

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível, Criminal, de Execuções Penais e do JESP Criminal

COMARCA: Manhumirim/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010847

IDADE: 42 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: N80, N80.0, N80.1, N80.3,

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia tratamento cirúrgico da endometriose por videolaparoscopia

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Endometriose

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 35.442, 62.711

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Encaminhem-se os autos, com urgência, ao NATJUS, para que apresente parecer técnico acerca:

- a) do diagnóstico e da gravidade do quadro apresentado;
- b) da indicação de tratamento cirúrgico;
- c) da necessidade específica de realização da cirurgia por videolaparoscopia, considerando as características das lesões descritas nos documentos médicos;
- d) da existência de tratamento cirúrgico adequado disponível no SUS, inclusive por técnica convencional, e se este seria suficiente para o quadro concreto;
- e) dos riscos decorrentes da demora na realização do procedimento;
- f) da existência de alternativas terapêuticas disponíveis na rede pública.

Solicite-se parecer em caráter de urgência, diante do quadro clínico narrado.

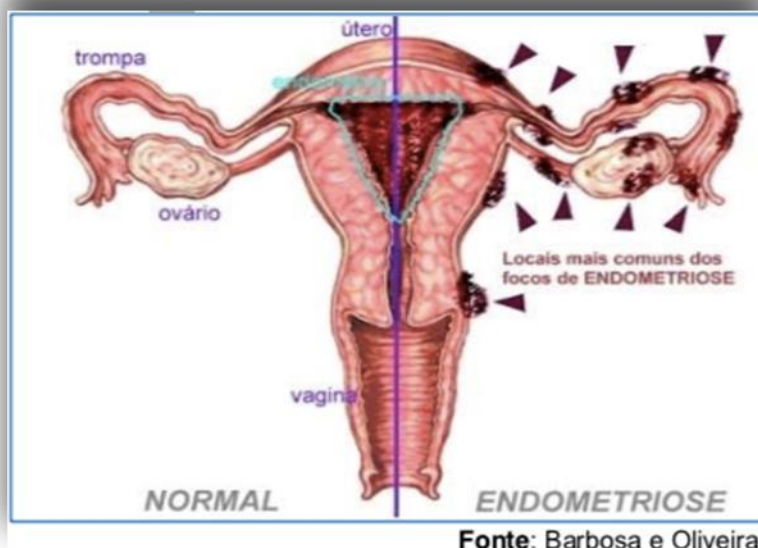
III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO:

Conforme documentos médicos datado de 29/05/2026 e 07/08/2026, trata-se de paciente de **42 anos**, com **quadro de endometriose pélvica profunda infiltrativa, adenomiose difusa, endometrioma em ovário direito e aderências pélvicas densas, com imobilização e fixação bilateral dos anexos, istmocele, pólipos endocervicais, e congestão pélvica, confirmados por ultrassonografia** pélvica transvaginal. **Quadro**

refratário sem controle satisfatório da dor ou da progressão da doença a despeito do bloqueio hormonal de primeira linha com Dienogeste, e uso de analgésicos e antinfamatórios (cetoprofeno e paracetamol). Inviabilidade técnica de manter terapias hormonais de segunda linha (análogos de GnRH) perante lesões fibróticas estruturais e aderências pélvicas estabelecidas. Mantendo, há 5 anos, dor pélvica crônica e incapacitante, grau máximo da Escala Visual Analógica (EVA),10/10 dismenorreia severa, dispareunia de profundidade, disúria cíclica, dor ao evacuar e distúrbios intestinais cíclicos caracterizados por episódios de diarreia ou constipação no período menstrual, sangramentos uterinos irregulares, inchaço abdominal persistente, comprometimento severo da qualidade de vida e capacidade funcional. Doença multivisceral, de caráter progressivo, com processo inflamatório e aderencial pélvico, que resulta em risco de agravamento e de danos potencialmente irreversíveis como risco iminente de sensibilização central do sistema nervoso (cronificação irreversível da dor) e progressão da fibrose pélvica. Assim, necessita urgente de tratamento cirúrgico por videolaparoscopia de excisão dos focos de endometriose profunda infiltrativa; ooforoplastia unilateral ou bilateral com enucleação de endometrioma liberação e preservação ovariana, lise de aderências pélvicas, visando à citorredução da doença e à restauração da anatomia pélvica. O procedimento principal indicado, Tratamento Cirúrgico de Endometriose por Videolaparoscopia está incorporado na Tabela de Procedimentos do SUS, e previsto pelo PCDT do Ministério da Saúde como abordagem padrão-ouro na endometriose profunda infiltrativa com falha do tratamento farmacológico e acometimento anatômico estrutural (Código SIGTAP: 04.09.06.030-5). Embora nenhuma intervenção cirúrgica garanta a eliminação absoluta do risco de recidiva biológica, esta cirurgia em comparação com a cirurgia aberta proporciona maior eficácia na citorredução de focos profundos no tórus aterino e na lise de aderências anexiais complexas, menor trauma

