



## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM ENDOMETRIOSE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DA ZONA SUL DE SÃO PAULO: ESTUDO TRANSVERSAL DE PRONTUÁRIOS

Laura Morales Meirelles<sup>1</sup>  
Mariana Gianisella Ribeiro<sup>2</sup>  
Caroline Panone Lopes<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** A endometriose é uma doença inflamatória crônica causada pela presença de tecido endometrial fora do sítio uterino levando à alterações que comprometem a qualidade de vida de muitas mulheres. Ela pode estar associada a diversos sintomas como dispareunia, dismenorreia, infertilidade, distúrbios gastrointestinais, entre outros. A mulher acometida pela endometriose, geralmente é diagnosticada aos seus 30-33 anos. Diante disso, é possível constatar que o diagnóstico tardio causa grande sofrimento de maneira que afeta a qualidade de vida. O diagnóstico é realizado através da laparoscopia que permite a inspeção da cavidade abdominal e biópsia de lesões suspeitas, com confirmação histológica. O marcador CA-125 também pode ser utilizado. O tratamento pode ser feito com o uso de progestagênios, inibidores de aromatase, bloqueio de sítios de ligação NFκB DNA, mudança no estilo de vida ou cirúrgicos. Quando os sintomas persistem pode se fazer necessário tratamento cirúrgico. Analisar a epidemiologia das pacientes com endometriose atendidas no ambulatório de ginecologia da Policlínica da Universidade de Santo Amaro. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal retrospectivo baseado em prontuários. A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro, São Paulo, por meio da análise de prontuários de

118 pacientes. Foram incluídas pacientes com diagnóstico confirmado de endometriose, identificado a partir da busca da palavra “endometriose” nos prontuários eletrônicos. As variáveis analisadas foram: idade, exame diagnóstico, sintomas mais frequentes, comorbidades, presença e tipo de dispareunia, sexarca, menarca, paridade e uso de hormônio. Utilizaram-se o teste do qui-quadrado para comparação entre faixas etárias e o Teste G de Cochran para avaliar a concomitância de comorbidades e sintomas em cada grupo. **Resultados e discussão:** Foram analisados 96 prontuários médicos. A dismenorreia foi o sintoma mais frequente (60% entre 18–40 anos, 45,6% entre 41–75 anos). As comorbidades, especialmente a hipertensão arterial sistêmica (33,3%), foram mais prevalentes no grupo etário mais avançado. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a faixa etária e variáveis como dispareunia, tipo de parto ou uso de hormônios. A endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, levando a alterações que comprometem significativamente a qualidade de vida de muitas mulheres. Ela pode estar associada a diversos sintomas, incluindo dispareunia, dismenorreia, infertilidade e distúrbios gastrointestinais, entre outros. Mulheres acometidas por endometriose são tipicamente diagnosticadas entre 30 e 33 anos de idade. Conseqüente-

<sup>1</sup>Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. lauramoralesmeirelles@gmail.com

<sup>2</sup>Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. ma.gianisella@gmail.com

<sup>3</sup>Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro -SP – cpanone@prof.unisa.br



mente, o diagnóstico tardio frequentemente resulta em sofrimento considerável e impacta negativamente a qualidade de vida. O diagnóstico é estabelecido por meio de laparoscopia, que permite a inspeção da cavidade abdominal e biópsia de lesões suspeitas, com subsequente confirmação histológica. O marcador CA-125 também pode ser utilizado como auxílio. As opções de tratamento incluem progestagênios, inibidores de aromatase, bloqueio de sítios de ligação do DNA NF-κB, modificações no estilo de vida ou intervenção cirúrgica. Quando os sintomas persistem, o tratamento cirúrgico pode se tornar necessário.

**Conclusão:** A endometriose afeta mulheres de diferentes idades e apresenta ampla variedade sintomática. A prevalência de comorbidades e sintomas reforça a necessidade de diagnóstico precoce e abordagem multidisciplinar para melhora da qualidade de vida das pacientes. É fundamental que profissionais de saúde estejam atentos às características da doença, pois o diagnóstico precoce, impacta positivamente o prognóstico e diminui o sofrimento das pacientes.

