



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE CIRURGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICO-CIRÚRGICAS**

**GEÍSA FERREIRA GOMES PEIXOTO**

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE: UMA  
RELAÇÃO COM A FUNÇÃO SEXUAL**

**FORTALEZA - CEARÁ**  
**2022**

GEÍSA FERREIRA GOMES PEIXOTO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE: UMA RELAÇÃO  
COM A FUNÇÃO SEXUAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas. Área de concentração: Comportamento biocelular em neoplasias.

FORTALEZA - CEARÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- P43q Peixoto, Geísa Ferreira Gomes.  
Qualidade de vida em mulheres com endometriose: uma relação com a função sexual /  
Geísa Ferreira Gomes Peixoto. – 2022.  
69 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas, Fortaleza, 2022.  
Orientação: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra.
1. Endometriose. 2. Qualidade de vida. 3. Sexualidade. I. Título.

CDD 617

---

GEÍSA FERREIRA GOMES PEIXOTO

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE: UMA RELAÇÃO  
COM A FUNÇÃO SEXUAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas. Área de concentração: Comportamento biocelular em neoplasias.

Aprovada em: 30/11/2021

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Andréa Stopiglia Guedes Braide  
Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP-CE)

---

Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, muitos sentimentos e lembranças percorrem minha mente. Sou capaz de fechar os olhos e reviver cada passo da trajetória desta pós-graduação. Dentre tantos, a sensação do dever cumprido e a gratidão destacam-se.

Sou extremamente grata:

A Deus. A Ele toda a glória por esta etapa concluída. Por ter me carregado no colo em todos os momentos.

Aos meus queridos e amados pais, Sra. Gorete Gomes e Sr. Francisco Gomes, que são o maior exemplo de força, humildade e fé que eu poderia ter, que sempre me encorajaram a seguir.

Aos meus irmãos, Kiara, Davi e Rodrigo que sempre vibraram com cada pequena/grande conquista.

Ao meu amado esposo, Solon Alves, que me prova diariamente o quão concreto deve ser o amor. Agradeço pelo apoio afetivo, técnico e científico nesta jornada.

Ao meu filho Gustavo, minha revolução de amor, que chegou tão repentinamente ao final do meu primeiro ano de mestrado, dando-me outro sentido à vida.

Ao meu orientador Dr. Leonardo Bezerra pela disponibilidade e orientação durante esse período.

Ao estatístico Sr. Brazil, que por muitas vezes me ajudou a encontrar novos caminhos.

Às secretárias da pós-graduação, Sra. Magda e Sra. Luciene, que cuidaram dos discentes como filhos.

Aos membros da banca, Dra. Andréa Braide, que me acompanha e incentiva desde minha graduação, ao Dr. José Ananias, pela disponibilidade e atenção sempre. A amiga Dra. Rayanne Moreira, pela parceria e companheirismo durante todo processo.

Às mulheres com endometriose que abriram suas vidas para a realização do estudo. Sem elas nada seria possível.

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”

Cicely Saunders

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos por domínios do questionário SF-36.....	23
Tabela 2 – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos pelas dimensões do questionário EHP-30.....	23
Tabela 3 – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos por domínios do questionário FSFI.....	24
Tabela 4 – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e os domínios do questionário SF-36.....	25
Tabela 6 – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e os domínios do questionário FSFI.....	27
Tabela 7 – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e o interesse pela atividade sexual (questão 21) do questionário IDB.....	27
Tabela 8 – Correlação entre os escores obtidos dos questionários EHP-30 e SF-36.....	28
Tabela 9 – Correlação entre os escores obtidos dos questionários SF-36 e FSFI.....	29
Tabela 10 – Correlação entre os escores obtidos dos questionários EHP-30 e FSFI.....	29
Tabela 11 – Divisão das mulheres com endometriose em clusters pelos dados sociodemográficos e caracterização da dor pélvica.....	31
Tabela 12 – Definição do cluster 1 através dos escores das dimensões do questionário EHP-30 e dos domínios do questionário FSFI.....	32
Tabela 14 – Correlação entre os clusters 1 e 2 através dos escores das dimensões do questionário EHP-30 e dos domínios do questionário FSFI.....	33
Figura 1 - Importância das variáveis do estudo como preditores para a separação do grupo de mulheres com endometriose em clusters.....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Aspectos Emocionais
AF	Aspectos Físicos
AS	Aspectos Sociais
BE.	Bem Estar Emocional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
Ctl	Controle e Impotência
Impotência	
DP	Desvio padrão
DPC	Dor pélvica crônica
EG	Estado Geral
EHP-30	<i>Endometriosis Health Profile</i>
EVA	Escala visual analógica
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IDB	Inventário de depressão de Beck
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
SF-36	<i>Short Form Health Survey – 36</i>
SM	Saúde Mental
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Vit	Vitalidade

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Endometriose e qualidade de vida.....	12
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos.....	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	16
4.1 Desenho do estudo.....	16
4.2 Contexto.....	16
4.2.1 Local e período.....	16
4.3 Coleta de dados.....	17
4.4 Participantes do estudo.....	17
4.4.1 Critérios de inclusão.....	18
4.4.2 Critérios de não-inclusão.....	18
4.5 Variáveis da pesquisa.....	18
4.5.1 Fonte dos dados.....	18
4.5.2 Questionário SF-36.....	19
4.5.3 Questionário EHP-30.....	19
4.5.4 Questionário FSFI.....	20
4.5.5 Questionário IDB.....	20
4.6 Cálculo amostral.....	21
4.7 Processamento e análise dos dados.....	21
4.8 Análise de agrupamentos (clusters).....	21
4.9 Situação ética.....	21
5 RESULTADOS.....	22
5.1 Aspectos sociodemográficos, caracterização da dor pélvica, SF-36, EHP-30, FSFI e IDB (questão 21).....	22
5.2 Correlações entre dados sociodemográficos, dor pélvica, SF-36, EHP-30, FSFI e IDB (questão 21).....	24
5.3 Correlações entre SF-36, EHP-30 e FSFI.....	27
5.4 Análise e busca por perfil das mulheres com endometrioses.....	30
5.5 Categorização da amostra em clusters.....	30
6 DISCUSSÃO.....	34
7 CONCLUSÕES.....	39
8 REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	47
APÊNDICE B - Ficha de avaliação padronizada do serviço de DPC e endometriose.....	50
Anexo A - Questionário de Qualidade de Vida SF-36.....	57
Anexo B – Endometriosis Health Profile (EHP-30).....	60
Anexo C – Female sexual function index (FSFI).....	63
Anexo D- Índice de depressão de Beck (IDB).....	67
Anexo E - Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.....	69

## RESUMO

**Introdução:** A endometriose é caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio externo da cavidade uterina. Os principais sintomas são dor pélvica crônica, dismenorreia, dispáurenia e infertilidade. A doença geralmente afeta mulheres em idade reprodutiva e tem impactos negativos em sua qualidade de vida, e na função sexual. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a função sexual de mulheres com endometriose. **Métodos:** Estudo observacional, exploratório, de base hospitalar, transversal, descritivo, quantitativo e analítico. Realizado em hospital de referência no atendimento à endometriose, em ambulatórios de endometriose e dor pélvica crônica, no período de março de 2016 a outubro de 2019. Participaram do estudo 63 mulheres com endometriose profunda. A coleta de dados foi realizada por meio da ficha de avaliação do serviço e dos questionários SF-36, EHP-30, FSFI e IDB. **Resultados:** a média de idade foi de 35 anos, 41,3% têm ensino fundamental incompleto, 42,9% têm parceiros fixos e 62% são nulíparas. Quanto a dor, 79,4% relatou dismenorreia, 76,2% dor pélvica crônica, 55,6% referiu dispáurenia. As médias do SF-36, EHP-30, FSFI e a questão 21 do IDB, evidenciaram, respectivamente, baixa qualidade de vida, algum grau de disfunção sexual e redução no interesse por sexo. Houve correlação positiva da paridade com o SF-36: aspectos físicos ( $p=0$ ), dor ( $p=0,035$ ), estado geral ( $p=0,002$ ). A dispáurenia teve correlações negativas com SF-36: aspectos físicos ( $p=0$ ), dor ( $p=0$ ), vitalidade ( $p=0,0003$ ). A dispáurenia apresentou correlações negativas com FSFI: excitação ( $p=0,03$ ), lubrificação ( $p=0,01$ ), orgasmo ( $p=0,02$ ), satisfação ( $p=0,04$ ) e com a soma ( $p=0,04$ ). O EHP-30 somente apresentou duas correlações com os dados sociodemográficos e caracterização da dor pélvica. Em contrapartida, apresentou muitas correlações com o SF-36. Em relação ao FSFI, a dimensão controle e impotência teve correlação positiva com orgasmo ( $p=0,009$ ) e a autoimagem também com o domínio orgasmo ( $p=0,025$ ). A amostra foi separada em dois clusters. Os principais preditores para a distinção dos clusters foram os domínios do FSFI e a soma ( $p=0$ ), excitação ( $p=0$ ), lubrificação, orgasmo e dor, todos com  $p=0$ . **Conclusão:** As mulheres do estudo possuem baixo nível de escolaridade, muitas são inférteis, apresentam baixa qualidade de vida e grave comprometimento da função sexual. O questionário FSFI mostrou-se importante para separar a amostra em grupos e perceber relação entre função sexual e qualidade de vida. Mais estudos são necessários para aprofundar o impacto da endometriose na vida das mulheres e novas abordagens holísticas a serem implementadas.

**Palavras-chave:** Endometriose, qualidade de vida, sexualidade.

## ABSTRACT

### QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS: A RELATIONSHIP WITH SEXUAL FUNCTION

**Introduction:** Endometriosis is characterized by the presence of tissue similar to the external endometrium of the uterine cavity. The main symptoms are chronic pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility. The disease usually affects women of childbearing age and has negative impacts on their quality of life, including sexual function. **Objective:** To evaluate the quality of life and sexual function of women with endometriosis. **Methods:** observational, exploratory, hospital-based, cross-sectional, descriptive, quantitative and analytical study. Carried out in a reference hospital in endometriosis care, in endometriosis and chronic pelvic pain outpatient clinics, from March 2016 to October 2019. Sixty-three women with deep endometriosis participated in the study. Data collection was performed using the service evaluation form and the SF-36, EHP-30, FSFI and BID questionnaires. **Results:** the average age was 35 years old, 41.3% have incomplete primary education, 42.9% have regular partners and 62% are nulliparous. As for pain, 79.4% reported acyclic dysmenorrhea, 76.2% chronic pelvic pain, 55.6% reported dyspareunia. The means of the SF-36, EHP-30, FSFI and question 21 of the BDI showed, respectively, low quality of life, some degree of sexual dysfunction and reduced interest in sex. There was a positive correlation between parity and the SF-36: physical aspects ( $p=0$ ), pain ( $p=0.035$ ), general condition ( $p=0.002$ ). Dyspareunia had negative correlations with SF-36: physical aspects ( $p=0$ ), pain ( $p=0$ ), vitality ( $p=0.0003$ ). Dyspareunia showed negative correlations with FSFI: excitement ( $p=0.03$ ), lubrication ( $p=0.01$ ), orgasm ( $p=0.02$ ), satisfaction ( $p=0.04$ ) and with the sum ( $p=0.04$ ). EHP-30 only showed two correlations with sociodemographic data and pelvic pain characterization. On the other hand, it showed many correlations with the SF-36. Regarding the FSFI, the dimension control and impotence had a positive correlation with orgasm ( $p=0.009$ ) and self-image also with the orgasm domain ( $p=0.025$ ). The sample was separated into two clusters. The main predictors for distinguishing the clusters were the FSFI domains and the sum ( $p=0$ ), excitement ( $p=0$ ), lubrication, orgasm and pain, all with  $p=0$ . **Conclusions:** The women in the study have a low level of education, many are infertile, have a low quality of life and severe impairment of sexual function. The FSFI questionnaire proved to be important in separating the sample into groups and a relationship between sexual function and quality of life was perceived. Further studies are needed to deepen the impact of endometriosis on women's lives and new holistic approaches to be implemented.

**Keywords:** endometriosis, quality of life, sexuality.

## 1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença de forte impacto social e sua prevalência exata na população em geral permanece obscura. Mesmo com a subnotificação dos casos de endometriose, estudos sugerem que os números são mundialmente elevados, representando cerca de 176 milhões de mulheres (ANDRES et al, 2014; MARQUI, 2015). Tem prevalência estimada de 5 a 15% em mulheres na idade fértil, com pico de incidência entre 25 e 35 anos de idade (HOGG; VYAS, 2015).

Os efeitos econômicos da endometriose podem ser percebidos pelas mulheres que muitas vezes perdem sua capacidade produtiva, como também pelos gastos elevados com o manejo da doença. Os custos associados à endometriose são relativamente altos e podem ser comparados a outras doenças crônicas limitantes (JIA et al, 2012).

