

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA PARA ENDOMETRIOSE

*CLINICAL PROFILE OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY FOR
ENDOMETRIOSIS*

*PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA PARA
ENDOMETRIOSIS*

✉ Eliayta Cassia dos Santos Cruz¹, ✉ Francisco Nogueira Chaves², ✉ Lucas Ribeiro Nogueira³, ✉ Mirella
Fernandes de Sousa⁴ e ✉ Luma Sales de Rosa⁵

RESUMO

Objetivo: Delimitar os aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com endometriose em um hospital no Ceará. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e transversal, analisando dados de 108 pacientes tratadas cirurgicamente. **Resultados:** A média de idade foi de 37 anos e 68% das pacientes tinham filhos. O dienogeste foi a medicação mais usada para tratamento clínico. A dor pélvica crônica foi o sintoma principal (77%). Nos exames de imagem, os locais mais acometidos foram ligamentos uterossacros, a região retrocervical e o reto. Observou-se 62% de histerectomias e 64% de cirurgias intestinais. O tempo médio geral de internação foi de 4,2 dias, com 10% de complicações pós-operatórias menores. **Conclusão:** O estudo destaca a complexidade dos casos de endometriose e a importância do diagnóstico precoce e do tratamento individualizado para melhorar o cuidado e a qualidade de vida das pacientes.

Descritores: Endometriose; Epidemiologia; Dor pélvica; Cirurgia.

ABSTRACT

Objective: To delimit the clinical and epidemiological aspects of patients with endometriosis in a hospital in Ceará. **Methods:** Descriptive, retrospective, and cross-sectional study, analyzing data from 108 patients treated surgically. **Results:** The mean age was 37 years, and 68% of patients had children. Dienogest was the most commonly used medication for clinical treatment. Chronic pelvic pain was the main symptom (77%). In imaging exams, the most affected sites were the uterosacral ligaments, the retrocervical region, and the rectum. Hysterectomies were performed in 62% of cases, and intestinal surgeries in 64% of cases. The mean overall length of hospital stay was 4.2 days, with 10% of minor postoperative complications. **Conclusion:** The study highlights the complexity of endometriosis cases and the importance of early diagnosis and individualized treatment to improve care and the quality of life for patients.

Keywords: Endometriosis; Epidemiology; Pelvic pain; Surgery.

RESUMEN

Objetivo: Delimitar los aspectos clínicos y epidemiológicos de las pacientes con endometriosis en un hospital de Ceará. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, analizando datos de 108 pacientes tratadas quirúrgicamente. **Resultados:** La edad media fue de 37 años y el 68% de las pacientes tenían hijos. Dienogest fue el medicamento más utilizado para el tratamiento clínico. El dolor pélvico crónico fue el síntoma principal (77%). En los exámenes de imagen, los sitios más afectados fueron los ligamentos uterossacros, la región retrocervical y el recto. Se realizaron histerectomías en el 62% de los casos y cirugías intestinales en el 64% de los casos. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 4,2 días, con un 10% de complicaciones postoperatorias menores. **Conclusión:** El estudio destaca la complejidad de los casos de endometriosis y la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento individualizado para mejorar la atención y la calidad de vida de las pacientes.

Descriptores: Endometriosis; Epidemiología; Dolor pélvico; Cirugía.

1 Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

2 Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE - Brasil. 

3 Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza/CE - Brasil. 

