Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32401

IMPACTOS DA ENDOMETRIOSE NA SAÚDE FÍSICA, EMOCIONAL E REPRODUTIVA DA MULHER

Aline Silva de Jesus[1]
Luana Guimarães[2]

RESUMO: A endometriose é uma doença ginecológica inflamatória crônica, dependente de estrogênio, caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, que acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Este trabalho teve como objetivo analisar os impactos da endometriose na saúde física, emocional e reprodutiva da mulher, considerando suas consequências para a qualidade de vida, a fertilidade e o bem-estar psicológico. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, de natureza básica, com abordagem qualitativa e delineamento transversal, realizada entre 10 de fevereiro e 30 de abril de 2026 nas bases LILACS, SciELO e BVS, com inclusão de trabalhos publicados em língua portuguesa nos últimos cinco anos e disponíveis em domínio público, complementados por documentos oficiais do Ministério da Saúde e pela legislação brasileira. Os estudos analisados evidenciam que a dor pélvica crônica, a dismenorreia intensa, a dispareunia, as alterações intestinais e urinárias e a fadiga comprometem as atividades diárias, o trabalho e as relações sociais. No plano emocional, observam-se maior frequência de ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e sentimento de descrédito diante da demora diagnóstica, que pode ultrapassar oito anos. Na dimensão reprodutiva, a doença associa-se à infertilidade por mecanismos inflamatórios, hormonais e anatômicos, exigindo aconselhamento individualizado e, em alguns casos, técnicas de reprodução assistida. Conclui-se que o diagnóstico precoce, o tratamento individualizado, o acompanhamento multiprofissional e o fortalecimento de políticas públicas são fundamentais para reduzir os impactos da doença e garantir uma assistência integral e humanizada às mulheres.

Palavras-chave: Endometriose. Saúde da Mulher. Qualidade de Vida. Infertilidade Feminina. Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como uma doença ginecológica inflamatória e crônica, dependente de estrogênio, na qual um tecido semelhante ao endométrio — camada que reveste internamente o útero — passa a se desenvolver fora da cavidade uterina, sobretudo em ovários, tubas uterinas, ligamentos uterossacros e peritônio pélvico, podendo, de forma menos frequente, alcançar estruturas extrapélvicas (BRASIL, 2026; ROSA E SILVA et al., 2021). Trata-se de uma condição de origem multicausal, cuja etiologia ainda não está completamente

[1]Acadêmica. Instituto de Ensino e Pesquisa do Planalto Central – Faculdade Mauá-GO.
[2]Orientadora. Docente. Instituto de Ensino e Pesquisa do Planalto Central – Faculdade Mauá-GO.

esclarecida, envolvendo a interação entre fatores hormonais, imunológicos, inflamatórios, genéticos e ambientais (ALLEZ et al., 2025). Por essa complexidade, a endometriose é descrita na literatura como uma patologia complexa e multifatorial, que se expressa de forma heterogênea entre as mulheres acometidas (FREIRE et al., 2023).

Do ponto de vista epidemiológico, a endometriose representa um importante problema de saúde pública. Estudos nacionais mencionam a estimativa de aproximadamente 176 milhões de mulheres acometidas pela doença em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (LEÔNIDAS; AUGUSTO, 2024; CORREIA et al., 2024). No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Endometriose aponta prevalência de aproximadamente 6,4% em mulheres em idade reprodutiva, podendo alcançar 34,2% entre mulheres sintomáticas atendidas em ambulatório público, com pico de incidência entre 25 e 34 anos (BRASIL, 2026). Outros autores estimam que mais de sete milhões de brasileiras convivam com a doença (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022).

Apesar de sua elevada frequência, a endometriose permanece cercada de desinformação e de invisibilidade social. A normalização da dor menstrual intensa, tanto pelas próprias mulheres quanto por profissionais de saúde, contribui para que os sintomas sejam desvalorizados e para que o diagnóstico seja estabelecido, em média, entre oito e doze anos após o início das manifestações clínicas (LEÔNIDAS; AUGUSTO, 2024; BRASIL, 2026). Nesse intervalo, a mulher convive com dor, limitações funcionais, dúvidas sobre sua fertilidade e sofrimento emocional, o que evidencia uma lacuna entre o conhecimento científico disponível e a prática assistencial. Diante desse cenário, emerge a seguinte questão norteadora: de que maneira a endometriose interfere na saúde física, emocional e reprodutiva da mulher, e quais estratégias de cuidado podem reduzir esses impactos?

A realização desta revisão justifica-se, do ponto de vista científico, pelo crescimento expressivo da produção acadêmica sobre a endometriose nos últimos anos, que, embora relevante, encontra-se dispersa e frequentemente fragmentada entre os aspectos biomédicos, psicológicos e reprodutivos da doença. Reunir e integrar esses achados em uma única análise permite compreender a endometriose de forma ampliada, reconhecendo que seus efeitos ultrapassam os sintomas físicos e alcançam dimensões emocionais, sociais, sexuais e reprodutivas (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026; NASCIMENTO, L. F. et al., 2024).

No âmbito profissional, o tema é especialmente relevante para a atuação das equipes de saúde, uma vez que a identificação precoce dos sinais e sintomas, a escuta qualificada e a

orientação adequada podem encurtar o caminho até o diagnóstico e o início do tratamento. A literatura aponta que profissionais da atenção primária, em especial a enfermagem, ocupam posição estratégica para o acolhimento, a educação em saúde e o rastreamento de mulheres com suspeita da doença (VASCONCELOS; CHAVES; RIBEIRO, 2023; NASCIMENTO, L. F. et al., 2025). Assim, ampliar o conhecimento sobre a endometriose contribui para uma prática mais resolutiva, sensível e baseada em evidências.

Sob a perspectiva social, compreender os impactos da endometriose favorece a formulação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, a exemplo da Lei nº 14.324, de 12 de abril de 2022, que instituiu o Dia Nacional de Luta contra a Endometriose e a Semana Nacional de Educação Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose (BRASIL, 2022), e das propostas legislativas que buscam instituir uma política nacional específica para a doença no Sistema Único de Saúde (SUS) (AGÊNCIA SENADO, 2025). A disseminação de informações confiáveis pode reduzir o estigma, estimular a busca precoce por atendimento e melhorar a qualidade de vida das mulheres que convivem com a doença.

Para responder à questão proposta, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, de natureza básica, com abordagem qualitativa e delineamento transversal. A busca foi conduzida no período de 10 de fevereiro a 30 de abril de 2026, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “endometriose”, “saúde da mulher”, “qualidade de vida”, “infertilidade feminina” e “saúde mental”, combinados entre si por meio dos operadores booleanos AND e OR, a exemplo da estratégia “endometriose” AND (“qualidade de vida” OR “infertilidade feminina” OR “saúde mental”).