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio externo da cavidade uterina. Os lugares mais comuns de deposição do tecido endometrial são: no peritônio pélvico, nos ovários, nas trompas, ligamentos útero-sacros e no septo retovaginal. Mais raramente, também podem ser acometidos o pericárdio e o sistema nervoso central. Essa patologia afeta geralmente mulheres em idade reprodutiva e acarreta impactos negativos sobre a qualidade de vida em vários aspectos (NÁCUL; SPRITZER, 2010).

Apresenta-se como uma doença crônica, de patogênese pouco clara, com diagnóstico precoce difícil. Tem sintomatologia inespecífica, em que a dor crônica ocupa uma posição relevante no cotidiano das mulheres, sendo esta, o motivo da procura por tratamento, bem como de idas aos serviços de emergência. As principais teorias para o surgimento da doença baseiam-se no fluxo retrógrado da menstruação que ocasionaria a deposição tecidual fora do útero e na mudança fenotípica que as células do endométrio podem sofrer após a menarca, o que desencadearia a formação deste tecido ectópico (NNOAHAM, et al, 2011).

Em países industrializados, a endometriose é responsável pela maioria dos casos de hospitalização ginecológica, o que acarreta forte impacto social e financeiro.

Estima-se que uma em cada dez mulheres, no mundo, tem endometriose, entretanto, por causas diversas não possuem diagnóstico definido e não realizam tratamento adequado, potencializando os prejuízos em decorrência da doença (MARINHO, et al., 2018).

Diversos aspectos sobre essa doença ainda não estão plenamente esclarecidos. Etiologia, diagnóstico não invasivo e tratamento ideal. Considerada como uma doença enigmática. De etiopatogenia incerta e tratamento variável, a endometriose é referenciada como “doença da mulher moderna”, devendo ser analisada pelo ponto de vista biopsicossocial (LORENÇATTO, et al, 2006).

Critérios clínicos e de exames complementares, como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética para o mapeamento da doença auxiliam no diagnóstico. Entretanto este geralmente é alcançado através da videolaparoscopia, que possibilita a confirmação histológica da lesão. A descoberta precoce da doença pode ser complexa, principalmente em lesões mais profundas ou que não podem ser observadas (NNOAHAM et al, 2011).

Os sinais e sintomas da endometriose incluem: dor pélvica crônica (DPC), dispareunia profunda, dismenorréia, infertilidade, bem como podem surgir disfunções urinárias e defecatórias, estas caracterizadas por mudanças no hábito intestinal e Disquesia (MARINHO et al., 2018).

A endometriose pode ser classificada em três tipos: peritoneal, profunda infiltrativa e o endometrioma ovariano. Destes, o tipo profundo infiltrativo é o mais agressivo, acometendo a partir de 5mm do espaço retroperitoneal e sendo também responsável pela incidência de aproximadamente 20% dos casos (FACCHIN, *et al.*, 2017).

A inespecificidade do quadro clínico pode retardar ainda mais o diagnóstico, já que a sintomatologia pode estar relacionada com outras condições ginecológicas ou não. Aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica, disfunções geniturinárias, distúrbios intestinais fazem parte do diagnóstico diferencial para endometriose. É válido salientar que os profissionais necessitam estar atentos às queixas das mulheres, pois estas são fundamentais para os próximos passos de investigação diagnóstica (ADAMSON; KENNEDY; HUMMELSHOJ, 2010).

A dor, via de regra, é apontada como o motivo do maior incômodo, entretanto o fato de a dismenorreia está presente durante o período menstrual, pode acarretar a “banalização” dessa queixa. Este fato pode postergar o diagnóstico, o início do tratamento, bem como interferir no prognóstico (SANTOS et al., 2012).

Estudos sugerem que não há uma relação definitiva do tipo de endometriose com a frequência e a intensidade da dor. Independente desta correlação, apontam que a dor ocupa uma posição de destaque na doença, referida como um dos fatores determinantes para a baixa auto-estima e baixa qualidade de vida das mulheres com endometriose, bem como podem estar relacionadas ao surgimento de alterações no comportamento sexual, principalmente em decorrência da dispaurenia (SOUZA et al., 2011; MELLADO et al., 2016).

As possibilidades terapêuticas são: medidas analgésicas, terapias hormonais, cirurgias minimamente invasivas para remoção de lesões, e se necessário, acompanhamento para reprodução assistida, em casos de infertilidade. O tratamento para a patologia em questão deve ser multidisciplinar, incluindo abordagens biopsicossociais no processo de reabilitação (FAIRBANKS et al, 2017).

O procedimento cirúrgico amplamente utilizado para tratamento não medicamentoso da endometriose é a videolaparoscopia, consistindo na remoção de lesões pontuais, liberação de aderências teciduais e retirada de outras estruturas comprometidas (NÁCUL, SPRITZER, 2010).

É necessário pontuar que o manejo adequado da endometriose dá-se primordialmente pelo diagnóstico precoce. Portanto, é fundamental potencializar a atenção básica em saúde para a detecção e tratamento não invasivo em mulheres com endometriose. Os protocolos nacionais de atenção primária na saúde das mulheres aponta a endometriose como uma doença que merece notoriedade desde os primeiros sintomas, principalmente relacionados a dor pélvica acíclica, devendo a equipe multiprofissional viabilizar a condução do caso de forma específica (BRASIL, 2016).

Em decorrência da sintomatologia intensa e constante, o bem-estar geral das mulheres com endometriose pode ser negativamente afetado, visto que as relações afetivas, sexuais, sociais, bem como a capacidade laboral são fortemente comprometidas (FACCHIN et al., 2017; JIA et al., 2012; MARQUI, 2015).

A literatura é ampla no que diz respeito as mudanças que ocorrem na vida mulher em virtude da endometriose. Muito fala-se sobre os variados prejuízos que a sintomatologia intensa e crônica acarreta na vida social, laboral e sexual da mulher. O serviço de ginecologia da MEAC é referência em assistência as mulheres com endometriose e dor pélvica crônica, sendo, portanto, um campo rico de pesquisa para o

estudo e elaboração de medidas terapêuticas cada vez mais centradas nas necessidades da pessoa e não somente no manejo da doença.

Diante do exposto surgiu o que seguinte questionamento: Quais impactos existem na qualidade de vida e na função sexual de mulheres com endometriose assistidas pela MEAC?

A partir da literatura é possível supor que a qualidade de vida e a função sexual das mulheres com endometriose será afetada, entretanto se faz necessário investigar quais serão essas alterações e como elas se correlacionam.

Nesse contexto, o presente estudo objetiva, portanto, avaliar o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida e sua relação com a função sexual em mulheres acometidas pela doença.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Endometriose e qualidade de vida**

A qualidade de vida é uma temática muito atual em pesquisas na área da saúde, visto que se faz necessário compreender o indivíduo em sua integralidade para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes. Muitas também são as definições propostas para o termo, que levam em consideração aspectos individuais e coletivos inerentes a vários contextos (PEREIRA, TEIXEIRA, SANTOS, 2012).

Um conceito amplamente utilizado é o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde que define qualidade de vida, como: a percepção dos indivíduos relacionada à satisfação de suas necessidades nos aspectos da saúde física, mental, social e econômica para o alcance da autorrealização e felicidade (FLECK et al, 1999).

A qualidade de vida pode ser também entendida na perspectiva da subjetividade e está relacionada com vários fatores da existência humana. Associar a qualidade de vida a um estado de saúde parte da vinculação entre o adoecimento e os possíveis impactos físicos, sociais e psicológicos que surgem com esse processo (MINSON et al., 2012).

Muitos instrumentos são utilizados para a mensuração da qualidade de vida em diferentes grupos, dentre estes o *Short Form Health Survey (SF-36)*, bem como o *EHP-30 (Endometriosis Health Profile)* ocupam espaço importante na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com endometriose, pois permitem uma avaliação

ampla da mulher que transcende os aspectos biológicos. Além disso, o escore prévio resultante da avaliação da qualidade de vida pelo SF-36 em mulheres com endometriose tem sido considerado como um indicador importante do prognóstico após intervenções específicas (MENGARDA et al, 2008).

A endometriose é uma condição crônica e até o momento incurável. A vida destas mulheres é marcada por buscas de diagnóstico preciso, tratamento para as dores e também para outras consequências da doença, como por exemplo, a infertilidade, que chega a afetar 50% destas. De maneira que os sintomas e a trajetória terapêutica da mulher podem ter forte impacto negativo em sua qualidade de vida ( DE GRAFF et al., 2016).

Pesquisas têm enfatizado as dores físicas como um ponto central na deterioração da qualidade de vida da mulher, uma vez que limita as relações sociais, afetivas e produtivas. Neste contexto surgem também as disfunções emocionais, ansiedade e depressão, bem como dificuldade no processo de enfrentamento diante do adoecimento (JIA et al, 2012).

A saúde mental das mulheres é amplamente explorada dentro do contexto da endometriose. Aproximadamente 80% destas manifestam disfunções afetivas e comportamentais no adoecimento, o que acarreta grande dificuldade nos demais aspectos da vida. A dor parece estar correlacionada positivamente com a ansiedade, depressão e outros sintomas psicofísicos. É importante ressaltar que não necessariamente a uma remissão da dor com os tratamentos conservadores ou cirúrgicos o que pode ocasionar maior sensação de impotência nestas mulheres ( HUDSON et al., 2016; FACCHIN et al., 2017).

Para além da dor, outros fatores acabam tendo forte impacto na qualidade de vida de mulheres com endometriose. Baixa autoestima, as alterações corporais e de auto-imagem, a dificuldade de compreensão da família e da sociedade em geral sobre a sintomatologia são queixas frequentes. Desta forma, muitas vezes, a reclusão social é uma estratégia encontrada para a minimização do sofrimento ( FACCHIN et al., 2017).

A redução da qualidade de vida de mulheres com endometriose é confirmadamente maior quando comparada a mulheres que possuem sintomas semelhantes ao da doença (por outras condições clínicas) mas que não possuem o diagnóstico. Ressalta-se que não somente os sintomas impactam na vida, mas, também o

significado atribuído a cada um destes, bem como ao próprio diagnóstico (NNOAHAM et al., 2011).

A capacidade produtiva da mulher é também afetada pela doença. A dor constante, a baixa autoestima, as mudanças físicas e psíquicas decorrentes da endometriose interferem negativamente na capacidade laboral. O absenteísmo por queixas clínicas, a indisposição física, ansiedade e depressão podem associar-se ao desempenho insatisfatório no ambiente de trabalho e colaboram para uma baixa qualidade de vida (LAGANÀ et al., 2017).

## **2.2 Endometriose e função sexual**

Fatores fisiológicos e biológicos interferem diretamente na resposta ao estímulo sexual, e a partir deste passam a ocorrer uma série de eventos que caracterizam a função sexual. Nesse contexto, é equivocado pensar que somente aspectos anatômicos e hormonais estão relacionados ao comportamento sexual. Este comportamento pode ser influenciado pela etapa de vida da mulher, idade, estabilidade e satisfação dentro da relação, saúde mental, dentre outros. É necessário compreender, portanto, que estas respostas são individuais, subjetivas e mutáveis ao longo da vida (PLUCHINO et al., 2016).

A função sexual corresponde a um conjunto complexo de respostas psíquicas e físicas dentro de um contexto social, afetivo/psicológico e biológico/reprodutivo. A fisiologia da função sexual na mulher compreende de algumas etapas: desejo, excitação sexual, que contempla a lubrificação da região genital, orgasmo e satisfação sexual (FAIRBANKS et al., 2017).

Comumente os termos função sexual e sexualidade são apresentados como sinônimos. É necessário compreender que são conceitos distintos e podem, ou não, estarem correlacionados dentro de um contexto. A função sexual está ligada ao ato sexual, ao desempenho durante a conjunção carnal frente a um estímulo excitatório inicial, já a sexualidade precisa ser explorada em um espectro bem mais amplo, que ultrapassa a relação com um(a) parceiro(a). A sexualidade traz em foco a subjetividade do ser, do sentir, do estar, consigo e com o outro, ressaltando aquilo que confere o prazer e a satisfação para além de questões fisiológicas (RECZKOWSKI, 2020).

A saúde sexual é um aspecto relevante na qualidade de vida geral de um indivíduo. Em mulheres, por sua vez, o tema vem ganhando espaço com o avanço da

autonomia e do empoderamento feminino. As disfunções sexuais precisam ser diagnosticadas e tratadas adequadamente para que a mulher possa sentir-se satisfeita e plena tanto com sua função sexual, como com sua sexualidade. As disfunções sexuais caracterizam-se por perturbações em quaisquer etapas da resposta sexual (CLAYTON, 2007; RECZKOWSKI, 2020).

