



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

MANUELA CAVALCANTE PORTELA MARINHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SUA CORRELAÇÃO COM FUNÇÃO
SEXUAL, DOR E DEPRESSÃO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE:
ESTUDO CASO-CONTROLE**

FORTALEZA - CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

M291a Marinho, Manuela Cavalcante Portela.

Avaliação da qualidade de vida e sua correlação com função sexual, dor e depressão em mulheres com endometriose : estudo caso-controle / Manuela Cavalcante Portela Marinho. – 2018.

64 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra.

Coorientação: Profa. Ma. Kathiane Lustosa Augusto.

1. Endometriose. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Função sexual. 5. Dor. I. Título.

CDD 617

MANUELA CAVALCANTE PORTELA MARINHO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SUA CORRELAÇÃO COM
FUNÇÃO SEXUAL, DOR E DEPRESSÃO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE:
ESTUDO CASO-CONTROLE

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: Metabolismo e comportamento biocelular no estresse.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra.

Coorientadora: Ma. Kathiane Lustosa Augusto.

FORTALEZA - CEARÁ

2018

MANUELA CAVALCANTE PORTELA MARINHO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SUA CORRELAÇÃO COM
FUNÇÃO SEXUAL, DOR E DEPRESSÃO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE:
ESTUDO CASO-CONTROLE

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: Metabolismo e comportamento biocelular no estresse.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

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

Dr. Luiz Flávio Cordeiro Fernandes
Universidade de São Paulo (USP)

Dra. Aline Veras Morais Brilhante
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A Deus, pelo dom da vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Liana e Paulo, pela oportunidade de frequentar boas escolas, de estudar fora da minha cidade enriquecendo-me como ser humano e sabendo valorizar cada oportunidade e cada aprendizado que me foi dado. Em especial à minha mãe, que além de ser uma fonte de inspiração, é minha melhor amiga.

Ao meu esposo, Daniel Marinho, pelo apoio e compreensão na minha ausência, pela sua ajuda sempre que precisei, pelo seu carinho e amor.

À minha madrinha, Sheila Rabelo, com quem sempre pude contar em relação a criação do meu filho, em especial nesse período em que fiquei mais ausente.

Ao meu filho, Rodrigo, minha razão de viver e de buscar sempre ser uma pessoa melhor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra, pela sua confiança, pelo seu estímulo, por acreditar em mim e no meu trabalho, pelas palavras de apoio ao longo dos anos de trabalho, por não me deixar desistir apesar das dificuldades, pela oportunidade de fazer parte de uma pesquisa tão importante. Serei eternamente grata pelas orientações e pela oportunidade que me foi dada.

À minha coorientadora e querida amiga, Ms. Kathiane Lustosa, pela ajuda e disponibilidade, tão essencial para o andamento do projeto e finalização da dissertação. Serei eternamente grata por sempre me incentivar a crescer e pela sua amizade.

Às participantes da banca examinadora, Dra. Andreisa Paiva e Dra. Aline Veras, pela disponibilidade e pelas valiosas colaborações e sugestões. São grandes exemplos de profissionais e também grandes amigas.

Aos acadêmicos do grupo de pesquisa em endometriose, pela disponibilidade e ajuda na coleta de dados.

À amiga Geísa, pela grande ajuda na coleta dos dados, e pela disponibilidade, tão essencial.

Ao estatístico Brasil, pela paciência e disponibilidade.

RESUMO

Introdução: A endometriose é uma doença crônica que afeta mulheres em idade reprodutiva, cujas apresentações clássicas incluem dor pélvica crônica e infertilidade, condições que podem prejudicar significativamente o bem-estar físico, mental e social; causando estresse psicológico, baixa autoestima e depressão, o que reduz a qualidade de vida dessas pacientes. **Objetivo:** Avaliar o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida, correlacionando com a função sexual e a ocorrência de sintomas álgicos e de depressão em mulheres acometidas pela doença. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, exploratório, de base hospitalar, do tipo caso-controle, envolvendo mulheres com e sem endometriose, desenvolvido no ambulatório de dor pélvica crônica (DPC) e endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados os questionários *Short Form Health Survey (SF-36)*, *Female Sexual Function Index (FSFI)*, inventário de depressão de Beck (IDB) e de dor (Mc Gill), além da ficha de avaliação padronizada do serviço de DPC e endometriose, que inclui a Escala visual analógica (EVA). **Resultados:** Na avaliação da qualidade de vida geral, utilizando o SF-36, foi encontrado diferenças estatisticamente significativas em todos os 8 domínios do questionário, mostrando uma pior qualidade de vida nas mulheres com endometriose. A piora da qualidade de vida de acordo com a pontuação do SF-36 apresentou uma correlação diretamente proporcional a menores pontuações dos questionários de função sexual, maiores pontuações do questionário de depressão e da escala multidimensional de dor. **Conclusão:** Mulheres com endometriose apresentam uma maior deterioração na QV quando comparadas às mulheres sem endometriose. O impacto da endometriose na QV está associado a uma maior disfunção sexual, maior grau de depressão e a um maior impacto em alguns componentes relacionados a dor.