cirúrgico, menor risco de formação de novas aderências, controle superior da dor crônica, preservação da funcionalidade pélvica e rápida recuperação para o retorno às atividades laborais e cotidianas, representando a medida terapêutica mais eficaz para prevenir sequelas anatômicas e funcionais potencialmente irreversíveis decorrentes do processo inflamatório crônico. Conforme a inicial o município disponibiliza o procedimento convencional aberto por não ofertar a modalidade indicada.

A endometriose é doença ginecológica caracterizada pelo desenvolvimento e crescimento de tecido endometrial (estroma e glândulas endometriais) de caráter benigno, fora da cavidade uterina, resultando em reação inflamatória crônica. As localizações mais comuns de sua ocorrência são ovários, fundo de saco posterior e anterior, folheto posterior do ligamento largo, ligamentos uterossacros, útero, tubas uterinas, peritônio, cólon sigmoide, apêndice, reto, ligamentos redondos, a bexiga.



Pode surgir logo após as primeiras menstruações e não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho. É diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva; mulheres pós-menopáusicas representam somente 2% - 4% de todos os casos

submetidos a laparoscopia por suspeita de endometriose. Como **não há correlação entre sintomatologia e grau da doença** e como **para confirmação diagnóstica é necessária a realização de procedimento invasivo de laparoscopia, a determinação da prevalência é difícil**. Ocorre em todos os grupos étnicos, com risco aumentado nas asiáticas e tem seu **pico de incidência entre 30 e 45 anos de idade**. Estima-se uma taxa de prevalência em torno de 10%. Em mulheres inférteis, estes valores podem chegar a índices altos (30% - 60%), sendo um dos principais fatores responsáveis pela infertilidade.

Os principais fatores para a endometriose são: menarca antecipada; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de endometriose **é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença**. Pode haver toxinas ambientais que predispõem à endometriose, como a dioxina. **Gestação e contraceptivos hormonais são protetores.** A etiopatogenia até agora não se encontra perfeitamente elucidada, porém os fundamentos apontam para a multicausalidade que associa fatores anatômicos, imunes, hormonais e genéticos que podem auxiliar para a criação e também no aperfeiçoamento dos núcleos ectópicos de endometriose. Várias teorias foram postuladas. Fatores hormonais parecem contribuir para doença, já que os implantes endometrióticos podem produzir aromatase, induzidos pelas prostaglandinas E2, levando à produção de estrogênio extraovariano. Isso pode explicar por que a endometriose pode recorrer nas mulheres que se submetem à histerectomia e à salpingo-ooforectomia bilateral. Fatores genéticos por risco de seis a nove vezes maior de desenvolver endometriose em mulheres que possuem um familiar de primeiro grau com a doença. O modo de herança é possivelmente multifatorial. A teoria da implantação, propõe que o tecido endometrial, por meio da menstruação retrógrada, teria acesso a estruturas pélvicas através das tubas uterinas implantando-se na superfície peritoneal, estabelecendo fluxo

sanguíneo e gerando resposta inflamatória. A teoria da metaplasia celômica sugere que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas. Disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica.