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra e em domínio público, que abordassem aspectos clínicos, físicos, emocionais, sexuais, reprodutivos ou assistenciais da endometriose. Foram excluídos trabalhos duplicados, publicações que não respondiam à questão norteadora, resumos sem texto completo e estudos publicados fora do recorte temporal estabelecido. A seleção ocorreu, inicialmente, pela leitura de títulos e resumos e, em seguida, pela leitura analítica dos textos completos. De forma complementar, foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde e a legislação brasileira pertinente ao tema, por constituírem referências normativas para a assistência no SUS. Ferramentas de inteligência

artificial foram utilizadas apenas como apoio à organização e à revisão textual, sendo todas as informações conferidas nas fontes originais pela autora.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar os impactos da endometriose na saúde física, emocional e reprodutiva da mulher, considerando suas consequências para a qualidade de vida, a fertilidade e o bem-estar psicológico. Como objetivos específicos, propõe-se: descrever os principais aspectos clínicos e fatores de risco da endometriose; identificar os impactos físicos e emocionais da doença no cotidiano feminino; analisar as repercussões da endometriose sobre a sexualidade e a fertilidade; e discutir a importância do diagnóstico precoce, do tratamento multidisciplinar e das políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Caracterização dos Estudos Selecionados

A partir da estratégia de busca descrita, foram selecionados estudos de diferentes delineamentos — revisões integrativas, revisões narrativas, revisão sistematizada, estudo metodológico, estudo qualitativo e editorial —, além de documentos normativos nacionais. O Quadro 1 apresenta a síntese das principais publicações que fundamentaram a discussão, organizadas por autoria, ano, tipo de estudo e principais contribuições para o tema.

Quadro 1 – Síntese dos estudos selecionados para a revisão

Autor(es) / Ano	Tipo de estudo	Principais contribuições
Rosa e Silva et al. (2021)	Artigo de revisão	Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento; ultrassonografia transvaginal como exame inicial e tratamento individualizado e multidisciplinar.
Domiciano et al. (2022)	Revisão integrativa	Associação da doença com dor, depressão, ansiedade, isolamento social e prejuízo financeiro; defesa do acompanhamento multiprofissional.
Gonçalves, Lima e Silva (2022)	Revisão integrativa	Aspectos sociais do diagnóstico tardio: normalização da dor, filas no SUS e custos elevados.
Jaeger, Gstoettner e Fleischanderl (2022)	Estudo qualitativo	Experiências de dor, atraso diagnóstico de até mais de dez anos e incompreensão do entorno social.
Cirino et al. (2023)	Revisão integrativa	Dispareunia como principal queixa sexual e ciclo entre dor, ansiedade e depressão.
Freire et al. (2023)	Comunicação breve	Fatores de risco, diagnóstico e importância da equipe multiprofissional na promoção da saúde.

Autor(es) / Ano	Tipo de estudo	Principais contribuições
Vasconcelos, Chaves e Ribeiro (2023)	Estudo metodológico	Construção de protocolo de enfermagem para investigação da endometriose na atenção primária.
Bandeira et al. (2024)	Revisão narrativa	Disfunção sexual em 30% a 70% das mulheres sintomáticas e repercussões na vida conjugal e profissional.
Correia et al. (2024)	Revisão sistematizada	Impacto na qualidade de vida, atraso diagnóstico de 7 a 10 anos e prejuízos no trabalho e na função sexual.
Leônidas e Augusto (2024)	Editorial	Diagnóstico tardio como problema prevalente e negligenciado; estimativa de 60% de casos sem diagnóstico.
Nascimento, L. F. et al. (2024)	Revisão integrativa	Análise multidimensional da qualidade de vida: dor, saúde mental, relações e custos.
Allez et al. (2025)	Artigo de revisão	Mecanismos inflamatórios, hormonais e anatômicos da infertilidade e perspectivas de tratamento.
Guedes et al. (2025)	Revisão integrativa	Impacto no bem-estar feminino: fadiga, sintomas depressivos e infertilidade.
Nascimento, A. L. P. et al. (2025)	Revisão integrativa	Reprodução assistida, especialmente a fertilização in vitro, como alternativa terapêutica na infertilidade.
Nascimento, L. F. et al. (2025)	Revisão de literatura	Contribuições da enfermagem para o cuidado integral e humanizado.
Coelho, Junqueira e Alves (2026)	Revisão	Impacto psicossocial: dor crônica, sexualidade, infertilidade e relacionamentos.
Brasil (2026)	Documento oficial (PCDT)	Diretrizes nacionais de diagnóstico, tratamento e cuidado multiprofissional no SUS.

Fonte: elaborado pela autora (2026).

A análise do conjunto de estudos revela predominância de revisões de literatura publicadas em periódicos nacionais, o que evidencia o interesse crescente da comunidade acadêmica brasileira pela temática, mas também aponta a escassez de estudos primários nacionais, sobretudo de natureza longitudinal, capazes de mensurar com maior precisão os impactos da doença ao longo do tempo. Os achados foram organizados em eixos temáticos que correspondem aos objetivos específicos deste trabalho e são discutidos nas seções a seguir.

2.2 Endometriose: Conceito, Etiologia e Fisiopatologia

A endometriose caracteriza-se pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero, o que desencadeia um processo inflamatório crônico nos locais de implantação. Os sítios mais comumente acometidos são os ovários, as tubas uterinas, os ligamentos uterinos e o peritônio pélvico, embora a doença também possa envolver intestino, bexiga, ureteres e, de

forma rara, regiões extrapélvicas como o diafragma e a pleura (ROSA E SILVA et al., 2021; BRASIL, 2026). Por se tratar de uma condição dependente de estrogênio, os focos ectópicos respondem às variações hormonais do ciclo menstrual, o que explica, em grande parte, a piora cíclica dos sintomas no período menstrual.

A etiologia da doença permanece incerta, sendo considerada multicausal. Entre as hipóteses mais discutidas na literatura está a da menstruação retrógrada, segundo a qual fragmentos de endométrio refluiriam pelas tubas uterinas em direção à cavidade pélvica durante a menstruação. Contudo, como esse fenômeno ocorre em grande parte das mulheres e apenas uma parcela desenvolve a doença, admite-se que fatores imunológicos, genéticos e hormonais sejam determinantes para a implantação e a sobrevivência dos focos ectópicos (ALLEZ et al., 2025). O PCDT da Endometriose destaca, ainda, que cerca de 7% dos casos apresentam predisposição genética familiar, reforçando o componente hereditário na gênese da doença (BRASIL, 2026).

