

CONSENSO

DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Recomendações baseadas
em evidências para o tratamento
da endometriose

Tratamento clínico complementar
(não farmacológico) da dor
pélvica associada à
endometriose

SBE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ENDOMETRIOSE
e GINECOLOGIA
MINIMAMENTE INVASIVA

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria



CONSENSO

DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENDOMETRIOSE E GINECOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Recomendações baseadas
em evidências para o tratamento
da endometriose

Tratamento clínico complementar
(não farmacológico) da dor
pélvica associada à
endometriose

SBE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ENDOMETRIOSE
e GINECOLOGIA
MINIMAMENTE INVASIVA

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria





ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ENDOMETRIOSE
e GINECOLOGIA
MINIMAMENTE INVASIVA

Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (Gestão 2026-2027)

Presidente

Sergio Podgaec

Vice-Presidente

Paulo Ayroza Galvão Ribeiro

Diretoria Científica

Helizabet Salomão Ayroza Ribeiro

Secretário Geral

Julio Cesar Rosa e Silva

Diretoria Financeira

Ricardo Almeida Quinteiros

Diretoria de Comunicação

Marcos Tcherniakovsky

Diretoria de Inovação

Agnaldo Lopes Silva Filho

Diretoria de Ensino

Luciano Gibran

Coordenador Editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira

Revisora Ortográfica e Gramatical

Viviane Zeppelini

Normatização/ Normalização

Edna Terezinha Rother

Diagramação e Projeto Gráfico

Adriano Aguina

Diretoria da Febrasgo

2024 / 2027

Maria Celeste Osório Wender

Presidente

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Diretor Administrativo

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Diretor Científico

Marcelo Luís Steiner

Diretor Financeiro

Lia Cruz Vaz da Costa Damasio

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Maria Auxiliadora Budib

Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flavia Barra do Espirito

Santo Alves Pereira
Vice-Presidente
Região Norte

Sérgio Podgaec

Vice-Presidente
Região Sudeste

Alberto Trapani Junior

Vice-Presidente
Região Sul

Comissão Nacional Especializada em Endometriose

2024 / 2027

Presidente

Ricardo de Almeida Quinteiros

Vice-Presidente

Marcia Mendonça Carneiro

Secretário

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Membros Titulares

Beatriz Taliberti da Costa Porto
Carlos Alberto Petta
Helizabet Salomão Abdalla
João Nogueira Neto
João Sabino Lahorgue da Cunha Filho
Julio Cesar Rosa e Silva
Marcia Cristina Franca Ferreira

Marco Aurelio Pinho de Oliveira
Marcos Tcherniakovsky
Mauricio Simoes Abrao
Omero Benedicto Poli Neto
Raquel Papandreu Dibi
Sergio Podgaec
Sidney Pearce Furtado

APRESENTAÇÃO

A endometriose representa um dos maiores desafios da ginecologia contemporânea. Muito além de uma doença ginecológica, trata-se de uma condição inflamatória crônica, sistêmica e estrogênio-dependente que impacta profundamente a saúde física, emocional, social e reprodutiva de milhões de mulheres em todo o mundo. Apesar dos avanços científicos das últimas décadas, o atraso diagnóstico, a complexidade dos mecanismos envolvidos na dor e a diversidade das manifestações clínicas continuam impondo desafios importantes aos profissionais de saúde e aos sistemas de assistência.

Nesse cenário, a produção de recomendações fundamentadas em evidências científicas robustas torna-se essencial para qualificar o cuidado, reduzir a variabilidade das condutas e oferecer às pacientes uma assistência cada vez mais segura, individualizada e centrada em suas necessidades.

Foi com esse propósito que a Associação Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva (SBE), em parceria com a Comissão Nacional Especializada em Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), reuniu especialistas de diferentes instituições brasileiras para desenvolver este Consenso Brasileiro sobre Endometriose.

Este documento é resultado de um processo rigoroso de revisão crítica da literatura científica, priorizando estudos de maior qualidade metodológica, complementado por discussões presenciais entre especialistas durante reunião de consenso realizada no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia de 2026. Cada recomendação foi cuidadosamente debatida, revisada e aperfeiçoada até a obtenção de consenso entre os participantes, refletindo o compromisso das duas sociedades com uma medicina baseada em evidências, aliada à experiência clínica e à realidade da prática assistencial brasileira.

Mais do que reunir recomendações terapêuticas, este consenso traduz a evolução do conhecimento sobre a endometriose. A doença passou a ser compreendida sob uma perspectiva ampla, que reconhece sua natureza multifatorial e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, integrando tratamento hormonal, terapias complementares, cirurgia, controle da dor, preservação da fertilidade, saúde mental, reabilitação funcional e promoção da qualidade de vida.

Ao longo dos diferentes capítulos, o leitor encontrará uma síntese crítica das melhores evidências científicas atualmente disponíveis, acompanhada de recomendações práticas elaboradas para apoiar a tomada de decisão clínica. Em todos os momentos, reforça-se que o tratamento deve ser individualizado, considerando a intensidade dos sintomas, a extensão da doença, os objetivos reprodutivos, as comorbidades, as preferências da paciente e o contexto em que está inserida.

Reconhecemos que a produção do conhecimento científico é dinâmica e que novas evidências continuarão a transformar a compreensão da endometriose e seu tratamento. Assim, este consenso deve ser entendido como um documento vivo, comprometido com a atualização permanente e com a incorporação de novos conhecimentos sempre que estes demonstrarem benefício clínico consistente.

Esperamos que esta obra contribua para fortalecer a prática clínica baseada em evidências, estimular a integração entre as diferentes áreas do cuidado e, sobretudo, promover uma assistência mais qualificada, humana e acolhedora às mulheres que convivem com a endometriose.

Este consenso representa, acima de tudo, o compromisso conjunto da Associação Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia com a excelência científica, a educação médica continuada e a melhoria da saúde da mulher brasileira.

Prof. Dr. Sérgio Podgaec

Presidente da Associação Brasileira de Endometriose e Cirurgia Minimamente Invasiva (SBE)

Tratamento clínico complementar (não farmacológico) da dor pélvica associada à endometriose

Cristina Laguna Benetti-Pinto¹ , Daniela Yela¹ , Helena Malvezzi² ,
Maria Celeste Osório Wender³ , Agnaldo Lopes da Silva Filho⁴ ,
Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro^{5,6} , Júlia Kefalás Troncon⁷ ,
Luciano Gibran⁸ , Marco Aurélio Pinho de Oliveira⁹ , Marcos Tcherniakovsky¹⁰ ,
Maurício Abrão^{11,12} , Paulo Ayroza Glavão Ribeiro⁵ , Carlos Alberto Petta¹³ ,
Ricardo Quinteiros¹⁴ , Omero Benedicto Poli-Neto⁷ , Rui Alberto Ferriani⁷ ,
Sérgio Podgaec^{2,9} , Júlio César Rosa e Silva⁷ 

A Comissão Nacional Especializada (CNE) em Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), em conjunto com a Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE), consentem este documento. O conteúdo produzido foi baseado em evidências científicas no tema proposto, e os resultados apresentados visam contribuir para a prática clínica.

¹Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

²Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴Departamento de Ginecologia e Obstetria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵Departamento de Ginecologia e Obstetria, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Escola de Ciências Médicas, São Paulo, SP, Brasil.

⁶Hospital Central, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁷Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁸Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁹Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

¹⁰Departamento de Ginecologia, Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, Santo André, SP, Brasil.

¹¹Departamento de Ginecologia e Obstetria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

¹²Departamento de Ginecologia, A Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

¹³Clínica Fertilidade & Vida, São Paulo, SP, Brasil.

¹⁴Faculdade Porto Dias, Belém, PA, Brasil.

