# ENDOMETRIOSE PROFUNDA - REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA, CONDUTAS TERAPÊUTICAS E IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DA PACIENTE.

## *DEEP ENDOMETRIOSIS - INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW, THERAPEUTIC APPROACHES AND QUALITY OF LIFE IMPLICATIONS.*

1. Amanda Forti Ortiz
1. Bianca Paula Silva dos Reis
1. Karla Larissa Simões do Prado
2. Orientadora: Profa. Ma. Patrícia Lius Melo Alves
1. Afiliação: Acadêmicas do curso de Biomedicina da Universidade de Sorocaba
2. Professora assistente da Universidade de Sorocaba

**RESUMO:** A endometriose profunda é uma doença inflamatória crônica e estrogênio-dependente caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina, com infiltração em estruturas pélvicas profundas. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as manifestações clínicas, condutas terapêuticas e implicações da endometriose profunda na qualidade de vida das pacientes. A pesquisa foi conduzida nas bases de dados científicas utilizando os descritores “endometriose profunda”, “diagnóstico”, “tratamento” e “qualidade de vida”, considerando publicações entre 2003 e 2023. Os resultados demonstraram que o diagnóstico da endometriose profunda ainda ocorre tardiamente, com atraso médio de 5 a 12 anos após o início dos sintomas. Os métodos de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética, mostraram-se eficazes para a detecção das lesões, embora a laparoscopia permaneça como padrão-ouro confirmatório. As abordagens terapêuticas incluem tratamentos clínicos hormonais e cirúrgicos, sendo essencial a atuação de equipes multidisciplinares. A literatura evidencia que a doença afeta de forma significativa a saúde mental, o desempenho sexual e a vida social das mulheres, demonstrando a necessidade de estratégias terapêuticas integradas e centradas na paciente. Conclui-se que, apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a endometriose profunda ainda representa um importante desafio clínico e social, exigindo políticas públicas de conscientização e aprimoramento da atenção à saúde feminina.

**Palavras-chave:** Endometriose profunda; Diagnóstico; Tratamento; Qualidade de vida; Saúde da mulher.

**ABSTRACT:** Deep endometriosis is a chronic, estrogen-dependent inflammatory disease characterized by the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity, with infiltration into deep pelvic structures. The present study aims to conduct an integrative review of the literature on the clinical manifestations, therapeutic approaches, and implications of deep endometriosis on patients' quality of life. The research was conducted in scientific databases using the descriptors “deep endometriosis,” “diagnosis,” “treatment,” and “quality of life,” considering publications between 2003 and 2023. The results showed that the diagnosis of deep endometriosis still occurs late, with an average delay of 5 to 12 years after the onset of symptoms. Imaging methods, such as transvaginal ultrasound with bowel preparation and magnetic resonance imaging, have proven effective in detecting lesions, although laparoscopy remains the gold standard for confirmation. Therapeutic approaches include clinical hormonal and surgical treatments, with multidisciplinary teams playing an essential role. The literature shows that the disease significantly affects women's mental health, sexual performance, and social life, demonstrating the need for integrated, patient-centered therapeutic strategies. It is concluded that, despite diagnostic and therapeutic advances, deep endometriosis still represents an important clinical challenge and social challenge, requiring public health policies focused on awareness and comprehensive care for women’s health.
**Keywords:** Deep endometriosis; Diagnosis Treatment; Quality of life; Women’s health.

## 1 INTRODUÇÃO

Endometriose é uma condição em que tecido semelhante ao endométrio, que normalmente reveste o interior do útero, cresce em outras regiões do corpo. Esse tecido fora do lugar também responde às variações hormonais do ciclo menstrual, o que pode provocar inflamação, dor e outros sintomas, já que não é eliminado como ocorre na menstruação normal. Além disso, é nesse tecido que o embrião se implanta para que a gestação se desenvolva (1,2).

Na endometriose profunda, partes do endométrio se deslocam para fora do útero e se fixam em estruturas vizinhas, como a bexiga, o reto, a porção final do intestino ou até mesmo a parede abdominal, podendo surgir próximas ao umbigo ou em outras regiões do abdômen inferior, o que pode causar sérios problemas para esses órgãos (1,2).

Estima-se que essa doença acometa de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, sua prevalência pode chegar a 30 e 50% das pacientes com infertilidade. Apesar de sua elevada prevalência o seu tempo médio de diagnóstico gira em torno de 6 anos e meio, tendo variações de diagnósticos em meses ou em até 27 anos em alguns países (3).