A identificação da doença pode ser tardia, pois muitas vezes ela se manifesta silenciosamente. **Os sintomas da doença podem surgir na adolescência como cólica menstrual forte, dores durante a relação sexual, entre as menstruações, ao defecar e ao urinar, sangramento na urina ou nas fezes e infertilidade. Muitas as mulheres confundem os sintomas com cólicas menstruais.** Geralmente o quadro se manifesta em mulheres na fase reprodutiva e se limita a menopausa. **As principais manifestações são dor pélvica, sobretudo relacionada à menstruação, infertilidade ou massa pélvica.** A dor apresentar-se como **dismenorreia, dor pélvica crônica** diferente da dismenorreia (cíclica ou não), **dispareunia profunda ou dores associadas a defecação ou micção durante a fase menstrual e fadiga crônica.** Em geral, ocorrem associação de 2 ou mais sintomas. **Como é um motivo de dor pélvica e infertilidade feminina, conduz ao gasto mental e físico, prejudicando em casos sérios as condições de vida dos pacientes, especialmente devido ao atraso da análise.** Em geral, sua descoberta torna-se um alívio, visto que junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a notícia da não **malignidade da doença.** O exame ginecológico pode apresentar-se normal, porém dor à movimentação do útero, crescimento do volume ovariano ou retroversão uterina é desconfiança da doença, apesar de que não seja específica. Os espessamentos dos ligamentos uterossacos, lesões violáceas ou as nodulações palpáveis no fórnice vaginal posterior na vagina são os indícios de sugestão de endometriose profunda infiltrativa.

O diagnóstico pode não ser fácil, merecendo atenção médica, já que

a clínica das pacientes são variáveis. Fundamenta-se no exame físico, na história clínica, exames laboratoriais como CA-125, e exames de imagem, dentre os quais a ressonância magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal, cistoscopia e laparoscopia. O diagnóstico é pressumido pela história de dismenorreia, achados no exame físico (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem. Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada. O ultrassom transvaginal tem sensibilidade de 98 e 95%, especificidade de 100 e 98%, VPP de 100 e 98%, VPN de 98 e 97% e acurácia de 99 e 97%, respectivamente. Segundo consenso da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) e da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), o padrão ouro para o diagnóstico é a laparoscopia com inspeção direta da cavidade e visualização dos implantes, não necessitando de biópsia para confirmação histopatológica. Diante da alta correlação entre achados laparoscópicos e histológicos (97%-99%), a comprovação histológica mediante biópsia oneraria desnecessariamente a investigação.

O estadiamento mais comumente usado é a classificação revisada da ASRM. Esta classificação leva em consideração o tamanho/dimensão, aparência e profundidade dos implantes, localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências, principalmente tubo-ovarianas e no nível de bloqueio do fundo de saco de Douglas. Assim a doença é classificada em 4 estágios: mínima, leve, moderada ou grave. O estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes; estágio II ou doença leve apresenta lesões livres e dispersas, sem aderências significantes, implantes superficiais com menos de 5cm; estágio III ou doença moderada contém múltiplos implantes,

superficiais e profundos com aderências periovariana e peritubária que podem ser evidentes; **estágio 4 ou doença severa/grave, consiste de doença extensa onde há muitos implantes superficiais e profundos, com ocorrência de membranas e aderências densas e firmes e existência de grandes endometriomas.** Outra classificação muito usada permite a classificação endometriose após a videolaparoscopia de acordo com o tipo histológico dos implantes, com a localização anatômica da doença no peritônio, ovário ou septo retovaginal ou pela extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. Divide a endometriose em 3 tipos: **peritoneal**, definida pela existência de implantes na superfície do peritônio; **ovariana** classificada pela existência de implantes nos ovários e a apresentação de endometriomas e a **infiltrativa profunda** caracterizada pela existência de implantes com profundidade acima de 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose.

A despeito de ser uma doença benígna, é considerada uma doença crônica sem cura. A escolha do tratamento deve levar em consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas e custos. Assim o tratamento não há um tratamento ideal para endometriose, devendo o mesmo ser individualizado, levando em conta a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com tratamento escolhido em relação a qualidade de vida. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. Pode ser clínico ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses. A eficácia dos tratamentos tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.

