REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

ENDOMETRIOSE E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER

Maria Clara Mercante Brandão[1], Gabriel Capella Machado[2]*

[1] Graduada em Biomedicina, Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS; [2] Doutor em Ciências Biológicas (Genética) – UNESP, docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas/AEMS.
* autor correspondente: gcapellamachado@hotmail.com

RESUMO
A endometriose é uma doença inflamatória ginecológica crônica, definida pelo crescimento do tecido endometrial fora da cavidade uterina, acometendo cerca de 190 milhões de mulheres por todo o mundo, principalmente em idade reprodutiva. Ela é classificada em 3 fenótipos: endometriose infiltrativa profunda (EPI), endometrioma ovariano e endometriose peritonial superficial (EPS). As manifestações incluem dor pélvica, dispareunia, infertilidade e dismenorreia. Esta patologia também gera transtornos de humor, como ansiedade e depressão e dores incapacitantes. A etiologia da doença mantém-se incerta. Predisposição genética, ambiente hormonal favorável e menstruação retrógada são alguns fatores que influenciam no seu surgimento. Seu diagnóstico é difícil, sendo necessário exames de imagem, como ressonância magnética e ultrassonografia transvaginal para que haja a confirmação e consiga ser feito o rastreamento da doença, mas também é baseado em manifestações apresentadas pelo paciente. O tratamento inicial é medicamentoso e busca o alívio da cor. Podem ser utilizados dispositivos intrauterinos e hormônios. Em alguns casos, é necessário o acompanhamento psicológico para tratar a ansiedade e depressão que a paciente possa apresentar. Em casos mais críticos, faz-se necessária a cirurgia laparoscópica afim de remover lesões e trazer de volta a qualidade de vida das pacientes acometidas por esta doença. Para o manejo eficaz da doença, o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais.

PALAVRAS-CHAVES: tecido endometrial; doença ginecológica; infertilidade

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica inflamatória, benigna e crônica, caracterizada pela presença do tecido endometrial fora da cavidade uterina, e pode ser encontrado em diversos órgãos (LORETO, 2023; CARDOSO et al., 2021). Esta patologia afeta 190 milhões de mulheres no mundo todo, e cerca de 10% delas encontram-se em idade reprodutiva (HORNE; MISSMER, 2022). Na endometriose, podem ser encontrados tecidos semelhantes ao endometrial em estruturas pélvicas e extra pélvicas, nos ovários, septo retovaginal e em outros órgãos (TEIXEIRA et al., 2022). As mulheres afetadas tendem a sofrer uma dor incapacitante, e em muitos casos, apesar de o tratamento adequado, esta dor não dissipa, uma vez que não há cura definitiva para esta doença inflamatória (TRONCON et al., 2023).

A etiologia da endometriose se mantém desconhecida, no entanto, alguns fatores parecem ser determinantes para o seu aparecimento. Dentre eles, está a teoria da implantação de Sampson ou teoria da menstruação retrógrada

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

(TEIXEIRA et al., 2022; CARDOSO et al., 2021; SAMPSON, 1927). As mulheres que têm endometriose, durante seu período menstrual apresentam um refluxo do tecido endometrial para as tubas uterinas. O líquido livre na pelve, em período menstrual faz com que ocorra certo nível de refluxo para as tubas (SAMPSON, 1927). Dessa forma, ocorre a implantação de células endometriais no peritônio e em outros órgãos na região pélvica, momento em que se origina a doença (TORRES et al., 2021; PODGAEC et al., 2020). Este refluxo ocorre em 70-90% das mulheres, mas só uma porcentagem pequena delas desenvolvem a patologia. A intensidade do fluxo menstrual é diretamente proporcional à possibilidade do início da doença. Além da menstruação retrógrada, outros aspectos como predisposição genética para enfermidades autoimunes, ambiente hormonal favorável, e a não eliminação dessas células pelo sistema imune favorecem o acometimento da endometriose (TEIXEIRA et al., 2022; PODGAEC et al., 2020). A teoria da metaplasia celômica demonstra que lesões ocorridas no endométrio podem originar tecidos anormais benignos através da diferenciação metaplásica, a qual é compreendida pelo processo de transmutação de uma célula por outra com fito de adaptação natural em condições ambientais divergentes de sua origem. Os estudos apontam que a endometriose também pode estar ligada a fatores epigenéticos influenciados por mudanças no ambiente peritoneal, tais como fatores imunológicos, inflamatórios, hormonais e o estresse oxidativo (PODGAEC et al., 2020).

