

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM ENDOMETRIOSE ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ENDOMETRIOSIS TREATED AT AN
OUTPATIENT CLINIC IN THE SOUTH ZONE OF SÃO PAULO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS ATENDIDAS
EN UN AMBULATORIO DE LA ZONA SUR DE SÃO PAULO

Mariana Gianisella Ribeiro¹

Laura Morales Meirelles²

Caroline Panone Lopes³

Yara Juliano⁴

RESUMO: Esse artigo buscou analisar o perfil epidemiológico das pacientes com endometriose atendidas no ambulatório de ginecologia da Policlínica da Universidade de Santo Amaro. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal, descritivo e retrospectivo, realizado por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro, localizado no Jardim das Imbuías, em São Paulo. Foram incluídas pacientes com diagnóstico confirmado de endometriose, sendo analisadas variáveis como idade, exame diagnóstico, sintomas, comorbidades, dispareunia, sexarca, menarca, paridade e uso de hormônios. Para a análise estatística, utilizaram-se o teste do qui-quadrado e o Teste G de Cochran. Ao final, foram analisados 96 prontuários, observando-se predominância de pacientes entre 41 e 75 anos. A dismenorreia foi o sintoma mais frequente, enquanto as comorbidades, especialmente a hipertensão arterial sistêmica, foram mais prevalentes nas pacientes de maior faixa etária. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre faixa etária e dispareunia, tipo de parto ou uso de hormônios. Conclui-se que a endometriose apresenta ampla diversidade clínica e sintomática, reforçando a importância do diagnóstico precoce, do reconhecimento adequado dos sintomas e da abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: Endometriose. Perfil Epidemiológico. Saúde da Mulher.

¹Estudante de medicina, Universidade Santo Amaro.

²Estudante de medicina, Universidade Santo Amaro.

³Professora orientadora, Universidade Santo Amaro.

⁴Professora, Universidade Santo Amaro.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the epidemiological profile of patients with endometriosis treated at the gynecology outpatient clinic of the Universidade Santo Amaro Polyclinic. This was an observational, cross-sectional, descriptive, and retrospective epidemiological study based on the review of electronic medical records from patients treated at the Gynecology Outpatient Clinic of the Hospital de Especialidades of Universidade Santo Amaro, located in Jardim das Imbuías, São Paulo, Brazil. Only patients with a confirmed diagnosis of endometriosis were included. The variables analyzed were age, diagnostic examination, symptoms, comorbidities, dyspareunia, age at first sexual intercourse, age at menarche, parity, and hormone use. Statistical analyses included the chi-square test and Cochran's G test. A total of 96 medical records were analyzed, with a predominance of patients aged 41–75 years. Dysmenorrhea was the most frequent symptom, whereas comorbidities, particularly systemic arterial hypertension, were more prevalent among older patients. No statistically significant associations were observed between age group and dyspareunia, mode of delivery, or hormone use. The findings highlight the clinical heterogeneity of endometriosis and reinforce the importance of early diagnosis, appropriate recognition of symptoms, and a multidisciplinary approach to improve patients' quality of life.

