

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Capítulo 22

ENDOMETRIOSE: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E ASPECTOS TERAPÊUTICOS

ANA CAROLINA INÁCIO WOLFF¹
JÚLIA TESSARO BARDI¹
RÚBIA PEREIRA PELLEGRINO¹
VITÓRIA DANTAS VIGANO¹

¹*Acadêmicos da Universidade São Francisco*

Palavras-Chave: *Endometriose; Endometriosis; Infertility; Tratamento da Endometriose; Reproductive Outcomes.*

10.59290/978-65-6029-246-8.22

EDITORIA
P PASTEUR

Edição XXIV

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória crônica, dependente de estrogênio, definida pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, o que pode desencadear uma resposta inflamatória crônica, resultando em sintomas como dismenorrea, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade. Os locais mais acometidos pela endometriose são o peritônio da cavidade pélvica, os ovários, ligamentos uterosacros e o septo retovaginal, entretanto, pelo caráter sistêmico da endometriose, diversos órgãos podem ser afetados, como intestino, bexiga e ureteres (NÁCUL & SPRITZER, 2010; NAVARRO, 2006).

Para compreender a complexidade da endometriose e os motivos pelos quais afeta determinadas mulheres de forma tão intensa, é essencial explorar suas possíveis origens. A teoria de Sampson busca explicar o surgimento da endometriose através da menstruação retrógrada, propondo que as células endometriais podem chegar na cavidade pélvica devido ao refluxo tubário que ocorre na menstruação, podendo se aderir e se proliferar, resultando em implantes de endometriose (SOURIAL *et al.*, 2014). Entretanto, apesar de ser reconhecida como um dos principais mecanismos iniciais, não é suficiente por si só para explicar todos os casos, afinal a teoria de Sampson explica como as células endometriais chegam na cavidade peritoneal, mas não porque somente uma minoria das mulheres desenvolve a endometriose, ainda que cerca de 90% das mulheres experimentam algum grau de refluxo menstrual (BURNEY & GIUDICE, 2012).

Dessa forma, outras hipóteses têm sido propostas para complementar essa teoria. Fatores adicionais, como defeitos na imunidade local, são necessários para permitir a sobrevivência e implantação das células endometriais fora do

útero. A teoria imunológica ajudaria a preencher certas lacunas da teoria de Sampson, trazendo a possibilidade de algumas mulheres possuírem defeitos imunológicos, que estão impedindo a fagocitose ou apoptose das células endometriais, fazendo com que sejam capazes de se aderirem e se proliferarem. Além disso, há teorias sobre alterações genéticas, pois há estudos que indicam agregação familiar e possíveis genes relacionados à suscetibilidade à endometriose, somados a alterações epigenéticas, que também podem modular a expressão gênica e o comportamento celular em lesões endometrióticas (SOURIAL *et al.*, 2014).

Com isso, observa-se que a endometriose se estabelece e se perpetua por meio de um ciclo patológico complexo, sustentado por fatores inflamatórios e hormonais. As lesões ectópicas promovem ativação imune e liberação contínua de citocinas inflamatórias, favorecendo a angiogênese, a dor e a persistência do tecido endometrial fora da cavidade uterina (SOURIAL *et al.*, 2014). Paralelamente, essas células produzem estrogênio localmente via expressão anômala de aromatase, intensificando a inflamação e a resistência à progesterona. Esse desequilíbrio hormonal, associado à ineficiência dos mecanismos imunológicos de eliminação celular, cria um ambiente que estimula a sobrevivência e o crescimento das lesões, perpetuando o processo inflamatório e a progressão da doença (BURNEY & GIUDICE, 2012).

Somando-se a esse cenário multifatorial, destaca-se ainda um importante desafio clínico: o atraso no diagnóstico. Estudos que investigaram o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo da endometriose, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, revelaram um significativo atraso até a confirmação da doença, o que é alarmante, pois impacta o tratamento e tem associação com

desfechos clínicos mais graves (MOSS *et al.*, 2021; NNOAHAM *et al.*, 2011).

