



**SEAPS  
COGEC  
CEPRA**

Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde  
Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado  
Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde

# **Linha de Cuidado à Pessoa com Endometriose**

Fortaleza-CE  
2025

## Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

---

### Secretária da Saúde do Estado do Ceará

**Tânia Mara Silva Coelho**

### Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG)

**Antônio Silva Lima Neto**

### Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI)

**Carla Cristina Fonteles Barroso**

### Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

**Lauro Vieira Perdigão Neto**

### Secretário Executivo Administrativo-Financeiro (SEAFI)

**Ícaro Tavares Borges**

### Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

**Maria Vaudelice Mota**

**2025. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.** Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde.

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC). Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde.

**Série: Instrumentos técnicos e informativos para fortalecimento das Políticas de Saúde e Gestão do Cuidado**

**Email:** [coordenadoriadepoliticass@saude.ce.gov.br](mailto:coordenadoriadepoliticass@saude.ce.gov.br)

# Ficha Técnica

**2025-CEARÁ.** Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Linha de Cuidado à Pessoa com Endometriose.**  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

## Coordenação Geral

Maria Vaudelice Mota  
Luciene Alice da Silva

## Elaboração

Luciene Alice da Silva  
Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra  
Louise Martins Nunes  
Marley Carvalho Feitosa Martins

## Colaboração

### Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)

Ana Virgínia Evangelista de Mendonça  
Evanezia de Araújo Oliveira  
Fernanda Franca Cabral  
Isley Nayra de Lima Negromonte Barreto

### Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE)

Felipe Gurgel do Amaral Mota  
Micheli Moraes Martins  
Wagner Carlos Felix

### Hospital Geral Dr César Cals (HGCC)

Luciola Campos Lavor Guernelli

### Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (Srfor)

Débora Fernandes Britto

### Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe (Srnor)

Jozyanne Alves de Freitas Maia

### Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

Elfie Tomaz Figueiredo

### Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS)

José de Arimatéia Silva Júnior  
Maria do Carmo Xavier de Queiroz  
Sharliane Monteiro da Rocha

### Universidade Federal do Ceará (UFC)

André Alves Maia  
Maria Carolina Traina Gama  
Mariana Oliveira Veloso  
Tatiana Passos Zylberberg

## Revisão Técnica

Tânia Mara Silva Coelho  
Maria Raquel Rodrigues Carvalho

# Sumário

APRESENTAÇÃO	3
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	4
1.1 Cenário Epidemiológico da Endometriose no Ceará	5
2. OBJETIVOS	6
3. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL	7
4. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO	7
4.1 Atores envolvidos no processo	8
4.2 Etapas do processo de construção	8
5. RESPONSABILIDADES POR NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE	9
5.1 Atenção Primária à Saúde	9
5.2 Atenção Domiciliar	10
5.3 Atenção Especializada	10
5.4 Atenção Terciária	11
5.5 Critérios para o encaminhamento por Nível de Atenção à Saúde	11
6. CUIDADO À PESSOA COM ENDOMETRIOSE	12
6.1 Avaliação clínica	12
6.2 Diagnóstico	14
6.2.1 Exame abdominal e ginecológico	14
6.2.2 Exames complementares	14
6.3 Tratamento	16
6.3.1 Tratamento Medicamentoso	16
6.3.2 Tratamento Não Hormonal	17
6.3.3 Tratamento Hormonal	17
6.3.4 Tratamento Cirúrgico	19
6.4 CUIDADO MULTIPROFISSIONAL	19
6.4.1 Cuidado Nutricional	20
6.4.2 Fisioterapia	20
6.4.2.1 Fisioterapia na APS no Cuidado às Mulheres com Endometriose	21

6.4.3 Educação Física na Saúde da Mulher com Endometriose	21
6.5 Cuidado com a Saúde Mental	21
6.5.1 Estratégias para o Cuidado à Saúde Mental das Mulheres com Endometriose	22
7. FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	22
7.1 Assistência Farmacêutica	23
7.1.1 Acesso aos medicamentos	23
7.2 Regulação do Acesso, Controle e Avaliação	24
8. IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO	22
REFERÊNCIAS	25
ANEXO 1	28

# Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado, por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde/Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado, no cumprimento da sua missão, atua na elaboração de instrumentos para o fortalecimento das políticas e gestão do cuidado à saúde, a fim de subsidiar os gestores, profissionais da saúde na melhoria das práticas em serviço, informar à população, entre outros, de acordo com a complexidade e necessidade identificada.

Dentre os Instrumentos técnicos elaborados destacam-se: **Linhas de Cuidado**, Protocolos, Diretrizes, Notas Técnicas, instrumentos informativos (manuais, cartilhas, instrutivos) instrumentos normativos (normas, procedimentos, regulamentos, Portarias), instrumentos gerenciais (planos de ação, projetos, programas, ações estratégicas), entre outros, de acordo com a complexidade e necessidade identificada.

Linhas de Cuidado são estratégias para organizar os serviços de saúde, facilitar o itinerário, pontos de atenção/referências no atendimento, definir fluxo assistencial para melhoria do acesso e a integralidade do cuidado e das práticas no serviço. Nesse contexto, apresenta a **Linha de Cuidado à Pessoa com Endometriose**.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, reafirma seu compromisso com esta Linha de Cuidado com a finalidade de melhorar o acesso à saúde e o tratamento em tempo oportuno, para que as pessoas tenham o cuidado necessário para o enfrentamento da doença.

Maria Vaudelice Mota  
**Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS)**

# 1. Contextualização

A Endometriose é um problema de saúde pública, de alta incidência em mulheres na idade reprodutiva, com grande impacto na vida pessoal, profissional e na qualidade de vida em geral. É uma doença inflamatória crônica, que ocorre quando o endométrio se desenvolve para fora da cavidade uterina, podendo se deslocar para outros órgãos como ovários, trompas, intestino e, em casos mais graves, pulmão. O endométrio (camada que reveste a parte interna do útero), é responsável por fornecer nutrientes e abrigo ao embrião até a formação da placenta.

Em muitos casos, a doença acontece silenciosamente. No entanto, muitos sintomas, como dor pélvica, cólicas intensas, dor ao urinar, dor para evacuar, dor lombar, fadiga intensa com exaustão física e mental, entre outros sintomas, auxiliam no diagnóstico. O diagnóstico precoce é fundamental para melhoria da qualidade de vida, redução dos sintomas e prevenção de complicações futuras e cirurgias.

Está associada à dismenorreia (cólica menstrual), dispareunia (dor na relação sexual), infertilidade, menstruação volumosa, problemas urinários, dificuldade de evacuação, bem como complicações na reprodução (Hewitt, 2020). Os sintomas podem variar de leves a extremamente debilitantes e podem surgir logo após as primeiras menstruações, mas se intensificam, geralmente, entre 25 e 35 anos (VANNUCCINI, *et al.*, 2022; BULUN, *et al.*, 2019).

A infertilidade é um sintoma relativamente comum em pacientes com endometriose, 30 a 50% das mulheres podem apresentar, sendo afetada pela endometriose de várias maneiras: anatomia distorcida da pelve, aderências, trompas de falópio com cicatrizes, inflamação das estruturas pélvicas, funcionamento alterado do sistema imunológico, implantação prejudicada de uma gravidez e qualidade alterada dos óvulos. A dificuldade de concepção espontânea está relacionada à resposta inflamatória local gerada pelas células endometriais ectópicas, o que leva ao aumento nos níveis de citocinas, interleucinas, fatores de crescimento, fatores angiogênicos e células de defesa. Muitas vezes, o atraso no diagnóstico da infertilidade, causa níveis significativos de estresse (SMOLARZ B., *et al.*, 2021).