**Palavras-chave:** Endometriose; Perfil de saúde; Saúde da mulher.

## Introdução

A endometriose, uma doença inflamatória crônica, causada pela presença de tecido endometrial fora do sítio uterino levando a quadros algícos importantes, comprometendo a qualidade de vida de muitas mulheres com o diagnóstico dessa patologia. Estima-se que 6 a 10% das mulheres, na menarca, recebem esse diagnóstico.<sup>(1)</sup> Ela pode estar associada a outros sintomas físicos como dispareunia, dismenorreia, infertilidade, constipação ou diarreia, disquezia, fadiga, depressão, disúria, menorragia e dor pélvica crônica.<sup>(2)</sup>

Embora a endometriose seja uma condição amplamente prevalente em nossa sociedade, ainda não se tem uma resposta definitiva para a presença ectópica do tecido endometrial. No entanto, existe um entendimento de que a exposição do organismo ao estrogênio possa aumentar a suscetibilidade das mulheres a essa patologia, ao passo que a progesterona desempenha um papel anti-inflamatório, que reduz a produção de fatores básicos para a regulação e ativação dos genes associados à endometriose.<sup>(2)</sup>

Entretanto, na ausência ou redução desse hormônio protetivo, ocorrem alterações imunológicas como o aumento de citotoxicidade de macrófagos e na produtividade de linfócitos B, além de uma redução na quantidade e atividade de células NK.<sup>(3)</sup> Essas ocorrem por conta do tecido endometrial não estar no local onde o organismo reconhece como normal, gerando assim, uma resposta inflamatória crônica com o objetivo de destruir aquele corpo estranho.

A mulher com endometriose é diagnosticada com a doença, em média aos seus 30-33 anos.<sup>(4)</sup> Com isso, é possível observar que, com o diagnóstico tardio, existe grande sofrimento físico e mental por parte dessas mulheres, afetando sua qualidade de vida, (sexual, profissional, pessoal e psicológica).<sup>(5)</sup>

Em 2005, a rASRM (revised American Society for Reproductive Medicine) classificou a endometriose em estágios, por pontos cumulativos, obtidos de acordo com a avaliação cirúrgica do tamanho, localização, gravidade das lesões endometrióticas e ocorrência de aderências pélvicas. As mulheres são divididas em 4 estágios; I (1-5 pontos), II (6-15 pontos), III (16-40 pontos), e IV (>40 pontos). Os maiores pontos no sistema



são dados na presença de endometrioma ovariano maior que 3 cm, o bloqueio completo de fundo de saco e a presença de aderências em ovários e tubas uterinas.<sup>(6,7)</sup>

O diagnóstico é realizado através da laparoscopia que permite a inspeção da cavidade abdominal e biópsia de lesões suspeitas, com confirmação histológica. No entanto, esse método é de alto custo e invasivo, e por essa razão pode se preferir realizar um ultrassom transvaginal (USGTV) e ressonância magnética (RM) de pelve, ambas com preparo intestinal. Alguns outros marcadores inespecíficos podem ser utilizados, porém com baixa sensibilidade e especificidade, como o CA-125.<sup>(8)</sup>

O exame CA-125 é realizado por meio da observação do comportamento da glicoproteína CA-125, que é produzida por células cancerígenas, mas também por células epiteliais saudáveis do abdome e pelve, por exemplo. O aumento dessa proteína, no entanto, pode ocorrer em inúmeras condições como câncer, gravidez, doenças inflamatórias, e não apenas na endometriose. Além disso, a depender do grau da endometriose os níveis não aumentam tanto ao ponto de serem detectados pelo exame. Por conta dessa baixa sensibilidade e especificidade, o exame deve ser somado à avaliação clínica do paciente e a outros exames, assim, não sendo utilizado sozinho para concluir o diagnóstico.<sup>(9)</sup>

O tratamento da endometriose é bastante desafiador e tem como objetivo o controle dos sintomas. São utilizados métodos conservadores, com uso de progestagênios, inibidores de aromatase, bloqueio de sítios de ligação NFkB DNA, mudança no estilo de vida ou cirúrgicos (quando falha do tratamento clínico ou quadros muito avançados). Estes

incluem; tratamento com progesterona, tratamento com estrógeno, inibidores de aromatase, estes todos, que diminuem o tamanho das lesões. O bloqueio dos sítios de ligação NFkB DNA também pode ser usado, além de outros tratamentos. Quando esses sintomas persistem ou ocorre a presença de muitos efeitos colaterais pelo uso dos medicamentos, o tratamento cirúrgico pode ser indicado.<sup>(10)</sup>

Nesse contexto, mostra-se a importância que a otimização do diagnóstico tem no processo de controle de sintomas da endometriose. Com isso, esse estudo visa avaliar, por meio de um estudo transversal prospectivo, a epidemiologia das mulheres com endometriose, para que se determine o padrão das pacientes para otimizar o diagnóstico e tratamento.