Em relação à sua prevalência, estima-se que a endometriose afete cerca de 20% das mulheres em idade reprodutiva, sendo diagnosticada em 30 a 50% das mulheres com infertilidade (NÁCUL & SPRITZER, 2010) Além disso, a doença é responsável por uma parcela significativa das internações ginecológicas, com 57.950 internações por endometriose no Brasil, de acordo com dados do DATASUS no período de novembro de 2018-2023, evidenciando seu impacto na saúde pública (TENÓRIO *et al.*, 2024).

Diante desses dados, torna-se evidente que a compreensão dos aspectos clínicos, epidemiológicos e fisiopatológicos da endometriose é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes para garantir um diagnóstico e manejo adequado da doença, visando, sobretudo, melhorar a qualidade de vida das mulheres afetadas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada com o objetivo de reunir e analisar criticamente as evidências disponíveis acerca da relação entre endometriose e infertilidade feminina, considerando aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos relevantes. A busca foi conduzida de forma sistemática nas principais bases de dados acadêmicas, incluindo PubMed, SciELO e Google Scholar, utilizando os seguintes descritores em português e inglês: “endometriose”, “*endometriosis*”, “*infertility*”, “tratamento da endometriose” e “*reproductive outcomes*”.

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2000 e abril de 2025, nos idiomas português e inglês, que abordassem: o impacto da endometriose sobre a fertilidade feminina, os mecanismos fisiopatológicos relacionados à en-

dometrioise métodos diagnósticos e condutas terapêuticas aplicadas à mulher com endometriose, com foco em tratamentos cirúrgicos e clínicos.

Foram excluídos relatos de caso isolados, artigos duplicados, textos indisponíveis na íntegra, revisões sem rigor metodológico e publicações que não abordavam diretamente a relação entre endometriose e infertilidade. Após a triagem dos títulos e resumos e a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 20 estudos, submetidos à leitura completa e análise crítica. Os achados foram organizados de forma descritiva, contemplando tanto estudos observacionais e ensaios clínicos quanto revisões sistemáticas e meta-análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A endometriose, quando não adequadamente manejada, compromete de maneira significativa a qualidade de vida das mulheres, repercutindo tanto no âmbito físico quanto no social, laboral e psicológico (SILVA *et al.*, 2021). A dor persistente interfere em atividades cotidianas como sono, alimentação, locomoção, relações sexuais, micção e evacuação. Há um comprometimento significativo da qualidade de vida, levando muitas mulheres a se afastarem de suas atividades profissionais ou a reduzirem sua carga horária, devido à dificuldade de manter o desempenho esperado. Ademais, o medo de julgamentos, especialmente em ambientes predominantemente masculinos, faz com que algumas ocultem seus sintomas, agravando o sofrimento silencioso (MAULENKUL *et al.*, 2024).

Além disso, a endometriose está associada a altas taxas de depressão e ansiedade, com prevalência variando entre 20% e 85%, contrastando com os 4,5% a 7% para depressão e 5,5% a 6% para ansiedade na população feminina geral (GAMBADAURO *et al.*, 2019). Assim, evidencia-se que os impactos sobre a saúde mental

são significativos, sendo comuns sentimentos de frustração, ansiedade e angústia, relacionados não apenas à cronicidade da dor, mas também à frequente ausência de diagnóstico ou aos diagnósticos equivocados. A vida sexual dessas mulheres também é afetada, com 60% a 70% relatando disfunções, principalmente devido à dispareunia, apresentando dificuldades de excitação, lubrificação e orgasmo, o que faz com que muitas passem a evitar ter relações sexuais. Esses fatores podem prejudicar os relacionamentos conjugais, afetar planos reprodutivos e gerar sofrimento emocional para a paciente e seu parceiro (BARBARA *et al.*, 2017).

Estudos que investigaram o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo da endometriose, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, revelaram um atraso médio de aproximadamente 6,7 anos para a confirmação da doença (NNOAHAM *et al.*, 2011). Esse atraso no diagnóstico representa uma preocupação significativa, pois pode levar à instituição de um tratamento tardio ou inadequado, além de estar associado a desfechos clínicos mais graves, incluindo um aumento no risco de infertilidade (MOSS *et al.*, 2021).