No plano fisiopatológico, a inflamação é apontada como mecanismo central. O tecido endometrial ectópico eleva os níveis de citocinas, fatores de crescimento e fatores angiogênicos, criando um microambiente pró-inflamatório que favorece a dor, a formação de aderências e as alterações na função reprodutiva (ALLEZ et al., 2025). Somam-se a esse processo o desequilíbrio hormonal, caracterizado pela dominância estrogênica e pela resistência à progesterona, e a distorção anatômica provocada por aderências e lesões infiltrativas, que podem comprometer a função tubo-ovariana e o transporte dos gametas. Essa combinação de mecanismos ajuda a explicar por que a doença repercute simultaneamente sobre a dor, a fertilidade e o bem-estar geral da mulher.

Quanto à classificação, o PCDT adota a divisão de acordo com a localização das lesões: endometriose peritoneal ou superficial, endometriose profunda — quando os implantes ultrapassam 5 milímetros de profundidade — e endometriose ovariana, representada pelo endometrioma (BRASIL, 2026). Essa diferenciação tem relevância clínica, uma vez que a forma profunda tende a estar associada a quadros dolorosos mais intensos e a disfunções sexuais mais graves, especialmente quando envolve os ligamentos uterossacros (BANDEIRA et al., 2024).

2.3 Aspectos Clínicos e Fatores de Risco

O quadro clínico da endometriose é bastante variável. Algumas mulheres são assintomáticas e recebem o diagnóstico de forma incidental, enquanto outras apresentam sintomas intensos e incapacitantes (FREIRE et al., 2023). Revisões recentes indicam que apenas uma pequena parcela das pacientes é totalmente assintomática, o que reforça a importância de valorizar as queixas relatadas (GUEDES et al., 2025). Entre as manifestações mais frequentes destacam-se a dismenorreia (cólica menstrual intensa e progressiva), a dor pélvica crônica, a dispareunia profunda (dor durante a relação sexual), as alterações intestinais e urinárias, frequentemente cíclicas, a fadiga e a dificuldade para engravidar (ROSA E SILVA et al., 2021; BRASIL, 2026).

A intensidade dos sintomas nem sempre corresponde à extensão anatômica da doença, o que torna a experiência de cada mulher singular. Em uma coorte citada por Correia et al. (2024), 80,6% das pacientes eram sintomáticas, 79% referiam dismenorreia, 61,3% relatavam dispareunia e 48,4% apresentavam infertilidade, dados que ilustram a sobreposição de queixas e a amplitude do comprometimento. A variabilidade clínica, embora característica da doença, contribui para a confusão com outras condições ginecológicas, gastrointestinais e urológicas, o que dificulta o raciocínio diagnóstico.

Em relação aos fatores de risco, a literatura aponta a menarca precoce, os ciclos menstruais curtos ou com fluxo intenso, a nuliparidade, o baixo índice de massa corporal e a história familiar positiva como elementos associados a maior probabilidade de desenvolver a doença (FREIRE et al., 2023). O PCDT acrescenta que o pico de incidência ocorre entre 25 e 34 anos e que mulheres na pós-menopausa representam uma pequena proporção dos casos investigados por laparoscopia, o que confirma o predomínio da doença no período reprodutivo (BRASIL, 2026). O reconhecimento desses fatores é útil para orientar a suspeita clínica, sobretudo na atenção primária, onde a mulher costuma buscar o primeiro atendimento.

Cabe ressaltar que muitos sintomas têm início ainda na adolescência, fase em que a dor menstrual intensa é frequentemente interpretada como normal pela própria jovem, pela família e, por vezes, pelos serviços de saúde (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022). Essa percepção cultural de que sentir dor durante a menstruação faz parte da condição feminina constitui uma das principais barreiras para a identificação precoce da doença e será retomada na discussão sobre o atraso diagnóstico.

2.4 Diagnóstico e o Atraso Diagnóstico

O diagnóstico da endometriose inicia-se pela anamnese detalhada e pelo exame físico, valorizando a presença de dismenorreia progressiva, dor pélvica crônica, dispareunia profunda, sintomas intestinais e urinários cíclicos, história familiar e dificuldade para engravidar (ROSA E SILVA et al., 2021). Entre os exames complementares, a ultrassonografia transvaginal, preferencialmente com preparo intestinal e realizada por profissional capacitado, é considerada o exame de primeira linha, enquanto a ressonância magnética é indicada em casos complexos, quando há suspeita de múltiplos sítios ou quando a ultrassonografia é inconclusiva (ROSA E SILVA et al., 2021; BRASIL, 2026).

Historicamente, a videolaparoscopia com confirmação histológica foi considerada o padrão-ouro para o diagnóstico definitivo, por permitir a visualização direta das lesões (ALLEZ et al., 2025). Entretanto, por se tratar de um procedimento invasivo, as diretrizes mais recentes têm valorizado o diagnóstico clínico associado aos exames de imagem, admitindo o início de tratamento empírico, em decisão compartilhada com a paciente, sem a necessidade obrigatória de confirmação cirúrgica (BRASIL, 2026). Essa mudança de paradigma é relevante porque pode reduzir o tempo entre a suspeita e o início do cuidado, evitando que a mulher permaneça por anos sem tratamento enquanto aguarda um procedimento invasivo.

No que se refere aos marcadores laboratoriais, o CA-125 apresenta baixa sensibilidade e não é suficiente para o diagnóstico de rotina (ROSA E SILVA et al., 2021); o PCDT de 2026 recomenda, inclusive, o abandono de seu uso como marcador da doença (BRASIL, 2026). Pesquisas sobre biomarcadores, testes genéticos e microRNAs vêm sendo desenvolvidas como alternativas menos invasivas, mas ainda não estão incorporadas à prática clínica (LEÔNIDAS; AUGUSTO, 2024).

O atraso diagnóstico é um dos aspectos mais críticos da trajetória das mulheres com endometriose. Estima-se que o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico varie entre oito e doze anos, e estudos citados por Leônidas e Augusto (2024) sugerem que cerca de 60% dos casos permanecem sem diagnóstico. Correia et al. (2024) apontam intervalo de sete a dez anos para a suspeita ou confirmação da doença, enquanto Bandeira et al. (2024) descrevem atrasos que podem chegar a mais de dez anos quando a mulher é acompanhada apenas na atenção primária. Na pesquisa qualitativa conduzida por Jaeger, Gstoettner e Fleischanderl (2022), o tempo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico variou de poucos meses a mais de dez anos, revelando que o problema não é exclusivo do contexto brasileiro.

