Pract Suppl* 72,8-10.
- Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E and Cornillie FJ (1991) Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 55,759-765.
- Lamb K and Ballweg ML (1983) Data bank results are in! *Endo Assoc Int Newslett*, May: 1-9.
- Moses SH and Clark TJ (2004) Current practice for the laparoscopic diagnosis and treatment of endometriosis: a national questionnaire survey of consultant gynaecologists in UK. *Br J Obstet Gynaecol* 111,1269-1272.
- Zondervan KT, Cardon LR and Kennedy SH (2002) What makes a good case-control study? *Hum Reprod* 17,1415-1423.

Table I. Some social demographic characteristics of respondents

Characteristics		n	%
<i>Gender</i>	Male	918	55.3
	Female	731	44.0
	Not answered	11	0.7
<i>Complete professional formation/education</i>	Medical residence	1,477	89.0
	Certificate in gynaecology	1,232	74.2
<i>Participation in courses/congresses in the last year</i>	none	119	7.2
	1 or 2	796	48.0
	3 or more	727	43.8
	Not answered	18	1.1
<i>Type of service</i>	Public	138	8.3
	Private	481	29.0
	Public and private	1,000	60.2

Table II. Distribution of participants according to selected attitudes

Characteristics		n	%
<i>How often do you request CA 125 when suspect of endometriosis?</i>	Never	223	13.4
	Until 5 times in every 10 patients	653	39.3
	Always or almost always	742	44.7
	Not answered	42	2.5
<i>Consider that a woman can have endometriosis with an altered CA 125?</i>	Yes	1,446	87.1
	No	82	4.9
	Not know	110	6.6
	Not answered	22	1.3
<i>Age ranges assigned in which a woman can have endometriosis</i>	≤ 19	288	17.3
	20 – 29	1,274	76.7
	30 – 39	1,110	66.9
	40 – 49	184	11.1
	≥ 50	12	0.7
<i>Would indicate laparoscopy to adolescents when suspect of endometriosis?</i>	Yes	1,043	62.8
	No	562	33.9
	Not answered	55	3.3

Table III. Characteristics of participants according to selected attitudes in front of symptoms

	n	%
Suspect that patient has endometriosis and <i>indicate surgical procedure in case of:</i>		
Infertility	1,282	77.2
Pelvic pain	1,232	74.2
Adnexial cysts	1,116	67.2
Altered CA 125	575	34.6
Do not indicate or indicate in other cases	262	15.8
Treat clinically patients with suspect of <i>endometriosis without surgical diagnosis:</i>		
Never	411	24.8
One to 5 in every 10 patients	924	55.7
Ever or almost ever	271	16.3*
<i>First attitude in adolescents with dysmenorrhea:</i>		
Prescribe non-steroidal anti-inflammatory drugs	809	48.7
Prescribe oral contraceptives	567	34.0
Indicate laparoscopy	59	3.6
Do not indicate laparoscopy	20	1.2**

* did not answer = 54 (3.3%)

** Other attitudes or did not answer = 370 (22.2%)

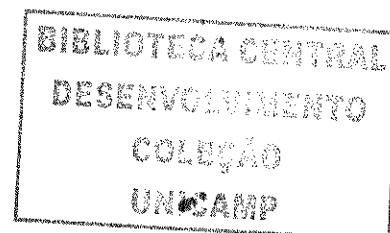


Table IV. Distribution of participants according to selected variables

Question	Valid answers		Months	
	n	%	mean $\pm$ SD	range
After how long time of infertility you suspect a woman can have endometriosis?	1,532	92.3	13.8 $\pm$ 6.4	0-48
After how long time of dysmenorrhoea you suspect a woman can have endometriosis?	1,370	82.5	8.9 $\pm$ 6.4	0-62
After how long time of chronic pelvic pain you suspect a woman can have endometriosis?	1,386	83.5	8.7 $\pm$ 6.6	0-62
In women with pelvic pain, dysmenorrhoea or dyspareunia, in how many months of symptoms do you perform or refer to a laparoscopy or laparotomy?	1,480	89.2	10.0 $\pm$ 6.0	0-48
Among 10 patients with endometriosis symptoms, how many do you perform or refer to laparoscopy?	1,562	94.1	7.5 $\pm$ 3.2	0-10