Como citar

Benetti-Pinto CL, Yela D, Malvezzi H, Wender MC, Silva Filho AG, Ribeiro HS, et al. Tratamento clínico complementar (não farmacológico) da dor pélvica associada à endometriose. In: Consenso da Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva. São Paulo: Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva/Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria; 2026. Cap. 2. p.1-27.

Pontos-chave

- Fisioterapia pélvica (manual ou com corrente elétrica) e acupuntura apresentam evidências robustas para redução da dor associada à endometriose.
- Yoga parece demonstrar benefícios na qualidade de vida de mulheres com endometriose.
- Intervenções psicológicas validadas (terapia cognitivo-comportamental e *mindfulness*) apresentam efeitos positivos na dor, na ansiedade e na depressão associadas à endometriose.
- A dieta mediterrânea/anti-inflamatória e a dieta low-FODMAP apresentam evidências limitadas e heterogêneas de efeito no controle da dor da endometriose, com potencial de melhora de sintomas gastrointestinais associados.
- Faltam evidências que demonstrem o efeito de suplementos anti-inflamatórios no controle da dor na endometriose.
- Suplementos antioxidantes (vitaminas C+E, melatonina) demonstraram efeito moderado na dor, com evidências ainda heterogêneas, e podem ser considerados como adjuvantes no manejo individualizado da dor.
- Suplementos anti-inflamatórios, antioxidantes, dieta mediterrânea, curcumina e resveratrol não devem ser apresentados como terapias substitutas dos tratamentos hormonais ou cirúrgicos estabelecidos.
- As terapias complementares podem ser utilizadas como adjuvantes ao tratamento convencional, de forma individualizada e baseada em evidências, e não devem ser apresentadas como substitutas do tratamento hormonal.

Recomendações

- Orientar exercício físico, fisioterapia e acupuntura como terapias complementares no manejo da dor da endometriose, respeitando as preferências da paciente e após o esclarecimento das evidências científicas.
- Oferecer suporte psicológico validado (terapia cognitivo-comportamental e *mindfulness*) como terapia complementar no manejo multidisciplinar da endometriose.

- Restringir indicação de terapias com evidência limitada ou insuficiente a contextos de tratamento individualizado, como terapia adjuvante ao tratamento convencional, com expectativas clínicas realistas discutidas com a paciente.
- O uso de vitaminas C+E e melatonina pode ser orientado de forma individualizada, como terapia complementar no manejo da dor na endometriose, respeitando as preferências da paciente após a orientação para as evidências científicas disponíveis e limitadas.
- Em mulheres que recusam o tratamento convencional, as terapias complementares podem ser utilizadas como alternativa após orientação clara sobre as limitações das evidências. Não indicar terapias complementares como substitutas do tratamento hormonal ou cirúrgico estabelecido.

Introdução

A abordagem terapêutica da dor pélvica crônica associada à endometriose tem evoluído para um modelo multidisciplinar a partir do reconhecimento de que a fisiopatologia da dor transcende a ideia da lesão hormônio-dependente e inflamatória. Embora o tratamento hormonal, os medicamentos para dor e o tratamento cirúrgico sejam os pilares tradicionais e incontestáveis que alicerçam o tratamento da endometriose, alternativas devem ser consideradas pelos profissionais de saúde. A literatura fornece evidências de que as mulheres diagnosticadas com endometriose usam com frequência terapias complementares e alternativas (TCA), motivadas pelo controle insuficiente da dor ou pelo desejo de evitar tratamentos convencionais, ou ainda com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir o estresse. Em um estudo canadense, percentuais próximos de 90% das mulheres utilizaram ao menos uma forma de TCA nos 6 meses anteriores.⁽¹⁾

As TCA serão, para fins de apresentação, divididas em: terapias de intervenção física (fisioterapia, correntes elétricas, exercícios físicos, acupuntura e ioga); terapias de intervenção nutricional (antioxidantes,

vitaminas e outras suplementações e dietas); e terapias de intervenção psicológica (como suporte à conscientização e à saúde mental).

No âmbito da intervenção física, a fisioterapia pélvica desempenha papel crítico na disfunção miofascial e no hipertônismo da musculatura do assoalho pélvico, frequentemente coexistente. Intervenções baseadas em terapia manual, *biofeedback*, exercícios de relaxamento muscular e outros visam restaurar a funcionalidade biomecânica e desativar os pontos-gatilho miofasciais, enquanto técnicas como acupuntura e estimulação nervosa elétrica transcutânea atuam na modulação das vias de dor. Complementarmente, a modulação dietética e o suporte psicoterapêutico abordam os componentes sistêmicos e emocionais da doença. Dietas anti-inflamatórias, ricas em antioxidantes e ácidos graxos ômega-3, buscam reduzir o estresse oxidativo no microambiente peritoneal e, consequentemente, o processo inflamatório e a intensidade dos episódios dolorosos. Simultaneamente, o suporte psicológico auxilia na gestão do impacto psicossocial da doença, fornecendo ferramentas de enfrentamento que alteram a percepção cognitiva da dor e objetivam melhorar a qualidade de vida.

Porém, a despeito destes objetivos, quais as evidências científicas de qualidade sobre as diversas TCAs? Este protocolo visa trazer dados científicos baseando-se apenas em evidências de alta confiabilidade, decorrentes de ensaios clínicos controlados e randomizados, revisões sistemáticas e/ou metanálises, com inclusão de ensaios clínicos.

Método

Este documento foi elaborado após revisão narrativa da literatura conduzida pela Comissão Nacional Especializada (CNE) sobre Endometriose da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e pela Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE). Seu principal objetivo foi reunir, de forma sistemática, as evidências clínicas disponíveis para TCA representadas

na literatura para a dor associada à endometriose, de modo a possibilitar recomendações relevantes para a prática clínica.

Foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados PubMed®/MEDLINE®, Embase, Cochrane Library e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), sem restrição quanto à data de publicação, para identificar estudos no âmbito de intervenções físicas, nutricionais e psicológicas destinadas à endometriose. Ao selecionar os artigos, priorizaram-se ensaios clínicos randomizados, seguidos de revisões sistemáticas e meta-análises; contudo, estudos observacionais e revisões narrativas não foram excluídos quando acrescentaram informações pertinentes ausentes nas fontes de evidência mais robusta.

Uma versão preliminar do texto foi submetida à apreciação de especialistas da área, reunidos presencialmente no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia (CBGO) realizado em maio de 2026, em Minas Gerais. A apresentação das propostas oriundas da revisão da literatura ocorreu e foi discutida ponto a ponto naquela reunião. Nos casos em que houve divergência de opinião entre os participantes, a discussão prosseguiu até que se atingisse entendimento comum, com os textos sendo reformulados sempre que necessário, para refletir a posição compartilhada pelo grupo. Este relatório contém as recomendações e foi elaborado apenas após consultas terem sido realizadas, com obtenção de contribuições de especialistas que participaram das discussões e alcançaram o consenso.

Terapias de intervenção física

Intervenções físicas têm demonstrado benefícios na melhora da percepção da dor e na redução da fadiga.⁽²⁾ Há diferentes modalidades de intervenção física, citando-se a fisioterapia em suas diferentes formas de utilização, exercícios físicos, ioga e, por constituir uma ação orgânica com estimulação de terminações nervosas, será aqui incluída a acupuntura. O Quadro 1 apresenta um resumo dos principais achados em relação às intervenções físicas para manejo da dor.