Salienta-se que vários fatores podem influenciar negativamente no desenvolvimento adequado da função sexual feminina. Algumas situações clínicas são desfavoráveis para tal, como: doenças ginecológicas e neoplasias malignas das glândulas mamárias. As disfunções sexuais ou alterações dos padrões de resposta sexual são relativamente comuns. Estudos apontam que aproximadamente 40% das mulheres no mundo podem apresentar alguma desordem sexual. Mulheres com endometriose têm risco aumentado para desenvolvimento das disfunções sexuais (PLUCHINO et al, 2016).

Há evidências de que mulheres com endometriose, independente do estágio, apresentam algum grau de disfunção sexual. Queixas frequentes relacionadas ao fato incluem dispareunia, perda da lubrificação, da excitação e do desejo (EVANGELISTA et al., 2014).

É comum que o medo antecipatório da dor venha a provocar uma exacerbação da sintomatologia, bem como causar hipertonia dos músculos do assoalho pélvico, podendo resultar em uma alteração negativa no funcionamento e na satisfação sexual. Esses fatores podem também estar associados à ansiedade e depressão (DE GRAFF et al., 2016).

Na maioria dos casos, a endometriose atinge mulheres jovens, em idade reprodutiva e em fase potencial para atividade sexual. Estas são surpreendidas pela perda na qualidade da vida sexual e afetiva em virtude dos seus sintomas, ganhando destaque a dispareunia e a dor pélvica crônica (AMERATUNGA et al., 2017).

É válido ressaltar que tão importante quanto identificar as disfunções sexuais, é também compreender os impactos das desordens na vida das mulheres, bem como na vida de seus parceiros. A baixa qualidade das relações sexuais pode contribuir para uma experiência negativa na intimidade do casal, podendo levar a falência dessas relações (PLUCHINO et al., 2016).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Avaliar a qualidade de vida e a sua correlação com a função sexual de mulheres com endometriose.

#### **3.2 Específicos**

Correlacionar SF-36, EHP-30, FSFI e questão 21 do IBD com dor pélvica e dados sociodemográficos;

Correlacionar os questionários EHP-30 com SF-36, SF-36 com FSFI, EHP-30 com FSFI;

Categorizar a amostra em clusters distintos pela qualidade de vida e função sexual.

### **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, exploratório, de base hospitalar, do tipo transversal, descritivo, quantitativo e de caráter analítico.

#### **4.2 Contexto**

##### **4.2.1 Local e período**

A pesquisa foi desenvolvida nos ambulatórios de Dor Pélvica Crônica (DPC) e de Endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), unidade referência em assistência multiprofissional e holística de mulheres com endometriose, situada em Fortaleza - Ceará. A pesquisa deu-se no período de março de 2016, quando a coleta de dados foi iniciada, à outubro de 2019.

### 4.3 Coleta de dados

As participantes incluídas no estudo eram acompanhadas pela MEAC, em algum dos serviços supracitados. Estas eram abordadas e convidadas a participar do estudo no momento da consulta ginecológica. A partir do aceite, as mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice A), constando neste documento os esclarecimentos necessários sobre os objetivos e método do estudo.

A maioria dos questionários foi autorespondido, entretanto em virtude de limitações quanto a leitura e compreensão, alguns questionários foram respondidos por meio de entrevista.

A coleta de dados foi realizada com bases nas fichas de avaliação padronizadas dos serviços de DPC e endometriose somadas aos seguintes questionários: *SF-36*, *Endometriosis Health Profile - EHP-30*, *Female sexual Function Index (FSFI)* e o Inventário de depressão de Beck (IDB), mais precisamente a questão de número 21.

### 4.4 Participantes do estudo

A amostra total foi de 63 mulheres, com idade entre 20 e 50 anos, com diagnóstico de endometriose, que foi realizado por critérios clínicos associado a achados de endometriose profunda ou endometrioma em ultrassonografia com mapeamento para endometriose, realizada no próprio serviço, ou por histopatológico de peças cirúrgicas provenientes de videolaparoscopia.

A indicação cirúrgica seguiu o protocolo estabelecido pelo serviço, sendo estas: mulheres que apresentassem sintomas de endometriose, com ou sem achados ultrassonográficos e que não respondessem a 6 meses de tratamento clínico e mulheres com imagem ultrassonográfica de endometrioma acima de 4 cm de diâmetro, com acometimento endometriótico de mais de 50% da alça colorretal, lesão de apêndice cecal, lesão de alça ileal ou lesão de ureter.

#### 4.4.1 Critérios de inclusão

Fizeram parte do estudo mulheres com diagnóstico de endometriose profunda dado por ultrassonografia realizada no próprio serviço e/ou por histopatológico de peças cirúrgicas provenientes de videolaparoscopia; que tenham vida sexual ativa, com penetração vaginal; que estejam no período da menacme e apresentavam dor pélvica.

#### 4.4.2 Critérios de não-inclusão

Não foram incluídas no estudo mulheres que: se recusaram a assinar o TCLE; cujo histopatológico pós-cirúrgico era negativo para endometriose; mulheres em pós-menopausa; assintomáticas no que diz respeito a dor; grávidas ou até 6 meses de pós-parto; lactantes; mulheres com comorbidades severas como: câncer, doença inflamatória intestinal, diabetes tipo 1, doenças autoimunes, fibromialgia, enxaqueca.

### 4.5 Variáveis da pesquisa

#### 4.5.1 Fonte dos dados

A captação de dados foi realizada, após assinatura do TCLE, com bases nas fichas de avaliação padronizadas dos serviços de DPC e endometriose somadas aos seguintes questionários: *SF-36*, *Endometriosis Health Profile - EHP-30*, *Female sexual Function Index* (FSFI) e o Inventário de depressão de Beck (IDB), mais precisamente a questão de número 21.

A ficha de avaliação padronizada do serviço (Apêndice B) de DPC e endometriose contém questões para identificação da paciente, para a coleta de dados clínicos e pessoais, anamnese, escala visual analógica da dor – EVA (referente ao momento da avaliação pré-operatória) e exame físico padronizado e direcionado para investigação de endometriose e outras causas de DPC.

#### 4.5.2 Questionário SF-36

O Questionário SF-36 (Anexo A) é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Este traduzido e validado no Brasil por Ciconelli *et al.* em 1999, avalia aspectos da qualidade de vida que estão diretamente relacionados à saúde do indivíduo. O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens que avaliam oito conceitos (ou dimensões) de saúde: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. A pontuação é dada em cada um dos domínios separadamente, não havendo uma pontuação geral; são atribuídos valores numéricos para todas as respostas, que são somadas e avaliadas por domínio. Os valores variam de zero a 100, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida referente aquele domínio (CICONELLI *et al.*, 1999).

#### 4.5.3 Questionário EHP-30

O EHP-30 (Anexo B) é um instrumento de autoavaliação e descrição, com tópicos desenvolvidos a partir de entrevistas com as mulheres com endometriose, validado para o português (MENGARDA *et al.*, 2008). É formado por um questionário central, composto de 30 itens que avaliam as seguintes dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e autoimagem. Seguido de um questionário fragmentado em módulos com 23 itens distribuídos em seis escalas, sendo estas: relações sexuais, aspectos relacionados ao trabalho, cuidados médicos, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamentos realizados pela paciente. Nesse contexto, cada escala é transformada em um escore de 0 a 100, em que o menor escore sugere uma melhor qualidade de vida (MENGARDA *et al.*, 2008).

No presente estudo foi utilizado o questionário central subdividido em suas dimensões, não sendo utilizada as respostas modulares, pois estas não foram respondidas em sua totalidade pelas mulheres do estudo.

#### 4.5.4 Questionário FSFI

O FSFI (Anexo C) é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a função sexual feminina, validado para o português (PACAGNELLA et al., 2008). Um curto questionário, que pode ser respondido pela própria paciente, que deve ter vida sexual ativa com penetração vaginal. Este investiga a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor. Perfaz um total de 19 questões que avaliam a atividade e função sexual nas últimas quatro semanas. Existe um padrão de resposta previamente estipulado que norteia a um valor para cada item, cujas opções recebem pontuação de 0 a 5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Somente nas questões que avaliam a dor, a pontuação é invertida. Um valor total é apresentado ao final da aplicação, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneiza a influência de cada domínio no escore total (PACAGNELLA et al., 2008).

Para a população em questão, mulheres com endometriose, o ponto do corte do questionário é 26, de forma que mulheres que apresentam o somatório inferior a este valor podem ser categorizadas como apresentando algum grau de disfunção sexual (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009).

#### 4.5.5 Questionário IDB

O IDB (Anexo D) constitui de um questionário de fácil aplicabilidade, autoavaliativo que visa averiguar sinais e sintomas relacionados a quadros depressivos, validado em português (CUNHA, 2001). Este é bastante utilizado na prática clínica e ganha cada vez mais visibilidade em trabalhos científicos, tanto em pacientes com algum transtorno, bem como na população sem nenhum diagnóstico, para avaliação do grau ou tendência à depressão. Neste estão contidas 21 questões, com pontuação de 0 a 3 para cada uma. Ao somar os pontos sugere-se que: em uma pontuação inferior a 10, não há depressão, de 10 a 18, depressão leve ou moderada, de 19 a 29, depressão moderada a grave, e em situações com somatório de 30 a 63, depressão grave (SEPULCRI; AMARAL, 2009; LORENÇATTO et al, 2006).

Para este trabalho utilizou-se do IDB a questão 21 que aborda possíveis alterações no interesse do indivíduo para com a atividade sexual, bem como buscou-se estabelecer

uma correlação deste item com a dor pélvica, com os dados sociodemográficos, com avaliação da qualidade de vida e da função sexual.

#### **4.6 Cálculo amostral**

As mulheres que preencheram os critérios de seleção, dentro do intervalo de tempo especificado, fizeram parte de uma amostragem consecutiva.

#### **4.7 Processamento e análise dos dados**

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, v. 26.0.

Para verificar a correlação entre as variáveis não paramétricas, foi utilizado o teste de Spearman. O valor de significância estatística foi estabelecido em 5% ou  $p < 0,05$ .

Para verificar a significância estatística de cada variável de forma independente, foi utilizado o teste de Mann-Whitney U. O valor de significância estatística foi estabelecido em 5% ou  $p < 0,05$ .

#### **4.8 Análise de agrupamentos (clusters)**

Para verificar a existência de subgrupos de mulheres, foram utilizados índices de coesão em todas as variáveis do conjunto de dados. Neste estudo foram analisados os índices Dunn (1973), Davies-Bouldin (1979) e Calinski-Harabasz (1974) como também o teste de Silhueta provido pelo SPSS.

#### **4.9 Situação ética**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sob o nº do parecer 1.387.693, CAAE 52159515.5.0000.5050 de 13/01/2016 (Anexo E). De forma que as participantes

voluntárias da pesquisa estavam cientes do objetivo do estudo e concordaram em assinar o TCLE, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL,2012) (Apêndice A).

## **5 RESULTADOS**

Os resultados do presente estudo foram organizados em quatro etapas: descrição do grupo quanto seus aspectos sociodemográficos e caracterização da dor pélvica; categorização das respostas dos questionários EHP-30, SF-36, FSFI e IDB (questão 21); estabelecimento de correlações entre os aspectos sociodemográficos e caracterização da dor pélvica das mulheres e os questionários; bem como o cruzamento dos questionários entre si e por fim, o desenho de agrupamentos (clusters) da amostra do estudo.

### **5.1 Aspectos sociodemográficos, caraterização da dor pélvica, SF-36, EHP-30, FSFI e IDB (questão 21)**

Foram entrevistadas 63 mulheres com hipótese diagnóstica de endometriose, e após videolaparoscopia foi confirmado o diagnóstico histopatológico de endometriose profunda em todas as pacientes.

A média de idade destas foi de 35 anos (DP 7,71 e a mediana de 36), quanto ao grau de escolaridade evidenciou-se que: 41,3% das mulheres entrevistadas têm ensino fundamental incompleto, 36,5% ensino médio completo, 9,5% médio incompleto, 4,8% ensino fundamental completo, 3,2% ensino superior completo, 1,6% ensino superior incompleto e os demais 4,8% das mulheres não chegaram a estudar ou não estudaram por um período superior a 4 anos.

No que se refere à existência de parceiros, 42,9% das mulheres com endometriose possuem parceiros fixos e 57,3% destas, não possuem. Em relação à paridade, 62% são nulíparas, enquanto que 38% possuem 1 ou mais filhos. A nuliparidade, no estudo em questão, está relacionada a infertilidade.

Tratando-se da avaliação de dor, na data do preenchimento da pesquisa, a média da EVA foi de 8,67 (DP 1,18 e a mediana de 9). Com relação a existência de demais queixas clínicas relacionadas a dor pélvica, 79,4% das pacientes apresentam

dismenorreia, 76,2% têm dor pélvica crônica, 55,6% referem dispáureia profunda e 20,6% apresentam disquesia.

