

# **REDE DE ATENÇÃO PARA O ATENDIMENTO À LINHA DE 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 uma em cada cinco mulheres seja portadora de condições dolorosas persistentes e que haja não só repercussões negativas na saúde em si, mas também sociais e econômicas significativas. 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. Ocorre principalmente 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 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 assintomáticos àqueles com dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, sangramento uterino anormal e infertilidade. Estima-se que esta afecção clínica e recorrente, acometa de 5 a 10% da população de mulheres em idade fértil, 50% a 60% em adolescentes e em adultos com dores pélvicas e até 50% na infertilidade. Nos tempos atuais, tem ganhado destaque como um problema de saúde pública, tanto por seu impacto na saúde física e psicológica, como pelo impacto socioeconômico diante dos custos para o diagnóstico, tratamento e monitoramento.

Em vista da complexidade da condição, da necessidade de organização do cuidado na Atenção Básica (AB) ou na Atenção Especializada (AE)/Ginecologia, a sistematização da

referência e contra referência para o atendimento é fundamental para a atenção satisfatória.

## **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS**

Não existem critérios diagnósticos precisos ou com boa capacidade preditiva.

### **Sinais e sintomas:**

O sintoma mais frequente é a dismenorreia de caráter progressivo que evolui para dor acíclica e dispareunia, podendo estar associada à infertilidade. A intensidade dos sintomas não guarda necessariamente, relação com a extensão da doença.

Sintomas e sinais menos frequentes e comumente associados a *doença profunda* são: dor à evacuação, dor glútea, perineal e/ou ciática significativa, disúria, polaciúria, hematúria, desconforto abdominal, constipação, sangramento intestinal peri menstrual, mobilidade uterina reduzida e/ou nódulos retro cervicais ou em septo reto vaginal.

### **Alterações nos exames de imagem:**

Nos quadros de endometriose *leve*, os exames poderão não mostrar alterações características.

Na endometriose *profunda* os achados sugestivos são: endometrioma, lesões na parede abdominal, diafragma, intestinais, ureterais e/ou vesicais, e outras alterações na pelve.

## **PROPEDEÚTICA**

### **Anamnese e Exame Físico**

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.

O exame físico deve ser realizado com primor, na tentativa de adicionar informações que elucidem o diagnóstico. A presença de nódulos ou rugosidades no exame especular, bem como a modalidade reduzida do útero e anexos fixos e dolorosos à palpação, podem indicar alterações típicas da endometriose.

### **Exames de Imagem**

Ultrassonografia de abdômen, pelve e transvaginal (US TV) é o exame realizado na AB e poderá não mostrar alterações significativas, o que sugere endometriose leve.

Ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve ou ultrassonografia pélvica transvaginal com preparo intestinal devem ser indicados se houver achados sugestivos de endometriose profunda ao exame físico ou no exame ultrassonográfico simples, chamados *soft markers* (ausência de deslizamento do compartimento anterior ou posterior da pelve, ausência de resposta satisfatória ao tratamento clínico ou ainda a presença de endometrioma ovariano).

Não há necessidade de confirmação cirúrgica (laparoscopia) para iniciar tratamento.

### **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 hipoprogesteronismo e atrofia dos focos de endometriose;
- Anticoncepcionais orais combinados: podem ser usados de forma contínua (sem pausa) ou cíclica e promovem atrofia dos focos endometriais e previnem 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.

#### **ESTRATIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

Número considerável de enfermidades pode estar associado à dor pélvica crônica e conseqüentemente à endometriose. Algumas são passíveis de serem tratadas em nível primário, outras em nível secundário e outras ainda, apenas no terciário. Dessa forma, foi elaborado um fluxograma para nortear o manejo desta condição nos diferentes níveis de atenção. Foram estabelecidas condutas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas referências de ginecologia de cada CRS que prestam para apoio à AB, além de definir critérios para encaminhamento desta condição ao serviço terciário.

É necessário perspicácia para elencar os sintomas mais relevantes, assim como compreender que muitas vezes essas mulheres/homens trans preenchem critérios diagnósticos clínicos para mais de uma doença em até 50% das vezes, sendo necessário a avaliação global e o tratamento não somente da endometriose, mas também das condições associadas a ela.

As informações fornecidas ao paciente sobre a doença, os tratamentos e as conseqüências, devem ser feitas através de comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambigüidades e compreendida pelo receptor, o que reduz a ocorrência de não entendimento de sua condição e prognóstico.

