

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

4.3.3. 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 (dismenorreia, dispareunia, disquesia, disuria, dor lombar ou mesmo dor pélvica crônica), o tratamento hormonal, normalmente com indução de amenorreia, 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 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 (HH), 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	
Anticoncepcional Oral Combinado	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 + dienogest 2 a 3 mg
Anticoncepcional com Progestágeno Isolado	Desogestrel 75 mg Dienogest 2mg
Anticoncepcional Injetável	Acetato de medroxiprogesterona 150 mg/mL
LARCs (Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração)	SIU - LNG 52 mcg ou Implanon
SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO HORMONAL	
Análogos de GnRH (Hormônio Liberador de Gonadotrofina)	Leuprolide, Goserelina
Inibidor da Aromatase	Letrozole

Seguimento:

I. 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).

II. 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.

III. O exame de USTV será necessário se houver piora das queixas ou grave mudança do quadro clínico.

IV. 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).

4.3.4. Tratamento Cirúrgico

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

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

I. 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;

II. 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;

III. 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;

IV. 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;

V. Infertilidade refratária ao tratamento inicial: nessa situação, é fundamental avaliar a viabilidade da fertilização in vitro ou a cirurgia.

4.4. Cuidado Multiprofissional

A endometriose é uma condição multifatorial, cujo manejo eficaz requer abordagem integrada e individualizada, contemplando não apenas os aspectos físicos, mas também o bem-estar emocional e a qualidade de vida.

Uma equipe multidisciplinar deve ser envolvida no cuidado integral, sempre que possível. 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 em Saúde (PICS).

4.4.1 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).

A alimentação constitui um fator modificável e relevante como estratégia adjuvante no manejo da endometriose. Por se tratar de uma condição crônica, que demanda acompanhamento prolongado, os hábitos alimentares desempenham papel importante na condução dos sintomas e no cuidado contínuo.

4.4.2 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).

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.

4.4.2.1. 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