



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

1. AUTORES

- Dayana Maia Saboia
- Isabella Parente Ribeiro Frota
- Kathiane Lustosa Augusto
- Kézia de Oliveira Sombra
- Luciana Ayres de Oliveira Lima
- Luana Cabral Holanda
- Nathalia Patricio Rebouças
- Roberta Ribeiro Coelho

2. INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de glândulas endometriais ou estroma fora da cavidade uterina. As lesões geralmente estão localizadas na pelve, mas podem acometer diafragma e cavidade pleural. É uma doença inflamatória benigna dependente de estrogênio, na qual a inflamação resultante do tecido endometrial ectópico pode causar dor pélvica crônica (DPC) e dificuldade de engravidar.

Os fatores de risco associados são:

- Nuliparidade
- Exposição prolongada ao estrogênio endógeno (menarca precoce – antes dos 11 a 13 anos) ou menopausa tardia
- Ciclos menstruais mais curtos (definidos como ≤ 27 dias)
- Menstruação com sangramento intenso
- Obstrução do fluxo menstrual (anomalias müllerianas)
- Exposição ao dietilestilbestrol in útero
- Índice de massa corporal baixo
- Exposição a abuso físico e/ou sexual grave na infância e adolescência
- Alto consumo de gorduras trans e insaturadas

A patogênese da endometriose parece ser multifatorial, incluindo tecido endometrial ectópico, alteração da imunidade, desequilíbrio da proliferação celular e da apoptose, sinalização endócrina aberrante e fatores genéticos. Hoje em dia considera-se que a endometriose é resultado da junção de vários fatores e teorias, variáveis em cada paciente. As teorias mais aceitas e que juntas justificam o aparecimento da doença são:

- Menstruação retrógrada
- Propagação linfática e/ou vascular
- Metaplasia celômica: que consiste em uma transformação metaplasica para tecido histologicamente indistinguível do endométrio normal.
- Maior exposição estrogênica das células endometriais ectópicas com produção autócrina.
- Resistência aumentada a progesterona
- Alterações imunológicas, principalmente alterações em fatores de crescimento, citocinas, imunidade celular e imunidade humoral nos tecidos endometrióticos.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

- Alterações genéticas em células de linhagem germinativa e somáticas.

3. SIGLAS E CONCEITOS

DPC: dor pélvica crônica
 USTV: ultrassom transvaginal
 RNM: ressonância nuclear magnética
 SBD: Síndrome da bexiga dolorosa
 SIU-LNG: sistema intrauterino de levonorgestrel
 AINES: anti-inflamatórios não hormonais

4. OBJETIVO

Discutir os aspectos diagnósticos e a abordagem terapêutica da endometriose.

5. JUSTIFICATIVA

É difícil quantificar a incidência e a prevalência da endometriose na população em geral, estima-se que a endometriose acometa 10-15% da população feminina. Acredita-se que essas taxas estejam subestimadas pois a dismenorreia é considerada um sintoma 'normal' entre mulheres, dificultando a avaliação e conduta precoce.

Não há um tratamento universal a ser aplicado a todas as pacientes com endometriose, considerando a diversidade de apresentações clínicas e a complexidade das pacientes. É necessário que seja elaborado um plano terapêutico individualizado para cada mulher e em conjunto com equipe multidisciplinar que envolva profissionais médicos, da enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia.

6. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

O acompanhamento da paciente pela equipe de enfermagem é de grande valia. Além de reforçar as informações relacionadas à indicação cirúrgica e suas limitações, a consulta pré-operatória pode auxiliar na identificação de fatores de riscos cirúrgicos e necessidades de ensino relacionadas as rotinas hospitalares e cuidados pós-operatórios, com foco na identificação de possíveis complicações e autocuidado.

7. ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

A fisioterapia para mulheres com Endometriose/DPC deve ser indicada após uma investigação clínica criteriosa, tendo em vista que a dor crônica promove grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade dessas mulheres.

