



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO CIB-PB Nº 17, DE 05 DE MARÇO DE 2024**

*Aprova o Protocolo de  
Encaminhamento de Pacientes  
ao Programa de Cirurgias de  
Endometriose na Paraíba.*

A **Comissão Intergestores Bipartite**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

A Portaria de nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, à proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

A Lei Complementar nº141, de 13 de Janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

A Portaria GM nº 3.992, de 28/12/2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos do Sistema Único de Saúde; e,



A decisão da plenária da CIB-PB, na 2ª Reunião Ordinária, em 05 de março de 2024, realizada na Fundação Centro Integrada de Apoio à Pessoa com Deficiência (FUNAD), em João Pessoa/PB.

***RESOLVE:***

**Art. 1º** Aprovar o Protocolo de Encaminhamento de Pacientes ao Programa de Cirurgias de Endometriose na Paraíba, conforme anexo.

**Art. 2º** Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

***JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA***  
Presidente da CIB/PB

***RAFAEL AIRES TENÓRIO***  
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB  
Diretoria do COSEMS/PB



ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 17 de 05 de MARÇO de 2024

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES AO PROGRAMA  
DE CIRURGIA DE ENDOMETRIOSE DO ESTADO DA PARAÍBA**

**Fevereiro/2024**

**João Azevêdo Lins**

Governador do Estado

**Jhony Wesllys Bezerra Costa**

Secretário de Estado da Saúde

**Renata Valéria Nóbrega**

Secretária Executiva de Estado da Saúde

**Patrick Áureo Lacerda de Almeida Pinto**

Secretário Executivo de Gestão da Rede de Unidades de Saúde

**Soraya Galdino de Araújo Lucena**

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba

**Gerentes**

Atenção à Saúde

**Maria Izabel Ferreira Sarmiento**

Atenção Especializada

**Vanessa Oliveira Costa Silva**

Regulação, Controle e Avaliação da Assistência

**Lidiane Nascimento Cassimiro**

**Equipe de elaboração**

Maria Izabel Ferreira Sarmiento

Kamilla Hellen Kapistrano

Laís Paiva de Medeiros

Fernanda Lúcia da Silva

Artur Dantas Costa

Vivian Kelly Rezende Costa

Ana Maria Fernandes da Silva

Anna Katarina Galiza

Lucas Lima Rocha

Vanessa Monteiro Costa



## Sumário

1. Introdução .....	4
2. Diagnóstico .....	4
3. Tratamento .....	5
4. Classificação estatística internacional de doenças de problemas relacionada à saúde (CID-10) .....	6
5. Exames pré-operatórios obrigatórios .....	6
5.1 Exames laboratoriais .....	6
5.2 Outros exames .....	7
6. Fluxograma de elegibilidade ao tratamento cirúrgico de endometriose.....	7
Referências .....	8



## **1. Introdução**

A endometriose é uma ginecopatia benigna comum, definida pela presença de glândulas e estroma endometriais fora da cavidade uterina com predomínio, mas não exclusivo, na pelve feminina. Assim, frequentemente é encontrada no peritônio pélvico, mas também pode ser vista em ovários, septo retovaginal e ureter, sendo raro na bexiga, pericárdio e na pleura.

É uma doença hormônio dependente e, por esta razão, é encontrada sobretudo nas mulheres em idade reprodutiva, mas já foi relatada em adolescentes e mulheres na pós-menopausa em uso de terapia hormonal. As pacientes com essa afecção podem ser assintomáticas, inférteis ou apresentar graus variáveis de dor pélvica.

Foi proposto o conceito que dividiu a endometriose em três doenças distintas: peritoneal, ovariana e endometriose profunda. A peritoneal caracteriza-se pela presença de implantes superficiais no peritônio; a ovariana, por implantes superficiais no ovário ou cistos (endometriomas); e endometriose profunda, que é definida como uma lesão que penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, com profundidade de 5 mm ou mais. Embora sua fisiopatologia seja discutida desde as primeiras publicações de Meyer e Sampson, em 1919 e 1921, na atualidade, ainda é controversa a apresentação de diversas discussões sobre uma origem única ou distinta para as três doenças. Várias teorias foram propostas baseadas em evidências clínicas e experimentais, mas nenhuma é ainda universalmente aceita para todos os casos, entre as teorias está a teoria da implantação, teoria imunológica, teoria da menstruação em neonatos, entre outras.