As mulheres foram interrogadas quanto às suas percepções de qualidade de vida em dois questionários, o SF-36 (Tabela 1) e o EHP-30 (Tabela 2). É possível perceber que em praticamente todos os domínios do SF-36 a média e a mediana das respostas indicam uma baixa qualidade de vida (inferior a 50 de um máximo de 100 pontos), já que somente a média do domínio saúde mental do SF-36 foi de 52,31.

**Tabela 1** – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos por domínios do questionário SF-36.

	Domínio	Média	DP	Mediana
<b>SF-36</b>	CF	50,95	28,45	50
	AF	25,79	35,63	0
	DOR	38,80	24,80	32
	EG	43,12	17,71	40
	Vit.	46,74	22,59	45
	AS	40,07	23,98	37,50
	AE	37,56	39,93	33,33
	SM	52,31	24,81	48

A média e a mediana das respostas nas dimensões do EHP-30 apresentaram pontuação mais elevada, o que pode sugerir uma pior qualidade de vida, visto que quanto mais próximo de 100 para este instrumento avaliativo, pior a qualidade de vida das pacientes. Os aspectos que pior pontuaram nesta avaliação foram: dor (média 60,28), controle e impotência (média 60,04) seguidos de suporte social (média 54,11) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos pelas dimensões do questionário EHP-30.

	Dimensão	Média	DP	Mediana
<b>EHP-30</b>	DOR	60,29	22,60	64,00
	Ctl. Impotência	60,05	25,44	62,00
	Be. Emocional	52,32	23,55	54,00
	Sup. Social	54,11	26,88	56,00
	Autoimagem	41,87	28,95	42,00

Quando questionadas sobre a função sexual, as mulheres responderam ao questionário FSFI, e cada domínio apresenta como máxima pontuação o escore 6. A soma total dos domínios tem como valor máximo 36, onde para as mulheres com endometriose valores inferiores a 26 podem ser sugestivos de disfunção sexual (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009). Notou-se que a média e a mediana da soma dos domínios foi de 15,28 e 17,3 respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3** – Média, desvio padrão e mediana dos escores obtidos por domínios do questionário FSFI.

	Domínio	Média	DP	Mediana
<b>FSFI</b>	Desejo	2,72	1,13	2,4
	Excitação	2,24	1,74	2,4
	Lubrificação	2,69	2,24	3
	Orgasmo	2,58	1,88	3,6
	Satisfação	3,4	1,87	3,2
	Dor	1,99	1,53	2,4
	Soma	15,62	9,28	17,6

As mulheres com endometriose também responderam a questão 21 do IDB, que investiga o se o interesse por sexo foi afetado negativamente nos últimos tempos. Verificou-se que 63,49% das mulheres responderam estar menos interessadas por sexo do que o habitual, 15,87% afirmaram não ter notado nenhuma mudança quanto o interesse pela atividade sexual, 9,52% referem ter muito menos interesse por sexo e 11,12% das pacientes relatam ter perdido completamente o interesse pela relação sexual.

## **5.2 Correlações entre dados sociodemográficos, dor pélvica, SF-36, EHP-30, FSFI e IDB (questão 21)**

Quando correlacionadas as variáveis idade, paridade, presença de parceiros, características da dor pélvica e pontuação da EVA com os domínios do questionário SF-36, notou-se uma correlação positiva entre paridade com os seguintes domínios: aspectos físicos do SF-36 ( $p=0$ ), dor ( $p=0,035$ ), estado geral ( $p=0,002$ ), vitalidade ( $p=0,007$ ), aspectos sociais ( $p=0,011$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,021$ ), não correlacionando-se somente com capacidade funcional e saúde mental (Tabela 4).

No que diz respeito a presença de dispaurenia, esta correlacionou-se negativamente com os seguintes domínios do SF-36: aspectos físicos ( $p=0$ ), dor ( $p=0$ ), vitalidade ( $p=0,003$ ), aspectos sociais ( $p=0,024$ ) e saúde mental ( $p=0,029$ ) (Tabela 4)

**Tabela 4** – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e os domínios do questionário SF-36.

	CF	AF	Dor	EG	Vit.	AS	AE	SM
Idade	-0,201	0,029	-0,129	-0,036	-0,096	0,125	-0,134	-0,098
p	0,115	0,824	0,313	0,778	0,456	0,33	0,295	0,443
Parceiro	0,146	0,054	0,146	0,204	0,164	0,09	0,065	0,08
p	0,254	0,677	0,252	0,109	0,2	0,482	0,611	0,536
Paridade	0,223	0,497*	0,267*	0,377*	0,339*	0,318*	0,29*	0,167
p	0,08	<b>0</b>	<b>0,035</b>	<b>0,002</b>	<b>0,007</b>	<b>0,011</b>	<b>0,021</b>	0,19
EVA	0,049	-0,027	-0,107	-0,035	-0,221	-0,129	0,074	-0,145
p	0,701	0,836	0,402	0,783	0,081	0,315	0,565	0,258
DPC	-0,176	-0,155	0,115	-0,152	-0,076	-0,216	-0,172	-0,056
p	0,167	0,225	0,37	0,233	0,555	0,089	0,177	0,662
Dismenorréia	0,059	-0,119	0,103	-0,1	0,044	-0,064	0,236	-0,127
p	0,648	0,354	0,422	0,438	0,731	0,617	0,062	0,32
Dispaurenia	-0,225	-0,44*	-0,529*	-0,247	-0,367*	-0,284*	-0,169	-0,275*
p	0,077	<b>0</b>	<b>0</b>	0,051	<b>0,003</b>	<b>0,024</b>	0,185	<b>0,029</b>
Disquesia	0,151	-0,052	0,103	-0,088	0,094	-0,1	-0,048	0,202
p	0,236	0,685	0,422	0,495	0,463	0,434	0,709	0,112

Teste: rô de Spearman.

Ao correlacionar as variáveis idade, paridade, presença de parceiros, características clínicas e pontuação da EVA com as dimensões do questionário EHP30, notou-se que somente a pontuação da EVA correlacionou-se positivamente com controle e impotência do EHP30 ( $p=0,031$ ) e que dispaurenia correlacionou-se com bem-estar emocional ( $p=0,19$ ). As demais correlações não apresentaram significância estatística. (Tabela 5).

**Tabela 5** – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e as dimensões do questionário EHP-30.

	Dor	Ctl. Impotência	Be. Emocional	Suporte Social	Autoimagem
Idade	0,027	0,031	-0,053	-0,129	-0,012
p	0,834	0,405	0,679	0,313	0,924
Parceiro	-0,196	0,034	0,042	-0,068	0,033
p	0,123	0,788	0,741	0,596	0,799
Paridade	-0,195	-0,08	-0,033	0,138	0,086
p	0,125	0,532	0,795	0,281	0,504
EVA	0,087	,271*	0,038	-0,144	0,013
p	0,499	<b>0,031</b>	0,766	0,261	0,917
DPC	0,142	0,099	0,019	0,001	0,06
p	0,269	0,438	0,88	0,993	0,643
Dismenorréia	0,111	0,24	0,14	0,167	0,19
p	0,387	0,058	0,275	0,192	0,137
Dispaurenia	0,009	0,087	,295*	-0,12	0,098
p	0,945	0,497	<b>0,019</b>	0,349	0,445
Disquesia	0,009	0,085	-0,147	-0,218	-0,176
p	0,946	0,506	0,25	0,087	0,169

Teste: rô de Spearman.

Correlacionando as mesmas variáveis com os domínios do questionário FSFI e com sua pontuação total, verificou-se que a idade apresentou correlação positiva com os domínios excitação ( $p=0,05$ ) e dor ( $p=0,03$ ) do FSFI. Salienta-se que no domínio dor deste questionário a pontuação é invertida, logo, pacientes com maior idade, apresentaram maior grau de dor em algum momento do ato sexual (Tabela 6).

Ainda com relação ao FSFI a paridade correlacionou-se de forma positiva com os seguintes domínios do FSFI: excitação ( $p=0,01$ ), lubrificação ( $p=0,01$ ), orgasmo ( $p=0,01$ ), satisfação ( $p=0,03$ ) e com a soma do FSFI ( $p=0,02$ ). A presença da dispaurenia também foi correlacionada com os domínios do FSFI, de forma negativa, para excitação ( $p=0,03$ ), lubrificação ( $p=0,01$ ), orgasmo ( $p=0,02$ ), satisfação ( $p=0,04$ ) e soma do FSFI ( $p=0,04$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6** – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e os domínios do questionário FSFI.

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Soma
Idade	0,05	,248*	0,16	0,10	0,18	,269*	0,19
p	0,72	<b>0,05</b>	0,21	0,42	0,15	<b>0,03</b>	0,13
Parceiro	-0,04	-0,06	-0,04	0,01	-0,02	-0,19	-0,05
p	0,78	0,63	0,78	0,96	0,87	0,14	0,68
Paridade	0,17	,338**	,315*	,333**	,272*	0,17	,298*
p	0,19	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,03</b>	0,19	<b>0,02</b>
EVA	-0,02	0,01	0,03	0,16	0,04	0,00	0,02
p	0,87	0,92	0,82	0,20	0,77	1,00	0,86
DPC	0,10	-0,06	-0,06	-0,19	-0,07	-0,11	-0,05
p	0,43	0,62	0,65	0,13	0,58	0,38	0,68
Dismenorreia	-0,01	-0,04	-0,02	-0,05	-0,08	-0,11	-0,04
p	0,95	0,75	0,89	0,70	0,55	0,40	0,75
Dispaurenia	-0,17	-,279*	-,318*	-,285*	-,255*	-0,15	-,264*
p	0,18	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	<b>0,04</b>	0,24	<b>0,04</b>
Disquesia	-0,04	0,10	0,21	0,07	0,17	0,00	0,10
p	0,76	0,41	0,10	0,56	0,18	0,97	0,41

Teste: rô de Sperman

Quando se correlacionam as variáveis idade, paridade, presença de parceiros, características clínicas e pontuação da EVA com a resposta da questão 21 do IDB, percebeu-se que há correlação negativa com a paridade ( $p=0,01$ ) (Tabela 7).

**Tabela 7** – Correlação entre os dados sociodemográficos, caracterização da dor pélvica e o interesse pela atividade sexual (questão 21) do questionário IDB.

	Idade	Parceiro	Paridade	EVA	DPC	Dismenorréia	Dispaurenia	Disquesia
IDB(Q21)	0,02	-0,21	-,346**	0,24	-0,12	-0,06	0,19	-0,06
	0,9	0,1	<b>0,01</b>	0,06	0,37	0,65	0,14	0,66

Teste: rô de Spearman

### 5.3 Correlações entre SF-36, EHP-30 e FSFI

Ao correlacionar os domínios do SF-36 e as dimensões do EHP-30, ambos questionários que avaliam qualidade de vida, notou-se a existência de correlações negativas entre dor do EHP-30 e praticamente todos os domínios do SF-36, exceto com domínio aspectos físicos ( $p=0,124$ ). A dimensão controle e impotência do EHP-30 correlacionou-se negativamente com os seguintes domínios do SF-36: dor ( $p=0,034$ ),

estado geral ( $p=0,002$ ), vitalidade ( $p=0,001$ ) e aspectos sociais ( $p=0,003$ ) e saúde mental ( $p=0$ ) (Tabela 8).

A dimensão bem-estar emocional do EHP-30 correlacionou-se negativamente com cinco domínios do SF-36, exceto capacidade funcional ( $p=0,071$ ), aspectos físicos ( $p=0,663$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,164$ ). Enquanto que a dimensão suporte social do EHP-30 correlacionou-se negativamente com o domínio saúde mental do SF-36 ( $p=0,001$ ), bem como a dimensão autoimagem do EHP-30 correlacionou-se negativamente com estado geral ( $p=0,001$ ), vitalidade ( $p=0,004$ ) e saúde mental ( $p=0$ ) do SF-36. (Tabela 8).

