



AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE NO SUS EM COMPARAÇÃO COM AS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Artur Franco Pinto¹, Caio Santos Temponi¹, Érica Luana Silva Veloso¹, Hugo Oliveira Mesquita¹, Letícia Leão Agnello¹, Mariana Sardinha de Lisboa Pereira¹, Murielle de Almeida Sousa Oliveira¹, Ygor Valério Assunção¹, Isabela Félix Mendonça¹, Isabela Nunes Tavares¹, Raquel de Oliveira Santos¹, Paulo Henrique Ferreira Messias¹

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A endometriose acomete 7 milhões de mulheres no Brasil, principalmente entre 25 e 29 anos. Essa doença ocorre quando há partes do tecido endometrial em locais extraútero. Seu mecanismo fisiopatológico pode ser explicado por três teorias, sendo a menstruação retrógrada a principal causa da implantação do tecido endometrial de maneira ectópica, o que produz irritação local e uma série de sintomas. Objetivos. Esse artigo tem como objetivo avaliar o tratamento para endometriose disponível na Rede Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em comparação com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Métodos. Esse artigo tem como metodologia a pesquisa bibliográfica, em que o material bibliográfico teve como base a utilização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Resultados. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 disponibiliza quatro medicamentos para o tratamento da endometriose, que são análogos do GnRH e o Danazol. Enquanto que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde descreve seis medicamentos como possibilidades de tratamento, sendo análogos do GnRH, progestágenos, anticoncepcionais orais e o Danazol. Conclusão. Diante das informações coletadas e das comparações realizadas, foi possível identificar que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde sobre Endometriose abrange um tratamento mais completo diante de tantas especificidades da endometriose, englobando tratamento para casos leves e moderados com efeitos adversos mais leves.

Palavras-chave: Endometriose, Medicamentos, Sistema Único de Saúde.

EVALUATION OF THE AVAILABILITY OF MEDICINES FOR THE TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS IN THE SUS IN COMPARISON WITH THE RECOMMENDATIONS OF THE MINISTRY OF HEALTH

ABSTRACT

Endometriosis affects 7 million women in Brazil, mainly between 25 and 29 years old. This disease occurs when there are parts of the endometrial tissue in extrauterine locations. Its pathophysiological mechanism can be explained by three theories, with retrograde menstruation being the main cause of ectopic implantation of endometrial tissue, which produces local irritation and a series of symptoms. Goals. This article aims to evaluate the treatment for endometriosis available in the National Network of Essential Medicines (RENAME) in comparison with the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines of the Ministry of Health. Methods. This article's methodology is bibliographic research, in which the bibliographic material was based on the use of the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines of the Ministry of Health and the National List of Essential Medicines (RENAME). Results. The 2022 National List of Essential Medicines (RENAME) provides four medicines for the treatment of endometriosis, which are analogues of GnRH and Danazol. While the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines of the Ministry of Health describes six medications as treatment possibilities, being GnRH analogues, progestins, oral contraceptives and Danazol. Conclusion. Given the information collected and the comparisons made, it was possible to identify that the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines of the Ministry of Health on Endometriosis covers a more complete treatment given the many specificities of endometriosis, encompassing treatment for mild and moderate cases with milder adverse effects.

Keywords: rostatectomy, Prostate, Hyperplasia, Surgical Technique.

Instituição afiliada – ¹ Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida Extensão Goiânia, Goiânia - GO, 74823-440, Brasil.

Dados da publicação: Artigo recebido em 24 de Dezembro e publicado em 04 de Fevereiro de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p322-334>

Autor correspondente: Artur Franco Pinto

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A endometriose é definida como a presença de estroma e glândulas endometriais, ou seja, tecido endometrial em regiões externas ao útero, principalmente no peritônio pélvico (1).

Existem três teorias acerca da fisiopatologia da endometriose. A primeira teoria acredita que as células formadoras do endométrio e as células formadoras do peritônio possuem a mesma origem embrionária e que há um erro na diferenciação para o surgimento dessa doença (2)

A segunda teoria baseia-se no transporte das células endometriais para outras regiões, através do sistema linfático, do sistema vascular e da menstruação retrógrada, trazendo também que essas células possuem capacidade de sobrevivência e de implantação extraútero (3).

A terceira teoria une-se às outras duas, levantando que células mesenquimais não diferenciadas, resultantes da presença de substâncias do endométrio, promove a formação de tecido endometrial em locais extraútero (3,4).

