

## **Rede de atenção para o atendimento à linha cuidado da Endometriose.**

Sistematização do atendimento à mulher com suspeita de endometriose

### **Contextualização**

Dor, embora seja considerada um sinal vital, é um enorme problema no mundo todo. Acredita-se que 1 em cada 5 indivíduos sejam portadores de condições dolorosas persistentes e que haja não só repercussões negativas na saúde em si, mas também sociais e econômicas significativas. As mulheres são sabidamente mais acometidas por doenças que cursam com dor persistente do que homens. Dentre essas condições, a endometriose emerge como um problema comum. Afeta principalmente mulheres na idade reprodutiva e é comumente negligenciada, especialmente em países em desenvolvimento.

### **Definição**

A endometriose é uma doença ginecológica benigna estrogênio-dependente, inflamatória crônica, caracterizada histologicamente pela presença de tecido semelhante ao endometrial (glândula e/ou estroma) em sítios extrauterinos.

### **Prevalência e aspectos gerais**

Sua prevalência na população em geral é de difícil precisão uma vez que possui quadro clínico bastante diversificado, variando de pacientes assintomáticas àquelas com dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, sangramento uterino anormal e infertilidade. Estima-se que esta afecção clínica e recorrente, acometa de 5 a 10% das mulheres em idade fértil, 50% a 60% de adolescentes e adultas com dores pélvicas, e até 50% de mulheres com infertilidade. Nos tempos atuais tem ganhado destaque como um problema de saúde pública, tanto por seu impacto na saúde física e psicológica da mulher, como pelo impacto socioeconômico diante dos custos para o seu diagnóstico, tratamento e monitoramento.

Em vista à complexidade da condição, a organização do cuidado à esta mulher, seja na

Atenção Básica (AB) ou na Atenção Especializada (AE) e a sistematização da referência e contra referência são fundamentais para uma assistência satisfatória.

### **Condições associadas e proposta de estratificação do atendimento segundo os níveis de assistência**

Uma quantidade considerável de condições pode estar associada a dor pélvica crônica e conseqüentemente a endometriose. Algumas passíveis de serem tratadas em nível primário, outras em nível secundário e outras ainda, apenas no nível terciário. Dessa forma, tentaremos organizar um fluxograma para nortear o manejo dessas mulheres nos diferentes níveis de assistência, priorizando as condutas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios de Especialidades (AE), além de critérios para encaminhamento ao serviço terciário. De qualquer forma, alertamos os profissionais que é necessário perspicácia para elencar os sintomas mais relevantes, assim como compreender que essas mulheres preenchem critérios diagnósticos clínicos para mais de uma doença em até 50% das vezes, sendo necessário a avaliação global da paciente e o tratamento não somente da endometriose, mas também das condições associadas a ela. Por isto, recomendamos que a história clínica e o exame físico sejam realizados detalhadamente e com primor.

### **Critérios diagnósticos:**

Não existem critérios diagnósticos precisos ou com boa capacidade preditiva. Entretanto, a prática clínica mostra que dismenorreia é o sintoma mais frequente, e que dispareunia e infertilidade são habitualmente associadas também. O quadro clínico típico é a dor tipo dismenorreia de caráter progressivo, que evolui para dor acíclica e dispareunia, no entanto a intensidade dos sintomas, não guarda necessariamente relação com a extensão da doença.

Outros sintomas menos frequentes e associados a doença profunda e/ou avançada são: dor à evacuação, disúria, polaciúria, hematúria, desconforto abdominal, constipação e sangramento intestinal peri menstrual, dor glútea, perineal e/ou ciática significativa. Na presença desses sintomas ou achados de nódulos retro cervicais ou dolorosos no septo reto vaginal ou ainda massas abdominais ou pélvicas, mobilidade uterina reduzida,

recomendamos encaminhamento para especialista e ultrassonografia pélvica transvaginal e de vias urinárias com preparo intestinal. Ressonância magnética de pelve e vias urinárias é uma opção, embora menos disponível aos serviços.

Consideramos que se confirmado alterações como endometrioma  $\geq 4\text{cm}$ , lesões intestinais, ureterais e/ou vesicais, seria mais prudente o encaminhamento para um serviço terciário. Caso contrário, pode ser realizada prova terapêutica com contraceptivo hormonal cíclico ou contínuo (preferível se dismenorreia associada) e AINE's. Os critérios para uso devem seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Casos sem resposta clínica satisfatória, devem ser encaminhados para serviço terciário.