## Metodologia

Estudo transversal retrospectivo baseado em prontuários. A estratégia metodológica empregada para a coleta de dados no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro no Jardim das Imbuías na cidade de São Paulo, foi através da análise de prontuários de 118 pacientes.

As pacientes foram selecionadas a partir da busca da palavra “endometriose” nos prontuários eletrônicos, dessas só foram incluídas no estudo as que, após análise do prontuário, foram encontrados; laudo de USGTV especializado, RM com achados compatíveis, ou confirmação laparoscópica/histológica (96 pacientes incluídas). As variáveis que foram coletadas; a idade das pacientes, exame de diagnóstico, sintomas que possuem com mais frequência, comorbidades das pacientes, presença de dispareunia e qual tipo, sexarca,



menarca, paridade e uso de hormônio. O ponto de corte dos 40 anos foi definido com base em aspectos clínicos e reprodutivos relevantes na endometriose. A faixa etária de 18 a 40 anos abrange o período reprodutivo ativo, em que a doença é mais frequentemente diagnosticada e clinicamente significativa, estando intimamente associada à atividade ovulatória e à influência estrogênica.<sup>(11)</sup>

Já o grupo de 41 a 75 anos foi incluído para avaliar possíveis diferenças de apresentação e evolução da doença em mulheres em transição menopausal ou pós-menopausa, contexto em que a endometriose é menos comum, mas não inexistente. Casos diagnosticados após os 40 anos podem refletir vieses de seleção, diagnóstico tardio ou persistência de lesões hormonodependentes em pacientes que mantêm níveis de estrogênio endógeno ou exógeno (por exemplo, terapia de reposição hormonal). Embora o diagnóstico inicial após os 40 anos seja incomum, sua inclusão permite explorar um possível subgrupo de endometriose de início tardio e identificar fatores clínicos associados à persistência ou recorrência da doença em mulheres mais velhas.<sup>(11)</sup>

A utilização de prontuários médicos como fonte de dados em estudos epidemiológicos sobre endometriose, embora proporcione informações clínicas e demográficas relevantes, apresenta riscos e limitações que devem ser considerados. Entre os principais riscos, destaca-se o potencial vazamento de informações sensíveis, dado que os prontuários contêm dados pessoais e identificáveis. Dessa forma, é fundamental assegurar a confidencialidade e o anonimato dos participantes, mediante o cumprimento das normas éticas e regulatórias aplicáveis e a adoção de protocolos rigorosos de proteção de dados. No que se refere às limitações metodológicas, o reduzido

tamanho amostral e a restrição a uma população específica podem introduzir vieses de seleção e comprometer a generalização dos achados para outras populações, devendo tais fatores ser interpretados com cautela na análise dos resultados.

Para a análise dos resultados foram aplicados o Teste do quiquadrado (Siegel) para comparar o grupo de idades em relação às variáveis estudadas. Também foi aplicado o Teste G de Cochran (Siegel) para estudar para concomitância de comorbidade e de sintomas para cada grupo etário.<sup>(12)</sup>

## Resultados e discussão

Nesse estudo, foram analisados 118 prontuários de pacientes com o diagnóstico confirmado de endometriose, no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro. Conforme a coleta, as informações sobre variáveis sociodemográficas, clínicas, reprodutivas e sintomatológicas foram sendo organizadas em tabelas, comparando as faixas etárias de 18 a 40 anos e 41 a 75 anos. Foram avaliados, por faixa etária, aspectos como; perfil do tipo de parto, distribuição da ocorrência de aborto, perfil da idade da menarca, perfil da idade da sexarca, frequência de exames diagnósticos, perfil do uso de hormônio, ocorrência de dispareunia, tipos de dispareunia e distribuição de comorbidades para os pacientes entre 18 a 40 anos. Embora nenhuma acima tenha demonstrado significância estatística. A seguir, apresentam-se os principais achados com relevância.

O grupo de faixa etária entre 41 a 75 anos apresentou uma proporção maior de pacientes com mais de duas gestações, em comparação com o grupo mais jovem. A



distribuição por faixa etária mostrou que mulheres entre 18 a 40 anos foram mais prevalentes apenas entre as nulíparas e uníparas. O teste do qui-quadrado indicou uma diferença significativa entre os grupos etários.