A forma profunda da endometriose é considerada a mais grave, muitas vezes se manifestando com dor pélvica crônica, dismenorreia severa, dispareunia profunda, alterações urinárias ou intestinais e infertilidade (4). Seu diagnóstico exige métodos avançados, como ultrassonografias transvaginais com preparo intestinal, ressonância magnética pélvica, além de laparoscopia, que segue sendo o padrão ouro para a confirmação do diagnóstico (5).

Além de apresentar sintomas físicos, a endometriose interfere na qualidade de vida das pacientes como ansiedade, depressão, e sofrimento emocional, que são relatados frequentemente por pacientes com endometriose (6). Algumas revisões integrativas apontam que a doença compromete tanto aspectos físicos, emocionais e sexuais, quanto sociais e profissionais, impactando o bem-estar global da mulher (7).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre endometriose profunda, descrevendo manifestações clínicas, condutas terapêuticas e repercussões na qualidade de vida (7).

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, cujo objetivo foi reunir e analisar evidências científicas relacionadas à endometriose profunda, enfatizando aspectos de diagnóstico, condutas terapêuticas e implicações na qualidade de vida.

A pesquisa foi conduzida em bases de dados nacionais e internacionais, empregando descritores em inglês e português, incluindo “deep endometriosis”,

“diagnosis”, “treatment”, “quality of life”, “endometriose profunda”, “diagnóstico” e “qualidade de vida”. Foram selecionados artigos publicados entre 2014 e 2024, com ênfase em revisões sistemáticas, diretrizes clínicas e estudos observacionais. A inclusão de literatura internacional justifica-se pela relevância científica e pela predominância de publicações de alto impacto sobre o tema em língua inglesa. A seleção ocorreu em três etapas:

1. Na busca inicial nas bases de dados, os descritores foram combinados por operadores booleanos, resultando em um número considerável de artigos;
2. Em seguida, realizou-se a leitura de títulos e resumos, etapa na qual foram excluídos os estudos que não se relacionavam diretamente com a temática proposta ou que não atendiam ao recorte temporal estabelecido (2003–2023), foram removidas as duplicidades identificadas;
3. Por fim, os artigos potencialmente elegíveis foram submetidos à leitura integral, permitindo a seleção final apenas daqueles que apresentaram aderência aos critérios de inclusão e relevância para as categorias de análise definidas.

## 3 RESULTADOS

A revisão da literatura evidenciou que o diagnóstico da endometriose profunda ainda apresenta atrasos significativos, variando de 5 a 12 anos entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica, dependendo do país e do acesso a serviços especializados (8,9). Esse atraso está relacionado tanto à normalização da dor menstrual quanto à falta de preparo dos profissionais de saúde para reconhecer os sintomas iniciais (10,11).

No campo diagnóstico, observou-se a evolução do uso de métodos não invasivos. A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética (RM) se consolidaram como técnicas de imagem de alta acurácia para a detecção da endometriose profunda, possibilitando reduzir a dependência exclusiva da laparoscopia como padrão-ouro (12). No entanto, a laparoscopia diagnóstica ainda desempenha papel importante em casos de dúvida clínica ou falha dos exames de imagem (13). Dezoito pacientes entre 23 e 49 anos de idade, com

suspeita clínica e exame ginecológico sugestivo de endometriose profunda, foram submetidas a ultrassonografia e ressonância magnética para correlação dos achados.

A ultrassonografia (USG) detectou 40 lesões e a ressonância magnética (RM) apontou 53 lesões na pelve. O estudo comparativo entre USG e RM na detecção de lesões nos compartimentos anteriores e posteriores, usando-se a soma de escores descrita acima, não mostrou diferença estatisticamente significante (18).

Em relação às condutas terapêuticas, o tratamento da endometriose profunda divide-se em abordagens medicamentosas e cirúrgicas. Os contraceptivos hormonais combinados e os análogos de GnRH permanecem como primeira linha para o controle da dor, embora apresentem limitações quanto ao uso prolongado e efeitos adversos (14). A cirurgia laparoscópica, por sua vez, é indicada em situações de falha terapêutica, infertilidade associada ou comprometimento grave da qualidade de vida (15).

