



SÃO PAULO, MARÇO DE 2026

# Relatório preliminar

# A dor invisível: lacunas nos dados do SUS sobre dor menstrual e pélvica

## Autores

Arthur Lorenzi, Erik Santos, Olívia Guaranha e Pedro de Paula, da Vital Strategies, com colaboração de Lívia Dutra e Prof. Dr. Tiago Torrent, do Laboratório FrameNet Brasil da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), da Sofia Reinach, Gerente de Saúde e Líder na Iniciativa de Saúde Menstrual, dor pélvica e endometriose do Instituto Alana, e do Prof. Dr. Omero Poli Netto, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).

# Sumário Executivo

As dores menstruais e pélvicas afetam milhões de mulheres e meninas ao longo de suas vidas reprodutivas. No entanto, essas condições são frequentemente negligenciadas nos sistemas de informação em saúde, especialmente na atenção primária no Brasil. Essa é uma das principais conclusões de um estudo exploratório apoiado pelo Instituto Alana e conduzido pela Vital Strategies em parceria com o Laboratório FrameNet Brasil da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

A pesquisa analisou dados de mais de 469 mil meninas e mulheres brasileiras com entre 10 e 49 anos de idade atendidas na atenção primária do Recife (PE) ao longo de quase uma década (2016-2025). O estudo analisou dados do e-SUS (atenção primária), do SIH/SUS (sistema de internações hospitalares) e do Sinan (sistema de notificação de violência). Com base nos registros identificados nas bases de dados, as participantes foram classificadas em dois grupos para fins de análise: mulheres com histórico de dor e mulheres sem histórico de dor.

O trabalho, apresentado na 70ª Comissão sobre o Status da Mulher da ONU (CSW70), em Nova York, em março de 2026, lança luz sobre quatro dimensões ainda pouco discutidas na saúde pública brasileira:

- A invisibilidade dos dados sobre saúde menstrual;
- As fragilidades dos dados estruturados de registros médicos e de formas tradicionais de análises de dados para identificar questões de saúde menstrual, apontando para a necessidade de abordagens inovadoras;
- O potencial transformador de novas metodologias baseadas no processamento de textos com inteligência artificial;
- Quando dor e violência coexistem, os dados apontam para a necessidade de uma abordagem integrada e intersetorial na atenção à saúde das mulheres.

# 1. A dor menstrual é quase invisível nos dados oficiais

Nos mais de 469 mil registros analisados, apenas 0,5% das mulheres (1.906) foram identificadas com histórico de dor menstrual ou pélvica por meio de códigos CID-10 de encaminhamento — a classificação internacional oficial de doenças. Entretanto, foram identificadas outras informações nos prontuários eletrônicos além daquelas parametrizadas através de códigos.

É o caso dos textos registrados pelos profissionais de saúde nos campos abertos dos prontuários. Por meio de uma metodologia inovadora utilizada no estudo, que combina análise semântica e inteligência artificial, foi possível “ler” o que está escrito nesses campos abertos e transformar essa informação em dados padronizados e comparáveis com os das demais fontes de dados utilizadas.

Ao incorporar informações encontradas nas anotações dos médicos à análise, foi possível identificar mais de 41 mil casos de dor menstrual ou pélvica. Esse dado é compatível com a experiência de médicos especializados em dores crônicas em mulheres e evidencia que a linguagem clínica registrada pelos profissionais de saúde contém muito mais informação do que os sistemas de codificação conseguem capturar.

Mas há um segundo problema: mesmo quando a dor é registrada, os dados são estruturalmente frágeis. Ainda que ela seja mencionada nos textos livres, seja como “dor menstrual”, “algia pélvica” ou “dor durante a relação sexual”, as anotações clínicas raramente incluíam informações sobre duração, frequência ou intensidade dos sintomas. Entre as ocorrências de alta associação com dor pélvica, menos de 5% mencionavam esses atributos clínicos fundamentais. Isso significa que, mesmo onde a dor aparece, ela chega ao prontuário sem qualificação - sem duração, sem padrão, sem história.