Diversos fatores contribuem para essa demora. Gonçalves, Lima e Silva (2022) destacam a normalização da dor menstrual pelas pacientes e pelos profissionais, a não consideração da endometriose quando a dor pélvica é a única queixa, as longas filas de espera do SUS para exames e procedimentos, os processos burocráticos dos planos de saúde e os custos elevados do diagnóstico e do tratamento. Leônidas e Augusto (2024) acrescentam que a diversidade de sintomas, a presença de sintomas pélvicos inespecíficos e a organização de sistemas de saúde predominantemente públicos estão associadas a atrasos mais prolongados, e recomendam que médicos generalistas e da atenção primária considerem o encaminhamento de mulheres com subfertilidade inexplicada ou dor pélvica intensa que não responde a anticoncepcionais orais ou anti-inflamatórios.

As consequências do diagnóstico tardio vão além do agravamento clínico. O longo período de peregrinação por diferentes serviços produz na mulher a sensação de não ser ouvida e de ter sua dor desacreditada, o que repercute negativamente sobre sua saúde emocional e sua relação com os serviços de saúde (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026). Desse modo, o diagnóstico precoce não deve ser compreendido apenas como uma meta técnica, mas como uma estratégia de cuidado capaz de reduzir sofrimento, prevenir a progressão da doença e preservar a fertilidade.

2.5 Impactos na Saúde Física e na Qualidade de Vida

A dor é o elemento mais marcante da experiência de adoecimento pela endometriose. A dismenorreia, a dor pélvica crônica e a dispareunia constituem os principais fatores que comprometem a qualidade de vida das mulheres, interferindo no desempenho profissional, nos estudos, nas atividades domésticas e na participação social (NASCIMENTO, L. F. et al., 2024). Na investigação de Jaeger, Gstoettner e Fleischanderl (2022), as participantes classificaram a pior dor vivenciada entre 6 e 10 em uma escala de 0 a 10, descrevendo-a metaforicamente como "um pequeno monstro" que surge periodicamente, o que traduz a imprevisibilidade e a intensidade do sintoma.

Além da dor, as alterações intestinais e urinárias — como distensão abdominal, dor à evacuação, alterações do hábito intestinal e desconforto urinário, geralmente com piora no período menstrual — acrescentam limitações ao cotidiano e podem levar a diagnósticos equivocados. O sangramento menstrual abundante, presente em parte das pacientes, pode resultar em anemia por deficiência de ferro, condição cujo manejo é contemplado pelas

diretrizes nacionais (BRASIL, 2026). A fadiga também merece destaque: estudo citado por Guedes et al. (2025) identificou que cerca de um terço das mulheres apresentava fadiga crônica moderada e aproximadamente metade, fadiga grave, sendo a maior intensidade desse sintoma associada a pior qualidade de vida, mais ansiedade, mais depressão e disfunção sexual.

O impacto sobre o trabalho é outro aspecto amplamente documentado. Correia et al. (2024), ao analisarem estudos conduzidos em diferentes países, relatam que mulheres com dor crônica associada à endometriose apresentam níveis significativamente mais elevados de estresse relacionado ao trabalho do que aquelas sem dor. Bandeira et al. (2024) mencionam que cerca de 70% das mulheres referem dificuldade para realizar tarefas profissionais. Esses dados revelam que a doença gera não apenas o absenteísmo, mas também o chamado presenteísmo, situação em que a trabalhadora permanece em suas atividades, porém com produtividade reduzida em razão dos sintomas.

As repercussões econômicas completam esse quadro. Os custos diretos envolvem consultas, exames de imagem, medicamentos e procedimentos cirúrgicos, enquanto os custos indiretos decorrem da redução da capacidade laboral, das faltas ao trabalho e das limitações na progressão profissional (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022; NASCIMENTO, L. F. et al., 2024). Domiciano et al. (2022) ressaltam que a redução da qualidade de vida na endometriose envolve, simultaneamente, dor física, desgaste psicológico, prejuízo financeiro e isolamento social, evidenciando o caráter multidimensional da doença.

A experiência física da doença também interfere na relação da mulher com o próprio corpo. A dor recorrente, o sangramento abundante, a distensão abdominal e os efeitos adversos de alguns tratamentos hormonais podem modificar a autoimagem e gerar sentimentos de inadequação, fragilidade e perda de controle (BANDEIRA et al., 2024). Nesse sentido, os impactos físicos não podem ser analisados de forma isolada, pois se entrelaçam com as dimensões emocionais e sociais, reforçando a compreensão da endometriose como uma condição que afeta a mulher em sua integralidade (NASCIMENTO, L. F. et al., 2024).

Para mensurar esses impactos, a literatura e as diretrizes nacionais recomendam o uso de instrumentos específicos, como o Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30), questionário que avalia dimensões como dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e autoimagem, além de módulos complementares sobre trabalho, relação sexual, fertilidade e relação com profissionais de saúde (CORREIA et al., 2024; BRASIL, 2026). A utilização

sistemática desses instrumentos permite acompanhar a evolução clínica e avaliar a efetividade das intervenções sob a perspectiva da própria paciente.

2.6 Impactos Emocionais, Psicológicos e Sociais

A endometriose repercute de maneira significativa sobre a saúde mental das mulheres. A dor crônica é consistentemente associada a maiores índices de ansiedade e depressão, estabelecendo uma relação bidirecional na qual o sofrimento psíquico intensifica a percepção dolorosa e a dor persistente agrava o sofrimento emocional (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026; CIRINO et al., 2023). Domiciano et al. (2022) descrevem a presença de depressão, ansiedade, alterações de humor e isolamento social como componentes frequentes da chamada psicossintomatologia associada à doença.

A incerteza sobre o curso da doença, a imprevisibilidade das crises dolorosas, a possibilidade de infertilidade e a necessidade de tratamentos prolongados geram sentimentos de frustração, medo e perda de controle sobre o próprio corpo. Estudo citado por Guedes et al. (2025) demonstrou que mulheres com infertilidade associada à endometriose apresentaram mais sintomas depressivos e pior qualidade de vida do que mulheres com infertilidade sem a doença, o que sugere que a endometriose acrescenta uma carga emocional específica à experiência da infertilidade.

Outro aspecto relevante é a invisibilidade da doença. Como seus sintomas não são aparentes, a mulher frequentemente enfrenta incompreensão por parte de familiares, colegas de trabalho, empregadores e, por vezes, dos próprios profissionais de saúde (NASCIMENTO, L. F. et al., 2024). Na pesquisa de Jaeger, Gstoettner e Fleischanderl (2022), a maioria das participantes relatou que os homens de seu convívio demonstravam particular dificuldade em compreender a dor vivenciada. Essa falta de reconhecimento social favorece o isolamento, a autoculpabilização e a sensação de que o sofrimento é exagerado ou imaginário.