Table V. Characteristics associated with early suspicion of endometriosis in the Multiple logistic regression analysis

Suspicion of endometriosis within 12 months of first symptoms	Selected Variables*	OR (95% CI)
<i>Infertility</i>	Number of inhabitants (>500,000)	1.43 (1.04-1.97)
	Working at private services only	1.50 (1.09-2.06)
	Indicated women at all ages	1.81 (1.01-3.22)
<i>Dysmenorrhoea</i>	Search for endoscopic gynaecology and endometriosis in congresses	1.33 (1.05-1.97)
	Indicated women at all ages	2.16 (1.18-3.93)
	Treat clinically 1 to 5 patients (in every 10) with suspicious of endometriosis without surgical diagnosis	0.68 (0.54-0.87)
<i>Chronic pelvic pain</i>	Attend endoscopic gynaecology and endometriosis presentations in congresses	1.51 (1.19-1.91)
	Indicated women at all ages	2.17 (1.17-4.00)
<i>Would indicate laparoscopy in less than 12 months to women with CPP and/or dysmenorrhoea and/or dyspareunia</i>	Attend endoscopic gynaecology and endometriosis presentations in congresses	1.54 (1.19-2.00)

* Selection of variables stepwise method

Table V. Characteristics associated with early suspicion of endometriosis in the Multiple logistic regression analysis

Suspicion of endometriosis within 12 months of first symptoms	Selected Variables*	OR (95% CI)
<i>Infertility</i>	Number of inhabitants (>500,000)	1.43 (1.04-1.97)
	Working at private services only	1.50 (1.09-2.06)
	Indicated women at all ages	1.81 (1.01-3.22)
<i>Dysmenorrhoea</i>	Search for endoscopic gynaecology and endometriosis in congresses	1.33 (1.05-1.97)
	Indicated women at all ages	2.16 (1.18-3.93)
	Treat clinically 1 to 5 patients (in every 10) with suspicious of endometriosis without surgical diagnosis	0.68 (0.54-0.87)
<i>Chronic pelvic pain</i>	Attend endoscopic gynaecology and endometriosis presentations in congresses	1.51 (1.19-1.91)
	Indicated women at all ages	2.17 (1.17-4.00)
<i>Would indicate laparoscopy in less than 12 months to women with CPP and/or dysmenorrhoea and/or dyspareunia</i>	Attend endoscopic gynaecology and endometriosis presentations in congresses	1.54 (1.19-2.00)

* Selection of variables stepwise method

5. Conclusões

- A média de idade dos participantes foi de 45,4 anos, a maioria homem, casado, com longo tempo de graduação. Grande parte fez residência, possui o título de especialista e participou de congressos no último ano.
- O tempo entre a queixa e a indicação de procedimento diagnóstico foi em média, segundo os participantes, de 13,8 meses no caso de infertilidade, 8,9 meses no caso de dismenorréia e 8,7 meses na dor pélvica crônica.
- A ultra-sonografia transvaginal foi o exame mais solicitado pelos ginecologistas para o diagnóstico de endometriose (80,4%).
- Os ginecologistas que suspeitam mais precocemente de endometriose são aqueles que acreditam ser possível haver endometriose em todas as faixas etárias e que procuram temas de endometriose nos congressos.
- Quanto maior foram o conhecimento e a informação dos ginecologistas, menor foi o tempo para se pensar na hipótese de endometriose e indicar o procedimento cirúrgico para estabelecer este diagnóstico.

6. Referências Bibliográficas

Abrão MS, Dias Júnior JA, Podgaec S. Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose: uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In: Abrão MS (ed) Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.1-11.

Adamson GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. **Am J Obstet Gynecol** 1990; 162:568-9.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Medical management of endometriosis. Practice Bulletin Number 11, December , 1999. **Int J Gynecol Obstet** 2000; 71:183-96.

Arruda MA, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. **Hum Reprod** 2003;18:756-9.