Além disso, mulheres com histórico de dor registrado visitaram os serviços de saúde em média 24 vezes no período estudado, o que é quase cinco vezes mais do que as mulheres do grupo sem dor, que tiveram em média 5 atendimentos. Essa frequência elevada de uso do sistema de saúde indica que essas mulheres buscam atendimento de forma recorrente, mas sem que suas queixas sejam devidamente registradas e acompanhadas.

## 2. Condições relevantes para o diagnóstico de endometriose e adenomiose são subrepresentadas nos dados

Dois métodos de análise semântica foram empregados no estudo. O primeiro deles faz um levantamento de termos-chave que aparecem nos prontuários e indica quão mais frequente uma dada condição é mencionada no grupo com dor em relação ao grupo sem histórico de dor. Essa métrica, chamada keyness, aponta para um padrão revelador: condições diretamente ligadas ao diagnóstico de endometriose e adenomiose aparecem nos prontuários com frequência relativamente baixa considerando o número de mulheres com dor pélvica e suspeita de endometriose e adenomiose nos dados.

A hematossalpinge - acúmulo de sangue nas trompas, manifestação direta da endometriose tubária - aparece em apenas 4 registros. A infertilidade que é associada à até 50% dos casos, segundo a literatura clínica, aparece em 155 registros, um número expressivamente baixo para uma amostra desse porte, em especial quando se considera que a prevalência média de infertilidade na população feminina varie entre 10 e 12%. O vaginismo, cuja coexistência com dispareunia crônica é esperada, aparece em apenas 25 casos. Ainda assim, a análise de keyness aplicada nos campos abertos demonstra que a presença desta condição é 131% maior no grupo com dor do que no grupo de mulheres sem dor.

Há também ausências notáveis: a disquezia (dor à defecação, sintoma clássico de endometriose intestinal), o endometrioma, como entidade clínica distinta, e a síndrome do intestino irritável, fortemente associada à endometriose, não aparecem nomeados nos dados de forma sistemática.

A forma como os termos endometriose e adenomiose aparecem nos prontuários eletrônicos também lançam luz sobre o que acontece durante as consultas. Do total de textos num prontuário, 41% estão no campo chamado “Subjetivo”, ou seja, naquele em que os profissionais de saúde registram as queixas e relatos das pacientes. A análise revelou que 40,6% de todas as menções a endometriose e adenomiose aparecem justamente nesse campo, ou seja, no contexto do registro do que é mencionado pela paciente.

Já o campo “Objetivo”, que contém as anotações do médico sobre o relato da paciente, concentra 17% do total de dados semânticos nos prontuários enquanto apenas 7,28% das menções à endometriose e adenomiose aparecem nesse campo. Ou seja, o foco dado ao atendimento pelo profissional acaba se concentrando em outros aspectos do relato da paciente, que não a endometriose ou a adenomiose.

Apenas 7,08% das menções a essas duas condições aparecem no campo “Plano”, que define a conduta pactuada entre profissional de saúde e paciente. Este campo representa 22% de todos os dados textuais do e-SUS.

Finalmente, no campo “Encaminhamento”, encontram-se 21% das menções a endometriose e adenomiose, sendo que apenas 5,5% do total de dados se concentra nesse campo.

	Campo Subjetivo (relato da paciente)	Campo Objetivo (direcionamento da consulta definido pelo profissional de saúde com base no relato da paciente)	Campo Plano (conduta de tratamento definida pelo profissional de saúde a partir do campo Objetivo)	Campo Motivo de Encaminhamento (indicação da necessidade de que a paciente seja atendida por outro profissional)
% de aparições dos termos endometriose e adenomiose	<b>40,60%</b>	<b>7,30%</b>	<b>7,10%</b>	<b>21,90%</b>
% esperado de preenchimento por texto desse campo	<b>41,60%</b>	<b>17,20%</b>	<b>22%</b>	<b>5,50%</b>
Relação entre aparições de adenomiose e endometriose em relação ao esperado	<b>Praticamente iguais</b>	<b>2,3x menos</b>	<b>3x menos</b>	<b>4x mais</b>