Quadro 1. Comparativo entre as diferentes formas de intervenção física para o manejo da dor na endometriose

Modalidade	Mecanismo geral principal	Foco na endometriose	Perfil da intervenção	Momento principal da intervenção
Atividade física	Ação sistêmica	Redução da inflamação Melhora da resistência à dor	Ativa Autônoma	Manutenção Estilo de vida
Fisioterapia manual	Ação mecânica (liberação dos tecidos)	Redução de pontos gatilho, contraturas	Passiva Foco anatômico	Reabilitação Tratar sequelas
Fisioterapia com correntes	Elétrico, efeito analgésico	Alívio da dor	Passiva Tecnológico	No momento da dor aguda
Acupuntura	Neuroquímico (estímulo de pontos para liberação de endorfinas e neurotransmissores)	Modulação da inflamação	Passiva	No momento da dor aguda
Ioga	Psicofísico	Redução do estresse Flexibilidade corporal Respiração	Ativa Autônoma	Manutenção Estilo de vida

Exercícios físicos e manejo da dor

A eficácia da atividade física e do exercício como auxílio no controle da dor da endometriose tem sido tema de pesquisas recentes. Ao contrário do que se pensava, o repouso absoluto em doenças com dor crônica pode não ser adequado, uma vez que pode associar-se ao enfraquecimento muscular e ao aumento da sensibilidade dolorosa. A prática de exercícios físicos tem ação sistêmica sobre melhora do sono e humor, o bem-estar geral, a autoimagem e a autoestima. As dificuldades em estabelecer essa relação em mulheres com endometriose estão associadas principalmente à qualidade e à heterogeneidade dos estudos disponíveis. Dessa forma, embora uma revisão sistemática tenha sugerido que o exercício tem efeito benéfico na dor dessa etiologia, os autores ressaltam que, considerando a heterogeneidade dos dados, não foi possível concluir e determinar a eficácia no tratamento dos sintomas relacionados à endometriose.⁽³⁾ Outras duas revisões sistemáticas, da mesma forma, também ressaltam a impossibilidade de determinar o efeito da atividade física e do exercício diretamente sobre os sintomas associados à endometriose.^(4,5) De forma enfática e repetitiva, os autores ressaltaram a necessidade de ensaios

clínicos randomizados e controlados, com cálculo de poder estatístico adequado, grupos de estudo bem definidos e programas de treinamento, para adequadamente responder à esta questão.⁽⁴⁾

Assim, mais recentemente, novas evidências têm sido relatadas. Uma revisão incluiu seis ensaios clínicos com 391 mulheres com endometriose e diversas técnicas de intervenção física: dois estudos utilizaram eletroterapia, dois estudos aplicaram exercícios terapêuticos, um estudo utilizou um programa de aconselhamento de autocuidado e um utilizou terapia manual. Também foi heterogêneo o tempo de aplicação das intervenções, porém os resultados apontaram para a eficácia das diferentes técnicas na melhora da intensidade da dor e da qualidade de vida em mulheres com endometriose.⁽⁶⁾

Entretanto, em uma revisão narrativa, constatou-se que exercícios de consciência corporal, como a Hatha Yoga, o relaxamento muscular progressivo e o método Jacobson, reduziram a dor e o estresse e melhoraram a qualidade de vida associada à endometriose, porém, novamente, ressalta-se a qualidade da evidência, com uma variedade de métodos e desenhos de pesquisa, incluindo estudos transversais, de coorte, observacionais e ensaios clínicos randomizados, sendo estes escassos.⁽⁷⁾

Outra revisão sistemática e metanálise demonstrou que a atividade física teve um impacto significativo em três domínios da qualidade de vida (dor, controle e impotência, e bem-estar emocional), indicando melhora em aliviar a dor, promover o bem-estar psicológico e melhorar a disfunção do assoalho pélvico. No entanto, mesmo nos anos mais recentes, as revisões continuam a ressaltar que são necessários ensaios clínicos randomizados controlados com amostras maiores e bem delineados para fornecer recomendações baseadas em evidências sobre atividade física para mulheres com sintomas relacionados à endometriose.⁽⁸⁾ Rodríguez-Ruiz et al. avaliaram intervenções terapêuticas baseadas em exercícios, incluindo Hatha Yoga e combinações de alongamento, exercícios aeróbicos e de resistência, e observaram redução na intensidade da dor em mulheres com endometriose, além de melhora na fadiga, na aptidão cardiorrespiratória.⁽⁹⁾

Uma revisão com dez estudos (seis ensaios clínicos randomizados controlados, três estudos observacionais prospectivos e um estudo retrospectivo) avaliou intervenções terapêuticas. O único estudo sobre programas de exercícios incluído nessa revisão relatou melhorias notáveis na dor e na função física. O programa de exercícios levou à diminuição da dispareunia e dos pensamentos catastróficos relacionados à dor. Além disso, os participantes experimentaram aumento da força abdominal e lombar, melhora da estabilidade lombopélvica e aprimoramento da arquitetura muscular. Sabe-se que o exercício melhora a saúde física geral, reduz o estresse e melhora o humor, o que pode contribuir coletivamente para os benefícios observados. No entanto, os resultados mistos, com alguns participantes apresentando melhorias mínimas ou leve piora dos sintomas, ressaltam a necessidade de planos de exercícios individualizados. Fatores como intensidade, duração e tipo de exercício, bem como o nível de condicionamento físico inicial dos participantes, são considerações cruciais.⁽¹⁰⁾

Como atuação, o exercício físico aumenta a produção de leucócitos, cortisol e adrenalina, todos demonstraram possuir efeitos anti-inflamatórios agudos.⁽¹¹⁾ Foi proposto que os mecanismos fisiológicos subjacentes à redução induzida pelo exercício nas citocinas pró-inflamatórias podem incluir uma redução na expressão de genes envolvidos na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, bem como uma melhora na regulação da percepção da dor.⁽¹²⁾

Alcançar o controle dos sintomas em mulheres com endometriose é um desafio contínuo. Existe um conjunto de evidências sobre os processos que medeiam a endometriose e foram aqui resumidos para apoiar a maneira pela qual o exercício pode produzir seus efeitos positivos. Assim, as evidências de estudos intervencionistas apoiam o exercício como uma modalidade potencialmente benéfica no tratamento dos sintomas relacionados à endometriose, com a maioria mostrando efeitos positivos no bem-estar, sendo recomendada a atividade física sempre que possível.⁽¹³⁾

Fisioterapia e tratamento complementar à dor

A fisioterapia, seja manual ou por correntes elétricas, foca na mecânica e na função neuromuscular dos tecidos pélvicos, aliviando ainda a contribuição musculoesquelética para a dor pélvica. O foco principal é desativar pontos gatilho de desencadeamento de dor, alterações da elasticidade, contratilidade e mobilidade, além da modulação da dor. A fisioterapia tem uma atuação que pode ser específica para disfunções musculares claras, como o presente em contratura/hipertonia, por exemplo, do assoalho pélvico, em situações de dispareunia, aderências pós-cirúrgicas, mas também auxilia em queixas como dismenorreia. Essa diversidade de atuação (manual ou por correntes), de indicações e respostas, também dificulta a comparação dos resultados dos estudos.

