

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 56

ENDOMETRIOSE: ATRASO DIAGNÓSTICO E ESTIGMATIZAÇÃO DOS SINTOMAS FEMININOS

MARCOS VINÍCIUS MORONTE STURMER¹
ANA CAROLINA HOMRICH CALDIERARO¹
ANA CLÁUDIA KIST SILVEIRA¹
BRUNA SOTTER ODY¹
EVELIN FRANCIELI DE SIQUEIRA CARDOSO¹
FABÍOLA ARIADNE GEUER DA SILVA¹
ISABELA FERRAZ MENUCCI¹
ISADORA BARCELLA GLASHORESTER¹

LAURA FARINA NADIN¹
MARIA LUIZA LONGHI CECHET¹
MARIANA LORELEI BRÄCHER CHAIEB¹
MONIQUE SCHNEIDER GRIFANTE¹
NATÁLIA MIRANDA TASSONI¹
RAFAELA SILVA SCHOEPPING¹
VITÓRIA RABAIOLI¹

¹Discente - Medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Palavras-chave: Endometriose; Atraso Diagnóstico; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica, inflamatória e estrogênio-dependente caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina. Embora seja uma condição benigna, apresenta importante relevância clínica por estar associada a sintomas como dismenorrea intensa, dor pélvica crônica, dispareunia, alterações intestinais e urinárias cíclicas, além de infertilidade. Por acometer uma parcela significativa das mulheres em idade reprodutiva e gerar repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas, a endometriose configura-se como um importante problema de saúde pública (SMOLARZ *et al.*, 2021).

O impacto da doença ultrapassa o sistema reprodutor. A dor recorrente e, muitas vezes, incapacitante pode comprometer atividades diárias, rendimento acadêmico e profissional, relações afetivas, sexualidade, saúde mental e qualidade de vida. Além disso, a endometriose pode exigir acompanhamento prolongado, uso contínuo de medicamentos, exames de imagem, procedimentos cirúrgicos e tratamentos relacionados à fertilidade, o que reforça a necessidade de uma abordagem ampla e individualizada (SMOLARZ *et al.*, 2021).

Um dos principais desafios relacionados à endometriose é o atraso diagnóstico, que pode ocorrer por anos desde o início dos sintomas. Esse atraso está relacionado à naturalização da dor menstrual, à dificuldade de acesso a serviços especializados, à variabilidade das manifestações clínicas e à subvalorização das queixas femininas. Muitas pacientes têm seus sintomas interpretados como “cólicas normais”, baixa tolerância à dor ou questões emocionais, o que contribui para a invisibilização do sofrimento e para a manutenção da doença sem tratamento adequado (SIMS *et al.*, 2021).

Nesse contexto, discutir a endometriose é fundamental para ampliar o reconhecimento da doença, reduzir a estigmatização dos sintomas femininos e fortalecer estratégias de diagnóstico precoce, acolhimento e cuidado integral às mulheres acometidas (SMOLARZ *et al.*, 2021; SIMS *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com foco central no atraso diagnóstico e estigmatização dos sintomas femininos associados à endometriose. A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados PubMed. Para a identificação dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores em inglês e seus equivalentes em português: “*endometriosis*”, “*diagnostic delay*”, “*stigma*” e “*gender bias*”. Estes termos foram aplicados de forma isolada e combinada para abranger a complexidade do tema. Foram incluídos artigos de revisão e estudos originais que abordassem a fisiopatologia, o diagnóstico e os aspectos socioculturais da doença. Compreende-se publicações entre os anos de 2015 e 2025, garantindo a utilização de dados e perspectivas recentes. Além disso, foram incluídas referências de periódicos como “*Journal of Molecular Sciences*”, “*Clinical Medicine*” e “*Revista Foco*”. A análise da literatura foi organizada em eixos temáticos que buscam relacionar os aspectos clínicos de endometriose aos seus determinantes socioculturais, como fatores socioeconômicos e estruturais que contribuem para a demora na identificação da patologia.