No que se refere à qualidade de vida, os estudos apontam prejuízos relevantes em aspectos físicos, emocionais e sociais das mulheres acometidas, sobretudo devido à dor pélvica crônica, infertilidade e impacto nas relações interpessoais (16). Além disso, há evidências de maior prevalência de ansiedade e depressão entre pacientes com endometriose, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no cuidado (17).

### 3.1 Caracterizações dos estudos incluídos

Os estudos analisados consistem, em sua maioria, em revisões narrativas, revisões sobre a eficácia do vídeo laparoscopia e artigos de revisão que discutem a relação entre endometriose e infertilidade. Observa-se um número reduzido de relatos de caso individuais, predominando séries pequenas ou discussões baseadas em revisões já publicadas, o que evidencia a limitação de dados primários nesse conjunto de publicações (18).

Além disso, não há uma coorte uniforme de relatos, mas sim revisões que integram séries menores e casos esparsos, reforçando a escassez de estudos originais detalhando experiências individuais quanto ao período e à origem, as publicações incluem revisões recentes, que cobre o intervalo entre 2019 e 2024, além de artigos nacionais, e referências internacionais que englobam guidelines e literatura em inglês.

Assim, nota-se predominância de produções brasileiras com integração de evidências globais. O perfil das pacientes descritas nas revisões e séries aponta majoritariamente para mulheres em idade reprodutiva (20–40 anos), com queixas de dor pélvica, dismenorreia e infertilidade como principais manifestações clínicas. Em menor proporção, relatam-se sintomas relacionados a repercussões intestinais e urinárias, geralmente associados a casos mais graves ou extensos da doença (19).

### 3.2 Manifestações clínicas relatadas

As manifestações clínicas da endometriose profunda descritas na literatura incluem, de forma predominante, dor pélvica crônica, dismenorreia intensa e dispareunia, sintomas amplamente reconhecidos como marcadores chave da doença e motivadores frequentes de busca por atendimento especializado (2, 27, 28).

A infertilidade também figura como achado epidemiológico relevante e recorrente, sendo destacada em diferentes séries como um dos impactos reprodutivos mais consistentes associados à endometriose, especialmente nas formas infiltrativas (3, 16, 24).

Além desses sintomas centrais, alguns estudos apontam para apresentações menos comuns, porém importantes para o reconhecimento da profundidade da lesão. Acometimentos intestinais podem resultar em constipação, dor à evacuação e, em casos mais avançados envolvendo o reto ou sigmoide, episódios de sangramento nas fezes (12, 15, 19). De maneira semelhante, sintomas urinários como disúria, urgência, irritação vesical e hematúria são descritos quando há infiltração da bexiga ou ureteres, indicando geralmente doença mais extensa e frequentemente exigindo cooperação interdisciplinar entre ginecologia, urologia e coloproctologia (18, 20, 27).

Os estudos também enfatizam o importante atraso diagnóstico associado à endometriose, frequentemente variando de vários meses a muitos anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo (11, 35). Esse atraso é atribuído a múltiplos fatores, como a normalização cultural da dor menstrual, a variabilidade da apresentação clínica, a sobreposição de sintomas com outras condições pélvicas e o acesso limitado a exames de maior acurácia, como ultrassonografia especializada e ressonância magnética (5, 18, 30). Essa demora tem implicações significativas na progressão da doença, qualidade de vida e impacto psicossocial das pacientes (6, 17, 34).

### 3.3 Principais métodos de diagnóstico relatados

Diagnóstico da Endometriose Profunda: Um estudo realizado entre 2006 e 2008 no Rio de Janeiro avaliou 18 mulheres entre 23 e 49 anos com suspeita de endometriose profunda (DE), caracterizada por nódulos e espessamentos em regiões como fundo de saco vaginal, ligamentos uterossacros e septo retovaginal (20). O objetivo foi comparar diferentes métodos diagnósticos para identificar lesões de DE, com foco na ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, ressonância magnética (RM) e laparoscopia (21, 5, 18, 30).

Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, realizada após preparo com laxante e edema. Utilizou gel no canal vaginal e retal para melhorar a visualização, onde foram avaliados útero, ovários, bexiga, intestino, ligamentos, vagina e peritônio, detectando 40 lesões (21). A literatura mostra que a ultrassonografia especializada apresenta alta sensibilidade para DE quando realizada por examinadores experientes, especialmente para comprometimento do septo retovaginal e dos ligamentos uterossacros (5, 19, 12).