## **Primário – Atenção Básica (AB)**

A AB deverá acolher as mulheres com suspeita de endometriose, orientar e incentivar hábito alimentar saudável, atividade física regular e manutenção da atividade laboral.

Deve afastar condições associadas que podem apresentar quadro semelhante e para esta investigação poderá realizar exame ultrassonográfico pélvico/transvaginal e se necessário complementar com exames laboratoriais (hemograma, parasitológico de fezes, urina tipo I, urocultura, glicemia de jejum, sangue oculto nas fezes, proteína C reativa).

Frente a ausência de sinais de endometriose profunda ou outras doenças, pode ser realizada prova terapêutica para aferir resposta clínica na AB, por tempo mínimo de três meses e as opções são: contraceptivos hormonais estroprogestativos cíclicos ou contínuos (preferível, se dismenorreia associada), ou progestagênios isolados, associados ou não aos anti-inflamatórios não hormonais (AINE).

Os critérios de elegibilidade para uso dos contraceptivos devem seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Casos sem resposta clínica satisfatória, devem ser encaminhados ao ginecologista de referência para avaliação mais criteriosa e novas opções medicamentosas. Nesta solicitação é obrigatório detalhar os critérios que legitimam a avaliação e colocar o CID.

Seguimento:

Uma vez a paciente tenha boa resposta clínica ao tratamento proposto seu seguimento deve ser realizado:

- retorno a cada 6 meses para reavaliação clínica;
- US TV anual na busca de marcadores que possam indicar a progressão da doença.

## **Secundário – Atenção Especializada – Ginecologia**

O ginecologista solicitará exames para confirmar e avaliar a extensão da doença, preferencialmente com ressonância nuclear magnética (RNM) do abdômen/pelve ou ultrassonografia pélvica transvaginal (US TV) e de vias urinárias com preparo intestinal.

Frente a alterações como endometrioma  $\geq 4$ cm, lesões intestinais, ureterais e/ou vesicais, é mais prudente o ginecologista encaminhe para o serviço terciário.

Nos casos onde não houver indicação de encaminhamento ao serviço terciário, deve iniciar tratamento não realizado na unidade primária (sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel, implante de etonogestrel).

O tratamento deve ser acompanhado por equipe multidisciplinar e encaminhar para a AB após melhora da condição com orientações para o seguimento.

### **Terciário – Atenção Hospitalar (AH)**

A atenção hospitalar será desenvolvida nos hospitais e em casos particularmente selecionados em alguns HD que possuam equipe multidisciplinar treinada e disponível.

A atenção terciária será demandada frente a necessidade de investigação e/ou tratamento cirúrgico.

Após cirurgia e o pós operatório imediato, reencaminhar para o ginecologista que fez o encaminhamento, com prescrição medicamentosa e orientações para seguimento. Caso tenha indicação de medicação de alto custo (análogos de GnRH), deverá ser preenchido o formulário de solicitação para esta medicação:

[https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/28\\_endometriose\\_v8.pdf](https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/28_endometriose_v8.pdf)

. O ginecologista acompanhará a paciente até estabilização quando será contrarrefenciada para a AB.

### **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](#)]

## **ANEXOS:**

### **Anexo 1. Requisitos para unidade de referência do ginecologista para endometriose:**

#### **a. Estrutura física:**

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

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

- Ressonância magnética da pelve;
- Ultrassonografias (pelve e transvaginal)

#### **c. Especialistas:**

- Ginecologista;
- Fisioterapeuta;
- Psicólogo;
- Enfermeiro;
- Assistente social.

#### **d. Insumos necessários:**

- Medicamentos utilizados no tratamento da endometriose (REMUME ou RENAME/alto custo);
- SIU de Levonorgestrel (MIRENA/KYLENA);
- Implante subdérmico de Etonogestrel

#### **e. Contra referência para UBS**

- Deve ser realizada por escrito ou na plataforma e-saúdeSP e com as recomendações inerentes a cada caso.