4 Fortaleza/CE - Brasil. 

5 Fortaleza/CE - Brasil. 

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia ginecológica, inflamatória, de curso benigno e crônico, que se caracteriza pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina^{1,2}. Os implantes localizam-se principalmente na pelve, mas podem surgir em qualquer topografia³. Afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva, com maior prevalência entre 25 e 35 anos, porém também pode manifestar-se na pós-menopausa⁴. Estudos demonstram que está presente entre 25 à 50% das mulheres inférteis e em até 60% daquelas que apresentam dor pélvica⁵. Constitui-se em uma doença de grande relevância clínica, sendo um fator de impacto na redução da qualidade de vida, interferindo em inúmeros aspectos, inclusive aumentando os gastos no sistema de saúde, visto que as mulheres são as principais usuárias deste^{6,7,8}. Diversas teorias foram propostas para esclarecer o desenvolvimento da doença⁵, entre elas, a menstruação retrógrada, descrita por Sampson, é a mais aceita; porém, não explica todas as formas de apresentação e localizações possíveis dos implantes². Tem provável origem multifatorial, com fatores imunológicos, genéticos, epigenéticos, disseminação por via linfática e sanguínea, metaplasia celômica e atuação de células-tronco contribuindo no desencadeamento e progressão da endometriose¹.

Tem apresentação clínica variada, sendo os principais sintomas a dor pélvica crônica, dismenorreia, infertilidade, dispareunia e, a depender da presença de acometimento intestinal ou urinário, queixas específicas, como disquezia, diarreia, constipação, disúria e polaciúria^{9,10,11}. O diagnóstico é um desafio devido à ampla apresentação clínica¹². Anamnese e exame físico, juntamente com métodos de imagem, como a ultrassonografia com mapeamento e a ressonância magnética, contribuem para a investigação do quadro, que se confirma por meio da laparoscopia e estudo histopatológico^{4,5}. A terapêutica deve ser individualizada, considerando a localização das lesões, a gravidade, o desejo de gestar, e inclui desde medicamentos até cirurgia^{13,14}. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos de falha na terapia medicamentosa, comprometimento de órgãos (como em obstruções intestinais e urinárias), infertilidade e endometriomas¹. Quando há envolvimento intestinal, as técnicas utilizadas podem ser de ressecção segmentar, excisão discóide ou *shaving*, a depender do grau de acometimento^{13,15,16}.

Diante disso, é importante conhecer a realidade deste grupo populacional, compreendendo suas características, a fim de fomentar avanços no atendimento a essas pacientes. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi delinear os aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com endometriose, submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital do estado do Ceará, referência no atendimento de mulheres com essa patologia, caracterizando também o manejo terapêutico, o tipo de cirurgia realizada e suas principais complicações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e transversal, no qual foram analisados os dados dos prontuários eletrônicos de 270 pacientes acompanhadas no ambulatório de dor pélvica e endometriose de um hospital de referência do Estado do

Ceará, das quais 108 pacientes foram selecionadas para o estudo. Os critérios de inclusão foram: pacientes submetidas a tratamento cirúrgico de endometriose, diagnosticadas previamente por exames de imagem (ultrassonografia ou ressonância magnética) ou videolaparoscopia, no período de agosto de 2020 a agosto de 2024. Os critérios de exclusão foram: pacientes que estavam em acompanhamento clínico, sem indicação de cirurgia, ou que ainda aguardavam a realização do procedimento, bem como aquelas que foram operadas em decorrência de outros diagnósticos.

Para o levantamento dos dados foi utilizado um instrumento elaborado pelos pesquisadores, estruturado em formato de tabela e dividido em seções: dados gerais, dados clínicos, dados cirúrgicos e dados pós-cirúrgicos. O preenchimento foi realizado com base nos registros de consultas, evoluções médicas e relatórios cirúrgicos contidos nos prontuários eletrônicos, acessados através dos computadores dos ambulatórios da instituição. Alguns prontuários não continham informações completas sobre os dados sociais e clínicos das pacientes.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, município de origem, paridade, sintomas, comorbidades, medicamentos de uso diário, presença de adenomiose ou miomatose concomitantes, cirurgias prévias, tratamento clínico antes da cirurgia, tipo de cirurgia realizada, localização das lesões endometrióticas, tempo de internação e complicações após o procedimento cirúrgico. É importante ressaltar que nenhuma informação que identifique as pacientes foi coletada neste estudo, sendo a pesquisa iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (parecer número 7.216.322), e em conformidade com as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados coletados foram organizados em tabelas do Microsoft® Excel® 2019 e gráficos, sendo analisados por meio de técnicas matemáticas, como porcentagens, médias, proporções e prevalência.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 108 pacientes, com idade média de 37 anos. A maioria das pacientes atendidas eram procedentes de cidades do interior do estado do Ceará, representando 75% da amostra, enquanto apenas 25% eram oriundas da capital (Fortaleza). Com relação a paridade, 68% das mulheres possuíam filhos, 32% eram nulíparas e 25% das que gestaram tiveram pelo menos um aborto. Quase metade das pacientes (45%) não apresentaram comorbidades relatadas. Entre aquelas com comorbidades, a hipertensão arterial crônica (HAS) foi a mais prevalente (15%), seguida por transtorno de ansiedade generalizada (11%) e fibromialgia (8%). A depressão e o diabetes *mellitus* tipo 2 apareceram com igual frequência (7%), enquanto a asma foi menos comum (4%).