Palavras-chave: Endometriose. Qualidade de vida. Depressão. Função sexual. Dor.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a chronic disease that affects women of reproductive age, whose classic presentations include chronic pelvic pain and infertility, which can significantly impair physical, mental and social well-being; causing psychological stress, low self-esteem and depression, which reduces the quality of life of these patients. **Objective:** To evaluate the effect of endometriosis on quality of life, correlating with sexual function and the occurrence of pain and depression symptoms in women affected by the disease. **Methods:** This is an observational, exploratory, hospital-based, case-control study involving women with and without endometriosis, developed at the Chronic Pelvic Pain (CPP) Clinic and Endometriosis at the Assis Chateaubriand Maternity School (ACMS). The data were collected using the Short Form Health Survey (SF-36), the Female Sexual Function Index (FSFI), the Beck inventory (BI) and pain questionnaire (McGill), as well as the standardized evaluation form of the CPP and endometriosis service, which includes the Visual Analogue Scale (VAS). **Results:** In the evaluation of the general quality of life using the SF-36, statistically significant differences were found in all 8 domains of the questionnaire, showing a worse quality of life in women with endometriosis. The worsening of the quality of life according to the SF-36 score presented a correlation directly proportional to lower scores of the sexual function questionnaire, higher scores of the depression questionnaire and the multidimensional pain scale. **Conclusion:** Women with endometriosis present a greater deterioration in QoL when compared to women without endometriosis. The impact of endometriosis on QoL is associated with increased sexual dysfunction, a greater degree of depression and a greater impact on some components related to pain.

Key words: Endometriosis. Quality of life. Depression. Sexual function. Pain.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Escala visual analógica	23
Tabela 1	– Características sociodemográficas de mulheres com e sem endometriose. Fortaleza, 2017 (n=76).....	27
Tabela 2	– Comparação da qualidade de vida geral (SF-36) entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.	28
Tabela 3	– Comparação dos escores do FSFI entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.....	28
Tabela 4	– Comparação da pontuação de Beck entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.....	29
Gráfico 1	– Correlação entre o domínio limitação por aspectos físicos do SF-36 e os domínios do FSFI. Fortaleza, 2017.....	30
Gráfico 2	– Correlação entre a pontuação de Beck e os domínios do SF-36. Fortaleza, 2017.....	30
Gráfico 3	– Correlação entre o domínio vitalidade do SF-36 e os componentes do questionário Mc Gill. Fortaleza, 2017.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASRM	<i>American Society for Reproductive Medicine</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio padrão
DPC	Dor pélvica crônica
EVA	Escala visual analógica
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
IDB	Inventário de depressão de Beck
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Short Form Health Survey - 36</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Endometriose e qualidade de vida.....	13
1.2	Endometriose e função sexual.....	14
1.3	Endometriose e depressão.....	15
1.4	Endometriose e dor	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo geral.....	18
2.2	Objetivos específicos.....	18
3	MÉTODOS	19
3.1	Desenho do estudo	19
3.2	Contexto	19
3.2.1	<i>Local</i>.....	19
3.2.2	<i>Coleta de dados</i>.....	19
3.3	Participantes	19
3.3.1	<i>Crítérios de inclusão no grupo caso</i>	20
3.3.2	<i>Crítérios de não-inclusão no grupo caso</i>.....	21
3.3.3	<i>Crítérios de inclusão no grupo controle</i>.....	21
3.3.4	<i>Crítérios de não-inclusão no grupo controle</i>.....	21
3.4	Variáveis.....	22
3.5	Fontes de dados/mensuração	22
3.5.1	<i>Instrumentos de coleta de dados</i>.....	22
3.5.1.1	<i>Escala Visual Analógica (EVA)</i>.....	22
3.5.1.2	<i>Questionário de Qualidade de Vida Geral –SF 36</i>.....	23
3.5.1.3	<i>Questionário de função sexual (FSFI)</i>	23
3.5.1.4	<i>Inventário de depressão de Beck (IDB)</i>.....	24
3.5.1.5	<i>Questionário de dor (Mc Gill)</i>.....	25
3.6	Cálculo amostral.....	25
3.7	Processamento e análise dos dados	26
3.8	Situação ética	26
4	RESULTADOS	27
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO	38

REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
APÊNDICE B - FICHA DE AVALIAÇÃO PADRONIZADA DO SERVIÇO DE DPC E ENDOMETRIOSE.....	45
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36	52
ANEXO B - <i>FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX</i> (FSFI)	55
ANEXO C - ÍNDICE DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB).....	59
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE DOR MC GILL.....	61
ANEXO E - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	62

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina, geralmente afetando mulheres em idade reprodutiva, incluindo o período da adolescência (ANDRES et al., 2014; MARQUI, 2015). Uma vez que o diagnóstico definitivo é geralmente feito por laparoscopia, o diagnóstico precoce pode ser difícil, especialmente se as lesões são profundas ou não podem ser observadas; portanto, a prevalência exata na população em geral permanece desconhecida (NNOAHAM et al., 2011). Estima-se que atinja 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva e 30 a 50% das mulheres inférteis, representando cerca de 176 milhões de mulheres afetadas mundialmente (ADAMSON; KENNEDY; HUMMELSHOJ, 2010; ANDRES et al, 2014; HOGG; VYAS, 2015). Além disso, os custos relacionados à endometriose são significativos e causam uma sobrecarga econômica comparável a outras condições crônicas, como diabetes, doença de crohn e artrite reumatóide (JIA et al., 2012).

O estadiamento mais comumente usado para a doença é o estabelecido pela *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) que, levando em consideração o tamanho, a profundidade, a localização dos implantes endometrióticos e a gravidade das aderências, classifica a endometriose em quatro estágios: estágio 1 (doença mínima), estágio 2 (doença leve), estágio 3 (doença moderada) e estágio 4 (doença grave) (ASRM, 1997).

Várias podem ser as causas para o atraso no diagnóstico da doença, dentre elas o fato dos sintomas e complicações não serem específicos da endometriose, podendo ser sinais de outras condições ginecológicas ou não ginecológicas, como aderências pélvicas, doença inflamatória pélvica, doenças geniturinárias, distúrbios intestinais, congestão pélvica e varizes pélvicas. Outro fator que pode contribuir com a demora no diagnóstico é a atitude de se considerar a dor durante o período menstrual como uma situação normal, além de que essas pacientes não são bem compreendidas por seus familiares, médicos, colegas de trabalho e amigos, que subestimam seus sintomas retardando a procura por assistência médica especializada (ADAMSON; KENNEDY; HUMMELSHOJ, 2010; SANTOS et al., 2012).

As apresentações clássicas da endometriose incluem dor pélvica, que envolve dispareunia profunda, dismenorreia e dor não cíclica; infertilidade; e disfunções urinárias e defecatórias (MARINHO et al., 2018). Os sintomas de dor são

tão intensos que podem prejudicar significativamente o bem-estar físico, mental e social; e a própria infertilidade pode causar estresse psicológico, baixa autoestima e depressão (JIA et al., 2012). Esses fatores, isolados ou combinados, reduzem a qualidade de vida (QV) dessas pacientes (FACCHIN et al., 2017; MARQUI, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, QV é definida como uma construção multidimensional da percepção individual da posição de alguém na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SEIDL; ZANNON, 2004). É afetado de forma complexa pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças e sua relação com características salientes de seu ambiente (JIA et al., 2012).

Para mensuração dos aspectos gerais da qualidade de vida, existem alguns questionários que apresentam enfoque geral na saúde da mulher: entre eles está o *Short Form Health Survey* (SF-36). Esses questionários de QV podem ser usados para avaliar diferentes populações e para comparar diferentes doenças (HAYLEN et al., 2010). O SF-36, um questionário para QV, consiste em 36 itens em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral da saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; e saúde mental (WARE JR; SHERBOURNE, 1992). Foi validado em mulheres com endometriose e é uma ferramenta útil para a avaliação da QV de tais pacientes durante o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. As pontuações variam de 0 a 100, com pontuações mais altas indicando melhor QV (LAAS et al., 2015).

Entende-se que a endometriose deteriora vários domínios na vida das mulheres, incluindo atividades diárias, relações sociais, planejamento familiar e produtividade no trabalho, planos para o futuro, bem-estar psicológico, entre outros (FACCHIN et al., 2017; FAIRBANKS et al., 2017; SEPULCRI, AMARAL, 2009). Apesar da influência da endometriose na vida das mulheres, as relações específicas de causa e efeito entre os sintomas e as áreas afetadas permanece obscura (ADAMSON; KENNEDY; HUMMELSHOJ, 2010; JIA et al., 2012).