Os médicos ginecologistas devem saber reconhecer as principais manifestações clínicas e as características que a paciente com endometriose apresentam no exame físico, para assim poder solicitar exames confirmatórios e obter um diagnóstico precoce. O tempo estimado entre o início dos sinais e sintomas até o diagnóstico é, em média, de sete anos. As manifestações são diversas e dentre as principais estão a dor pélvica crônica, dispareunia de profundidade que consiste em forte incômodo durante a relação sexual, dismenorreia, sangramento nas fezes, dor anal no período menstrual ou ao evacuar, constipação, dor lombar, alteração na urina e uma das manifestações mais conhecidas, a infertilidade. Em alguns casos a doença se mostra assintomática, o que facilita o retardo do diagnóstico (TEIXEIRA et al., 2022; PODGEC et al., 2020).

As mulheres que têm endometriose manifestam, na grande maioria dos casos, dor sobreposta (síndrome da bexiga dolorosa, intestino irritável, fibromialgia e enxaqueca). Essas dores sobrepostas podem ser por um limiar de dor mais branda, tais como dor visceral intensa, bem como fisiopatologia comum não elucidada ou sensibilidade de órgãos cruzados (TROCON et al., 2023). A endometriose ainda pode causar aos pacientes, transtornos de humor, altos níveis de depressão e ansiedade, todos associados às dores intensas que as mulheres sofrem. Um estudo transversal controlado revela um percentual prevalente de 40% de depressão e 73% de ansiedade (ROMÃO et al., 2009).

O diagnóstico da endometriose é de difícil elucidação, uma vez que a investigação é baseada nas manifestações clínicas apresentadas pela paciente, assim como através de exame físico. O principal exame utilizado no diagnóstico é a ultrassonografia transvaginal, a qual possibilita identificar a endometriose profunda e os endometriomas. Já a ressonância magnética nuclear (RMN) apresenta em pormenores as sensibilidades e especificidades na avaliação da endometriose profunda e dos endometriomas com protocolos especializados, e é utilizada principalmente nos casos em que o exame transvaginal não é capaz de concluir o diagnóstico. A ultrassonografia pélvica pode ser útil no rastreio da condição, porém outros exames são

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

necessários para a confirmação. Com os exames de imagens, especialmente na RMN, é possível dar maior ênfase em partes como o útero, bexiga, ovários, paredes pélvicas, tubas, septo retovaginal, ceco, retossigmoide e o íleo terminal, pois são as áreas nas quais frequentemente são encontrados tecidos endometriais (TEIXEIRA et al., 2022; PODGAEC et al., 2020).

O tratamento inicial é o medicamentoso, quando não há indicação absoluta para cirurgia. O objetivo inicial do tratamento é o alívio das dores sofridas pelas pacientes. Algumas opções de medicamentos são progesterona oral, implante subcutâneo de etonogestrel (hormônio semelhante à progesterona), anticoncepcionais combinados, bloqueadores da atividade hormonal da doença e dispositivos intrauterinos (DIU) de levonorgestrel. Quando a paciente não manifesta o desejo de engravidar, mas sente dores, os bloqueadores hormonais são os medicamentos mais indicados. Por outro lado, quando necessária, a cirurgia para remoção do tecido endometrial pode ser realizada por laparoscopia, quando as lesões se apresentam isoladas, uma vez que este método é o mais simples. Já em casos complexos, sói necessário ureterólise, ressecção parcial do intestino e/ou bexiga, ressecção uretral e reanastomose quando a paciente apresenta endometriose profunda infiltrativa (EPI). A intervenção cirúrgica tende a proporcionar maior qualidade de vida quando comparada ao tratamento medicamentoso (APOLINÁRIO; PINHEIRO; DE SOUSA, 2023; LORETO, 2023).

Este artigo tem como objetivo apresentar o conhecimento atual sobre os fatores que causam a endometriose, bem como seu o diagnóstico, as suas manifestações e o tratamento, com a finalidade de explorar a compreensão das implicações clínicas e o impacto causado na qualidade de vida das pessoas que apresentam a doença.

A metodologia empregada foi de revisão bibliográfica, com o uso de diversas plataformas de pesquisa, tais como Scielo, Google Acadêmico e PubMed. Foram utilizadas palavras-chaves como endometriose, doença ginecológica e saúde da mulher. Foram priorizados artigos recentes, publicados de 2007 a 2024.