**Tabela 8** – Correlação entre os escores obtidos dos questionários EHP-30 e SF-36.

	CF	AF	Dor	EG	Vit.	AS	AE	SM
Dor	-,300*	-0,196	-,363**	-,481**	-,396**	-,427**	-,323**	-,446**
p	<b>0,017</b>	0,124	<b>0,004</b>	<b>0</b>	<b>0,001</b>	<b>0</b>	<b>0,01</b>	<b>0</b>
Ctl. Impotência	-0,121	-0,094	-,267*	-,386**	-,397**	-,371**	-0,213	-,515**
p	0,344	0,464	<b>0,034</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	0,094	<b>0</b>
Be. Emocional	-0,229	-0,056	-,341**	-,445**	-,362**	-,250*	-0,177	-,575**
p	0,071	0,663	<b>0,006</b>	<b>0</b>	<b>0,004</b>	<b>0,048</b>	0,164	<b>0</b>
Suporte Social	-0,16	0,04	-0,073	-0,247	-0,201	-0,085	-0,13	-,422**
p	0,211	0,758	0,567	0,051	0,114	0,507	0,312	<b>0,001</b>
Auto Imagem	-0,168	0,017	-0,208	-,405**	-,358**	-0,144	-0,037	-,524**
p	0,188	0,898	0,102	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>	0,261	0,775	<b>0</b>

Teste: rô de Spearman

Quando correlacionados os domínios dos questionários SF-36 e do FSFI, tanto seus domínios como sua pontuação total, constatou-se que o domínio capacidade funcional do SF-36 correlacionou-se de forma positiva com os seguintes domínios do FSFI: desejo ( $p=0,008$ ), orgasmo ( $p=0,034$ ) e com a soma ( $p=0,038$ ). O domínio aspectos físicos do SF-36 correlacionou-se positivamente com todos os domínios do FSFI. Em se tratando do domínio dor do SF-36, este correlacionou-se de forma positiva com: desejo ( $p=0,027$ ), lubrificação ( $p=0,016$ ), satisfação ( $p=0,029$ ) e com a soma do FSFI ( $p=0,015$ ). E por fim, o domínio aspectos emocionais do SF-36 correlacionou-se positivamente com o domínio desejo o FSFI ( $p=0,003$ ). (Tabela 9).

**Tabela 9** – Correlação entre os escores obtidos dos questionários SF-36 e FSFI.

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Soma
CF	,332**	0,191	0,215	,268*	0,245	0,192	,262*
p	<b>0,008</b>	0,133	0,091	<b>0,034</b>	0,053	0,132	0,038
AF	,350**	,431**	,389**	,381**	,382**	,314*	,433**
p	<b>0,005</b>	<b>0</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,012</b>	<b>0</b>
Dor	,279*	0,228	,302*	0,21	,274*	0,239	,305*
p	<b>0,027</b>	0,072	<b>0,016</b>	0,099	<b>0,029</b>	0,06	<b>0,015</b>
EG	0,07	0,022	0,044	0,088	0,141	0,014	0,085
p	0,583	0,867	0,732	0,494	0,271	0,913	0,509
Vit.	0,135	0,022	0,062	0,061	0,092	-0,002	0,063
p	0,291	0,865	0,63	0,637	0,472	0,987	0,624
AS	0,139	0,029	0,022	0,053	0,031	0,034	0,031
p	0,277	0,82	0,865	0,678	0,81	0,79	0,807
AE	,372**	0,146	0,12	0,111	0,156	-0,011	0,168
p	<b>0,003</b>	0,255	0,349	0,386	0,222	0,934	0,188
SM	0,064	-0,117	-0,067	-0,2	0,032	-0,163	-0,078
p	0,616	0,362	0,604	0,115	0,805	0,201	0,545

Teste: r<sub>s</sub> de Spearman

Ao correlacionar as dimensões do questionário EHP-30 e os domínios e pontuação total do questionário FSFI, notou-se que a dimensão controle e impotência do EHP-30 correlacionou-se positivamente com o domínio orgasmo do FSFI ( $p=0,009$ ), bem como a dimensão autoimagem apresentou correlação positiva de significância estatística com o mesmo domínio do FSFI ( $p=0,025$ ). (Tabela 10).

**Tabela 10** – Correlação entre os escores obtidos dos questionários EHP-30 e FSFI.

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	Soma
Dor	-0,021	0,065	0,093	0,156	0,027	0,062	0,061
p	0,871	0,613	0,468	0,223	0,834	0,63	0,635
Ctl. Impotência	0,02	0,218	0,244	,329**	0,182	0,121	0,215
p	0,878	0,087	0,054	<b>0,009</b>	0,153	0,346	0,091
Be. Emocional	-0,031	0,11	0,096	0,231	0,094	0,084	0,105
p	0,812	0,392	0,456	0,069	0,463	0,511	0,413
Suporte Social	-0,033	0,104	0,078	0,246	0,044	0,006	0,066
p	0,799	0,415	0,546	0,052	0,731	0,961	0,608
Autoimagem	0,161	0,214	0,182	,283*	0,14	0,11	0,186
p	0,208	0,092	0,153	<b>0,025</b>	0,275	0,391	0,145

Teste: r<sub>s</sub> de Spearman

#### **5.4 Análise e busca por perfil das mulheres com endometrioses**

Com o intuito de identificar subgrupos dentre as mulheres com endometriose profunda, optou-se por realizar uma análise de perfil de destas por meio de agrupamentos ou clusters. Nesse sentido, essa seção subdivide-se em análise de quantidade de grupos, caracterização dos agrupamentos encontrados e, finalmente, a avaliação da importância de cada atributo/domínio para a divisão dos grupos.

Para encontrar a quantidade de eventuais subgrupos, foram utilizados e confrontados diferentes indexes, sendo estes: Teste de silhueta (utilizando a técnica “Two-step cluster”) do SPSS, índice Dunn, índice Davies-Bouldin e índice Calinski-Harabasz.

Após a coleta dos resultados dos índices Dunn, Davies-Bouldin e Calinski-Harabasz, notou-se que todos indicam que um bom valor para o número de clusters é 2 sendo este, portanto, o número de subgrupos (ou perfis) de mulheres presentes nesse conjunto de dados.

Utilizando o método Two-Step-Cluster incluso no SPSS, a medida de silhueta indicou um valor representativo acima de 0,5 ( análise bem sucedida) também para dois clusters.

#### **5.5 Categorização da amostra em clusters**

A partir do conhecimento da quantidade de clusters/subgrupos, foram avaliados os sociodemográficos e características da dor pélvica de cada cluster/grupo com o intuito de inferir sobre o comportamento de cada categoria sobre os dois grupos. A Tabela 11 apresenta os resultados dessa distribuição.

**Tabela 11** – Divisão das mulheres com endometriose em clusters pelos dados sociodemográficos e caracterização da dor pélvica.

		Cluster 1	Cluster 2	p
Mulheres com endometriose		40(63,5%)	23(36,5%)	
Parceiro				0,76
	Não(36)	23(57,50%)	13(59,09%)	
	Sim(27)	17(42,50%)	10(45,45%)	
Paridade				0,068
	Não(39)	21(52,50%)	18(78,26%)	
	Sim(24)	19(47,50%)	5(21,74%)	
Dismenorreia				0,88
	Não(15)	10(25,00%)	5(21,74%)	
	Sim(48)	30(75,00%)	18(78,26%)	
DPC				0,1
	Não(13)	11(27,50%)	2(8,70%)	
	Sim(50)	29(72,50%)	21(91,30%)	
Dispaurenia				0,51
	Não(28)	16(40,00%)	12(52,17%)	
	Sim(35)	24(60,00%)	11(47,8%)	
Disquesia				0,1
	Não(50)	30(75,00%)	20(86,96%)	
	Sim(13)	10(25,00%)	3(13,04%)	

Teste: Mann – Whitney

No cluster 1, foram encontradas no total 40 pacientes e no cluster 2, 23. Entretanto, dentro de cada cluster não há homogeneidade nas características supracitadas que separam esses grupos, já que dentro de um mesmo cluster há mulheres que têm ou não parceiros, têm ou não filhos e assim sucessivamente. Ao estabelecer a separação dos clusters, se faz necessário verificar a importância de cada uma das características de forma independente. Para tal análise utilizou-se o teste de Mann-Whitney, representado na Tabela 11.

Uma vez que para esta análise um valor de p com significância estatística de ser igual ou inferior a 0,05, notou-se que nenhum dos atributos serve com bom critério ou critério de eleição, sendo portanto, insuficientes para a segregação dos clusters.

Em seguida, foram avaliados as dimensões do questionário EHP-30, pois avalia a qualidade de vida de forma específica para pacientes com endometriose e os domínios do questionário FSFI na perspectiva da função sexual, para cada grupo através de estatísticas descritivas. As Tabela 12 e 13 apresentam os resultados dessa distribuição para o cluster 1 (40 mulheres) e 2 (23 mulheres), respectivamente.

**Tabela 12** – Definição do cluster 1 através dos escores das dimensões do questionário EHP-30 e dos domínios do questionário FSFI.

<i>Cluster 1</i>					
	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
DOR	59,69	23,24	65	0	98
Ctl. Impotência	63,02	25,79	71	0	100
BE. Emocional	54,98	24,3	58	4	100
Suporte Social	55,43	27,1	56	0	100
Autoimagem	46,36	28,73	46	0	100
Desejo FSFI	3,04	1,08	3	1,2	6
Excitação FSFI	3,29	1,05	3,3	1,2	5,7
Lubrificação FSFI	4,03	1,44	4,05	1,5	6
Orgasmo FSFI	3,88	0,48	4	2,4	4,8
Satisfação FSFI	4,36	1,43	4,6	0,8	6
Dor FSFI	2,89	0,93	2,8	0	4,4
Soma FSFI	21,49	4,76	21,65	13,2	30,6

**Tabela 13** – Definição do cluster 2 através dos escores das dimensões do questionário EHP-30 e dos domínios do questionário FSFI.

<i>Cluster 2</i>					
	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
DOR	59	24,08	55	0	98
Ctl. Impotência	52,52	25	50	4	100
BE. Emocional	46	21,69	54	0	83
Suporte Social	49,71	27,78	56	0	100
Autoimagem	31,33	27,84	25	0	83
Desejo FSFI	2,09	0,96	1,8	1,2	4,2
Excitação FSFI	0,13	0,29	0	0	0,9
Lubrificação FSFI	0	0	0	0	0
Orgasmo FSFI	0	0	0	0	0
Satisfação FSFI	1,47	0,89	0,8	0,8	3,2
Dor FSFI	0,21	0,69	0	0	2,8
Soma FSFI	3,89	1,88	3,6	2	8,6

Diferente do comportamento do EHP-30, os domínios do FSFI apresentaram uma separabilidade mais significativa entre os grupos 1 e 2, tendo o domínio orgasmo como um dos atributos mais relevantes para a classificação das pacientes com média = 3,88 e dp= 0,48 para o Grupo 1 e média = 0 e dp= 0 para o Grupo 2.

Esse comportamento mais heterogêneo e positivo para a caracterização também é encontrado nos domínios de dor, excitação, lubrificação e satisfação do FSFI. Nesse sentido, do ponto de vista de importância clínica para categorizar uma paciente dentro de um dos grupos, os domínios do FSFI são mais representativos.

Para verificar a importância estatística de forma independente de cada domínio, também aplicou-se o teste de Mann-Whitney onde  $p$  é significativo quando está abaixo de 0,05 como ilustra a Tabela 14.

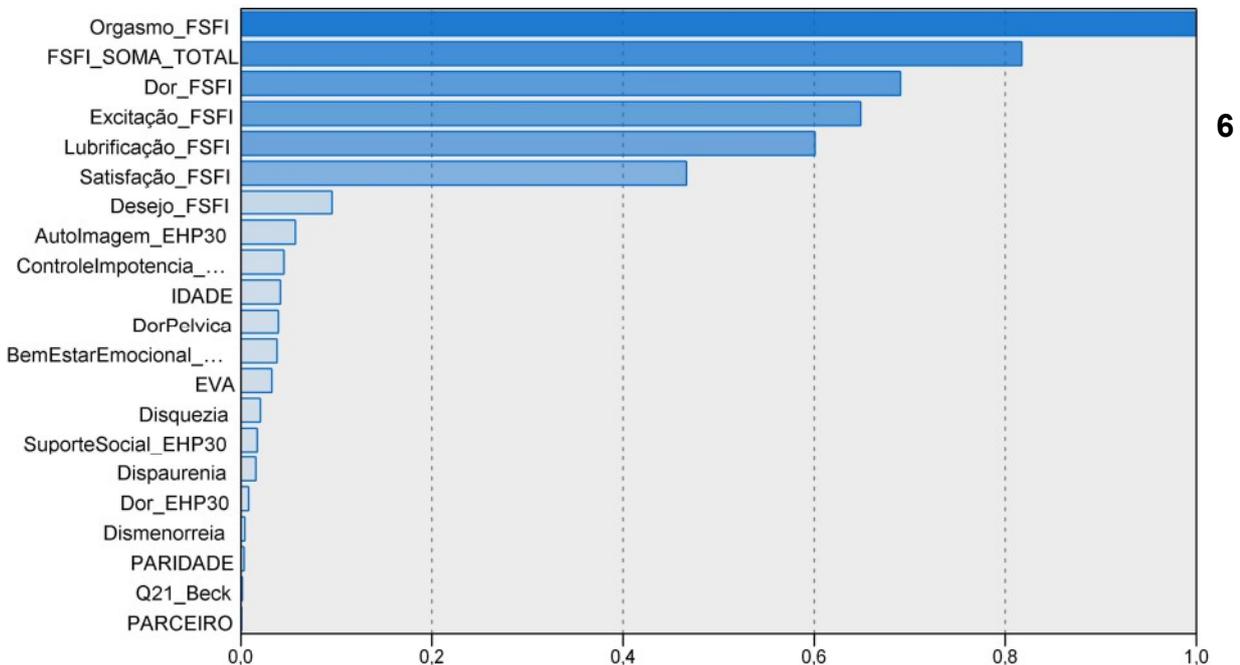
**Tabela 14** – Correlação entre os clusters 1 e 2 através dos escores das dimensões do questionário EHP-30 e dos domínios do questionário FSFI.