Ainda não existe um consenso acerca da fisiopatologia da endometriose. Independente da etiologia da implantação do tecido endometrial ectopicamente, fato é que a clínica dessa doença acontece pela irritação local, resultante do sangue e resíduos da menstruação retrógrada, que é o refluxo do sangue menstrual para as tubas uterinas e cavidade pélvica. Essa doença possui também a influência de fatores genéticos, hormonais e imunológicos (4).

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), ainda na atualidade, o tempo entre o diagnóstico de endometriose e a apresentação dos sintomas pelas mulheres é de sete longos anos em média.

A sintomatologia inclui dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia, alterações intestinais, como distensão abdominal, sangramento nas fezes, constipação, disquezia e dor anal durante a menstruação, além de alterações urinárias, como disúria, hematúria, polaciúria e urgência miccional também durante a período menstrual) e infertilidade (19).

No exame físico, é possível verificar a presença de nódulos, principalmente,

dolorosos em fundo de saco posterior e, ao toque, o útero possui pouca mobilidade e anexos fixos e dolorosos à palpação (19).

No mundo, existem cerca de 70 milhões de mulheres com endometriose. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, 7 milhões de mulheres sofrem com essa doença. E nos últimos 5 anos cerca de 46.362 mulheres foram internadas devido à endometriose. Ainda, mulheres que têm essa condição possuem 20 vezes mais probabilidade de infertilidade (8).

Essa doença acomete praticamente de forma exclusiva as mulheres em idade reprodutiva, entre 25 e 29 anos, e acontece raramente em mulheres no climatério. Está mais presente entre mulheres com ciclo menstrual de duração igual ou menor que 27 dias e tempo de sangramento maior ou igual a 7 dias (16).

A prevalência da endometriose é maior em mulheres que tiveram menarca precoce, gravidez mais tardiamente e também que possuem um intervalo maior entre a primeira menstruação e a primeira gravidez, além de que a existência de parentes de primeiro grau com a doença aumenta em 6 vezes a chance da mulher também ter (12).

Em relação ao tratamento, para tratar a dor pélvica resultante da endometriose, são utilizados progestagênios continuamente para bloqueio ovulatório (19).

Há os medicamentos orais de uso contínuo, como norentindrona e desogestrel, medicamentos aplicados intramuscular, como a medroxiprogesterona, o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel e o implante de etonogestrel, que são os medicamentos de longa permanência (19).

Existem também os progestagênios isolados, em que a utilização de pílulas com combinações de estrogênios e progestagênios são o tratamento de primeira linha, tendo sua forma de ação semelhante aos progestagênios (19).

Nesse sentido, diante dessa doença que acomete tantas mulheres, causando diversos sintomas, muitas vezes, limitantes, esse artigo tem como objetivo avaliar o tratamento para endometriose disponível na Rede Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em comparação com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

METODOLOGIA



Esse artigo é uma avaliação qualitativa, com o intuito de elaborar uma análise do tratamento disponibilizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em comparação ao que é preconizado pela Diretriz do Ministério da Saúde sobre o tratamento da endometriose.

O material bibliográfico teve como base a utilização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, aprovado através da Portaria N° 879, publicada em 12 de junho de 2016 e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) atualizada de 2022 pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) de 2022 disponibiliza quatro medicamentos para o tratamento da endometriose, de forma gratuita, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Enquanto que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde descreve 6 medicamentos, de quatro classes farmacológicas diferentes.

Em sua maioria, esses medicamentos possuem atuação sobre o hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), regulando a liberação do hormônio folículo-estimulante (FSH) e luteinizante hormônio (LH). São responsáveis pela melhora dos sintomas, como da dismenorréia e da dor pélvica não menstrual associada à endometriose.

A Tabela 1 descreve os medicamentos, com sua concentração, forma farmacêutica, mecanismo de ação. E a Tabela 2 os medicamentos preconizados pela Diretriz do Ministério da Saúde.

Tabela 1 – Medicamentos para Endometriose disponibilizados pelo RENAME

Fonte: RENAME (2022).