Na presença de um estímulo doloroso, a primeira reação muscular é aumentar a tensão que pode progredir para espasmos e conseqüentemente ao encurtamento muscular adaptativo. Em vista disso, algumas mulheres com DPC apresentam um padrão postural inadequado, que pode vir de uma adaptação na tentativa de aliviar a dor que é originada de outra fonte ou pode ser um evento primário, resultante do próprio estilo de vida sedentário. Qualquer que seja a origem poderá levar à tensão crônica muscular, articular e ligamentar.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Versão: 4
		Próxima revisão:	26/07/2025

São essas disfunções que podem levar à adoção de anormalidades posturais e que contribuem para aumentar a tensão, espasmos e conseqüente encurtamento muscular adaptativo que exacerbam ou perpetuam a dor.

O objetivo da fisioterapia no tratamento da Endometriose/DPC visa alterar o mecanismo da dor pela reeducação motora e sensitiva e melhora da funcionalidade. Os recursos mais utilizados são: a eletroestimulação, terapia manual, massagem perineal e cinesioterapia.

A eletroestimulação promove analgesia por ativação do sistema supressor da dor, produzindo uma interferência na percepção da dor. A terapia manual consiste em técnicas de manipulação, liberação miofascial, mobilização entre outros, bastante utilizada quando existem alterações musculoesqueléticas que acarretam compensações dolorosas, enquanto a massagem perineal promove relaxamento e elasticidade da musculatura do períneo quando há presença de pontos dolorosos.

Por sua vez, a cinesioterapia é indicada para causas musculoesqueléticas, encontradas em até 85% dos pacientes com DPC durante a avaliação. O envolvimento do sistema musculoesquelético no surgimento e na persistência da DPC está sendo cada vez mais demonstrada na literatura científica. As disfunções do sistema musculoesquelético incluem mudanças posturais, como hiperlordose lombar, hiperextensão de joelho e anteriorização da pelve, bem como mudanças nos músculos do assoalho pélvico, como espasmos, *trigger points* e síndrome do piriforme.

8. ATUAÇÃO DA NUTRIÇÃO

O acompanhamento nutricional é de extrema importância no tratamento multidisciplinar da endometriose, podendo provocar grande impacto na progressão da doença.

A definição adequada da conduta nutricional leva em consideração o manejo dos principais sintomas, ingestão alimentar e estado nutricional da paciente portadora de endometriose. Nesse contexto, a orientação nutricional visa uma reeducação alimentar baseada nas principais premissas da doença, estágios e individualidade da paciente.

É necessária a conscientização na redução do consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares, sal, gordura, além de alimentos embutidos, que em sua ingestão excessiva e frequente na rotina alimentar, podem auxiliar no aumento da inflamação e desconforto intestinal ocasionado pela doença. Caso haja a presença de intolerância alimentar ao glúten ou lactose comprovada, há indicação da exclusão dos principais alimentos fontes.

Em paralelo, o incentivo ao aumento do consumo de alimentos naturais, fontes de fibras, ricos em gorduras boas e com maior teor anti-inflamatório, auxiliam na melhora dos sintomas clínicos e gastrointestinais, na redução da inflamação, prevenção de sintomas mais severos da doença, e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida da paciente portadora de endometriose.

9. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA

O processo do adoecimento, principalmente nas doenças crônicas, é capaz de transformar a vida do indivíduo em vários aspectos. Além dos sintomas físicos, é comum que haja prejuízo funcional e social, diminuição do bem-estar, aumento ou surgimento de transtorno de ansiedade, fatores que são capazes de modificar a adesão ao tratamento, bem como a percepção sobre os



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

sintomas.

O psicólogo atua na ressignificação desse processo, através da escuta ativa e intervenções é capaz de diminuir o nível de ansiedade, fazer o indivíduo compreender melhor as adaptações necessárias e transformar isso em construção de novos hábitos, diminuindo a problematização, além de dar o suporte emocional ao paciente e ao cuidador.

10. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

O primeiro passo para o diagnóstico é a suspeição clínica diante das queixas da paciente em idade fértil. A endometriose é caracterizada geralmente por 6 grupos de sintomas a serem investigados:

- Dismenorreia, que pode ser primária ou secundária, progressiva ou não, mas forte o suficiente para limitação da qualidade de vida e isolamento social e absenteísmo;
- Dor pélvica crônica não cíclica, que se caracteriza por dor por mais de 6 meses;
- Dispareunia, principalmente relacionada à profundidade e determinadas posições durante o ato sexual (quando superficial pensar em outras causas associadas como contratura do assoalho pélvico e vulvodínea);
- Sintomas urinários no período menstrual, como urgência, aumento da frequência urinária, disúria e, raramente, hematúria, simulando infecções do trato urinário baixo;
- Sintomas intestinais durante o período menstrual, como constipação, tenesmo, diarreia e disquezia;
- Infertilidade, em sua maioria primária.

Para facilitar a classificação desses sintomas pode-se usar a escala visual da dor, na qual se gradua entre 0 e 10, sendo 10 de maior intensidade. Se acima de 7, há alta probabilidade do diagnóstico e deve-se prosseguir com investigação e tratamento clínico, além de acompanhamento com imagem. É importante indagar sobre alterações na qualidade de vida: se há necessidade de faltar trabalho ou evento social na vigência da dor, se há necessidade de uso corriqueiro de medicações analgésicas e necessidade de ir ao pronto-atendimento. Isso é importante para aumentar a suspeição clínica e facilitar o diagnóstico precoce, evitando assim a progressão da doença.

Durante o exame físico, é importante uma abordagem ampla, procurando pontos dolorosos abdominais e pélvicos, assim como exame neurológico sensitivo dos principais nervos que podem ser acometidos pela endometriose profunda. No exame abdominal, deve-se destacar massas pélvicas e síndrome miofascial através do sinal de Carnet (pressão de ponto doloroso com exacerbação após dorso flexão do tronco). No exame ginecológico, pode-se pesquisar pontos de gatilho dolorosos à digitopressão, compatíveis com contraturas no assoalho pélvico. No toque vaginal pode ser detectado uma massa na região retovaginal ou retrocervical, espessamento em uterossacos, bloqueio de fundo de saco, mobilidade uterina reduzida e massas anexiais. O Toque retal é de extrema importância para avaliar presença de massas ou acometimento retal, além da melhor definição dos uterossacos. Embora essencial, o exame físico tem valor limitado na avaliação da endometriose profunda, devido à dificuldade na discriminação dos focos que envolvem a vagina, espaço retovaginal ou ligamentos uterossacos e lesões extensas ou em sigmoide, íleo, apêndice e sítios distantes da pelve. Em paciente com quadro de dor referida ou de



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Versão: 4
		Próxima revisão:	26/07/2025

parestesia em dermatomo associado é preciso realizar exame neurológico de força e sensibilidade, além de reflexos associados.

11. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito por confirmação histopatológica. No entanto, a laparoscopia não é mais indicada com finalidade diagnóstica devido ao caráter invasivo do método. Com protocolos específicos e com aumento da expertise médica, a ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal e a ressonância nuclear magnética (RNM) ganharam papel relevante na detecção de lesões e auxílio no planejamento pré-operatório e de seguimento das pacientes. Inclusive, alguns trabalhos mostram superioridade de detecção de lesão profunda pelos exames de imagem em comparação com a laparoscopia diagnóstica, pois algumas lesões, que visualmente parecem superficiais, escondem lesões profundas maiores e infiltrativas, limitando esse método. Por isso a laparoscopia diagnóstica deve ser reservada para casos refratários ao tratamento clínico, com o objetivo de tratar eventuais lesões.

A escolha entre USTV e RNM dependerá da experiência do médico, pois os estudos não demonstram superioridade entre elas, com sensibilidade aproximada de 90%. Porém, ainda não apresentam sensibilidade alta para lesões de endometriose superficial, que é a mais prevalente. Destaca-se que no caso de pacientes sem vida sexual ativa, preferir a RNM.

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o exame de imagem de escolha é a ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal, a ser realizada de acordo com as indicações citadas no Quadro 1.

Colonoscopia, tomografia computadorizada, ultrassonografia endorectal, urografia excretora não fazem parte da rotina da endometriose, devendo ser solicitado em casos específicos.