Grande parte dos casos de endometriose segue como tratamento a terapia hormonal medicamentosa. Algumas mulheres conseguem amenizar os sintomas, sobretudo a dor pélvica, e até mesmo, em alguns casos, fazer regredir a doença. Em casos graves, pode ser indicada a intervenção cirúrgica para a remoção de lesões na cavidade uterina e outros órgãos. No entanto, algumas pessoas podem conviver com efeitos colaterais da doença, mesmo após procedimentos cirúrgicos e/ou terapias hormonais. Por isso que a complexidade desta doença requer um cuidado integral e multidisciplinar, levando em conta os principais fatores de risco, etiologia e eficácia da terapêutica (ANASTASIU, *et al.*, 2020; RODRIGUES, *et al.*, 2022).

## 1.1 Cenário Epidemiológico da Endometriose no Ceará

No período de 2020 a 2024, no Estado do Ceará foram realizadas 3.100 internações por endometriose. Essas, de caráter crescente desde 2020, sendo que a maior parte (2.344/75%) corresponde às cirurgias eletivas. A **Região de Fortaleza** apresenta o maior número de internações, **(1.212/39 %)**, seguida pela **Região do Cariri (668/21,5%)** e **Litoral Leste Jaguaribe (576/18,5%)**.

A maior parte são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), com um total de 2.328 (75%) internações nessa população. Dentre essas, as mulheres de 40 a 49 anos são o principal grupo, com 1.336 (43 %) internações.

**Tabela 1: Internações por região de saúde - Ceará, 2020-2024**

Região de Saúde	2020	2021	2022	2023	2024	Total
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	132	114	143	88	88	576
SERTÃO CENTRAL	74	100	88	110	86	460
CARIRI	92	88	182	155	148	668
SOBRAL	23	22	32	53	53	184
FORTALEZA	188	141	210	300	361	1212
TOTAL	509	465	655	706	736	3100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**Tabela 2: Internações por endometriose por faixa etária, por Região de Saúde - Ceará, 2020-2024**

Região de Saúde	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 ou mais	Total
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	-	1	14	104	271	110	45	25	6	576
SERTÃO CENTRAL	-	2	24	100	214	82	22	12	4	460
CARIRI	2	5	20	115	341	113	41	26	5	668
SOBRAL	1	1	22	48	70	28	11	2	1	184
FORTALEZA	4	14	146	369	440	121	84	30	4	1212
TOTAL	7	23	226	736	1336	454	203	95	20	3100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**Tabela 3: Internações por cor/raça, por Região de Saúde - Ceará, 2020-2024**

Região de Saúde	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígenas	Sem informação	Total
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	19	3	264	3	-	287	576
SERTÃO CENTRAL	36	3	296	3	1	121	460
CARIRI	30	8	593	4	-	33	668
SOBRAL	17	1	154	-	1	11	184
FORTALEZA	53	23	964	109	-	63	1212
TOTAL	155	38	2271	119	2	515	3100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**Dentre a prevalência por raça, a maior parte, são mulheres pardas (2.271/73%).**

- Cor e Raça é uma classificação usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde 2020. **As classificações adotadas pelo IBGE são: branco, preto, pardo, indígena e amarelo.**
- Cor é a tonalidade da pele. Raça é uma construção social que considera características físicas.
- Etnia - identidade de um povo, de uma população, **considerando suas tradições, cultura, idioma, história e tradições.**
- “População negra”, segundo o **Estatuto da Igualdade Racial** é o conjunto de pessoas que se autodeclararam **pretas e pardas.**
- O termo **“amarelo”**, no Brasil, refere-se a pessoas de origem oriental, como Japão, China, Coreia do Sul e do Norte.

**Internações por tipo de atendimento: Eletivo e Urgência (2020-2024)**

A média de permanência de internação de 2020 a 2024 foi de 2,6 dias em todos os anos estudados, e o total por dias de internamento hospitalar foi de 7.966 dias. **Custo total com essas internações: 3.155.014,16 reais.**

**Tabela 4: Internações por endometriose por atendimento em Região de Saúde**

Região de Saúde	Eletivo	Urgência	Total
LITORAL LESTE/JAGUARIBE	516	60	576
SERTÃO CENTRAL	290	170	460
CARIRI	568	100	668
SOBRAL	137	47	184
FORTALEZA	833	379	1212
Total	2344	756	3100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## 2. Objetivos

- Ampliar o acesso e assegurar a integralidade do cuidado às mulheres com endometriose (ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação), em todos níveis de Atenção à Saúde.
- Promover o acesso aos exames para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno por equipe multidisciplinar.
- Qualificar os profissionais de todos os níveis de Atenção à Saúde (Atenção Primária, Especializada e Terciária).
- Comunicar e disseminar informações relativas à Endometriose.

### 3. Fundamentação legal

**Lei Federal Nº 14.324, de 12 de abril de 2022** - Institui o dia 13 de março como Dia Nacional de Luta contra a Endometriose e a Semana Nacional de Educação Preventiva e de Enfrentamento à Endometriose.

**Portaria Nº 879, de 12 de julho de 2016** - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Endometriose, incorporando os fármacos por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

**Lei Estadual Nº 18.741, de 18.04.24** - Cria a Campanha de Conscientização e Prevenção à doença de Endometriose no âmbito do Estado do Ceará.

**Lei Estadual Nº 18.395, de 19.06.23** - Institui o Dia Estadual de enfrentamento à Endometriose no Estado do Ceará no Calendário Oficial de Eventos e Datas Comemorativas do Estado, a ser comemorado, anualmente, no dia 13 de março.

### 4. Processo de elaboração da Linha de Cuidado

A elaboração das Linhas de Cuidado no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) é um processo participativo, colaborativo, intra e intersetorial, que envolve um conjunto de etapas e muitos atores envolvidos, sob responsabilidade da Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado (COGEC), da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS).

A Linha de Cuidado à Saúde é uma estratégia de organização dos serviços que define as ações a serem executadas nos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), bem como os pontos de atenção e referências para o atendimento, estabelece diretrizes e orientações para profissionais de saúde, gestores e usuários, além de fluxos assistenciais que facilitam o acesso à saúde.

Quanto à abrangência, a Linha de Cuidado poderá ser para atendimento local, no âmbito do território municipal, com fluxo assistencial entre as unidades de saúde municipais, regional, hospitalar, estadual. Depende da complexidade, da capacidade instalada, dos recursos disponíveis e das pactuações estabelecidas.

A implantação e definição dos pontos de atenção e referências para o atendimento no âmbito das Regiões de Saúde são definidas regionalmente, considerando a realidade local, a capacidade instalada para a prestação de serviços e os recursos disponíveis, de pessoal, sistema de apoio e diagnóstico, logística e pactuações entre os gestores da saúde.

## 4.1 Atores envolvidos no processo

Os atores que participam do processo de construção da Linha de Cuidado, variam de acordo com a temática, especificidade e complexidade da Linha. Participam profissionais de todos os níveis de atenção, representação das áreas técnicas da Secretaria da SESA, instituições governamentais, não governamentais, Associações, Sociedades Médicas, Conselhos e entidades de classe profissionais, especialistas convidados, Universidades, representação do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS/CE), Conselho Estadual de Saúde (CESAU), entre outras participação.

## 4.2 Etapas do processo de construção

**Quadro 1: Etapas do processo de construção da Linha de Cuidado para o planejamento das ações e tomada de decisões.**

1	Avaliação da necessidade, de acordo com as prioridades estabelecidas pela gestão e demandas dos diversos segmentos da sociedade.
2	Levantamento dos dados epidemiológicos, informações, legislação e evidências, para subsidiar a construção do documento base norteador da Linha de Cuidado.
3	Elaboração de documento/texto base pela Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado para iniciar as discussões com o grupo técnico.
4	Formalização do Grupo Técnico para elaboração da Linha do Cuidado.
5	Definição da metodologia e cronograma de trabalho.
6	Apresentação e discussão da proposta na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
7	Ajustes na proposta, quando necessário e posterior pactuação.
8	Pactuação na CIB com os gestores estaduais e municipais da saúde.
9	Publicação da Linha de Cuidado no Diário Oficial do Estado (DOE), pela Secretaria da Saúde do Estado, instituindo a Linha de Cuidado no âmbito do Estado do Ceará.
10	Estratégias para implantação.