Ballweg ML. New research shows disease is starting younger, is more severe. **Endo Assoc Int Newslett** 1998; 19:1-2.

Ballweg ML. Big picture of endometriosis helps provide guidance on approach to teens: Comparative historical data show endo starting younger, is more severe. **J Pediatr Adolesc Gynecol** 2003a; 16:21-6.

Ballweg ML. Women report chronic pelvic pain not taken seriously. **Endo Assoc Int Newslett** 2003b; 24:2.

Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol** 2004;18:201-18.

Berger GS. Epidemiology of endometriosis. In: Nezhat CR, Berger GS, Nezhat FR, Buttram Jr VC, Nezhat CH. (Ed.) **Endometriosis: advanced management and surgical techniques**. New York: Springer-Verlag; 1995. p.61-5.

Bischoff FZ, Simpson JL. Heritability and molecular genetic studies of endometriosis. **Hum Reprod Update** 2000; 6:37-44.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Inf Epidem do SUS**, 1996, ano V, n 2.

Brosens IA, Puttemans PJ, Deprest J. The endoscopic localization of endometrial implants in the ovarian chocolate cyst. **Fertil Steril** 1994; 61:1034-8.

Bulun SE, Fang Z, Imir G, Gurates B, Tamura M, Yilmaz B, et al. Aromatase and endometriosis. **Semin Reprod Med** 2004; 22:45-50.

Chatman DL. Endometriosis and the black woman. **J Reprod Med** 1976; 16:303-6.

Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. **J Reprod Med** 1982; 27:156-60.

Cramer DW, Wilson E, Stillman RJ, Berger MJ, Belisle S, Schiff I, et al. The relation of endometriosis to menstrual characteristics, smoking and exercise. 1986. **JAMA**; 255:1904-8.

Djursing H, Petersen K, Weberg E. Symptomatic postmenopausal endometriosis. **Acta Obstet Gynaecol Scand** 1981; 60:529-30.

Dmowski WP. Immunological aspects of endometriosis. **Int J Gynaecol Obstet** 1995; 50(Suppl 1):S3-S10.

Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. **Fertil Steril** 1997; 67:238-43.

Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. **Obstet Gynecol Clin North Am** 1997;24:235-58

Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. **Hum Reprod Update** 2005; 11,595-606.

Faúndes A, Duarte GA, Andalaft-Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. **RBGO** 2004; 26:89-96.

Fedele L, Parazzini F, Bianchi S, Arcaini L, Candiani GB. Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. **Fertil Steril** 1990; 53:155-8.

Fukaya T, Hoshiai H, Yajima A. Is pelvic endometriosis always associated with chronic pain? A retrospective study of 618 cases diagnosed by laparoscopy. **Am J Obstet Gynecol** 1993; 169:719-22.

Galle PC. Clinical presentation and diagnosis of endometriosis. **Obstet Gynecol Clin North Am** 1989; 16:29-42.

Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA, Chronic Pelvic Pain / Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. **Fertil Steril** 2002; 78:961-72.

Garry R. The endometriosis syndromes: a clinical classification in the presence of aetiological confusion and therapeutic anarchy. **Hum Reprod** 2004; 19:760-8.

Goldstein DP, De Chonoky C, Emans SJ. Adolescent endometriosis. **J Adolesc Health Care** 1980a; 1:37-41.

Goldstein DP, De Chonoky C, Emans SJ, Leventhal JM. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. **J Reprod Med** 1980b; 24:251-6.

Gruenwald P. Origin of endometriosis from the mesenchyme of the celomic walls. **Am J Obstet Gynecol** 1942; 44:470-4.

Gruppo Italiano Per Lo Studio Dell'endometriosi. Prevalence and anatomical distribution of endometriosis in women with selected gynecological conditions: results from a multicentric Italian study. **Hum Reprod** 1994; 9:1158-62.

Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. **Hum Reprod** 1996; 11:878-80.

Halban J. Histeroadenosis metastatica. Die linphogene Genese der sog. Adenofibromatosis heterotopica. **Arch Gynäk** 1925; 124:457-82.

Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2003; 82:649-53.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo demográfico: 2000**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=1290>. Acesso em: 28 de jun. 2004.