O diagnóstico da endometriose enfrenta diversas barreiras, que podem ter origem nas próprias pacientes, no sistema de saúde e em fatores socioculturais. Muitas mulheres demoram a procurar ajuda por acreditarem que sentir dor durante a menstruação é algo comum, já que cresceram ouvindo que isso é “normal”. Além disso, a falta de informação sobre a doença faz com que não reconheçam seus sintomas como sinais de um problema de saúde. As barreiras culturais também dificultam o diagnóstico, como o tabu em torno da menstruação, que inibe conversas abertas sobre o tema, e a recorrente desvalorização da dor feminina, frequentemente interpretada como exagero ou consequência emocional, postergando um tratamento adequa-

do e intensificando o sofrimento vivenciado (DAVENPORT *et al.*, 2023).

No âmbito do sistema de saúde, há dificuldades como a falta de preparo de alguns profissionais, que minimizam ou confundem os sintomas com outras condições, além do acesso limitado a especialistas e exames diagnósticos mais precisos, como a laparoscopia, que podem levar meses para serem realizados (DAVENPORT *et al.*, 2023). Ademais, foi visto que diante de episódios de dor intensa e incapacitante, as pacientes se direcionam à serviços de urgência, havendo assim somente a resolução da queixa imediata, mas não um tratamento de fato. Então, essas mulheres acabam presas em um ciclo repetitivo de idas ao pronto-socorro, onde recebem apenas alívio temporário dos sintomas, sendo obrigadas a retornar com frequência pelas mesmas queixas não resolvidas. Portanto, é evidenciada uma falha no sistema de saúde, que deveria conduzir essas pacientes para especialistas após a resolução temporária da dor, para evitar a recorrência desses episódios sem um diagnóstico e tratamento adequado (SILVA *et al.*, 2021).

Além do atraso, outro desafio diagnóstico na prática clínica referente à endometriose é as limitações dos métodos atuais de imagem. Por ser complexo e multifacetado, o diagnóstico da endometriose exige uma abordagem que combine avaliação clínica, exames de imagem e, em alguns casos, procedimentos cirúrgicos. A ultrassonografia transvaginal (USTV) e a ressonância magnética (RM) são os principais métodos de imagem utilizados, cada um com suas vantagens e limitações.

A USTV é comumente o primeiro exame de imagem solicitado devido à sua ampla disponibilidade, baixo custo e ausência de radiação ionizante. Estudos demonstram que a USTV apresentou sensibilidade de 76% e especificidade de 94%, com uma área sob a curva (AUC)

de 0,92, indicando alta precisão diagnóstica (ZHANG *et al.*, 2020). No entanto, sua eficácia é altamente dependente da habilidade do operador e da utilização de técnicas complementares, como o preparo intestinal, para melhorar a visualização das estruturas pélvicas profundas. Ademais, pode ser limitada na identificação de lesões em áreas de difícil acesso, como lesões localizadas na região retrocervical, nos ligamentos uterossacros e no septo retovaginal (NÁCUL & SPRITZER, 2010).

Por outro lado, a RM oferece uma visão abrangente da pelve e do abdome, permitindo o mapeamento detalhado das lesões de endometriose, incluindo aquelas localizadas fora do alcance da USTV. Nesse exame, foi demonstrada uma sensibilidade de 82% e especificidade de 87%, com alta precisão diagnóstica conforme indicado por uma AUC de 0,91 (ZHANG *et al.*, 2020). Destaca-se também a sua utilidade na avaliação pré-operatória e no planejamento cirúrgico, porém, devido ao seu custo mais elevado e menor disponibilidade, há limitações em seu uso rotineiro (NÁCUL & SPRITZER, 2010).