Dimensão/domínio	$p$
Dor EHP-30	0,646
Ctl. Impotência	0,076
Be. Emocional	0,206
Suporte Social	0,456
Autoimagem	0,047
Desejo	0,001
Excitação	0
Lubrificação	0
Orgasmo	0
Satisfação	0
Dor FSFI	0
Soma FSFI	0

Teste; Mann – Whitney

Ao comparar os domínios e os respectivos valores de  $p$  nota-se que, com exceção da autoimagem (que é uma dimensão do EHP-30), todos os domínios abaixo de 0,05 fazem parte do FSFI o que corrobora com a análise de que há uma relevância estatística clínica predominante no FSFI frente ao EHP-30 para efeitos de agrupamento da população desse estudo, portanto, sendo mais sugestivo para traçar o perfil de uma mulher com endometriose. Finalmente, a Figura 1 ilustra a importância de todas as variáveis selecionadas no conjunto de dados para os agrupamentos, sejam elas gerais (sociodemográficas ou de dor pélvica) ou de domínios e dimensões dos questionários.

**Figura 1** - Importância das variáveis do estudo como preditores para a separação do grupo de mulheres com endometriose em clusters.



## DISCUSSÃO

A endometriose profunda trouxe impactos negativos significativos a qualidade de vida e a função sexual para as mulheres do presente estudo. A dismenorreia, a dor pélvica crônica e a dispaurenia estiveram presente na maioria destas e corroboraram para o aumento dos prejuízos decorridos da patologia de base.

No presente estudo a média de idade das pacientes foi de 35 anos, tendo a paciente mais nova 20 anos e a com maior idade 50 anos. A mesma média de idade foi encontrada em mulheres com endometriose por Fairbanks et al (2017) ao estudar os riscos de disfunção sexual destas.

Outras pesquisas têm mostrado que essa faixa etária pode ser ainda mais abrangente, com pacientes da menarca a pré-menopausa. De maneira que os sintomas pélvicos podem surgir já após a primeira menstruação e, geralmente, são caracterizados por dismenorréia intensa e sangramentos irregulares (SANTOS, et al, 2012).

Quanto ao grau de escolaridade, no estudo de Friedl et al (2015), com 62 mulheres com endometriose, a maioria destas tinham nível superior completo, diferentemente do perfil apresentado no presente trabalho, uma vez que apenas 3,2% das entrevistadas

tinham esse mesmo grau de formação. O maior percentual encontrado referente ao grau de escolaridade foi o ensino fundamental incompleto (41,3%), o equivalente a nove anos de estudo, nota-se, portanto, um nível de instrução baixo nas mulheres que compõem a amostra do estudo.

Entre as mulheres, 57,3% destas referem não ter parceiros fixos em relações consideradas estáveis. Muitas pesquisas têm mostrado forte interesse em compreender o impacto da endometriose nas relações afetivas dos casais. Ameratunga et al (2017) evidenciou que 92% dos parceiros entrevistados relataram sentimentos negativos frente ao diagnóstico de endometriose de suas parceiras, bem como, relata que houve alteração em vários aspectos na vida do casal, como: cotidiano, vida sexual e financeira.

O estudo mostrou que de um total de 63 pacientes, 62% são nulíparas por infertilidade. Outros trabalhos corroboram com esse achado, nos quais a endometriose aparece como a principal causa nuliparidade em decorrência de infertilidade em mulheres com mais de 25 anos e apontam também que de 30 a 40% das pacientes inférteis, há também algum grau de endometriose associado (BROSENS; BENAGIANO, 2011).

O presente estudo mostra que o fato da mulher ter filhos está associado a uma qualidade de vida (ainda que baixa) mais elevada frente às que não têm filhos. Culturalmente a capacidade reprodutiva é algo importante para a maioria das mulheres, está associada à identidade feminina, bem como a sensação de completude da mulher. O medo de não poder ser mãe, a frustração de não engravidar e o fato de não conseguir realizar esta concepção gera alterações significativas na qualidade de vida da mesma (CLAY, 2006; DA MATTA; MULLER, 2006).

Nas mulheres do estudo, a dor ocupa uma posição relevante na sintomatologia, com EVA média de 8,67, em 79,4% destas apresentava dismenorréia, 76,2% dor pélvica crônica acíclica e em 55,6% a dispareunia profunda também esteve presente. Estas características clínicas isoladas ou combinadas estão presentes na maioria das mulheres com endometriose, a dor pélvica crônica, por exemplo, tem apresentado forte papel na redução da qualidade de vida, bem como a dispareunia está muito associada ao prejuízo na função sexual (VAN AKEN et al., 2017; TRIPOLI et al, 2011).

Ao avaliar a qualidade de vida das mulheres através do SF-36, notou-se que a média dos domínios foi inferior a 50 pontos, exceto para o domínio saúde mental, no qual a média foi de 52,31. Para este questionário, quão mais próximo o valor numérico estiver

de 100, melhor será a qualidade de vida da paciente, logo, sugere-se que estas mulheres têm baixa qualidade de vida. Esse achado corrobora com o encontrado por Petrelluzi et al. (2008) que ao avaliar 93 mulheres com endometriose encontrou uma pontuação superior a 60 somente no domínio capacidade funcional, evidenciando também uma baixa qualidade de vida.

Ao correlacionar os dados clínicos e sociodemográficos das mulheres com questionário SF-36, encontrou-se correlação positiva entre paridade com os seguintes domínios: aspectos físicos, dor, estado geral, vitalidade e aspectos sociais. Notou-se também uma correlação negativa entre a dispaurenia com os seguintes domínios do SF-36: aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

No estudo realizado por Melis et al. (2015) ao avaliar a qualidade de vida com 41 mulheres com endometriose profunda e 40 mulheres sem endometriose e com idade fértil, também evidenciou que as mulheres doentes obtiveram mais dor e escores mais baixos em todos os domínios do SF-36.

Tratando-se do questionário EHP-30, a avaliação dos valores apresenta-se de forma invertida, onde quanto mais próxima a resposta estiver do valor numérico 100, pior será a qualidade de vida. Para tal instrumento as dimensões com pontuação média maior foram dor (60,28), controle e impotência (60,04) e suporte social (54,11). A dimensão autoimagem foi a que apresentou menor média, 41,87.

Ao correlacionar as variáveis clínicas e sociodemográficas com as dimensões do questionário EHP-30, a pontuação da EVA teve correlação positiva estatisticamente significativa com a dimensão controle e impotência do EHP-30.

A saúde mental, convívio social e relações interpessoais das mulheres com endometriose são fortemente afetados. O sofrimento psíquico está associado à endometriose por aspectos físicos (dor pélvica crônica, dispaurenia, entre outros sinais e sintomas) e também por questões psicossomáticas que são potencializadas pelo diagnóstico. Moradi et al (2014) afirma que, geralmente, não há um motivo específico para o sofrimento, e sim, uma série de eventos vinculados à mudança da aparência corporal, perda da autonomia, sexualidade, capacidade laboral, que culminam para a depreciação da qualidade de vida.

Uma pesquisa de abordagem qualitativa com 11 mulheres com endometriose evidenciou um impacto negativo não somente na qualidade de vida atual da mulher, mas também nas perspectivas futuras destas. A dependência de analgésicos, a falta de compreensão dos familiares e da equipe de saúde, a dor durante o ato sexual e a

infertilidade são manifestações citadas constantemente no discurso de todas das mulheres como limitações impostas pela patologia (OLIVEIRA; BRILHANTE; LOURINHO, 2018).

A função sexual das mulheres com endometriose mostrou-se fortemente afetada, neste estudo, inclusive tratando-se do interesse pelo ato. Através do escore total do FSFI, as mulheres do estudo apresentaram uma média de 15,28 pontos (menor que 26), o que caracteriza uma disfunção sexual. Ainda em relação ao comportamento sexual, ao responderem a questão 21 do IDB, 63,49% afirmaram ter redução no interesse pelo sexo, 9,52% relataram estar muito menos interessadas, já 11,12% mencionaram ter perdido completamente o interesse pela atividade sexual.

Houve também uma correlação negativa entre paridade e a questão 21 do IDB. Podendo inferir que a presença de filhos pode está relacionada com um menor interesse por sexo.

Corroborando com estes resultados, Fritzer et al (2013), em um estudo multicêntrico, avaliou através do FSFI, a função sexual de mulheres com endometriose e concluiu que das 125 mulheres, 32% apresentavam disfunção sexual, estas ao serem questionadas sobre o interesse pela vida sexual, 46% afirmaram que a motivação inicial para o ato sexual consistia em satisfazer o parceiro, 75% destas relataram medo antes ou durante a relação sexual e reduziram significativamente a frequência das relações.

Os domínios excitação e dor do questionário FSFI apresentaram correlação positiva significativa com o aspecto idade, de forma a inferir que mulheres com maior idade tiveram uma maior pontuação para excitação, entretanto apresentaram também um maior grau de dor durante a relação sexual. A paridade também estabeleceu correlações positivas com o FSFI, o que pode estar relacionado a tranquilidade da mulher, quando não necessariamente, o ato sexual implica em necessidade de concepção. A dispaurenia correlacionou-se negativamente com os domínios (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação) e soma do FSFI. De forma a entender que, neste estudo, a dispaurenia é capaz de piorar a função sexual da mulher.

A avaliação da função sexual e da sexualidade em pacientes com endometriose é essencial na abordagem terapêutica, visto que este aspecto exerce influência na qualidade de vida. As alterações relacionadas ao comportamento sexual estão inclusas também nos transtornos mentais e são capazes de potencializar o surgimento de outros

distúrbios psíquicos como: ansiedade e depressão, de modo que se faz necessário compreender o papel do sexo e da sexualidade para a paciente, a fim de minorar estes impactos (CARVALHO; CARMO, 2019).

O simples fato de a mulher ter o diagnóstico de endometriose já a coloca em uma situação de predisposição à disfunção sexual. A perda de interesse pela atividade sexual, bem como mudanças nos padrões de excitação, desejo, lubrificação e orgasmo estão presentes em mulheres com endometriose profunda (VERCELLINI, et al, 2012). Estes achados são condizentes com os do presente estudo.

Neste estudo, ao estabelecer os clusters da amostra, os aspectos sexuais foram mais eficazes para categorização das mulheres frente as outras variáveis. Os principais preditores para definição foram: orgasmo, escore total do FSFI, dor, excitação e lubrificação.

A utilização de questionários para o estabelecimento de preditores em endometriose é uma realidade. Visto que, estes podem ser usados para classificação de grupos, como no presente estudo, para a identificação de aspectos relacionados ao prognóstico quanto a qualidade de vida das mulheres após tratamentos (COMPTOUR et al, 2020).

O presente estudo traz como pontos fortes a densidade dos dados, de forma que muitas variáveis permitiram detalhar características das mulheres com endometriose. Bem como a possibilidade de categorizar estas mulheres pela sua função sexual. Algumas das limitações encontradas foram: o número de mulheres da amostra, a variação de idade entre estas, o que pode influenciar nos resultados, tanto na percepção da qualidade de vida, como na função sexual, bem como a dificuldade que algumas mulheres apresentavam para responder aos questionários.

É necessário que novos estudos sejam realizados para aprofundar o impacto da endometriose na vida das mulheres e que novas abordagens holísticas sejam implementadas.

## **7 CONCLUSÕES**

As mulheres do estudo possuem baixo grau de escolaridade, muitas são infertéis, apresentam baixa qualidade de vida e forte prejuízo na função sexual. A DPC, a dismenorreia e a dispaurenia estão presentes na maior parte das mulheres. O questionário FSFI mostrou-se importante na separação da amostra em grupos e foi percebido relação entre a função sexual e a qualidade de vida.

## 8 REFERÊNCIAS

ADAMSON, G.D.; KENNEDY, S. H.; HUMMELSHOJ, L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. **J Endometriosis**. 2010; 2:3-6.

AMERATUNGA, D. et al. Exploring the impact of endometriosis on partners. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v.43, n.6, p. 1048-1053, 2017.