2 DIFERENTES FENÓTIPOS DA ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma doença ginecológica inflamatória benigna e crônica, caracterizada pela presença do tecido endometrial, fora da cavidade uterina, que pode ser encontrado em diversos órgãos e causar manifestações como dor pélvica, dismenorreia, dispareunia e infertilidade (LORETO, 2023; CARDOSO et al., 2021). Esta patologia afeta 190 milhões de mulheres em todo o mundo, e pode ser dividida em três fenótipos: endometriose profunda infiltrativa (EPI), endometriose peritonial superficial (EPS) e endometrioma ovariano.

2.1 Endometriose profunda infiltrativa

A endometriose é considera profunda infiltrativa quando apresenta lesões com profundidade maior que cinco milímetros no peritônio, acondicionada na bolsa de Douglas, bolsa vesico uterina e nas demais regiões da pelve. Entre 15-30% das pacientes com endometriose apresentaram EPI. Assim, essas mulheres apresentaram dispareunia profunda, que consiste em dores na região genital durante o ato sexual, assim como infertilidade, dor pélvica crônica e dismenorreia. As manifestações podem depender do local afetado pelas lesões. Se atingir intestino e bexiga, as pacientes podem vir a sentir dores durantes a evacuação e micção.

O diagnóstico da endometriose por imagem continua dificultoso devido aos sintomas inespecíficos. Mas exames como, ressonância magnética nuclear

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

de imagem (RMNI), ultrassonografia transvaginal (USTV) e ultrassonografia transretal são utilizados corriqueiramente para obter melhor diagnóstico da endometriose, de modo não invasivo. Estes exames permitem que seja estabelecido a localização e dimensão das lesões causadas por esta patologia, como mostra a Figura 1. Com estas informações, o médico consegue determinar se há necessidade de cirurgia e se sim, qual técnica utilizar (HUDELIST et al., 2011; ABRAO et al., 2007).

Figura 1. RM sagital da pelve ponderada em T2 apresentando uma lesão infiltrativa e retrátil (indicada pela seta) aderida à parede posterior do colo uterino e a parede retal anterior.

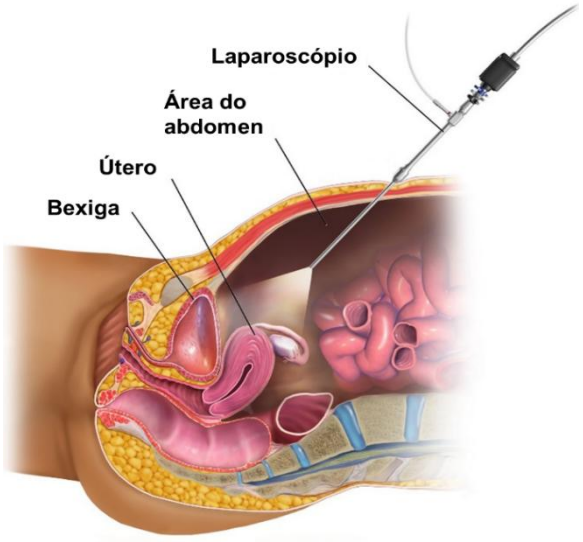
Fonte: Extraído de Abrao et al, 2007.

2.2 Endometriose peritoneal superficial

A endometriose peritonial superficial afeta 15-50% das pacientes com endometriose (IMPERIALE et al., 2023; HUDELIST, 2011). Esse fenótipo da endometriose é classificado em três tipos de lesões, vermelha, preta e branca. A lesão vermelha corresponde à primeira fase da endometriose peritoneal e apresenta lesões ativas e com muita vascularização. Se eliminada parcialmente, ela volta a crescer. Já a lesão preta é característica da segunda fase da endometriose. Sua eliminação provoca uma reação inflamatória, com isto, ocorre a escarificação, e as lesões escurecem. A lesão branca, própria da última fase é a endometriose já inativa. É chamada de lesão branca, pois a fibrose origina áreas de opacificação (NISOLLE; DONNEZ, 1997).

O diagnóstico padrão ouro, nesses casos, para classificação das lesões endometrióticas peritoneais é a laparoscopia (Figura 2). Atualmente, não há nenhum método de imagem que apresente a sensibilidade e especificidade, igual ou superior à laparoscopia (ROSA et al., 2021).

Figura 2. Imagem ilustrativa de uma laparoscopia.