Oitenta e duas pacientes (76%) realizaram algum tratamento clínico para a endometriose antes da cirurgia, com um claro predomínio do uso de Dienogeste, empregado em 50 pacientes (61%). Os anticoncepcionais orais combinados (ACO) e o Desogestrel também foram utilizados com frequência, representando, juntos, 32% das terapias. Tratamentos hormonais injetáveis (medroxiprogesterona, gosserelelina) e os dispositivos intrauterinos (DIU Mirena), aparecem em menor proporção, 12% e 7%,

respectivamente. A maioria das mulheres (69%) já havia sido submetida a algum procedimento cirúrgico anteriormente, sendo a cesárea, com 34 ocorrências (45%), a cirurgia mais frequente. A colecistectomia aparece como a segunda cirurgia mais comum (10 ocorrências), seguido por intervenções para tratamento de endometriose (10%), laqueadura tubária (8%) e histerectomias (8%).

A principal queixa relatada foi a dor pélvica crônica (77%), seguida por sangramento uterino anormal (7%). Somente 4 pacientes relataram a infertilidade como sintoma principal. Para cada 10 pacientes, 9 relataram dor na menstruação, e a dor na relação sexual foi presente em 6 de cada 10 pacientes, indicando alto impacto na qualidade de vida. Queixas como menstruações abundantes e fadiga afetaram cerca de 4 a cada 10 pacientes, enquanto dificuldades para engravidar e dores em cicatrizes cirúrgicas tiveram menor prevalência, atingindo 2 a cada 10 pacientes. A análise das queixas miccionais revelou alta prevalência de sintomas urinários na amostra analisada, a cada 10 pacientes, 3 relataram dor ao urinar e aumento da frequência urinária. Em relação à prevalência de queixas intestinais, a cada 10 pacientes, 6 relataram inchaço ou distensão abdominal, seguido de evacuações insatisfatórias (5 pacientes a cada 10) e dor ao defecar ou mudanças no hábito intestinal (4 pacientes a cada 10). Hidronefrose foi evidenciado em apenas 9 mulheres, demonstrando uma prevalência de 1 caso a cada 10 pacientes.

Com relação a descrição da localização das lesões pélvicas nos exames de imagem, considerou-se a avaliação dos compartimentos anterior e posterior, conforme dados descritos nas Tabelas 1 e 2. A maioria das pacientes apresentou algum tipo de lesão no compartimento posterior, sendo as lesões mais frequentes nos ligamentos uterossacros (56%), seguidas das lesões retrocervicais (50%) e no reto (49%). A presença de lesão ovariana foi observada em 47% das pacientes, e em 8% não houve avaliação ou o dado não foi registrado nos prontuários. A localização extrapélvica foi incomum, sendo evidenciado apenas 3 casos (2,7%) de acometimento do diafragma. Ainda nos exames de imagem, foram evidenciadas a presença de adeniose em 40% das pacientes e de miomatose uterina em 24%. O tempo médio entre a indicação e a realização da cirurgia foi de 304,7 dias. O período mínimo foi de 5 dias e o máximo de 1.275 dias.