**Tabela 1 - Perfil de Paridade por Faixas Etárias em Amostra de Pacientes**

Idade	Nulípara	3 gestações ou mais			Total
		1 gestação	2 gestações	3 gestações	
18 - 40	12	17	11	5	45
41 - 75	7	13	13	18	51
Total	19	30	24	23	96

\*Nulos: 19

Teste do qui-quadrado  $\chi^2 = 6,61$  ( $p=0,0367$ )

Na faixa etária de 41 a 75 anos, a comorbidade mais frequente foi a HAS (33,3%), seguido de obesidade e dislipidemia (15,8%) e ansiedade ou depressão (12,3%). As comorbidades menos frequentes foram anemias (1,8%) e distúrbios circulatórios (1,8%). O teste G de Cochran revelou significância estatística para a presença de HAS em pacientes com endometriose nessa faixa etária.

**Tabela 2 - Distribuição de Comorbidades entre Pacientes de 41 a 75 anos (n=57)**

	Ansiedade/Depressão	Diabetes Mellitus	Asma	Distúrbios da Tireoide	Anemias	Obesidade	Doenças Hepáticas	Miomas	Câncer	Distúrbios Circulatórios	Distúrbios Gastrointestinais	Gravidez ectópica
Soma de Sim	7	19	6	6	5	1	9	3	5	2	1	5
% de Sim	12,3	33,3	10,5	10,5	8,8	1,8	15,8	5,3	8,8	3,5	1,8	8,8

Teste G de Cochran:  $G=57,38$   $p<0,001$

Analisando a faixa etária entre 18 a 40 anos, os sintomas mais comuns foram dismenorreia (60%), cefaleia (28,7%), irregularidade no ciclo menstrual (26,7%) e ciclo menstrual intenso (26,7%). Os sintomas menos comuns foram diarreia (3,3%), baixo libido (3,3%) e dor anal (3,3%). A análise

demonstrou significância estatística para a presença de dismenorréia.

**Tabela 3 - Distribuição de Sintomas entre Pacientes de 18 a 40 anos**

Sintomas (18-40 anos)	Dismenorreia	Infertilidade	Sangue na Relação	Dor anorectal	Irregularidade do ciclo	Cefaleia	Ciclo intenso	Diarréia	Constipação	Baixo libido	Tensão abdominal/lombar	Dores pélvicas	Dores em MMII
Sim	36	6	9	2	16	17	16	2	7	2	10	4	15
% de Sim	60,0	10,0	15,0	3,3	26,7	28,3	26,7	3,3	11,7	3,3	16,6	6,7	25,0

Teste G de Cochran:  $G=129,45$  p

Entre as pacientes com faixa etária de 41 a 75 anos, os sintomas mais comuns foram a dismenorreia (45,6%), seguido por dores abdominais ou lombares (33,3%), cefaleia (26,3%) e ciclo intenso (24,6%). Os sintomas menos comuns foram constipação (1,8%) e baixo libido (3,5%). A análise desses sintomas demonstrou significância estatística para a presença de dismenorréia.

**Tabela 4 - Sintomas da faixa etária entre 41-75 anos**

Sintomas (41-75 anos)	Dismenorreia	Infertilidade	Sangue na Relação	Dor anorectal	Irregularidade do ciclo	Cefaleia	Ciclo intenso	Diarréia	Constipação	Baixo libido	Tensão abdominal/lombar	Dores pélvicas	Dores em MMII
Sim	26	4	9	4	10	15	14	3	1	2	6	19	9
% de Sim	45,6	7,0	15,8	7,0	17,5	26,3	24,6	5,3	1,8	3,5	10,5	33,3	15,8

Teste G de Cochran:  $G=89,75$   $p<0,001$

Além disso, foram analisados o tipo de exame diagnóstico, presença e tipo de dispareunia, sexarca, menarca e uso de hormônios. No entanto, estas variáveis não apresentaram significância estatística, motivo pelo qual seus resultados não foram tabulados.

## Discussão

A dismenorreia foi um sintoma muito frequente em ambas as faixas etárias, o que condiz com a fisiopatologia da endometriose. Nesta, ocorre a deposição de tecido



endometrial em partes externas da cavidade uterina, e esse tecido inflama no período menstrual e causam dor.<sup>(2)</sup> Esse achado reforça o tamanho impacto que essa doença tem na qualidade de vida e cotidiano desses pacientes.