A relação com os serviços de saúde também influencia o bem-estar emocional. Coelho, Junqueira e Alves (2026) observam que o cuidado centrado na paciente e a validação emocional estão associados a melhores desfechos, enquanto a invalidação por parte dos profissionais está relacionada à pior qualidade de vida. Isso significa que a forma como a mulher é acolhida — com escuta, credibilidade e informação adequada — constitui, por si só, uma intervenção terapêutica com efeitos sobre sua saúde mental.

É importante ressaltar que, embora a associação entre endometriose e sofrimento psíquico seja amplamente descrita, a relação de causalidade não está plenamente estabelecida,

uma vez que ansiedade e depressão são condições multifatoriais e a dor crônica pode atuar como mediadora desse processo. Ainda assim, a frequência com que esses quadros aparecem na literatura justifica a inclusão do suporte psicológico no plano de cuidado. Intervenções estruturadas, como programas de apoio psicossocial e de saúde sexual, mostram-se associadas à melhora da função sexual e do bem-estar emocional, indicando que parte do impacto psicológico é modificável (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026).

Nesse sentido, Domiciano et al. (2022) apontam que o aumento da autonomia, a melhor consciência corporal, a redução do estresse e a prática de atividade física contribuem para a melhora da qualidade de vida das pacientes, reforçando que o cuidado em saúde mental deve caminhar lado a lado com o tratamento dos sintomas físicos e ser conduzido de forma individualizada e multidisciplinar.

2.7 Sexualidade e Relações Afetivas

A sexualidade é uma das dimensões mais afetadas pela endometriose, embora ainda seja pouco abordada nas consultas. A dispareunia, especialmente a profunda, é apontada como a queixa sexual mais prevalente entre as mulheres com a doença, associando-se à redução da frequência das relações, à diminuição do desejo e à evitação das preliminares (CIRINO et al., 2023). Bandeira et al. (2024) relatam que a disfunção sexual acomete entre 30% e 70% das mulheres com endometriose sintomática, sobretudo em razão da dor, e que a dispareunia pode estar presente em até 47% dos casos.

O medo antecipatório da dor tende a reduzir o desejo, a excitação e a satisfação sexual, criando um ciclo em que a expectativa do desconforto compromete a experiência íntima mesmo nos momentos de menor intensidade dos sintomas. Lesões profundas localizadas nos ligamentos uterossacros estão associadas a disfunções sexuais mais graves, incluindo dor mais intensa e orgasmos menos satisfatórios (BANDEIRA et al., 2024). Cirino et al. (2023) observam, ainda, que estágios mais avançados da doença se relacionam a maior risco de disfunção sexual.

As repercussões estendem-se ao relacionamento conjugal. A redução da atividade sexual, as dificuldades de comunicação sobre a sexualidade e os sentimentos de culpa vivenciados pela mulher podem gerar tensões na relação (BANDEIRA et al., 2024). Coelho, Junqueira e Alves (2026) destacam que os parceiros de mulheres com endometriose também vivenciam sobrecarga emocional, e que a comunicação deficiente e estratégias de enfrentamento inadequadas estão associadas a maior morbidade psicológica para ambos. Esses achados evidenciam que a

abordagem da sexualidade deve considerar o casal, e não apenas a paciente, e incluir orientações, apoio psicológico e, quando indicado, intervenções como a fisioterapia pélvica.

A abordagem da saúde sexual exige que os profissionais superem o constrangimento e incluam perguntas sobre a vida sexual na anamnese, uma vez que muitas mulheres não relatam espontaneamente a dispareunia. O espaço de escuta respeitosa possibilita identificar precocemente essas dificuldades e encaminhar a paciente para os recursos terapêuticos adequados, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e da relação afetiva.

2.8 Repercussões na Saúde Reprodutiva e na Fertilidade

A relação entre endometriose e infertilidade é um dos aspectos mais estudados da doença e uma das principais fontes de preocupação entre as mulheres em idade reprodutiva. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a infertilidade é definida como a ausência de gravidez após doze meses ou mais de relações sexuais regulares sem uso de métodos contraceptivos (NASCIMENTO, A. L. P. et al., 2025). Estima-se que a endometriose esteja presente em até 50% das mulheres com infertilidade (NASCIMENTO, A. L. P. et al., 2025) e que a doença seja responsável por cerca de 40% dos casos de infertilidade feminina (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022), embora as estimativas variem entre os estudos em função das populações avaliadas e dos critérios diagnósticos adotados.

Os mecanismos que relacionam a endometriose à infertilidade são múltiplos. Allez et al. (2025) descrevem que o ambiente inflamatório pélvico, com aumento de citocinas e fatores de crescimento, pode prejudicar a qualidade dos oócitos, a função dos espermatozoides e a interação entre os gametas. O desequilíbrio hormonal, marcado pela resistência à progesterona e pela dominância estrogênica, pode comprometer a receptividade endometrial e a implantação do embrião. Nas formas mais avançadas, a distorção anatômica causada por aderências e lesões pode obstruir as tubas uterinas e dificultar o transporte do óvulo. Os endometriomas, por sua vez, podem reduzir a reserva ovariana, especialmente quando submetidos a abordagens cirúrgicas repetidas (ALLEZ et al., 2025).

Do ponto de vista terapêutico, as evidências são heterogêneas. A cirurgia laparoscópica nas formas mínimas e leves pode melhorar as chances de gestação espontânea, enquanto o uso de análogos do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) com finalidade reprodutiva apresenta eficácia controversa (ALLEZ et al., 2025). As técnicas de reprodução assistida, em especial a fertilização in vitro (FIV), são apontadas como a principal alternativa para mulheres

com endometriose moderada a grave e infertilidade (NASCIMENTO, A. L. P. et al., 2025). Contudo, o acesso a esses procedimentos ainda é restrito no sistema público, o que acentua as desigualdades no cuidado reprodutivo e amplia o sofrimento das mulheres que desejam engravidar.

É fundamental, entretanto, reconhecer que a endometriose não implica necessariamente infertilidade. Muitas mulheres com a doença conseguem engravidar espontaneamente, e a comunicação inadequada sobre esse risco pode gerar medo desnecessário ou, ao contrário, minimizar preocupações legítimas. Por isso, o aconselhamento reprodutivo deve ser individualizado, considerando a idade, o estágio da doença, a reserva ovariana, os tratamentos já realizados e os desejos reprodutivos da mulher e do casal (ALLEZ et al., 2025).