Quanto ao laboratório, não há marcadores específicos para a endometriose, embora o nível sérico de CA 125 possa estar elevado na endometriose moderada a severa. Sua dosagem não é recomendada como parte da investigação, pois também se eleva em outras patologias como mioma, adenomiose, câncer de ovário.

O diagnóstico da endometriose persiste sendo um grande desafio em razão de quatro fatores: atraso diagnóstico por baixa suspeição clínica, em que dados estatísticos revelam que a mulher passa por aproximadamente 7 médicos antes de ter o diagnóstico firmado; ausência de sintomas específicos, fazendo diagnóstico diferencial com várias doenças; estigmatização dos sintomas, que são desprezados por serem queixas “normais”, tanto no atendimento médico como pela paciente; e, ausência de biomarcadores específicos para diagnóstico.

Quadro 1: Indicações para solicitação de ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal na MEAC.

Paciente com quadro clínico associado a exame físico com alta suspeição para endometriose.
Pré-operatório para cirurgia de endometriose, quando o último exame possuir mais de 1 ano.
Pré-operatório de paciente com diagnóstico de adenomiose.
Antes da alta do ambulatório especializado da MEAC, após 2 anos de seguimento estável.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Versão: 4
			Próxima revisão: 26/07/2025

12. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

12.1. Síndrome miofascial:

Caracteriza-se por uma disfunção entre o tecido muscular e o conjuntivo, com a formação de pequenos nódulos palpáveis em músculo esquelético, hiperreativos que levam a um estado de contratura muscular sustentada. Clinicamente, causam dor contínua, episódica, após estimulação tátil ou referida em sítios como vulva, vagina, uretra, reto, sacro, abdômen inferior, dorso lombar, membros inferiores a depender do local dos pontos de gatilhos. Além disso podem apresentar distúrbios motores, autonômicos e até disfunção urinária, intestinal e sexual. Tem grande correlação com a endometriose por se apresentar de maneira concomitante ou subsequente, potencializando e tornando multifatorial a dor pélvica crônica.

12.2. Doenças inflamatórias e síndrome do intestino irritável:

Quando a manifestação é dor abdominal, sangramento retal, muco nas fezes, tenesmo, diarreia, náuseas e vômitos, apenas a sintomatologia e exames radiológicos não são capazes de determinar o diagnóstico definitivo. De acordo com algumas metanálises, cerca de 10% das pacientes apresentam a concomitância de endometriose e DII. Já quanto à SII, a prevalência parece ser ainda maior, cerca de 30%, justificado pelo fato de ambos terem mecanismos em comum na fisiopatologia, que leva a um estado pro-inflamatório crônico.

12.3. Síndrome da bexiga dolorosa (SBD):

Caracteriza-se por um estado inflamatório crônico da parede vesical, causando dor pélvica, urgência urinária, desconforto durante enchimento da bexiga e que melhora após micção, com duração maior de 6 meses e sem outras causas identificadas. Ocorre por disfunção do epitélio da bexiga, o qual produz muco ineficiente e que não consegue protegê-lo das toxinas e pH urinário. Sempre deve ser afastada antes a possibilidade de infecção.

Não obstante serem causas distintas de dor crônica, é comum a sobreposição dos diagnósticos, com ocorrência simultânea de patologias, com prevalência de 48%. Em estudo realizado com 162 mulheres portadoras de dor pélvica crônica, 66% apresentavam ambas as doenças.

13. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

13.1. Terapia Medicamentosa

O tratamento clínico da paciente sintomática objetiva a remissão e controle de sintomas e inibição da progressão da doença, na tentativa de melhorar o bem-estar da paciente, não sendo curativo. Quando suspenso o retorno dos sintomas ocorre logo após o retorno da menstruação. Ele deve ser instituído por longo prazo, a depender da fase de vida da mulher e do seu desejo reprodutivo.