Kennedy SH. What is important to the patient with endometriosis? **Br J Clin Pract Suppl** 1991; 72:8-10.

Kirshon B, Poindexter AN, Fast J. Endometriosis in multiparous women. **J Reprod Med** 1989; 34:215-7.

Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. **Fertil Steril** 1991; 55:759-65.

Koyi H, Hillerdal G, Brandén E. Patient's and doctors' s delays in the diagnosis of chest tumors. **Lung Cancer** 2002; 35:53-7.

Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol** 1984; 64:672-4.

Lamb K, Ballweg ML. Data bank results are in! **Endo Assoc Int Newslett** 1983; 1-9.

Laufer MR, Goitein L, Bush M, Cramer DW, Emans SJ. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. **J Pediatr Adolesc Gynecol** 1997; 10:199-202.

Laufer MR. Premenarcheal endometriosis without an associated obstructive anomaly: presentation, diagnosis and treatment. **Fertil Steril** 2000; 74:S15.

Laufer MR, Sanfilippo J, Rose G. Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. **J Pediatr Adolesc Gynecol** 2003; 16:S3-S11.

Ling F. W. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspect endometriosis. **Obstet Gynecol** 1999; 93:51-8.

Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol** 2006; 85:88-92.

Mahmood TA, Templeton A. The impact of treatment on the natural history of endometriosis. **Hum Reprod** 1990; 5:965-70.

Matorras R, Rodrigues F, Pijoan JI, Ramón O, Téran GG, Rodríguez-Escudero F. Epidemiology of endometriosis in infertile women. **Fertil Steril** 1995; 63:34-8.

Matorras R, Rodríguez F, Pijoan JI, Soto E, Pérez C, Ramón O, et al. Are there any clinical signs and symptoms that are related to endometriosis in infertile women? **Am J Obstet Gynecol** 1996; 174:620-3.

Meyer R. Über den Stande der frage der Adenomyositis und Adenomyome in allgemeinen und insbesondere über Adenomyositis seroepithelialis un Adenomyometritis sarcomatosa. **Zentrabl Gynakol** 1919; 36:745-50.

Moen MH, Magnus P. The familial risk of endometriosis. **Acta Obstet Ginecol Scand** 1993; 73:59-62.

Moen MH, Stokstad T. A long-term follow-up study of women with asymptomatic endometriosis diagnosed incidentally at sterilization. **Fertil Steril** 2002; 78:773-6.

Moghissi K. Approach to the patient with suspected endometriosis. In: Nezhat CR, Berger GS, Nezhat FR, Buttram Jr, VC, Nezhat CH. (Ed.) **Endometriosis: advanced management and surgical techniques**. New York: Springer-Verlag; 1995.p.61-5.

Murphy AA. Clinical aspects of endometriosis. In: Yoshinaga K, Parrott EC. (Ed.) Endometriosis: emerging research and intervention strategies. **Annals of the New York Academy of Sciences**. New York: The New York Academy of Sciences, 2002. p.1-10.

Muzii L, Marana R, Pedullà S, Catalano GF, Mancuso S. Correlation between endometriosis-associated dysmenorrhea and the presence of typical or atypical lesions. **Fertil Steril** 1997; 68:19-22.

National Center For Health Statistics, Pokras R, Hufnagel VG. **Hysterectomies in the United States, 1965-84**. Vital and Health Statistics, series 13, n 92. DHHS Publ No (PHS) 88-1753. Public Health Service. Washington: US Government Printing Office, Dec. 1987, p. 1-31.

Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. **Fertil Steril** 1997; 68:585-96.

Olive DL, Henderson DY. Endometriosis and Mullerian anomalies. **Obstet Gynecol** 1987; 69:412-5.

Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. **N Engl J Med** 1993; 328:1759-68.

Organización Panamericana De La Salud. Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silbert TJ, Suárez Ojeda EN, Yunes J. (Ed.) **La salud del adolescente y del joven**. Washington D.C.: OPS/OMS, 1995. 552p.