Na Tabela 3 pode ser observado o tipo procedimento cirúrgico realizado nas pacientes, sendo mais frequentes a histerectomia (62%) e exérese de focos de endometriose (62%), compreendendo, sob este termo, a excisão de lesões em diversas localizações na pelve, como em ligamentos uterossacros, peritônio, septo retovaginal, septo vesicouterino, e nas regiões paracervical e pararretais. A cirurgia com preservação da fertilidade, em que se mantém o útero e a maior quantidade possível de tecido ovariano funcional, foi realizada em 29 mulheres (26%). Avaliando os dados sobre cirurgias intestinais, foi constatado 64% de casos, e destes, 32 pacientes foram submetidas a retossigmoidectomia segmentar (30%), 25 realizaram *shaving* no reto ou retossigmoide (23%), e apenas 7 a retossigmoidectomia discoide (7%).

Tabela 1 – Lesão no compartimento anterior (n = 108).

Localização	N	%
Sem achados no compartimento	76	70%
Não avaliado/ sem dados	14	13%
Lesão ureter distal	7	6%
Lesão em recesso vesicouterino	5	5%
Peritônio pélvico	4	4%
Lesão de bexiga	4	4%
Uretra superior	1	1%
Útero	1	1%
Parede uterina	1	1%
Paravesical	1	1%
Ligamento redondo	1	1%
Lesão ureter	1	1%

Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 – Lesão no compartimento posterior (n = 108).

Lesões posterior	N	%
Lesão em ligamentos uterossacros	61	56%
Lesão retrocervical	54	50%
Lesão reto	53	49%
Lesão em recesso retovaginal	33	30%
Lesão sigmoide	28	30%
Nenhum achado	13	12%
Não avaliado/Sem dados	8	7%
Alças intestinais	1	1%
Extenso processo aderencial pélvico	1	1%
Apêndice	1	1%
Ceco	1	1%
Edema de tuba direita	1	1%
Edema tubário bilateral	1	1%
Ileocecal	1	1%
Paracervical esquerda	1	1%
Pararretal	1	1%
Região paracervical bilateral	1	1%

Fonte: Autoria própria.

Verificou-se um tempo médio de internação geral de 4,2 dias. O tempo mínimo observado foi de 1 dia, e o máximo de 16 dias. As pacientes que realizaram cirurgia intestinal tiveram um tempo médio de internação de 4,7 dias, enquanto as que não passaram por abordagem intestinal permaneceram internadas, em média, 3,4 dias. Constataram-se 20 casos (19%) de complicações pós-operatórias, sendo 10% de infecções, incluindo infecção de ferida operatória e infecção de trato urinário, consideradas de menor gravidade (Tabela 4).

Tabela 3 – Tipo de cirurgia (n = 108).

Tipo de cirurgia	N	%
Histerectomia	67	62%
Exérese de focos de endometriose	67	62%
Salpingectomia uni/bilateral	39	36%
Retossigmoidectomia segmentar	32	30%
Lise de aderências	27	25%
Shaving de reto/retossigmoide	25	23%
Neurólise uni/bilateral	22	20%
Apendicectomia	22	20%
Ooforectomia uni/bilateral	21	19%
Anexectomia uni/bilateral	19	18%
Exérese de lesão em vagina/septo retovaginal	17	15%
Ooforoplastia uni/bilateral	15	14%
Endometrioma de parede	13	12%
Retossigmoidectomia discoide	7	7%
Exérese de lesão de bexiga	6	6%
Ureterólise com inserção de duplo J	6	6%
Ureterectomia	5	4%
Exérese de lesão de úraco	4	4%
Colecistectomia	4	4%
Metroplastia	3	3%
<i>Shaving</i> de intestino Delgado	2	2%
Enterectomia	2	2%
Exérese de lesão de diafragma	1	1%
Tiflectomia	1	1%
Exérese de lesão de uretra	1	1%

Fonte: Autoria própria.

Tabela 4 – Complicações pós-cirúrgicas (n = 20).