O tratamento clínico objetiva proporcionar a diminuição da dor causada pela endometriose, além de colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia. Tem foco na manipulação hormonal com intuito de produzir pseudogravidez, pseudomenopausa

ou anovulação crônica, criando um ambiente inadequado para o crescimento e manutenção dos implantes da endometriose. Pode utilizar de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos e alguns tratamentos clínicos complementares como: acupuntura, eletroterapia, exercícios físicos, mudanças de estilo de vida, acompanhamento psicológico e fisioterapia. Todos os tratamentos hormonais quer sejam com anticoncepcionais orais (ACO), progestágenos, danazol ou análogos do GnRH como desogestrel, uso de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), reduzem a dor atribuída à endometriose, quando comparados ao placebo, e são igualmente efetivos quando comparados entre eles. Para o grupo de mulheres com infertilidade, não se justifica o tratamento hormonal com supressão da ovulação. Nesses casos, quando a infertilidade é secundária à endometriose em estágios I e II, o tratamento cirúrgico, com cauterização dos focos, mostrou-se eficaz.

O tratamento cirúrgico é eletivo e engloba desde métodos de menor complexidade, como liberação de aderências velamentosas, cauterização de focos superficiais, até intervenções complicadas nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas, requisitando, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. É indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes, quando não houve melhora com tratamento empírico com contraceptivos orais ou progestágenos, ou análogos do GnRH, danazol, uso DIU, em casos de endometriomas, de distorção da anatomia das estruturas pélvicas, de aderências, de obstrução do trato intestinal ou urinário e nas pacientes com infertilidade associada a endometriose. A cirurgia para tratamento da endometriose pode ser classificada em conservadora ou definitiva:

- Cirurgia conservadora: envolve destruição dos focos de endometriose e remoção de aderências, com consequente restauração da anatomia pélvica. Permite significativa redução da dor em 6 meses. A laparoscopia terapêutica com ablação dos implantes, lise de

aderências e ablação do nervo uterossacro, demonstra importante diminuição da dor pelo período de 1 ano em até 90% das pacientes.

- Cirurgia definitiva: **envolve histerectomia com ou sem ooforectomia (de acordo com a idade da paciente)**. A histerectomia com salpingooforectomia bilateral com excisão de todos os focos de endometriose mostrou taxas de cura de 90% em estudos não controlados, sendo indicada quando há doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora, existência de outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e não há mais o desejo de gestação. No caso da **endometriose infiltrativa o tratamento deve ser cirúrgico e a excisão das lesões deve ser guiada visualmente, preservando-se o tecido sadio ao redor do nódulo endometriótico, ressecando-se parte da parede do reto e do fundo de saco posterior, se necessário, com dissecação cuidadosa dos ureteres e artérias uterinas**. Eventualmente acaba sendo necessário realizar ressecção segmentar do retossigmóide. Assim, é **importante que atenção especial seja dada a essa forma específica de comprometimento da endometriose, já que representa uma doença mais profunda, de maior gravidade clínica e cirúrgica e que requer cuidados multidisciplinares para sua resolução**.

Em algumas situações o tratamento clínico associado ao cirúrgico pode ser feito antes da cirurgia ou após esta. As evidências de benefício do tratamento combinado não são inequívocas, ficando o tratamento medicamentoso reservado para pacientes sintomáticas após o tratamento cirúrgico. O uso de supressão hormonal prévia à cirurgia as evidências de benefício do tratamento combinado não são inequívocas, ficando o tratamento medicamentoso reservado para pacientes sintomáticas após o tratamento cirúrgico. Pode diminuir o tamanho dos implantes de endometriose; no entanto, não há evidência que essa estratégia diminua a extensão da dissecação cirúrgica, prolongue tempo sem dor, aumente taxas de fertilidade ou reduza as taxas de recorrência. Já o tratamento clínico após