Keywords: Endometriosis. Epidemiological Profile. Women's Health.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar el perfil epidemiológico de las pacientes con endometriosis atendidas en el ambulatorio de ginecología de la Policlínica de la Universidad Santo Amaro. Se realizó un estudio epidemiológico observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo mediante el análisis de historias clínicas electrónicas de pacientes atendidas en el Ambulatorio de Ginecología del Hospital de Especialidades de la Universidad Santo Amaro, ubicado en Jardim das Imbuías, São Paulo, Brasil. Se incluyeron únicamente pacientes con diagnóstico confirmado de endometriosis. Las variables analizadas fueron la edad, el examen diagnóstico, los síntomas, las comorbilidades, la dispareunia, la edad de inicio de la actividad sexual, la edad de la menarquía, la paridad y el uso de hormonas. Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba de chi-cuadrado y la prueba G de Cochran. Se analizaron 96 historias clínicas, con predominio de pacientes entre 41 y 75 años. La dismenorrea fue el síntoma más frecuente, mientras que las comorbilidades, especialmente la hipertensión arterial sistémica, fueron más prevalentes en las pacientes de mayor edad. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el grupo etario y la dispareunia, el tipo de parto o el uso de hormonas. Se concluye que la endometriosis presenta una amplia diversidad clínica y sintomática, lo que refuerza la importancia del diagnóstico precoz, el reconocimiento adecuado de los síntomas y un abordaje multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Palabras clave: Endometriosis. Perfil Epidemiológico. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, causando importante processo inflamatório e comprometendo significativamente a qualidade de vida das mulheres acometidas. Estima-se que a doença afete entre 6% e 10% das mulheres em idade reprodutiva (SAUNDERS e HORNE, 2021). Entre as principais manifestações clínicas destacam-se dispareunia, dismenorreia,

infertilidade, constipação ou diarreia, disquezia, fadiga, depressão, disúria, menorrágia e dor pélvica crônica (BELLELIS, et al., 2010).

Embora a endometriose seja uma condição amplamente prevalente, sua etiopatogenia ainda não está completamente esclarecida. Evidências indicam que a exposição ao estrogênio aumenta a suscetibilidade ao desenvolvimento da doença, enquanto a progesterona exerce efeito anti-inflamatório ao reduzir a expressão de fatores envolvidos na regulação e ativação de genes relacionados à endometriose (SAUNDERS e HORNE, 2021).

Na redução da ação da progesterona, podem ocorrer alterações imunológicas, como aumento da atividade de macrófagos, maior produção de linfócitos B e diminuição da quantidade e da atividade das células natural killer (NK), favorecendo a manutenção das lesões endometrióticas (BIANCO, et al., 2012). Essas alterações decorrem da presença ectópica do tecido endometrial, que desencadeia uma resposta inflamatória crônica na tentativa de eliminar esse tecido.

O diagnóstico da endometriose ocorre, em média, entre 30 e 33 anos de idade, evidenciando um atraso no diagnóstico que pode resultar em importante sofrimento físico, emocional e social (BELLELIS, et al., 2010). Esse atraso compromete significativamente a qualidade de vida das pacientes, afetando aspectos sexuais, profissionais, pessoais e psicológicos (DELLA CORTE, et al., 2020).

A Revised American Society for Reproductive Medicine (rASRM) propôs, em 2005, uma classificação da endometriose em quatro estágios, baseada na pontuação obtida durante a avaliação cirúrgica das lesões. O estadiamento considera o tamanho, a localização e a profundidade das lesões, bem como a presença de aderências pélvicas. Os estágios são classificados em I (1–5 pontos), II (6–15 pontos), III (16–40 pontos) e IV (mais de 40 pontos), sendo atribuídas maiores pontuações aos casos com endometriomas ovarianos maiores que 3 cm, obliteração completa do fundo de saco e aderências envolvendo ovários e tubas uterinas (SAUNDERS e HORNE, 2021; CAPEZZUOLI, et al., 2022).

O diagnóstico definitivo é obtido por meio da laparoscopia, procedimento que possibilita a inspeção da cavidade abdominal e a realização de biópsia para confirmação histopatológica das lesões. Entretanto, por se tratar de um método invasivo e de elevado custo, exames de imagem como a ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal e a ressonância magnética (RM) da pelve são amplamente utilizados na prática clínica. Outros marcadores laboratoriais, como o antígeno carboidrato 125 (CA-125), também podem ser empregados,

embora apresentem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da doença (NISENBLAT, et al., 2016).

O CA-125 é uma glicoproteína produzida por células epiteliais e frequentemente utilizada como marcador tumoral. Entretanto, seus níveis podem estar elevados em diversas condições clínicas, incluindo neoplasias, gravidez e doenças inflamatórias, limitando sua utilização como marcador isolado para endometriose. Além disso, em casos leves da doença, seus níveis podem permanecer dentro da normalidade. Dessa forma, sua interpretação deve ser realizada em conjunto com a avaliação clínica e os exames de imagem (AHN, SINGH e TAYADE, 2017).