Há um espectro de opções terapêuticas que deverão ser escolhidas de acordo com efeitos colaterais, eficácia, custo, disponibilidade do método e as peculiaridades da paciente (idade, desejo reprodutivo, proximidade da menopausa, sintomatologia, presença de comprometimento funcional de órgãos, tratamentos prévios). Há medicações hormonais, como contraceptivos combinados, progestágenos (incluindo SIU-LNG e implanon), agonistas



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

e antagonistas do GnRH, que causarão a supressão estrogênica levando a diminuição da proliferação tecidual e inflamação local (Quadros 2 e 3). O objetivo é que se atinja a amenorreia, pois sem novos ciclos há menor progressão da doença, com diminuição da dismenorreia e conseqüentemente da dor pélvica crônica.

Os agonistas do GnRH (leuprolide, goserelina) apresentam bons resultados para dor pélvica severa e não cíclica, no entanto, devido o tempo de uso limitado e efeitos colaterais, não são a primeira escolha. Reserva-se o tratamento para alguns grupos de pacientes: após cirurgia antes de procedimento da reprodução assistida (bloqueio pré-implantação) e próximo à menopausa. Deve-se prescrever terapia hormonal “add-back” para prevenir a perda de massa óssea e efeitos hipoestrogênicos durante o tratamento, sem redução do efeito terapêutico.

Quadro 2: Grau de evidência das terapias medicamentosas.

MEDICAÇÃO	GRAU DE EVIDÊNCIA
Anticoncepcional combinado	1 A
Progestágenos	1 A
Análogo do GnRH	1 A

Quadro 3: Terapia Hormonal.

Anticoncepcional oral combinado com progestágeno derivado da 19-Nortestosterona	Associação de etinilestradiol ou Valerato de estradiol + Gestodeno, Levonorgestrel, dienogeste
Progestágeno isolado	Dienogeste 2mg ou Desogestrel 75mg
LARC's	SIU- LNG ou Implanon (etonogestrel)

Podem ser associadas medicações para controle da dor, a exemplo dos anti-inflamatórios não hormonais (AINES), antidepressivos tricíclicos, estabilizadores de membranas. Os AINES, por interromperem a produção de prostaglandinas, são usados como os sintomáticos de primeira linha para controle da dor, não obstante sejam incapazes de alterar a progressão da doença. Embora amplamente utilizados, não há forte evidência científica quanto aos benefícios dos AINES. Para pacientes com dor pélvica crônica podem ser usados neuromoduladores como pregabalina, amitriptilina, duloxetina e gabapentina com o intuito de controlar a dor neuropática, em pacientes que apresentam refratariedade aos tratamentos hormonais e com AINES ou que sabidamente tenham diagnóstico prévio de doença pélvica crônica. (Quadro 4).



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

Quadro 4: Terapia Não Hormonal.

AINES	Ibuprofeno 400-800mg a cada 8h Nimesulida 100mg, 12/12h
Amitriptilina	50mg, 1x ao dia
Duloxetina	60mg, 1x ao dia
Pregabalina	75mg, 12/12h

14. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Algumas outras situações indicam abordagem cirúrgica, requerendo internamento.

15. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Se não houver melhora após 6 meses, deve-se proceder a cirurgia. Além disso, algumas outras situações indicam abordagem cirúrgica. (Quadro 5)

Quadro 5: Indicações de abordagem cirúrgica.

Falha no tratamento clínico após período de 6 meses
Infertilidade (a depender da investigação do casal)
Endometrioma >5 cm
Progressão de lesões urológicas ou proctológicas obstrutivas
Acometimento ureteral, de apêndice, íleo, retossigmóide (>50% da circunferência)

16. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Mulheres com melhora da sintomatologia após tratamento clínico e/ou cirúrgico podem ter alta hospitalar.