Ressonância Magnética (RM): Feita com jejum, preparo intestinal semelhante e aplicação de gel, avaliando alterações de sinais e morfologia das lesões, que variavam conforme o tipo (hemorrágico ou fibrótico), detectando 53 lesões (21). Estudos internacionais reforçam que a RM possui grande acurácia na identificação de endometriomas e lesões profundas, complementando a ultrassonografia e permitindo mapeamento mais abrangente da pelve (18, 20, 27, 30).

Laparoscopia diagnóstica: Considerada o padrão-ouro no diagnóstico da endometriose, permite a visualização direta da cavidade abdominal e a confirmação das lesões, além da possibilidade de realizar biópsias e tratamento surgico no mesmo procedimento, foi utilizada como referência final para confirmar os achados dos exames de imagem (21). A laparoscopia permanece sendo o método mais preciso para o diagnóstico da endometriose, embora diretrizes recentes enfatizem a importância crescente dos métodos de imagem para reduzir atrasos diagnósticos (8, 32, 33).

A laparoscopia continua sendo o método mais preciso para diagnóstico da endometriose profunda, por permitir a confirmação visual direta e biópsia das lesões. No entanto, exames de imagem como a ultrassonografia com preparo intestinal e a ressonância magnética mostraram boa eficácia e podem ser usados como

ferramentas iniciais importantes, especialmente quando bem conduzidos por profissionais experientes (21, 5, 18, 30).

### 3.4 Localizações anatômicas mais atingidas

O protocolo da análise incluiu a investigação da endometriose profunda na região retrocervical, no espaço vesicouterino, no ligamento uterossacro, no septo retovaginal, no fórnice vaginal posterior e na parede do retossigmoide. A endometriose retrocervical foi considerada quando se evidenciou formação nodular e/ou espessamento tissular hipointenso em T2, com ou sem presença de cistos (hemáticos ou não) situados posteriormente à cérvice, próximos à cúpula vaginal (22,23).

### 3.5 Condutas terapêuticas

O tratamento deve ser multidisciplinar e a escolha do método deve levar em consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas, tratamentos prévios e custo. As principais linhas são a medicamentosa, a cirúrgica ou a combinação de ambas as intervenções (23, 24).

O tratamento farmacológico pode ser não-hormonal, através de analgésicos e anti-inflamatórios não-esteroides ou hormonal com terapias combinadas. O foco principal do tratamento medicamentoso é evitar que se crie um ambiente propício ao crescimento e à manutenção dos implantes da endometriose. Todos os tratamentos hormonais reduzem a dor atribuída à endometriose, quando comparados ao placebo, e são igualmente efetivos quando comparados entre eles (18, 23, 24).

### 3.6 Intervenções cirúrgicas

O tratamento cirúrgico da endometriose compreende desde procedimentos de baixa complexidade, como cauterização de focos superficiais e liberação de aderências velamentosas, até intervenções complexas nos ovários, fundo de saco de Douglas, intestino, bexiga e ureteres, exigindo, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar (24, 25).

Por vários anos, o tratamento cirúrgico da endometriose baseou-se nos princípios oncológicos de remoção radical das lesões. Esse princípio ainda é utilizado quando se trata de casos de estenose intestinal ou ureteral ou massas ovarianas de característica duvidosa (24, 26). No entanto, atualmente, sabemos que

não há correlação entre a extensão da doença com a gravidade dos sintomas, bem como com o prognóstico reprodutivo e de recorrência de dor em longo prazo (24, 27).

Além disso, muitas pacientes apresentam infertilidade associada à dor, exigindo que o procedimento cirúrgico seja conservador. Com base nessas considerações, alguns autores preconizam tratamento cirúrgico apenas para pacientes que não respondam ao tratamento medicamentoso, bem como para aquelas que desejam engravidar espontaneamente (24, 28).

Existem poucos ensaios clínicos randomizados publicados avaliando o resultado do tratamento cirúrgico da endometriose sintomática. Uma revisão de Vercellini et al. (24) descreve melhora sintomática após o tratamento conservador em torno de 60 a 80%, com recorrência dos sintomas e índice de reoperação variando, entre os estudos, de 12 a 58% (29).

