

ENDOMETRIOSE			
Portaria SAES/SAPS/SCTIE nº 54 – 02/06/2026			
Medicamento	GOSSERRELINA	LEUPRORRELINA	TRIPTORRELINA
CID 10	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8		
Apresentação	3,6mg e 10,8mg (seringa preenchida)	3,75mg (frasco ampola) e 11,25mg - Suspensa (frasco ampola)	3,75mg e 11,25mg (frasco ampola)
Inclusão	A paciente deve apresentar diagnóstico confirmado de endometriose por achados laparoscópicos e histológicos, e UM dos seguintes critérios: - Tratamento prévio por 6 meses com COC (etinilestradiol + levonorgestrel) ou contraceptivos de progestágenos (desogestrel ou acetato de medroxiprogesterona), sem resposta ao tratamento; OU - Recidiva de dor relacionada à endometriose após o tratamento com COC (etinilestradiol + levonorgestrel) ou contraceptivos de progestágenos (desogestrel ou acetato de medroxiprogesterona).		
Anexos Obrigatórios	- Relato médico com os critérios de inclusão, sintomas e tratamento prévio; - Beta HCG para mulheres ≤55 anos; - Laparoscopia com biopsia, laudo histopatológico, ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética.		
Administração	3,6mg por SC por mês ou 10,8mg por SC a cada 3 meses.	3,75mg por via IM mensalmente ou 11,25mg por via IM a cada 3 meses.	
Prescrição Máxima Mensal	1 ampola de 3,6mg por mês ou 1 ampola de 10,8mg a cada 3 meses.	1 ampola de 3,75mg por mês ou 1 ampola de 11,25mg a cada 3 meses.	
Monitoramento	Pacientes em uso dos análogos do GnRH por período maior que 12 meses devem ser avaliadas quanto ao risco de alteração da densidade mineral óssea. Caso necessário, devem ser acompanhadas de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose vigente.		
Exclusão	- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos; - Mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento, ou que estejam amamentando; - Sangramento vaginal de causa desconhecida.		
Tempo de Tratamento	Considerando os potenciais eventos adversos relacionados aos análogos de GnRH (sintomas vasomotores e perda óssea acelerada), recomenda-se que o tempo de tratamento com estes medicamentos seja limitado a seis meses. Pacientes que já fizeram uso de análogos do GnRH por 6 meses, e que		

	permanecerem sintomáticas ou com recidiva de dor relacionada à endometriose, devem ser encaminhadas aos serviços especializados para a avaliação de retratamento. A escolha de prolongar o tratamento deve considerar os riscos e benefícios para a paciente, e a utilização de tratamentos complementares, como o uso da Terapia de Adição Hormonal. Para retratamento encaminhar laudo médico com sintomatologia que ateste permanência ou recidiva dos sintomas e avaliação do risco para osteoporose.
Medicamento	DANAZOL
CID 10	N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.8
Apresentação	100mg (cápsula)
Inclusão	A paciente deve apresentar diagnóstico confirmado de endometriose por achados laparoscópicos e histológicos, e UM dos seguintes critérios: - Tratamento prévio por 6 meses com COC (etinilestradiol + levonorgestrel) ou contraceptivos de progestágenos (desogestrel ou acetato de medroxiprogesterona), sem resposta ao tratamento; OU - Recidiva de dor relacionada à endometriose após o tratamento com COC (etinilestradiol + levonorgestrel) ou contraceptivos de progestágenos (desogestrel ou acetato de medroxiprogesterona).
Anexos Obrigatórios	- Relato médico com os critérios de inclusão, sintomas e tratamento prévio; - Beta HCG para mulheres ≤55 anos; - Laparoscopia com biopsia, laudo histopatológico, ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética; - Hemograma com contagem de plaquetas, AST, ALT e creatinina sérica.
Administração	400mg VO, divididos em duas administrações diárias. Dose máxima: 800mg, divididos em duas administrações diárias.
Prescrição Mensal Máxima	248 cápsulas
Monitoramento	Pacientes em uso de danazol devem ser monitorados pela contagem de plaquetas e testes de função renal e hepática a cada 4 a 6 meses. Na presença de alterações importantes, o medicamento deve ser suspenso.
Exclusão	- Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos medicamentos; - Mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento; - Mulheres que estejam amamentando (aleitamento ou doação de leite); - Insuficiência hepática, renal ou cardíaca graves; - Porfiria; - Tumor androgênio-dependente; - Sangramento vaginal anormal não diagnosticado; - Trombose ativa ou doença tromboembólica, ou histórico de ambos os

	eventos; - Uso concomitante com sinvastatina.
Tempo de Tratamento	Na presença de alterações importantes na contagem de plaquetas e na função renal, o medicamento deve ser suspenso.
Associações Não Permitidas	Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.
Validade dos Exames	- AST, ALT, hemograma com plaquetas, creatinina: 6 meses ; - Beta-HCG para mulheres ≤55 anos: 30 dias ; - Laparoscopia com biopsia, laudo histopatológico, ultrassonografia transvaginal ou ressonância magnética: 12 meses .
Especialidade Médica	Novas Solicitações, Adequações e Renovações Sem Alterações Ginecologista e Obstetra.

Tratamento Medicamentoso:

O tratamento medicamentoso da endometriose pode ser hormonal ou não hormonal. Para o tratamento não hormonal, estão disponíveis anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e outros analgésicos, e seu uso deverá seguir as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica vigente do Ministério da Saúde. Os tratamentos hormonais disponíveis no SUS são os COC (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg), progestágenos (acetato de medroxiprogesterona, desogestrel e dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel), danazol e análogos do GnRH (goserrelina, leuprorrelina, triptorrelina).

Os **COC e os progestágenos são considerados como primeira linha** para mulheres com endometriose, com sintomas e exame físico sugestivos, nas quais foram descartadas outras doenças relacionadas à dor pélvica.

Já os **análogos do GnRH são considerados medicamentos de segunda linha** no tratamento de pessoas com dor relacionada à endometriose nas quais não foi obtida remissão dos sintomas após o tratamento de primeira linha.

Ressalta-se que a escolha do tratamento medicamentoso deve considerar o desejo de gravidez, uma vez que determinadas terapias podem estar contraindicadas em casos de intenção de gestação.

Tratamento medicamentoso-cirúrgico:

O tratamento medicamentoso pode ser associado ao cirúrgico, antes ou após o procedimento.

A supressão hormonal com uso do análogo de GnRH prévia à cirurgia pode diminuir o tamanho dos implantes de endometriose.

De forma semelhante, o tratamento hormonal pós-operatório com análogos do GnRH, progestágenos, COC ou DIU-LNG diminui a chance de recidiva.

Recomenda-se o tratamento hormonal para bloqueio do eixo hipotálamo-hipófise-ovário por seis meses com agonistas do GnRH. Após este período, recomenda-se que o bloqueio seja mantido com COC ou progestágenos por período indefinido até que haja desejo de gestação.

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