O tratamento da endometriose visa principalmente ao controle dos sintomas e pode ser conservador ou cirúrgico. Entre as opções clínicas destacam-se os progestagênicos, os inibidores da aromatase e outras terapias hormonais que reduzem a atividade e o crescimento das lesões endometrióticas. Em situações de falha do tratamento medicamentoso, efeitos adversos importantes ou doença avançada, o tratamento cirúrgico pode ser indicado (FRANÇA, LONTRA e FERNANDES, 2022; CAPEZZUOLI, et al., 2022).

Diante desse cenário, torna-se evidente a importância da otimização do diagnóstico para possibilitar tratamento precoce e melhor controle dos sintomas. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar, por meio de um estudo transversal prospectivo, o perfil epidemiológico de mulheres com endometriose, buscando identificar características que contribuam para o aperfeiçoamento do diagnóstico e do manejo clínico da doença.

4

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, baseado na análise de prontuários eletrônicos de pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro, localizado no bairro Jardim das Imbuías, município de São Paulo (SP).

Inicialmente, foram identificados 118 prontuários por meio da busca do termo "endometriose" no sistema eletrônico institucional. Após a aplicação dos critérios de inclusão, permaneceram 96 pacientes, que apresentavam confirmação diagnóstica por pelo menos um dos seguintes métodos: ultrassonografia transvaginal (USTV) especializada, ressonância magnética (RM) da pelve com achados compatíveis ou confirmação laparoscópica e/ou histopatológica.

Foram coletadas as seguintes variáveis: idade, método diagnóstico, sintomas mais frequentes, comorbidades, presença e tipo de dispareunia, idade da menarca, idade da sexarca, paridade e uso de terapia hormonal.

As participantes foram distribuídas em dois grupos etários (18 a 40 anos e 41 a 75 anos). O ponto de corte de 40 anos foi estabelecido por representar o limite superior do período reprodutivo de maior atividade hormonal, fase em que a endometriose apresenta maior prevalência e relevância clínica (SANTOS OS, et al., 2023). A inclusão do grupo de 41 a 75 anos teve como objetivo avaliar possíveis diferenças na apresentação clínica e evolução da doença em mulheres na transição menopausal ou pós-menopausa.

Os dados foram analisados por meio do teste do qui-quadrado de Pearson para comparação das variáveis entre os grupos etários e do teste G de Cochran para avaliação da concomitância de sintomas e comorbidades, conforme descrito por Siegel e Castellan (2006). Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Os dados foram coletados de forma retrospectiva e analisados de maneira confidencial, garantindo-se o anonimato das participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, sob parecer nº 6726762

RESULTADOS

Foram identificados 118 prontuários de pacientes com suspeita de endometriose no Ambulatório de Ginecologia do Hospital de Especialidades da Universidade Santo Amaro. Após a aplicação dos critérios de inclusão, 96 pacientes compuseram a amostra do estudo. As variáveis sociodemográficas, clínicas, reprodutivas e sintomatológicas foram analisadas segundo as faixas etárias de 18 a 40 anos e de 41 a 75 anos.

As variáveis tipo de parto, aborto, idade da menarca, idade da sexarca, método diagnóstico, uso de terapia hormonal, presença e tipo de dispareunia não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos etários e, por esse motivo, não foram apresentadas em tabelas.

Observou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da paridade entre as faixas etárias (Tabela 1). O grupo de 41 a 75 anos apresentou maior frequência de pacientes com três ou mais gestações, enquanto o grupo de 18 a 40 anos concentrou maior número de nulíparas e mulheres com uma gestação ($\chi^2 = 6,61$; $p = 0,0367$).

Tabela 1 – Perfil de paridade por faixa etária.