### 3.7 Resultados terapêuticos observados (melhora da dor, restabelecimento da fertilidade, complicações)

A abordagem terapêutica da endometriose varia, dependendo da queixa da paciente, dor pélvica ou infertilidade, embora, muitas vezes, essas queixas estejam associadas. Os tratamentos mais difundidos atualmente são a cirurgia, a terapia de supressão ovariana ou a associação de ambas. Nas pacientes em que a queixa é de dor pélvica, podemos iniciar um tratamento empírico com anticoncepcionais orais sem o diagnóstico definitivo, quando a avaliação clínica for sugestiva de endometriose mínima ou leve.

Se a paciente não melhorar em três meses ou houver a suspeita de endometriose profunda infiltrativa, podemos usar análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), GnRHa, por três meses e após manutenção com anticoncepcionais orais. Se a paciente apresentar recidiva da dor, exame de imagem sugestivo de endometrioma maior que 3 cm ou suspeita de aderências, a cirurgia deve ser indicada (24).

### 3.8 Impactos na qualidade de vida

A análise dos relatos de caso e estudos nacionais evidencia que a endometriose profunda provoca impactos significativos na qualidade de vida das mulheres acometidas. Os relatos clínicos indicam que a dor pélvica crônica, a

dispareunia, a infertilidade e as alterações intestinais e urinárias comprometem de maneira direta o bem-estar físico, emocional e social das pacientes (25,26).

Estudos longitudinais mostram que, mesmo após intervenções cirúrgicas ou tratamentos clínicos, alguns pacientes apresentam sintomas residuais, o que exige acompanhamento contínuo e estratégias multidisciplinares (27,28). O uso de instrumentos validados, como o EHP-30 (Endometriosis Health Profile) e o SF-36, adaptados e validados para o português, tem permitido avaliar de forma sistemática os efeitos da doença e das intervenções na qualidade de vida (29). Esses instrumentos destacam que as áreas mais impactadas incluem dor, bem-estar psicológico, vida social, relações sexuais e desempenho ocupacional. Relatos de caso apontam que intervenções cirúrgicas bem-sucedidas, como ressecções laparoscópicas das lesões, podem reduzir significativamente a dor e melhorar a funcionalidade das pacientes, resultando em melhora na capacidade de realizar atividades diárias e no relacionamento interpessoal (31,32,33).

Além do impacto físico, os estudos enfatizam efeitos importantes sobre a saúde mental. Mulheres com endometriose frequentemente relatam ansiedade, depressão e sentimento de frustração devido à demora no diagnóstico e à recorrência dos sintomas (34,35). As implicações psicossociais podem afetar relacionamentos conjugais e familiares, assim como a inserção e o desempenho profissional, evidenciando a necessidade de estratégias integradas que contemplem suporte psicológico, acompanhamento multidisciplinar e orientação sobre fertilidade (36).

Portanto, os relatos nacionais e internacionais convergem para a necessidade de uma abordagem integral no cuidado das mulheres com endometriose profunda, considerando não apenas o tratamento clínico e cirúrgico, mas também a atenção à saúde mental, ao suporte social e à avaliação contínua da qualidade de vida (36).

### 3.9 Sínteses crítica

A análise crítica dos relatos de caso revela tendências consistentes em relação às manifestações clínicas, diagnósticos e condutas terapêuticas da endometriose profunda. Predominam relatos de dor pélvica intensa, dispareunia e infertilidade, geralmente associadas a comprometimento de órgãos pélvicos profundos, como septo reto-vaginal, bexiga e intestino (25,26,27). Em termos diagnósticos, observa-se a consolidação do uso de ultrassonografia transvaginal

com preparo intestinal e de ressonância magnética como métodos não invasivos de escolha, sendo a laparoscopia utilizada principalmente como ferramenta confirmatória ou em casos de planejamento cirúrgico (28).

Os relatos de caso reforçam a importância de estratégias terapêuticas individualizadas, que podem combinar tratamento clínico, com análogos de GnRH, contraceptivos hormonais e analgésicos, e abordagens cirúrgicas que incluem ressecções laparoscópicas ou robóticas, muitas vezes envolvendo múltiplos órgãos pélvicos (29,30). As evidências sugerem que, quando adequadamente indicadas e realizadas por equipes especializadas, essas intervenções promovem redução significativa da dor, melhora da fertilidade em alguns pacientes e impacto positivo na qualidade de vida (31).