## 5. Responsabilidades por Nível de Atenção à Saúde

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

#### Em relação a Endometriose, compete à Atenção Primária à Saúde (APS):

- Identificar a população de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que apresentam sinais e sintomas ou suspeita clínica de endometriose.
- Acolher e realizar triagem das mulheres com queixas de dores persistentes e rastrear clinicamente as causas mais comuns de condições associadas.
- Estimular o uso oportuno e adequado de tecnologia digital visando o cuidado e evitando deslocamentos.
- Promover ações educativas aos profissionais de saúde para triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
- Elaborar Plano Terapêutico Singular, com início precoce de medicamentos analgésicos e bloqueio hormonal.
- Assegurar o medicamento necessário ao tratamento integral da pessoa com endometriose, os quais devem estar contemplados na relação estadual e/ou municipal de medicamentos.
- Coordenar o cuidado e prestar assistência terapêutica multiprofissional, com avaliação da Equipe e-multi: psicologia, nutrição e fisioterapia, ainda na APS.
- Encaminhar mulheres com sinais de gravidade (alerta) que não responderam ao tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para a Atenção Especializada Ambulatorial.
- Casos sem resposta clínica satisfatória, devem ser encaminhados ao ginecologista de referência para uma avaliação mais criteriosa e novas opções medicamentosas. Nesta solicitação é obrigatório detalhar os critérios que legitimam a avaliação e colocar a Classificação Internacional de Doenças (CID).

#### Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que visam a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. São estratégias de tratamento não-farmacológico, e desempenham papel importante para o tratamento da dor na perspectiva do autocuidado, levando em consideração seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais.

Com foco na atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) e em atividades desenvolvidas por grupos educativos e equipes multiprofissionais, foram selecionadas as PICS mais adequadas ao cuidado de mulheres com endometriose, com o objetivo de minimizar os impactos negativos da doença na saúde feminina. Entre as práticas recomendadas, destacam-se: **Arteterapia, Biodança, Bioenergética e Terapia Comunitária Integrativa**, entre outras.

## 5.2 Atenção Domiciliar

Deve ser indicada para pessoas com endometriose que se encontram em condições incapacitantes, em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

Quando a pessoa está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF)/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP) dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

## 5.3 Atenção Especializada

Entende-se por Atenção Especializada, de acordo com a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria GM/MS nº 1.604/2023, o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde com maior densidade tecnológica. Compreende, entre outras, as seguintes ações e serviços, previstos em políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I. a Rede de Urgência e Emergência (RUE);
- II. os serviços de reabilitação;
- III. os serviços de atenção domiciliar;
- IV. a rede hospitalar;
- V. os serviços de atenção materno-infantil;
- VI. os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT);
- VII. os serviços de atenção psicossocial;
- VIII. os serviços de sangue e hemoderivados;
- IX. a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos.

Nesse nível de atenção, o acompanhamento é realizado por ginecologista, que deve avaliar sinais de alarme, solicitar exames confirmatórios e verificar se o tratamento clínico e multiprofissional foi iniciado na APS.

### Compete à Atenção Especializada:

- Matriciamento em endometriose para Atenção Primária;
- Educação continuada e atualização de casos de endometriose;
- Diagnóstico, tratamento e seguimento especializado adequados;
- Realização de exames complementares especializados para esclarecimento diagnóstico (ultrassonografia abdominal, ultrassonografia pélvica transvaginal e de vias urinárias com preparo intestinal) em pacientes refratárias ao tratamento clínico, com piora dos sintomas ou em investigação de infertilidade sem causa aparente;
- Assistência ambulatorial especializada multiprofissional, conforme demandas encaminhadas por meio da regulação;
- Diagnóstico dos casos com indicação para procedimento cirúrgico e encaminhamento da demanda por meio da regulação;
- Encaminhamento à Atenção Primária para acompanhamento e à unidade terciária, quando pertinente.

## 5.4 Atenção Terciária

A atenção Terciária será desenvolvida nos hospitais habilitados para este atendimento.

### Compete à Atenção Terciária:

- Tratamento clínico, quando não disponível na Atenção Especializada;
- Realização de cirurgias, quando necessário e/ou apresentar maior risco à saúde;

## 5.5 Critérios para o encaminhamento por Nível de Atenção à Saúde

Condições Clínicas que devem ser conduzidas para a Atenção Especializada (AE)	Condições Clínicas que devem ser conduzidas para a unidade terciária
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mulheres que não possuem indicação para cirurgia ou que estejam em tratamento com DIU hormonal;</li><li>▪ Casos em seguimento pós-cirúrgico;</li><li>▪ Condições associadas a sintomas e sinais de alerta;</li><li>▪ Mulheres com diagnóstico clínico submetidas ao tratamento inicial na Atenção Primária à Saúde (APS) que não apresentam resposta clínica satisfatória;</li><li>▪ Mulheres com suspeita de endometriose e sinais clínicos de doença profunda, SEM achados ultrassonográficos sugestivos de tumor anexial ou comprometimento de vísceras abdomino-pélvicas (intestino, bexiga, ureter);</li><li>▪ Mulheres com diagnóstico de distúrbios psicológicos significativos;</li><li>▪ Casos com diagnóstico já elaborado, mas que apresentam sinais de alerta, como endometrioma ovariano identificado por ultrassom transvaginal e confirmado após 3 a 6 meses de tratamento com anticoncepcionais;</li><li>▪ Presença de sinais ou sintomas sugestivos de endometriose profunda, como dor à evacuação, sangramento intestinal perimenstrual, dor glútea, perineal e/ou ciática significativa associada.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Casos que demandam métodos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados não disponíveis na AE;</li><li>▪ Mulheres acompanhadas na AE que não apresentaram resposta clínica satisfatória;</li><li>▪ Mulheres com suspeita de endometriose com sinais clínicos de doença profunda e achados ultrassonográficos sugestivos de tumor anexial ou comprometimento de vísceras abdominais e/ou pélvicas (intestino, bexiga, ureter, entre outros);</li><li>▪ Mulheres com suspeita de endometriose que não respondem ao tratamento com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), contraceptivos hormonais ou outras medicações;</li><li>▪ Mulheres com suspeita de dor com origem na parede abdominal ou no períneo (incluindo a região vulvar), sem resposta ao tratamento inicial.</li></ul>

As informações sobre o histórico da pessoa encaminhada é fundamental para que se tenha um diagnóstico e tratamento mais assertivo. Para tanto, **toda paciente encaminhada deverá levar junto:**

- **O laudo com o resumo da história clínica e/ou motivo do encaminhamento com CID-10;**
- **Resultado de todos os exames realizados com data;**
- **Tratamento prescrito e procedimentos que foram realizados, incluindo medicamentos,**

## 6. Cuidado à pessoa com Endometriose

### 6.1 Avaliação Clínica

A **avaliação clínica na Atenção Primária** é um passo primordial para o diagnóstico e tratamento da endometriose para determinar os grupos de maior ou menor risco para tratar a doença. É necessária a escuta qualificada, acolhimento humanizado e embasamento científico para compreender os processos que a endometriose provoca na saúde da usuária, bem como, os possíveis danos à sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua sociabilidade (ANASTASIU, *et al.*, 2020; RODRIGUES, *et al.*, 2022). Dessa forma, por meio de uma escuta clínica atenta e de um exame físico adequado, é possível iniciar o tratamento clínico e encaminhar a mulher para uma abordagem multidisciplinar.