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

* Nulos: 19

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

Na faixa etária de 41 a 75 anos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais frequente (33,3%), seguida por obesidade/dislipidemia (15,8%) e ansiedade/depressão (12,3%). O teste G de Cochran demonstrou diferença estatisticamente significativa na distribuição das comorbidades ($G = 57,38$; $p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das comorbidades em pacientes de 41 a 75 anos.

	Ansiedade/ depressão	HAS	Diabetes mellitus	Asma DA rinite	Desordens da tireoide	Anemias	Obesidade/ dislipidemia	Doenças Hepáticas	Miomas	Câncer	Distúrbios circulatórios	Distúrbios gastrointestinais	Gravidez ectópica
Soma de													
Sim	7	19	6	6	5	1	9	3	5	2	1	5	2
% de													
Sim	12,3	33,3	10,5	10,5	8,8	1,8	15,8	5,3	8,8	3,5	1,8	8,8	3,5

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

Entre as pacientes de 18 a 40 anos, os sintomas mais frequentes foram dismenorreia (60,0%), cefaleia (28,3%), irregularidade menstrual (26,7%) e aumento do fluxo menstrual (26,7%). Diarreia, dor anal e baixa libido apresentaram frequência de 3,3% cada. O teste G de Cochran evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os sintomas avaliados ($G = 129,45$; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos sintomas em pacientes de 18 a 40 anos.

Sintomas (18 - 40 anos)	Dismenorréia	Infertilidade	Sangue na Relação	Dor anos	Irregularidade ciclo	Cefaleia	Ciclo intenso	Diarréia	Constipação	Baixo libído	Tensão Pré Menstrual	Dores abdominais/lombar	Dor pélvicas	Dores em MMII
Sim	36	6	9	2	16	17	16	2	7	2	10	4	15	5
% de Sim	60,0	10,0	15,0	3,3	26,7	28,3	26,7	3,3	11,7	3,3	16,6	6,7	25,0	8,3

Teste G de Cochran: $G=129,45$ $p<0,001$

Na faixa etária de 41 a 75 anos, os sintomas mais frequentes foram dismenorreia (45,6%), dores abdominais/lombares (33,3%), cefaleia (26,3%) e aumento do fluxo menstrual (24,6%). Constipação (1,8%) e baixa libido (3,5%) foram os sintomas menos frequentes. O teste G de Cochran também demonstrou diferença estatisticamente significativa na distribuição dos sintomas ($G = 89,75$; $p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos sintomas em pacientes de 41 a 75 anos.

7

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

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

As variáveis método diagnóstico, presença e tipo de dispareunia, idade da menarca, idade da sexarca e uso de terapia hormonal não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

A dismenorreia foi o sintoma mais frequente em ambas as faixas etárias, reforçando a fisiopatologia da endometriose. A presença de tecido endometrial ectópico desencadeia um processo inflamatório cíclico, especialmente durante o período menstrual, resultando em dor pélvica característica da doença (BELLELIS, et al., 2010). Esse achado reforça o importante impacto da endometriose na qualidade de vida e nas atividades cotidianas das pacientes.

Em relação às comorbidades, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a condição mais prevalente entre as pacientes avaliadas. Resultado semelhante foi descrito por Mu, et al. (2017), em estudo de coorte que demonstrou maior risco de desenvolvimento de hipertensão em mulheres com endometriose, possivelmente em decorrência do estado inflamatório crônico associado à doença, caracterizado por níveis elevados de proteínas inflamatórias plasmáticas, como fibrinogênio e haptoglobina. No presente estudo, entretanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias. Além disso, a literatura indica que a associação entre endometriose e hipertensão tende a ser mais evidente em mulheres mais jovens, enquanto, com o avanço da idade, o processo inflamatório relacionado ao envelhecimento pode reduzir a contribuição específica da endometriose para o risco de hipertensão (MU, et al., 2017).