Assim, em recente revisão que avaliou intervenções com agentes eletrofísicos e técnicas de terapia manual, observou-se que essas intervenções parecem melhorar desfechos clínicos relacionados à endometriose, como a dor e a qualidade de vida. No entanto, a falta de replicação das intervenções entre os estudos e o alto grau de viés na literatura disponível limitam a capacidade de identificar quais as estratégias mais eficazes.⁽⁹⁾

Uma outra revisão que incluiu oito estudos (sete ensaios clínicos randomizados e um estudo retrospectivo) com 433 participantes classificou os estudos em três categorias: modalidades de fisioterapia, que envolvem métodos que utilizassem energia para fornecer tratamento usando um dispositivo (técnicas de eletroterapia: estimulação elétrica nervosa transcutânea [TENS], estimulação transcraniana por corrente contínua, estimulação elétrica neuromuscular e terapia a laser); programa de exercício terapêutico multimodal supervisionado e terapia manual (massagem de Thiele) e observou que a modalidade fisioterapia envolvendo eletroterapia foi mais eficaz para o controle da dor em mulheres com endometriose. Devido à sua natureza não invasiva e à ampla gama de técnicas aplicáveis, a fisioterapia oferece uma área valiosa para pesquisas futuras, particularmente para mulheres que apresentam contraindicações ou efeitos adversos a outros métodos de controle da dor disponíveis.⁽¹⁴⁾

Uma metanálise em rede demonstrou que intervenções não farmacológicas proporcionam benefícios clinicamente significativos para mulheres com endometriose. Nesta metanálise, fisioterapia, acupuntura e psicoterapia reduziram significativamente a dor geral, sendo a fisioterapia a que apresentou o maior efeito. Análises específicas por subtipo revelaram que a acupuntura foi mais eficaz para dor pélvica, enquanto a fisioterapia foi superior para dismenorreia. Além disso, tanto a acupuntura quanto a fisioterapia melhoraram significativamente a qualidade de vida, confirmando seu valor mais amplo, além do alívio dos sintomas, embora as evidências para a redução da ansiedade permaneçam inconclusivas. Esses achados apoiam a integração da fisioterapia e da acupuntura em protocolos de cuidado multimodal como opções complementares eficazes à terapia convencional.⁽¹⁵⁾

Acupuntura no manejo da dor

Há muito tempo, as terapias relacionadas à acupuntura têm sido utilizadas para o tratamento de diversos tipos de dor ginecológica e existem muitas evidências que comprovam sua eficácia. Cada vez mais evidências indicam que as terapias relacionadas à acupuntura podem aliviar a dor. Numerosas substâncias químicas periféricas, incluindo neurotransmissores, neuropeptídeos e citocinas, estão envolvidas na inibição da dor pelas terapias relacionadas à acupuntura. A acupuntura pode aliviar a dor modulando os níveis inflamatórios de interleucina-1 beta, fator de necrose tumoral alfa, prostaglandina E2 e prostaglandina F2 alfa. Além disso, as terapias relacionadas à acupuntura podem inibir a dor por meio de mecanismos espinais e supraespinais. Na medula espinhal, a inativação da microglia e dos astrócitos espinais, respectivamente, medeia os efeitos analgésicos imediatos e de longo prazo da acupuntura. As regiões cerebrais relacionadas ao sistema descendente de regulação da dor incluem o córtex cingulado anterior, a substância cinzenta periaquedutal do mesencéfalo e a área ventromedial rostral da medula. As terapias relacionadas à acupuntu-

ra podem alcançar efeitos analgésicos inibindo a ativação das células gliais, regulando as funções das regiões cerebrais correspondentes. Também há mecanismos descrevendo o auxílio da acupuntura na regulação endócrina e imunológica.⁽¹⁶⁾

Uma metanálise avaliou 11 intervenções; algumas constituem variações da acupuntura clássica: acupuntura, eletroacupuntura, moxabustão, auriculoterapia, implante de *catgut* em pontos de acupuntura, aplicação em pontos de acupuntura, fitoterapia chinesa, acupuntura simulada e terapia combinada (qualquer combinação de terapia relacionada à acupuntura com as outras terapias). Os autores observaram que as terapias relacionadas à acupuntura podem ser consideradas um método de tratamento potencial, justificando investigações adicionais. Dentre elas, a implantação de *catgut* em pontos de acupuntura, a auriculoterapia, a aplicação em pontos de acupuntura e a terapia combinada podem ser consideradas para o tratamento da endometriose. Em investigações subsequentes, é imprescindível que os estudos clínicos sigam rigorosamente as diretrizes e os protocolos estabelecidos, de forma a facilitar sua replicação e análise.⁽¹⁷⁾

Outra revisão, com 14 estudos e 793 mulheres, mostrou que a acupuntura, a eletroacupuntura e a auriculoterapia foram superiores ao grupo controle na redução dos níveis de dor de mulheres com endometriose. A acupuntura, a auriculoterapia e o agulhamento aquecido apresentaram taxas de resposta mais elevadas em comparação ao grupo controle, enquanto a eletroacupuntura e o agulhamento com fogo não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de resposta em comparação ao grupo controle. Em relação ao tipo de dor, diferenciamos a melhora no nível de dor e a taxa de resposta obtidas com a acupuntura na dismenorreia e na dor pélvica associada à endometriose. A análise indicou que a acupuntura apresentou benefícios significativos na melhora da dor e no aumento das taxas de resposta para ambos os sintomas.⁽¹⁸⁾

A ioga e sua relevância para tratamento de dor

A ioga é uma prática milenar originada na Índia, que integra posturas físicas, técnicas de respiração e meditação. Mais do que um exercício, é uma disciplina que busca a união entre mente, corpo e espírito. Para mulheres com endometriose, a ioga pode oferecer benefícios físicos, como o aumento da flexibilidade e o fortalecimento muscular, bem como benefícios psicológicos, como a redução do estresse e a melhora da qualidade de vida.

Uma revisão de escopo, com o objetivo de reunir e avaliar as evidências disponíveis sobre intervenções no estilo de vida para o manejo da dor pélvica em mulheres com endometriose, identificou 21 estudos sobre modificação da dieta, atividade física, intervenções baseadas em *mindfulness*, ioga, programas de saúde digital e TENS para o controle da dor pélvica. No entanto, o tamanho reduzido das amostras e a variabilidade metodológica limitam a força das conclusões. Desses 21 estudos, quatro eram com ioga e mostraram resultados favoráveis no controle da dor com a ioga.⁽¹⁹⁾

Terapias de intervenção nutricional

O papel das intervenções nutricionais no controle da dor da endometriose baseia-se na premissa de que a endometriose é uma doença inflamatória crônica dependente de estrogênio, que, portanto, associa-se a um estado de estresse oxidativo e inflamatório. Também considera que a endometriose pode se associar a outras doenças de caráter inflamatório e a outras alterações gastrointestinais que causam dor pélvica.

Para apresentar as evidências, dividiremos as intervenções nutricionais de acordo com foco principal em: intervenção anti-inflamatória; intervenção antioxidante; intervenção imunomoduladora; e intervenção dietética (geralmente com foco misto).

Intervenção alimentar anti-inflamatória no manejo da dor

No grupo de ação predominantemente anti-inflamatória estão os ácidos graxos ômega-3, um ácido graxo poli-insaturado de cadeia longa

(PUFA) e o resveratrol, que visam reduzir a produção de prostaglandinas inflamatórias. Os ácidos graxos ômega-3 são encontrados no óleo de peixe, incluindo o ácido eicosapentaenoico (EPA, provavelmente o principal componente com ação anti-inflamatória) e o ácido docosahexaenoico (DHA), além do ácido alfa-linolênico (ALA) derivado de plantas (linhaça). O resveratrol (RES), um polifenol não flavonoide, é produzido naturalmente pelas plantas em resposta a estressores ambientais. Pode ser encontrado em frutas como frutas vermelhas e uvas, bem como em amendoim e vinho tinto.