Há evidências de que as pacientes com endometriose, independente do estágio, apresentem algum grau de disfunção sexual (EVANGELISTA et al., 2014), além de uma maior susceptibilidade a desordens mentais e portanto, um aumento da incidência de depressão e ansiedade (FAIRBANKS et al., 2017).

1.1 Endometriose e qualidade de vida

Estudos já existentes evidenciam o impacto da endometriose na QV, como por exemplo o de Lovkvist et al. (2016), que, usando o SF-36 em 431 pacientes de diferentes faixas etárias, compararam seus resultados com dados da população feminina geral. As mulheres com endometriose apresentaram escores do SF-36 significativamente menor que a população em geral, especialmente nos domínios da vitalidade, aspecto físico e saúde geral. As mulheres mais jovens (menores de 30 anos) com endometriose relataram mais problemas relacionados a doença que pacientes acima de 40 anos, mostrando pontuação significativamente menor nos domínios físico, social, emocional e de saúde mental. QV foi afetada negativamente pelo número de sintomas e positivamente afetada pela idade.

Usando o SF-36, Friedl et al. (2015) investigaram a QV de 62 pacientes com endometriose de uma clínica universitária. O questionário também foi aplicado a 61 pacientes controles saudáveis, que relataram melhores resultados na saúde geral, vitalidade, no aspecto emocional e de saúde mental que as pacientes com endometriose ($p < 0,001$). Depois de controlar a idade e o *status* de relacionamento, as mulheres com endometriose ainda apresentaram menores resultados gerais de saúde e vitalidade que os controles.

Melis et al. (2015) avaliaram QV usando o SF-36 em 41 mulheres com endometriose profunda e 40 mulheres saudáveis em idade fértil. Além de ter significativamente mais dor, as mulheres com endometriose apresentaram escores significativamente mais baixos nos domínios de capacidade funcional, aspecto físico, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental, percepções gerais de saúde e vitalidade ($p < 0,001$).

Nunes, Ferreira e Bahamondes (2014) aplicaram o SF-36 e compararam a QV de 257 pacientes com endometriose com 253 controles saudáveis. Os pacientes tiveram pontuações significativamente menores em todos os domínios do SF-36, indicando pior QV.

Centini et al. (2013) compararam 84 mulheres com endometriose do estágio I-II da *American Society for Reproductive Medicine* e dor pélvica crônica (DPC) e 78 mulheres com DPC sem endometriose, todas em idade fértil. Em ambos os grupos, a dor teve uma influência negativa na QV, mas o grupo de endometriose apresentou valores significativamente mais baixos de QV que os controles

sintomáticos nos aspectos físico e emocional e nos domínios de dor corporal do SF-36. Dismenorreia e a dor não menstrual foi negativamente correlacionada com aspecto físico e emocional, dores corporais, vitalidade, aspecto social e resultados de saúde mental no grupo de endometriose ($p < 0,05$). A dismenorreia não se correlacionou com nenhum domínio no grupo de endometriose, mas a dor não menstrual foi negativamente correlacionada com a saúde geral ($p < 0,05$).

Da mesma forma, Minson et al. (2012) avaliaram 130 mulheres com endometriose usando SF-36. O escore médio mais baixo foi relatado no domínio da vitalidade, e o mais alto na capacidade funcional. Considerando todos os domínios, o escore SF-36 médio foi de 62,6. A dismenorreia foi leve, mas significativamente correlacionada com a capacidade funcional, aspecto físico, dor corporal, percepções gerais da saúde e aspecto social.

1.2 Endometriose e função sexual

A disfunção sexual encontrada em pacientes com endometriose inclui dispareunia e outras queixas, como a perda da lubrificação, da excitação e do desejo (EVANGELISTA et al., 2014). A antecipação e o medo da dor podem provocar tais sintomas, além de hipertonia do assoalho pélvico, resultando em uma perturbação no funcionamento e na satisfação sexual (DE GRAFF et al., 2016).

Alguns autores acreditam que, à luz da natureza subjetiva da resposta sexual feminina, os instrumentos mais adequados para avaliar a disfunção sexual são questionários de autorrelato, que podem avaliar vários domínios da sexualidade com alta confiabilidade e validade (EVANGELISTA et al., 2014). Um estudo que avaliou se pacientes com endometriose profunda infiltrativa apresentavam mais disfunção sexual que mulheres sem endometriose, utilizou o questionário *Female sexual Function Index* (FSFI), um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo que consiste em um questionário validado, de autorrelato que mede a função sexual feminina em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor. Tal estudo não encontrou diferença significativa nos escores totais do FSFI entre o grupo 1 (caso) ($23,4 \pm 8,7$) e o grupo 2 (controle) ($24,3 \pm 6,5$). No entanto, havia uma significativa diferença entre os grupos no domínio dor (grupo 1: $3,4 \pm 1,8$; grupo 2: $4,5 \pm 1,7$; $p = 0,001$) (EVANGELISTA et al., 2014; PACAGNELLA et al., 2008).

