

A perspectiva ecográfica do diagnóstico da endometriose profunda

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.007-011>

Kelvin Augusto Leite Freitas

Izabela Silva Rezende

Cássia Lorena de Oliveira Leite e Freitas

Cynthia Roberta Torres de Barros

Raquel Meirelles Gaspar Coelho Guimarães

RESUMO

A endometriose é uma das principais condições causadoras de dor pélvica crônica e infertilidade na população feminina mundial ¹, atingindo e impactando negativamente a qualidade de vida em diversas faixas etárias. O processo de investigação diagnóstica da endometriose é desafiador, em especial na rede de saúde pública, já que é extremamente oneroso¹¹. Dentre os métodos disponíveis, a ultrassonografia vaginal com preparo intestinal (USGTVPI) possui estatisticamente detecção semelhante de endometriose profunda. Foram coletados dados de 14 (quatorze) pacientes atendidas no ambulatório de Cirurgia Ginecológica do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) no ano de 2022 e 2023.

Ao se analisar os resultados do questionário, nota-se que a endometriose profunda foi diagnosticada via USGTVPI em grande número de pacientes com distúrbios de menstruação e queixas algícas. Nesse contexto, o USGTVPI surge como uma grande possibilidade no arsenal tecnológico para auxílio de percepção de lesões pélvicas, considerando-se ser um método de fácil acesso e menos oneroso que outros métodos disponíveis, tais como laparotomia videolaparoscópica e RM de pelve com contraste. Nessa conjuntura, há necessidade de discussão da inserção do método como alternativa diagnóstica da patologia, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Ultrassonografia com preparo intestinal, Ecografia com preparo intestinal, Ressonância magnética de pelve, Endometriose, Endometriose profunda.



1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma das principais condições causadoras de dor pélvica crônica e infertilidade na população feminina mundial ¹, atingindo e impactando negativamente a qualidade de vida em diversas faixas etárias ^{2 1}. Atualmente, a endometriose é uma doença fruto de diversas discussões no meio científico devido à grande ocorrência e relevância no impacto à saúde das mulheres. Há evidências de que cerca de 10 a 20% ³ das mulheres em idade fértil seja acometida por esta condição ^{4 5}, o que corresponde a, pelo menos, 190 milhões de mulheres no mundo em estimativa de 2017 ¹. Apesar do grande impacto sobre a população na menacme, atingindo cerca de 30-50% das mulheres com infertilidade, foi comprovado que cerca de 2 a 5% das mulheres menopausadas também são afetadas pela doença².

A doença é caracterizada quando há presença de tecido estromal/glandular endometrial fora da cavidade uterina, com chances de infiltração a outros órgãos, tais como peritônio, intestino, bexiga, vagina, ureter, ovário, entre outros, cursando paralelamente com processo inflamatório de intensidade variável, a depender do número de lesões e grau de infiltração⁶.

Dentre as manifestações clínicas, a endometriose, bem como outras patologias inflamatórias pélvicas, possui grande exuberância. Sintomas como dor pélvica, infertilidade, dismenorreia, sangramento uterino anormal, dispaurenia, disúria e disquezia menstrual não são infrequentes, sendo dismenorreia, dispaurenia e infertilidade, por ordem decrescente, os sintomas mais prevalentes entre as pacientes⁴.

Fatores imunes, hormonais e genéticos estão envolvidos no desenvolvimento das lesões endometriais. Diversas teorias tentam explicar a origem da doença, incluindo a teoria da menstruação retrógrada (ou teoria do transplante), onde acredita-se que a migração de células endometriais pode ocorrer por transporte linfática, vascular, iatrogênica, ou mesmo pelo fluxo retrógrado de sangramento menstrual⁷. Outra teoria proposta para tentar justificar sua histogênese, é a teoria celômica, que sugere que lesões de endometriose podem ser geradas a partir de uma diferenciação metaplásica induzida por ativação de um gene alelo oncogênico, havendo transformação de epitélio celômico em endometrial⁸. Há diversas referências atuais que defendem o caráter etiopatogêncio multifatorial da doença, o que reafirma a patologia como um tema relevante à novas discussões³.