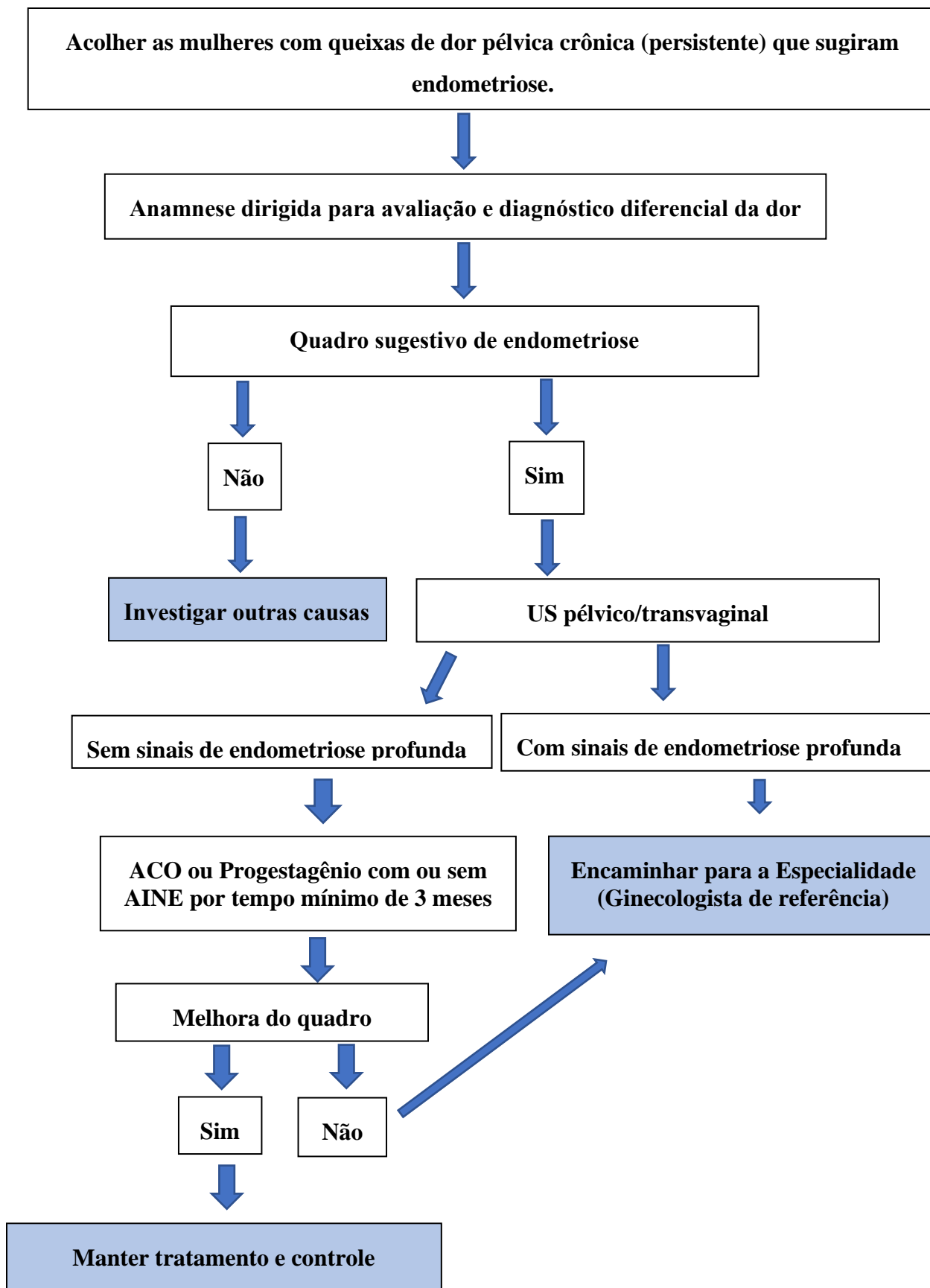
### **Anexo 2. Medicamentos para tratamento da endometriose.**