1.3 Endometriose e depressão

A depressão representa um grupo heterogêneo de sintomas. Algumas das manifestações mais comuns são: humor deprimido, diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, perda ou aumento significativo do peso, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, pensamentos de morte, entre outros. Dependendo da frequência e intensidade desses sintomas, a depressão é classificada em leve, moderada ou grave, sendo que para o diagnóstico efetivo é necessário um período mínimo de duas semanas, nas quais predomina humor deprimido ou perda de interesse por quase todas as atividades. Devido a isso, observa-se comprometimento no funcionamento social, profissional e afetivo, que agrava-se de acordo com a intensidade dos sintomas (LORENÇATTO et al., 2002).

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) é um instrumento de autoavaliação validado em nosso meio, que permite discriminar a sintomatologia depressiva, amplamente utilizado tanto em pesquisa como em clínica (LORENÇATTO et al., 2002). O IDB tem sido utilizado para avaliação de cognições associadas à depressão em pacientes psiquiátricos e em populações normais, sendo um dos mais aceitos para avaliar a intensidade de depressão e que apresenta melhores desempenhos nessa função. Além disso, o IDB mostra-se confiável, independente da cultura, nível socioeconômico, escolaridade, idade, estado civil e ocupação do cônjuge. Em 1998, o IDB foi validado no Brasil (VARGAS; DIAS, 2011).

A endometriose está relacionada a uma ampla gama de sintomas psiquiátricos, especialmente depressão, ansiedade, estresse psicossocial e uma má qualidade de vida (LAGANÀ et al., 2017). Os estudos que investigam a presença de depressão, utilizando o IDB em pacientes com endometriose mostram que existe uma associação entre as duas doenças. Sepulcri e Amaral (2009) encontraram uma taxa de 86% de depressão em mulheres com endometriose, sendo 63,5% de intensidade moderada a grave. Em outro estudo, foi possível identificar a presença de depressão em 92% das pacientes com endometriose. Em 36% das pacientes se observou depressão leve, seguido de 34% de depressão moderada, 22% de depressão grave e 8% sem depressão ou depressão mínima (LORENÇATTO et al., 2002).

Em uma revisão sistemática realizada por Pope et al. (2015), dos 18 estudos examinados, 14 relataram que a endometriose estava associada a pelo

menos algum aspecto da redução do funcionamento psicológico ou da qualidade de vida da saúde mental.

Os estudos que evidenciam a existência do impacto negativo da endometriose na saúde mental, correlacionam a presença e a gravidade da dor com a gravidade da depressão. No entanto, a endometriose é uma doença multidimensional complexa e outros fatores que não a dor pélvica, incluindo as diferenças individuais, podem contribuir para explicar a variabilidade na saúde mental das mulheres (FACCHIN et al., 2017).

Um estudo realizado com o objetivo de entender como e porque a endometriose afeta a vida das mulheres em geral encontrou, na maioria das participantes, relatos de dificuldades em relação aos médicos, familiares e amigos, que normalizaram ou subestimaram sua dor. As descobertas desse estudo confirmam que a naturalização da dor pode levar a atraso no diagnóstico, representando uma grande fonte de angústia para essas mulheres (FACCHIN et al., 2017).

1.4 Endometriose e dor

Define-se dor pélvica crônica (DPC) como a presença de sintomas dolorosos contínuos ou intermitentes na região pélvica que ocorreram no mínimo nos últimos 3 a 6 meses, sendo a endometriose considerada a mais frequente causa de dor pélvica crônica relacionada ao trato reprodutivo. Sabe-se que a DPC está associada a um impacto na qualidade de vida (VAN AKEN et al., 2017).

Dor é uma experiência multidimensional e subjetiva. O desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a avaliação da dor nos seus diversos aspectos é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação da terapêutica e apreciação de sua eficácia. Os primeiros trabalhos sobre avaliação da dor mediam, exclusivamente, sua intensidade. Foram elaboradas várias escalas para mensurar a intensidade da dor, mas poucas aferem aspectos sensitivos e afetivos da experiência dolorosa. Dentre as escalas unidimensionais, destaca-se a escala visual analógica (EVA), que consiste em uma reta de 10 cm onde nas extremidades constam as palavras âncoras: sem dor e pior dor imaginável. Considerando que medir a intensidade da dor é apenas um aspecto do problema, a avaliação da dor visa também aferir qualidade, duração e impacto na esfera psicoafetiva, além de determinar sua intensidade. A partir da compreensão da necessidade de escalas que mensurassem

as diferentes qualidades da dor, Melzack (1975) desenvolveu o Questionário para Dor McGill, que se tornou um dos instrumentos mais utilizados para se avaliar outras características da dor, além da intensidade, e considerado um dos melhores instrumentos para a avaliação das dimensões sensitiva-discriminativa, afetiva-motivacional e cognitiva-avaliativa da dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