Petta CA, Paiva LHSC, Pinto Neto AM, Fonseca E, Lane E. The use of laparoscopy in women with pelvic chronic pain. **J Bras Ginecol** 1990; 100:85-7.

Perper MM, Nezhat F, Goldstein H, Nezhat CH, Nezhat C. Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. **Fertil Steril** 1995; 63:500-3.

Redwine DB. Age-related evolution in color appearance of endometriosis. **Fertil Steril** 1987; 48:1062-3.

Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. **Am J Obstet Gynecol** 1927; 14:422-69.

Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN. Epidemiology of endometriosis among parous women. **Obstet Gynecol** 1995; 85:983-92.

Santos EH. **Avaliação clínico epidemiológica, pela internet, de mulheres com endometriose**. Florianópolis, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina).

Shifren JL, Tseng JF, Zaloudek CJ, Ryan IP, Meng YG, Ferrara N, et al. Ovarian steroid regulation of vascular endothelial growth factor in the human endometrium: implications for angiogenesis during the menstrual cycle and in the pathogenesis of endometriosis. **J Clin Endocrinol Metab** 1996; 81:3112-8.

Signorello LB, Harlow BL, Cramer DW. Epidemiologic determinants of endometriosis: a hospital-based case-control study. **Ann Epidemiol** 1997; 7:267-74.

Silva PPA, Pereira JR, Ikari FK, Minamoto H. Câncer de pulmão e retardo no diagnóstico: análise de 300 casos. **Rev Ass Med Brasil** 1992; 38:145-9.

Spaczynski RZ, Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. **Semin Reprod Med** 2003; 21:193-207.

Thomas EJ, Cooke ID. Successful treatment of asymptomatic endometriosis: Does it benefit infertile women? **Br Med J** 1987; 294:1117-9.

Thomas EJ. Endometriosis, 1995 – confusion or sense? **Int J Obstet Gynecol** 1995; 48:149-55.

- Vercellini P, Fedele L, Molteni P, Arcaini L, Bianchi S, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 32:261-5.
- Vercellini P, Oldani S, De Giorgi O, Crosignani PG. Endometriosis: an overview of descriptive and analytic epidemiological studies. In: **Progress in management of endometriosis – Proceedings of the 4th World Congress on Endometriosis**; 1994, p 221.
- Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995; 63:796-800.
- Wardle P, Hull MGR. Is endometriosis a disease? *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1993; 7:673-85.
- Weed JC, Arquembourg PC. Endometriosis: can it produce an autoimmune response resulting in infertility? *Clin Obstet Gynecol* 1980; 23:885-93.
- Wheeler JM. Epidemiology of endometriosis-associated infertility. *J Reprod Med* 1989; 34:41-6.
- Zeyneloglu HB, Arici A, Olive DL. Environmental toxins and endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24:307-29.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Carta-convite 1

Campinas, março de 2005.

Prezado Dr(a):

Estamos convidando todos os ginecologistas e obstetras associados à Sociedade de Ginecologia do Estado de São Paulo - SOGESP para participarem de um estudo cujo objetivo é descrever condutas utilizadas no seu dia-dia.

Caso aceite participar, solicitamos que responda o questionário em anexo. É necessário que as respostas sejam as mais precisas possíveis para que os resultados tenham valor quando forem aplicados à prática. Você pode se sentir à vontade sabendo que todas as medidas foram tomadas para garantir seu anonimato e a confidencialidade das informações, já que não há maneira de poder identificar as pessoas que devolveram os questionários preenchidos. Só saberemos quantas pessoas o devolveram.

Por gentileza, primeiro leia o questionário com atenção e depois responda as perguntas. Utilize o envelope carta-resposta que o acompanha para remetê-lo de volta. Se decidir não preenchê-lo ou responder apenas algumas perguntas, agradecemos se puder mandá-lo de volta, assim mesmo.