Em relação às comorbidades dessas pacientes com endometriose, encontrou-se uma maior prevalência de HAS. Esse dado, também foi encontrado em um estudo de coorte, sugerindo que essas pacientes possuem níveis elevados de proteínas inflamatórias no plasma, como fibrinogênio e haptoglobina e por isso, possuem mais risco de desenvolver uma futura HAS. Ao comparar as duas faixas etárias, não houve diferença estatística entre os grupos. No entanto, encontrou-se uma divergência na literatura em relação à prevalência de hipertensão nas faixas etárias; estudos mostram que existe um maior risco no desenvolvimento de endometriose entre mulheres mais jovens (que 40 anos) e que esse risco diminui com o envelhecimento. Isso pode ser explicado pois a inflamação aumenta de modo geral com a idade, nas mulheres com ou sem endometriose e existe a diminuição no risco de desenvolver endometriose mais tarde na vida pode se dar pois a idade toma o papel central da inflamação.<sup>(13)</sup>

A dispareunia de profundidade foi a mais prevalente em ambas as faixas etárias analisadas, mesmo sem relevância significativa. Esse fenômeno pode ser explicado pelo aumento do número de fibras nervosas encontradas no peritônio pélvico e no vestíbulo da vulva da endometriose. Isso é gerado pelo fator de crescimento neural em conjunto com o aumento de interleucina 1 $\beta$  e mastócitos, que pode estar envolvido com a maior neuro proliferação local, expressado no vestíbulo vulvar dos pacientes com essa pato-

logia. Mostra-se que a quantidade de fibras nervosas é correlacionada com a gravidade da dispareunia.<sup>(14)</sup>

Outro ponto a ser observado é que a dispareunia de penetração pode ser ocasionadas pela tensão causada pelo medo, receio de não satisfazer o parceiro, vergonha e ansiedade ao saber que irá sentir a dispareunia de profundidade durante a relação, funcionando como um mecanismo de defesa, como sugere uma revisão sistemática qualitativa. Esse estudo também mostra que o principal motivo de pacientes com dispareunia continuarem mantendo relações sexuais é a tentativa de engravidar, e não o prazer, o que faz com que tenham relações com menor frequência, impactando negativamente seus relacionamentos. Mesmo com todos esses impeditivos, foi observado que várias mulheres encontraram estratégias para evitar a dor, como experimentar posições menos dolorosas ou explorar outras formas de intimidade além da penetração, o que demonstrou ter um impacto positivo em sua saúde mental.<sup>(15)</sup> No entanto, essas dores ainda assim devem ser tratadas para que a mulher consiga alcançar uma boa qualidade de vida sexual, que é um dos quatros pilares da qualidade de vida segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual reconhece a importância da sexualidade para o bem-estar físico, emocional, mental e social do indivíduo.<sup>(16)</sup>

Embora o baixo libido tenha se mostrado pouco frequente em ambas as faixas etárias na presente análise, alguns estudos sugerem o contrário. Uma pesquisa realizada na Universidade de São Paulo, por exemplo, avaliou 583 mulheres, sendo 254 diagnosticadas com endometriose, e revelou que 43,3% das pacientes com a doença apresentavam algum grau de disfunção sexual (incluindo desejo sexual diminuído, dificuldade de excitação, dor durante a relação, dificuldades com orgasmo e insa-



tisfação sexual), em comparação com apenas 17,6% das mulheres sem endometriose.<sup>(17)</sup> Entre os possíveis fatores associados, destaca-se a dispareunia, um sintoma comum da endometriose, que pode contribuir diretamente para a queda da libido.<sup>(18)</sup> Uma possível explicação para a divergência entre os estudos pode estar na forma como os profissionais de saúde abordam a sexualidade durante as consultas, um tema que ainda é cercado de tabus e, muitas vezes, negligenciado na prática clínica.

Em relação à paridade, o grupo com a maior faixa etária apresentou uma proporção maior de pacientes com mais de duas gestações, em comparação com o grupo mais jovem. As mulheres mais jovens (entre 18 e 40 anos) foram mais frequentes entre as nulíparas e uníparas. Além disso, um estudo de coorte populacional realizado na Finlândia comparou o número de mulheres com endometriose que tiveram filhos antes do diagnóstico com o número de mulheres sem endometriose no mesmo período. Foi observado que as mulheres com endometriose tiveram menos filhos, o que já é amplamente reconhecido como um impacto negativo na fertilidade. No entanto, esse estudo revelou que, quando comparadas às mulheres nascidas entre 1940 e 1949, a diferença no número de primeiros filhos entre aquelas com e sem endometriose era de 28%. Para as mulheres nascidas entre 1970 e 1979, a diferença aumentou para 87%.<sup>(19)</sup> A hipótese levantada é que, com a mudança nas taxas de natalidade decorrente da modernidade, as mulheres têm tendência a ter filhos mais tarde, o que, por si só, já é um fator de infertilidade.<sup>(20)</sup> Quando combinado com a endometriose, que pode causar aderências, inflamações e distorções anatômicas, esse risco se torna ainda maior.