Duas recentes revisões sugerem que, embora esses compostos bioativos tenham propriedades *in vitro* para agir no controle da dor inflamatória, faltam evidências baseadas em estudos *in vivo* para endometriose; as doses estudadas são variáveis (resveratrol de 30 a 100mg/dia, ômega-3 variando entre 1.000 a 2.000mg (EPA + DHA), com pouco tempo de seguimento e pequeno número de participantes. Outros compostos estudados são a curcumina e a quercetina, que são polifenóis. Para estes há ainda menos estudos, a maioria *in vitro*.^(20,21)

Uma outra revisão com metanálise com inclusão apenas de ensaios clínicos placebo controlados avaliou vários suplementos, também incluindo cúrcuma, ômega 3 (*fish oil*) e resveratrol, e não encontrou superioridade destes em relação a placebo no controle da dor.^(22,23)

Suplementação antioxidante e manejo da dor

No grupo de prescrições consideradas entre as intervenções antioxidantes estão a vitamina C (ácido ascórbico), vitamina E (alfa-tocoferol), N-acetilcisteína (NAC), melatonina e o ácido alfa-lipóico (ALA). Considera-se que a endometriose gera um estado de estresse oxidativo na cavidade peritoneal e que o excesso de radicais livres no fluido peritoneal favorecerá a proliferação das lesões. Assim, o objetivo dessas suplementações é combater e neutralizar radicais livres que promovem crescimento das lesões e sensibilizam nervos periféricos.

A vitamina E é um antioxidante lipossolúvel, que atuaria estabilizando membranas celulares, enquanto a vitamina C, hidrossolúvel, atua em sinergia com a vitamina E, auxiliando a regenerar a forma ativa do tocoferol, sendo que a associação aparentemente pode fornecer resultados superiores ao uso das duas de forma isolada. As doses estudadas são geralmente de 1.200 UI/dia (800 mg) e de 1.000 mg/dia respectivamente para a vitamina E e C, com protocolos de 8 a 12 semanas.

A NAC é um precursor da glutadiona, com dose estudada de 600mg três vezes ao dia (há protocolos com esquemas variados, sugerindo 3 dias de uso e 4 dias de pausa). Foi estudada principalmente em endometriomas e melhora da dor, com resultados atualmente vistos com cautela. A melatonina, em dose de 10mg/dia, mais estudada no sono, tem difusão fácil entre barreiras biológicas, com boa ação antioxidante. O ALA é considerado um antioxidante universal, reduzindo a expressão de metaloproteínases de matriz (MMP), estudado em doses de 400 a 800mg/dia e, geralmente, em associação a outro antioxidante, como a NAC.

Considerando a suplementação de vitaminas C+E, um estudo placebo-controlado avaliou melhora de dor e marcadores inflamatórios em fluido peritoneal após 8 semanas de uso, mostrando redução da dismenorreia e da dispareunia, respectivamente, em 37 e 24% das mulheres (no grupo placebo, a melhora ocorreu, respectivamente, em 36 e 0%). Também houve redução dos marcadores inflamatórios no grupo tratado com suplementação dessas vitaminas.⁽²³⁾ Os resultados também mostraram não haver melhora ou piora da dismenorreia em 62% das mulheres tratadas. Com resultados tão próximos, ainda que significativos, além de inclusão de pequeno número de pacientes, é preciso recorrer a evidências mais robustas fornecidas por revisões sistemáticas e metanálises. Há uma convergência de que as vitaminas C e E, quando utilizadas, devem ser suplementadas em associação e de que períodos curtos não mostram efeito. O Quadro 2 apresenta o resumo das revisões sistemáticas sobre o uso de antioxidantes no manejo da dor associada à endometriose.

Quadro 2. Revisões sistemáticas sobre intervenções antioxidantes no manejo da dor da endometriose.

Estudo	Principais achados	Limitações/Considerações
Salmeri et al. ⁽²²⁾	Agrupou apenas os ECR mais rígidos contra placebo. Concluiu que a diferença não foi clinicamente superior ao efeito placebo em larga escala	Utilizou filtros de integridade científica mais modernos (RoB2), o que reduz a “força” dos resultados positivos anteriores
Nirgianakis et al. ⁽²⁴⁾	Incluiu 9 estudos em humanos e 11 em animais. Diferentes intervenções, doses e compostos antioxidantes. Reconhece o potencial, mas enfatiza que a evidência é de “baixa qualidade” devido ao risco de viés nos ECRs	Heterogeneidade dos estudos impede recomendação clínica definitiva, especialmente por ser uma análise de intervenções variadas
Meneghetti et al. ⁽²⁵⁾	Incluiu 6 estudos envolvendo compostos antioxidantes como a suplementação com as vitaminas C e E. Resultados mostram associação com redução da dismenorrea, porém sem associação na redução da dor pélvica crônica e dispareunia	Heterogeneidade dos estudos e moderado/alto risco de vieses. Os benefícios foram mais claros em mulheres com baixa ingestão dietética prévia

ECR: ensaio clínico randomizado.

A crítica principal dos autores foi relacionada ao fato de que as análises incluíram vários suplementos, não apenas as vitaminas E+C, reforçando a heterogeneidade das evidências. Na metanálise de Meneghetti et al., a suplementação com essas vitaminas mostrou redução da dismenorrea em relação a placebo. Para dor pélvica crônica e dispareunia, a suplementação não alcançou significância estatística. Os autores relatam que muitos artigos têm risco de viés moderado a alto e são muito heterogêneos. Assim, embora as vitaminas C e E possam ser vistas como “promissoras” e, provavelmente, como os antioxidantes com mais evidências científicas, o rigor das revisões de Salmeri et al. e Nirgianakis et al. indica que, na endometriose, a resposta clínica é muito variável e depende também de fatores individuais. Mais recentemente, outros antioxidantes têm sido alvo de estudos com foco no alívio da dor. Embora muitos estudos sejam comuns às revisões em 2024 uma análise apenas de ensaios clínicos mostrou redução significativa da dismenorrea, porém sem associação com redução da dor pélvica e dispareunia. Também nesta, a heterogeneidade dos estudos e as amostras com pequeno número de pacientes é reforçada.

Em 2025, mais uma vez os antioxidantes foram reavaliados, dessa vez sem inclusão de outras terapêuticas. Foram incluídos apenas suple-

mentos antioxidantes comparados a placebo ou não tratamento, sendo o desfecho primário a dor. Foram 21 estudos, 1.626 mulheres com endometriose, sendo 818 tratadas com suplementação antioxidante e 808 recebendo placebo ou nenhum tratamento. Dez tipos diferentes de suplementação foram avaliados, incluindo vitamina C, vitamina D, associação de vitamina C+E, pentoxifilina, melatonina, óleo de peixe, astaxantina, N-palmitoethanolamina, tabletes de alho, resveratrol e silimarina, em diferentes doses e associações. Os autores encontraram respostas clinicamente significativas, porém, mais uma vez, sobressaem a heterogeneidade dos estudos e a dificuldade de conclusões: “Os resultados mostraram que a suplementação com antioxidantes aliviou significativamente certos tipos de dor associados à endometriose, especificamente dor pélvica, dismenorreia e dispareunia. A heterogeneidade entre os estudos é evidente e pareceu ser influenciada pelo tipo de antioxidante, estágio da doença e duração da intervenção. Vale ressaltar que, dada a complexa fisiopatologia e as manifestações clínicas heterogêneas da endometriose, embora os antioxidantes demonstrem efeitos significativos em algumas áreas, seu impacto geral permanece relativamente limitado e eles devem ser considerados como terapias complementares, e não como substitutos dos tratamentos cirúrgicos ou hormonais padrão”.⁽²⁶⁾

Intervenções imunomoduladoras no manejo da dor associada à endometriose

Para as intervenções com ação imunomoduladora no contexto da endometriose, consideram-se substâncias que têm ação anti-inflamatória, mas que também têm ação na tentativa de reequilibrar a resposta imune disfuncional, uma vez que o sistema imunológico dessas mulheres falha em eliminar células endometriais localizadas fora do útero. Com base nas revisões já citadas, são considerados, nessa categoria: a suplementação com vitamina D, vista como um hormônio com receptores em células do sistema imune (estudada em doses de 2.000 a 4.000 UI/dia, ou doses semanais de até 50.000 UI), o zinco (doses variáveis de 30 a 50 mg/dia), a

melatonina (dose de 10mg/dia), o ALA (doses de 400 a 800 mg/dia). Apenas para a melatonina e para a vitamina D, há um grau de evidência um pouco maior,^(22,25,26) enquanto as restrições aos demais referem-se à falta de ensaios clínicos adequados.