Embora os dados epidemiológicos da doença sejam de difícil caracterização porque apresentam grande variação entre os autores, principalmente em relação ao diagnóstico da endometriose, acredita-se haver uma prevalência da doença entre 5% a 10% da população feminina em idade reprodutiva.

## **2. Diagnóstico**

O reconhecimento clínico dos sintomas relacionados a endometriose é um instrumento imprescindível para o diagnóstico da doença, mas é necessário a utilização de ferramentas auxiliares para a confirmação do diagnóstico. Dismenorreia progressiva, dispaureunia, dor pélvica crônica e infertilidade são os sinais e sintomas mais frequentes e conseqüentemente mais norteiam na busca da confirmação diagnóstica. Outros sinais e sintomas menos frequentes também podem fazer-se presentes, como alterações urinárias e alterações intestinais.

Atualmente não existe um marcador sérico que seja definidor da doença, entretanto sabe-se da relação da endometriose e o marcador sorológico CA-125, embora sua especificidade para doença seja baixa, sendo assim não sendo usada para diagnóstico mas servindo para acompanhamento e evolução da doença, como diz o Guideline de endometriose da ESHRE (2022). É um dos marcadores mais pesquisados em



endometriose, embora esteja presente em diversas outras enfermidades, como tumores benignos de ovário, adenomiose, leiomiomas, cistos funcionais benignos de ovário, câncer de endométrio, entre diversas outras.

A constante busca pelo diagnóstico não invasivo levou a um grande desenvolvimento e aperfeiçoamento dos métodos de imagem para diagnóstico da doença. A ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética de abdome e pelve com preparo intestinal são os principais métodos por imagem para detecção e estadiamento da endometriose e deverão ser realizados por profissionais com experiência nesse diagnóstico. O radiologista deverá contemplar em sua avaliação o útero, a região retro e a paracervical, os ligamentos redondos e os uterossacros, 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 – que são locais mais frequentes da doença. A videolaparoscopia tinha, no passado, papel no diagnóstico da endometriose. Porém, atualmente, com o avanço dos métodos por imagem, ela é indicada, para o diagnóstico, apenas em pacientes que apresentam exames normais e falha no tratamento clínico.

### **3. Tratamento**

O tratamento clínico é eficaz no controle da dor pélvica e deve ser a abordagem terapêutica de escolha na ausência de indicações absolutas para o procedimento cirúrgico. O seguimento deve ser conduzido com equipe multidisciplinar com terapia hormonal e analgésica, quando necessário, e com terapias adicionais, como atividades físicas, fisioterapia, mudança no estilo de vida, conforme indicações apropriadas para o paciente.

O tratamento clínico do paciente tem como principal objetivo alívio dos sintomas algícos, melhora na qualidade de vida e tentativa de inibição de progressão da doença, não se espera diminuição das lesões ou cura.

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 e antagonistas do GnRH, Danazol, inibidores de aromatase que causarão a supressão estrogênica levando a diminuição da proliferação tecidual e inflamação local. O objetivo é que se atinja a amenorreia, pois sem novos ciclos há menor progressão da doença, com diminuição da dismenorreia (queixa mais frequente da enfermidade) e conseqüentemente da dor pélvica crônica.

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 do ciclo menstrual, 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.

A cirurgia está indicada quando está contraindicado o tratamento clínico e quando os sintomas de endometriose são graves, incapacitantes, quando os sintomas não apresentaram melhora ou piora com o tratamento conservador ou quando a doença é avançada. Sendo assim, a cirurgia é preferida quando existe distorção da anatomia pélvica, cistos endometrióticos, obstrução intestinal ou do trato urinário. O objetivo da cirurgia é remoção completa de todos os focos possíveis de endometriose, restaurando a anatomia e função reprodutiva. O procedimento pode ser realizado por laparoscopia ou laparotomia. No entanto, há preferência pela laparoscopia que permite melhor visualização das lesões, melhor acesso a alguns pontos da pelve assim como melhor recuperação do paciente.