### **Propedêutica**

Diagnóstico inicialmente clínico com anamnese minuciosa para avaliação de mulheres com queixa de dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, sangramento uterino anormal e/ou infertilidade. A história pregressa da doença é de fundamental importância para caracterizar cronologicamente a sequência dos eventos que trouxeram ao quadro atual.

O diagnóstico diferencial da endometriose deve ser feito com outras causas de dor pélvica crônica que podem não apresentar alterações à ultrassonografia, destacando-se entre elas a doença inflamatória pélvica (DIP) crônica. Assim deve-se estar atento à história pregressa da doença, ou seja, 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. Outros diagnósticos que devem ser afastados são as aderências pós cirúrgicas e doenças intestinais, entre outras.

Ultrassonografia pélvica transvaginal com preparo de intestino deve ser indicada apenas se houver queixas específicas ou achados anormais do exame físico ou no exame ultrassonográfico não especializado com os chamados *soft markers* (presença de endometrioma ovariano, ausência de deslizamento do compartimento anterior ou posterior da pelve, que sugiram doença profunda ou avançada, ou ainda ausência de resposta satisfatória com o tratamento clínico.

Não há necessidade de confirmação cirúrgica (laparoscopia) para iniciar tratamento. Sugerimos que a laparoscopia deva ser realizada apenas no nível terciário.

## **Tratamento**

O tratamento de escolha deve ser individualizado e basear-se na gravidade dos sintomas, na extensão e localização das lesões, idade da paciente e desejo reprodutivo.

Incluem-se entre os medicamentos que poderão ser incluídos no tratamento:

- Progestagênios isolados: produzem alívio dos sintomas e induzem o hipoestrogenismo e atrofia dos focos de endometriose;
- Anticoncepcionais orais combinado: idealmente devem ser usados de forma contínua (sem pausa) para promover a atrofia dos focos endometriais e prevenir os sangramentos;
- Anti-inflamatórios não hormonais: benéficos principalmente nas pacientes que referem dor após o bloqueio da menstruação;
- Análogos do GnRH: atuam na hipófise levando à dessensibilização dos receptores de GnRH, impedindo a síntese hipofisária de LH e FSH e bloqueio da produção de estrogênios pelos ovários;
- “Add back” terapia: poderá ser utilizada em pacientes em uso de análogo do GnRH que apresentem sintomas importantes do hipoestrogenismo, ou seja sinais e sintomas que são frequentes na pós menopausa, sendo necessário o uso de terapia de adição hormonal, que além de melhorar os sintomas, impede a redução de massa óssea;
- Terapias não medicamentosas: acupuntura, fisioterapia, psicologia, nutricionista;
- Cirúrgico: a cirurgia tem como objetivo remover todos os focos visíveis e/ou palpáveis de endometriose, diminuindo a dor promovendo melhora da qualidade de vida e os índices de fertilidade. São realizadas inicialmente por via laparoscópica.

Não havendo sinais de doença profunda ou de gravidade, 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.

**Seguimento:**

Uma vez a paciente tenha boa resposta clínica ao tratamento proposto seu seguimento deve ser realizado com retorno a cada 6 meses com reavaliação clínica e exame de USTV realizado anualmente na busca de marcadores que possam indicar a progressão da doença.

**Estratificação do atendimento:**

Incumbências básicas de cada setor de atendimento:

**PRIMÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA (AB)**

- Acolher as mulheres com queixas de dor pélvica crônica (persistente) que sugiram endometriose.
- Orientar e incentivar hábito alimentar saudável, atividade física regular e manutenção da atividade laboral;
- Rastrear clinicamente as causas mais comuns de condições associadas;
- Elaborar hipóteses diagnósticas;
- Realizar exame ultrassonográfico pélvico/transvaginal;
- Complementar diagnóstico clínico com exames laboratoriais quando indicados (hemograma, parasitológico de fezes, urina tipo I, urocultura, glicemia de jejum, sangue oculto nas fezes, proteína C reativa);
- Propor tratamento inicial e seguimento clínico;
- Fornecer medicamento prescrito;
- Encaminhar mulheres com sinais de gravidade (alerta), ou os casos de insucesso com o tratamento clínico inicialmente proposto para a Atenção Especializada Ambulatorial (AEA).