Outro ponto a ser considerado é que alguns tratamentos utilizados para o controle da dor, como os contraceptivos hormonais e os análogos do GnRH, possuem efeito contraceptivo ou suprimem temporariamente a função ovariana, o que exige planejamento cuidadoso para mulheres que desejam engravidar. O PCDT sugere, após a cirurgia conservadora, a manutenção do tratamento hormonal até o momento em que a mulher manifeste o desejo de gestação, o que evidencia a necessidade de articular o controle da doença ao projeto reprodutivo de cada paciente (BRASIL, 2026). Essa articulação demanda diálogo constante entre a mulher e a equipe de saúde, de modo que as decisões terapêuticas respeitem suas prioridades em cada fase da vida.

A dimensão emocional da infertilidade também merece atenção. A dificuldade para engravidar associa-se a sofrimento emocional, a conflitos no relacionamento e a sentimentos de inadequação diante das expectativas sociais em torno da maternidade (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026). Dessa forma, o cuidado reprodutivo da mulher com endometriose deve integrar a assistência médica especializada ao suporte psicológico, garantindo que as decisões sobre o planejamento familiar sejam tomadas de forma informada, compartilhada e respeitosa.

2.9 Tratamento e Abordagem Multiprofissional

Não existe, até o momento, tratamento curativo definitivo para a endometriose, razão pela qual a terapêutica tem como objetivos o controle da dor, a redução da progressão das lesões, a preservação da fertilidade quando desejada e a melhora da qualidade de vida. O tratamento deve ser individualizado, considerando a intensidade dos sintomas, a extensão da doença, a

idade, o desejo reprodutivo e as preferências da paciente, sendo idealmente conduzido por equipe multidisciplinar (ROSA E SILVA et al., 2021).

O tratamento hormonal é considerado a primeira opção para o controle da dor. No SUS, o PCDT prevê como primeira linha os contraceptivos orais combinados, os progestágenos, como o acetato de medroxiprogesterona e o desogestrel, e o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel. Como segunda linha, estão disponíveis os análogos do GnRH, com uso limitado a seis meses e associação de terapia de adição hormonal para reduzir efeitos adversos como a perda de massa óssea, e o danazol, reservado para casos de falha das demais opções em razão de seus efeitos androgênicos (BRASIL, 2026). Rosa e Silva et al. (2021) ressaltam a necessidade de cautela no uso prolongado dos análogos do GnRH em mulheres jovens, que ainda não atingiram o pico de massa óssea.

O tratamento cirúrgico é indicado em situações específicas, como sintomas graves ou incapacitantes, falha do tratamento clínico, endometriomas volumosos, distorção anatômica, comprometimento intestinal ou ureteral e infertilidade associada. A cirurgia conservadora, preferencialmente por via minimamente invasiva e realizada em centros especializados, busca remover os focos da doença preservando os órgãos reprodutivos, enquanto a cirurgia definitiva, como a histerectomia, é reservada a casos graves (ROSA E SILVA et al., 2021; BRASIL, 2026). Após a cirurgia conservadora, a manutenção do tratamento hormonal contribui para reduzir o risco de recorrência.

Para além das intervenções médicas, a literatura enfatiza a necessidade de uma abordagem multiprofissional. A participação de ginecologistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais permite responder às diferentes dimensões da doença, abrangendo o controle da dor, o suporte emocional, a reabilitação do assoalho pélvico, a orientação sobre hábitos de vida e o apoio às questões laborais e sociais (FREIRE et al., 2023; DOMICIANO et al., 2022). O PCDT de 2026 incorpora essa perspectiva ao recomendar a integração do cuidado farmacêutico, das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e da atividade física, inclusive por meio do Programa Academia da Saúde, como complementos ao tratamento convencional (BRASIL, 2026).

Jaeger, Gstoettner e Fleischanderl (2022) observaram que, além do tratamento convencional, algumas mulheres recorrem a métodos complementares, como acupuntura e aromaterapia, na tentativa de aliviar os sintomas. Embora as evidências científicas sobre essas práticas ainda sejam limitadas, elas podem ser discutidas como complemento ao tratamento,

desde que não substituam as terapias de eficácia comprovada (BRASIL, 2026). O diálogo aberto sobre essas escolhas fortalece o vínculo terapêutico e favorece o autocuidado.

2.10 O Papel da Enfermagem e da Atenção Primária à Saúde

A atenção primária à saúde constitui a porta de entrada preferencial das mulheres no SUS e, por isso, ocupa posição estratégica na identificação precoce da endometriose. De acordo com o PCDT, cabe à atenção primária identificar precocemente a doença, acompanhar as pacientes, monitorar a evolução dos sintomas — inclusive com o auxílio do questionário EHP-30 — e encaminhar aos serviços especializados de ginecologia nos casos indicados (BRASIL, 2026).

Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel fundamental. Nascimento, L. F. et al. (2025) destacam que o enfermeiro atua no acolhimento, na escuta qualificada, na educação em saúde e na identificação precoce dos sinais clínicos, contribuindo para o cuidado integral e humanizado. Entretanto, os autores apontam desafios importantes, como a ausência de protocolos padronizados, a capacitação profissional insuficiente e o subtratamento da dor, o que reforça a necessidade de educação permanente e de estratégias institucionais que valorizem a atuação da enfermagem.

Buscando suprir essa lacuna, Vasconcelos, Chaves e Ribeiro (2023) construíram e validaram quanto ao conteúdo um protocolo clínico de enfermagem para investigação da endometriose na atenção primária, estruturado em nove domínios — incluindo perfil sociodemográfico, histórico ginecológico e obstétrico, história familiar, estilo de vida, fatores psicossociais e exame físico ginecológico —, com sistema de pontuação que classifica o risco da mulher e orienta as condutas por meio de fluxogramas. Embora ainda necessite de testes de aplicabilidade clínica, a iniciativa demonstra o potencial da enfermagem para sistematizar o rastreamento e reduzir o atraso diagnóstico.

A educação em saúde é outro eixo central da atuação profissional. Ações educativas voltadas a adolescentes, mulheres, famílias e comunidades escolares podem desconstruir a ideia de que a dor menstrual intensa é normal e estimular a procura por atendimento diante de sintomas persistentes. Da mesma forma, a capacitação dos profissionais da atenção primária para reconhecer os sinais de alerta e realizar o encaminhamento oportuno é indispensável para reduzir o tempo de diagnóstico e evitar a peregrinação das pacientes pelos serviços de saúde (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022; LEÔNIDAS; AUGUSTO, 2024).

2.11 Humanização do Cuidado, Autocuidado e Rede de Apoio

A humanização da assistência à mulher com endometriose pressupõe reconhecer a dor relatada como legítima, valorizar a experiência subjetiva da paciente e construir com ela um plano de cuidado compartilhado. Diante de uma doença crônica, de curso imprevisível e sem cura definitiva, a qualidade da relação entre profissionais e pacientes adquire importância central, pois influencia a adesão ao tratamento, a confiança nos serviços e o modo como a mulher enfrenta as limitações impostas pela doença (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026).