- **Acolhimento e escuta qualificada:** Trata-se de uma coleta sensível e cuidadosa de informações sobre o histórico familiar das mulheres e de suas histórias individuais, quanto às cólicas menstruais, dores pélvicas e medos de infertilidade, como ainda ajudar a mulher a identificar a presença de sintomas recorrentes no período menstrual (como alterações no intestino, urina, dores em outras partes do corpo, enxaquecas, vômitos, desmaios), acolhendo os receios e anseios da vida sexual e da saúde reprodutiva das mulheres.
- **Anamnese ginecológica:** Avaliação do histórico detalhado dos sintomas, como: pontos dolorosos abdominais e pélvicos ou outro desconforto; queixa de dor pélvica crônica, dismenorreia, dispareunia, infertilidade (vide Quadro 3), história ginecológica e obstétrica (paridade, menarca, sexarca, orientação sexual, data da última gestação, ciclos menstruais, fluxo, dismenorreia). Ressalta-se que, para considerar a possibilidade da endometriose, não há necessidade estrita da presença de todos os sintomas, entretanto, a presença de alguns deles já orienta ao diagnóstico e conduta inicial.
- **História pregressa da doença:** Caracterizar cronologicamente a sequência dos eventos que trouxeram ao quadro atual. Relatos de quadros infecciosos anteriores, infecções sexualmente transmissíveis prévias, sintomas sutis com pouca dor, sem febre e corrimento discreto que podem persistir após quadro infeccioso inicial mais importante.

#### Quadro 2: Sintomas comuns apresentados pelas mulheres com endometriose durante a idade reprodutiva.

<b>Mais frequentes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dismenorreia de caráter progressivo;</li><li>▪ Dispareunia: os implantes são preferencialmente peritoneais ou lesões profundas. Caso as lesões estejam situadas no colo, hímen, períneo e cicatrizes de episiotomia, a dispareunia esperada é de entrada;</li><li>▪ Dor pélvica de caráter crônico e descrita como latejante e/ou em queimação; Todos esses sintomas podem ocorrer isolados ou concomitantes, associando uma maior probabilidade do diagnóstico de endometriose com uma maior combinação de manifestações clínicas simultaneamente.</li></ul>
------------------------	---

<b>Menos frequentes e comumente associados à doença profunda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dor glútea, perineal e/ou ciática significativa;</li> <li>▪ Alterações urinárias cíclicas: quando o tecido endometrial acomete estruturas como bexiga e ureteres, pode causar sintomas de disúria, polaciúria, hematúria e urgência miccional no período menstrual;</li> <li>▪ Disquesia: quando acomete o trato gastrointestinal pode apresentar desconforto intestinal, dor à evacuação, distensão abdominal, constipação, sangramento intestinal, mobilidade uterina reduzida e/ou nódulos retro cervicais ou em septo reto vaginal;</li> <li>▪ Dores abdominais e massas abdominais dolorosas indicam que os implantes endometrióticos ocorrem na parede abdominal, podendo se relacionar ciclicamente com a menstruação ou se apresentar de forma contínua.</li> </ul>
--	--

**Quadro 3: Principais sintomas/queixas relacionados à endometriose.**

<b>Doença dos 6 D's</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dismenorréia intensa</li> <li>▪ Dispareunia</li> <li>▪ Dor Pélvica Crônica</li> <li>▪ Disquesia menstrual</li> <li>▪ Disúria menstrual</li> <li>▪ Dificuldade de engravidar</li> </ul>
-------------------------	---

Fonte: Chapron, C. *et al.* Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. 2019 Nov;15(11):666-682

**Quadro 4: Quadro para anamnese Clínica da Endometriose.**

<b>História da dor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dismenorréia intensa</li> <li>▪ Dor pélvica crônica</li> <li>▪ Dispareunia profunda</li> <li>▪ Disquesia menstrual</li> <li>▪ Disúria menstrual</li> </ul>
<b>História menstrual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menarca precoce</li> <li>▪ Polimenorréia</li> <li>▪ Menorragia</li> <li>▪ Hematoquesia</li> <li>▪ Hematúria menstruais</li> </ul>
<b>Saúde Reprodutiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faixa etária reprodutiva</li> <li>▪ Nuliparidade</li> <li>▪ Infertilidade</li> <li>▪ Dor após interrupção do Anticoncepcional oral</li> </ul>
<b>Exame ginecológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Útero retrovertido com fixação</li> <li>▪ Massa pélvica retro uterina ou anexial com fixação</li> <li>▪ Nódulos ou espessamentos no fundo de saco</li> <li>▪ Hiperalgisia (pontos gatilhos) no fundo de saco</li> </ul>
<b>Diagnóstico diferencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndrome do intestino irritável</li> <li>▪ Doença inflamatória pélvica</li> <li>▪ Cistite intersticial</li> <li>▪ Câncer de ovário</li> <li>▪ Câncer de intestino</li> </ul>

## 6.2 Diagnóstico

O diagnóstico da endometriose deve ser dado por meio da **avaliação clínica detalhada, histórico médico e exame físico** (essa avaliação é a primeira linha para o diagnóstico), sendo indicado iniciar o tratamento devido à presença dos sintomas, **mesmo sem exames de imagem**.

**O diagnóstico da endometriose necessita de abordagem individualizada. Nem sempre todas as etapas mencionadas abaixo são utilizadas em todos os casos de suspeitas de endometriose.**

- **Exame físico:** É o primeiro passo para o diagnóstico. É importante uma ampla abordagem, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos. O toque vaginal e/ou retal, determina a presença de qualquer anormalidade palpável, como cistos no ovário, nódulos no fundo vaginal, desconforto e aderências, mas não é suficiente para confirmar o diagnóstico de endometriose.

### 6.2.1 Exame abdominal e ginecológico

- **Exame abdominal:** deve-se afastar diagnósticos de massas pélvicas ou síndrome miofascial. Tal avaliação é feita pela palpação abdominal e uso de técnicas semiológicas - como Sinal de Carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorsiflexão do tronco).

- **Manobra pélvica bimanual (toque bimanual):** é necessário somente em situações especiais. Muitas pessoas acometidas ainda não tiveram atividade sexual ou apresentam importante sequela de vaginismo, o que torna o exame genital complexo e por vezes proibitivo. Avalia-se presença de nódulos palpáveis, anatomia pélvica, processos aderenciais, sensibilidade e mobilidade entre a parede uterina posterior e anterior do reto, útero retrovertido e acometimento por focos de endometriose. Útero com pouca mobilidade sugere aderências pélvicas, nódulos dolorosos também em fundo de saco posterior podem estar associados a lesões retrocervicais nos ligamentos uterossacros, no fundo de saco vaginal posterior ou intestinais (Filip et al., 2020). Anexos fixos e dolorosos, assim como a presença de massas anexiais, podem estar relacionados a endometriomas ovarianos (Febrasgo, 2018).

- **Exame especular:** presença de nodulações hipertróficas e hemorrágicas vermelhas ou azuis, geralmente, no fórnice posterior. Nódulos ou rugosidades enegrecidas no fundo de saco posterior. Dessa forma, presença de nódulos ou rugosidades no exame especular, bem como a mobilidade reduzida do útero e anexos fixos e dolorosos à palpação, podem indicar alterações típicas da endometriose. Outros diagnósticos que devem ser afastados são as aderências pós-cirúrgicas e doenças intestinais, entre outras.

### 6.2.2 Exames complementares

**Os exames de imagem como ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética não são necessários para iniciar o tratamento clínico e/ou multidisciplinar**, uma vez que tenhamos bem caracterizados os sinais e sintomas da doença na avaliação clínica inicial.

Esses exames, entretanto, são úteis para identificar lesões e avaliar a extensão da doença e indispensáveis somente quando se programa uma intervenção cirúrgica, para tratamento de sintomas refratários de dor ou infertilidade.

Devem ser realizados também para aquelas pacientes que após tratamento clínico inicial, apresentam persistência da **sintomatologia, agravamento ou mudança significativa do padrão dos sintomas.**

**Os métodos diagnósticos não invasivos (clínico e de imagem)** são fundamentais para a decisão de como e quando deve-se indicar o procedimento cirúrgico. Entretanto, não se deve esperar a realização de exames de imagem para se conduzir terapêuticamente a endometriose, uma vez que haja refratariedade ao tratamento e indicação de terapêutica cirúrgica, os exames de imagens são fundamentais.