**SECUNDÁRIO – ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL (AEA)**

- Avaliação do especialista para elucidar o diagnóstico;

- Realização de exames complementares especializados para esclarecer o diagnóstico (ultrassonografia abdominal, ultrassonografia pélvica transvaginal e de vias urinárias com preparo intestinal);
- Propor e iniciar tratamento não realizado pela unidade primária;
- Iniciar ou continuar tratamento com equipe multidisciplinar;
- Manter seguimento especializado adequado;
- Encaminhar para a unidade primária após resolução da condição;
- Encaminhar para a unidade terciária quando pertinente.

### **TERCIÁRIO – ATENÇÃO HOSPITALAR (AH)**

A atenção hospitalar será desenvolvida nos hospitais e em casos particularmente selecionados em alguns Hospitais dia (HD) capacitados para este atendimento.

- Elucidação de dúvidas diagnósticas provenientes da AEA ou da AB quando não foi possível solucioná-la ou conduzi-la;
- Realização de tratamento clínico especializado, quando não disponível na AEA;
- Realização de cirurgias para tratamento principalmente se equipe multidisciplinar necessária;
- Seguimento de casos refratários aos tratamentos padronizados.

### **Condições clínicas que devem ser conduzidas na UBS**

Endometriose **sem** sinais de doença profunda associadas ou não às condições abaixo:

- Constipação intestinal;
- Parasitose intestinal sem comprometimento do estado geral;
- Síndrome do intestino irritável, desde que sintomas leves e episódios pouco frequentes;
- Infecção do trato urinário inferior, não recorrente ou recorrente, mas previamente avaliada pelo especialista;
- Dor vesical com urgência miccional associada, sem tratamento prévio;

- Doença inflamatória pélvica sem sinais de gravidade (abcesso, abdome agudo);
- Dispareunia associada à alteração do trofismo vaginal e/ou alterações do assoalho pélvico.

### **Critérios de encaminhamento da UBS para a AEA:**

Encaminhar para a AEA

Condições gerais:

- Todas as mulheres com diagnóstico clínico submetidas ao tratamento inicial na UBS, que não apresentarem resposta clínica satisfatória;
- Todas as mulheres que apresentarem sintomas e sinais significativos de comprometimento psicológico;
- Todas as mulheres com diagnóstico elaborado, mas que apresentem sinais de alerta como endometrioma ovariano diagnosticado ao ultrassom transvaginal e confirmado após 3-6 meses de tratamento com anticoncepcionais.

Condições específicas:

Mulheres com suspeita clínica de endometriose que apresentarem sintomas ou sinais de doença profunda: dor à evacuação, fezes em fita ou sinais de estreitamento das fezes, disúria, polaciúria, hematúria, desconforto abdominal, constipação e sangramento intestinal peri menstrual, dor glútea, perineal e/ou ciática significativa associada, nódulos retro cervicais ou dolorosos no septo reto vaginal ou ainda massas abdominais ou pélvicas, mobilidade uterina reduzida (realizar ultrassonografia pélvica transvaginal e de vias urinárias com preparo).

### **Como encaminhar da UBS para a AEA:**

Fornecer no encaminhamento:

- Resumo da história clínica e/ou motivo do encaminhamento com CID-10;
- Resultado de todos os exames realizados com data;
- Tratamentos prescritos e realizados, incluindo drogas, doses e duração.

**Condições clínicas que devem ser conduzidas na AEA:**

- Todas as condições que não cumprirem os requisitos para serem conduzidas na unidade básica e não exigirem acompanhamento na unidade terciária;
- Todas as condições associadas a sintomas e sinais de alerta;
- Todas as condições diagnosticadas sem resposta satisfatória ao tratamento que não exigirem acompanhamento na unidade terciária;
- Todas as mulheres com suspeita de endometriose não responsiva ao tratamento com AINE's e/ou contraceptivo hormonal e que necessitem receber prescrição de outros medicamentos;
- Mulheres com diagnóstico suspeito de endometriose com sinais clínicos de doença profunda, mas SEM achados ultrassonográficos sugestivos de tumor anexial ou comprometimento de vísceras abdominopélvicas (intestino, bexiga, ureter...);
- Dispareunia associada à espasmo do assoalho pélvico;
- Mulheres com diagnóstico de distúrbios psicológicos significativos, particularmente se necessário equipe multidisciplinar.