Como temos respeito pelo seu tempo, pensamos em compensá-lo, em parte, pela atenção que nos irá dispensar. Ao devolver o questionário preenchido, você poderá participar do sorteio de dois “*palmtops*”. Para concorrer basta destacar e nos enviar, junto com seu questionário respondido, uma das vias do número que lhe foi enviado. Esse número foi distribuído aleatoriamente e não tem qualquer ligação com o questionário, não é necessário anotar o número de seu cupom no questionário. Os questionários receberão uma numeração própria e independentemente desse cupom quando chegarem a nosso escritório. Guarde a outra via de seu cupom porque ela servirá para cobrar o prêmio quando realizado o sorteio, já que não teremos outra forma de saber a quem pertencem os números sorteados. Os números serão sorteados no dia 20/06/05 e serão anunciados a partir do dia 22/06/05 nas páginas da internet: www.cemicamp.org.br e www.sogesp.com.br.

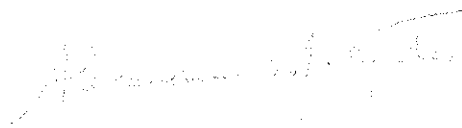
Se houver alguma dúvida ou quiser algum esclarecimento pode fazer contato com Dr. Carlos Petta ou com Dra. Alessandra Matos através dos e-mails: cpetta@attglobal.net ou aleniomatos@uol.com.br. Se desejar fazer qualquer reclamação, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo telefone: 19- 3788 8936.

Desde já, agradecemos sua valiosa cooperação.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Carlos Alberto Petta



Dra. Alessandra Matos

8.1. Anexo 2 – Questionário

CONDUTAS EM GINECOLOGIA

No.

Responda as perguntas a seguir fazendo um X na opção que você escolher. Escreva por extenso quando convier.

1. Qual a sua idade?

anos completos

2. Qual é seu sexo?

☐ [1] feminino ☐ [2] masculino

3. Qual é seu estado marital?

☐ [1] casado(a) ☐ [2] solteiro(a) ☐ [3] unido(a) ☐ [4] separado(a)/divorciado(a) ☐ [5] viúvo(a)

4. Você tem alguma filha adolescente (10-19 anos) que menstrue?

☐ [1] sim ☐ [2] não

5. Há quanto tempo você é formado em medicina?

anos completos

6. Há quanto tempo você atua como ginecologista/obstetra (incluindo residência)?

Meses ou anos

7. Qual a sua formação profissional completa? (Mais de uma opção poderá ser assinalada)

a. Residência	☐ [1] sim ☐ [2] não	d. Pós-doutorado	☐ [1] sim ☐ [2] não
b. Mestrado	☐ [1] sim ☐ [2] não	e. Tego	☐ [1] sim ☐ [2] não
c. Doutorado	☐ [1] sim ☐ [2] não	f. Outros: (escrever).....	

8. Quantos habitantes possui a maior cidade em que você trabalha?

☐ [1] até 50.000 habitantes	☐ [3] de 100.001 a 500.000	☐ [5] não sei
☐ [2] de 50.001 a 100.000	☐ [4] de mais de 500.000	

9. Você trabalha em serviço:

☐ [1] público ☐ [2] privado ☐ [3] público e privado ☐ [4] aposentado

10. Você participa de congressos ou cursos relacionados à ginecologia ou obstetrícia?

☐ [1] sim ☐ [2] não (se não, continue na 13)

11. Em quantos congressos ou cursos relacionados à ginecologia ou obstetrícia participou nos últimos 12 meses?

☐ [0] nenhum ☐ [1] 1 ou 2 ☐ [3] 3 ou mais

12. Qual o tema que procura quando vai a estes cursos e/ou congressos? (Mais de uma opção poderá ser assinalada)

☐ [1] ginecologia geral	☐ [6] medicina fetal	☐ [11] infecções genitais
☐ [2] obstetrícia geral	☐ [7] infertilidade	☐ [12] endoscopia ginecológica
☐ [3] ultra-sonografia	☐ [8] endometriose	☐ [13] patologia obstétrica
☐ [4] climatério	☐ [9] mastologia	☐ [14] OUTROS (escrever):
☐ [5] uroginecologia	☐ [10] oncologia pélvica e/ou mamária	

13. Você acha que é normal uma mulher apresentar dismenorréia (dor pélvica associada com a menstruação) freqüente?

☐ [1] sim ☐ [2] não ☐ [3] não sei

14. Assinale qual faixa etária abaixo você acha que a endometriose se manifesta (Mais de uma opção poderá ser assinalada)