o tratamento cirúrgico, a avaliação de de meta-análises são discordantes. Dessa forma, devido às evidências limitadas de benefício, com potencial para efeitos adversos, aconselha-se que o tratamento medicamentoso pós-cirúrgico seja recomendado para pacientes que permaneçam sintomáticas após a cirurgia.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento da endometriose inclui tratamento clínico e cirúrgico considerando como primícias o grau dos sintomas, a extensão e localização da doença, a idade da paciente e o desejo de gravidez, assim como o efeitos adversos dos medicamentos e os custos e taxas de complicações cirúrgicas. A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para o tratamento devido. Para o tratamento clínico **estão disponíveis os ACO** (etinilestradiol + levonorgestrel, desogestrel); acetato de **medroxiprogesterona; danazol e análogos do GnRH** (goserrelina: leuprorrelina; triptorrelina), **DIU**. O tratamento cirúrgico inclui conservadora e definitiva de acordo com o caso, podendo ser por via aberta ou laparoscópica, relacionado como Procedimento de Alta Complexidade do SUS, cuja a responsabilidade é tripartide entre os entes Federal, Estadual e Municipal, sendo a execução a cargo do Estado e Município. A cirurgia conservadora videolaparoscopia é importante ferramenta terapêutica, considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico e a remoção de focos de endometriose e, quando indicada, deve promover a excisão de todos os focos de endometriose bem como o restabelecimento da arquitetura pélvica com lise de aderências. Está disponível no SUS código genérico de laparoscopia **02.09.01.006-1** do Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS Procedimentos (**SIGTAB**).

Conclusão: Trata-se de paciente de **42 anos**, com **quadro de endometriose pélvica profunda infiltrativa, adenomiose difusa, endometrioma em ovário direito e aderências pélvicas densas, com imobilização e fixação bilateral dos anexos, istmocele, pólipos endocervical, e congestão pélvica, confirmados por ultrassonografia**

pélvica transvaginal. **Quadro refratário sem controle satisfatório da dor ou da progressão da doença a despeito do bloqueio hormonal de primeira linha com Dienogeste, e uso de analgésicos e antinfamatórios (cetoprofeno e paracetamol). Inviabilidade técnica de manter terapias hormonais de segunda linha (análogos de GnRH) perante lesões fibróticas estruturais e aderências pélvicas estabelecidas. Mantendo, há 5 anos, dor pélvica crônica e incapacitante, grau máximo da EVA10/10, dismenorreia severa, dispareunia de profundidade, disúria cíclica, dor ao evacuar e distúrbios intestinais cíclicos caracterizados por episódios de diarreia ou constipação no período menstrual, sangramentos uterinos irregulares, inchaço abdominal persistente e comprometimento severo da qualidade de vida e capacidade funcional. Doença multivisceral, de caráter progressivo, com processo inflamatório e aderencial pélvico, que resulta em risco de agravamento e de danos potencialmente irreversíveis como risco iminente de sensibilização e cronificação irreversível da dor e progressão da fibrose pélvica. Assim, necessita urgente de tratamento cirúrgico com excisão dos focos de endometriose profunda infiltrativa por videolaparoscopia; ooforoplastia unilateral ou bilateral com enucleação de endometrioma liberação e preservação ovariana, lise de aderências pélvicas, visando à citorredução da doença e à restauração da anatomia pélvica. O procedimento principal indicado, Tratamento Cirúrgico de Endometriose por Videolaparoscopia está incorporado na Tabela de Procedimentos do SUS, e previsto pelo PCDT do Ministério da Saúde como padrão-ouro na endometriose profunda infiltrativa com falha do tratamento farmacológico e acometimento anatômico estrutural (Código SIGTAP: 04.09.06.030-5). Embora nenhuma intervenção cirúrgica garanta a eliminação absoluta do risco de recidiva biológica, esta cirurgia em comparação com a aberta proporciona maior eficácia na citorredução de focos profundos no tórus uterino e na lise de aderências anexiais complexas, menor trauma cirúrgico, menor risco de formação de novas**

aderências, controle superior da dor crônica, preservação da funcionalidade pélvica e rápida recuperação para o retorno às atividades laborais e cotidianas, representando a medida terapêutica mais eficaz para prevenir sequelas anatômicas e funcionais potencialmente irreversíveis decorrentes do processo inflamatório crônico. Conforme inicial o município disponibiliza o procedimento convencional aberto por não ofertar a modalidade indicada.

A endometriose é doença ginecológica crônica, benigna, por reação inflamatória crônica devido o desenvolvimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É mais comumente nos ovários, fundo de saco posterior e anterior, ligamentos uterossacros, folheto posterior do ligamento largo, útero, tubas uterinas, peritôneo, cólon sigmoide, apêndice, reto, bexiga e ligamentos redondos.