**Ultrassonografia:** É uma técnica de imagem não invasiva para avaliar a endometriose. É a mais utilizada na avaliação de cistos ovarianos endometrióticos, que se apresentam em espectro ultrassonográfico variado. Diante disso, devido suas variações na ultrassonografia, podem se assemelhar a outras doenças (como cistos hemorrágicos ou de corpo lúteo). Logo é necessário a realização de diagnósticos diferenciais (Filip et al., 2020; Kido et al., 2022).

**Nem toda endometriose será visualizada por imagem, e a imagem não pode ser usada para descartar a endometriose.**

### Ultrassonografia Transvaginal (USTV)

É a técnica de imagem padrão de identificação de endometriomas ovarianos, pois tem alta sensibilidade e especificidade. Pode ser complementar às medidas de diagnóstico clínico e melhorar a precisão quando usada em conjunto com sintomas, histórico do paciente e/ou achados físicos.

### Principais indicações com preparo intestinal

- Pacientes com quadro clínico e exame físico com evidências de endometriose que apresentem refratariedade ao tratamento clínico multidisciplinar, com potencial indicação de terapêutica cirúrgica (ausência de melhora dos sintomas após 3 a 6 meses);
- No pré-operatório, caso o exame anterior não seja congruente com sintomas atuais ou apresentar mais de 1 ano;
- No pós-operatório com recidiva de sintomas.

### Ressonância Magnética (RM) da Pelve

A ressonância magnética é uma opção não invasiva de exame de imagem; deve estar disponível somente para casos específicos, indicado pelo ginecologista. É uma ferramenta importante para planejamento pré-cirúrgico, principalmente quando temos outras afecções como leiomiomas, por exemplo. A sua alta resolução de contraste e a possibilidade de combinar várias sequências, facilita o fornecimento de informações detalhadas das localizações e características histológicas da endometriose (Filip et al., 2020; Pirtea et al., 2022).

**Locais mais frequentes da doença a serem avaliados:** útero, região retro e paracervical, ligamentos redondos e os uterossacos, o fórnice vaginal posterior, o septo retovaginal, o retossigmoide, o apêndice, o ceco, o íleo terminal, a bexiga, os ureteres, os ovários, as tubas e as paredes pélvicas. A complementação com a avaliação dos rins e do diafragma direito é desejável, principalmente, quando há suspeita clínica ou no exame radiológico da pelve.

De acordo com a localização dos implantes endometriais ectópicos, há uma variabilidade de sintomas que vão desde o quadro típico à manifestações urinárias e intestinais, ou, até mesmo, mulheres assintomáticas que só diagnosticaram endometriose ao investigar infertilidade.

## 6.3 Tratamento

O tratamento deve ser precoce, prioritariamente, **iniciado na Atenção Primária à Saúde (APS)** baseado na história clínica e exames físicos, uma vez que a endometriose não tratada impacta diretamente na qualidade de vida da mulher, relacionamentos, trabalho, educação e saúde geral.

A complexidade do quadro requer cuidado integral e multidisciplinar, levando em conta os principais preditores de risco, etiologia e eficácia da terapêutica, considerando os seguintes fatores:

- **Plano Terapêutico Singular (PTS):** Deve ser elaborado pela equipe multiprofissional envolvida, incluindo todos os tratamentos adequados às necessidades de cada mulher, buscando o alívio dos sintomas, supressão da progressão da doença e proteção da fertilidade.

- **Opções terapêuticas:** Devem ser elencadas de acordo com indicações específicas, efeitos secundários, efeitos colaterais, eficácia, tolerabilidade, custo, disponibilidade do método e as peculiaridades da paciente.

- **Tratamento individualizado:** Considerar a escolha da paciente, idade e desejo reprodutivo, a intensidade e gravidade dos sintomas, extensão e localização das lesões, bem como o impacto da doença e de seu tratamento na sua qualidade de vida, possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, além de aconselhar sobre as opções de tratamento (ACOG, 2018).

- **Tratamento multidisciplinar:** A endometriose é uma enfermidade multifatorial, portanto, recomenda-se que o Plano Terapêutico contemple o cuidado integral com a Equipe multidisciplinar em todos os momentos e durante todo o ciclo de vida reprodutiva da mulher, abrangendo os aspectos biopsicossociais (Rosa e Silva et al, 2021).

- **Hormonioterapia** (anticoncepcional oral, injetável ou implante): Associada ao uso de analgésicos, é a primeira opção para tratar os efeitos da endometriose. Lembrando que essa terapêutica é fundamentalmente de suporte, não tem efeito citorredutor para os focos de endometriose, portanto, não elimina a doença nem bloqueia sua progressão histológica. Traz, entretanto, significativa melhora na qualidade de vida por remissão de sintomas e redução de potenciais complicações associadas e consequentes.

### 6.3.1 Tratamento Medicamentoso

O tratamento medicamentoso da endometriose é frequentemente a primeira linha de abordagem para aliviar os sintomas, reduzir o crescimento do tecido endometrial fora do útero e melhorar a qualidade de vida das

pacientes.

O tratamento empírico com bloqueio hormonal é comumente iniciado visando o gerenciamento dos sintomas sem confirmação propedêutica prévia da doença, apenas com a suspeita clínica, e possui como objetivo reduzir a dor através de uma variedade de mecanismos, incluindo: minimização da inflamação, interrupção ou supressão da produção de hormônio cíclico ovariano, inibição da ação, síntese do estradiol e redução ou interrupção da menstruação.

### 6.3.2 Tratamento Não Hormonal

Comumente utilizado para aliviar a dismenorréia e reduzir a inflamação associada à endometriose, no entanto, esses medicamentos não tratam a causa subjacente da doença e são geralmente mais eficazes no alívio temporário da dor.

Esses medicamentos podem incluir analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Tem como vantagem a utilização apenas no período de dismenorria. Pacientes com quadro de dismenorria primária, tendem a responder com melhora parcial ou total das dores com esses fármacos. Para dor pélvica crônica com refratariedade aos tratamentos hormonais e com AINES, recomenda-se o uso de neuromoduladores com o intuito de controlar a dor neuropática, destacando-se pregabalina, fluoxetina e amitriptilina.

**Quadro 5: Terapia Medicamentosa não hormonal.**

<b>AINES</b>	Ibuprofeno 400-800 mg a cada 8h
<b>Amitriptilina</b>	50 mg, 1x ao dia
<b>Fluoxetina</b>	20 mg, 1x ao dia
<b>Pregabalina</b>	75 mg , 1-2 x ao dia

### 6.3.3 Tratamento Hormonal

Pacientes que não atendem ao tratamento inicial com analgésicos ou AINES, devem ser avaliadas para bloqueio hormonal, causando supressão estrogênica e levando a diminuição da proliferação tecidual e inflamação local.

A paciente que não apresenta um quadro tão grave de endometriose, mas sente muita dor (dismenorria, dispareunia, disquesia, disuria, dor lombar ou mesmo dor pélvica crônica), o tratamento hormonal, normalmente com indução de amenorria, é uma boa opção para a diminuição e controle da dor pélvica crônica.

O bloqueio hormonal causa supressão estrogênica, levando à diminuição da proliferação tecidual e inflamação local. Basicamente, esses agentes inibem o crescimento dos implantes por decidualização e atrofia do endométrio ou por meio da supressão dos hormônios esteróides ovarianos e indução de um estado de hipoestrogenismo (Wang, 2022).

Como opções temos:

- Contraceptivos hormonais: orais, injeções mensais ou trimestrais, dispositivos intrauterinos (DIUs) liberadores de Levonorgestrel, sendo muitas vezes associados à AINES, entre outros.