A dispareunia profunda foi o tipo mais prevalente em ambas as faixas etárias, embora não tenha apresentado diferença estatisticamente significativa. Esse achado é compatível com o estudo de Mwaura, et al. (2023), que relaciona esse sintoma ao aumento da neuro proliferação nas lesões endometrióticas. Segundo os autores, a maior expressão do fator de crescimento neural, associada ao aumento da interleucina-1 β e da atividade dos mastócitos, favorece o crescimento de fibras nervosas no peritônio pélvico e no vestíbulo vulvar, contribuindo para a intensificação da dor. Além disso, a gravidade da dispareunia apresenta correlação com a densidade dessas fibras nervosas (MWAURA, et al., 2023).

Outro aspecto relevante em relação a dispareunia de penetração, é que pode ser agravada por fatores emocionais, como medo da dor, ansiedade, receio de não satisfazer o parceiro e tensão antecipatória durante a relação sexual. Facchin, et al. (2021), em revisão sistemática qualitativa, observaram que muitas mulheres mantêm relações sexuais principalmente na tentativa de engravidar, e não em busca de prazer, o que contribui para redução da frequência sexual e prejuízo nos relacionamentos afetivos. O mesmo estudo demonstrou que estratégias

como a adoção de posições menos dolorosas e a exploração de outras formas de intimidade podem minimizar o impacto da dispareunia e favorecer o bem-estar emocional. Entretanto, o tratamento adequado da dor permanece essencial, uma vez que a saúde sexual constitui um importante componente da qualidade de vida, conforme reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WULFOVICH e WAC, 2022).

Embora a redução da libido tenha sido pouco frequente em ambas as faixas etárias avaliadas, esse achado difere do observado na literatura. Marino (2016), em estudo realizado com 583 mulheres, das quais 254 apresentavam diagnóstico de endometriose, verificou que 43,3% das pacientes apresentavam algum grau de disfunção sexual, incluindo redução do desejo sexual, dificuldade de excitação, dispareunia, alterações do orgasmo e insatisfação sexual, percentual superior ao encontrado entre mulheres sem a doença. Entre os fatores associados a essa disfunção, destaca-se a dispareunia, que pode comprometer diretamente o desejo sexual e a satisfação durante as relações (HÄMMERLI, et al., 2018). A divergência entre os achados pode estar relacionada à natureza retrospectiva deste estudo e à possível subnotificação dessa informação nos prontuários, uma vez que a sexualidade ainda é pouco abordada durante as consultas ginecológicas.

Em relação à paridade, observou-se que as pacientes de 41 a 75 anos apresentaram maior frequência de três ou mais gestações, enquanto as mulheres entre 18 e 40 anos concentraram maior proporção de nulíparas e uníparas. Esse resultado é compatível com a literatura, que reconhece a infertilidade como uma das principais repercussões da endometriose. Em um estudo de coorte populacional realizado na Finlândia, Tuominen, et al. (2023) observaram que mulheres com endometriose apresentaram menor número de filhos antes do diagnóstico quando comparadas à população sem a doença. Além disso, a diferença na ocorrência do primeiro filho entre mulheres com e sem endometriose tornou-se mais acentuada nas gerações mais recentes, sugerindo que o adiamento da maternidade potencializa os efeitos da doença sobre a fertilidade. Esse cenário pode ser explicado pelo fato de que o envelhecimento reprodutivo reduz naturalmente a fertilidade e, quando associado às alterações anatômicas e ao processo inflamatório característicos da endometriose, contribui para um risco ainda maior de dificuldade para engravidar (NARGUND, 2009).

Outro fator potencialmente relacionado à fertilidade em mulheres com endometriose é a alimentação. Embora esse aspecto não tenha sido avaliado no presente estudo, evidências sugerem que dietas ricas em gorduras trans, carboidratos refinados e açúcares adicionados estão

associadas à redução da fertilidade (GASKINS e CHAVARRO, 2018). Além disso, Agarwal, et al. (2023) demonstraram que biomarcadores inflamatórios podem influenciar a regulação do apetite e aumentar o desejo por alimentos ricos em açúcar e gordura, especialmente durante o período menstrual. Considerando que a endometriose é caracterizada por um processo inflamatório crônico, esse padrão alimentar pode representar um fator adicional capaz de comprometer a saúde reprodutiva dessas pacientes. No entanto, são necessários estudos específicos para esclarecer a influência da alimentação sobre a fertilidade em mulheres com endometriose.