Complicações	Com cirurgia intestinal	Sem cirurgia intestinal	Total (%)
Infecção	7	4	11 (10%)
Lesão de ureter	3	0	3 (3%)
Obstrução intestinal	2	1	3 (3%)
Fístula	1	1	2 (2%)
Deiscência de anastomose retoanal	1	0	1 (1%)

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

A endometriose é uma doença prevalente nas mulheres em idade reprodutiva, conforme dados da literatura^{9,10,11}, corroborando com a média de idade de 37 anos das pacientes do nosso estudo. A maioria das pacientes era proveniente do interior do estado do Ceará, o que pode ser explicado pelo fato de o hospital ser uma unidade de referência estadual, especializada em atender casos de alta complexidade. Observou-se que a maioria das pacientes já havia gestado (68%), e dessas, apenas 25% relataram episódios

de abortamento, dados que são semelhantes aos encontrados na literatura em relação a mulheres com diagnóstico de dor pélvica crônica, conforme estudo de Deus *et al.*¹⁷ (2014), que encontrou uma taxa de 30% de abortos nessa população.

Pesquisas realizadas na Itália e nos Estados Unidos da América documentaram a presença de comorbidades associadas à endometriose, com destaque para as doenças psiquiátricas, como ansiedade e depressão, com taxas de até 98% para sintomas depressivos e de 87,5% para sintomas ansiosos, além de patologias relacionadas à dor crônica, como enxaqueca e fibromialgia^{7,18}. A intensidade e a duração da dor influenciam negativamente o bem-estar da paciente. Leuenberger *et al.*⁶ (2022) detectaram que até 50% das mulheres sentem dor apesar do tratamento, com efeitos moderados a graves em todas as áreas da vida, incluindo funcionamento social, profissional e nas atividades domésticas. Atualmente, estudos sugerem que a inervação, a interação com o sistema nervoso central e os fatores sensibilizantes podem desempenhar um papel mais importante no desenvolvimento da dor e nas síndromes dolorosas crônicas coexistentes, do que a simples localização dos implantes¹. A maioria das pacientes (76%) tentou algum tratamento clínico antes da cirurgia. Dentre as medicações mais utilizadas, o dienogeste foi o principal (61%), reforçando a prevalência do uso dessa medicação, conforme estudo de Pannain *et al.*⁹ (2022), no qual quase metade da amostra estava em uso ou haviam utilizado o dienogeste.

Cirurgias abdominais podem ser associadas à dor pélvica crônica, muitas vezes decorrente de aderências, sendo um diagnóstico diferencial de endometriose, ou até mesmo contribuindo para o desenvolvimento da doença, como ocorre em casos de endometriomas de parede abdominal¹⁷. Em nossa análise, 69% das pacientes já haviam se submetido a cirurgias abdominais, sendo a cesárea a mais comum, achado também evidenciado na pesquisa de Deus *et al.*¹⁷ (2014). A adenomiose é uma patologia com mecanismo fisiopatológico semelhante ao da endometriose, e a prevalência de mulheres com ambas as doenças pode ser alta, o que pode contribuir para o aumento da intensidade dos sintomas e até mesmo para intercorrências obstétricas associadas^{9,10}.

Em relação ao sintoma principal, a dor pélvica crônica foi a queixa mais relatada pelas pacientes, corroborando com estudo realizado em São Paulo por Bellelis *et al.*¹⁰ (2010), em que mais de 50% das mulheres referiam esse sintoma. Em nossa amostra, a infertilidade foi sintoma pouco referido como principal. Distensão abdominal, disquezia e alterações no hábito intestinal foram queixas frequentes em nossa população. Observou-se uma porcentagem maior de sintomas do trato urinário do que o habitualmente relatado, como no estudo de Bellelis *et al.*¹⁰ (2010), em que a 11% tiveram queixas urinárias, o que pode ser explicado pelo fato de ser uma unidade de referência no tratamento de casos em estágios avançados, com um viés de seleção de pacientes. Pannain *et al.*⁹ (2022) observou em seu estudo que os locais mais afetados por focos endometrióticos foram os ovários, ligamentos uterossacros, a região retrocervical e o reto sigmoides. Em nossa análise, encontramos resultados semelhantes.