Sendo a endometriose uma das doenças ginecológicas mais comuns, que pode levar a um considerável impacto físico, psicológico e social, afetando áreas como relações profissionais e privadas, sexualidade, contato social, e planejamento familiar devido a infertilidade associada, é relevante avaliar a qualidade de vida dessas mulheres, associando a aspectos relacionados a sexualidade, depressão e dor (FRIEDL et al., 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida, correlacionando com a função sexual e a ocorrência de sintomas álgicos e de depressão em mulheres acometidas pela doença.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar a QV geral de mulheres com e sem endometriose;
- Comparar a função sexual de mulheres com e sem endometriose;
- Comparar o grau de depressão de mulheres com e sem endometriose;
- Avaliar os efeitos das alterações de função sexual, dos transtornos depressivos e dos sintomas álgicos sobre a QV de mulheres com endometriose.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo observacional, exploratório, de base hospitalar, do tipo caso-controle.

3.2 Contexto

3.2.1 Local

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de dor pélvica crônica (DPC) e endometriose da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e na enfermaria de ginecologia deste mesmo hospital, no período de março de 2016 a março de 2017. A MEAC é um hospital terciário e de ensino que possui um serviço de referência em endometriose, onde atua uma equipe multidisciplinar composta por médicos, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiras, situado em Fortaleza-Ceará.

3.2.2 Coleta de dados

As participantes incluídas no estudo foram avaliadas no ambulatório de DPC e endometriose da MEAC, na enfermaria de ginecologia ou no ambulatório de planejamento familiar. As pacientes que concordavam em participar do estudo e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), foram aplicados a ficha de avaliação padronizada do serviço de DPC e endometriose (APÊNDICE B) e os questionários do estudo.

3.3 Participantes

A amostra total foi de 76 pacientes, sendo 58 pertencentes ao grupo caso e 18 pertencentes ao grupo controle. O grupo caso envolveu mulheres com diagnóstico de endometriose, que foi dado por achados de imagem 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 obedeceu ao protocolo do serviço. As pacientes que evidenciassem sintomas clínicos de endometriose, com ou sem achados ultrassonográficos e que não respondessem a 6 meses de tratamento clínico e as pacientes com imagem ultrassonográfica de endometrioma acima de 4cm de diâmetro, com acometimento endometriótico de mais de 50% da alça colorretal, lesão de apêndice cecal, lesão de alça ileal ou lesão de ureter eram candidatas a cirurgia. O grupo controle envolveu mulheres em idade fértil, sem história de DPC ou de infertilidade (exceto esterilização cirúrgica), que foram submetidas a videolaparoscopia para laqueadura (LT) ou recanalização tubária, em que não foram encontrados achados cirúrgicos de endometriose. Estas mulheres foram provenientes do ambulatório de planejamento familiar, que funciona através de livre demanda. As pacientes que procuram o ambulatório de planejamento familiar participam, através de equipe multidisciplinar, de reuniões esclarecedoras sobre as outras opções contraceptivas existentes, e, apenas após eliminarem a possibilidade de utilização de outros métodos contraceptivos que lhes são oferecidos e estarem em obediência às normas legais para laqueadura tubária, são candidatas ao procedimento.

A indicação cirúrgica de LT do serviço de planejamento familiar da MEAC obedece a lei 9.263, que permite a esterilização voluntária nas seguintes situações: Mulheres maiores de 25 anos de idade ou com pelo menos dois filhos vivos, com período de no mínimo 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico; risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito. É condição para que se realize a LT o registro de expressa manifestação da vontade, da mulher e de seu cônjuge, em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia.

As pacientes foram esclarecidas sobre os objetivos e método do estudo, e uma vez em concordância com o mesmo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Todas as mulheres do estudo foram avaliadas no serviço de ginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

3.3.1 Critérios de inclusão no grupo caso

- Mulheres com diagnóstico de endometriose dado por ultrassonografia realizada no próprio serviço e/ou por histopatológico de peças cirúrgicas provenientes de videolaparoscopia;

- Mulheres com vida sexual ativa, com penetração vaginal;
- Mulheres no período da menacme.