Fonte: Extraído de Dra. Ana Luisa Lauletta, 2023.

2.3 Endometrioma ovariano

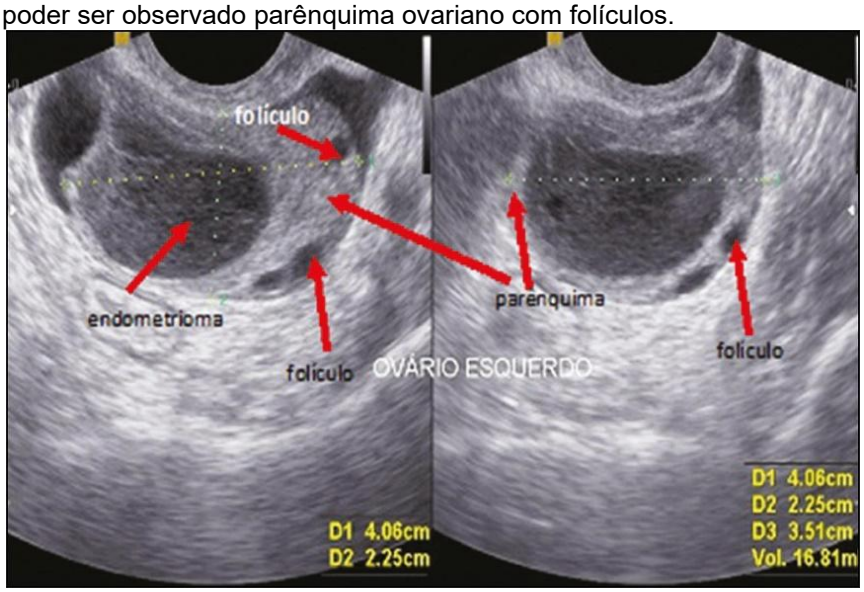
O endometrioma ovariano é visto dentre 2-10% das mulheres em idade fértil e 50% em mulheres que tratam a infertilidade (IMPERIALE et al., 2023). Essa patologia é marcada por cistos no ovário que podem ter diversos tamanhos, de poucos milímetros a 10 cm de diâmetro, cobertos por tecido endometrial com líquido sanguinolento marrom e espesso, também denominados de “cistos achocolatados”. Os principais sintomas clínicos são dor pélvica crônica, dispareunia, infertilidade e dismenorreia (DUTRA et al., 2023).

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

Os diagnósticos por ressonância magnética de imagem e ultrassonografia são semelhantes no quesito de sensibilidade. Ambos os exames são válidos para o diagnóstico de endometrioma ovariano (DUTRA et al., 2023; IMPERIALE et al., 2023).

Em casos em que o cisto endometrial se encontra maior do que 3 cm de diâmetro, há indicação cirúrgica pela má resposta ao alto índice de recidiva apenas com o bloqueio da função ovariana. Porém, também é realizado o tratamento terapêutico medicamentoso em casos de cistos menores (LOPEZ et al., 2000).

Figura 3. Endometrioma na parte interior do ovário esquerdo. Também poder ser observado parênquima ovariano com folículos.



Fonte: Extraído de Oliveira et al., 2019.

3 ENZIMA AROMATASE

A endometriose é uma doença estrogênio-dependente, definida pelo crescimento do tecido endometrial fora da cavidade uterina. Estudos clínicos e epidemiológicos mostram que para o crescimento e estabelecimento da endometriose, o estrogênio é essencial. Há correlações entre a inflamação da endometriose e da produção de estrogênio. A aromatase P450 (P450arom) é expressa de modo anormal na endometriose e é ativada pela prostaglandina E_2, que é gerada pela produção de estrogênio que induz a expressão da prostaglandina E_2 nas lesões endometriais. O estrogênio é responsável pela produção de secreção de diversas citocinas inflamatórias e fatores que contribuem para o crescimento e evolução da endometriose. Inibidores não esteroides da aromatase, tem mostrado avanço no tratamento das manifestações causadas pela doença. Porém, este inibidor não faz com que a endometriose desapareça, e não devem ser administrados em tratamento rotineiro, apenas adequadamente em estudos clínicos (FERRERO et al., 2014; BULUN et al., 2004).

4 RELAÇÃO DA ENDOMETRIOSE COM CÂNCER DE OVÁRIO

O câncer de ovário associado à endometriose (COAE) é baseado na teoria que ele é desenvolvido a partir de endometriomas ovarianos. Setenta e cinco por cento dos casos de COAE são derivados de um carcinoma endometrioide. A *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) acredita e recomenda que, apesar das chances aumentadas de câncer de ovário na

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

presença de endometriose, não há meios de diminuir as probabilidades, deste modso, o tratamento não deve ser alterado, com foco no câncer ovariano (MARUKAMI et al., 2020; WANG et al., 2016).

5 IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER

A média de mulheres em idade reprodutiva que sofrem com endometriose é de 2-10% e mulheres inférteis que são acometidas por esta patologia é de 40% (TEIXEIRA et al., 2022). Apesar da dor que todos os tipos de endometriose podem causar, as que apresentam lesões mais profundas costumam estar atribuídas a um quadro mais grave de dores, o que prejudica ainda mais a qualidade de vida da paciente (YELA; QUAGLIATO; PINTO, 2020). Mulheres com endometriose apresentam dor pélvica crônica (DPC), um fator que diminui a qualidade de vida de modo significativo, e pode interferir na parte mental e física. Estudos relatam que a intensidade de dor é tão alta que chega a ser insuportável. É descrita pelas mulheres que passam por isso como uma dor incapacitante, que leva ao estresse, e, impacta, deste modo, o desenvolvimento de atividades no trabalho, em casa, nas atividades sociais, relações sexuais e prática de atividades físicas (YELA; QUAGLIATO; PINTO, 2020; BENTO; MOREIRA, 2018).

Algumas pacientes demonstram quadros de depressão e ansiedade, o que prejudica ainda mais a qualidade de vida da mulher. Um estudo aponta que 86,5% de mulheres portadoras dessa patologia, desenvolvem depressão e declina que há relação direta entre a intensidade da dor e ansiedade. Evidencia-se que a depressão, está altamente presente em mulheres com endometriose que apresentem DPC, porém pode ser visto naquelas que não tem DPC (PEREIRA et al., 2021).

As pessoas presentes na vida da mulher doente, no início compreendem, entretanto, por ser uma dor constante e crônica, a endometriose influencia negativamente a convivência e as relações interpessoais pelas queixas frequentes. Conforme o decurso do tempo, a ajuda prestada aos pacientes, diminui, e consequentemente a mulher exibe ostracismo do convívio social. Perante tais impactos negativos, lidar com a DPC gerada pela endometriose é difícil e um grande desafio para as portadoras. Diante disso, há repercussões de mulheres com desejo de acabar o sofrimento e desistir da vida, por motivo do dano gerado nelas, o que comprova a dificuldade de lidar com tal doença que, segundo elas, as consome (PEREIRA, 2021; BENTO; MOREIRA, 2018).

Estudos atuais mostram que mulheres portadoras de endometriose têm elevadas chances de apresentarem comorbidades, maiores do que se considerava antes. Por exemplo, outras doenças crônicas, tais como, síndrome do intestino irritável, asma, enxaqueca, osteoporose, doença renal crônica, doença hepática crônica, doença inflamatória pélvica, doenças psiquiátricas e doenças cardiovasculares. Em alguns casos pode acarretar tumores malignos, como carcinoma na mama, ovário, colorretal e endométrio (FIGUEIREDO; DA SILVA, 2023; TENG et al., 2016).

Apesar de a endometriose apresentar alta chance de infertilidade, algumas mulheres conseguem superar este prognóstico e engravidar mesmo com a doença, porém elas correm alguns riscos acentuados durante a gestação e pós-parto. Pesquisas mostram que os riscos aumentados são complicações placentárias, com isso, a paciente exibe elevado risco de hemorragia obstétrica durante a gestação e no parto. Há aumento no risco de parto prematuro, pré-eclâmpsia, aborto espontâneo, diabetes gestacional e baixo peso ao nascer (NOGUEIRA, 2023; BELARC et al., 2017). Em

REVISTA CONEXÃO ELETRÔNICA

situações que a mulher realiza reprodução assistida, a frequência de complicações são, ainda maiores (OLIVEIRA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2020).

6 DIAGNÓSTICO

A endometriose não apresenta biomarcadores com características patognomônicas suficientes para poder ser diagnosticada de modo mais rápido. Com isso, muitas mulheres passam por um longo caminho, cheio de barreiras e diagnósticos errados. As pacientes levam uma média de 3-7 anos, ou até mais tempo para que saibam que são portadoras desta doença (ARAÚJO; SCHIMIDT, 2020; AGARWAL et al., 2019).