ANDRES, M. P. et al. Endometriosis is an important cause of pelvic pain in adolescence. **Rev Assoc Med Bras**, v. 60, n. 6, p. 560-564, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa - Versão 1.0**. Brasília: CONEP/CNS/MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BROSENS, I; BENAGIANO, G. Endometriosis, a modern syndrome. **The Indian Journal of Medical Research**, v.133, n.6, p.581–593. 2011.

CALIŃSKI, T.; HARABASZ, J. A dendrite method for cluster analysis. *Communications in Statistics-theory and Methods*, **Taylor & Francis**, v. 3, n. 1, p. 1–27, 1974.

CARVALHO, A.P.; CARMO, O. Endometriosis and sexual dysfunction. **Acta Obstet Ginecol Port**, v.13, n.4, p.228-234, 2019.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a lingua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CLAY, A. R. Battling the self-blame of infertility: the frustration of infertility. **Monitor on psychology**, v.37, n.8, p.44-45, 2006.

CLAYTON, A. H. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. **J Sex**

**Med.** 2007;4 Suppl 4:260-8.

COMPTOUR, A. et al. Identification of Predictive Factors in Endometriosis for Improvement in Patient Quality of Life. **J Minim Invasive Gynecol.** v. 27, n.3, p.712-720, 2020.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck** . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DA MATTA, A. Z.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v.7, n.1, p. 57-72, 2006.

DAVIES, D. L.; BOULDIN, D. W. A cluster separation measure. **IEEE transactionson pattern analysis and machine intelligence**, **IEEE**, n. 2, p. 224–227, 1979.

DUNN, J. C. A fuzzy relative of the isodata process and its use in detecting compactwell-separated clusters. **Taylor & Francis**, 1973.

DE GRAFF, A. A. et al. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. **Human reproduction**, v. 31, n. 11, p. 2577-2586, 2016.

EVANGELISTA, A. et al. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. **J Sex Med**, v. 11, p. 140-145, 2014.

FACCHIN, F. et al. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. **Human Reproduction**, p. 1-7, 2017.

FAIRBANKS, F. et al. Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. **Gynecol Endocrinol**, v. 33, n. 7, p. 544-547, 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

FRIEDL, F. et al. Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. **Arch Gynecol Obstet**, v. 292, p. 1393-1399, 2015.

FRITZER, N. et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. **Eur Journal Gynecol Reprod Biol**, v.169, n.2, p.392-396, 2013.

HOGG, S.; VYAS, S. Endometriosis. **Obstet Gynaecol Reprod Med**, v. 25, p. 133-141, 2015.

HUDSON, N. et al. We needed to change the mission statement of our marriage: biographical disruptions, appraisals and revisions among couples living with endometriosis. **Soc Health Illness**, v,38, p, 721-735, 2016.

JIA, S. Z. et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. **J Ovarian Res**, v. 5, p. 29, 2012.

LAGANÀ, A. S. et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. **Int J Womens Health**, v.9, p.323-330, 2017.

LORENÇATTO C, et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 85, n. 1, p. 88-92, 2006.

MARINHO, M. C. P. et al. Quality of life in women with endometriosis: an integrative review. **J Womens Health**, v. 27, n. 3, p. 399-408, 2018.

MARQUI, A. B. T. Evaluation of endometriosis associated pain and influence of conventional treatment: a systematic review. **Rev Assoc Med Bras**, v. 61, n. 6, p. 507-518, 2015.

MELLADO, B. H.; FALCONE, A. C. M.; POLI-NETO, O. B. *et al.* Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. **Int J Gynecol Obstet**, 133:199–201, 2016.

MELIS, I. et al. Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. **Int J Sex Health**, v. 27, p. 175-185, 2015.

MENGARDA, C. V. et al. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulheres com endometrioses (endometriosis health profile questionnaire- EHP-30). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n. 8, p. 384-92, 2008.

MINSON, F. P. et al. Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, p. 11-15, 2012.

MORADI, M. et. al. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. **BMC Womens Health**, v.123, n.14, 2014.

NACÚL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.32, n.6, p. 298-307, 2010.

NNOAHAM KE, HUMMELSHOJ L, WEBSTER P, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertil Steril**, n.96, p. 366-373, 2011.

OLIVEIRA, L. A. F.; BRILHANTE, A. V. M.; LOURINHO, L. A. Relação entre a ocorrência de endometriose e sofrimento psíquico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.4, p.1-6, 2018.

PACAGNELLA, R. C. et al. Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. **Cad Saude Publica**, v. 24, p. 416–26, 2008.

PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do female sexual function index. **Cad. Saúde pública**, 25 (11): 2333-2344, 2009.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, São Paulo, 2012.

PETRELLUZZI, K. F. et al. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. **Stress**, v. 11, p. 390-397, 2008.

PLUCHINO, N. et al. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. **Human Reproduction Update**, p-1-13, 2016.

RECZKOWSKI, R. P. Um olhar sobre as disfunções sexuais da mulher: uma revisão bibliográfica. **Estudos em sexualidade**, v.2, 2020.

SANTOS, T. M. V. et al. Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 39-43, 2012.

SEPULCRI, R. P.; AMARAL, V. F. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 142, p. 53-56, 2009.

SOUZA, C. A. et al. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis: a cross sectional [survey](#). **Health Qual Life**, 9:41–5, 2011.

TRIPOLI, T. M. et al. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. **J Sex Med**, v. 8, p. 497–503, 2011.

VAN AKEN, M. A. W. et al. Pain cognition versus pain intensity in patients with endometriosis: toward personalized treatment. **Fertil Steril**, v. 108, n. 4, p. 679-686, 2017.

VERCELLINI, P. et al. “I can’t get no satisfaction”: deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. **Fertil Steril**, v.98, n.6, p.1503-1511, 2012.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**TÍTULO DA PESQUISA:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** GEÍSA FERREIRA GOMES PEIXOTO

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa que visa avaliar a qualidade de vida de mulheres com endometriose no município de Fortaleza com o intuito de detectar as principais alterações na qualidade de vida e função sexual dessas mulheres e criar estratégias de prevenção e controle dos sintomas, além de permitir a reintegração social e melhor planejamento terapêutico.

- 1 **PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Para participar, você terá que responder algumas perguntas sobre a história clínica, além da sua relação com a qualidade de vida. Lembramos que a sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as avaliações, sem nenhum prejuízo para você.
- 2 **RISCOS E DESCONFORTOS:** O exame ginecológico e a aplicação de questionários de qualidade de vida poderão trazer algum grau de desconforto físico ou mental, além da disponibilidade do seu tempo. Faremos essas avaliações de maneira prática e confortável, garantindo sua privacidade, otimizando o tempo e respeitando seus limites.
- 3 **BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de entender melhor as características das mulheres cearenses com endometriose, determinando quais aspectos são mais afetados no seu cotidiano.

- 4 FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhada para um especialista dentro da sua instituição, ou para outro serviço se for necessário.
- 5 CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que a Sra. nos fornecer ou que sejam conseguidas por exames serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados ficarão em segredo, e seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nem quando os resultados forem apresentados.
- 6 ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Geísa Ferreira Gomes Peixoto

Telefone para contato do pesquisador: (85) 99934-7135;

- 7 RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso a Sra. aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.
- 8 CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se a Sra. estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B - FICHA DE AVALIAÇÃO PADRONIZADA DO SERVIÇO DE DPC E ENDOMETRIOSE****FICHA DE ATENDIMENTO - Primeiro atendimento - DOR PÉLVICA CRÔNICA/  
ENDOMETRIOSE**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

-

Profissão: \_\_\_\_\_ Anos de Estudo: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

Queixa principal:

HDA: \_\_\_\_\_

**PERGUNTAS DIRIGIDAS (circular os presentes)**

Escala da dor :

**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**

( )

(Leve - 0 - 1 - 2) :)

(Moderada - 3 - 4 - 5 - 6 - 7) :!

(Intensa - 8 - 9 - 10) :(

12. Dismenorreia primária ( )

13. Dismenorreia progressiva ( )

14. DPC acíclica ( )

15. Dismenorreia secundária ( )

16. Afastamento de Atividades de trabalho nos últimos 6 meses ( )

17. Afastamento das atividades sociais nos últimos 6 meses ( )
18. Procurou atendimento médico em PA para alívio da dor
19. Há quanto tempo tem DPC?
20. Localização da dor: ( ) 1- Difusa 2- FIE 3- FID 4. Hipogastro 5. Vaginal
21. Irradiação da dor:
- ( ) 1- Lombar 2- Face interna da coxa 3- Glúteo 4- Face posterior da coxa 5- Genitália 6- Perianal
22. Parestesia ( )
23. Dispareunia superficial ( )
24. Dispareunia profunda ( )
25. Vaginismo ( )
26. Sinusiorragia ( )
27. Infertilidade ( )
28. Sangramento uterino anormal ( )

---

## SINTOMAS INTESTINAIS

1- CÍCLICO

2- ACÍCLICO

3- NÃO

29. Disquezia ( )

30. Sangramento intestinal ( )

31. Constipação ( )

32. Diarréia ( )

33. Tenesmo ( )

#### SINTOMAS URINÁRIOS

34. Disúria ( )

35. Hematúria ( )

36. Dor suprapúbica ( )

37. Dor ao enchimento vesical ( )

38. Sensação de esvaziamento incompleto ( )

39. Urgência ( )

---

#### HISTÓRIA GINECO OBSTÉTRICA

40. DUM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

41. Tem atividade sexual? ( ) 0 – Não 1- Sim

42. Tempo sem relação sexual: \_\_\_\_\_ meses

43. Parou por causa da dor? 0 – Não 1- Sim

44. Menarca:

45: Sexarca :

46. Ciclos menstruais: 0 – regular 1- irregular

47. menopausa ( ) 0 – Não 1- Sim 2- Não dá para saber (histerectomizada) SE SIM TEMPO? :

48. G: P: A: Partos vaginais: Partos fórceps: Partos cesarianos:

49. Uso de ACO nos últimos 6 meses (qual, quando e quanto tempo):

50. Uso de progestágeno nos últimos 6 meses (qual, quando e quanto tempo):

51. Uso de Zoladex (quando e quanto tempo):

52. Citologia Oncótica:

53. Antecedentes Clínicos:

54. Medicações em uso:

55. Antecedentes Cirúrgicos:

56. Antecedentes Ginecológicos:( )

0- Nenhum 1- Endometriose 2- Miomas 3- Câncer ginecológico 4..Adenomiose: 5. Pólipo

6. Outro:

57. Você tem história familiar PRIMEIRO GRAU de endometriose? ( ) 0- Não 1- Sim 2- NÃO SABE

58. Fumante: ( ) 0- Nunca fumou 1- Fumou no passado 2- Fuma atualmente

---

## EXAME FÍSICO

59. Abdome: (Assinalar os pontos dolorosos):

60. Sinal de Carnnet: ( ) 0- Não 1- Sim

61. Vulva E VAGINA: ( ) 0- Normal 1- Atrófica

62. Toque Vaginal:

0. NORMAL ( )

1. Bloqueio em FSD ( )

2. Espessamento em uterossacro D ( )

3. Espessamento em uterossacro E ( )

4. Útero pouca mobilidade ( )

5. Dor à mobilização do colo ( )

6. Nodulações/ espessamento em FSP ( )

7. Nodulações/espessamento em FSA ( )

8. Pontos dolorosos em gatilho (Obturador D e E, Coccigeo D e E, Colo vesical, Região perineal,

DIFUSO) ( )

9. Vaginismo ( )

63. Toque retal:

0. NORMAL ( )

1. Espessamento em parede anterior do reto( )

2. Nodulação ( )

3.Pontos dolorosos ( )

10. Anexos aumentados ( )

---

## EXAMES COMPLEMENTARES

### 64. USG COM MAPEAMENTO

ALTERAÇÃO: 1 - SIM 2- NÃO - DESCRIÇÃO

Canal anal ( )

Espessamento septo retovaginal ( )

Nodulação septoretovaginal ( )

Fórnice vaginal anterior ( )

Fórnice vaginal posterior ( )

Colo uterino ( )

Fundo de saco posterior livre ( )

Serosa retro cervical ( )

Recesso retouterino ( )

Ligamento uterossacro direito ( )

Ligamento uterossacro esquerdo ( )

Útero rvf ( )

Textura uterina miometrial heterogenea ( )

Utero móvel ( )

Adenomiose ( )

Ligamento redondo ( )

Endometrio regular ( )

Ovario direito fixo ( )

Ovario d com pontos hiperecogenicos ( )

Cisto espesso direito ( )

Trompa direita normal ( )

Ovario esquerdo fixo ( )

Ovario esq com pontos hiperecogenicos ( )

Cisto espesso esq ( )

Trompa esq normal ( )

Nodulação em bexiga ( )

Recesso vesicovaginal alterado ( )

Ureteres normais ( )

Lesão retal ( )

Quantos % \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_\_

Distância borda anal \_\_\_\_\_

Serosa

Muscular externa

Muscular interna

Submucosa

Mucosa

Lesão sigmoide ( )            Quantos % \_\_\_\_\_ Tamanho \_\_\_\_\_

Distância borda anal \_\_\_\_\_

Serosa

Muscular externa

Muscular interna

Submucosa

Mucosa

Lesão apêndice ( )

Lesão cecal ( )

65. US 3D ENDOANAL

ALTERAÇÃO: 1 - SIM 2- NÃO - DESCRIÇÃO

Nódulo retal ( )

Nódulo sigmoide ( )

Altura ( )

Profundidade ( )

Porcentagem da alça ( )

Gordura periretal ( )

Aderencia ( )

66. Ca-125 :

67. Outros: \_\_\_\_\_

## CONDUTA

68. Hipótese Diagnóstica:

69. tratamento clínico hormonal ( )                      0 – Não 1- Sim Qual?