Existem várias classificações para endometriose: AFS 1979, ASRM 1985 e 1996, AAGL 2021 – nessa última, é possível subdividir a doença, com base nas diversas apresentações clínicas, em três subtipos, para melhor compreensão didática: lesões peritoneais superficiais (SUP), endometriomas ovarianos (OMA) e endometriose profunda infiltrativa⁹. Nesse contexto, destaca-se neste trabalho o conceito de endometriose profunda, como sendo a presença de células endometriais além de 5mm abaixo da superfície peritoneal⁶.

Apesar de seu caráter majoritariamente benigno, devido ao seu potencial proliferativo e infiltrativo, a endometriose também pode se relacionar com alguns tipos de neoplasias, em especial carcinoma endometriode e de células claras de etiologia ovariana ¹⁰.

O processo de investigação diagnóstica da endometriose é desafiador, em especial na rede de saúde pública, já que é extremamente oneroso¹¹, além de depender do atendimento inicial que gere suspeição para a patologia, bem como de profissionais com capacidade técnica específica para identificar a lesão. Estima-se que o tempo médio de internação após atendimento inicial seja de 2,4 dias¹². No Brasil, entre 2009 e 2013, foi estimado que o custo da doença chega a 10,4 milhões de reais por ano¹³ e a 45 milhões de reais entre 2015-2019, o que atrasa o diagnóstico e o início precoce do tratamento. Uma das principais dificuldades no seguimento de pacientes se dá aos elevados custos. Cerca de 72% das pacientes com infertilidade devido a endometriose já pensou em desistir do desejo de engravidar pelo fator financeiro¹⁴.

O método considerado padrão ouro para confirmação diagnóstica é a avaliação histopatológica guiada por videolaparoscopia¹⁰, no entanto é um método invasivo e mais oneroso. A falta de métodos palpáveis de baixo custo afeta em especial o seguimento realizado em serviços que não contam com equipe multiprofissional para abordagem cirúrgica das lesões. Soma-se a esse fato a falta de biomarcadores úteis com boa acurácia no diagnóstico da doença. O mais utilizado é o CA125, que atinge sensibilidade entre 70-75%, valores ainda insuficientes para padronização do método na rotina diagnóstica¹² o que nos sugere a importância do desenvolvimento de métodos pouco invasivos confiáveis na tentativa de agilizar-se o diagnóstico destas pacientes.

Os métodos radiológicos se mostram como grande oportunidade de agilizar a descoberta e estadiar o grau de acometimento de lesões da doença¹², em especial no contexto de poucos recursos financeiros. Dentre os métodos disponíveis, a ressonância magnética (RNM) de pelve é o método de escolha¹⁵. A ultrassonografia vaginal com preparo intestinal (USGTVPI) possui estatisticamente detecção semelhante de endometriose profunda¹⁵, apesar da RNM ser preferida na diferenciação na detecção de nódulos típicos em região retrocervical e ligamento uterossacro¹⁶ e a USGTVPI ser semelhante ao da RNM de pelve ao detectar lesões em retossigmoide, ligamentos uterossacos e septo retovaginal¹⁷.

Este estudo é uma subdivisão de um estudo que ainda encontra-se em desenvolvimento, que trata de uma análise métodos radiológicos, USGTVPI e RNM de pelve, na detecção de lesões compatíveis com endometriose na detecção e seguimento das portadoras de endometriose no Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Em virtude da dificuldade de realização de RNM de pelve na rede pública e da reunião de pacientes em condições adequadas para realização de USGTVPI, aborda-se no presente estudo as perspectivas ultrassonográficas no diagnóstico da endometriose profunda, evidenciando os desafios encontrados para inclusão deste método na rede pública.

2 RESULTADOS

Foram coletados dados de 14 (quatorze) pacientes atendidas no ambulatório de Cirurgia Ginecológica do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) no ano de 2022 e 2023.

Após coleta de dados, 1 paciente foi excluída, de acordo com os critérios de exclusão.

Foram selecionadas 13 pacientes que preencheram os critérios de inclusão apresentados: pacientes do sexo feminino com idade superior a 18 anos, apresentando suspeita clínica e exame ginecológico sugestivo de endometriose profunda, que concordaram em participar do estudo e realizar ecografia transvaginal com preparo intestinal.

As pacientes foram submetidas a um questionário com 10 questões, abordando presença ou ausência de diagnóstico prévio de endometriose, tempo para diagnóstico de endometriose após início dos sintomas (em caso de resposta anterior positiva), dor durante/após relação sexual, alterações de sono, dor ao urinar, dor ao evacuar, dor durante período menstrual, dor pélvica fora do período menstrual, tentativa de engravidar por mais de 1 ano, menstruação intensa ou prolongada por mais de 1 ano.

Todas as pacientes incluídas realizaram o questionário e os dados foram compilados na Tabela 1.

Tabela 1:

Sintomas	Proporção entre pacientes selecionadas	Proporção de pacientes sintomáticas diagnosticadas por USGTVPI
Dor durante/após relação sexual	61% (N = 8)	50% (N = 4)
Insônia ou alteração do sono	53% (N = 7)	42% (N = 3)
Dor ao urinar	7% (N = 1)	0% (N = 0)
Dor ao evacuar	38% (N = 5)	60% (N = 3)
Dor durante período menstrual	84% (N = 11)	27% (N = 3)
Dor pélvica fora do período menstrual	92% (N = 12)	25% (N = 3)
Tentativa de engravidar > 1 ano	7% (N = 1)	0% (N = 0)
Menstruação intensa ou prologada > 7 dias	69% (N = 9)	33% (N = 3)

Quando se analisa a principal queixa entre as pacientes selecionadas, destaca-se a dor pélvica durante e fora do período menstrual e menstruação intensa ou prolongada por mais de 7 dias, respectivamente com 84%, 92% e 69% das pacientes acometidas. Dentre elas, 25%, 27% e 33%, respectivamente, foram diagnosticadas com endometriose profunda por meio de USGTVPI.

Dentre as pacientes incluídas, a maior taxa percentual de diagnóstico de endometriose profunda via ecográfica foi em pacientes que afirmaram sentir dor ao evacuar e dor durante/após relação sexual, com 60% e 50% das pacientes com essas queixas diagnosticadas pelo método. A queixa alteração de sono foi citada em 53% das pacientes incluídas, e dessas, 43% foram diagnosticadas com endometriose profunda. Tentativa de engravidar por mais de 1 ano e dor ao urinar foram afirmadas por apenas 1

paciente cada, que não tiveram diagnóstico de endometriose profunda confirmados via ultrassonográfica.

Das pacientes já diagnosticadas previamente a realização do estudo, os sintomas citados em maior proporção foram infertilidade, insônia, dor ao evacuar e dor durante/após relação sexual. Os dados foram esquematizados na tabela 2:

Tabela 2:

Sintomas	Já tinham diagnóstico
Dor durante/após relação sexual	62% (N=5)
Insônia ou alteração do sono	71% (N=5)
Dor ao evacuar	60% (N = 3)
Dor durante período menstrual	54% (N = 6)
Dor pélvica fora do período menstrual	41% (N = 5)
Tentativa de engravidar > 1 ano	100% (N = 1)
Menstruação intensa ou prologada > 7 dias	55% (N = 5)

O total de 5 (cinco) pacientes receberam diagnóstico ecográfico, apresentando lesões em alças intestinais ou ovário.

3 DISCUSSÃO

Analisando-se o contexto atual, a endometriose ainda é uma patologia desconhecida pela sociedade em geral. Alia-se a isso, a dificuldade de acesso ao diagnóstico e a banalização dos sintomas ginecológicos pela população e por profissionais de saúde, que tendem a citar a dor no período menstrual como natural. Isso dificulta o levantamento fidedigno de informações sobre a patologia, culminando num processo de diagnóstico tardio, mesmo com uma parcela de pacientes desenvolvendo sintomas desde jovens¹⁸. As dificuldades em se confirmar o diagnóstico eleva custos financeiros para as pacientes¹⁹.

Ao se analisar os resultados do questionário, nota-se que a endometriose profunda foi diagnosticada via USGTVPI em grande número de pacientes com distúrbios de menstruação e queixas algícas. Apenas 46% das pacientes selecionadas já haviam recebido diagnóstico radiológico prévio a realização da ultrassonografia para rastreamento de endometriose profunda, evidenciando que o diagnóstico precoce ainda é um dos grandes desafios dessa patologia. Nesse contexto, o USGTVPI surge como uma grande possibilidade no arsenal tecnológico para auxílio de percepção de lesões pélvicas, considerando-se ser um método de fácil acesso e menos oneroso que outros métodos disponíveis, tais como laparotomia videolaparoscópica e RM de pelve com contraste, além de ser um método viável naquelas pacientes com contraindicação de uso de contraste. Nessa conjuntura, há necessidade de discussão da inserção do método como alternativa diagnóstica da patologia, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2016, foi proposto o protocolo IDEA (International Deep Endometriosis Analysis), com objetivo de promover uma padronização e sistematização do exame ultrassonográfico na suspeição clínica de endometriose, de modo que os principais sítios acometidos por lesão não deixassem de ser examinados e documentados. A orientação promulgada pelo IDEA foi segmentar o exame em 4 etapas: 1- avaliação de útero e anexos de forma habitual, avaliando-se também a mobilidade com órgãos adjacentes; 2- avaliação de soft markers: análise de regiões com alterações na estrutura e consistência, como também, mobilidade ovariana; 3- avaliação do fundo de saco de Douglas com avaliação do deslizamento em tempo real; 4- avaliação de compartimentos anterior e posterior (incluindo vias urinárias e alças intestinais).

O exame ecográfico pode ser complementado com exame físico, ou mesmo com realização de uma pressão realizada no transdutor, de modo a procurar pontos de dor, aderências ou diminuição de mobilidade. Tanto a via transvaginal quanto a via transretal são capazes de identificar lesões compatíveis com endometriose, especialmente em região intestinal, com precisão na avaliação de suas características e localização. Apesar disso, de um modo geral, a via transvaginal é mais aceita pelas pacientes. O USGTVPI possibilita a avaliação de sinais diretos – nodulações e espessamentos, bem como sinais indiretos – diminuição da mobilidade de órgãos pélvicos e dor durante realização do exame. O relato de dor durante a realização dos exames é comum e deve ser levada em consideração para avaliação das estruturas relacionadas.

Ao se observar lesões, elas devem ser identificadas, citando tamanho, idealmente em 3 dimensões, localização, distância do esfíncter anal externo e se são intestinais. O USGTVPI pode fornecer informações importantes para melhor programação cirúrgica, quando for o caso.

Os achados ultrassonográficos podem ser variados, e muitas vezes estão relacionados a acometimentos adicionais em órgãos adjacentes. A depender do local do acometimento, a mesma lesão pode ser evidenciada com diferentes características ecográficas.

Ao se analisar a região anexial, a presença de endometriomas - lesão cística, em geral homogeneamente hipoecoico, com pouca vascularização ao estudo Doppler, com a aparência denominada padrão em “vidro fosco” - pode acarretar alterações na fertilidade e dor pélvica crônica, bem como aderências e nódulos profundos. Quando ambos ovários são observados tocando-se na região posterior do útero, sinal denominado kissing ovaries, estima-se que mais que 90% das pacientes tenham acometimento em tubas uterinas e aproximadamente 20% apresentam lesões intestinais adicionais²⁰.

A avaliação dos ligamentos uterossacros é desafiadora, já que habitualmente são estruturas de difícil visualização. Apesar disso, quando acometidos por lesões de endometriose, tornam-se espessados, e, especialmente quando acompanhados por pequena quantidade de líquido livre em cavidade, podem ser examinados pelo USGTVPI.

Descrever corretamente as lesões é de extrema importância, já que pode alterar a programação cirúrgica. Nesse contexto, destaca-se a diferenciação de lesões acima ou abaixo da reflexão do peritônio (localiza-se à cerca de 7cm da borda anal), já que lesões acometendo o fórnice vaginal e septo retovaginal não são facilmente visualizados por videolaparoscopia.

O compartimento posterior é avaliado com varredura das alças intestinais, do septo retovaginal até o sigmoide. O IDEA propões uma divisão do compartimento posterior em reto alto e baixo (divididos pela reflexão peritoneal do fundo de Saco de Douglas), transição retossigmoide (do tórus ao fundo uterino) e sigmoide (acima do fundo uterino). Lesões localizadas em reto baixo não são comumente visualizadas por laparoscopia²¹.

As lesões intestinais relacionadas a endometriose frequentemente são mais observadas em parede anterior, podendo ser lesões isoladas, multifocais ou multicêntricas. A depender do grau de acometimento, a melhor programação cirúrgica pode ser estabelecida, incluindo técnicas como shaving, ou até mesmo, ressecção intestinal.

O compartimento anterior da pelve avaliada pelo USGTVPI inclui bexiga, ureteres e espaço vesicouterino. Uma ferramenta útil no exame do espaço vesicouterino é a avaliação do deslizamento entre as estruturas, onde a restrição da mobilidade entre os órgãos pode sugerir processos de aderência, típicas em pacientes com parto cesáreo prévio, ou de endometriose profunda. A avaliação transvaginal pode ser complementada com avaliação ecográfica via abdominal, sendo útil, especialmente, na avaliação de ureter. Dilatação e não visualização de peristalse podem sugerir obstrução intrínseca ou extrínseca. A informação da distância da lesão até a junção vesicoureteral deve ser informada, podendo ser útil na escolha de técnicas de abordagem cirúrgica do órgão, como reimplante ou reanastomose ureteral.

Pleura e diafragma não devem ser rastreados de forma rotineira, a menos que haja queixas compatíveis que gerem suspeita de acometimento dos órgãos em questão.

Durante o estudo dos resultados do questionário, nota-se que a endometriose profunda foi diagnosticada via USGTVPI em grande número de pacientes com distúrbios de menstruação e queixas álgicas. Apenas 46% das pacientes selecionadas já haviam recebido diagnóstico radiológico prévio a realização da ultrassonografia para rastreamento de endometriose profunda, evidenciando que o diagnóstico precoce ainda é um dos grandes desafios dessa patologia. Dentre as pacientes com diagnóstico prévio, infertilidade, insônia, dor ao evacuar e dor durante/após relação sexual foram os principais sintomas citados que motivaram as pacientes a procurarem ajuda médica. Tais sintomas são frequentemente relacionados alteração da capacidade física, autoestima e alteração no estudo, trabalho e atividades do lar²², interferindo significativamente na qualidade de vida feminina.

Diante da dificuldade em estabelecer o diagnóstico confirmatório e da dificuldade de alguns profissionais em ter o preparo para diagnóstico clínico e radiológico, a experiência profissional é fator



primordiais para poder identificar e conduzir a endometriose. Por mais que o USGTVPI possa ser um método acessível e promissor, a presença de um médico experiente é essencial para identificar os locais de acometimento mais profundos e de difícil visualização, colaborando para aumento do custo-doença.

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SIH/DATASUS), entre 2015 e 2019 os custos hospitalares envolvendo endometriose atingiu praticamente 45 (quarenta e cinco) milhões de reais, e um valor médio R\$ 746,24 por internação, que dura em média 2,4 dias¹².

Espera-se que, no contexto do Sistema Único de Saúde, a tentativa de implementação do USGTVPI na propedêutica da endometriose possa encurtar o prazo para diagnóstico, que no Brasil é na ordem de 4 anos e meio do início dos sintomas²³, otimizando a condução dos casos e reduzindo o custos relacionados à medicações, hospitalização, procedimentos cirúrgicos, exames e consultas adicionais para se diagnosticar a patologia., além de atingir diretamente a qualidade de vida dessa população.

4 CONCLUSÃO

Apesar da endometriose ser uma doença predominantemente de característica benigna, causa grande impacto na sociedade, visto que interfere diretamente na qualidade de vida da população feminina, especialmente na menacme, além de onerar o Sistema Único de Saúde. A multifatorialidade, o não esclarecimento completo da etiopatogenia, bem como a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico definitivo precoce tornam necessária a busca de métodos acessíveis com boa acurácia, tal como o USGTVPI, mesmo devendo-se levar em consideração que é um método que exige preparo intestinal bem realizado e presença de profissional experiente para uma correta realização do exame. Há ainda possibilidade de complementação diagnóstica, associando métodos radiológicos, cirúrgicos e clínicos. É válida a tentativa de implementação do USGTVPI no SUS e o incentivo a melhor capacitação técnica no exame, bem como, propagação de informações sobre a doença entre profissionais e a população em geral. Novos estudos devem ser fomentados de modo que se pense o uso do USGTVPI, até mesmo em comparação a outros métodos diagnósticos já disponíveis, de modo surjam novas possibilidades de prevenção, diagnóstico e tratamento dessa significativa parcela da população.



REFERÊNCIAS

- ZONDERVAN, K. T. et al. Endometriosis: REVIEW ARTICLE. *New England Journal of Medicine*
- SILVA, C. D. D. S. INFLUÊNCIA DA ENDOMETRIOSE ALÉM DOS ANOS DE MENSTRUACÃO: subtítulo do artigo. CIEH: VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano
- DUARTE et al. A ASSOCIAÇÃO ENTRE ENDOMETRIOSE E INFERTILIDADE FEMININA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Acta Elit Salutis- AES* : ISSN online 2675-1208
- PONTES CFR, CHAMIÉ LP, AGUIAR M, SILVA EJC, LEITE DFB, de Carvalho Silva SAL, FIGUEIREDP JL. Deep endometriosis: clinical and epidemiological findings of diagnosed women according to the criteria of the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(2):223-231. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13312>
- FERNANDEZ, Cicília Fraga Rocha Pontes. Endometriose profunda: achados clínicos, epidemiológicos e ultrassonográficos. 2022. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.
- FEBRASGO. Endometriose Profunda e Infertilidade . Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/128-endometriose-profunda-infertilidade#:~:text=A%20endometriose%20profunda%20%C3%A9%20uma,mm%20abaixo%20da%20superf%C3%ADcie%20peritoneal%20>.
- CACCIATORI, Felipe Antônio; MEDEIROS, J. P. F. ENDOMETRIOSE: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Iniciação Científica, Criciúma*, v. 13, n. 1, 2015
(KIMBALL et al., 2012; CARVALHO et al.,2008)(KIMBAKLL, K.J.et al. Diffuse Endometritis in the Setting of Umbilical Endometriosis: A Case Report. Author manuscript; available in PMC 2012 Jan 5. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252021/?tool=pubmed>>. Acesso em: 06 ago.2015)
- CARAÇA, D. B. et al. Mecanismos fisiopatológicos da dor pélvica na endometriose profunda: Revisão narrativa. *Diagn Tratamento.* 2011;16(2):57-61.
Mecanismos fisiopatológicos da dor pélvica na endometriose profunda. Daniel Bier Caraça, Sérgio Podgaec, Edmund Chada Baracat, Mauricio Simões Abrão
- MORETTO, E. E. et al. Endometriose: Promoção e Proteção da Saúde da Mulher - ATM 2023/2. Edição. [S.l.]: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – UFRGS.
- YAO, A. P. M. S; Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1: Endometriose e câncer de ovário: uma revisão. Edição. [S.l.]: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - UFRGS, 2021
- Galo Marques Salomé, D., Barbosa Pires Braga, A. C., Moreira Lara, T., & Aparecido Caetano, O. (2020). Endometriose: epidemiologia nacional dos últimos 5 anos. *Revista De Saúde*, 11(2), 39–43. <https://doi.org/10.21727/rs.v11i1.2427>
- SILVA et al. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento / Endometriosis: clinical aspects from diagnosis to treatment: subtítulo do artigo. *Femina* ; 49(3): 134-141, 2021. Ilus.
- FEBRASGO: Manual de Endometriose 2014/2015. Podgaec, 2014; Podgaec, S. Manual de endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

SIQUEIRA, A. C. V; ABICH, Alexandra; OPPENHEIMER, Drauzio. AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES E FATORES QUE INTERFEREM NA BUSCA DE TRATAMENTO PARA INFERTILIDADE EM UM SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA: subtítulo do artigo. Título da revista: subtítulo da revista.

PONTES, I. F.; CLAUDINO, E. L. Pelvic pain and indirect findings of endometriosis on pelvic ultrasound: A statistical correlation. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 10, n. 8, p. e49210817709, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17709. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17709>.

CARMO, C. O. D. Ressonância Magnética e Ultrassonografia Transvaginal na endometriose profunda: revisão sistemática: Monografia. Título da revista: subtítulo da revista. Ressonância Magnética e Ultrassonografia Transvaginal na endometriose profunda: revisão sistemática Caio Oliveira do Carmo

GUERRIERO, S. et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis: Systematic Review. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: ISUOG*.

Roomaney R, Kagee A. Salient aspects of quality of life among women diagnosed with endometriosis: a qualitative study. *J Health Psychol.* 2018;23(7):905-16. <https://dx.doi.org/10.1177/1359105316643069>

Silva CM, Cunha CF da, Neves KR, Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A. Experiências das mulheres quanto às suas trajetórias até o diagnóstico de endometriose. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2021;25(4):e20200374. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0374>

Craig EV, Shannon LM, Andreotti RF. The complementary role of ultrasound and magnetic resonance imaging in the evaluation of endometriosis: a review. *Ultrasound Q.* 2020;36(2):123-32. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000458

Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FP, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;48(3):318-32. doi: 10.1002/uog.15955

Martins LM, França AP, Kimura M. Quality of life of persons with chronic illness. *Rev Latinoam Enferm.* 1996;4(3):5-18

Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]*. 2012Jan;34(1):11-5. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100003>