[1] até 19 anos (adolescência)

[3] 30-39 anos

[5] 50 ou mais (menopausa)

[2] 20-29 anos

[4] 40-49 anos

15. Você suspeita de endometriose em mulheres com infertilidade?

[1] Sim. A partir de quanto tempo de infertilidade você começa a suspeitar? [] meses [2] Não

16. Você considera que uma mulher pode ter (ou suspeita que tem) endometriose quando apresenta queixa de dismenorréia?

[1] Sim. A partir de quanto tempo da queixa você começa a suspeitar? [] meses [2] Não

17. Você considera que uma mulher pode ter (ou suspeita que tenha) endometriose quando apresenta queixa de dor pélvica crônica?

[1] Sim. A partir de quanto tempo da queixa você começa a suspeitar? [] meses [2] Não.

18. Você considera que uma mulher pode ter (ou suspeita que tem) endometriose quando apresenta dosagem sérica de CA-125 alterada?

[1] Sim

[2] Não

[3] Não sei

19. Com que frequência você pede o exame CA-125 quando suspeita de endometriose?

[1] nunca

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

20. Você considera que uma mulher pode ter (ou suspeita que tenha) endometriose quando apresenta exame de imagem alterado?

[1] sim

[2] não

[3] não sei

21. Você pede algum exame de imagem para o diagnóstico de endometriose?

[1] sim

[2] não (se não, continue na 23)

22. Com que frequência você solicita o(s) exame(s) de imagem abaixo antes de indicar procedimento cirúrgico diagnóstico/terapêutico?

RX SIMPLES DE ABDOME

[1] nunca

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOME

[1] nunca

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL

[1] nunca

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

[1] nunca

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

[1] nunca

[4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes

[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes

[5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes

[3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes

[6] sempre

OUTROS: (escrever).....

23. Você realiza procedimentos laparoscópicos para o diagnóstico de endometriose?

[1] sim [2] não

24. Você encaminha pacientes para procedimentos laparoscópicos para o diagnóstico de endometriose?

[1] sim [2] não

25. De cada 10 pacientes para as quais você indica procedimento cirúrgico para endometriose (realiza ou encaminha), para quantas você indica laparoscopia:

____ de cada 10 pacientes

26. Em mulheres com dor pélvica e/ou dismenorréia e/ou dispareunia, em quanto tempo em média, indica (realiza ou encaminha) uma laparoscopia ou laparotomia ?

____ meses

27. Se você suspeita que a paciente possui endometriose, indica cirurgia em caso de (mais de uma opção poderá ser assinalada)

[1] dor [3] cistos [5] outro (escrever) _____
[2] infertilidade [4] marcador sorológico alterado [6] não indico

28. Com que frequência você trata clinicamente pacientes com suspeita de endometriose SEM que o diagnóstico cirúrgico tenha sido estabelecido?

[1] nunca [3] 1 ou 2 vezes em cada 10 pacientes [5] 6 a 9 vezes em cada 10 pacientes
[2] menos de 1 vez em cada 10 pacientes [4] 3 a 5 vezes em cada 10 pacientes [6] sempre

29. Sua primeira conduta diante de adolescentes com dismenorréia severa é (assinale apenas uma)?

[1] prescreve anticoncepcional oral [3] indica laparoscopia
[2] prescreve anti-inflamatório não-hormonal [4] não indica laparoscopia [5] outro (escrever) : _____

30. Você indicaria laparoscopia para adolescentes (da menarca até 19 anos) com suspeita de endometriose ?

[1] sim [2] não

8.2. Anexo 3 – Carta convite 2

Campinas, julho/agosto de 2005.

Prezado Dr(a):

Em abril você recebeu um questionário sobre condutas em ginecologia. Infelizmente o número de questionários devolvidos não alcançou o número necessário para nossa pesquisa. Por esta razão estamos enviando novamente o questionário. Sua resposta é muito importante para nós.

Se você já respondeu anteriormente, agradecemos muito sua participação e simplesmente desconsidere esta nova remessa.

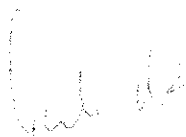
Caso aceite participar, solicitamos que responda o questionário em anexo. É necessário que as respostas sejam as mais precisas possíveis para que os resultados tenham valor quando forem aplicados à prática. Você pode se sentir à vontade sabendo que todas as medidas foram tomadas para garantir seu anonimato e a confidencialidade das informações, já que não há maneira de poder identificar as pessoas que devolveram os questionários preenchidos. Só saberemos quantas pessoas o devolveram.

Por gentileza, primeiro leia o questionário com atenção e depois responda as perguntas. Utilize o envelope carta-resposta que o acompanha para remetê-lo de volta. Se decidir não preenchê-lo ou responder apenas algumas perguntas, agradecemos se puder mandá-lo de volta, assim mesmo.

Se houver alguma dúvida ou quiser algum esclarecimento pode fazer contato com Dr. Carlos Petta ou com Dra. Alessandra Matos através dos e-mails: cpetta@attglobal.net ou aleniomatos@uol.com.br. Se desejar fazer qualquer reclamação, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pelo telefone: 19- 3788 8936.

Desde já, agradecemos sua valiosa cooperação.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Carlos Alberto Petta



Dra. Alessandra Matos

8.3. Anexo 4 – Cartões do sorteio

1. Para participar do sorteio, você deverá enviar, junto com seu questionário, uma das vias deste cupom. Retenha a outra via consigo. 2. Quando o questionário e o cupom forem recebidos, o seu cupom será colocado em uma urna. Serão incluídos os cupons que forem recebidos até o dia 30 de maio de 2005. 3. O sorteio será realizado no dia 20 de junho de 2005 na secretaria da Área de Ginecologia - CAISM. 4. O resultado será divulgado nas páginas da Internet do Cemicamp (www.cemicamp.org.br) e da SOGESP (www.sogesp.com.br) a partir do dia 22 de junho de 2005. 5. A pessoa sorteada tem prazo de 30 dias para reclamar seu prêmio, a partir do dia 22 de junho de 2005. 6. Para retirar o prêmio, será necessário apresentar a segunda via do cupom, com o número sorteado. 7. Findo esse período, em havendo prêmios não retirados, será efetuado novo sorteio no dia 25 de julho de 2005. A divulgação dos novos números sorteados será realizada através dos mesmos meios de comunicação acima citados, e o prazo para retirada do prêmio também será de 30 dias, a partir do dia 25 de julho de 2005, ou seja, até o dia 25 de agosto de 2005. 8. Não poderão participar do sorteio os pesquisadores envolvidos no estudo.	1. Para participar do sorteio, você deverá enviar, junto com seu questionário, uma das vias deste cupom. Retenha a outra via consigo. 2. Quando o questionário e o cupom forem recebidos, o seu cupom será colocado em uma urna. Serão incluídos os cupons que forem recebidos até o dia 30 de maio de 2005. 3. O sorteio será realizado no dia 20 de junho de 2005 na secretaria da Área de Ginecologia - CAISM. 4. O resultado será divulgado nas páginas da Internet do Cemicamp (www.cemicamp.org.br) e da SOGESP (www.sogesp.com.br) a partir do dia 22 de junho de 2005. 5. A pessoa sorteada tem prazo de 30 dias para reclamar seu prêmio, a partir do dia 22 de junho de 2005. 6. Para retirar o prêmio, será necessário apresentar a segunda via do cupom, com o número sorteado. 7. Findo esse período, em havendo prêmios não retirados, será efetuado novo sorteio no dia 25 de julho de 2005. A divulgação dos novos números sorteados será realizada através dos mesmos meios de comunicação acima citados, e o prazo para retirada do prêmio também será de 30 dias, a partir do dia 25 de julho de 2005, ou seja, até o dia 25 de agosto de 2005. 8. Não poderão participar do sorteio os pesquisadores envolvidos no estudo.
--	--

 UNICAMP	Destaque aqui o seu cupom, essa via não deve ser enviada.	 UNICAMP
Nº 9999		Nº 9999