- As drogas hormonais investigadas: progestagênios isolados e os contraceptivos anticoncepcionais orais combinados (COCs) – mostram-se igualmente efetivas no alívio da dor.
- Os análogos de GnRH apresentam bons resultados no tratamento da dor pélvica crônica grave não cíclica e no sangramento uterino anormal. No entanto, seu uso é limitado pelo tempo máximo recomendado (3 a 6 meses) e pelos efeitos colaterais associados ao hipogonadismo hipogonadotrófico, como fogachos, ressecamento vaginal, osteopenia/osteoporose, entre outros. Por essas razões, devem ser utilizados com cautela e apenas em casos muito específicos — como em pacientes próximas à menopausa, ou em preparação para cirurgia ou técnicas de fertilização in vitro.
- Não havendo sinais de gravidade clínica, como por exemplo, doença profunda com risco de obstrução intestinal ou urinária, ou cistos anexiais com risco de rotura ou torção, recomendamos o uso do contraceptivo hormonal por um tempo mínimo de três meses para aferir resposta clínica no próprio nível primário.
- Não havendo resposta satisfatória, encaminhar para ambulatório especializado ou centro de referência terciário, e só então solicitar exames complementares de imagem de maior complexidade.

#### Quadro 6: Terapia Hormonal.

Primeira linha de tratamento hormonal	
<b>Anticoncepcional Oral Combinado</b>	Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg Etinilestradiol 0,02 mg + gestodeno 0,075 mg Etinilestradiol 0,015 mg + gestodeno 0,060 mg Etinilestradiol 0,02 mg + Desogestrel 0,15 mg Valerato de estradiol 1 a 3 mg + dienogeste 2 a 3 mg
<b>Anticoncepcional com Progestágeno Isolado</b>	Desogestrel 75 mg Dienogest 2mg
<b>Anticoncepcional Injetável</b>	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL
<b>LARCs</b>	SIU - LNG 52 mcg ou Implanon
Segunda linha de tratamento hormonal	
<b>Análogos do GnRH</b>	Leuprolide, Goserelina
<b>Inibidor da Aromatase</b>	Letrozole

#### Seguimento:

- Uma vez que a pessoa tenha boa resposta clínica ao tratamento proposto, seu seguimento deve ser realizado com primeiro retorno após três meses e os demais **a cada seis meses** para reavaliação clínica, anamnese dirigida e seguimento com fisioterapia, nutrição e psicologia (Equipe e-multi).

- Não há recomendação de tempo para repetição de exames de imagem no segmento clínico da paciente na busca de marcadores que possam indicar a progressão da doença. O seguimento é clínico, a princípio.
- O exame de USTV será necessário se houver piora das queixas ou grave mudança do quadro clínico.
- Mulheres com sinais de gravidade (alerta), ou os casos de insucesso com o tratamento clínico inicialmente proposto deverão ser encaminhadas para a Atenção Especializada Ambulatorial (AEA).

### 6.3.4 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico via de regra não deve ser a primeira conduta. **O tratamento clínico é prioritário.** Mulheres que apresentam ausência de evolução positiva ao tratamento clínico após acompanhamento adequado ou apresentar efeitos adversos que prejudicam a qualidade de vida são fortes candidatas à cirurgia.

O objetivo é a remoção completa de todos os focos de endometriose, restaurando a anatomia e preservando a função reprodutiva. Em alguns casos, a cirurgia pode ser recomendada para eliminar os pontos de crescimento do tecido endometrial.

A Vídeo laparoscopia possibilita uma intervenção minimamente invasiva, com visão 3D e movimentos extremamente precisos e delicados, causando o menor trauma possível aos tecidos.

### Indicações

**Situações específicas onde a cirurgia deve ser indicada como primeira conduta:**

- Quando a paciente com endometriose apresenta quadro clínico grave, com obstrução intestinal presente ou iminente, devido à extensão da lesão de acometimento intestinal acima de 50% da circunferência do retossigmoide;
- Em toda lesão intestinal profunda de Íleo, independente do percentual de acometimento, devido à risco iminente de obstrução, mesmo que não haja queixa de dor;
- Mulheres com obstrução urinária por lesão de endometriose compressiva no ureter que evoluem com hidronefrose ou hidroureter, com risco iminente de perda de função renal;
- Presença de endometrioma ovariano volumoso (especialmente acima de 8cm) ou de qualquer dimensão, que tenham evoluído com torção ou ruptura constituindo quadro de abdome agudo;
- Infertilidade refratária ao tratamento inicial: nessa situação, é fundamental avaliar a viabilidade da fertilização *in vitro* ou a cirurgia.

### 6.4 Cuidado Multiprofissional

A endometriose é uma enfermidade multifatorial. Portanto, o seu manejo eficaz depende de uma abordagem integrada e personalizada, que considera não apenas os aspectos físicos, mas também o bem-estar emocional e a qualidade de vida das pacientes.

Uma equipe multidisciplinar especializada, sempre que possível, deve ser envolvida no cuidado integral, abrangendo todos os aspectos biopsicossociais da paciente (Rosa e Silva et al, 2021). Recomenda-se que o Plano Terapêutico contemple, além das formas mais clássicas, como abordagem medicamentosa e cirúrgica, a psicoterapia de apoio, fisioterapia, a educação física e acompanhamento nutricional, podendo ainda contar com as Práticas Integrativas Complementares (PICS).

### 6.4.1 Cuidado Nutricional

A endometriose impacta na saúde geral, afetando o metabolismo e levando à inflamação sistêmica e crônica. Considerando que a redução da inflamação é central no tratamento da pessoa com endometriose, o cuidado com a dieta se faz necessário, sendo um dos fatores modificáveis que pode ter influência na inflamação. É importante manter uma alimentação saudável, com uma dieta rica em nutrientes antioxidantes e anti-inflamatórios, como: curcumina, n-acetilcisteína, ômega 3, vitamina D, zinco, resveratrol, frutas, principalmente as cítricas; vitaminas A, C, E, B6, B9 (ácido fólico) e B12, além de grãos integrais, fibras, castanhas, nozes, peixes, entre outros. Alimentos industrializados ultraprocessados ricos em gorduras trans e saturadas devem ser evitados (Helbig et al., 2021; Piecuch et al., 2022).

Com relação às fontes proteicas, a carne vermelha demonstra ter uma relação de aumentar a frequência de diagnóstico de endometriose quando o consumo excede mais de 2 porções ao dia. O consumo de ovo e aves parece ter efeito similar, porém, ainda são necessários mais estudos. O consumo de peixes tem efeito protetor e pode se dar pelo seu menor teor e o tipo de gordura em sua composição (Arab et al., 2022).

A dieta é um fator modificável que demonstra ser um tratamento adjuvante. Por ser uma doença crônica, muitas mulheres deverão ser acompanhadas por anos na condução de sua doença e sintomas e a alimentação tem importante papel neste seguimento.

### 6.4.2 Fisioterapia

As terapias conservadoras não-farmacológicas são recomendadas como tratamento complementar de primeira linha para mulheres com dor pélvica crônica (DPC) por serem intervenções de baixo risco, de excelente custo-benefício e que comprovadamente oferecem melhora da dor, da funcionalidade e da qualidade de vida (CHEONG; SMOTRA; WILLIAMS, 2014; NICKLAS *et al.*, 2022).

Diretrizes internacionais como a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (“Chronic Pelvic Pain”, 2020), European Association of Urology (EAU) (ENGELER *et al.*, 2025), Journal of Obstetrics and Gynecology Canada (JOGC) (ALLAIRE *et al.*, 2024), International Pelvic Pain Society (IPPS) e International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (VILLEGAS-ECHEVERRI *et al.*, 2025), confirmam a necessidade de intervenções interdisciplinares e reforçam os altos níveis de recomendação para a inclusão de abordagens da fisioterapia no tratamento da dor pélvica crônica em mulheres.

Estudos desenvolvidos com mulheres com DPC revelam a importância da abordagem multimodal da fisioterapia, podendo incluir estratégias de educação em saúde em dor crônica, estímulo à prática de exercícios físicos aeróbicos, cinesioterapia individual e/ou em grupo, técnicas de terapia manual e a utilização de recursos eletrotermofototerapêuticos.