A literatura evidencia que muitas mulheres convivem com conhecimento insuficiente ou equivocado sobre a endometriose, o que dificulta a compreensão dos sintomas, das opções terapêuticas e dos riscos envolvidos (NASCIMENTO, L. F. et al., 2025). Nesse sentido, a informação clara e acessível constitui uma ferramenta de cuidado: ao compreender a natureza da doença, a mulher torna-se capaz de reconhecer sinais de piora, participar das decisões terapêuticas e adotar estratégias de autocuidado. O PCDT reforça esse princípio ao prever que a paciente seja informada sobre os riscos, benefícios e efeitos adversos dos medicamentos por meio do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (BRASIL, 2026).

O autocuidado envolve práticas que contribuem para o controle dos sintomas e para o bem-estar global, como a regularidade no acompanhamento de saúde, o uso correto dos medicamentos prescritos, a prática de atividade física orientada, a atenção ao sono e a adoção de estratégias de manejo do estresse. Domiciano et al. (2022) ressaltam que o aumento da autonomia e da consciência corporal favorece a qualidade de vida das pacientes, o que reforça a importância de ações educativas que estimulem a participação ativa da mulher no próprio cuidado, sem transferir para ela a responsabilidade exclusiva pelo controle da doença.

A rede de apoio — composta por familiares, parceiros, amigos, grupos de pacientes e serviços de saúde — também exerce papel relevante no enfrentamento da endometriose. A incompreensão do entorno social, frequentemente relatada pelas mulheres, intensifica o isolamento e o sofrimento emocional (JAEGER; GSTOETTNER; FLEISCHANDERL, 2022). Por outro lado, o envolvimento dos parceiros e familiares no processo de cuidado, por meio de orientação e diálogo, pode fortalecer os vínculos afetivos e reduzir a sobrecarga emocional vivenciada por ambos (COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026). Assim, a assistência humanizada deve estender seu olhar para além da paciente, alcançando as pessoas que compõem sua rede de convivência.

No ambiente de trabalho e de estudo, a falta de reconhecimento da endometriose como condição potencialmente incapacitante expõe as mulheres a constrangimentos, perdas financeiras e prejuízos na trajetória profissional e acadêmica. A proposta de estabelecer regras claras para o afastamento laboral, presente no projeto de política nacional em tramitação, demonstra que a garantia de direitos também integra o cuidado à mulher com endometriose (AGÊNCIA SENADO, 2025). A humanização, portanto, não se restringe ao espaço do consultório, mas envolve a construção de ambientes sociais e institucionais mais compreensivos e inclusivos.

2.12 Políticas Públicas Voltadas à Mulher com Endometriose

O reconhecimento da endometriose como problema de saúde pública tem impulsionado avanços normativos no Brasil. O primeiro PCDT da Endometriose foi publicado em 2016, por meio da Portaria nº 879, estabelecendo critérios de diagnóstico e tratamento no SUS (BRASIL, 2016). Em 2026, o protocolo foi atualizado pela Portaria Conjunta SAES/SAPS/SCTIE nº 54, que incorporou mudanças relevantes, como a valorização do diagnóstico clínico e do tratamento empírico, a recomendação de abandono do CA-125 como marcador, a definição clara das linhas de tratamento hormonal e a ênfase no cuidado multiprofissional e no papel da atenção primária (BRASIL, 2026).

No campo legislativo, a Lei nº 14.324, de 12 de abril de 2022, instituiu o Dia Nacional de Luta contra a Endometriose, celebrado em 13 de março, e a Semana Nacional de Educação Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose, com o propósito de ampliar a conscientização da população sobre a doença (BRASIL, 2022). O mês de março, conhecido como "Março Amarelo", tornou-se, assim, um período de mobilização para a divulgação de informações sobre sinais, sintomas e possibilidades de tratamento.

Encontra-se em tramitação, ainda, o Projeto de Lei nº 1.069/2023, que propõe a criação de uma Política Nacional de Prevenção e Tratamento da Endometriose, com garantia de tratamento integral no SUS, atendimento multidisciplinar, acesso a exames e assistência farmacêutica, criação de centros de referência regionais, possibilidade de teleatendimento, regras claras sobre afastamento do trabalho e criação de um cadastro nacional da doença. A proposta foi aprovada pela Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal em julho de 2025 (AGÊNCIA SENADO, 2025).

Apesar desses avanços, persistem desafios para a efetivação do cuidado integral. A distribuição desigual de serviços especializados, a demora para a realização de exames de imagem e cirurgias, o acesso limitado às técnicas de reprodução assistida e a escassez de dados nacionais sobre custos e modelos de cuidado ainda dificultam a garantia de assistência equitativa (GONÇALVES; LIMA; SILVA, 2022; NASCIMENTO, L. F. et al., 2024). Assim, a consolidação de linhas de cuidado, a formação continuada dos profissionais e o investimento em pesquisas nacionais são passos necessários para que as políticas públicas se traduzam em melhorias concretas na vida das mulheres.

2.13 Limitações da Literatura e Perspectivas Futuras

A análise da produção científica revela algumas limitações que devem ser consideradas. Grande parte dos estudos nacionais consiste em revisões de literatura, com menor número de pesquisas primárias que avaliem diretamente a experiência das mulheres brasileiras, os custos da doença e a efetividade das intervenções. Além disso, observam-se divergências entre as estimativas de prevalência, de tempo de diagnóstico e de frequência de infertilidade, decorrentes das diferenças metodológicas e das populações estudadas (CORREIA et al., 2024; ALLEZ et al., 2025).

Como perspectivas futuras, destacam-se a necessidade de estudos longitudinais que acompanhem as mulheres ao longo do tempo, de pesquisas sobre biomarcadores e métodos diagnósticos menos invasivos, de avaliações sobre a implementação do novo PCDT na rede pública e de investigações sobre a efetividade de intervenções psicossociais e de educação em saúde (LEÔNIDAS; AUGUSTO, 2024; COELHO; JUNQUEIRA; ALVES, 2026). O avanço do conhecimento nessas frentes poderá contribuir para um cuidado mais precoce, resolutivo e centrado nas necessidades das mulheres.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão permitiu analisar os impactos da endometriose na saúde física, emocional e reprodutiva da mulher, confirmando que se trata de uma condição complexa, cujos efeitos ultrapassam os sintomas ginecológicos e alcançam diferentes dimensões da vida. No âmbito físico, a dor pélvica crônica, a dismenorreia intensa, a dispareunia, as alterações intestinais e urinárias e a fadiga comprometem as atividades diárias, o desempenho profissional

e a participação social, gerando custos diretos e indiretos significativos para as mulheres e para o sistema de saúde.