A partir desses dados, observa-se que, durante a consulta, a paciente relata ao profissional de saúde uma série de queixas, dentre elas as relacionadas ao diagnóstico de endometriose ou adenomiose. Entretanto, ao definir o foco da conduta (relato no campo Objetivo e no Plano), por vezes o profissional deixa as condições de saúde relacionadas à endometriose e adenomiose, e suas consequências, em segundo plano. O médico realiza, então, o encaminhamento ao especialista. Ou seja, essas mulheres são encaminhadas a outro especialista, mas não recebem um plano terapêutico que possa, de fato, melhorar os sintomas ou a condição.

A análise de keyness relativa aos medicamentos mais prescritos para o grupo com dor reforça a falta de foco no tratamento da dor crônica: medicamentos para constipação intestinal e gases têm frequência em média 150% maior no grupo com dor e medicamentos para dor aguda tem frequência aumentada entre 60% e 185%, a depender do medicamento. Não há menções à prescrição de contraceptivos ou medicamentos hormonais. Em resumo, a paciente com endometriose e adenomiose fica dependente de um encaminhamento futuro para tratar o problema.

Trata-se de um cenário que reflete limitações na organização da rede de atenção à saúde, em que a atenção primária, embora desempenhe papel central no cuidado, nem sempre dispõe de condições ou suporte necessários para ofertar medidas efetivas, resultando na dependência de encaminhamentos e na espera por diagnóstico e tratamento em outros níveis de atenção.

Os dados revelam ainda um fenômeno de predominância da dor nas consultas médicas: nos prontuários de mulheres com histórico de dor pélvica, condições como diverticulite, pancreatite, distensão abdominal, colite e cálculo renal aparecem entre 140% e 252% mais do que nos prontuários das mulheres sem dor. Possivelmente, essas são algumas das hipóteses diagnósticas que aparecem nos prontuários.

Ao mesmo tempo, aspectos gerais da saúde tendem a desaparecer desses registros: menções a diabetes são 18% menores e a hipertensão 23% menores em comparação ao grupo sem dor. A hipótese levantada pelos pesquisadores é que a dor passa a dominar o espaço da consulta médica, deslocando o olhar clínico para sintomas agudos e circunscritos, com hipóteses diagnósticas diversas e que acabam por privilegiar olhares clínicos e medidas mais convencionais, como tratamento para problemas gastrointestinais.

Esse achado sugere que condições relevantes para a saúde da mulher estão sendo registradas de forma dispersa e pouco sistemática, dificultando tanto o diagnóstico quanto o planejamento do cuidado.

### 3. Associação entre dor e violência contra mulheres e meninas nos prontuários médicos

Um dado particularmente revelador diz respeito à qualidade dos registros quando se cruza a dor com o histórico de violência interpessoal. Entre as mulheres que relataram dor, aquelas que também têm registros associados à violência apresentam proporcionalmente menos menções a condições como cólicas menstruais e hipertensão nos prontuários, mesmo tendo dor na mesma medida ou mais frequentemente que as demais.

Quando se incorporam os registros textuais dos prontuários e não apenas as notificações formais, mulheres com histórico de dor apresentam uma chance 43% maior de ter algum registro associado à violência interpessoal em comparação com mulheres sem dor. Esse risco aparece em todas as faixas etárias estudadas, sendo mais expressivo entre adolescentes de 10 a 14 anos e entre mulheres de 45 a 49 anos.

Mulheres com histórico de dor e que também tinham registros associados à violência interpessoal visitaram os serviços de atenção primária em média 35 vezes no período, 50% a mais do que as mulheres com dor sem esse histórico. Esses dados apontam que essas mulheres utilizam com frequência os serviços públicos de saúde e demandam abordagens integradas e intersetoriais, a partir dos serviços de saúde.