**Encaminhamento da AEA para a unidade terciária (Hospitais/HD):**

Fornecer no encaminhamento:

- Resumo da história clínica e/ou motivo do encaminhamento com CID-10;
- Resultado de todos os exames realizados com data, inclusive na Unidade Básica;
- Tratamentos prescritos e realizados, incluindo drogas, doses e duração.

**Condições clínicas que devem ser conduzidos na unidade terciária:**

- Todas as condições que exigirem métodos diagnósticos e/ou terapêuticos especializados não disponíveis na AEA;
- Todas as mulheres tratadas na AEA que não apresentarem resposta clínica satisfatória
- Todas as 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);

- Todas as demais mulheres com suspeita de endometriose não responsiva ao tratamento com AINE's e/ou contraceptivo hormonal ou outras medicações;
- Todas as mulheres com suspeita de dor de origem na parede abdominal ou no períneo (inclui-se a região vulvar) não responsiva ao tratamento inicial.

### **Requisitos para a atuação da AEA em Algia Pélvica e Endometriose**

#### **1. Estrutura física:**

- Consultórios para atendimento
- Serviço de ultrassonografia local ou referenciado
- Serviço de radiologia local ou referenciado.

#### **2. Exames que devem estar disponíveis:**

- Ultrassonografia abdominal, pélvica transvaginal e de vias urinárias com preparo intestinal;

#### **3. Especialistas:**

- Ginecologista, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, assistente social.

#### **4. Insumos necessários**

- Medicamentos utilizados no tratamento da endometriose (remume ou rename/alto custo).

#### **5. Contra referência para UBS**

- Deve ser realizado por escrito ou na plataforma E-Saúde-SP e com as recomendações inerentes a cada caso.

### **Anexos:**

#### **1. Quadros sínteses do atendimento à mulher com endometriose.**

#### **2. Medicamento para tratamento da endometriose.**

## Referências Bibliográficas

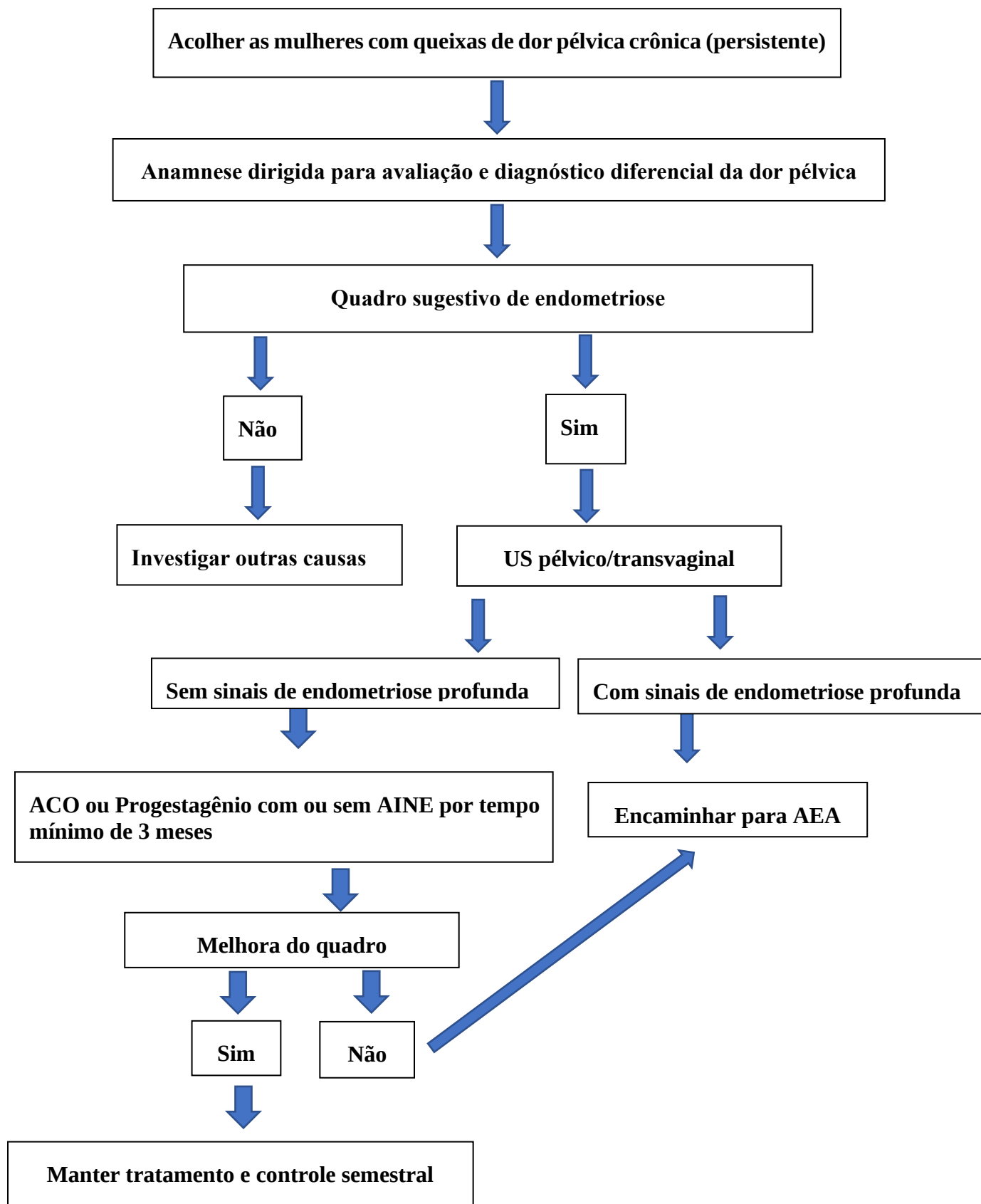
- São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes Clínicas do Serviço de Endoscopia Ginecológica- 2ª. Edição – São Paulo: hospital Municipal Maternidade Escola vila Nova Cachoeirinha, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p.
- Beata Smolarz,B; Szyłło,K;Romanowicz,H. Int. J. Mol. Sci. 2021, 22, 10554 <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>
- Loring M., Chen T.Y., Isaacson K.B. A Systematic Review of Adenomyosis: It Is Time to Reassess What We Thought We Knew about the Disease. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2021;28:644–655. doi: 10.1016/j.jmig.2020.10.012. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)] [[Ref list](#)]
- Florova M.S., Yarmolinskaya M.I., Potin V.V. Prospects of metformin in the treatment of endometriosis. *J. Obstet. Woman Dis.* 2017;66:67–76. doi: 10.17816/JOWD66267-76. [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