Em adição aos métodos de imagem previamente discutidos, há também a Laparoscopia Diagnóstica, que é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo da endometriose, pois permite a visualização direta das lesões e a realização de biópsias para confirmação histopatológica. Apesar de sua alta acurácia, trata-se procedimento invasivo, portanto há riscos cirúrgicos e anestésicos que precisam ser levados em consideração no caso específico de cada paciente. Assim, é geralmente reservada para casos em que os exames não invasivos (USTV e RM) não fornecem informações conclusivas ou quando há necessidade de tratamento cirúrgico (NÁCUL & SPRITZER, 2010). Então, a escolha do método diagnóstico deve ser individualizada, levando em conta os sintomas da paci-

ente, a experiência do profissional e os recursos disponíveis, sendo fundamental, além disso, integrar diferentes modalidades de imagem para garantir um diagnóstico preciso e um manejo eficaz da endometriose.

A avaliação individualizada na escolha terapêutica da endometriose, com foco na abordagem centrada na paciente, tem sido amplamente discutida, com destaque na necessidade de considerar o desejo reprodutivo, o impacto da doença na saúde mental e a participação ativa da paciente na tomada de decisões. Assim, para aprimorar o cuidado prestado, é imprescindível que a equipe de saúde possua um conhecimento aprofundado sobre a endometriose e adote uma abordagem proativa, reconhecendo as experiências e necessidades das pacientes (GEUKENS *et al.*, 2018).

Tanto os contraceptivos hormonais combinados quanto os à base de progestagênios demonstram eficácia no alívio da dor associada à endometriose, promovendo reduções significativas na dismenorreia, dor pélvica não cíclica e dispareunia, com conseqüente melhora na qualidade de vida. No contexto pós-cirúrgico, estudos identificaram que o uso pós-operatório de contraceptivos orais combinados reduziu o risco de recorrência da doença, especialmente o regime EE/noretisterona (NETA), que demonstrou reduzir a recorrência da endometriose pós-cirúrgica em até 50%. Entretanto, não houve evidência de que os contraceptivos de progesterona reduzam o risco de recorrência da doença. É importante ressaltar, todavia, que ainda há evidências limitadas para conclusões definitivas quanto à superioridade entre os diferentes regimes hormonais (GRANDI *et al.*, 2019).

Em um estudo retrospectivo envolvendo 330 mulheres com diagnóstico de endometriose submetidas ao tratamento da dor com contraceptivos hormonais combinados (CHCs) ou progestagênios, observou-se uma taxa signifi-

cativamente maior de descontinuação entre as usuárias de CHCs. Os principais fatores associados à interrupção do tratamento foram efeitos colaterais, que incluíram a persistência da dor pélvica ou alívio insuficiente da dor, o sangramento intermenstrual, ganho de peso, náuseas e cefaleia. Esses achados sugerem que, embora amplamente utilizados e sendo frequentemente prescritos como primeira linha terapêutica, os CHCs podem não ser a opção mais adequada para todas as pacientes, sendo recomendável que a escolha terapêutica considere a resposta individual e a adesão a longo prazo (PINHEIRO *et al.*, 2023).

Os agonistas de GnRH, como leuprolida, goserelina e nafarelina, são altamente eficazes na supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, levando a uma menopausa farmacológica temporária. Essa supressão resulta na redução significativa de sintomas como dor pélvica crônica, dismenorreia e dispareunia, notando-se efeitos com 1 a 3 meses de tratamento, que se mantêm por até 6 meses após a descontinuação, embora os sintomas eventualmente tendem a retornar. Entretanto, o uso contínuo dos agonistas traz diversos efeitos colaterais, devido ao seu mecanismo de induzir hipoestrogenemia, ocasionando na perda de densidade mineral óssea, fogachos, diminuição da libido e alterações de humor.

Para mitigar esses efeitos, recomenda-se a administração concomitante da *add-back therapy*, que consiste na utilização de baixas doses de estrogênio, progestagênio ou ambos. Ainda assim, a adesão ao tratamento pode ser comprometida devido à persistência de efeitos colaterais, mesmo com a terapia adjuvante. Diante dessas limitações, a duração do tratamento com agonistas de GnRH não deve exceder seis meses sem o uso de *add-back*, especialmente em pacientes jovens, nos quais se torna imprescindível o monitoramento rigoroso da saúde ós-

sea. Em comparação com outras terapias hormonais, como os contraceptivos orais combinados ou o dienogeste, os agonistas apresentam maior eficácia em casos avançados, porém com um perfil de tolerabilidade menos favorável. Dessa forma, são usualmente indicados como segunda ou terceira linha terapêutica, reservando-se a sua utilização para situações em que abordagens menos agressivas tenham falhado (SURREY, 2010).