## Conclusão

A metodologia proposta gera resultados que sugerem que o registro de CID nem sempre coincide com a história clínica descrita em texto livre, o que pode levar à omissão de informações clinicamente relevantes. Além disso, observa-se uma caracterização bastante limitada da dor, com descrição pouco detalhada dos sintomas e ausência ou baixa frequência de registro de planos terapêuticos empíricos estruturados, o que dificulta a proposição de estratégias investigativas e terapêuticas adequadas. O estudo também sugere possíveis lacunas no registro diagnóstico, incluindo a omissão de CIDs potencialmente relevantes para o quadro clínico.

A metodologia aplicada no estudo abre uma janela para uma intervenção mais qualificada dos serviços de saúde junto à população que sofre com condições relacionadas à dor pélvica em três frentes:

1. A metodologia permite que o sistema de saúde tenha a real dimensão da população acometida por essas condições, contribuindo para a organização do cuidado e para o encaminhamento oportuno entre os diferentes níveis de atenção, reduzindo-se o intervalo entre as primeiras queixas e o diagnóstico correto do problema. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) orienta que, quando a mulher apresenta dor pélvica crônica, a avaliação médica completa é necessária e que aspectos musculoesqueléticos, problemas do assoalho pélvico, doença miofascial, alterações urinárias, constipação intestinal e síndrome do intestino irritável precisam ser considerados para um diagnóstico diferencial adequado. Ou seja, o protocolo prevê exatamente as condições que aparecem subregistradas nos dados.
2. Como a metodologia de busca semântica nos campos abertos dos prontuários se baseia em um modelo linguístico interpretável por humanos, é possível construir padrões bastante específicos a serem encontrados nos prontuários, permitindo-se, por exemplo, a busca por associações entre dor pélvica e violência ao longo do tempo.
3. Os achados indicam uma oportunidade para sensibilizar e capacitar profissionais nos diferentes níveis de atenção no cuidado a mulheres e meninas com dor crônica, de modo que recebam atendimento adequado o mais cedo possível.
4. A metodologia também abre caminho para a construção futura de um sistema de alerta em tempo real, embarcado no sistema de prontuário eletrônico, a exemplo do que já foi implementado no Recife para casos de violência contra mulher.

# Recomendações para melhoria do atendimento de mulheres com dor pélvica crônica

(Com base nas diretrizes da FEBRASGO)

## Diagnóstico

- Incluir anamnese detalhada com registro sistemático de duração, frequência e intensidade da dor.
- A rede de saúde deve garantir acesso rápido e facilitado a exames diagnósticos, com a ultrassonografia transvaginal como exame inicial e indicação de ressonância magnética e videolaparoscopia nos casos mais complexos.
- Ampliar o diagnóstico diferencial para além das causas ginecológicas, incluindo síndrome do intestino irritável, cistite intersticial, alterações do assoalho pélvico e causas musculoesqueléticas.

## Abordagem multidisciplinar

- Superar a abordagem órgão-centrada em favor de cuidado integrado com fisioterapia pélvica, saúde mental e outras especialidades conforme necessário.
- Investigar ativamente fatores psicológicos associados, incluindo depressão, distúrbios do sono e histórico de violência sexual ou interpessoal.
- Nos casos de dor menstrual ou quando há suspeita ou menção de endometriose e/ou adenomiose, considerar, conforme protocolos clínicos e com suporte da rede de atenção à saúde, a proposição de tratamento hormonal, mesmo de forma empírica e na ausência de confirmação por exames de imagem.

## Qualidade do registro clínico

- Documentar nos prontuários os atributos clínicos da dor (intensidade, padrão, frequência, impacto funcional) e não apenas o diagnóstico final.
- Registrar comorbidades associadas, como infertilidade, dispareunia, vaginismo e urgência miccional, que são relevantes para o diagnóstico diferencial de endometriose e adenomiose.