## QUADROS SÍNTESE PARA ATENDIMENTO DA MULHER COM ENDOMETRIOSE

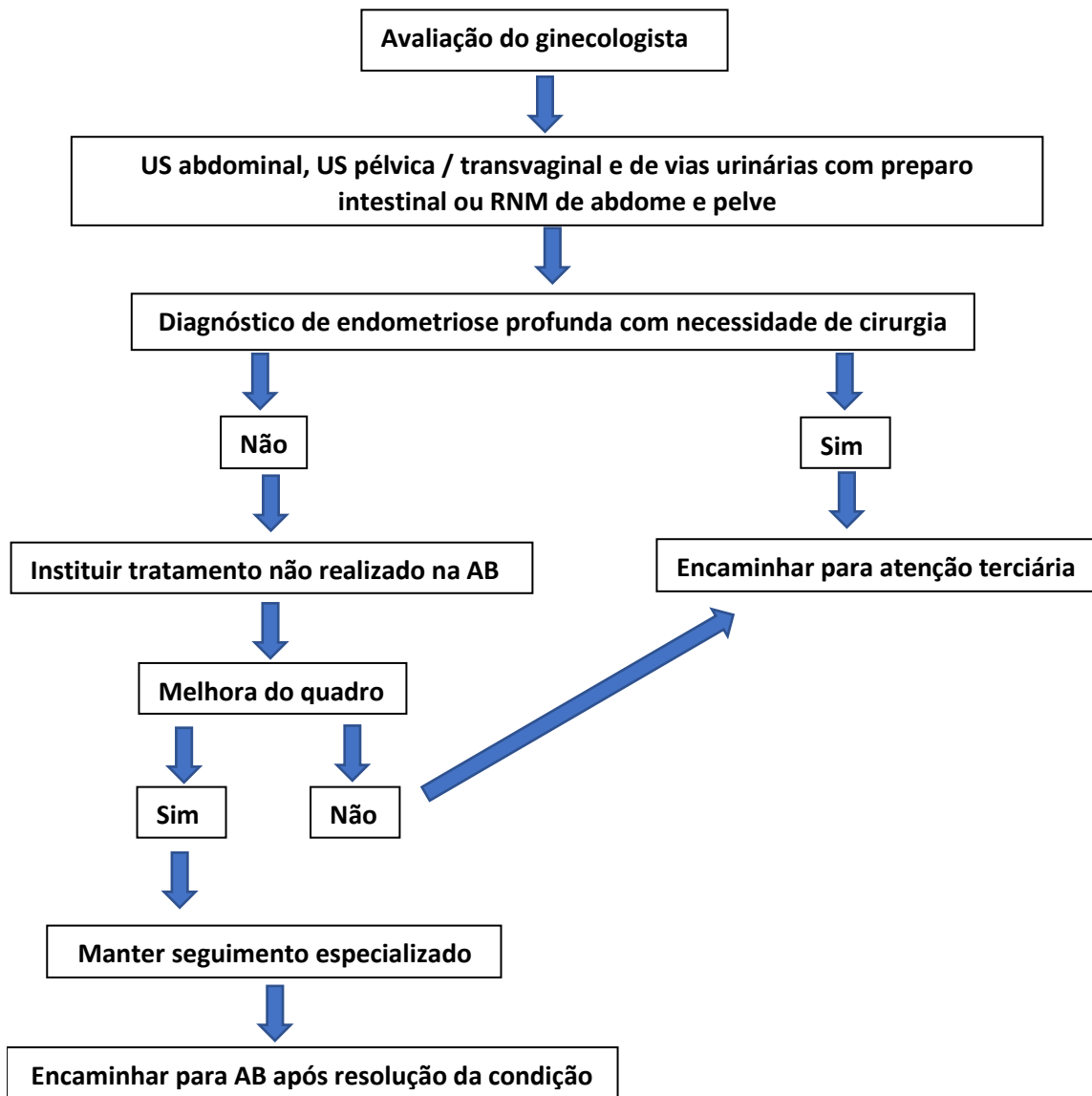
**Queixas sugestivas de endometriose:** dismenorreia de caráter progressivo, que evolui para dor acíclica e dispareunia, associadas ou não à infertilidade.