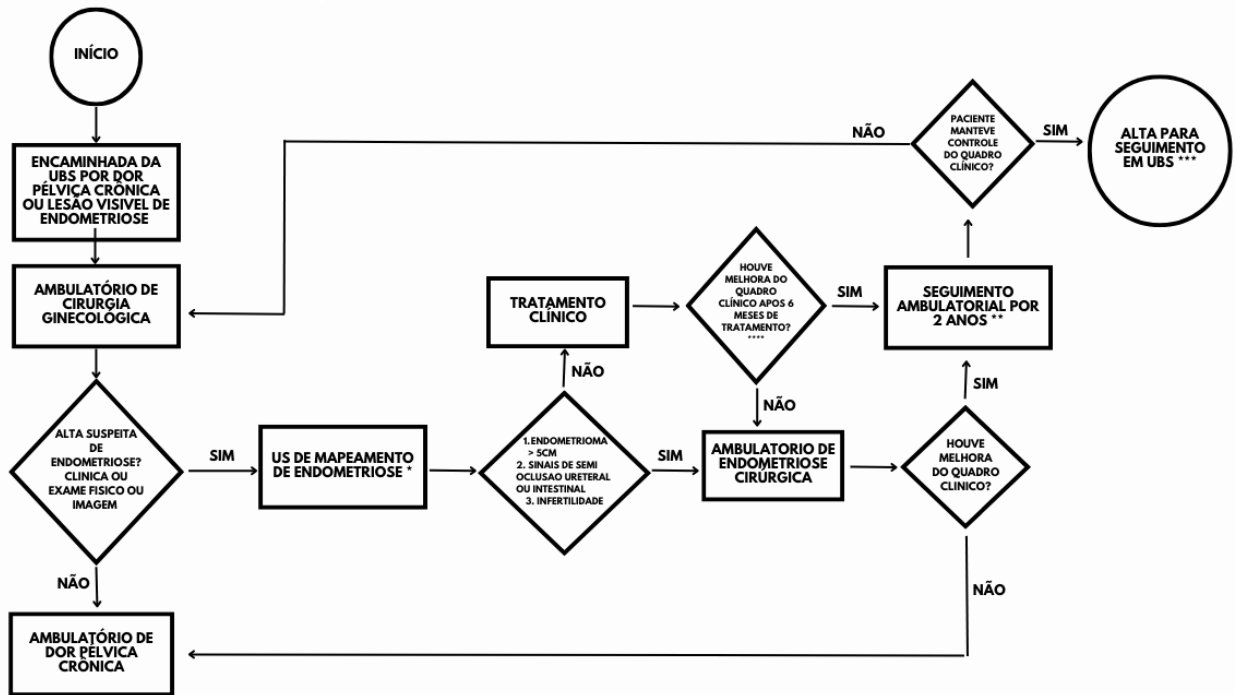
Estas pacientes costumam receber alta do ambulatório da MEAC após estabilização do quadro por 2 anos, sem progressão da doença e com melhora do sintoma. Antes da alta, é indicado realizar nova ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal para registro da condição clínica da paciente no momento da alta hospitalar.

Algumas pacientes que persistirem com sintomas pela sensibilização neuronal central, devem ser encaminhadas para o ambulatório de dor pélvica crônica. E se outras doenças associadas, a paciente deve ser acompanhada por outros profissionais, como coloproctologista, urologista, psiquiatra.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN-MEAC.015	
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO	Emissão: 27/07/2023	Próxima revisão: 26/07/2025
		Versão: 4	

17. FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Manejo das pacientes no ambulatório de endometriose da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC).



* Excepcionalmente RNM de pelve.

** Seguimento clínico semestral. Em pacientes com endometrioma em seguimento clínico, reavaliar com USTV simples após 1 ano.

*** Solicitar USTV com preparo intestinal antes da alta.

**** Avaliar mudança de tratamento clínico; avaliar adesão à fisioterapia pélvica, etc.

18. MONITORAMENTO

É importante avaliar a paciente após os primeiros seis meses do início do tratamento clínico para observar se houve resposta com diminuição dos sintomas. O principal parâmetro é o relato do paciente de que houve melhora de sintomatologia, não havendo até o momento marcador laboratorial ou de imagem sensível e específico para avaliar a evolução.

Durante o acompanhamento, enquanto não houver desejo de gestação imediato, deverá ser mantido o uso de medicação para bloqueio das menstruações – ACO ou progestágenos, para diminuir a chance de progressão da doença. A partir do momento em que a mulher desejar, deve-se interromper a medicação e dar um prazo de 6 meses para gravidez espontânea. Se não houver, deve-se investigar o casal e proceder possivelmente para procedimento cirúrgico se a causa for endometriose.