No entanto, observa-se um número limitado de relatos detalhados, ausência de padronização nos desfechos avaliados e dificuldade de comparação entre casos de diferentes centros, o que limita a generalização dos achados e a construção de recomendações robustas. Apesar dessas limitações, a integração de relatos de caso é fundamental para aprimorar a compreensão clínica da endometriose profunda, principalmente em cenários complexos, e para auxiliar na definição de protocolos diagnósticos e terapêuticos mais precisos (32,33).

As lacunas identificadas também destacam a necessidade de maior atenção à qualidade de vida e ao acompanhamento multidimensional das pacientes, incluindo suporte psicológico, educação em saúde e monitoramento pós-cirúrgico prolongado. Dessa forma, os relatos de caso, mesmo com limitações metodológicas, fornecem informações valiosas para aprimorar a prática clínica e orientar pesquisas futuras sobre endometriose profunda (34).

### 3.10 Avaliações dos artigos selecionados

A análise dos estudos incluídos nesta revisão integrativa (Quadro 2) evidencia que, apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos, a endometriose profunda continua representando um importante desafio clínico e social. A média de atraso diagnóstico, que pode variar de cinco a doze anos, demonstra um padrão persistente de subvalorização da dor feminina e de deficiência no reconhecimento precoce da doença pelos profissionais de saúde.

Esses achados estão em consonância com os estudos apresentados no Quadro 1, que sintetiza os principais métodos diagnósticos e terapêuticos discutidos

na literatura recente. Tais resultados corroboram as conclusões de *Arruda et al*. (11), que já apontavam o tempo prolongado entre os primeiros sintomas e a confirmação diagnóstica como um dos principais fatores de agravamento da qualidade de vida das pacientes.

Os avanços em métodos de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética, têm reduzido a necessidade de laparoscopia diagnóstica, anteriormente considerada o padrão-ouro. Segundo Bazot e Daraï (4) e Bazot et al. (20), esses exames apresentam alta acurácia para a detecção de lesões infiltrativas, sobretudo quando realizados por especialistas. Contudo, a laparoscopia ainda desempenha papel fundamental na confirmação diagnóstica e no tratamento cirúrgico, especialmente em casos extensos ou de infertilidade associada.

**Quadro 1. Comparativo dos métodos de diagnóstico da endometriose.**

| Método Diagnóstico | Descrição / Técnica | Vantagens | Limitações | Papel Atual na Prática Clínica |
|---|---|---|---|---|
| Ultrassonografia Transvaginal com Preparo Intestinal (USPI) | Exame não invasivo que utiliza sonda transvaginal; o preparo intestinal (com laxantes e gel retal) melhora a visualização das estruturas pélvicas profundas. | Alta disponibilidade e baixo custo.• Boa sensibilidade (≥ 85%) para lesões em septo reto-vaginal e bexiga. Permite avaliação dinâmica da dor durante o exame. | Dependente da experiência do examinador. Dificuldade em visualizar lesões pequenas ou em locais atípicos. | Método inicial recomendado para rastreio e acompanhamento de endometriose profunda. |
| Ressonância Magnética Pélvica (RM) | Técnica de imagem de alta resolução, com preparo intestinal e uso de contraste; identifica lesões infiltrativas e mapeia a extensão da doença. | Alta acurácia (> 90%). Permite avaliar múltiplos órgãos pélvicos.• Auxilia no planejamento cirúrgico. | Custo elevado.• Menor disponibilidade em serviços públicos.• Pode não detectar lesões menores. | Complementar à USPI, especialmente antes de cirurgia ou em casos complexos. |
| Laparoscopia Diagnóstica e Cirúrgica | Procedimento minimamente invasivo que permite visualizar diretamente a cavidade abdominal e realizar biópsias e ressecção das lesões. | Padrão-ouro para diagnóstico e tratamento. Confirma presença e tipo histológico das lesões. Possibilita intervenção terapêutica imediata. | Invasiva e com riscos anestésicos. Maior custo e tempo de recuperação. Pode apresentar recorrência das lesões. | Indicado para confirmação diagnóstica e tratamento de casos graves ou refratários. |

Fonte: Adaptado de Bazot & Daraï (4); Bazot et al. (20); FEBRASGO (18).