O tratamento cirúrgico na endometriose deve ser indicado de forma precisa, pois envolve riscos, como a diminuição da reserva ovariana, e ainda não impede a progressão ou a ocorrência de novas lesões. No presente estudo, a histerectomia foi a cirurgia mais realizada (62%), prevalência superior à observada em outras pesquisas,

que variam de 12-40%^{15,16}. Essa diferença pode ser atribuída à presença de patologias associadas (adenomiose, miomatose) e à ausência de desejo reprodutivo em muitas pacientes. O tratamento de lesões ovarianas foi necessário em 51% das mulheres, semelhante ao encontrado por Pannain *et al.*⁹ (2022), com cerca de 60% de acometimento ovariano nas pacientes operadas por videolaparoscopia. Há evidências de que a taxa de fertilidade pode melhorar após a cirurgia para tratamento de lesões de endometriose, especialmente em casos de acometimento intestinal, Hudelist *et al.*¹³ (2018) observou uma taxa geral de 63,4% de gravidez após a cirurgia.

A literatura aponta uma ocorrência de cerca de 30% de endometriose intestinal, enquanto em nossa amostra evidenciamos 64% de casos. Este dado pode estar relacionado ao fato de o serviço ser uma referência, atendendo casos mais complexos. A escolha da técnica cirúrgica foi determinada durante o ato cirúrgico, sendo que a maioria das mulheres foi submetida à ressecção segmentar (30%), seguida por *shaving* (23%) e ressecção discoide (7%), com resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos. Em geral, os resultados pós-operatórios em relação à melhora da qualidade de vida, à redução dos sintomas e às taxas de complicações tendem a ser semelhantes^{13,15,16}.

O tempo médio de internação varia conforme o tipo de abordagem cirúrgica, com tendência a um período mais prolongado nos casos de ressecção segmentar^{15,16}. Em nosso estudo, observamos que o período de internação foi maior nas pacientes submetidas à cirurgia para abordagem de lesões intestinais. As complicações pós-operatórias podem ser diversas, incluindo infecções, deiscência de anastomoses, lesões em órgãos, desenvolvimento de fistulas, obstruções ou perfurações intestinais, doenças tromboembólicas e retenção urinária. A taxa total de complicações relatadas na literatura varia de 6% a 18%. Em nosso estudo, observamos uma taxa de 19%, o que pode estar superestimado devido ao tamanho reduzido da amostra. Conforme as análises de Barchi *et al.*¹⁵ (2024) e Parra *et al.*¹⁶ (2022), as complicações pós-operatórias graves ocorreram em um número pequeno de mulheres, como no caso de fistulas e complicações urinárias, evidenciando taxas de incidência de 2,6% e 2,7%, respectivamente.

Uma amostra maior poderia ter fornecido dados mais robustos, permitindo a análise de outras associações, e possibilitando a avaliação da evolução longitudinal das mulheres. Além disso, um viés de seleção também pode estar presente, uma vez que as pacientes incluídas no estudo são acompanhadas em uma unidade de referência para o tratamento de endometriose, o que implica que o hospital tende a atender casos mais graves e complexos. Portanto, há uma restrição na generalização dos resultados obtidos. Outra limitação do estudo foi a ausência de comprovação histológica de endometriose nos espécimes cirúrgicos, o que poderia ter reforçado a precisão do diagnóstico e a assertividade na realização do procedimento.

CONCLUSÃO

O estudo traçou o perfil clínico de mulheres com endometriose atendidas em um centro de referência no Ceará, com predomínio de dor pélvica crônica, lesões no

compartimento posterior e alta complexidade cirúrgica, demonstrada também através do número expressivo de pacientes com acometimento intestinal.