#### **4. Classificação estatística internacional de doenças de problemas relacionada à saúde (CID-10)**

- N80.0 Endometriose do útero
- N80.1 Endometriose do ovário
- N80.2 Endometriose da trompa de Falópio
- N80.3 Endometriose do peritônio pélvico
- N80.4 Endometriose do septo retovaginal e da vagina
- N80.5 Endometriose do intestino
- N80.8 Outra endometriose

#### **5. Exames pré-operatórios obrigatórios**

##### **5.1 Exames laboratoriais**

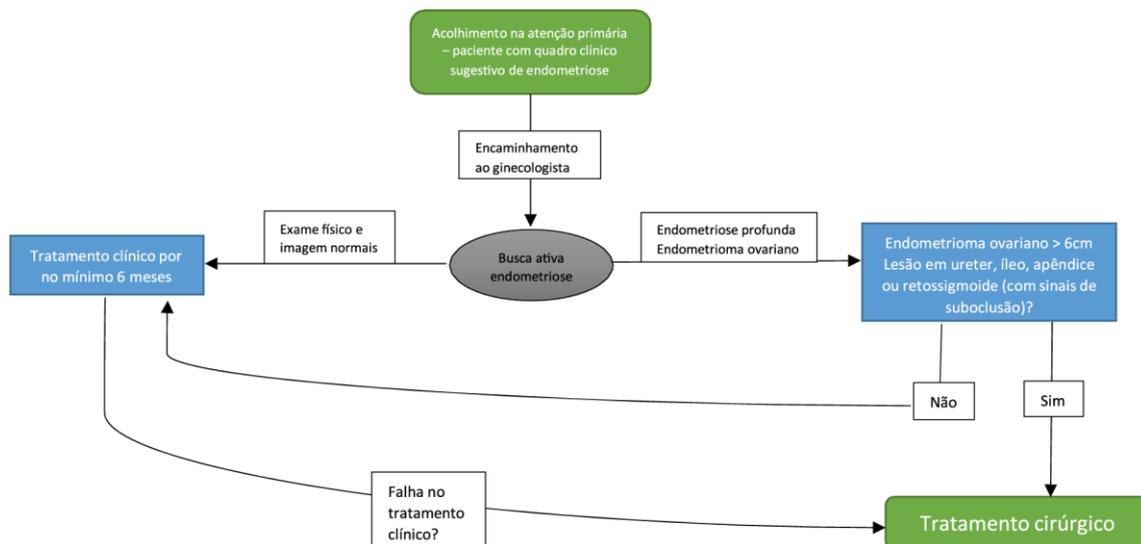
- Hemograma
- Ureia e Creatinina
- Enzimas hepáticas (AST, ALT, FA, GGT)
- Coagulograma
- Eletrólitos
- Glicemia
- Sorologias para hepatite B, C e HIV
- Beta-HCG para mulheres em idade fértil
- Sumário de urina



### 5.2 Outros exames

- USG transvaginal com preparo intestinal
- Ressonância magnética com preparo intestinal
- Eletrocardiograma
- Colpocitologia oncótica

### 6. Fluxograma de elegibilidade ao tratamento cirúrgico de endometriose



## **Referências**

BEREK, J.S. Tratado de Ginecologia. FEBRASGO: 1.ED. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

PROCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA ENDOMETRIOSE. PORTARIA Nº 879, DE 12 DE JULHO DE 2016. [S. l.]: MINISTERIO DA SAUDE, 2016.

SOUZA, C.A.B. ENDOMETRIOSE. Rotinas em ginecologia. 7. ed. [S. l.]: Artmed, 2017. cap. 10, p. 144-158.

SABISTON, D.C. Tratado De Cirurgia: Cirurgia Ginecológica. 20. ed. [S. l.]: Guanabara koogan, 2019. cap. 70, p. 3119-3156.

Universidade Federal do estado do Ceará, EBSEH . Endometriose: Diagnóstico e Tratamento Clínico. Fortaleza, Ceará, 2023.

CHIAFFARINO F, et al. Endometriosis and inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology, 2020.

***JHONY WESLLYS BEZERRA COSTA***  
Presidente da CIB/PB

***RAFAEL AIRES TENÓRIO***  
Sec. Municipal de Saúde de Mamanguape/PB  
Diretoria do COSEMS/PB