É comum a melhora dos sintomas após a menopausa, onde se estabelece o hipostrogenismo



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Versão: 4
		Próxima revisão:	26/07/2025

e há diminuição dos sintomas e da necessidade de bloqueio hormonal medicamentoso.

Ademais, como são pacientes ambulatoriais com processo crônico de dor e com prejuízo funcional por perda de bem-estar, necessitam de estímulo para medidas não médicas que poderão minimizar este sofrimento. O estímulo à mudança do estilo de vida, a dieta adequada, encaminhamento à especialista da dor se refratariedade, uso de técnicas da fisioterapia para alívio algico, além de suporte contínuo pela psicologia.

Na rotina de acompanhamento nos ambulatórios da MEAC, as pacientes mantidas em tratamento medicamentoso e com histórico de endometrioma devem ser reavaliadas com US transvaginal simples para exclusão de crescimento da lesão.

19. REFERÊNCIAS

1. Zondervan KT, Phil D, Becker MC, Missmer AS. Endometriosis. N Engl J Med. Massachussets. 2020 mar; 382(13): 1244-56.
2. Samy A., et al., Medical therapy options for endometriosis related pain, which is better?
3. A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials.. J gynecol Obstet Hum reprod. 2020
4. CHIAFFARINO F, et al. Endometriosis and inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology. 2020; 252, 246-51
5. Paulson JD, Delgado M. The relationship between interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain. JSLS. Apr-Jun, 2007; 11 (2): 175-81.
6. Committee on adolescent health care. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. ACOG committee opinion. dez 2019; 132 (6): 249-56.
7. Herati AS, Moldwin RM. Alternative therapies in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. World J Urol. New York, ago. 2013; 31(4), 761-6
8. Allaire C, Williams C, Bodmer-roy S, Zhu S, Arion K, Ambacher K, et al. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. Am J Obstet Gynecol 2018; 218(114): 1–12.
9. Miranda R., Schor E, Girão M. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. São Paulo. jul. 2009; 31(7): p. 353-60.
10. Tirapur AS, et al. The 'evil twin syndrome' in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. Int J Surg. 2013; v.11 (3): 233-7. doi: 10.1016/j.ijisu.2013.02.003.
11. Carlos IF, et al. Protocolo Clínico- PRO.NTR.001: Acompanhamento Nutricional – Clínica Cirúrgica (Ginecologia e Mastologia). Fortaleza, 2018; 1-14.
12. Costa MCRA, et al. A Influência Benéfica da Dietoterapia em Portadoras de Endometriose. International Journal of Nutrology, 2018; 11 (1).
13. Chalub JP, Leão NSC, Maynard DC. Research Nutritional Aspects Related to Endometriosis. Research, Society and Development, 2020; 9(11)
14. HALPERN, G; SCHOR, E; KOPELMAN, A. Nutritional aspects related to endometriosis. Revista da Associação Médica Brasileira. 2015; 61(6) 519-23.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-GIN-MEAC.015
Título do Documento	ENDOMETRIOSE: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO		Emissão: 27/07/2023
			Próxima revisão: 26/07/2025
			Versão: 4

20. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
4	27/07/2023	Alterado item 8. Acréscimo do Quadro 1: Indicações para solicitação de ultrassonografia transvaginal (USTV) com preparo intestinal na MEAC. Modificação do Fluxograma 1: Manejo das pacientes no ambulatório de endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Dayana Maia Saboia Isabella Parente Ribeiro Frota Kathiane Lustosa Augusto Kézia de Oliveira Sombra Luciana Ayres de Oliveira Lima Luana Cabral Holanda Nathalia Patricio Rebouças Roberta Ribeiro Coelho Adner Nobre de Oliveira Raquel Autran Coelho Peixoto Pâmela Mendes Arruda	
VALIDAÇÃO	
Sanja Sâmia Rolim Fernandes Ximenes Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.026090/2023-41, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Raquel Autran Coelho Peixoto Chefe do Setor de Saúde da Mulher	Conforme Processo SEI nº 23533.026090/2023-41, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Zenilda Vieira Bruno Chefe da Divisão Médica da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.026090/2023-41, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerente de Atenção à Saúde da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.026090/2023-41, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br