Outro fator que pode influenciar a menor paridade entre pacientes mais jovens está rela-

cionado à alimentação. Dietas ricas em gorduras trans, carboidratos refinados e açúcares adicionados, comuns na alimentação moderna, podem aumentar o risco de infertilidade.<sup>(21)</sup> Alguns estudos sugerem que a inflamação desempenha um papel importante no desejo por alimentos como chocolate e doces, especialmente durante o período menstrual, que já apresenta flutuações hormonais e um grau de inflamação. Quando a endometriose, uma doença inflamatória, está presente, o desejo por esses alimentos pode ser ainda mais intensificado. Biomarcadores inflamatórios têm a capacidade de afetar a regulação do apetite, levando as mulheres a procurarem alimentos que promovem uma resposta de recompensa ao estresse e à dor, como os ricos em açúcar e gorduras.<sup>(22)</sup> A alimentação moderna já tende a ser caracterizada por esse padrão, e somado ao desejo aumentado pela inflamação, pode ser mais um fator que influencia negativamente a fertilidade das mulheres com endometriose.

Ainda sobre os dados observados que mulheres na faixa etária de 41 a 75 mostraram ter maior número de gestações em comparação com a faixa etária mais nova, a literatura diz que mulheres com endometriose, em sua primeira gravidez, correm maior risco de complicações e podem se beneficiar de monitoramento adicional. Sabe-se que a endometriose pode afetar negativamente a gravidez e causar complicações que podem afetar tanto a mãe quanto o bebê. No entanto, com o decorrer da gravidez e com o aumento do número de partos, a gravidade e os sintomas da endometriose diminuem. Logo, Mulheres que já deram à luz podem apresentar menos complicações na gravidez do que aquelas que estão dando à luz pela primeira vez.<sup>(23)</sup>

Em relação ao diagnóstico dessa patologia, o USGTV foi o mais utilizado, seguido pela RM. O USGTV e a RM surgiram como ferra-



mentas valiosas para o diagnóstico da doença, pois representam formas menos invasivas que a laparotomia. No entanto, mesmo que o ultrassom tenha sido mais presente, ele apresenta limitações, especialmente na detecção de lesões precoces. No entanto, a RM se mostra promissora, mesmo em casos com ultrassonografias anteriores normais. De qualquer modo, o diagnóstico precoce é crucial para aprimorar o manejo da endometriose.<sup>(24)</sup>

O uso de hormônio foi presente em 74,4% das pacientes deste estudo, para controle da endometriose. No passado, a cirurgia era a principal abordagem terapêutica para a endometriose. Entretanto, com avanços nas tecnologias de imagem que possibilitaram o diagnóstico não invasivo da doença, o tratamento clínico passou a ser a estratégia preferencial. A principal forma é o uso de medicamentos hormonais que, ao suprimir a menstruação, demonstram grande eficácia no controle da dor associada à endometriose. Entre esses, os análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e os antagonistas orais atuam no eixo hipotálamo-hipófise-ovário, induzindo uma condição de menopausa iatrogênica. Apesar de sua eficácia, esses tratamentos apresentam efeitos colaterais como ondas de calor e perda óssea, os quais podem ser mitigados com terapias complementares. Entretanto, o uso prolongado desses medicamentos implica um custo elevado para a saúde da mulher. As progestinas, consideradas primeira linha, apresentam alta eficácia com menor incidência de efeitos adversos. Entre esses, além do amplamente utilizado acetato de noretisterona e acetato de medroxiprogesterona, o dienogeste emergiu como uma das opções mais utilizadas no tratamento de todos os fenótipos de endometriose para uso a longo prazo. Além disso, dispositivos intrauterinos de levonorgestrel e implantes subcutâneos de etonogestrel tam-

bém representam opções válidas para manejo prolongado da doença.<sup>(25)</sup>

Sendo assim, o diagnóstico tardio, a ausência de acompanhamento adequado e o tratamento incorreto da endometriose podem levar a consequências significativas para a saúde física e emocional das pacientes. Estima-se que o diagnóstico da endometriose demore entre 8 a 12 anos após o início dos sintomas, período durante o qual a doença pode progredir e causar danos irreversíveis.<sup>(26)</sup> A persistência do processo inflamatório favorece o agravamento dos sintomas e a progressão da doença, resultando em dor pélvica crônica em mulheres com endometriose, formação de aderências e comprometimento de órgãos adjacentes. Um estudo prospectivo feito com 143 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose profunda infiltrativa, foram encontradas 577 lesões, sendo a em ligamento uterossacro a mais frequente, seguida de retrocervical, vagina, ligamento redondo, septo vesicouterino, bexiga, intestino e ureter. A ocorrência de lesões multifocais também foi observada, com uma média de 4 lesões por paciente. Ainda nesse contexto, 45,4% das pacientes tiveram uma infiltração intestinal comprovada histologicamente, totalizando 83 lesões, em sua maioria no retossigmoide.<sup>(27)</sup>

Além das infiltrações citadas acima, a endometriose também pode se manifestar em ovários e trompas de Falópio, estruturas essenciais para a fertilidade feminina. A infertilidade afeta aproximadamente 35% das mulheres com endometriose.<sup>(28)</sup> Nos ovários, a endometriose se manifesta como endometriomas, que são cistos que afetam o microambiente ovariano, comprometendo assim a reserva ovariana, a foliculogênese e o equilíbrio hormonal, sendo observado em estudos que mulheres com endometriomas apresentam contagem antral de folículos e níveis de hormônio anti-



Mülleriano reduzidos (marcadores importantes de reserva ovariana). Há também estresse oxidativo, que ocorre pelo aumento da concentração de ferro livre nos endometriomas, devido à degradação da hemoglobina pelos macrófagos, formando espécies reativas de oxigênio que danificam estruturas celulares nobres e impactam negativamente o processo de ovulação e desenvolvimento embrionário.<sup>(29)</sup> Já nas tubas uterinas, as aderências causadas pela endometriose, propiciam a inflamação crônica resultando em uma hidrossalpinge e fibrose do tecido tubário. Esses fatores acabam afetando a motilidade e obstruindo as trompas de Falópio, impossibilitando que o óvulo vá do ovário ao encontro com o espermatozóide.<sup>(30)</sup>

Portanto, o conhecimento aprofundado do profissional de saúde sobre a endometriose é essencial para garantir um prognóstico mais favorável para as pacientes. A familiaridade com os sinais clínicos, as possíveis complicações, as opções terapêuticas permitem a implementação de intervenções precoces e personalizadas, aumentando a eficácia do tratamento e minimizando danos a longo prazo. Ademais, um acompanhamento contínuo e multidisciplinar possibilita o manejo integral da condição e da paciente, promovendo a melhora da qualidade de vida física, mental, reprodutiva e emocional das mulheres afetadas.

## Considerações finais

Este estudo evidenciou que a endometriose é uma condição complexa que afeta diferentes dimensões da vida das mulheres, interferindo na saúde física, emocional, sexual e reprodutiva. A grande variabilidade dos sintomas, como dismenorreia e dispareunia, associada à elevada prevalência de comorbidades, evidencia a importância de reconhecer a doença como um problema de saúde pública.

Além disso, a possível relação entre endometriose e HAS sugere que o processo inflamatório crônico pode ter repercussões mais amplas na saúde geral da paciente, reforçando a necessidade de um olhar atento e holístico.

O diagnóstico precoce, apesar de essencial para reduzir o sofrimento e melhorar o prognóstico, ainda enfrenta inúmeros obstáculos, principalmente devido à naturalização ou subvalorização dos sintomas tanto por pacientes quanto por profissionais de saúde. A menor paridade observada entre mulheres mais jovens reforça não apenas o impacto da endometriose sobre a fertilidade, mas também a influência de fatores socioculturais e ambientais que podem agravar esse quadro. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais estejam capacitados a reconhecer os múltiplos aspectos da doença e ofereçam um cuidado empático e sensível às especificidades de cada paciente.

Por fim, é fundamental o incentivo à pesquisa científica que aprofunde o conhecimento sobre a fisiopatologia da endometriose, desenvolva biomarcadores diagnósticos mais precisos e contribua para terapias mais eficazes e acessíveis. Somente por meio do avanço científico e da sensibilização contínua dos profissionais será possível oferecer um cuidado mais humanizado, que realmente atenda às demandas das mulheres que convivem com essa condição.

## Referências

1. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021;184(11):2807–24.
2. Pabalan N, et al. Association of the protein tyrosine phosphatase non-



- receptor 22 polymorphism (PTPN22) with endometriosis: a meta-analysis. *Einstein* (São Paulo). 2017;15(1):105–11.
3. Bianco B, et al. The possible role of genetic variants in autoimmune-related genes in the development of endometriosis. *Hum Immunol*. 2012;73(3):306–15.
  4. Bellelis P, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):467–71.
  5. Della Corte L, et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4683.
  6. Darbà J, Marsà A. Economic implications of endometriosis: a review. *Pharmacoeconomics*. 2022;40(12):1143–58.
  7. França PRC, Lontra ACP, Fernandes PD. Endometriosis: a disease with few direct treatment options. *Molecules*. 2022;27(13):4034.
  8. Nisenblat V, et al. Blood biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD012179.
  9. Ahn SH, Singh V, Tayade C. Biomarkers in endometriosis: challenges and opportunities. *Fertil Steril*. 2017;107(3):523–32.
  10. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde do Brasil lança guia de atividade física para a população brasileira, com apoio da OPAS [Internet]. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2021 [citado 2025 abr 25]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-6-2021-ministerio-da-saude-do-brasil-lanca-guia-atividade-fisica-para-populacao>
  11. Santos OS, et al. A importância do diagnóstico precoce da endometriose: revisão de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*. 2023;5(5):4959–68.
  12. Siegel S, Castellan NJ Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
  13. Mu F, Rich-Edwards J, Rimm EB, Spiegelman D, Forman JP, Missmer SA. Association between endometriosis and hypercholesterolemia or hypertension. *Hypertension*. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09056. 2017;70(1):59–65.
  14. Mwaura AN, et al. Neuroproliferative dyspareunia in endometriosis and vestibulodynia. *Sex Med Rev*. 2023;11(4):323–32.
  15. Facchin F, Buggio L, Dridi D, Barbara G, Vercellini P. The subjective experience of dyspareunia in women with endometriosis: a systematic review with narrative synthesis of qualitative research. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):12112. doi:10.3390/ijerph182212112.
  16. Wulfovich S, Wac K, organizadoras. Quantifying quality of life: incorporating daily life into medicine [Internet]. Cham: Springer Nature; 2022 [citado 2025 abr <https://doi.org/10.1007/978-3-030-94212-0> 25]. Disponível em:
  17. Marino FFL de O. Aspectos da sexualidade em mulheres com endometri-



- ose [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
18. Hämmerli S, et al. Does endometriosis affect sexual activity and satisfaction of the male partner? A comparison of partners from women diagnosed with endometriosis and controls. *J Sex Med.* 2018;15(6):853–65.
  19. Tuominen A, et al. First live births before surgical verification of endometriosis: a nationwide register study of 18,324 women. *Hum Reprod* [Internet]. 2023 Jul 5 [citado 2025 abr 25]. Disponível em: <https://www.eurekalert.org/news-releases/994398>
  20. Nargund G. Declining birth rate in developed countries: a radical policy rethink is required. *Facts Views Vis Ob-Gyn.* 2009;1(3):191.
  21. Gaskins AJ, Chavarro JE. Diet and fertility: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(4):379–89. doi:10.1016/j.ajog.2017.08.010.
  22. Agarwal K, et al. Association of inflammation biomarkers with food cravings and appetite changes across the menstrual cycle. *Clin Nutr ESPEN.* 2023;56:193–9.
  23. Ranjan YS, et al. The role of parity in the relationship between endometriosis and pregnancy outcomes. *Front Reprod Health.* 2023;4(1).
  24. Oliveira ITJ, Pinto PV, Bernardes JF. Non-invasive diagnosis of endometriosis in adolescents and young female adults: a systematic review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2024;38(2). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39098544/>
  25. Capezzuoli T, Rossi M, La Torre F, Vannuccini S, Petraglia F. Hormonal drugs for the treatment of endometriosis. *Curr Opin Pharmacol.* 2022;67:102311.
  26. Santos TMV, Pereira AMG, Lopes RGC, Depes DB. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2012;10(1):39–43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/Mt9Vs8GmWrXMZK5qSZtyZRw/?format=pdf&lang=pt>
  27. Pereira RM, et al. Distribuição anatômica da endometriose intestinal profunda: estudo de 75 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2017;39(11):587–92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/n3JFPYx49NptNPWXdQwgBPL>
  28. Llarena NC, Falcone T, Flyckt RL. Fertility preservation in women with endometriosis. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2019;13:1–7. doi:10.1177/1179558119873386.
  29. Gilbert SM, Lee JW, Wong SY, et al. Endometriosis and the fallopian tubes: theories of origin and pathophysiology. *Front Reprod Health* [Internet]. 2020;2:735559. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7355596/> em:
  30. Öztürk P, Vural B, Yücebilgin S, Gül M, Gül H, Yücebilgin S. Mechanisms of endometrioma-mediated ovarian damage: myths and facts. *J Clin Med* [Internet]. 2025;14(7):2147. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/7/2147>. Acesso em: 5 jun. 2025.