## Acolhimento e educação

- Garantir que a dor relatada pela paciente seja reconhecida como legítima pelo profissional de saúde, evitando que consultas sejam capturadas exclusivamente por hipóteses diagnósticas inespecíficas.
- Investir em educação da população sobre o que constitui dor normal versus dor que requer investigação, reduzindo o tempo até o diagnóstico.

# Recomendações para encaminhamento e cuidado de mulheres, criança e adolescentes vítimas de violência

Ministério da Saúde do Brasil (MS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e INSPIRE/OMS

## Identificação e acolhimento

- Adotar escuta ativa e atitude não julgadora, reconhecendo que relatar violência respeita o tempo de cada pessoa e que não existe “vítima ideal”. (MS)
- Realizar triagem ativa de violência mesmo quando a queixa principal for somática - dores crônicas, enxaqueca e gastrites podem ser expressões de violência não relatada espontaneamente. (MS)
- Garantir privacidade e sigilo, em todos os pontos da rede de atenção à saúde, informando que a notificação compulsória não equivale a boletim de ocorrência e não implica encaminhamento à polícia. (MS)

## Notificação e registro

- Realizar notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em até 24 horas em todos os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal. (MS, Portaria 1.271/2014)
- Nos casos envolvendo crianças e adolescentes, comunicar obrigatoriamente ao Conselho Tutelar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, castigo físico, abuso sexual ou tratamento cruel e degradante. (ECA, Art. 13)
- Documentar achados clínicos, descrição de lesões e encaminhamentos realizados com precisão no prontuário - sem elaboração de laudo pericial, função exclusiva da medicina legal. (MS)

## Encaminhamentos imediatos

- Garantir, no âmbito dos serviços de saúde e em articulação com a rede de atenção: acolhimento, registro da história clínica, exame ginecológico quando indicado, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, e agendamento de seguimento multiprofissional. (MS, Norma Técnica)
- Encaminhar e articular com a rede de proteção social: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), Casa da Mulher Brasileira e, quando houver risco de vida, para abrigos. (MS)

- Para crianças e adolescentes, acionar o Conselho Tutelar para aplicação de medidas de proteção previstas no Art. 101 do ECA, incluindo tratamento psicológico e inclusão em programas de apoio familiar. (ECA)
- Quando houver interesse da vítima em denunciar ou solicitar medida protetiva, orientar e direcionar à Delegacia da Mulher. (MS, Lei Maria da Penha)

## Abordagem intersetorial - INSPIRE

O pacote INSPIRE organiza sete estratégias complementares e mutuamente reforçadoras para prevenir e responder à violência contra crianças, com participação do setor saúde em articulação com outros setores:

- **I – Implementação e cumprimento de leis:** garantir que legislações de proteção (ECA, Lei Maria da Penha) sejam efetivamente aplicadas nos fluxos de atendimento.
- **N – Normas e valores:** atuar sobre crenças que normalizam a violência doméstica e a dor feminina, inclusive dentro das equipes de saúde, por meio de formação continuada.
- **S – Ambientes seguros:** identificar e reduzir contextos de risco nos territórios atendidos pela atenção primária, em articulação com assistência social e segurança pública.
- **P – Apoio a pais e cuidadores:** oferecer programas de parentalidade positiva e suporte a famílias em situação de vulnerabilidade, reduzindo o risco de violência intrafamiliar.
- **I – Fortalecimento de renda e econômico:** considerar vulnerabilidade econômica como fator de risco estrutural e articular com programas de transferência de renda e geração de trabalho.
- **R – Resposta e serviços de apoio:** garantir serviços de resposta integrada que conectem saúde, assistência social, justiça e educação, sem que nenhum setor opere de forma isolada.
- **E – Educação e habilidades para a vida:** promover educação em saúde menstrual, direitos sexuais e reprodutivos e prevenção de violência desde a adolescência, nos serviços de atenção primária.