3.3.2 Critérios de não-inclusão no grupo caso

- Mulheres que se recusaram a assinar o TCLE;
- Mulheres em pós-menopausa;
- Gravidas ou até 6 meses de pós-parto;
- Lactantes;
- Mulheres com história de trauma físico recente;
- Mulheres em uso de drogas ilícitas;
- Mulheres portadoras de doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico, doença de crohn e artrite reumatoide;
- Mulheres portadoras de comorbidades severas como o câncer.

3.3.3 Critérios de inclusão no grupo controle

- Mulheres submetidas a videolaparoscopia para laqueadura ou recanalização tubária, cujo achado cirúrgico não mostrou evidência de endometriose;
- Mulheres saudáveis, no período da menacme;
- Mulheres com vida sexual ativa, com penetração vaginal.

3.3.4 Critérios de não-inclusão no grupo controle

- Mulheres com sintomatologia de dor pélvica crônica;
- Mulheres com sintomatologia de dispareunia profunda;
- Mulheres portadoras de doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico, doença de crohn e artrite reumatoide;
- Mulheres portadoras de comorbidades severas como o câncer;
- Mulheres com história pregressa de endometriose;
- Mulheres com história de infertilidade;
- Mulheres com história de trauma físico recente;

- Mulheres em uso de drogas ilícitas.

3.4 Variáveis

Tivemos como variáveis sociodemográficas a idade, escolaridade, estado civil e paridade. As variáveis não paramétricas foram as pontuações da EVA, do SF-36, do IDB, do FSFI e da escala multidimensional de dor Mc Gill.

3.5 Fontes de dados/mensuração

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

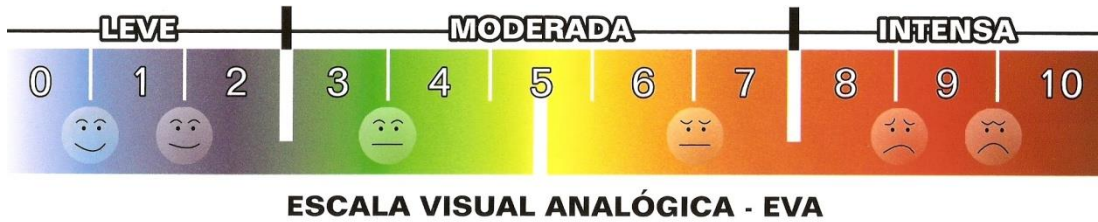
A ficha de avaliação padronizada do serviço de DPC e endometriose (APÊNDICE B) contém questões para identificação da paciente, para a coleta de dados clínicos e pessoais, anamnese, EVA e exame físico padronizado e direcionado para investigação de endometriose e outras causas de DPC.

Além disso, para as pacientes com endometriose, foram aplicados os questionários de qualidade de vida geral (SF-36) (ANEXO A), o de função sexual (FSFI) (ANEXO B), o de depressão (Beck) (ANEXO C) e o de dor (Mc Gill) (ANEXO D). Para as mulheres do grupo controle, foram aplicados os questionários SF-36, FSFI e Beck.

3.5.1.1 Escala Visual Analógica (EVA)

A escala visual analógica (EVA) é constituída por uma linha de 10 cm que tem, em geral, como extremos, as frases “ausência de dor e dor insuportável”. Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor da paciente (FIGURA 1). Foi solicitado então que a paciente avaliasse e marcasse na linha a dor presente naquele momento. A intensidade da dor é então avaliada como leve (pontuação de 0 a 2), moderada (pontuação de 3 a 7) ou intensa (pontuação de 8 a 10).

Figura 1 – Escala visual analógica.



Fonte: Kandel Screen (2018).

3.5.1.2 Questionário de Qualidade de Vida Geral –SF 36

O Questionário SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QV, de fácil administração e compreensão, porém não tão extenso quanto os anteriores. Tal instrumento, traduzido e validado no Brasil por Ciconelli et al. em 1999, é um questionário que avalia aspectos da QV que estão diretamente relacionadas 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. Os oito domínios podem ainda ser agrupados em dois componentes: o componente físico, que envolve os domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e o componente mental, que envolve os domínios vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação é dada em cada um dos domínios separadamente, não há um escore 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 àquele domínio (CICONELLI et al., 1999).

3.5.1.3 Questionário de função sexual (FSFI)

O FSFI é um questionário breve, que pode ser autoaplicado, e que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina em seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para isso, apresenta 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão existe um padrão de resposta cujas opções recebem pontuação de 0 a

5 de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Um escore 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. Muito embora o instrumento não tenha a capacidade de discriminar a fase da resposta alterada, a partir de um ponto de corte do escore total (definido como 26 para a população de origem do instrumento) seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual, sendo que valores iguais ou abaixo desse ponto indicariam disfunção sexual. É nesse sentido que o FSFI congrega as características de ser prático para aplicação em estudos populacionais, transformar medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis e avaliar a força relativa de cada domínio ou componente da resposta sexual feminina (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009). Dentre as questões apresentadas, algumas envolvem o questionamento de sintomas álgicos e de desconforto durante ou após a penetração vaginal, sendo, portanto, uma exigência do questionário a aplicação em mulheres sexualmente ativas, que mantenham relações com penetração vaginal.