Denominação Genérica	Concentração	Forma Farmacêutica	Mecanismo de Ação
Gosserelelina	3,6 mg ou 10,8 mg	Implante Subcutâneo	Inibe a secreção do LH
Leuprorrelina	3,75 mg ou 11,25 mg	Pó para suspensão injetável	Diminui a produção de GnRH pelo corpo, o que bloqueia a produção hormonal dos ovários.
Danazol	100 mg ou 200 mg	Cápsula	Inibe a liberação de LH e FSH, reduzindo a liberação de estrogênio pelos ovários.
Triptorrelina	3,75 mg ou 11,25 mg	Pó para suspensão injetável	Diminui a sensibilidade dos receptores periféricos do LHRH (hormônio de liberação do LH)

Fonte: RENAME (2022).

Tabela 2 – Medicamentos para Endometriose descritos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose

Denominação Genérica	Concentração	Forma Farmacêutica	Mecanismo de Ação
Etinilestradiol + levonorgestrel	0,03 mg + 0,15 mg	Comprimidos ou drágeas	Inibe a liberação do FSH e promove mudanças no muco cervical e no endométrio.
Acetato de medroxiprogesterona	10 mg	Pó para suspensão injetável	Inibe a ação do LH e FSH.
Danazol	100 mg ou 200 mg	Cápsula	Inibe a liberação de LH e FSH, reduzindo a liberação de estrogênio pelos ovários.
Gosserelelina	3,6 mg ou 10,8 mg	Seringa preenchida com dose única	Análogo do GnRh, inibindo a liberação de FSH.
Leuprorrelina	3,75 mg ou 11,25 mg	Frasco-ampola	Análogo do GnRh, inibindo a liberação de FSH.
Triptorrelina	3,75 mg ou 11,25 mg.	Frasco-ampola	Análogo do GnRh, inibindo a liberação de FSH.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (2016).

Os medicamentos disponibilizados no SUS através da RENAME são os análogos do GnRH e o Danazol, também disponibilizados no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Já na Diretriz Terapêutica, há além desses medicamentos, a opção de anticoncepcionais orais, como a combinação de Etinilestradiol com levonorgestrel e o Acetato de medroxiprogesterona.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, aprovado através da Portaria N° 879, publicada em 12 de junho de 2016 foi baseado em uma revisão de literatura, realizada na base de dados MEDLINE, EMBASE, Cochrane, Up to Date.

Nessa revisão, foram avaliados estudos a partir de 2010, com intuito de verificar as pesquisas disponíveis com os melhores tratamentos para endometriose.

A Diretriz Terapêutica traz o tratamento baseado no quão grave são os sintomas, no local, na idade, na intervenção e nos efeitos adversos medicamentosos. Seu foco é na produção de uma anovulação de longa duração para evitar que haja o crescimento e a manutenção da endometriose.

Uma das classes farmacológicas relatadas na Diretriz Terapêutica são os anticoncepcionais orais, que devem ser utilizados em pacientes que possuem sintomas leves e não possuem outro diagnóstico causador da dor pélvica.

Esses anticoncepcionais são uma via de mão dupla, retardam a progressão da endometriose e evitam a gravidez não desejada pela mulher naquele momento, uma vez que os efeitos adversos são poucos para mulheres com esse perfil de endometriose e podem ser utilizados por um prazo longo (1,22).

Outro medicamento que consta na Diretriz Terapêutica e na RENAME é o Danazol, utilizado principalmente para redução das dores pélvica, lombar e da evacuação. O Danazol tem seu uso indicado para quando a dor é de leve a moderada, tendo uma eficácia de 90% para a melhora dessa dor (8,20).

Os efeitos adversos dessa medicação, em algumas pacientes são efeitos androgênicos irreversíveis e em outras não, ganho de peso, danos ao fígado, mamas diminuídas, rouquidão, acne, edema e câimbras (8,13,14).

Há também, tanto na Diretriz Terapêutica quanto na RENAME, os Análogos do GnRH que têm como mecanismo de ação a promoção do feedback negativo na hipófise, resultando em um hipogonadismo hipogonadotrófico. O uso deste medicamento promove a amenorreia e a anovulação (15,16).

Os análogos do GnRh mostraram-se equivalentemente eficazes em relação ao danazol no tratamento da dor, mas possuem mais efeitos colaterais (17,18).

Dentre as medicações disponíveis nessa classe farmacológica, a leuprorrelina foi efetiva para a dismenorreia, para a dor, para a diminuição da sensibilidade da pelve e

para sanar as dores durante as relações sexuais (5,6).