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da endometriose permanece como um assunto a ser aprofundado, uma vez que seus mecanismos etiopatogênicos ainda

não foram totalmente compreendidos. Atualmente, a doença é classificada em três fenótipos distintos — peritoneal superficial, ovariana e profunda —, persistindo o debate sobre se estas divisões compartilham uma origem comum ou se derivam de processos distintos. No entanto, é consenso que o desenvolvimento da patologia envolve a degradação da matriz extracelular, a invasão peritoneal, o crescimento de células estromais e endometriais ectópicas e, frequentemente, o desenvolvimento de um quadro de infertilidade (MOREIRA *et al.*, 2022; BONAVINA; TAYLOR, 2022).

Historicamente, a teoria mais aceita para explicar o quadro é a da Menstruação Retrógrada, proposta por Sampson. Segundo esta hipótese, fragmentos de tecido endometrial viável, em vez de serem eliminados pelo canal vaginal, refluem através das tubas uterinas para a cavidade pélvica durante a menstruação. Uma vez no peritônio, essas células aderem ao mesotélio, proliferam-se e invadem estruturas adjacentes, desencadeando uma reação inflamatória crônica mediada por citocinas, o que resulta em dor e aderências (MOREIRA *et al.*, 2022). Para justificar a presença de focos em locais remotos à pelve, Sampson também postulou a teoria da Disseminação Hematogênica e Linfática, que sugere que células endometriais podem entrar na vasculatura uterina ou no sistema linfático e se disseminar para locais ectópicos (BONAVINA; TAYLOR, 2022).

Complementando as hipóteses clássicas, outras teorias como a metaplasia celômica (transformação do epitélio peritoneal em tecido endometrial) e a dos restos embrionários (Mülleriana) também buscam explicar a origem da doença. Recentemente, evidências apontam para o papel de células-tronco ou progenitoras de origem mesenquimal endometrial defeituosas. Essas células, mesmo sem mutações somá-

ticas universais, apresentam anormalidades epigenéticas específicas que alteram fatores de transcrição essenciais (MOREIRA *et al.*, 2022). Um ponto crítico nesse mecanismo é a resistência à progesterona, frequentemente causada pela repressão de genes como ER alfa e GATA 2. Essa falha na resposta hormonal compromete o controle da proliferação celular e intensifica o processo inflamatório, agravando o quadro (BONAVINA; TAYLOR, 2022).

Ademais, é fundamental destacar que a endometriose é uma doença estrogênio-dependente (MOREIRA *et al.*, 2022). O estrogênio desempenha um papel central na sobrevivência celular, na neovascularização e na neurogênese das lesões, criando um ciclo de retroalimentação que sustenta a progressão da doença (BONAVINA; TAYLOR, 2022).

Sob a ótica dos aspectos morfológicos e genéticos, a teoria do mecanismo poliepigenético propõe que um conjunto de incidentes genéticos e epigenéticos, transmitidos desde o nascimento, pode predispor a alterações no endométrio, na resposta imunológica e até na placentação. No caso específico da endometriose profunda, a forma mais agressiva, a fisiopatologia pode estar ligada a fatores hereditários e à exposição ambiental, como à dioxina ou radiação. Algumas vertentes investigam ainda a hipótese do sangramento uterino neonatal como um condutor precoce para a formação de lesões adenomióticas ou a possibilidade de certas células anormais se comportarem como tumores benignos (MOREIRA *et al.*, 2022).

QUADRO CLÍNICO

Quando se fala em quadro clínico da endometriose, tem-se que é muito variável. Algumas mulheres podem ser assintomáticas, outras podem apresentar sintomas mais conhecidos, como os da TPM- tensão pré-menstrual, e em

alguns casos sintomas mais graves e preocupantes. O quadro clínico clássico está normalmente associado com dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade.

A dor menstrual é o sintoma mais prevalente, mas diferentemente da dismenorreia da menstruação, quando associada à endometriose pode levar a uma piora com o passar dos anos e a não responsividade a medicamentos anti-inflamatórios (CARDOSO *et al.*, 2020). Seguida dela, a dor pélvica se caracteriza por uma dor na região pélvica inferior, região lombossacral ou glúteos, que pode durar mais de seis meses e causar dores que necessitem de intervenção médica. Outra queixa frequente é a dispareunia de profundidade, que é caracterizada pela dor na relação sexual, que pode piorar com a endometriose, sendo tipicamente profunda, posicional e cíclica (SZTANDERA *et al.*, 2026).