No âmbito emocional, verificou-se que a convivência com a dor crônica, a imprevisibilidade das crises, a invisibilidade social da doença e a demora diagnóstica estão associadas a maior frequência de ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e isolamento. A sexualidade e as relações afetivas também são afetadas, sobretudo pela dispareunia e pelo medo da dor. No âmbito reprodutivo, a endometriose associa-se à infertilidade por mecanismos inflamatórios, hormonais e anatômicos, embora não a determine em todos os casos, o que torna indispensável o aconselhamento individualizado e o acesso a alternativas como a reprodução assistida.

Constatou-se, ainda, que o atraso no diagnóstico permanece como um dos principais obstáculos ao cuidado adequado, sustentado pela normalização da dor menstrual, pela inespecificidade dos sintomas e pelas barreiras de acesso aos serviços. Nesse sentido, o diagnóstico precoce, o tratamento individualizado e o acompanhamento por equipe multiprofissional — com destaque para a atuação da enfermagem e da atenção primária no acolhimento, na educação em saúde e no rastreamento — revelam-se fundamentais para reduzir os impactos da doença e promover uma assistência humanizada e integral.

Evidenciou-se, também, que a humanização do cuidado constitui elemento indispensável na assistência à mulher com endometriose. Acolher a dor como legítima, oferecer informações claras, estimular o autocuidado, envolver a rede de apoio e reconhecer as repercussões da doença no trabalho e nos estudos são atitudes que ampliam a confiança da paciente nos serviços de saúde e favorecem a adesão ao tratamento. Dessa forma, o cuidado à mulher com endometriose deve ser compreendido como um processo contínuo, construído de maneira compartilhada e orientado pelas necessidades singulares de cada mulher.

Os avanços normativos recentes, como a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas e a legislação voltada à conscientização sobre a endometriose, representam conquistas importantes, mas sua efetividade depende da ampliação do acesso a exames, tratamentos e serviços especializados, bem como da capacitação contínua dos profissionais. Recomenda-se a realização de pesquisas primárias nacionais, especialmente estudos longitudinais e avaliações de intervenções multiprofissionais, que possam subsidiar políticas públicas mais equitativas. Espera-se que este trabalho contribua para ampliar a conscientização

sobre a endometriose e para fortalecer práticas de cuidado que reconheçam, acolham e valorizem a experiência das mulheres que convivem com a doença.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Política nacional sobre endometriose é aprovada na CDH. **Agência Senado**, Brasília, DF, 9 jul. 2025. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2025/07/09/politica-nacional-sobre-endometriose-e-aprovada-na-cdh. Acesso em: 28 out. 2026.

ALLEZ, Ana Carolina Godeiro Munhoz et al. Endometriose como causa de infertilidade: mecanismos subjacentes e perspectivas de tratamento. **Revista Ciências da Saúde CEUMA**, Brasília, v. 3, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.61695/rcs.v3i1.79.

BANDEIRA, Carolina et al. Endometriose e o impacto na sexualidade feminina. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, e10013445591, 2024. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45591.

BRASIL. Lei nº 14.324, de 12 de abril de 2022. Institui o Dia Nacional de Luta contra a Endometriose e a Semana Nacional de Educação Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SCTIE nº 54, de 2 de junho de 2026. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/e/endometriose. Acesso em: 28 out. 2026.

CIRINO, Geovana Aparecida dos Reis et al. Endometriose e saúde sexual feminina – desafios, tratamento, perfil epidemiológico e impactos biopsicossociais: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 9, n. 3, e32957, 2023.

COELHO, Luizie Helena de Souza; JUNQUEIRA, Maria Clara Gomes; ALVES, Lidinei José. Impacto psicossocial da endometriose: revisão sobre dor crônica, sexualidade, infertilidade e relacionamentos. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 7, n. 4, e747569, 2026. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v7i4.7569.

CORREIA, Hanna Vitória da Cruz et al. Impacto da endometriose na qualidade de vida das pacientes acometidas: revisão sistematizada. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 53, n. 4, p. 97-110, out./dez. 2024.

DOMICIANO, Carolina Bandeira et al. Endometriose e psicossintomatologia: os impactos de uma doença desafiadora. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e511111234864, 2022. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34864.

FREIRE, Isabela Lais Duarte et al. A endometriose no contexto multiprofissional na promoção da saúde da mulher: uma comunicação breve. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 11, n. 1, p. 1760-1763, 2023. DOI: https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e1.a2023.pp1760-1763.

GONÇALVES, Rayra Mirella Rodrigues; LIMA, Ana Victória Mota; SILVA, Ana Letícia Moreira. Aspectos sociais envolvidos no diagnóstico tardio da endometriose: uma revisão integrativa. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Juazeiro do Norte, v. 10, n. 3, p. 1500-1502, 2022. DOI: https://doi.org/10.16891/2317-434X.v10.e3.a2022.pp1500-1502.

GUEDES, Miqueias de Oliveira et al. Viver com endometriose: uma revisão integrativa sobre o impacto da doença no bem-estar feminino. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, João Pessoa, v. 3, n. 7, p. 42-53, 2025.

JAEGER, Margret; GSTOETTNER, Manuela; FLEISCHANDERL, Ines. "Um pequeno monstro dentro de mim que sai de vez em quando": endometriose e dor na Áustria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, e00226320, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00226320.

LEÔNIDAS, Gabriel Marcos; AUGUSTO, Kathiane Lustosa. Diagnóstico tardio de endometriose: prevalente e negligenciada. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 103, n. 1, e-221780, jan./fev. 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103i1e-221780.

NASCIMENTO, Anna Luiza Pereira et al. Reprodução assistida como alternativa terapêutica na infertilidade associada à endometriose: uma revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, João Pessoa, v. 10, n. 4, p. 1-12, 2025.

NASCIMENTO, Lucas Flôres do et al. Contribuições da enfermagem para o cuidado integral de mulheres com endometriose: uma revisão da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 497-509, 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v3i02.22667.

NASCIMENTO, Luiz Ferreira do et al. O impacto da endometriose na qualidade de vida das mulheres. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 4714-4722, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-4714-4722.

ROSA E SILVA, Julio Cesar et al. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. **Femina**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 134-141, 2021.

VASCONCELOS, Jamille Felismino; CHAVES, Anne Fayma Lopes; RIBEIRO, Gabrielle Santiago. Construção do protocolo clínico de enfermagem para investigação da endometriose na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 4, e023232, 2023. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.4-art.1836.