Intervenções dietéticas no controle da dor

Há evidências sugerindo que dietas e nutrientes podem modular os processos fisiopatológicos subjacentes à endometriose, como inflamação, vias do estrogênio e interações entre o microbioma e seus metabólitos – este último a partir da relação de que uma disbiose intestinal poderia interferir nos mecanismos anteriores relacionados à endometriose. O interesse em intervenções dietéticas e nutricionais para o tratamento da endometriose é impulsionado por estratégias de busca por tratamento por parte das pacientes. No entanto, as evidências para intervenções dietéticas e nutricionais são limitadas devido ao baixo número de ensaios clínicos disponíveis, limitação de aderência em especial a longo prazo e variabilidade na ingesta individual.

De maneira geral, a proximidade das lesões endometrióticas com o trato gastrointestinal e a inflamação cruzada (*cross-talk* visceral) justificam a intervenção dietética para reduzir a distensão abdominal e a fermentação, que exacerbam a dor pélvica difusa, com provável melhora principalmente de sintomas gastrointestinais.

Existem vários tipos de intervenção dietética. Importante conhecer as evidências, pois essa linha não pode ser vista de forma simplista como uma orientação de dieta restritiva, mas como uma linha de conduta baseada em evidências.

Dieta sem glúten e laticínios

O glúten está presente em muitos tipos de grãos e pode desencadear respostas inflamatórias em alguns indivíduos. Acredita-se que o glúten possa aumentar a permeabilidade intestinal e a inflamação sistêmica. Uma dieta sem glúten teoricamente pode apresentar potencial para melhorar

dor pélvica e os sintomas gastrintestinais de forma geral. As proteínas gliadinas podem aumentar os mastócitos, estimulando uma resposta inflamatória; isso pode explicar por que algumas mulheres experimentam uma melhora na dor abdominal ao eliminar o glúten. Já para os laticínios, as evidências de benefícios são mais restritas e controversas, sugerindo que laticínios de alta gordura seriam mais prejudiciais, mas com nível de evidência ruim.^(27,28)

Dieta low-FODMAP

A dieta com baixo teor de FODMAPs é uma abordagem dietética na qual carboidratos de cadeia curta são restringidos em pessoas que podem absorvê-los mal e que são facilmente fermentados por bactérias. Em indivíduos com hipersensibilidade visceral, suas atividades osmóticas e a produção de gases podem resultar em distensão do lúmen intestinal, causando desconforto e inchaço, que podem levar à dor. Frequentemente, mulheres diagnosticadas com endometriose apresentam sintomas gastrintestinais semelhantes aos da síndrome do intestino irritável, além de que mulheres com endometriose têm duas a três vezes mais chances de serem diagnosticadas com a síndrome.⁽²⁸⁾ A utilização de dieta com baixo teor de FODMAPs demonstrou melhora significativa nos sintomas gastrintestinais em pacientes com endometriose. Em estudo retrospectivo de 160 mulheres com SII que atendiam aos critérios de Roma III em que 36% apresentavam endometriose concomitante, 72% das mulheres com endometriose relataram que seguir uma dieta com baixo teor de FODMAPs acarretou em alívio dos sintomas gastrintestinais.^(29,30)

Curiosamente, a dieta com baixo teor de FODMAP inclui não apenas uma dieta com baixo teor de níquel, mas também uma dieta com baixo teor de lactose e baixo teor de glúten, abrangendo aspectos comuns a outras dietas e sendo indicáveis a um amplo espectro de doenças de alta prevalência, como intolerância à lactose e sensibilidade ao glúten não celíaca. Portanto, é possível obter benefícios clínicos com uma dieta com

baixo teor de FODMAP, mas talvez isso implique em exclusões alimentares provavelmente desnecessárias.

Dieta mediterrânea

Foi apontada como a estratégia de “base” mais promissora, devido ao seu perfil naturalmente anti-inflamatório (baixo consumo de carne vermelha e alto consumo de fibras e ômega-3, com padrão alimentar predominantemente vegetal, com frutas, leguminosas, cereais integrais, sementes, azeite de oliva e moderado consumo de peixes e aves). Embora apresente as melhores evidências entre as intervenções dietéticas estudadas para melhora de dor e inflamação, é uma dieta de custo elevado, o que dificulta aderência prolongada.⁽³¹⁾

Dieta rica em fibras

O papel da fibra é mais complexo, e os achados dos estudos são conflitantes. Aponta-se que maior ingestão de fibras se associa à redução do nível de estrogênio, por acelerar o trânsito intestinal e menor circulação entero-hepática, além de haver papel benéfico na modulação da microbiota, da inflamação.⁽³²⁾ Como ação sobre sintomas gerais intestinais, a fibra pode ainda reduzir a constipação intestinal, com implicações sobre a dor. No entanto, não há ensaios clínicos bem desenhados que permitam caracterizar, de forma isolada, o papel dessa intervenção sobre a dor da endometriose.⁽³³⁾

Uma revisão sistemática encontrou um único estudo que mostrou melhora da dor com dieta sem glúten, porém os autores destacam que se trata de um estudo não controlado, sem grupo controle e com risco de viés alto.⁽³⁴⁾ De uma forma geral, as conclusões de revisões mais recentemente têm afirmado que não há evidências suficientes para recomendar a dieta sem glúten para mulheres que apresentem apenas endometriose como causa da dor, considerando o impacto incerto e o risco de piora nutricional a longo prazo.^(27,35)

Com relação aos laticínios, revisões recentes mostraram que os produtos lácteos poderiam ter uma associação protetora contra o risco de endometriose, com evidências de baixa qualidade, porém não há publicações que respaldem que excluir laticínios reduz a dor da endometriose.⁽³⁶⁻³⁸⁾

As intervenções dietéticas mais apoiadas em evidências, ainda que limitadas, são a dieta mediterrânea/anti-inflamatória e a dieta low-FOD-MAP, principalmente no que se refere à melhora sintomática (dor + sintomas gastrointestinais), do que para efeitos diretos sobre a fisiopatologia da doença. Os achados de revisões indicam efeitos positivos da dieta mediterrânea na redução da dor, com melhora da qualidade de vida e dos sintomas.⁽³⁴⁾

Uma recente revisão apontou que dietas ricas em frutas e vegetais, incluindo os padrões alimentares mediterrâneo e com baixo teor de FODMAP, foram associadas à redução dos sintomas de dor e à melhora da qualidade de vida, enquanto as evidências referentes à ingestão de laticínios, glúten, carboidratos e gordura alimentar foram inconsistentes ou limitadas. Os autores concluem ressaltando a considerável heterogeneidade entre os desenhos dos estudos e as medidas de desfecho, o que permite inferir que fatores dietéticos podem contribuir para a modulação dos sintomas relacionados à endometriose; no entanto, a heterogeneidade metodológica destaca a necessidade de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade.⁽³⁹⁾

Terapias de intervenção psicológica

Estudos mostram que mulheres com endometriose apresentam risco significativamente maior de apresentarem depressão e ansiedade, em comparação com a população em geral. A prevalência dessas alterações é exacerbada pela dor crônica, pela frustração com o longo processo diagnóstico e com a falha terapêutica em controle adequado da doença. Em alguns casos, o advento da dor se associa a eventos traumáticos, conflitos familiares e pessoais ou com histórico de abusos físicos e

sexuais, sugerindo que a dor pélvica crônica possa ter um componente somato-funcional.