Os achados reforçam que conhecer o perfil das pacientes de uma determinada região favorece a compreensão sobre suas características, possibilitando aos profissionais de saúde que prestam assistência, um diagnóstico mais eficiente, precoce, um tratamento direcionado e individualizado. Além disso, contribui para o desenvolvimento de diretrizes e estratégias de cuidados mais eficazes para o enfrentamento desta condição, consequentemente, proporcionando um aumento na qualidade de vida destas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol* [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 3] Nov;15(11):666-682. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z>.
2. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 15] May 27;184(11):2807-2824. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.04.04>.
3. Cervantes GV, Ribeiro PAAG, Tomasi MC, Farah D, Ribeiro HSAA. Sexual Function of Patients with Deep Endometriosis after Surgical Treatment: A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15];45 (11):729–44. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772596>.
4. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Curr Obstet Gynecol Rep* [Internet]. 2017 [cited 2025 Feb 25] Mar;6(1):34-41. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13669-017-0187-1>.
5. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 15] Feb 27;397(10276):839-852. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00389-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00389-5).
6. Leuenberger J, Kohl Schwartz AS, Geraedts K, Haeberlin F, Eberhard M, von Orellie S, et al. Living with endometriosis: Comorbid pain disorders, characteristics of pain and relevance for daily life. *Eur J Pain* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 3] May;26(5):1021-1038. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejp.1926>.
7. Szyplowska M, Tarkowski R, Kułak K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jan 15] Sep 6;11:1230303. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230303>.
8. Lins dos Santos R, Tonin Beneli Fontanezi C, da Silva Negreiros FD, Maria Correia Pequeno A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos em uma clínica escola de um centro universitário de Fortaleza. *Cadernos ESP* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 3];14(1):30-7. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/209>.
9. Pannain GD, Ramos BS, Souza LC, Salomão LR, Coutinho LM. Perfil epidemiológico e assistência clínica a mulheres com endometriose em um hospital universitário público brasileiro. *Femina*. 2022;50(3):178-83.
10. Bellelis P, Dias Jr JA, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010 [cited 2025 Feb 25];56(4):467–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000400022>.
11. Cardoso JV, Machado DE, Silva MC da, Berardo PT, Ferrari R, Abrão MS, et al. Epidemiological profile of women with endometriosis: a retrospective descriptive study. *Rev*

- Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 25] Oct;20(4):1057–67. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400008>.
12. Costa HD da, Almeida CCM, Reis CFB, de Brito EMM, Cerqueira HOM, Santos JEM, et al. Endometriose no Brasil: perfil epidemiológico das internações nos últimos dez anos (2013-2022). *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 3] May;6(3):9484-95. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-087>.
13. Hudelist G, Aas-Eng MK, Birsan T, Berger F, Sevela U, Kirchner L, et al. Pain and fertility outcomes of nerve-sparing, full-thickness disk or segmental bowel resection for deep infiltrating endometriosis-A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 15] Dec;97(12):1438-1446. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13436>.
14. Cardoso WC, Oliveira SS, Silveira VF, Cerqueira IV, Messias YP, Souza MV, et al. Análise das características clínico-epidemiológicas da endometriose no Brasil. *Research, Society and Development* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3] May;13(4):e11813445586. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i4.45586>.
15. Barchi LC, Callado GY, Machado RB, Chico MA, Damico DC, Lacerda DP, et al. Intestinal endometriosis: outcomes from a multidisciplinary specialized referral center. *ABCD, arq bras cir dig* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 3]; 37:e1806. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-6720202400013e1806>.
16. Parra RS, Valério FP, Zanardi JVC, Feitosa MR, Camargo HP, Féres O. Postoperative complications and stoma rates after laparoscopic resection of deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 3] Nov;44(11):1040–6. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756212>.
17. Deus JM de, Santos AFR dos, Bosquetti R de B, Pofhal L, Alves Neto O. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Rev dor* [Internet]. 2014 [cited 2025 Feb 25]; 15(3):191–7. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140042>.
18. Alves DAMB, Souza N da SF, Borges Junior WS, Conde DM, Siqueira-Campos VM, Deus JM de. Prevalence and impact of comorbidities in women with chronic pelvic pain. *BrJP* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 15];7 :e20240026. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240026-en>.