#### 6.4.2.1. Fisioterapia na APS no Cuidado às Mulheres com Endometriose

**Intervenções multiprofissionais precisam ser organizadas nas unidades de APS no cuidado às mulheres com endometriose. Em relação à fisioterapia, para que o serviço seja implementado baseado em evidência científica, se faz necessário:**

- A construir um modelo de cuidado fisioterapêutico em grupo para mulheres com DPC assistidas na APS;

- Criar fluxo da fisioterapia para referência e para mulheres com dor pélvica crônica, gerando mudanças positivas na qualidade de vida das mulheres acometidas pela endometriose e que tenha uma execução viável aos membros da equipe multidisciplinar e da equipe de fisioterapia;
- Avaliar a viabilidade da implementação de atendimentos em grupo para mulheres com DPC na APS por meio da adesão e desfechos relacionados à dor e funcionalidade;
- Treinar a equipe para disseminação de informações sobre dor pélvica crônica (DPC), identificação e manejo em grupo dessas pacientes;
- Avaliar a percepção dos fisioterapeutas sobre a implantação do serviço-piloto de fisioterapia para DPC antes (período de capacitação), durante (12 semanas após o início do grupo) e após (6 meses após o início do grupo);
- Formar grupos multidisciplinares sobre educação em dor;
- Implementar grupos de cinesioterapia para mulheres com dor pélvica contrarreferência de serviços de fisioterapia pélvica especializada no SUS (policlínicas e ambulatórios hospitalares);
- Criar grupo de cinesioterapia para mulheres com DPC será realizado de forma contínua e ininterrupta, permitindo o ingresso de novas participantes a cada encontro, estruturar o funcionamento, estratégias, entre outras ações.

### 6.4.3 Educação Física na Saúde da Mulher com Endometriose

Um aspecto inovador que pode somar à linha de cuidado é a incorporação de tecnologias na prática da Educação Física. Programas remotos com vídeos, aplicativos e telemonitoramento vêm mostrando bons resultados em termos de acessibilidade e continuidade do cuidado, especialmente, em contextos onde o atendimento presencial é limitado.

A prática regular de atividade física pode modular respostas inflamatórias, melhorar a regulação hormonal e reduzir sintomas associados à doença, como ansiedade e depressão. Dessa forma, a Educação Física é uma aliada estratégica no enfrentamento da endometriose, tanto na sua prevenção quanto no seu manejo clínico.

A atuação da Educação Física junto com a Fisioterapia é fundamental para melhores resultados e eficácia das intervenções. A supervisão qualificada potencializa os efeitos clínicos, promove maior adesão e permite a individualização do programa conforme o ciclo menstrual, níveis de dor e fadiga da paciente. Além disso, a abordagem educacional integrada ao exercício e informações sobre autocuidado.

## 6.5 Cuidado com a Saúde Mental

A endometriose pode afetar significativamente a saúde mental. O tratamento é demorado, as dores e os efeitos colaterais dos medicamentos podem ocasionar diversos problemas emocionais, sociais e de relacionamentos, levando à ansiedade, depressão, estresse e impacto na autoestima.

O estresse diário de conviver com a dor e a sensação de falta de controle sobre a própria saúde podem desencadear ou intensificar a ansiedade.

O acompanhamento psicológico, pode ajudar a mulher a lidar com a dor crônica, elaborar emoções negativas, lidar com questões relacionadas à sexualidade e infertilidade, além de fortalecer a autoestima e melhorar a comunicação com familiares e parceiros. Enfim, pode **melhorar a qualidade de vida das pacientes, promover o bem-estar emocional e auxiliar na adaptação a essa condição crônica.**

### 6.5.1 Estratégias para o Cuidado à Saúde Mental das Mulheres com Endometriose

- **Implementar as PICS e o apoio matricial da Rede de Atenção Psicossocial;**
- **Garantir um espaço seguro e acolhedor** para livre expressão de sentimentos;
- **Utilizar técnicas de respiração e atenção plena**, ajudam a reduzir o estresse e a trazer mais calma para a mente e o corpo;
- **Psicoterapia (Rede de Atenção Psicossocial):** recomendada para quem convive com dor crônica, pois ajudam a modificar pensamentos negativos e a desenvolver estratégias para lidar com o estresse;
- **Fortalecimento da Rede de apoio:** composta por familiares, amigos, terapeutas ou grupos de apoio de outras mulheres que enfrentam a mesma condição.

## 7. Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

**Quadro 8: Atividades de apoio e logística consideradas suportes essenciais para o atendimento às demandas e logística eficiente.**

<b>Sistemas de apoio</b>	<b>Apoio Diagnóstico e Terapêutico:</b> Realização de exames complementares ao diagnóstico e tratamento do paciente de acordo com as Diretrizes Clínicas, conforme necessidade e solicitação médica.
	<b>Assistência Farmacêutica:</b> O medicamento necessário ao tratamento clínico do paciente, segue Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Endometriose, conforme normatização e incorporação das tecnologias pela CONITEC/Ministério da Saúde. A Portaria do Ministério da Saúde nº 879, de 12 de julho de 2016, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Endometriose, incorporando os fármacos abaixo por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).
	<b>Sistema de informação em Saúde:</b> Que possibilite integração, registro eletrônico, todo o itinerário do paciente, Teleassistência.
<b>Sistema logístico</b>	Acesso Regulado.
	Registro Eletrônico/ Prontuário.
	Regulação do acesso, controle e avaliação.

### 7.1 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica desempenha um papel relevante no tratamento da endometriose, na seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, controle, distribuição, dispensação, oferecendo o acesso de medicamentos para controlar os sintomas, dores e suprimir o crescimento de tecido endometrial ectópico.

A Portaria nº 879, de 12 de julho de 2016, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Endometriose, estabelece **como opções terapêuticas para Endometriose, os seguintes medicamentos:**

#### Quadro 9: Opções Terapêuticas para Endometriose (PCDT)

- Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg comprimidos ou drágeas;
- Goserrelina 3,6 mg ou 10,8 mg seringa preenchida;
- Leuprorelina 3,75 mg ou 11,25 mg ou frasco-ampola; Trintorelina 3,75 mg ou 11,25 mg frasco-

Fonte: Portaria GM Nº 879, de 12 de julho de 2016.

### 7.1.1 Acesso aos medicamentos

Os medicamentos que fazem parte do protocolo da Endometriose estão contemplados em grupos conforme características, responsabilidades, financiamento e formas de organização distintas.

Os medicamentos **Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg comprimidos ou drágeas e Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL suspensão injetável** contemplados no PCDT da Endometriose fazem parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

**Acesso:** Farmácias das UBS (Unidades Básicas de Saúde) indicadas pela gestão municipal.

**Os medicamentos do PCDT** fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

A solicitação destes medicamentos necessita de um Laudo de Medicamento Especializado (LME) e exames específicos para serem avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão no PCDT.

**Acesso** - A população pode ter acesso por meio das farmácias dispensadoras de todos os municípios, que avalia, autoriza e dispensa os medicamentos prescritos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde no PCDT. No caso da cidade de Fortaleza, a distribuição ocorre nos locais descritos no Anexo 1.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da Endometriose, pode ser acessado no site da Secretaria da Saúde do Estado [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Resumo\\_PCDTs.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Resumo_PCDTs.pdf)

Além dos medicamentos preconizados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose, o SUS disponibiliza também por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e do Programa da Assistência Farmacêutica Secundária (AFS), os seguintes medicamentos:

Ibuprofeno 600 mg comprimido  
Amitriptilina 25 mg comprimido  
Pregabalina 75 mg cápsulas

A população pode ter acesso por meio das farmácias indicadas pela gestão municipal, que, geralmente, se dá nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

### 7.2 Regulação do Acesso, Controle e Avaliação

Objetiva a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Independentemente da fila (exames ou consultas), a reordenação da sequência de atendimento é atualizada o mais precoce e, sempre (ao máximo) que possível, buscando o uso e a otimização dos recursos ofertados a cada momento.