Os objetivos principais do tratamento cirúrgico da endometriose são a remoção máxima do tecido endometrial ectópico e a restauração da anatomia pélvica normal. Por vários anos, a laparotomia era mais utilizada, podendo ainda ser a abordagem em casos onde é necessário remover áreas de tecido endometrial não acessíveis por laparoscopia. Entretanto, atualmente a videolaparoscopia é a via preferencial, permitindo uma abordagem minimamente invasiva com melhor visualização das lesões, recuperação mais rápida e riscos menores (LI *et al.*, 2023). Sendo a manipulação cuidadosa dos tecidos e o controle rigoroso da hemostasia essenciais para minimizar o risco de formação de aderências pós-operatórias e a recorrência de lesões endometrióticas (KONINCKX *et al.*, 2012; NEZHAT *et al.*, 2011).

As indicações para intervenção cirúrgica envolvem falhas no tratamento clínico da doença, quando pacientes não estão respondendo como o esperado aos medicamentos ou então os efeitos colaterais destes estão atrapalhando a sua qualidade de vida. Ademais, nos casos em que se trata de uma endometriose profunda infiltrativa, com as lesões afetando estruturas como intestino, bexiga e ureteres, ou então quando há endometriomas ovarianos, que são cistos ovarianos maiores que 3 cm, especialmente nos casos em que há suspeita de malignidade. Outra importante indicação é a infertilidade associada à endometriose, especialmente nos casos de do-

ença mínima ou leve, em que há estudos mostrando a melhora da fertilidade após o procedimento cirúrgico (NAVARRO, 2006).

Temos duas abordagens cirúrgicas, a conservadora e a radical, e a escolha depende da individualidade de cada paciente e de qual abordagem o favorece mais, considerando aspectos como o seu desejo reprodutivo. A cirurgia conservadora é a mais indicada para pacientes que desejam preservar a fertilidade, havendo a excisão de lesões endometrióticas e liberação de aderências (adesiolise), e, nos casos em que é preciso, ressecção de endometriomas ovarianos (NAVARRO, 2006). Há também a cirurgia radical das lesões, que é a histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral. Essa abordagem é reservada para casos refratários ao tratamento clínico e cirúrgico conservador, especialmente em mulheres que não pretendem ter mais filhos (NÁCUL & SPRITZER, 2010).

Em situações mais específicas, como o tratamento de endometriose profunda, há um maior nível de complexidade cirúrgica, sendo necessário uma maior capacitação dos profissionais envolvidos, pensando nos riscos de possíveis complicações, como fistulas na anastomose colorretal ou fistula reto-vaginal, lesão ureteral e lesões vasculares (BRAY-BERALDO *et al.*, 2018). Para esse tipo de endometriose, é realizada a ressecção de lesões profundas, e, especialmente se tratando das que envolvem o septo retovaginal e o intestino, há um alívio significativo da dor (NÁCUL & SPRITZER, 2010).

A recorrência de endometriomas ovarianos após excisão laparoscópica está relacionada principalmente à idade da paciente, sendo o risco maior para mulheres com menos de 32 anos. Estudos mostram que a ausência de tratamento hormonal adjuvante após a cirurgia pode levar a uma taxa de recorrência que chega a 50% em até cinco anos. O uso de terapias hormonais contínuas, como contraceptivos orais combi-

nados ou prostagênicos, demonstraram eficácia na prevenção da recorrência, enquanto a sua descontinuação aumenta significativamente o risco de retorno da doença (OUCHI *et al.*, 2014).