O primeiro passo para que haja a descoberta desta patologia é estabelecer o histórico clínico da paciente, com atenção particular nos sintomas (dispareunia, dismenorreia, disúria e dor pélvica crônica), altura, peso, gravidez, idade, tratamentos para endometriose ou infertilidade e histórico de endometriose na família (BAZOT, DARAÏ, 2017). Apesar dos sintomas listados acima, não é possível concluir o diagnóstico com base neles, visto que mulheres sem essa patologia, também apresentam essas mesmas manifestações e mulheres portadoras de endometriose, podem ser assintomáticas (FAUCONNIER; CHAPRON, 2005).

Após suspeita clínica para a doença, o primeiro exame solicitado é ultrassonografia. Este exame é primordialmente escolhido devido seu baixo custo e acessibilidade. A ultrassonografia transretal e a transvaginal são eficientes para detectar lesões (ROSA et al., 2021). Se o resultado sobressair negativo, pode significar que a paciente não tem endometriose ou tê-la na fase inicial não-infiltrativa (NÁCUL; SPRITZER, 2010). Nos casos em que mesmo com a ultrassonografia, o resultado ainda se encontra incerto, a ressonância magnética é utilizada como um meio adicional para a confirmação. Também é utilizada em casos de preparação cirúrgica (ROSA et al., 2021), em razão das imagens de vários planos de diversos locais da cavidade pélvica, só não é a primeira opção devido ao alto custo (CHALUB; LEÃO; MAYNARD, 2020). Também é possível realizar o diagnóstico e monitoramento por meio de alterações laboratoriais. O CA-125 é um marcador de glicoproteína de origem epitelial, pode ser identificado em epitélio neoplásico de origem endometrial ou no normal, endocervical, no ovário ou nas tubas uterinas. Este exame deve ser feito no início do ciclo menstrual, dando preferência ao primeiro e terceiro dia. Quando o resultado se encontra superior a 100U/ml, define uma endometriose avançada. Contudo, vale consignar que este marcador pode se mostrar elevado em outras situações, assim, não é suficiente para concluir o diagnóstico (DE MENDONÇA et al., 2021). O diagnóstico padrão ouro é a laparoscopia, por ser um exame com maior custo e que não é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ele é realizado para diagnóstico em casos não conclusivos (ARAÚJO; SCHIMIDT, 2020).

7 TRATAMENTO

A endometriose é uma doença na qual o tratamento multidisciplinar é fundamental. O médico indica o melhor método para a paciente com base na gravidade das manifestações, na localização, na extensão da doença, no anseio de engravidar, nas taxas de complicações cirúrgicas e efeitos colaterais das medicações. As linhas de tratamentos principais são, cirúrgicas, medicamentosa ou ambas (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

7.1 Tratamento cirúrgico

O foco da intervenção cirúrgica é retirar considerável quantidade de tecido endometrial e recuperar a normalidade da pelve. O tecido deve ser manuseado de modo delicado, a fim de evitar a

formação de novos focos e aderência endometrial (NAVARRO; BARCELOS; SILVA, 2006). Em casos de baixa complexidade, é necessária somente a remoção dos focos superficiais e liberação de aderências por cauterização. Já em outros, se faz necessário a remoção dos ovários, intestino, ureteres, fundo de saco de Douglas ou bexiga. O tratamento cirúrgico desta patologia é uma opção para pacientes que não apresentam melhoras ou não se dão bem com os tratamentos hormonais ou farmacológicos (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

7.2 Tratamento farmacológico

O foco do tratamento farmacológico é o alívio dos sintomas e evitar a criação de um ambiente propício para o crescimento do tecido. O tratamento pode ser não-hormonal, com a utilização de anti-inflamatórios não-esteroides, analgésicos ou terapia combinada com hormônio. Os anticoncepcionais combinados, fazem com que a progressão da doença seja lenta. Eles são os primeiros a serem indicados para as mulheres que desejam ação contraceptiva e que apresentem sintomas leves. Já as mulheres que não têm desejo de gestar, o tratamento com progestágenos, alivia até 80% das dores (MORETTO et al., 2021). Podem ser utilizados progestágenos orais ou injetáveis. Implante subcutâneo de etonogestrel e dispositivo intrauterino levonorgestrel (DIU-LNG). Apesar de o DIU ter um alto custo inicialmente, com o passar dos anos, revela-se mais econômico que outros meios. Ele evita que a paciente precise ingerir medicação diariamente e é contraceptivo. O DIU-LNG libera todos os dias baixíssimas doses (por volta de 20 µl) de levonorgestrel, de modo que resulte menos efeitos adversos se comparado a outros métodos, como progestágenos por via oral (LORETO, 2023).

7.3 Tratamento com alimentação

Uma dieta equilibrada, anti-inflamatória e restrição a alguns alimentos, podem ajudar no alívio das dores e a tratar a doença. Gorduras de boa qualidade como ômega-3, têm efeitos positivos na diminuição da inflamação causada pela endometriose, e assim como, o consumo de vegetais, frutas e cúrcuma. Já as gorduras trans e saturadas que vêm de alimentos processados e a carne vermelha, podem piorar os sintomas da endometriose. Logo, é importante que uma paciente com esta condição tenha o devido acompanhamento nutricional (LEAL et al., 2024).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A endometriose é uma patologia crônica que impacta profundamente a qualidade de vida das mulheres portadoras em idade reprodutiva. Este trabalho ressalta os desafios e complexidade da doença, evidenciados pela dor pélvica crônica (DPC), infertilidade, impacto na saúde mental e dispareunia. A dor incapacitante e frequente que estas mulheres sentem, interferem negativamente suas atividades profissionais, diárias e pessoais. Além de tudo, há associação entre a endometriose, depressão e ansiedade, o que intensifica ainda mais o sofrimento das pacientes, com destaque à necessidade e importância de um tratamento multidisciplinar que conte com apoio psicológico para tratar a saúde mental das mulheres acometidas.

O presente trabalho mostra que, embora haja avanços no tratamento e diagnóstico desta patologia, diversas mulheres ainda passam por grandes desafios para que não sofra mais com as manifestações apresentadas. A abordagem terapêutica deve ser feita de modo personalizado para cada paciente, com avaliação de sintomas e necessidades individuais de cada mulher. Em alguns casos pode-se incluir tratamento medicamentoso, suporte psicológico e cirúrgico, de modo a alcançar não apenas o alívio da dor, mas também uma melhor

qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRAO, M. S. et al. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. Human Reproduction, v. 22, n. 12, p. 3092-3097, 2007.

AGARWAL, S. K. et al. Diagnóstico clínico da endometriose: um chamado à ação. American journal of obstetrics and gynecology, v. 220, n. 4, p. 354. e1-354. e12, 2019.

APOLINÁRIO, P. A; PINHEIRO, L. E. G; DE SOUSA, M. N. A. O papel da cirurgia na endometriose. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 1, 2023.

ARAÚJO, F. W. C; SCHMIDT, D. B. Endometriose um problema de saúde pública: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 14, n. 18, 2020.

BAZOT, M; DARAÏ, E. Diagnóstico da endometriose profunda: exame clínico, ultrassonografia, ressonância magnética e outras técnicas. Fertility and sterility, v. 108, n. 6, p. 886-894, 2017.

BENTO, P. A. S; MOREIRA, M. C. N. Quando os olhos não veem o que as mulheres sentem: a dor nas narrativas de mulheres com endometriose. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, p. e280309, 2018.

BERLAC, J. F et al. Endometriose aumenta o risco de complicações obstétricas e neonatais. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 96, n. 6, p. 751-760, 2017.

BULUN, S. E. et al. Aromatase and endometriosis. In: Seminars in reproductive medicine. Copyright 2004 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA., p. 45-50, 2004.

CARDOSO, J. V. et al. Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, p. 1057-1067, 2021.

DE MENDONÇA, M. F. M. et al. Endometriose: manifestações clínicas e diagnóstico–revisão bibliográfica. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3584-3592, 2021.

DRA. ANA LAUISA LAULETTA. Endometriose: Sintomas, diagnóstico e tratamentos. Disponível em: https://www.draanaluisalauletta.com.br/endometriose-sintomas-diagnostico-e-tratamentos/. Acesso em: 20 jun. 2024.

DUTRA, C. N. D. et al. Endometrioma: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e manejo terapêutico. Brazilian Journal of Development, v. 9, n. 4, p. 13886-13897, 2023.

FAUCONNIER, A.; CHAPRON, C. Endometriose e dor pélvica: evidências epidemiológicas da relação e implicações. Human reproduction update, v. 11, n. 6, p. 595-606, 2005.

FERRERO, S. et al. Aromatase and endometriosis: estrogens play a role. Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1317, n. 1, p. 17-23, 2014.