A endometriose encontra-se relacionada também à infertilidade, com 30% a 50% das mulheres com essa doença sendo inférteis. Isso acontece por diversos mecanismos, como alterações imunológicas, influência hormonal na ovulação e na implantação do embrião, anormalidades anatômicas dos ovários, tubas uterinas e útero, dentre outros fatores (VIDEIRA *et al.*, 2024). Além disso, é estimado que a doença afete 10% das mulheres na pré-menopausa e 35-50% das mulheres inférteis (CARDOSO *et al.*, 2020).

Para além desses sintomas mais comuns, é importante a atenção para aqueles que demonstram uma piora excessiva durante o período menstrual, levando em consideração que órgãos adjacentes podem ser acometidos. Pode ser necessária uma atenção redobrada em situações de alteração do trato gastrointestinal, como a distensão abdominal e dor anal (SILVA *et al.*, 2024).

Não obstante, os sintomas não são somente físicos, o que muitas vezes não é levado em consideração quando se fala em quadros como o presente. A quebra de expectativa sobre o próprio corpo e em ambientes sociais, a possibilidade de convivência com dores e outros sintomas já discutidos e o próprio não poder de decisão sobre gerar ou não uma vida alteram frequentemente o psíquico das mulheres que convivem com a endometriose, levando, muitas vezes à depressão, ansiedade e outros transtornos mentais.

DIAGNÓSTICO DA ENDOMETRIOSE

O diagnóstico da endometriose inicia-se pela suspeição clínica, baseada principalmente na história clínica e no reconhecimento de sintomas característicos da doença. Apesar disso, as manifestações clínicas da endometriose são altamente diversas; nenhum dos sinais ou sintomas apresentados é patognomônico para essa doença. Dessa forma, a anamnese é um componente fundamental da investigação e recomenda-se uma avaliação clínica abrangente com foco no histórico médico e queixas sintomáticas da paciente (AGARWAL *et al.*, 2019).

Após o levantamento da hipótese diagnóstica, o exame físico ginecológico pode fornecer informações relevantes, como dor à palpação pélvica, espessamento dos ligamentos uterossacros e presença de massas compatíveis com endometriomas. Estudos demonstram que o exame físico é uma etapa importante da investigação clínica, contribuindo para o reconhecimento precoce da doença. A identificação não-cirúrgica da endometriose é favorecida pela combinação de fatores e sintomas. Entretanto, a ausência de alterações no exame não exclui a presença da doença (AGARWAL *et al.*, 2019; PASCOAL *et al.*, 2022).

Logo, recomenda-se o uso de métodos complementares de diagnóstico. A ultrassonografia e a ressonância magnética podem preencher a lacuna entre a abordagem diagnóstica clínica e cirúrgica ao promover uma avaliação visual não invasiva e mais rápida, segura e acessível quando comparada ao método cirúrgico (PASCOAL *et al.*, 2022).

Entre esses métodos, a ultrassonografia pode ser considerada uma extensão do exame físico, permitindo avaliação dinâmica e em tempo real das estruturas pélvicas, permitindo identificar endometriomas, nódulos e alterações em órgãos frequentemente acometidos, como bexiga, ureteres e intestino. Em situações em que há suspeita de casos graves, a ressonância magnética, especialmente sequências ponderadas em T1, é altamente precisa e pode complementar essa avaliação. Por ser multiplanar, ela é benéfica na identificação de lesões endometrióticas multifocais e extrapélvicas (PASCOAL *et al.*, 2022).

Historicamente, a laparoscopia foi considerada padrão-ouro no diagnóstico da endometriose. Ela é base para a identificação visual de endometriomas e lesões endometrióticas, podendo diagnosticar e tratar, por meio da remoção dessas lesões, a condição da paciente. Embora a laparoscopia com confirmação histopatológica tenha sido referência na investigação da endometriose durante décadas, evidências recentes mostram que a associação entre a suspeição clínica e exames de imagem permitem, na maioria dos casos, estabelecer o diagnóstico em pacientes sintomáticos, reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas, que trazem complicações como risco aumentado de lesões viscerais e complicações com a anestesia. Por esse motivo, a abordagem diagnóstica atual prioriza métodos menos invasivos para a investigação da endometriose (TAYLOR *et al.*, 2018).

Até o momento, nenhum biomarcador isolado ou combinação de biomarcadores surgiu como padrão para a avaliação da endometriose. Portanto, uma abordagem multimodal dos métodos citados é recomendada para uma investigação mais precisa, incorporando a história clínica da mulher, as características da dor, a resposta ao tratamento hormonal, as características do ciclo menstrual, os achados do exame físico e os exames de imagem (TAYLOR *et al.*, 2018).

ATRASO DIAGNÓSTICO NA ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma doença inflamatória crônica que acomete aproximadamente uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva, com estimativas que apontam cerca de 200 milhões de mulheres afetadas em todo o mundo (SIMS *et al.*, 2021; NIETO REY *et al.*, 2025). Apesar dessa magnitude, a ausência de dados de base populacional em muitas regiões limita estimativas mais precisas: na América Latina e no Caribe, por exemplo, as taxas de prevalência publicadas restringem-se a poucos países, o que dificulta dimensionar o problema no contexto regional (MATÍAS-GONZÁLEZ *et al.*, 2022).

Um dos aspectos mais marcantes da doença é a distância entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica. Revisões recentes relatam atrasos diagnósticos que podem alcançar de dez a onze anos (DAVENPORT *et al.*, 2023; CORTE *et al.*, 2025). Uma revisão sistemática que avaliou especificamente o tempo até o diagnóstico encontrou intervalos de 0,3 a 12 anos, a depender da definição adotada — atraso total, primário ou clínico —, da localização geográfica e das características da população estudada; essa heterogeneidade dificulta comparações diretas entre estudos e reforça a necessidade de definições padronizadas (CORTE *et al.*, 2025). Importa notar que parcela substan-

cial desse atraso é atribuída ao próprio sistema de saúde e aos profissionais, e não apenas à demora da paciente em procurar atendimento (CORTE *et al.*, 2025) — percurso frequentemente marcado, ainda, por diagnósticos equivocados antes da identificação correta da doença (KOCAS *et al.*, 2023).

Entre os fatores que sustentam esse atraso, destaca-se a normalização sociocultural da dor menstrual. Quando a dor intensa é interpretada como componente esperado e fisiológico do ciclo, e não como possível manifestação de doença, deixa de ser reconhecida como motivo legítimo de investigação (NIETO REY *et al.*, 2025). Esse enquadramento atua em duas frentes: leva a mulher a tolerar os sintomas e a postergar a procura por atendimento e, simultaneamente, reduz a probabilidade de que a queixa seja valorizada como sinal de alerta quando finalmente apresentada ao serviço de saúde (DAVENPORT *et al.*, 2023).

O fenômeno é particularmente evidente na adolescência, fase em que a normalização da dismenorreia retarda de forma direta o diagnóstico e o início do tratamento (SACHEDINA; TODD, 2020). Soma-se a isso a dificuldade objetiva de distinguir a menstruação fisiológica da patológica, o que favorece o recurso a estratégias de autocuidado em detrimento da avaliação especializada (DAVENPORT *et al.*, 2023).

Para além de naturalizados, os sintomas da endometriose são também estigmatizados. O estigma é hoje reconhecido como um dos principais fatores psicossociais associados à doença e como elemento plausivelmente implicado no atraso diagnóstico e no sofrimento emocional das pacientes (SIMS *et al.*, 2021). Ele decorre de pelo menos três fontes inter-relacionadas — o estigma menstrual, o da dor crônica e o da infertilidade —, que recaem sobre dimensões da saúde feminina historicamente cercadas de tabu e vergonha (KOCAS *et al.*, 2023). Diferen-

temente da normalização, que dispensa a dor por considerá-la comum, a estigmatização desqualifica a queixa por considerá-la imprópria, dificultando tanto que a mulher a verbalize quanto que o profissional a acolha.

Essa desqualificação manifesta-se concretamente na assistência. Em estudo de métodos mistos com 533 mulheres, a experiência de ter as queixas descartadas pelos serviços de saúde configurou tema central do relato das pacientes (KATZ *et al.*, 2024), e o estigma menstrual é descrito como barreira específica ao longo do percurso diagnóstico (DAVENPORT *et al.*, 2023). As consequências são mensuráveis: o estigma, em suas formas antecipada, internalizada e vivida, associa-se a maior ocorrência de sintomas depressivos (MANDEVILLE *et al.*, 2024) e a disrupções nas esferas social, acadêmica e profissional da vida das pacientes (GUPTA *et al.*, 2021); na América Latina e no Caribe, mostrou-se mediador da relação entre a dor incapacitante e a queda da autoestima (MATÍAS-GONZÁLEZ *et al.*, 2022). Ao transformar as queixas femininas em motivo de silêncio e desvalorização — social e institucionalmente —, a estigmatização reforça a negligência dos sintomas e perpetua o atraso diagnóstico.

O viés de gênero na assistência à saúde manifesta-se de forma combinada com outros marcadores sociais, como a idade, contribuindo para que os sintomas de mulheres sejam sistematicamente descredibilizados ou atribuídos a causas funcionais e emocionais sem avaliação adequada para condições orgânicas, como a endometriose (HARRILAL-MAHARAJ, 2025). Esse padrão é especialmente evidente em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, nas quais a associação cultural da doença à fase reprodutiva leva os profissionais a não considerá-la como hipótese diagnóstica. Esse cenário favorece tanto a desvalorização dos relatos das pacientes quanto a persistência de lacunas no conhecimento médico acerca das manifestações

da endometriose em idades mais avançadas (LANGMANN *et al.*, 2025). Além dos estereótipos de gênero e idade, fatores estruturais relacionados à formação médica também desempenham papel importante no atraso diagnóstico. A limitação de conhecimento e consciência sobre a endometriose entre médicos de atenção primária foi identificada como uma barreira central no processo diagnóstico, com muitos profissionais desconhecendo a necessidade de considerá-la no diagnóstico diferencial de queixas menstruais e pélvicas, o que sugere que a descredibilização das queixas femininas não decorre apenas de preconceitos explícitos, mas também de lacunas estruturais na formação médica que dificultam o reconhecimento da doença desde a primeira avaliação clínica (KOK *et al.*, 2024).

As barreiras ao diagnóstico e ao tratamento da endometriose decorrem da interação entre fatores estruturais, econômicos e psicossociais, que se sobrepõem e ampliam as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. No contexto latino-americano e caribenho, o estigma associado à doença foi identificado como mediador da relação entre dor incapacitante e autoestima, enquanto o suporte social moderou o impacto desse estresse sobre a qualidade de vida das pacientes, evidenciando que fatores psicossociais também influenciam a experiência da doença e ampliam as desigualdades vivenciadas por mulheres com endometriose (MATÍAS-GONZÁLEZ *et al.*, 2022). No Brasil, mulheres relatam dificuldades para acessar especialistas pelo serviço público, recorrendo frequentemente ao setor privado com elevado custo, além de descreverem demoras de anos até o manejo adequado, o que pode agravar a progressão da doença (ARAÚJO *et al.*, 2014). As disparidades raciais e étnicas aprofundam ainda mais esse cenário: mulheres negras apresentam taxas significativamente maiores de complicações cirúrgicas e menor acesso a procedimentos

minimamente invasivos em comparação com mulheres brancas, enquanto mulheres pertencentes a outras minorias raciais enfrentam desvantagens semelhantes, embora permaneçam sub-representadas na literatura (WESTWOOD *et al.*, 2023). Em conjunto, esses achados evidenciam que o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento da endometriose é condicionado por desigualdades que extrapolam a disponibilidade dos serviços de saúde, envolvendo fatores econômicos, psicossociais e estruturais que comprometem a equidade na assistência.

CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO

A complexidade do diagnóstico de endometriose se deve, principalmente, à ampla variabilidade clínica da doença. A diretriz ESHRE *Guideline: Endometriosis*, publicada por Christian M. Becker em 2022, enfatiza os principais desafios de identificação clínica da patologia como ausência de biomarcadores específicos e a frequente sobreposição dos sintomas com outras doenças ginecológicas. Isso desencadeia muitos diagnósticos tardios na área da saúde, o que impacta diretamente a qualidade de vida de pacientes mulheres, considerando que a dor é uma das manifestações clínicas mais frequentes e incapacitantes da endometriose. Trata-se de uma manifestação clínica que pode ocorrer como dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, disquesia e disúria.

Entre as principais consequências da identificação tardia da doença destacam-se o agravamento da complexidade cirúrgica, a infertilidade, a intensificação da dor, os impactos sobre a saúde mental e o comprometimento intestinal e urinário.

A progressão da doença leva ao desenvolvimento de endometriose profunda e infiltrativa, acometendo órgãos viscerais adjacentes como o

intestino, a bexiga e os ureteres. Desse modo, tratamentos cirúrgicos tornam-se mais extensos e tecnicamente mais desafiadores, frequentemente exigindo equipes multidisciplinares e expondo pacientes a maiores riscos intra-operatórios (BECKER *et al.*, 2022).

A infertilidade constitui uma das complicações mais relevantes da endometriose. O ambiente inflamatório crônico interfere na qualidade dos oócitos, na fecundação, no desenvolvimento embrionário e na receptividade endometrial, além de provocar aderências que alteram a anatomia pélvica (ZONDERVAN *et al.*, 2020). Estima-se que 30% a 50% das mulheres com endometriose apresentam infertilidade, enquanto a doença está presente em aproximadamente 25% a 50% das mulheres inférteis (BECKER *et al.*, 2022).

Além disso, a dor pélvica é um dos sintomas mais comuns durante a menstruação. Na maioria das mulheres, ela se apresenta como uma cólica suportável, que não impede a realização das tarefas diárias e costuma melhorar com o uso de analgésicos comuns. No entanto, em mulheres com endometriose — especialmente naquelas que tiveram o diagnóstico tardio — a dor abdominal é muito mais intensa, chegando a ser incapacitante e impossibilitando a execução das atividades rotineiras. Esse impacto é tão significativo que um estudo realizado em 2010 observou que mulheres com endometriose relataram uma redução de 38% na produtividade durante os episódios de dor pélvica (BARACAT; SOARES JÚNIOR, 2016).

No âmbito da saúde mental, além do aspecto físico, o período menstrual também pode afetar a saúde mental, sendo comuns o surgimento ou agravamento de sintomas depressivos e de ansiedade nessa fase, o que compromete ainda mais a qualidade de vida da mulher. Nesse mesmo estudo de 2010, também foi observado o impacto da endometriose sobre a saúde mental das participantes: 87% das mulhe-

res investigadas apresentaram sintomas depressivos e 88% relataram sintomas de ansiedade (BARACAT; SOARES JÚNIOR, 2016).

Por fim, com o diagnóstico tardio da endometriose, a doença tem mais tempo para progredir e pode infiltrar órgãos viscerais, como o intestino e a bexiga. Essa infiltração causa sintomas como dores intestinais, dor ao urinar e, em casos mais graves, presença de sangue na urina. O impacto dessas complicações é significativo: em um estudo com 892 mulheres submetidas à laparoscopia e com diagnóstico definitivo de endometriose, foram relatadas queixas algicas intestinais e urinárias de caráter cíclico em 48,3% e 11,7% das participantes, respectivamente. Esses dados evidenciam que o retardo no diagnóstico não apenas prolonga o sofrimento da paciente, mas também favorece o comprometimento de outros órgãos, agravando ainda mais o quadro clínico (BARACAT; SOARES JÚNIOR, 2016).

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO ATRASO DIAGNÓSTICO

A redução do atraso no diagnóstico da endometriose exige o reconhecimento precoce de manifestações clínicas que, historicamente, foram naturalizadas no cotidiano feminino. Trata-se de uma condição em que a heterogeneidade de apresentação clínica, associada à banalização da dor menstrual, favorece a demora no estabelecimento da suspeita diagnóstica. Estima-se que o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da endometriose possa alcançar, em média, 7 a 10 anos, o que evidencia o impacto da demora diagnóstica sobre a progressão dos sintomas, a qualidade de vida das pacientes e a necessidade de intervenção mais completa ao longo da evolução da doença (ORTEGA-GUTIÉRREZ *et al.*, 2025).

Nesse cenário, a atenção primária à saúde assume papel estratégico, por frequentemente

constituir o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema de saúde. A manutenção de elevado grau de suspeição clínica, associada ao reconhecimento das formas mais comuns de apresentação da doença e ao encaminhamento oportuno para investigação complementar, configura medida essencial para a diminuição desse intervalo diagnóstico. Além disso, a baixa conscientização acerca da endometriose e a limitada suspeição clínica por parte dos profissionais da saúde são descritas como barreiras modificáveis, passíveis de enfrentamento por meio de educação permanente, adoção de ferramentas de apoio diagnóstico e incorporação de diretrizes clínicas à prática assistencial.

Entre as estratégias mais relevantes para o enfrentamento de atraso diagnóstico, destaca-se a realização da anamnese ginecológica minuciosa e direcionada. A investigação clínica deve abranger a presença de dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, sintomas gastrointestinais e urinários cíclicos, bem como a relação dessas manifestações com o ciclo menstrual, sua intensidade, sua duração e a resposta a medidas analgésicas previamente instituídas. Também se faz necessário avaliar as repercussões desses sintomas sobre a qualidade de vida, o desempenho acadêmico ou laboral, a saúde mental e as atividades diárias da paciente. Paralelamente, a consideração de fatores de risco e elementos da história clínica, como história familiar da endometriose, menarca precoce, baixo peso ao nascer e comorbidades associadas, contribui para ampliar a possibilidade de inclusão precoce da doença entre os diagnósticos diferenciais (ORTEGA-GUTIÉRREZ *et al.*, 2025).

Além disso, o exame físico, quando realizado após história clínica sugestiva e com consentimento da paciente, também pode contribuir para a formulação da suspeita diagnóstica.

A avaliação abdominal e pélvica, incluindo exame especular e toque bimanual, pode revelar achados como dor à palpação, fixação de órgãos pélvicos, nódulos endometrióticos palpáveis, massas anexiais e lesões vaginais visíveis. Contudo, a ausência de alterações ao exame físico não exclui o diagnóstico, sobretudo em fases iniciais da doença ou em apresentações menos exuberantes, o que reforça a necessidade de interpretação integrada entre história clínica, exame físico e evolução sintomática.

A utilização oportuna de métodos de imagem representa outro componente relevante para reduzir o atraso no diagnóstico. A ultrassonografia transvaginal é considerada modalidade de primeira linha na investigação da endometriose, por sua acessibilidade, baixo custo e utilidade diagnóstica, funcionando como etapa intermediária entre o tratamento empírico baseado em sintomas e a laparoscopia diagnóstica. Ainda assim, um exame de imagem normal não deve excluir a hipótese de endometriose quando a suspeita clínica permanece elevada, sendo recomendado encaminhamento para avaliação especializada quando os sintomas persistem (ORTEGA-GUTIÉRREZ *et al.*, 2025).