Além disso, a recorrência pode ocorrer tanto no ovário tratado quanto no contralateral, com a maioria das pacientes voltando a apresentar sintomas como dor pélvica e infertilidade, mas há a possibilidade da recorrência ser assintomática. Então, a necessidade de uma nova cirurgia é baseada principalmente na intensidade dos sintomas e da resposta ao tratamento clínico do que apenas o tamanho dos cistos recorrentes. Ademais, pacientes com aderências pélvicas ou nódulos profundos tendem a apresentar maior indicação para reintervenção cirúrgica. Por isso, o manejo pós-operatório deve ser individualizado, considerando o uso contínuo de terapia hormonal para pacientes jovens e um acompanhamento prolongado (EXACOSTOS *et al.*, 2006). Nos casos em que há recusa do tratamento hormonal, recomenda-se o acompanhamento por até 5 anos após a cirurgia (OUCHI *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

A endometriose é uma condição ginecológica crônica de alta complexidade que repercute profundamente na saúde e na qualidade de vida das mulheres acometidas. O impacto multifacetado da doença, que inclui dor pélvica crônica, prejuízos na vida sexual, limitações funcionais, comprometimento laboral e sofrimento psicológico, evidencia a necessidade de um cuidado integral, sensível às experiências subjetivas das pacientes. Esse quadro é agravado pelos altos índices de comorbidades psíquicas, como depressão e ansiedade, cujas prevalências na população com endometriose superam amplamente os índices encontrados na população feminina em geral. Há diversos motivos por trás disso,

desde a frustração decorrente da dor crônica, da vida sexual insatisfatória, das dificuldades nos relacionamentos e da ausência de diagnóstico por um longo período. Evidenciando-se, portanto, a importância de um olhar ampliado para além da dor física, que contemple a saúde mental e o bem-estar emocional.

O diagnóstico tardio ainda constitui um dos principais desafios no manejo da endometriose, refletindo falhas tanto na percepção social da dor feminina quanto na estrutura dos serviços de saúde. Esse atraso está associado a diversos fatores, incluindo barreiras socioculturais, como a naturalização da dor menstrual e o tabu em torno da menstruação. O acesso restrito a exames especializados, a variabilidade na interpretação dos achados e a escassez de profissionais capacitados agravam ainda mais esse cenário.

Apesar de a ultrassonografia transvaginal (USTV) e a ressonância magnética (RM) serem os principais exames de imagem utilizados na investigação da endometriose, ambas apresentam limitações que podem dificultar o diagnóstico, especialmente se tratando de lesões profundas ou em localizações de difícil acesso. A USTV, apesar de mais acessível e de baixo custo, depende significativamente da habilidade do operador e da adoção de técnicas complementares, como o preparo intestinal. Já a RM, embora ofereça uma visão mais abrangente da pelve e seja útil no planejamento cirúrgico, tem custo elevado e menor disponibilidade, o que limita seu uso na prática clínica cotidiana. Por essas razões, muitas vezes é necessário recorrer à laparoscopia diagnóstica, considerada o padrão-ouro, apesar de ser um procedimento invasivo e com riscos inerentes à cirurgia e à anestesia.

A escolha da melhor abordagem diagnóstica e terapêutica deve ser individualizada e centrada na paciente, considerando fatores como o desejo reprodutivo, a gravidade dos sintomas e

as respostas ao tratamento. Do ponto de vista terapêutico, temos as estratégias clínicas hormonais, que incluem contraceptivos hormonais combinados, progestagênios e agonistas de GnRH, sendo que cada modalidade possui perfis distintos de eficácia, tolerabilidade e adesão. Apesar do alívio dos sintomas promovido por essas terapias, efeitos colaterais e taxas de descontinuação são frequentes, exigindo monitoramento contínuo e ajustes conforme a evolução do quadro clínico. Já no contexto cirúrgico, a videolaparoscopia representa a abordagem preferencial por sua menor invasividade, melhor visualização das lesões e tempo reduzido de recuperação. Entretanto, tanto o tratamento medicamentoso quanto o cirúrgico apresentam vantagens e limitações e deve-se ressaltar que a resposta ao tratamento pode variar significativamente entre as pacientes.