Em comparação com danazol, não demonstrou superioridade na melhora dos sintomas, diferiram somente nos efeitos adversos (10, 11).

Outro análogo do GnRH é a Gosserrelina, em que a melhora das dores pélvicas e as alterações no exame físico desapareceram em torno de 6 meses após o uso desse medicamento (13).

A Triptorrelina também é descrita na Diretriz Terapêutica e na RENAME como uma opção de tratamento, mostrando-se superior no tratamento da dor e na diminuição da área de acometimento da endometriose (14).

Ainda não há uma definição acerca de qual medicamento dentre os análogos do GnRh é melhor. Poucos estudos que comparam esses medicamentos entre si foram feitos e os resultados não trouxeram diferenças entre eles (16,17).

O uso dos análogos do GnRH está indicado para os casos em que os sintomas são de moderados a graves ou para mulheres que fizeram uso de outro tratamento, como anticoncepcionais, danazol, progestágenos e não obtiveram sucesso (1).

Os efeitos adversos dessa classe foram alterações de humor, sintomatologia vasomotora, ressecamento da vagina e fogachos (18).

Em comparação com o danazol, os agonistas do GnRH, possuem a mesma eficácia na melhora dos sintomas, como dor, dismenorreia e dispareunia.

A Diretriz Terapêutica ainda descreve a possibilidade de tratamento há base de progestágenos, esclarecendo que possuem eficácia no tratamento da dor e no controle da dismenorreia, sendo possível utilizá-los por longo prazo e com alta qualidade, com efeitos semelhantes aos dos anticoncepcionais orais.

Ao comparar os análogos do GnRh com os anticoncepcionais orais, as duas classes foram igualmente eficazes em melhorar a dismenorreia, dor pélvica não menstrual e dispareunia (19).

Mas a gosserrelina especificamente teve resultados superiores aos anticoncepcionais orais, melhorando a dispareunia profunda (20).

Existe também a terapia add-back, descrita na Diretriz Terapêutica, em que é combinado o uso de análogos do GnRH com progestágenos, de forma que os efeitos adversos, como ondas de calor, sintomas vasomotores, vagina seca, diminuição de libido e perda de massa óssea, resultantes dos análogos do GnRH, são minimizados (21).



Essa terapia é indicada para mulheres que tiveram efeitos adversos ao utilizar análogos do GnRH ou que irão utilizar essa classe por mais de 6 meses contínuos (24,25).

Em relação à melhora da infertilidade, a Diretriz Terapêutica não encontrou evidências acerca da utilização das classes disponíveis para esse fim, por isso as mulheres com infertilidade não devem ser medicadas com medicamentos que causam a supressão da ovulação (1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações coletadas e das comparações realizadas, foi possível identificar que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde sobre Endometriose abrange um tratamento mais completo diante de tantas especificidades da endometriose, com quatro classes farmacológicas diferentes, enquanto na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) há 2 classes farmacológicas disponíveis. (RENAME).

A Diretriz Terapêutica engloba o tratamento da endometriose desde casos com sintomas leves até mesmo a casos com sintomas mais fortes, uma vez que disponibiliza a opção de anticoncepcionais orais e progestágenos, indicados para sintomas leves e a opção do Danazol e dos análogos de GnRH para moderados a graves.

A RENAME também disponibiliza tratamento para sintomas leves a graves, mas a medicação ofertada resulta em diversos efeitos adversos não desejados, como os efeitos androgênicos, que podem ser irreversíveis, além de que a ausência da oferta de anticoncepcionais orais e progestágenos impede que esses efeitos adversos sejam minimizados, como é possível na Diretriz Terapêutica, através da terapia add-back.

Por fim, é possível concluir que a RENAME disponibiliza um tratamento de acordo com o que é indicado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, mas possui limitação de disponibilidade de ofertar um tratamento para casos leves e moderados com efeitos adversos mais leves e de minimizar os efeitos adversos que ocorrem no tratamento de casos graves com o uso de análogos de GnRH.

REFERÊNCIAS



- 1- DUNSELMAN, G.A.; VERMEULEN, N.; BECKER, C.; CALHAZ-JORGE, C.; D'HOOGHE, T.; DE BIE, B. et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. **Human Reprod**, v. 29, n. 3, pp 400-412, 2014.
- 2- SCHENKEN, R. Overview of the treatment of endometriosis. **UpToDate**, 2014.
- 3- ABOU-SETTA, A.M.; HOUSTON, B.; AL-INANY, H.G.; FARQUHAR, C. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2013.
- 4- AUST, N.Z.J. Goserelin depot versus danazol in the treatment of endometriosis the Australian/New Zealand experience. **Obstet Gynaecol**, v. 36, n. 1, pp. 55-60, 1996.
- 5- BELLELIS, P.; DIAS Jr, J. A.; PODGAEC, S.; GONZALES, M.; BARACAT, E. C.; ABRÃO, M. S. (2010). Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis: series of cases. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.4, 467-471.
- 6- BERGQVIST, A. A comparative study of the acceptability and effect of goserelin and nafarelin on endometriosis. **Gynecol Endocrinol.**, v. 14, n.6, pp. 425-432, 2000.
- 7- BERGQVIST, A. et al. Effects of triptorelin versus placebo on the symptoms of endometriosis. **Fertil Steril**, v.69, n.4, pp. 702-708, 1998.
- 8- BORGES, A. J. S. Aspectos atuais da endometriose. **Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Maranhão**, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2363>. Acesso em: 12. out. 2022.
- 9- BROWN, J.; PAN, A.; HART, R.J. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 12, 2010.
- 10- CROSIGNANI, P.G.; LUCIANO, A.; RAY, A.; BERGQVIST, A. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. **Hum Reprod.**, v. 21, n. 1, pp. 248-256, 2006.
- 11- Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2020.
- 12- DULEBA, A. J. Diagnosis of Endometriosis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 24, n. 2, p. 331–346. 1997.
- 13- HORNSTEIN, M.D.; GIBBONS, W.E. Gonadotropin releasing hormones agonists for long-term treatment of endometriosis. **UpToDate**, 2014.
- 14- KENNEDY, S.; BERGQVIST, A.; CHAPRON, C.; D'HOOGHE, T.; DUNSELMAN, G.; GREB, R.; SARIDOGAN, E.. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis.



Human reproduction, v.20, n.10, pp. 2698-2704, 2005.

15- KIMBAKLL, K. J. et al. Diffuse Endometritis in the Setting of Umbilical Endometriosis: A Case Report. **PMC**, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252021/?tool=pubmed>. Acesso em: 12. out. 2022.

16- LOVERRO, G. et al. Um estudo randomizado comparando triptorelina ou conduta expectante após cirurgia laparoscópica conservadora para endometriose sintomática estágio III-IV. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.**, v. 136, n. 2, pp. 194-198, 2008.

17- MATZUK, M. M.; LAMB, D. J. The biology of infertility: research advances and clinical challenges. **Nat. Med.**, v. 14, n. 11, p. 1197-1213, 2008.

18- MOGHISSI, K.S. Medical treatment of endometriosis. **Clin Obstet Gynecol.**, v. 42, n.3, pp. 620-632, 1999.

19- Protocolo Ginecologia Endometriose. **FEBRASGO**, n. 78, 2021

20- ROCK, J.A.; TRUGLIA, J.A.; CAPLAN, R.J. Zoladex (implante de acetato de goserelina) no tratamento da endometriose: uma comparação randomizada com danazol. **Obstet Gynecol.**, v.82, n.2, pp. 198-205, 1993.

21- SCHENKEN, R. S. Endometriosis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. 2016. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?>. Acesso em: 12. out. 2022.

22- SCHLAFF, W.D.; CARSON, S.A.; LUCIANO, A.; ROSS, D.; BERGQVIST, A. Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. **Fertil Steril.**, v. 85, n. 2, pp 314-325, 2006.

23- SELAK, V.; FARQUHAR, C.; PRENTICE, A.; SINGLA, A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2007.

24- SHAW, R.W. Um estudo comparativo randomizado aberto do efeito do depósito de goserelina e danazol no tratamento da endometriose. **Fertil Steril**, v.58, n.2, pp. 265-272, 1992.

25- YANG, D.X.; MA W.G.; QU F.; MA, B.Z. Estudo comparativo da eficácia de Yiweining e Gestrinone no tratamento pós-operatório da endometriose estágio III.. **Chin J Integr Med.**, v. 12, n. 3, pp. 218-20, 2006.



**AVALIAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE NO SUS
EM COMPARAÇÃO COM AS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Pinto et. al.