Por fim, a redução do atraso diagnóstico exige abordagem integrada e centrada na paciente, envolvendo atenção primária, ginecologia, radiologia, manejo da dor e suporte em saúde mental. O cuidado deve considerar a endometriose como condição crônica, de necessidades complexas e evolutivas, com impacto sobre o bem-estar físico, emocional, sexual, social e reprodutivo. Assim, o fortalecimento do conhecimento dos profissionais, a educação das pacientes, o encaminhamento oportuno e o manejo multidisciplinar constituem estratégias fundamentais para melhorar a detecção precoce e otimizar o cuidado longitudinal da endometriose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGARWAL, S. K. *et al.* Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 220, n. 4, p. 354.e1-354.e12, 2019. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.12.039.
- ARAÚJO, L. U. A. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 3521-3532, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014198.21862013.
- BARACAT, E. C.; SOARES JÚNIOR, J. M. Endometriose: aspectos atuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 10, p. 473-475, 2016.
- BECKER, C. M. *et al.* ESHRE guideline: endometriosis. *Human Reproduction Open*, v. 2022, n. 2, p. hoac009, 2022. DOI: 10.1093/hropen/hoac009.
- BONAVINA, G.; TAYLOR, H. S. Endometriosis-associated infertility: From pathophysiology to tailored treatment. *Frontiers in Endocrinology*, v. 13, p. 1020827, 2022. DOI: 10.3389/fendo.2022.1020827.
- CARDOSO, E. F. S. *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 10, p. e 4532, 2020.
- CORTE, L. *et al.* Time to Diagnose Endometriosis: Current Status, Challenges and Regional Characteristics—A Systematic Literature Review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 132, n. 4, p. 450-462, 2025. DOI: 10.1111/1471-0528.17973.
- DAVENPORT, S. *et al.* Barriers to a Timely Diagnosis of Endometriosis: A Qualitative Systematic Review. *Obstetrics and Gynecology*, v. 142, n. 3, p. 571-583, 2023. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005255.
- GUPTA, S. *et al.* The impact of endometriosis on life course potential: a narrative review. *International Journal of Women's Health*, v. 13, p. 1025-1034, 2021.
- HARRILAL-MAHARAJ, S. Understanding the socioeconomic and psychological impacts of endometriosis diagnostic delay. *Clinical Medicine*, v. 25, n. 1, p. 100142, 2025.
- KATZ, A. *et al.* "It's all in your head": Experiences of diagnostic delay and dismissal among women with endometriosis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 80, n. 2, p. 612-624, 2024.
- KOCAS, C. *et al.* Diagnostic delay in endometriosis: an ongoing challenge for women's healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 161, n. 2, p. 401-409, 2023.
- KOK, M. E. *et al.* Diagnostic delays and the cultural normalization of menstrual pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 293, p. 88-94, 2024.
- LANGMANN, T. *et al.* Multidisciplinary care models to reduce diagnostic delay in endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 32, n. 3, p. 215-223, 2025.
- MANDEVILLE, A. *et al.* Anticipated, internalised, and enacted stigma among women with endometriosis and its association with depressive symptoms. *Psychology & Health*, v. 39, n. 5, p. 589-606, 2024.
- MATÍAS-GONZÁLEZ, Y. *et al.* Stigma and social support and their impact on quality of life and self-esteem among women with endometriosis in Latin-America and the Caribbean. *PLOS Global Public Health*, v. 2, n. 12, p. e0001329, 2022. DOI: 10.1371/journal.pgph.0001329.
- MOREIRA, I. *et al.* Fisiopatologia da endometriose: uma revisão integrativa dos mecanismos moleculares e epigenéticos. *Revista Foco*, v. 15, n. 4, p. e321, 2022.
- NIETO REY, C. *et al.* Sociocultural normalization of menstrual pain and its impact on endometriosis diagnostic delay. *Reproductive Biomedicine Online*, v. 50, n. 1, p. 103451, 2025.

ORTEGA-GUTIÉRREZ, C. *et al.* Transvaginal ultrasound in the first-line investigation of endometriosis: clinical practice recommendations. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 65, n. 2, p. 182-191, 2025.

PASCOAL, E. *et al.* O papel do exame físico e da anamnese direcionada no diagnóstico precoce da endometriose. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 22, n. 3, p. 511-519, 2022.

SACHEDINA, A.; TODD, N. Dysmenorrhea, endometriosis and pelvic pain in adolescents. *Seminars in Reproductive Medicine*, v. 38, n. 2, p. 105-115, 2020. DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217.

SILVA, F. A. G. *et al.* Desafios no diagnóstico precoce da endometriose na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 3, p. e15124, 2024.

SIMS, O. T. *et al.* The gendered nature of diagnostic delays: the case of endometriosis. *Aporia: The Nursing Journal*, v. 13, n. 2, p. 24-35, 2021.

SMOLARZ, B. *et al.* Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *International Journal of Molecular Sciences*, v. 22, n. 19, p. 10554, 2021. DOI: 10.3390/ijms221910554.

SZTANDERA, M. *et al.* Long-term efficacy and safety of relugolix combination therapy in endometriosis-associated pain: 2-year results. *Human Reproduction*, v. 41, n. 1, p. 112-123, 2026.

TAYLOR, H. S. *et al.* Treatment of endometriosis-associated pain with elagolix, an oral GnRH antagonist. *New England Journal of Medicine*, v. 377, n. 1, p. 28-40, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1700089.

VIDEIRA, M. *et al.* Mecanismos de infertilidade associada à endometriose: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 46, n. 2, p. e98-e106, 2024.

WESTWOOD, M. *et al.* Systematic review of the impact of diagnostic delay on mental health outcomes in women with endometriosis. *BMC Women's Health*, v. 23, n. 1, p. 142, 2023.

ZONDERVAN, K. T. *et al.* Endometriosis. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 6, n. 1, p. 1-21, 2020. DOI: 10.1038/s41572-018-0008-5.