Nesse contexto, intervenções psicológicas têm sido estudadas, citando-se a terapia cognitivo-comportamental, o *mindfulness* e outras terapias baseadas em aceitação, psicoterapia individual ou em grupo, além de terapias de relaxamento e outras intervenções mais complexas. A ioga, uma intervenção apontada dentro das intervenções físicas, também é vista como intervenção psicossomática com bons resultados que associam relaxamento e regulação emocional. Essas intervenções podem colaborar para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e aceitação das limitações impostas pela endometriose.

Uma revisão com nove publicações (três ensaios clínicos randomizados, um ensaio clínico controlado, dois estudos de braço único, um estudo de coorte retrospectivo e duas séries de casos), incluindo intervenções como ioga, *mindfulness*, treinamento de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental combinada com fisioterapia, medicina chinesa combinada com psicoterapia e *biofeedback*, mostrou que as intervenções psicológicas parecem promissoras para o tratamento da dor, ansiedade e sintomas depressivos, estresse e fadiga relacionados à endometriose. Os resultados para a dor parecem merecer uma análise mais aprofundada, visto que quase todos os estudos encontraram redução significativa nos níveis de dor. No entanto, as limitações no desenho dos estudos realizados até o momento impedem conclusões definitivas sobre a eficácia das intervenções psicológicas para endometriose. Os estudos até agora não contaram com um grupo controle, o que dificulta a determinação da relação de causa e efeito.⁽⁴⁰⁾

Outra revisão com dez artigos com intervenções terapia cognitivo-comportamental (n = 2), terapia de *mindfulness* (n = 4), ioga (n = 2), psicoeducação (n = 1) e treinamento de relaxamento muscular progressivo (n = 1) demonstrou que todas as intervenções mencionadas melhoraram e reduziram a dor em mulheres com endometriose. Considerando o número limitado de estudos nessa área e o fato de haver apenas cinco artigos com

boa qualidade, mais estudos de alta qualidade poderiam fornecer evidências mais robustas para apoiar a implementação das intervenções mencionadas que influenciam a dor.⁽⁴¹⁾

Uma revisão sistemática com sete ensaios clínicos randomizados (n = 757), que avaliou intervenções psicológicas em mulheres com endometriose, concluiu que as evidências atualmente disponíveis indicam que as intervenções psicológicas têm efeitos positivos moderados nos níveis de dor (dispareunia e disquesia) e efeitos positivos moderados a fortes na ansiedade e na depressão vivenciadas por mulheres com endometriose, bem como em diferentes componentes da qualidade de vida, como saúde mental e física, além de um pequeno efeito positivo na dor pélvica. Portanto, o tratamento dessas mulheres precisa ir além do manejo médico e cirúrgico e incluir tratamentos psicológicos validados.⁽⁴²⁾

Considerações finais

As TCA representam componente crescente no manejo multidisciplinar da endometriose. Embora não substituam os tratamentos hormonais ou cirúrgicos convencionais, podem contribuir significativamente para a redução da dor e a melhora da qualidade de vida quando integradas ao plano terapêutico de forma individualizada e baseada nas evidências disponíveis. O modelo de cuidado centrado na paciente, que incorpora intervenções físicas, nutricionais e psicológicas ao arsenal terapêutico convencional, representa o caminho mais adequado para o manejo abrangente da endometriose.

Referências

1. Gholiof M, Adamson-De Luca E, Foster WG, Leyland NA, Bridge-Cook P, Leonardi M, et al. Prevalence of use and perceived effectiveness of medical, surgical, and alternative therapies for endometriosis pain in Canadians. *J Obstet Gynaecol Can.* 2023;45(1):11-20. doi:10.1016/j.jogc.2022.11.003.
2. Salinas-Asensio MD, Álvarez-Salvago F, Mundo-López A, Ocón-Hernández O, Lozano-Lozano M, López-Garzón M, et al. Changes in fatigue, health-related fitness, sleep quality, mental health, gastrointestinal complaints and sexual function after a multimodal supervised therapeutic exercise program in women with endometriosis unresponsive to conventional therapy: a secondary analysis of a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;312:114083. doi:10.1016/j.ejogrb.2025.114083.

3. Mira TA, Buen MM, Borges MG, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(1):2-9. doi:10.1002/ijgo.12576.
4. Hansen S, Sverrisdóttir UÁ, Rudnicki M. Impact of exercise on pain perception in women with endometriosis: A systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021;100(9):1595-601. doi:10.1111/aogs.14169.
5. Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):355. doi:10.1186/s12905-021-01500-4.
6. Abril-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, Jiménez-Barrio S. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;162(1):233-43. doi:10.1002/ijgo.14645.
7. Tourny C, Zouita A, El Kababi S, Feuillet L, Saeidi A, Laher I, et al. Endometriosis and physical activity: A narrative review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;163(3):747-56. doi:10.1002/ijgo.14898.
8. Xie M, Qing X, Huang H, Zhang L, Tu Q, Guo H, et al. The effectiveness and safety of physical activity and exercise on women with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2025;20(2):e0317820. doi:10.1371/journal.pone.0317820.
9. Rodríguez-Ruiz Á, Sierra-Artal B, Lozano-Lozano M, Artacho-Cordón F. Impact of physical rehabilitation on endometriosis and adenomyosis-related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2025;14(23):8284. doi:10.3390/jcm14238284.
10. Afreen S, Perthiani A, Sangster E, Lanka N, Acharya P, Virani S, et al. Comparing surgical, acupuncture, and exercise interventions for improving the quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Cureus.* 2024;16(7):e65257. doi:10.7759/cureus.65257.
11. Suzuki K. Chronic inflammation as an immunological abnormality and effectiveness of exercise. *Biomolecules.* 2019;9(6):223. doi:10.3390/biom9060223.
12. Li J, Li Y, Atakan MM, Kuang J, Hu Y, Bishop DJ, et al. The molecular adaptive responses of skeletal muscle to high-intensity exercise/training and hypoxia. *Antioxidants.* 2020;9(8):656. doi:10.3390/antiox9080656.
13. McKnight K, Omotosho O, Jassim S, Cotter A. Exercise and endometriosis-is there a promising future? A narrative review. *Ir J Med Sci.* 2024;193(5):2375-87. doi:10.1007/s11845-024-03733-2.
14. Can G, das Virgens IP, Fehér B, Orbán EP, Fehérvári P, Bánhidý F, et al. Physiotherapy for endometriosis-associated pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Med.* 2026;27(1):95-103. doi:10.1093/pm/pnaf083.
15. Zheng X, Wang Y, Li H, Zhang J, Liu J, Zheng X, et al. Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for pain and quality of life in women with endometriosis: a systematic review and network meta-analysis. *J Pain Res.* 2026;19:577080. doi:10.2147/JPR.S577080.
16. Chen T, Zhang WW, Chu YX, Wang YQ. Acupuncture for pain management: molecular mechanisms of action. *Am J Chin Med.* 2020;48(4):793-811. doi:10.1142/S0192415X20500408.
17. Li H, Wang X, Wang Y, Gao Y, Zheng X, Zhang X, et al. Acupuncture and related therapies for endometriosis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Pain Res.* 2024;17:3197-216. doi:10.2147/JPR.S488343.
18. Chen C, Li X, Lu S, Yang J, Liu Y. Acupuncture for clinical improvement of endometriosis-related pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;310(4):2101-14. doi:10.1007/s00404-024-07675-z.