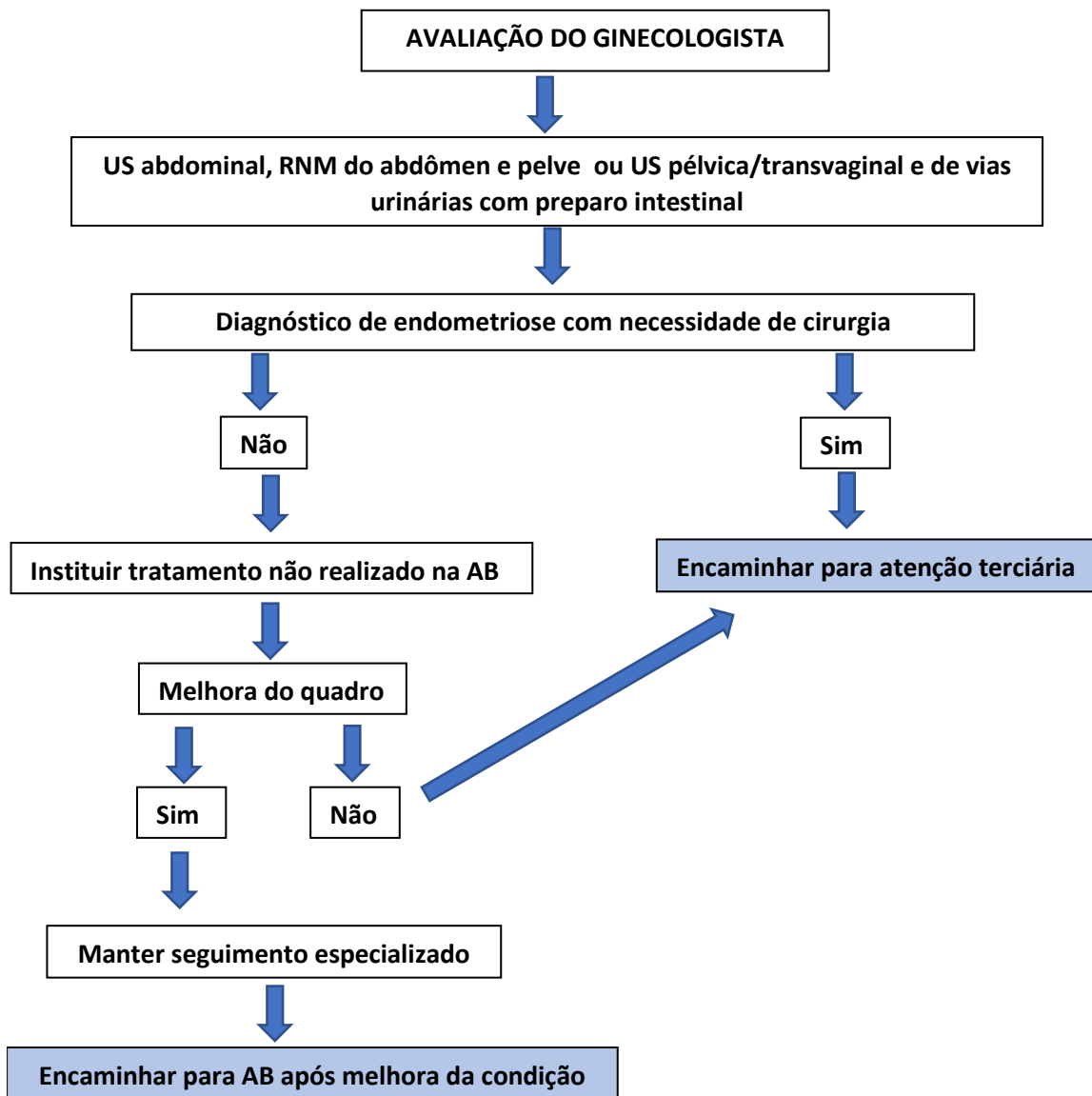
- **PROGESTAGÊNIOS:**
  - Dienogeste 2mg/dia
  - Acetato de Megestrol 40mg/dia
  - Desogestrel 75mg/dia
  - **Acetato de medroxiprogesterona - suspensão injetável 150mg/ml – (trimestral)\***
  - **Levonorgestrel 0,75mg/dia\***
  - **Dispositivo intra-uterino com Levonorgestrel (Mirena)\***
  - **Etonogestrel 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);
  - **Gosserrelina\*\*\* 3,6mg ou 10,8mg subcutâneo (a cada 28 ou 90 dias);**
  - **Leuprorrelina\*\*\* 3,75mg ou 11,25mg intramuscular (a cada 28 ou 90 dias);**
  - **Triptorrelina\*\*\* 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). Link: [https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/28\\_endometriose\\_v8.pdf](https://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/aceso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-protocolo-clinico-e-diretriz-terapeutica/28_endometriose_v8.pdf)*

**Anexo 3. Quadro síntese para atendimento de mulheres com endometriose na AB (UBS) – ATENÇÃO PRIMÁRIA**



**Anexo 4. Quadro síntese para atendimento da mulher com endometriose pelo Ginecologista - ATENÇÃO SECUNDÁRIA**



**Anexo 5. Quadro síntese para atendimento da mulher com endometriose na ATENÇÃO TERCIÁRIA**