FIGUEIREDO, D. M. M. D. O.; DA SILVA, D. D. M. B. Endometriose e gestação: impacto no desfecho obstétrico. 2023.

HORNE, A. W.; MISSMER, S. A. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis.bmj, v. 379, 2022.

HUDELIST, G. et al. "Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. Ultrasound in obstetrics & gynecology, v. 37, n. 4, p. 480-487, 2011.

IMPERIALE, L. et al. Three types of endometriosis: pathogenesis, diagnosis and treatment. State of the art. Journal of Clinical Medicine, v. 12, n. 3, p. 994, 2023.

KENNEDY, S. et al. Diretriz ESHRE para o diagnóstico e tratamento da endometriose. Reprodução humana, v. 20, n. 10, p. 2698-2704, 2005.

LEAL, A. C. V. et al. Explorando a relação entre a endometriose e a alimentação: Uma revisão narrativa da literatura. Revista Contemporânea, v. 4, n. 8, p. e5337-e5337, 2024.

LORETO, L. C. Dispositivo intrauterino de levonorgestrel e endometriose: o que dizem os estudos e como as pacientes da instituição respondem a este tratamento. 2023.

MIŃKO, A. et al. Endometriosis a multifaceted problem of a modern woman. International journal of environmental research and public health, v. 18, n. 15, p. 8177, 2021.

MORETTO, E. E. et al. Endometriose. Lubianca, Jaqueline Neves; Capp, Edison (org.). Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2023/2. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, p. 53-64., 2021.

MURAKAMI, K. et al. Endometriosis-associated ovarian cancer: the origin and targeted therapy. Cancers, v. 12, n. 6, p. 1676, 2020.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia, v. 32, p. 298-307, 2010.

NAVARRO, P. A de A. S.; BARCELOS, I. D. S.; SILVA, J. C. R. Tratamento da endometriose. Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia, v. 28, p. 612-623, 2006.

NISOLLE, M.; DONNEZ, J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. Fertility and sterility, v. 68, n. 4, p. 585-596, 1997.

NOGUEIRA, I. L. D. Endometriose e os seus impactos sobre a gestação e o feto. Repositório Institucional do Unifip, v. 8, n. 1, 2023.

OLIVEIRA, F. D. S.; CARVALHO, V. B.; OLIVEIRA, M. R. Endometriose e gestação: Existe impacto no desfecho gestacional? Revista de Patologia do Tocantins, v. 7, n. 2, p. 26-30, 2020.

OLIVEIRA, J. G. A. de et al. Ultrassonografia transvaginal na endometriose profunda: ensaio iconográfico. Radiologia Brasileira, v. 52, p. 337-341, 2019.

PODGAEC, S et al. Endometriose. Feminina, pág. 233-237, 2020.

PEREIRA, N. K. et al. Impacto na qualidade de vida das mulheres com endometriose associada à dor pélvica crônica Impact on the quality of life of women with endometriosis associated with chronic pelvic pain. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 6, p. 26591-26602, 2021.

ROMÃO, A. P. et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. Int J Clin Pract., v. 63, n. 05, p. 707-711, 2009.

ROSA, J. C. et al. Endometriose. Femina, v. 49, n. 3, p. 134-141, 2021.

SAMPSON, J. A. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into peritoneal cavity. Am J Obstet Gynecol, v. 14, p. 422-469, 1927.

TEIXEIRA, L. E. M. et al. Impacto que a endometriose tem na saúde mental das mulheres nas entrelinhas de uma revisão de literatura. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 11, pág. e3112140-e3112140, 2022.

TENG, S. W. et al. Mulheres com endometriose têm maiores comorbidades: Análise de dados domésticos em Taiwan. Journal of the Chinese Medical Association, v. 79, n. 11, p. 577-582, 2016.

TRONCON, J. K. et al. Importance of an Interdisciplinary Approach in the Treatment of Women with Endometriosis and Chronic Pelvic Pain. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 45, n. 11, p. 635-637, 2023.

WANG, C. et al. The association between endometriosis, tubal ligation, hysterectomy and epithelial ovarian cancer: meta-analyses. International Journal Of Environmental Research And Public Health. 13 nov. 2016.

YELA, D. A.; QUAGLIATO, I. P.; BENETTI-PINTO, C. L. Qualidade de vida de mulheres com endometriose profunda: Estudo de corte transversal. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 42, p. 90-95, 2020.