19. Hough B, Drever N, Manger S. What is the evidence on lifestyle interventions for the symptom management of pelvic pain in women with endometriosis or adenomyosis? a scoping review. *Am J Lifestyle Med*. 2026;15598276261419770. doi:10.1177/15598276261419770.
20. Sienko A, Cichosz A, Urban A, Smolarczyk R, Czajkowski K, Sienko J. The effect of two anti-inflammatory dietary components, omega-3 and resveratrol, on endometriosis. *Ginekol Pol*. 2024;95(7):573-83. doi:10.5603/gpl.97573.
21. Hipólito-Reis M, Neto AC, Neves D. Impact of curcumin, quercetin, or resveratrol on the pathophysiology of endometriosis: A systematic review. *Phytother Res*. 2022;36(6):2416-33. doi:10.1002/ptr.7464.
22. Salmeri N, Ragusi A, Buffo C, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Dietary supplements for endometriosis-associated pain: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Gynecol Obstet Invest*. 2026;91(1):101-14. doi:10.1159/000545414.
23. Santanam N, Kavtaradze N, Murphy A, Dominguez C, Parthasarathy S. Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. *Transl Res*. 2013;161(3):189-95. doi:10.1016/j.trsl.2012.05.001.
24. Nirgianakis K, Egger K, Kalaitzopoulos DR, Lanz S, Bally L, Mueller MD. Effectiveness of dietary interventions in the treatment of endometriosis: a systematic review. *Reprod Sci*. 2022;29(1):26-42. doi:10.1007/s43032-020-00418-w.
25. Meneghetti JK, Pedrotti MT, Coimbra IM, da Cunha-Filho JS. Effect of dietary interventions on endometriosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Reprod Sci*. 2024;31(12):3613-23. doi:10.1007/s43032-024-01701-w.
26. Zhong Y, Qiao X, Huang X, Li Y, Wang R, Liang J, et al. The effects of antioxidant supplementation on pain, oxidative stress markers, and clinical pregnancy rate in women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1694281. doi:10.3389/fmed.2025.1694281.
27. van Haaps AP, Brouns F, Schreurs AM, Keszthelyi D, Maas JW, Mijatovic V. A gluten-free diet for endometriosis patients lacks evidence to recommend it. *AJOG Glob Rep*. 2024;4(3):100369. doi:10.1016/j.xagr.2024.100369.
28. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, Mauri PA, Esposito G, Barretta M, et al. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;303(1):17-25. doi:10.1007/s00404-020-05797-8.
29. Armour M, Middleton A, Lim S, Sinclair J, Varjabedian D, Smith CA. Dietary practices of women with endometriosis: a cross-sectional survey. *J Altern Complement Med*. 2021;27(9):771-7. doi:10.1089/acm.2021.0068.
30. Deepak Kumar K, Appleby-Gunnill B, Maslin K. Nutritional practices and dietetic provision in the endometriosis population, with a focus on functional gut symptoms. *J Hum Nutr Diet*. 2023;36(4):1529-38. doi:10.1111/jhn.13158.
31. Cirillo M, Argento FR, Becatti M, Fiorillo C, Coccia ME, Fatini C. Mediterranean diet and oxidative stress: a relationship with pain perception in endometriosis. *Int J Mol Sci*. 2023;24(19):14601. doi:10.3390/ijms241914601.
32. Salliss ME, Farland LV, Mahnert ND, Herbst-Kralovetz MM. The role of gut and genital microbiota and the estrobolome in endometriosis, infertility and chronic pelvic pain. *Hum Reprod Update*. 2021;28(1):92-131. doi:10.1093/humupd/dmab035.

33. Czerniak J, Ciebiera M, Zeber-Lubecka N, Olcha P. Dietary fiber in endometriosis: mechanisms, evidence, and potential clinical benefits-up-to-date review. *Nutrients*. 2026;18(4):690. doi:10.3390/nu18040690.
34. Sverrisdóttir UÁ, Hansen S, Rudnicki M. Impact of diet on pain perception in women with endometriosis: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;271:245–9. doi:10.1016/j.ejogrb.2022.02.028.
35. Brouns F, Van Haaps A, Keszthelyi D, Venema K, Bongers M, Maas J, et al. Diet associations in endometriosis: a critical narrative assessment with special reference to gluten. *Front Nutr*. 2023;10:1166929. doi:10.3389/fnut.2023.1166929.
36. Akgun N, Sofiyeva N, Yalcin PB, Laganá AS, Oral E. Role of macronutrients, dairy products, fruits and vegetables in occurrence and progression of endometriosis: A summary of current evidence in a systematic review. *Facts Views Vis ObGyn*. 2024;16(4):409–28. doi:10.52054/FVVO.16.4.046.
37. Neri LC, Quintiero F, Fiorini S, Guglielmetti M, Ferraro OE, Tagliabue A, et al. Diet and Endometriosis: an umbrella review. *Foods*. 2025;14(12):2087. doi:10.3390/foods14122087.
38. Baraut MC. Nutrition and endometriosis: Evidence, limits and clinical perspectives. *Clin Nutr ESPEN*. 2026;72:102954. doi:10.1016/j.clnesp.2026.102954.
39. Osińska D, Woźniak A, Woźniak S. The role of nutrition on the pathogenesis of endometriosis. *Nutrients*. 2026;18(4):646. doi:10.3390/nu18040646.
40. Evans S, Fernandez S, Olive L, Payne LA, Mikocka-Walus A. Psychological and mind-body interventions for endometriosis: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2019;124:109756. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109756.
41. Samami E, Shahhosseini Z, Khani S, Elyasi F. Pain-focused psychological interventions in women with endometriosis: A systematic review. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023;43(3):310–9. doi:10.1002/npr2.12348.
42. Del Pino-Sedeño T, Cabrera-Maroto M, Abrante-Luis A, González-Hernández Y, Ortíz Herrera MC; T del PS. Effectiveness of psychological interventions in endometriosis: a systematic review with meta-analysis. *Front Psychol*. 2024;15:1457842. doi:10.3389/fpsyg.2024.1457842.

Conflito de interesses

Os autores declaram não apresentar conflito de interesses.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e à Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (SBE) pelo apoio institucional a este documento de consenso.

Disponibilidade dos dados

Os dados da pesquisa estão disponíveis no capítulo.

Associação Brasileira de Endometriose e Ginecologia Minimamente Invasiva (Gestão 2026-2027)

Presidente

Sergio Podgaec

Vice-Presidente

Paulo Ayroza Galvão Ribeiro

Diretoria Científica

Helizabet Salomão Ayroza Ribeiro

Secretário Geral

Julio Cesar Rosa e Silva

Diretoria Financeira

Ricardo Almeida Quinteiros

Diretoria de Comunicação

Marcos Tcherniakovsky

Diretoria de Inovação

Agnaldo Lopes Silva Filho

Diretoria de Ensino

Luciano Gibran

Comissão Nacional Especializada (CNE) em Endometriose da FEBRASGO (Gestão 2024-2027)

Presidente

Ricardo de Almeida Quinteiros

Vice-Presidente

Marcia Mendonça Carneiro

Secretário

Carlos Augusto Pires Costa Lino

Membros Titulares

Beatriz Taliberti da Costa Porto

Carlos Alberto Petta

Helizabet Salomão Abdalla

João Nogueira Neto

João Sabino Lahorgue da Cunha Filho

Julio Cesar Rosa e Silva

Marcia Cristina Franca Ferreira

Marco Aurelio Pinho de Oliveira

Marcos Tcherniakovsky

Mauricio Simoes Abrao

Omero Benedicto Poli Neto

Raquel Papandreus Dibi

Sergio Podgaec

Sidney Pearce Furtado

SBE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ENDOMETRIOSE
e GINECOLOGIA
MINIMAMENTE INVASIVA

febrasg
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia