

Early Diagnosis of Endometriosis in the Community – Integrating Clinical Screening, Early Ultrasound and Workforce Training

Diagnóstico Precoce da Endometriose na Comunidade – Integração da Triagem Clínica, Ecografia Precoce e Formação dos Profissionais

Dusan Djokovic, MD PhD¹

A endometriose é uma doença ginecológica crónica com grande impacto clínico, social e económico. Em Portugal estima-se que cerca de 700.000 pessoas sejam afetadas, muitas subdiagnosticadas, e o atraso médio no diagnóstico continua a ser um problema relevante. Por isso, recomenda-se considerar a implementação gradual, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de um modelo operativo faseado e adaptado localmente que integre: (1) triagem clínica padronizada nos cuidados primários, com um instrumento (questionário) validado; (2) ecografia ginecológica precoce, realizada segundo um protocolo orientado para endometriose; (3) formação teórico-prática e certificação de operadores; e (4) vias rápidas de referência para centros multidisciplinares, quando indicado. Este editorial sintetiza a evidência recente, apresenta um algoritmo prático de decisão e formula recomendações de implementação e investigação aplicáveis ao contexto nacional.

CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

Revisões recentes sugerem que cerca de 190 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com endometriose e documentam atrasos médios de diagnóstico de 5-7 anos, com início dos sintomas muitas vezes já na adolescência¹. Esse atraso acentua o desgaste físico associado à dor crónica, à carga psicológica, à infertilidade potencialmente evitável e à perda de produtividade. Políticas públicas bem concebidas (planos nacionais de ação, legislação, redes de referência, entre outras) têm demonstrado

1. Professor Auxiliar, NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa (Portugal). Médico Assistente Graduado/Consultor em Ginecologia e Obstetria, Serviço de Obstetria e Ginecologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa (Portugal).

benefícios nalguns países, mas são, no geral, isoladas². Pelo exposto, medidas práticas e escaláveis ao nível comunitário são prioritárias.

PRINCIPAIS PROPOSTAS E EVIDÊNCIA

1. Triagem clínica em cuidados primários

Instrumento recomendado: história clínica que integre um questionário validado para avaliação da dor associada à endometriose – por exemplo, o ENDOPAIN 4D – o qual apresenta boa performance psicométrica para identificar risco intermédio/alto^{3,4}.

Objetivo: estratificar precocemente as doentes na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), para priorizar exames imagiológicos, iniciar tratamento empírico quando indicado e agilizar a referência para centros multidisciplinares diferenciados em endometriose.

2. Avaliação ecográfica precoce

Técnica recomendada: ecografia ginecológica com sonda vaginal ou retal (por exemplo, em doentes virgens que aceitem a abordagem retal), complementada por avaliação com sonda abdominal.

Objetivo: identificar sinais de adenomiose, endometriose ovárica (endometriomas), aderências pélvicas e endometriose profunda (EP) nas localizações mais frequentes, orientando a decisão clínica atempada (início de tratamento empírico) e encaminhamento para avaliação e tratamento multidisciplinar diferenciados quando clinicamente indicado.

Protocolo ecográfico (baseado nas recomendações IDEA – *International Deep Endometriosis Analysis*, simplificado⁵⁻⁷):

- Avaliação uterina – metodologia MUSA⁸ (*Morphological Uterus Sonographic Assessment*), e IETA⁹ (*International Endometrial Tumour Analysis*), – com atenção a sinais diretos e indiretos de adenomiose (critérios MUSA¹⁰);
- Avaliação anexial – metodologia IOTA¹¹ (*International Ovarian Tumour Analysis*) – com pesquisa sistemática de endometriomas;
- Avaliação dinâmica – avaliação da mobilidade útero-ovário e pesquisa de aderências no fundo de saco de Douglas por meio de manobras ecográficas de mobilização uterina e anexial, com observação do deslizamento sob o peritoneu e relativamente às estruturas pélvicas adjacentes⁵;
- Avaliação limitada do compartimento pélvico posterior – pesquisa dirigida de EP nos ligamentos útero-sagrados e no alto reto⁶.

Este protocolo adapta o exame ecográfico ginecológico rotineiro (“básico”) realizado por especialistas em Ginecologia e Radiologia. A inclusão da avaliação dirigida dos ligamentos útero-sagrados e do alto reto constitui um reforço específico que, quando executado por operadores treinados, melhora a sensibilidade para detecção de endometriomas e permite identificar EP nas estruturas mais frequentemente afetadas, com acréscimo marginal do tempo de exame^{6,12}. No entanto, a ausência de sinais ecográficos de endometriose não exclui a doença, sobretudo quando a suspeita clínica é elevada.

3. Critérios mínimos de formação e qualidade para ecografia na comunidade

Recomendações destinadas a especialistas em Ginecologia e Radiologia que realizam ecografias na comunidade:

- Formação teórico-prática: curso de 1-2 dias (conteúdos teóricos) acompanhado de sessões práticas dirigidas à ecografia pélvica orientada para endometriose.
- Exames tutelados: realização de 20-50 exames sob supervisão por formador certificado antes da prática autónoma.
- Avaliação e certificação: avaliação teórica e prática no final do programa; certificação conjunta coordenada pela Ordem dos Médicos (OM), Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear (SPRMN).

- Continuidade formativa: revisão periódica de casos em centros de referência, protocolos de segunda leitura remota para casos duvidosos e programas de melhoria contínua.
- Relatórios padronizados: adoção de modelos de relatório standard¹³ (incluindo descritores MUSA^{8,10}, IETA⁹ e IOTA¹¹).
- Auditoria e monitorização: auditorias periódicas de relatórios e imagens com indicadores-chave – por exemplo, tempo desde a suspeita até à realização da ecografia, percentagem de relatórios completos e de acordo com a padronização proposta, e taxa de concordância diagnóstica com centros de referência especializados.

4. Referenciação para centros multidisciplinares diferenciados

Critério de referenciação: critérios clínicos e imagiológicos precisamente definidos – por exemplo, ecografia sugestiva de EP, endometrioma atípico ou >10 cm, falha de tratamento empírico ou suspeita clínica elevada apesar de ecografia negativa).

Requisitos operacionais: mapa de centros especializados certificados com capacidade multidisciplinar (Ginecologia/Cirurgia Minimamente Invasiva, Radiologia, Gastroenterologia, Urologia, Dor Crónica, Medicina da Reprodução, Psicologia, Nutrição); vias eletrónicas de referência com tempos alvo e mecanismos de segunda leitura/avaliação remota; planos de retorno (referenciação inversa) ao circuito local com responsabilidades e prazos claros.

Algoritmo prático – síntese:

- Avaliação inicial (MGF ou ginecologista assistente): história clínica + questionário validado + exame físico + ecografia ginecológica precoce.
- Se exame físico/ecografia sem alterações: iniciar terapêutica empírica por 3-6 meses; referenciar se ausência de resposta.
- Se endometrioma ecograficamente típico e sintomatologia controlável: tratamento conservador e vigilância; referenciar se sem resposta em 6 meses.
- Endometrioma ecograficamente atípico, >10 cm, diagnosticado na pós-menopausa ou sinais sugestivos de EP: referência direta para centro diferenciado.

VIAS DE IMPLEMENTAÇÃO NO SNS

A Direção Geral da Saúde (DGS), a OM e as sociedades científicas (SPG e SPRMN) devem promover um plano coordenado que inclua:

- Elaborar uma orientação nacional que integre triagem com questionário validado, ecografia precoce padronizada e critérios de referenciação claros.
- Financiar programas regionais para formação prática, alocar tempo dedicado à ecografia em cuidados primários e criar incentivos para unidades que implementem o protocolo e participem em auditoria de qualidade.
- Consolidar e operacionalizar a rede de centros certificados e vias eletrónicas de referenciação.
- Definir tempos alvo operacionais (por exemplo, tempo desde a suspeita até à realização da ecografia na comunidade; tempo até consulta em centro diferenciado) e incorporar esses indicadores em auditorias regulares.
- Monitorizar a implantação por meio de estudos pragmáticos com indicadores predefinidos: tempo até referência/diagnóstico, melhoria da dor/qualidade de vida, impacto na fertilidade, taxa de referenciação apropriada, custo-efetividade e equidade de acesso.

PRIORIDADES DE INVESTIGAÇÃO EM PORTUGAL

- Validar o ENDOPAIN 4D em português e em subpopulações (adolescentes; grupos étnicos/socioeconómicos), definindo propriedades psicométricas e pontos de corte.
- Realizar estudos pragmáticos de implementação para avaliar se triagem clínica + ecografia ginecológica precoce + formação reduzem o tempo até diagnóstico e melhoram desfechos clínicos.
- Avaliar a custo-efetividade de programas regionais de formação, certificação e suporte, com análise de impacto orçamental e custo utilidade a curto/médio prazo.

RESUMO DE RECOMENDAÇÕES

- Implementar questionário validado como triagem em MGF

- Adotar ecografia ginecológica precoce com protocolo orientado simplificado como exame de primeira linha na suspeita clínica.
- Financiar formação prática e certificação de operadores em ecografia ginecológica orientada para endometriose.
- Padronizar relatórios ecográficos e recomendações de encaminhamento.
- Criar vias rápidas de referenciação para centros multidisciplinares quando a ecografia for sugestiva de EP ou a suspeita clínica for alta.
- Promover estudos pragmáticos no SNS para medir impacto clínico, económico e equidade.

Concluindo, reduzir o atraso diagnóstico da endometriose parece exequível se combinarmos triagem padronizada em cuidados primários, ecografia pélvica precoce de qualidade segundo protocolo orientado, formação e certificação dos operadores e uma rede de referenciação consolidada e avaliada sistematicamente. Investir em formação prática dos profissionais e em caminhos de referenciação organizados é a medida com maior potencial de impacto imediato para transformar a evidência em melhores resultados clínicos e aumentar a equidade no cuidado às pessoas com endometriose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gibbons T, Evans D, Skidmore B, et al. Endometriosis policy and delivery systems: a comprehensive global scoping review. *Lancet Obstet Gynaecol Women's Health*. 2025;1(3):E232-E244.
2. Evans D, Gibbons T, Skidmore B, et al. Availability of region-specific endometriosis care guidance: a global scoping review. *Lancet Obstet Gynaecol Women's Health*. 2025;1(3):E219-E231.
3. Rosenbloom BN, Di Renna T, Nella A, et al. Screening for endometriosis: A scoping review of screening measures that could support early diagnosis. *BMC Womens Health*. Jul 16 2025;25(1):353. doi:10.1186/s12905-025-03866-1
4. Puchar A, Panel P, Oppenheimer A, Du Cheyron J, Fritel X, Fauconnier A. The ENDOPAIN 4D Questionnaire: A New Validated Tool for Assessing Pain in Endometriosis. *J Clin Med*. Jul 21 2021;10(15)doi:10.3390/jcm10153216
5. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, 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*. Sep 2016;48(3):318-32. doi:10.1002/uog.15955
6. Deslandes A, Leonardi M. Proposed simplified protocol for initial assessment of endometriosis with transvaginal ultrasound.

Ultrasound Obstet Gynecol. Feb 2025;65(2):142-146. doi:10.1002/uog.29115

7. Leonardi M, Uzuner C, Mestdagh W, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for detection of endometriosis using International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) approach: prospective international pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 09 2022;60(3):404-413. doi:10.1002/uog.24936

8. Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FP, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Sep 2015;46(3):284-98. doi:10.1002/uog.14806

9. Leone FP, Timmerman D, Bourne T, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Jan 2010;35(1):103-12. doi:10.1002/uog.7487

10. Harmsen MJ, Van den Bosch T, de Leeuw RA, et al. Consensus on revised definitions of morphological uterus sonographic assessment (MUSA) features of adenomyosis: results of a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Sep 29 2021;doi:10.1002/uog.24786

11. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, et al. Terms, defini-

tions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Oct 2000;16(5):500-5. doi:10.1046/j.1469-0705.2000.00287.x

12. Li JL, Yong-Hing CJ, Jessup J, Kiejar AZ, Pang EHT. Endometriosis imaging in the community setting: implementation of the SRU consensus recommendations on routine pelvic US. *Abdom Radiol (NY).* Oct 2025;50(10):4878-4885. doi:10.1007/s00261-025-04906-y

13. Djokovic D, Pinto P, van Herendael BJ, Laganà AS, Thomas V, Keckstein J. Structured report for dynamic ultrasonography in patients with suspected or known endometriosis: Recommendations of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Aug 2021;263:252-260. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.06.035

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dusan Djokovic

E-mail: dusan.djokovic@nms.unl.pt

<https://orcid.org/0000-0002-1013-8455>