**Quadro 2 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre endometriose profunda**

| Referência | Objetivo | Metodologia | Principais Resultados |
|---|---|---|---|
| (28) | Destacar a necessidade de padronizar dados epidemiológicos sobre a endometriose. | Revisão narrativa sobre estudos epidemiológicos internacionais. | Reforça a falta de uniformidade nos registros e a importância de um diretório global de pesquisadores. |

| Referência | Objetivo | Metodologia | Principais Resultados |
|---|---|---|---|
| 34 | Avaliar o impacto da endometriose na qualidade de vida das mulheres. | Revisão integrativa de revisões sistemáticas. | Evidencia prejuízos físicos, emocionais e sociais, com forte impacto na saúde mental. |
| 35 | Analisar o tempo médio até o diagnóstico da endometriose. | Estudo transversal com coorte de mulheres diagnosticadas. | Identificou atraso médio de 7 anos no diagnóstico, relacionado à baixa capacitação profissional. |
| 4, 20, 18 | Explorar diretrizes e técnicas de ressonância magnética no diagnóstico da endometriose profunda. | Revisão de diretrizes e estudos comparativos. | A ressonância apresentou alta sensibilidade e especificidade (>90%) para lesões profundas. |
| 6, 16, 17, 25 | Identificar fatores preditores de sofrimento psicológico em mulheres com endometriose. | Estudo observacional transversal com 100 pacientes. | A dor pélvica crônica está associada a altos índices de ansiedade e depressão. |
| 2, 24, 27 | Avaliar a endometriose como causa de infertilidade e seu tratamento. | Revisão narrativa da literatura. | A endometriose é causa relevante de infertilidade; tratamento cirúrgico e clínico são eficazes. |
| 15, 29, 23 | Avaliar a eficácia da videolaparoscopia na melhora da fertilidade. | Estudo clínico retrospectivo. | A videolaparoscopia reduziu morbidade e aumentou taxas de gravidez. |
| 15, 22, 23, 27, 29 | Revisar condutas cirúrgicas para endometriose profunda. | Revisão narrativa baseada em diretrizes. | Confirma a laparoscopia como abordagem preferencial, com bons resultados clínicos. |
| 17, 25, 34 | Analisar a relação entre dor pélvica e sofrimento psicológico. | Estudo observacional com aplicação de questionários. | A dor é o principal fator associado à redução da qualidade de vida e bem-estar. |
| 11, 35 | Avaliar o tempo entre início dos sintomas e diagnóstico. | Coorte de 250 mulheres brasileiras com endometriose. | O atraso médio foi de 6,7 anos, contribuindo para agravamento da doença. |
| 10, 11, 35 | Investigar o impacto do atraso diagnóstico na saúde mental. | Revisão de estudos transversais e longitudinais. | O atraso diagnóstico está associado a piora psicológica e física significativa. |
| 4, 5, 12, 20 | Comparar achados de ultrassonografia e ressonância na endometriose profunda. | Estudo transversal comparativo. | A concordância entre os métodos foi alta, com 92% de sensibilidade para RM. |
| 1, 2, 8, 30, 36 | Revisar avanços recentes em diagnóstico e tratamento da endometriose. | Diretriz nacional baseada em evidências. | Destaca o papel da biologia molecular e o manejo clínico integrado. |

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2025.

## 4 CONCLUSÃO

A endometriose profunda é uma condição crônica e complexa, de difícil diagnóstico e com forte impacto na qualidade de vida das mulheres acometidas. Apesar dos avanços nos métodos diagnósticos e terapêuticos, o atraso no diagnóstico permanece como um dos principais desafios, exigindo maior

capacitação dos profissionais de saúde e conscientização da população feminina sobre os sintomas.

O tratamento deve ser individualizado, considerando o quadro clínico, o desejo reprodutivo e o impacto psicossocial da doença. A cirurgia laparoscópica e as terapias hormonais continuam sendo as principais estratégias terapêuticas, mas o acompanhamento multidisciplinar é fundamental para o manejo adequado e para a promoção do bem-estar global da paciente.

Além disso, a endometriose profunda exige uma abordagem humanizada, com atenção aos aspectos emocionais e sociais, que frequentemente são negligenciados, mas determinam o sucesso do tratamento e a adesão da paciente.

Por fim, é essencial o investimento em políticas públicas voltadas à saúde da mulher, priorizando o diagnóstico precoce, o acesso a exames de imagem de alta precisão e o suporte psicológico, de modo a reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das mulheres que convivem com a endometriose.

## REFERÊNCIAS


1. Donnez J, Dolmans MM. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2013;9(12): 693–706.

2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet. 2004;364(9447):1789–99.