**Sintomas e sinais de alerta de endometriose profunda:** dor à evacuação, disúria, polaciúria, hematúria, desconforto abdominal, constipação e sangramento intestinal peri menstrual, dor glútea, perineal e/ou ciática significativa. Nódulos retro cervicais dolorosos no septo reto vaginal e/ou massas abdominais e/ou pélvicas e/ou mobilidade uterina reduzida.

## ATENÇÃO PRIMÁRIA – AB (UBS)



## ATENÇÃO SECUNDÁRIA (AEA)



## **ATENÇÃO TERCIÁRIA (AH)**



## Medicamentos para tratamento da endometriose

- **PROGESTAGÊNIOS:**

- Dienogeste 2mg/dia
- Acetato de Megestrol 40mg/dia
- Desogestrel 75mg/dia
- **Acetato de medroxiprogesterona - suspensão injetável 150mg/ml – (trimestral)\***
- **Levonorgestrel 0,75mg/dia\***
- **Dispositivo intra-uterino com Levonorgestrel (Mirena)\***
- **Etonogestrel implante subdérmico (68mg)\*\***

- **ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADO:**

- **levonorgestrel + etinilestradiol (comprimido 0,15mg + 0,03mg cartela)\***

- **ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO HORMONAIS:**

- Cetoprofeno
- **Diclofenaco 50mg\***
- **Ibuprofeno 300mg comprimidos e 50mg/mL gotas\***

- **ANÁLOGOS DO GNRH:**

- Nafarelina spray intranasal (uma pulverização a cada 12 horas);
- **Gosserelelina\*\*\* 3,6mg ou 10,8mg subcutâneo (a cada 28 ou 90 dias);**
- **Leuprorelelina\*\*\* 3,75mg ou 11,25mg intramuscular (a cada 28 ou 90 dias);**
- **Triptorelelina\*\*\* 3,75mg ou 11,25mg intramuscular (a cada 28 dias). O tempo de tratamento é de 3 a 6 meses.**

- **MEDICAMENTOS PARA “ADD BACK” TERAPIA:**

- Noretindrona 5mg/dia;
- **Noretisterona\* 0,35mg**
- Tibolona 1,25mg/dia;
- Estrogênios equinos conjugados 0,3mg/dia
- **Valerato de estradiol 1mg\***

*\* medicamentos disponíveis na rede municipal.*

*\*\* disponível na rede municipal e depende de formulário para autorização*

*\*\*\* medicamento disponível nas farmácias estaduais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (antigo alto custo).*