70. tratamento clínico não-hormonal ( )                      0 – Não 1- Sim qual?

70. Tratamento cirúrgico ( )                      0 – Não 1- Sim

71. Ambulatório da dor ( )                      0–Não 1-Sim 72. Acupuntura 0–Não 1-Sim

73. Aplicação anestésica ( )                      0– Não 1-Sim

74. CONDUTA:

## Anexo A - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
<b>a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.</b>	1	2	3
<b>b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.</b>	1	2	3
<b>c) Levantar ou carregar mantimentos</b>	1	2	3
<b>d) Subir vários lances de escada</b>	1	2	3
<b>e) Subir um lance de escada</b>	1	2	3
<b>f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se</b>	1	2	3
<b>g) Andar mais de 1 quilômetro</b>	1	2	3
<b>h) Andar vários quarteirões</b>	1	2	3
<b>i) Andar um quarteirão</b>	1	2	3
<b>j) Tomar banho ou vestir-se</b>	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
<b>a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?</b>	1	2
<b>b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?</b>	1	2
<b>c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.</b>	1	2
<b>d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).</b>	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
<b>a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?</b>	1	2
<b>b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?</b>	1	2
<b>c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.</b>	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

<b>Nenhuma</b>	<b>Muito leve</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>	<b>Muito grave</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

<b>De maneira alguma</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Uma boa parte do tempo</b>	<b>Algum a parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nunca</b>
<b>a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?</b>	1	2	3	4	5	6
<b>i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?</b>	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
-------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

#### Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose

- Este questionário foi desenvolvido para medir o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida da mulher.
- Por favor responda todas as questões
- Nós sabemos que você pode ter endometriose há algum tempo. Nós também entendemos que como você se sente agora pode ser diferente de como você se sentia no passado. Entretanto, você poderia, por favor, responder as questões somente em relação ao efeito que a endometriose tem tido em sua vida durante as últimas 4 semanas.
- Não há respostas corretas ou erradas, então selecione a opção que melhor represente seus sentimentos e experiências.
- Devido à natureza pessoal de algumas questões, entenda que você não tem de responder qualquer questão se você preferir que não.
- A informação e as respostas que você dará serão consideradas extremamente confidenciais.
- Se você tiver qualquer problema ou precisar de qualquer ajuda para completar este questionário por favor pergunte que ficaremos satisfeitos em lhe ajudar.

Anexo B  
Health

– Endometriosis  
Profile (EHP-30)

#### Parte 1: Questionário Central

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência devido a endometriose você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
2. Foi incapaz de fazer os serviços domésticos devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Achou difícil ficar em pé devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
4. Achou difícil sentar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
5. Achou difícil caminhar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
6. Achou difícil se exercitar ou fazer atividades de lazer que você gosta devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
7. Ficou sem apetite ou ficou incapaz de comer devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
8. Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9. Teve que ir para cama ou deitar-se devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
10. Foi incapaz de fazer as coisas que você queria devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
11. Sentiu-se incapaz de lidar com a dor?	<input type="checkbox"/>				
12. Sentiu-se mal de maneira geral?	<input type="checkbox"/>				
13. Sentiu-se frustrada por que seus sintomas não estão melhorando?	<input type="checkbox"/>				
14. Sentiu-se frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
15. Sentiu-se incapaz de esquecer os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
16. Sentiu como se os seus sintomas estivessem controlando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
18. Sentiu-se deprimida?	<input type="checkbox"/>				
19. Sentiu-se chorosa ou com vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>				
20. Sentiu-se muito infeliz?	<input type="checkbox"/>				
21. Teve mudanças de humor?	<input type="checkbox"/>				
22. Sentiu-se mau-humorada ou irritou-se facilmente?	<input type="checkbox"/>				
23. Sentiu-se violenta ou agressiva?	<input type="checkbox"/>				
24. Sentiu-se incapaz de falar com as pessoas sobre como está se sentindo?	<input type="checkbox"/>				
25. Sentiu que os outros não entendem o que você está passando?	<input type="checkbox"/>				
26. Sentiu que as outras pessoas acham que você está reclamando demais?	<input type="checkbox"/>				
27. Sentiu-se sozinha?	<input type="checkbox"/>				
28. Sentiu-se frustrada por nem sempre poder usar roupas que gostaria?	<input type="checkbox"/>				
29. Sentiu que sua aparência foi afetada?	<input type="checkbox"/>				
30. Perdeu a auto-confiança?	<input type="checkbox"/>				

**Seção C:** Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose nas suas relações sexuais. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se isso não for importante marque aqui

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dor durante ou depois das relações sexuais?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se preocupada em ter relações sexuais devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Evitou ter relações sexuais devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu-se culpada em não querer ter relações sexuais?	<input type="checkbox"/>				
5. Sentiu-se frustrada por não ter prazer nas relações sexuais?	<input type="checkbox"/>				

**Seção D:** Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação aos seus médicos. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu que o(s) seu(s) médico(s) não está(estão) fazendo nada por você?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu que o seu médico acha que suas queixas são coisas da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se frustrada com a falta de conhecimento do seu médico sobre endometriose?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu como se você estivesse gastando o tempo do seu médico?	<input type="checkbox"/>				

**Seção E:** Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação ao seu tratamento - qualquer cirurgia ou remédio que você usa ou usou para a endometriose. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se frustrada porque seu tratamento não está funcionando?	<input type="checkbox"/>				
2. Achou difícil lidar com os efeitos adversos do tratamento?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se aborrecida por causa da quantidade de tratamento que você tem que usar?	<input type="checkbox"/>				

**Seção F:** Estas perguntas se referem aos seus sentimentos sobre quaisquer dificuldades que você possa ter para engravidar. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se preocupada com a possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapacitada pela possibilidade de não ter ou não poder ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se deprimida pela possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu que a possibilidade de não poder engravidar tornou-se um fardo nos seus relacionamentos?	<input type="checkbox"/>				

## Anexo C – Female sexual function index (FSFI)

INICIAIS:

PCTE Nº:

DATA:

### INSTRUÇÕES

Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível.

#### ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Para responder as questões use as seguintes definições:

- Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta” / “siririca”) e ato sexual.
- Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.
- Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).
- Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.
- Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação (sentir-se molhada/ “vagina molhada” / “tesão vaginal”), ou contrações musculares

### PERGUNTAS

PERGUNTAS	OPÇÕES DE RESPOSTA E PONTUAÇÃO
1- Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?	5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?	5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum
3- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Segurança muito alta 4 = Segurança alta 3 = Segurança moderada 2 = Segurança baixa 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança
6- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
7- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a vagina "molhada") durante a atividade sexual ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a vagina "molhada") durante o ato sexual ou atividades sexuais?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a vagina "molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Quase sempre ou sempre 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo) 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo) 1 = Quase nunca ou nunca
10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (vagina "molhada") até o final da atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo ("gozou")?	0 = Sem atividade sexual. 1 = Quase sempre ou sempre. 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).

	3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
	4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5 = Quase nunca ou nunca
12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo "(clímax/ "gozou")"?	0 = Sem atividade sexual 1 = Extremamente difícil ou impossível 2 = Muito difícil 3 = Difícil 4 = Ligeiramente difícil 5 = Nada difícil
13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo ("gozar") durante atividade ou ato sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?	0 = Sem atividade sexual 5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?	5 = Muito satisfeita 4 = Moderadamente satisfeita 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 1 = Muito insatisfeita
17- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre. 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo). 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo). 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5 = Quase nunca ou nunca
18- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 1 = Quase sempre ou sempre. 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo).

	3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo).
	4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo). 5 = Quase nunca ou nunca
19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?	0 = Não tentei ter relação 5 = Muito alto 4 = Alto 3 = Moderado 2 = Baixo 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

DOMINIO	QUESTÕES	FATOR DE MULTIPLICAÇÃO
DESEJO	1,2	0,6
EXCITAÇÃO	3,4,5,6	0,3
LUBRIFICAÇÃO	7,8,9,10	0,3
ORGASMO	11,12,13	0,4
SATISFAÇÃO	14,15,16	0,4
DOR	17,18,19	0,4

## Anexo D- Índice de depressão de Beck (IDB)

### QUESTIONÁRIO DE BECK

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não me sinto triste</li> <li>1 Eu me sinto triste</li> <li>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</li> <li>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</li> </ul>	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</li> <li>1 Estou decepcionado comigo mesmo</li> <li>2 Estou enojado de mim</li> <li>3 Eu me odeio</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</li> <li>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</li> <li>2 Acho que nada tenho a esperar</li> <li>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</li> </ul>	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</li> <li>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</li> <li>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</li> <li>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não me sinto um fracasso</li> <li>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</li> <li>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</li> <li>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</li> </ul>	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</li> <li>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</li> <li>2 Gostaria de me matar</li> <li>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</li> <li>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</li> <li>2 Não encontro um prazer real em mais nada</li> <li>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</li> </ul>	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não choro mais que o habitual</li> <li>1 Choro mais agora do que costumava</li> <li>2 Agora, choro o tempo todo</li> <li>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não me sinto especialmente culpado</li> <li>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</li> <li>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</li> <li>3 Eu me sinto sempre culpado</li> </ul>	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</li> <li>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</li> <li>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</li> <li>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não acho que esteja sendo punido</li> <li>1 Acho que posso ser punido</li> <li>2 Creio que vou ser punido</li> <li>3 Acho que estou sendo punido</li> </ul>	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</li> <li>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</li> <li>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</li> <li>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</li> </ul>

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual
	1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões		1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

## Anexo E - Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA E ENDOMETRIOSE.

**Pesquisador:** manuela cavalcante portela marinho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 52159515.5.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.387.693

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres com diagnóstico de endometriose e dor pélvica crônica, no município de Fortaleza. Método - A pesquisa será desenvolvida no Serviço de Ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período de janeiro de 2016 a agosto de 2016. Os dados serão coletados pela equipe multidisciplinar de Ginecologia, formada por médicos e enfermeiras. Esse estudo contará com a participação de mulheres atendidas no serviço de Ginecologia da MEAC que possuem o diagnóstico de endometriose e dor pélvica crônica. Serão incluídas mulheres com diagnóstico de endometriose e de dor pélvica crônica, que concordarem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Serão utilizados para coleta dos dados: - Ficha Médica do Serviço de Ginecologia – MEAC e para avaliação da Qualidade de Vida Geral, serão utilizados o questionário SF-36 e o EHP-30.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida (QV) das mulheres com endometriose e dor pélvica crônica através dos questionários de qualidade de vida geral, SF-36, e específico EHP-30.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

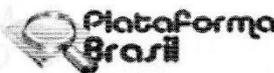
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.387.693

Analisar a relação entre dados clínicos e demográficos com a pontuação dos questionários de qualidade de vida das mulheres com endometriose e dor pélvica crônica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos, referentes a possíveis constrangimentos durante a entrevista. Os benefícios são amplos, favorecendo informações sobre a qualidade de vida nesse grupo de mulheres

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delineada, com instrumentos bem descritos e objetivos claros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão apresentados. No entanto, no TCLE não há o contato do CEP-MEAC

**Recomendações:**

Aprovação após ajuste no TCLE

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ajustar TCLE

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado concorda com o relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621368.pdf	24/12/2015 17:35:47		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	24/12/2015 17:35:17	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Outros	TERMODECIENCIA.pdf	24/12/2015 17:29:22	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	24/12/2015 17:26:58	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOPESQUISADORES.pdf	24/12/2015 17:21:57	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	24/12/2015 17:17:14	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradomanuelaparaplataforma brasil.docx	24/11/2015 00:19:54	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Cronograma	novembro.docx	24/11/2015 00:19:32	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
TCLE / Termos de	ANEXO1TCLE.docx	24/11/2015	manuela cavalcante	Aceito

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

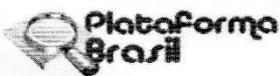
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS  
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.387.693

Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO1TCLE.docx	00:14:46	portela marinho	Aceito
--	-----------------	----------	-----------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 13 de Janeiro de 2016

Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** meloventura@uol.com.br