Assim, é fundamental adotar uma abordagem centrada na paciente, com decisões compartilhadas e um seguimento contínuo e adaptado. O planejamento terapêutico deve ser cuidadoso e individualizado, buscando equilibrar o controle dos sintomas, a preservação da fertilidade, nos casos em que isso é desejado, e o bem estar das pacientes. O enfrentamento da endometriose exige, portanto, uma abordagem multidisciplinar, que associe conhecimento técnico, sensibilidade clínica e escuta ativa, reconhecendo a complexidade da doença e a singularidade da experiência de cada mulher. Sendo a educação em saúde, o investimento em capacitação profissional e o políticas públicas voltadas à saúde da mulher, estratégias essenciais para superar os obstáculos atuais. O enfrentamento da endometriose não deve se limitar ao controle dos sintomas, mas sim à promoção da dignidade e qualidade de vida para todas as mulheres que convivem com essa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBARA, G. *et al.* What is known and unknown about the association between endometriosis and sexual functioning: a systematic review of the literature. *Reproductive Sciences*, v. 24, n. 12, p. 1566–1576, 2017.
- BRAY-BERALDO, F. *et al.* Tratamento cirúrgico de endometriose intestinal: resultados de três técnicas operatórias. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 40, p. 390-396, 2018.
- BURNEY, R.O & GIUDICE, L.C. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and Sterility*, v. 98, n. 3, p. 511–519, 2012.
- DAVENPORT, S. *et al.* Barriers to a timely diagnosis of endometriosis: a qualitative systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, v. 142, n. 3, p. 571–583, 2023.
- EXACOUSTOS, C. *et al.* Recurrence of endometriomas after laparoscopic removal: sonographic and clinical follow-up and indication for second surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 13, n. 4, p. 281–288, 2006.
- FERREIRA, J. M. *et al.* Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 6, p. 281–287, 2010.
- GAMBADAURO, P. *et al.* Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 220, n. 3, p. 230–241, 2019.
- GEUKENS, E. I. *et al.* Patient-centeredness and endometriosis: definition, measurement, and current status. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 50, p. 11–17, 2018.
- GRANDI, M. *et al.* Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, v. 11, p. 5-15, 2019.
- KONINCKX, P.R. *et al.* Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertility and Sterility*, v. 98, p. 564-571, 2012.
- LI, H. *et al.* Clinical effects of laparoscopic surgery for the treatment of endometriosis and endometriosis-fertility: A retrospective study of 226 cases. *Frontiers in Surgery*, v. 9, p. 1049119, 2023.
- MAULENKUL, T. *et al.* Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC Women's Health*, v. 24, art. 524, 2024.
- MOSS, E. L. *et al.* Endometriosis and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, v. 36, n. 12, p. 3074–3086, 2021.
- NÁCUL, A. P. & SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 32, n. 6, p. 298–307, 2010.
- NEZHAT, C. *et al.* Laparoscopic management of bowel endometriosis: predictors of severe disease and recurrence. *JSLs: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, v. 15, n. 4, p. 431–438, 2011.
- NNOAHAM, K. E. *et al.* Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, v. 96, n. 2, p. 366–373.e8, 2011.
- OUCHI, N. *et al.* Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision: risk factors and prevention. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 40, p. 230-236, 2014.
- PINHEIRO, D.J.P. da C. *et al.* Tolerability of endometriosis medical treatment: a comparison between combined hormonal contraceptives and progestins. *BMC Women's Health*, v. 23, p. 510, 2023.
- SILVA, C.M.C. *et al.* Experiências das mulheres quanto às suas trajetórias até o diagnóstico de endometriose. *Revista Escola Anna Nery*, v. 25, n. 4, e20200374, 2021.

SOURIAL, S. *et al.* Theories on the pathogenesis of endometriosis. *International Journal of Reproductive Medicine*, v. 2014, p. 179515, 2014.

SURREY, E.S. *et al.* Impact of endometriosis diagnostic delays on healthcare resource utilization and costs. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, v. 16, p. 826-834, 2010.

TENÓRIO, E.C.P. T. *et al.* Representação epidemiológica das internações por endometriose no Brasil, entre 2018 e 2023. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 1, p. 4963–4975, 2024.

ZHANG, X. *et al.* Comparison of physical examination, ultrasound techniques and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Experimental and Therapeutic Medicine*, v. 20, n. 4, p. 3208–3220, 2020.