Não tem cura. Pode se abordada por tratamento clínico e/ou cirúrgico, A escolha do tipo do tratamento deve considerar a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos devendo ser individualizado.

O tratamento cirúrgico é eletivo, sem caracter de emergência ou urgência e indicado quando há sintomas graves, incapacitantes; não há melhora com uso empírico de ACO, progestágenos; em casos de endometriomas; na distorção da anatomia das estruturas pélvicas, aderências, obstrução intestinal ou urinário e em pacientes com infertilidade associada a endometriose.

Engloba métodos de menor e maior complexidade. Intervenções complicadas concomitante nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas, requisitam, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. Na endometriose infiltrativa o tratamento é cirúrgico, com excisão das lesões visualmente guiadas, incluindo ressecção de parte da parede do reto e do fundo de saco posterior se necessário, com dissecação cuidadosa das estruturas adjacentes. **Atenção especial** deve ser

dada a essa forma de endometriose, já que representa doença mais profunda, de maior gravidade cuja abordagem clínica e cirúrgica, podem não ser curativas. O tratamento cirúrgico inclui cirurgia conservadora ou definitiva de acordo com o caso, por via aberta ou laparoscópica, sendo Procedimentos de Alta Complexidade do SUS, de responsabilidade tripartide entre os entes Federal, Estadual e Municipal, e execução à cargo do Estado e Município. A cirurgia conservadora videolaparoscopia é importante ferramenta terapêutica, considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico e a remoção de focos de endometriose e, quando indicada, deve promover a excisão de todos os focos de endometriose bem como o restabelecimento da arquitetura pélvica com lise de aderências. Está disponível na SIGTAB sob código genérico de videolaparoscopia 02.09.01.006-1, que se associa a outros procedimentos conforme o caso.

É importante ressaltar que o caso em tela, a despeito de se tratar de quadro de endometriose profunda, resistente a primeira linha de tratamento hormonal, corresponde a doença crônica, não curável com indicação cirúrgica aberta (convencional) ou laparoscópica, sendo a laparoscópica considerada padrão ouro. Entretanto não se tratar a videolaparoscopia na endometriose infiltrativa não se trata do único procedimento disponível no SUS, de demanda de urgência e emergência, e nem de solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de indicação, imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade de melhor gestão de fluxos, competência do gestor de saúde local/estadual, que devem gerir a solicitação conforme os fluxos estabelecidos.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Bassi MA, Podgaec S, Dias Júnior JA, Sobrado CW; Amico Filho N Abrão MS. Endometriose intestinal: uma doença benigna? Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/29.pdf>.

2. Ministério da Saúde Portaria 879, de 12 de julho de 2016. Aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Endometriose. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/02/Portaria-SAS-879-PCDT-Endometriose-12-07-2016-ATUALIZA----O.pdf>.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde - SECTICS. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Endometriose. Versão preliminar. Brasília, 2025. 58p. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-endometriose-cp-65.pdf/@@display-file/file>.
4. Podgaec S, Caraca DB, Lobel A, Bellelis P, Lasmar BP, Lino CA. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 32/Comissão Nacional Especializada em Endometriose). **FEMINA**. 2020;48(4):233-7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096077/femina-2019-484-233-237.pdf>.
5. Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Endometriose do septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. **Arq Gastroenterol**. 2003; 40(3):192-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ag/v40n3/v40n3a11.pdf>
6. Coronado C, Bailey HR, Franklin RR, Valdes CT, Lotze EC. Surgical treatment of symptomatic colorectal endometriosis. **Fert Steril**. 1990;53(3): 411-6. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)53332-9/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)53332-9/pdf).
7. Adansom GD, pasta DJ. Surgical treatment of endometriosis-associated infertility: Meta-analysis compared with survival analysis. **Am J Obstet Gynecol**. 1994;171(6):1488-505. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002937894903921>.

8. Ministério da Saúde. DataSUS Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS Procedimentos (SIGTAB). Competência 06/2026. Acesso em 10/09/2026. Disponível em: <http://sigtab.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

V – DATA

11/09/2026 NATJUS – TJMG.