Corroborando os achados deste estudo, que evidenciaram maior número de gestações entre as mulheres de 41 a 75 anos, a literatura demonstra que a gravidez em pacientes com endometriose requer maior atenção devido ao aumento do risco de complicações maternas e fetais. Entretanto, estudos indicam que a gestação e a multiparidade podem estar associadas à redução da atividade da doença e à melhora dos sintomas, provavelmente em decorrência das alterações hormonais e da supressão da ovulação durante a gravidez (RANJAN, et al., 2023). Esses achados reforçam a complexidade da relação entre endometriose, fertilidade e histórico reprodutivo, evidenciando que múltiplos fatores podem influenciar esse processo.

Os achados deste estudo também demonstraram que mulheres com maior número de gestações concentram-se na faixa etária de 41 a 75 anos. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que a gravidez e a multiparidade parecem exercer efeito benéfico sobre a evolução clínica da endometriose. Embora gestantes com a doença apresentem maior risco de complicações obstétricas, especialmente na primeira gestação, estudos sugerem que a progressão da doença e a intensidade dos sintomas tendem a diminuir após sucessivas gestações, possivelmente em decorrência das alterações hormonais características desse período (RANJAN, et al., 2023).

Em relação ao diagnóstico, a ultrassonografia transvaginal (USTV) foi o exame mais utilizado, seguida da ressonância magnética (RM). Esses achados refletem a crescente utilização de métodos de imagem não invasivos para o diagnóstico da endometriose, reduzindo a necessidade de procedimentos cirúrgicos exclusivamente diagnósticos. Embora a USTV seja amplamente empregada por sua disponibilidade e menor custo, apresenta limitações na identificação de lesões iniciais ou superficiais. Por outro lado, a RM demonstra maior sensibilidade em casos selecionados, especialmente quando os achados ultrassonográficos são inconclusivos, contribuindo para o diagnóstico precoce e para um planejamento terapêutico mais adequado (OLIVEIRA, PINTO e BERNARDES, 2024).

Neste estudo, 74,4% das pacientes faziam uso de terapia hormonal, evidenciando que o tratamento clínico representa a principal estratégia terapêutica para o controle da endometriose. Esse achado está de acordo com a literatura, que recomenda os tratamentos hormonais como primeira linha para o manejo da dor e da progressão da doença (CAPEZZUOLI, et al., 2022). Entre as principais opções terapêuticas destacam-se as progestinas, consideradas o tratamento de escolha para uso prolongado devido à sua eficácia e ao perfil favorável de segurança. Os antagonistas e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) também apresentam elevada eficácia, porém seu uso prolongado é limitado pelos efeitos adversos, como sintomas climatéricos e redução da densidade mineral óssea. Dessa forma, a escolha do tratamento deve ser individualizada, considerando a idade, o desejo reprodutivo, a intensidade dos sintomas e as características clínicas de cada paciente.

O diagnóstico tardio, a ausência de acompanhamento adequado e o tratamento inadequado da endometriose podem acarretar importantes repercussões para a saúde física e emocional das pacientes. Estima-se que o intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo varie de 8 a 12 anos, período suficiente para a progressão da doença e o desenvolvimento de complicações potencialmente irreversíveis (SANTOS, PEREIRA, LOPES e DEPES, 2012). Esse atraso diagnóstico favorece a persistência do processo inflamatório, contribuindo para o agravamento da dor pélvica crônica, formação de aderências e comprometimento de órgãos adjacentes. Nesse contexto, Pereira, et al. (2017) observaram elevada frequência de lesões infiltrativas profundas, com predomínio do acometimento dos ligamentos uterossacros e do retossigmoide, além de importante ocorrência de lesões multifocais, evidenciando o caráter progressivo e disseminado da doença quando não diagnosticada precocemente.