A regulação dispõe de um conjunto de tecnologias para melhorar o acesso à saúde:

- Telessaúde
- Telemedicina
- Teleconsulta
- Teleconsultoria
- Telediagnóstico
- Segunda Opinião Formativa
- Tele-educação
- Telerregulação

## 8. Implantação da Linha de Cuidado

A implantação da Linha de Cuidado depende da organização da Rede de Atenção à Saúde, nos seus diversos aspectos:

- I. Dimensionamento de pessoal: Identificação da necessidade de profissionais em quantidade e disponibilidade de carga horária;
- II. Sistema de apoio e logística: Assistência Farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de informação, equipamentos, materiais, insumos. Sistema logístico: Regulação, registro eletrônico, prontuário, transporte;
- III. Estabelecimento de normas, procedimentos, fluxos operacionais, protocolos, monitoramento e avaliação;
- IV. Definição dos pontos de atenção/referências para o atendimento às mulheres com Endometriose de forma articulada, pactuada no âmbito das Regiões de Saúde.

## Referências

ANASTASIU, C. V. *et al.* **Biomarkers for the noninvasive diagnosis of endometriosis: state of the art and future perspectives.** International Journal of Molecular Sciences, v. 21, n. 5, p. 1750, 2020.

ARAB, A. *et al.* **Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies.** Nutrition Journal, v.21, n.58, 2022.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a **Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES)**, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 879, de 12 de julho de 2016. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p.

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o **Programa Telessaúde Brasil**, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971 de 03 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BULUN, S. E. *et al.* **Endometriosis.** Endocrine reviews, v. 40, n. 4, p. 1048–1079, 17 abr. 2019.

CHAPRON, C. *et al.* **Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis.** Nature reviews. Endocrinology, v. 15, n. 11, p. 666–682, 2019.

CHEN, L. H. *et al.* **A Lifelong Impact on Endometriosis: Pathophysiology and Pharmacological Treatment.** International journal of molecular sciences, v. 24, n. 8, p. 7503–7503, 19 abr. 2023.

CHEN, I. *et al.* **Association between surgically diagnosed endometriosis and adverse pregnancy outcomes.** Fertil Steril 2018; 109:142–7.

COLLINNET, P. *et al.* **Management of endometriosis: CNGOF/HAS clinical practice guidelines - Short version.** Gynecol Obstet Hum Reprod, 2018; 47(7): 265-274.

DIVASTA, A. D. *et al.* **Spectrum of symptoms in women diagnosed with endometriosis during adolescence and adulthood.** Am J Obstet Gynecol 2018; 218:324.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação de endometriose.** 2018.

FILIP, L. *et al.* **Endometriosis Associated Infertility: A Critical Review and Analysis on Etiopathogenesis and Therapeutic Approaches.** Medicina, v. 56, n. 9, p. 460–460, 9 set. 2020.

FRANCO, D. V. **Exames de imagem no diagnóstico da endometriose profunda.** Disponível em: <<https://danielavazfranco.com.br/blog/o-papel-dos-exames-de-imagem-no-diagnostico-daendometriose-profunda/>>. Acesso em: 22 jul. 2024.

FRANÇA, P. R. C., *et al.* **Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options.** Molecules, 2022; 27(13): 4034.

FULDEORE, M. J.; SOLIMAN, A. M. **Prevalence and symptomatic burden of diagnosed endometriosis in the United States: national estimates from a cross-sectional survey of 59,411 women.** *Gynecol Obstet Invest* 2017; 82:453–61.

HELBIG M, VESPER AS, BEYER I, FEHM T. **Does Nutrition Affect Endometriosis?** *Geburtshilfe Frauenheilkd*, v.81, n.2, p.191-199, 2021.

JIANG, L. *et al.* **Inflammation and endometriosis.** *Frontiers in Bioscience (Landmark Edition)*, v. 21, n. 5, p. 941-948, 1 jun.2016. DOI:10.2741/4431. Disponível em: <https://www.bioscience.org/2016/v21/af/4431/fulltext.php>.

JOHNSON, N. P. *et al.* **World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis.** *Hum Reprod* 2017; 32:315–24.

KIDO, A. *et al.* **MRI in the Diagnosis of Endometriosis and Related Diseases.** *Korean journal of radiology/Korean Journal of Radiology*, v. 23, n. 4, p. 426–426, 1 jan. 2022.

LAFAY, P. M. C. *et al.* **A clinical score can predict associated deep infiltrating endometriosis before surgery for an endometrioma.** *Hum Reprod* 2014;29: 1666–76.

MARQUES, P.; MADEIRA, T.; GAMA, A. **Ciclo menstrual em adolescentes: percepção das adolescentes e influência da idade de menarca e excesso de peso.** *Revista Paulista de Pediatria*, v. 40, p. e2020494, 5 jan. 2022.

MORASSUTTO, C. *et al.* **Incidence and estimated prevalence of endometriosis and adenomyosis in northeast Italy: a data linkage study.** *PLoS One* 2016;11:e0154227.

MUELLER, C. *et al.* **Multidisciplinary surgical management of severe posterior compartment endometriosis.** *Surgical endoscopy/Surgical endoscopy and other interventional techniques*, 19 jun. 2024. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-10969-7>>.

GUIDELINES. National Institute for Health and Care Excellence. **Endometriosis: diagnosis and management (NG73).** London, United Kingdom; 2017. Available at: <http://nice.org.uk/guidance/ng73>. Accessed May 18, 2024.

PIECUCH, M. . **I Am the 1 in 10—What Should I Eat? A Research Review of Nutrition in Endometriosis.** *Nutrients*, 2022.

PIRTEA, P. *et al.* **Infertility workup: identifying endometriosis.** *Fertility and sterility*, v. 118, n. 1, p. 29–33, 1 jul. 2022.

STERIL, F. *et al.* Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. **Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion.** 2014; 101:927–35.

RODRIGUES, L.A. *et al.* **Analysis of the influence of endometriosis on quality of life.** *Fisioter. Mov.* v.35, e35124, 2022. Rosa e Silva JC, Valerio FP, Herren H, Troncon JK, Garcia R, Poli Neto OB.

FEBRASGO. **Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento.** *Revista Femina*, v. 49, n. 3, p. 134-141, 2021.

STERIL, F. **Revised American Fertility Society classification of endometriosis.** 1985;43(3):351-2.

SMOLARZ, B.; KRZYSZTOF, S.; ROMANOWICZ, H. **Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature).** *International journal of molecular sciences*, v. 22, n. 19, p. 10554–10554, 29 set. 2021.

SOLIMAN, AM. *et al.* **Real-world evaluation of direct and indirect economic burden among endometriosis patients in the United States.** *Adv Ther* 2018;35:408–23.

SOLIMAN, A. M. *et al.* **Incremental direct and indirect cost burden attributed to endometriosis surgeries in the United States.** *Fertil Steril* 2017;107:1181–90.

STEPHENS, V. R. *et al.* **The potential relationship between environmental endocrine disruptor exposure and the development of endometriosis and adenomyosis.** *Frontiers in Physiology*, v. 12, p. 807685, 28 jan. 2022. DOI:10.3389/fphys.2021.807685. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2021.807685/full>.

SYMONS, L. K. *et al.* **The immunopathophysiology of endometriosis.** *Trends in Molecular Medicine*, v. 24, n. 9, p. 748-762, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471491418301436>.

TAYLOR, H. S.; KOTLYAR, A. M.; FLORES, V. A. **Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations.** *The Lancet*, v. 397, n. 10276, p. 839-852, 27 fev. 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00389-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00389-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00389-5/fulltext).

VALLÉE, A.; LECARPENTIER, Y. **Curcumin and endometriosis.** *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 7, p. 2440, 31 mar. 2020. DOI: 10.3390/ijms21072440. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/7/2440>.

VANNUCCINI, S. *et al.* **Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background.** *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, v. 23, n. 3, 17 ago. 2021.

VERCELLINI, P. *et al.* **Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients.** *Hum Reprod* 2007;22:266–71

WANG, P.-H. *et al.* **Endometriosis: Part I. Basic concept.** *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 61, n. 6, p. 927–934, nov. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455922002704?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jul. 2024.

# ANEXO 1

## Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) Locais de dispensação na Capital