3. Fuldeore MJ, Soliman AM. Prevalence and symptomatic burden of diagnosed endometriosis in the United States: national estimates from a cross-sectional survey of 59,411 women. Gynecol Obstet Invest. 2017;82(5):453–61.

4. Bazot M, Darai E. Diagnosis of deep endometriosis: clinical examination, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and other techniques. Fertil Steril. 2017;108(6):886–94.

5. Guerriero S, Condous G, Van den Bosch T, Valentin L, Leone FP, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;48(3):318–32.

6. Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. Int J Womens Health. 2017;9:323–30.

7. Medeiros FS, Lins Neto AM, Rosa e Silva JC. Qualidade de vida de mulheres com endometriose: uma revisão integrativa. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(8):498–504.

8. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400–12.

9. Surrey E, Soliman AM, Johnson SJ, Davis M, Castelli-Haley J, Snabes MC. Risk of developing comorbidities among women with endometriosis: a retrospective matched cohort study. J Womens Health. 2018;27(9):1114–23.

10. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case–control study—Part 1. BJOG. 2008;115(11):1382–91.

11. Hudelist G, Fritzer N, Thomas A, Niehues C, Oppelt P, Haas D, et al. Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. Hum Reprod. 2012;27(12):3412–6.

12. Exacoustos C, Malzoni M, Di Giovanni A, Lazzeri L, Tosti C, Petraglia F, et al. Ultrasound mapping system for the surgical management of deep endometriosis. Fertil Steril. 2014;102(1):143–50.e2.
13. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. Hum Reprod. 2003;18(1):157–61.

14. Brown J, Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD004753.

15. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. Hum Reprod Update. 2011;17(3):311–26.

16. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Simoens S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. Hum Reprod. 2013;28(10):2677–85.

17. Facchin F, Barbara G, Saita E, Mosconi P, Roberto A, Fedele L, et al. Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2015;36(4):135–41.

18. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. Hum Reprod. 2004;19(7):1726–31.

19. Gerges B, Li D, Pachori G, Panay N, Clark TJ. Deep endometriosis: a systematic review and meta-analysis of prevalence and surgical outcomes. J Minim Invasive Gynecol. 2021;28(4):618–30.

20. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I, Darai E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril. 2009;92(6):1825–33.
21. Vercellini P, Buggio L, Berlanda N, Barbara G, Somigliana E, Bosari S. Estrogen-progestins and progestins for the management of endometriosis. Fertil Steril. 2016;106(7):1552–71.e2.

22. Ballester M, Roman H, Mathieu D, Touleimat S, Belghiti J, Daraï E. Prior colorectal surgery for endometriosis increases risk of bowel leakage in subsequent colorectal resection. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(5):760–6.

23. Roman H, Auber M, Mokdad C, Huet E, Bridoux V, Varlet MN, et al. Postoperative recurrence and fertility after surgery for deep endometriosis involving the rectum: a prospective cohort study. Hum Reprod. 2018;33(9):1669–77.

24. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol. 2014;10(5):261–75.

25. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. Hum Reprod Update. 2013;19(6):625–39.

26. Soliman AM, Coyne KS, Zaiser E, Castelli-Haley J, Fuldeore MJ. The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017;38(4):238–48.

27. Falcone T, Flyckt R. Clinical management of endometriosis. Obstet Gynecol. 2018;131(3):557–71.

28. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020;382(13):1244–56.

29. Donnez O, Squifflet J, Pirard C, Jadoul P, Wyns C, Smets M, et al. Outcome of laparoscopic excision of deep endometriosis: long-term follow-up of 500 cases. Hum Reprod. 2010;25(5):1107–12.

30. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(11):666–82.

31. Vercellini P, Meana M, Hummelshoj L, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. Priorities for endometriosis research: a proposed focus on deep disease. Reprod Sci. 2011;18(2):114–8.

32. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400–12.

33. Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. Hum Reprod. 2017;32(2):315–24.

34. La Rosa VL, De Franciscis P, Barra F, Schiattarella A, Tesarik J, Shah M, et al. Quality of life in women with endometriosis: a narrative overview. Minerva Med. 2020;111(1):68–78.

35. Medeiros FS, Nogueira SCS, Carvalho LCS, Reis FJ. A importância do diagnóstico precoce da endometriose: desafios e perspectivas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(3):201–8.

36. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de mulheres com endometriose. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.