Além do comprometimento das estruturas pélvicas, a endometriose pode afetar diretamente os ovários e as tubas uterinas, comprometendo a fertilidade feminina. Estima-se que aproximadamente 35% das mulheres com endometriose apresentem infertilidade (LLARENA, FALCONE e FLYCKT, 2019). Os endometriomas ovarianos promovem alterações no microambiente ovariano, reduzindo a reserva ovariana, prejudicando a foliculogênese e favorecendo o estresse oxidativo, fatores que comprometem a qualidade oocitária e o potencial reprodutivo (ÖZTÜRK, et al., 2025). Além disso, o processo inflamatório crônico pode provocar aderências e fibrose das tubas uterinas, comprometendo sua motilidade e permeabilidade, dificultando o transporte do oócito e aumentando o risco de infertilidade

(GILBERT, LEE, WONG, et al., 2020). Esses mecanismos reforçam a importância do diagnóstico precoce e da instituição oportuna do tratamento, visando preservar a função reprodutiva e minimizar a progressão da doença.

Este estudo apresenta algumas limitações. Por tratar-se de um estudo retrospectivo baseado na análise de prontuários, algumas informações clínicas podem não ter sido registradas de forma padronizada, ocasionando possível subnotificação de determinadas variáveis. Além disso, a pesquisa foi conduzida em um único centro de referência, o que pode limitar a extrapolação dos resultados para outras populações. Apesar dessas limitações, os achados contribuem para ampliar o conhecimento sobre o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com endometriose, fornecendo informações que podem subsidiar o diagnóstico precoce e o planejamento de estratégias terapêuticas mais direcionadas

Portanto, os achados deste estudo reforçam a importância do reconhecimento precoce da endometriose e da capacitação dos profissionais de saúde para a identificação de seus principais sinais e sintomas. O diagnóstico oportuno e a escolha adequada da abordagem terapêutica podem reduzir a progressão da doença, minimizar complicações e preservar a qualidade de vida das pacientes. Além disso, o acompanhamento multiprofissional e individualizado é fundamental para o manejo dos aspectos físicos, reprodutivos, psicológicos e sociais da endometriose, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior bem-estar das mulheres acometidas.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com endometriose atendidas em um ambulatório especializado, evidenciando a elevada frequência de dismenorreia, a predominância da ultrassonografia transvaginal (USTV) como método diagnóstico e o amplo uso de terapia hormonal no manejo da doença. Além disso, observou-se maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre as comorbidades e diferenças no perfil reprodutivo entre as faixas etárias avaliadas, com maior frequência de nuliparidade entre mulheres mais jovens e maior número de gestações entre aquelas com idade superior a 40 anos.

Os achados reforçam a importância do reconhecimento precoce da endometriose, considerando sua associação com dor crônica, alterações da saúde sexual e reprodutiva e impacto na qualidade de vida. O diagnóstico oportuno e a instituição precoce de tratamento adequado

podem contribuir para reduzir a progressão da doença, minimizar complicações e preservar a fertilidade, além de favorecer melhores desfechos clínicos.

Por fim, os resultados deste estudo fornecem informações relevantes sobre o perfil das pacientes com endometriose e podem auxiliar no planejamento de estratégias voltadas ao diagnóstico precoce e ao manejo clínico da doença. Estudos multicêntricos, com maior número de participantes e acompanhamento longitudinal, são recomendados para ampliar a compreensão dos fatores associados à endometriose e fortalecer as evidências disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. AGARWAL K, et al. Association of inflammation biomarkers with food cravings and appetite changes across the menstrual cycle. *Clin Nutr ESPEN*, 2023; 56: 193–199.
2. AHN SH, Singh V, Tayade C. Biomarkers in endometriosis: challenges and opportunities. *Fertil Steril*, 2017; 107(3): 523–532.
3. BELLELIS P, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Rev Assoc Med Bras*, 2010; 56(4): 467–471.
4. BIANCO B, et al. The possible role of genetic variants in autoimmune-related genes in the development of endometriosis. *Hum Immunol*, 2012; 73(3): 306–315.
5. CAPEZZUOLI T, et al. Hormonal drugs for the treatment of endometriosis. *Curr Opin Pharmacol*, 2022; 67: 102311.
6. DARBÀ J, Marsà A. Economic implications of endometriosis: a review. *Pharmacoeconomics*, 2022; 40(12): 1143–1158.
7. DELLA Corte L, et al. The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(13): 4683.
8. FACCHIN F, et al. The subjective experience of dyspareunia in women with endometriosis: a systematic review with narrative synthesis of qualitative research. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18(22): 12112.
9. FRANÇA PRC, Lontra ACP, Fernandes PD. Endometriosis: a disease with few direct treatment options. *Molecules*, 2022; 27(13): 4034.
10. GASKINS AJ, Chavarro JE. Diet and fertility: a review. *Am J Obstet Gynecol*, 2018; 218(4): 379–389.
11. GILBERT SM, et al. Endometriosis and the fallopian tubes: theories of origin and pathophysiology. *Front Reprod Health*, 2020; 2: 735559.

12. HÄMMERLI S, et al. Does endometriosis affect sexual activity and satisfaction of the male partner? A comparison of partners from women diagnosed with endometriosis and controls. *J Sex Med*, 2018; 15(6): 853–865.
13. LLARENA NC, Falcone T, Flyckt RL. Fertility preservation in women with endometriosis. *Clin Med Insights Reprod Health*, 2019; 13: 1–7.
14. MARINO FFL. Aspectos da sexualidade em mulheres com endometriose. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
15. MU F, et al. Association between endometriosis and hypercholesterolemia or hypertension. *Hypertension*, 2017; 70(1): 59–65.
16. MWAURA AN, et al. Neuroproliferative dyspareunia in endometriosis and vestibulodynia. *Sex Med Rev*, 2023; 11(4): 323–332.
17. NARGUND G. Declining birth rate in developed countries: a radical policy re-think is required. *Facts Views Vis ObGyn*, 2009; 1(3): 191.
18. NISENBLAT V, et al. Blood biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016; (5): CD012179.
19. OLIVEIRA ITJ, Pinto PV, Bernardes JF. Non-invasive diagnosis of endometriosis in adolescents and young female adults: a systematic review. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2024; 38(2).
20. ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde do Brasil lança guia de atividade física para a população brasileira, com apoio da OPAS. Brasília: OPAS/OMS; 2021.
21. ÖZTÜRK P, et al. Mechanisms of endometrioma-mediated ovarian damage: myths and facts. *J Clin Med*, 2025; 14(7): 2147.
22. PABALAN N, et al. Association of the protein tyrosine phosphatase non-receptor 22 polymorphism (PTPN22) with endometriosis: a meta-analysis. *Einstein (São Paulo)*, 2017; 15(1): 105–111.
23. PEREIRA RM, et al. Distribuição anatômica da endometriose intestinal profunda: estudo de 75 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2017; 39(11): 587–592.
24. RANJAN YS, et al. The role of parity in the relationship between endometriosis and pregnancy outcomes. *Front Reprod Health*, 2023; 4(1).
25. SANTOS OS, et al. A importância do diagnóstico precoce da endometriose: revisão de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*, 2023; 5(5): 4959–4968.
26. SANTOS TMV, et al. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. *Einstein (São Paulo)*, 2012; 10(1): 39–43.

27. SAUNDERS PTK, Horne AW. Endometriosis: etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*, 2021; 184(11): 2807–2824.
28. SIEGEL S, Castellan NJ Jr. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
29. TUOMINEN A, et al. First live births before surgical verification of endometriosis: a nationwide register study of 18.324 women. *Hum Reprod*, 2023.
30. WULFOVICH S, Wac K. Quantifying quality of life: incorporating daily life into medicine. Cham: Springer Nature; 2022.