3.5.1.4 Inventário de depressão de Beck (IDB)

O IDB é composto de 21 itens, cada um com quatro afirmações incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, que são graduadas, para que se possa ser refletida a gravidade do sintoma, de neutro (0) até a intensidade máxima (3), e as pontuações podem variar de 0 a 63. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, à sensação de fracasso, à falta de satisfação, à sensação de culpa, à sensação de punição, à autodepreciação, às autoacusações, às ideias suicidas, às crises de choro, à irritabilidade, à retração social, à indecisão, à distorção da imagem corporal, à inibição para o trabalho, ao distúrbio do sono, à fadiga, à perda de apetite, à perda de peso, à preocupação somática e à diminuição de libido. Os escores foram classificados de acordo com o critério de pontos de corte do *Center for Cognitive Therapy*, que define: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima, de 10 a 18 = depressão de leve a moderada, de 19 a 29 = depressão moderada a grave, e de 30 a 63 = depressão grave (SEPULCRI; AMARAL, 2009; VARGAS; DIAS, 2011).

3.5.1.5 Questionário de dor (Mc Gill)

O questionário para dor Mc Gill foi desenvolvido a partir da compreensão da necessidade de escalas que mensurassem as diferentes qualidades da dor. É o instrumento mais utilizado para se avaliar outras características da dor, além da intensidade. Foi elaborado para fornecer medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso. Tem índices de validade e confiabilidade estabelecidos e poder discriminativo entre os diversos componentes da dor (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

O questionário é constituído por 4 grupos (sensitivo-descriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea), 20 subgrupos e 78 descritores. O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que as tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor, corresponde um número que indica sua intensidade. A partir do questionário de Mc Gill, pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde às palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

3.6 Cálculo amostral

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

3.7 Processamento e análise dos dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, v. 22.0 (SPSS), software R3.3.1.

Para verificar a associação entre os grupos caso e controle das variáveis não paramétricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney U. O valor de significância estatística foi estabelecido em 5% ou $p < 0,05$.

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 homogeneidade das variáveis paramétricas entre os grupos caso e controle, foi utilizado o teste de T-Student. O valor de significância estatística que evidencia uma diferença entre os grupos foi estabelecido em 5% ou $p < 0,05$.

3.8 Situação ética

Esta pesquisa foi aprovada 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). As voluntárias foram informadas sobre o objetivo do estudo, e mediante aceitação de participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da avaliação, conforme resolução 196/96 (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS

Participaram desse estudo 76 mulheres, sendo 58 com endometriose e 18 sem endometriose. O pequeno número do grupo controle deveu-se a dificuldade em recrutar mulheres para LT, tendo em vista que foram obedecidas, rigorosamente, as normas para realização do procedimento e oferecidas outras opções contraceptivas. Em relação ao grupo caso, a idade variou entre 19 e 48 anos com uma média de 31,7 anos, além de uma média de escolaridade de 11,6 anos de estudo. Eram casadas 48,3% das pacientes, 8,6% eram divorciadas e 25,9% eram solteiras. Apresentavam dismenorreia 86% das pacientes. Em relação ao grupo controle, a idade variou de 25 a 45 anos, com uma média de 35,5 anos e uma média de escolaridade de 8,72 anos. 54,5% eram casadas, 9,1% divorciadas e 36,4% em união estável.

Das pacientes com endometriose, 68,1% apresentavam dispareunia profunda e 37,5% eram inférteis. Segundo a EVA, 85,4% apresentavam dor intensa e 14,6% apresentavam dor moderada. A intensidade média da dor foi de $8,84 \pm 1,35$.

A Tabela 1 contém a caracterização sociodemográfica dos grupos estudados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres com e sem endometriose. Fortaleza, 2017 (n=76).

Variáveis	Grupo controle (n=18)	Grupo caso (n=58)	p*
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Idade	35,50 \pm 6,70	31,76 \pm 6,92	0,931
Anos de Estudo	8,72 \pm 6,38	12,46 \pm 4,45	0,079
Partos	2,41 \pm 0,79	0,58 \pm 1,00	0,659
Partos cesáreos	0,33 \pm 0,65	0,37 \pm 0,77	0,700
Partos vaginais	2,08 \pm 1,31	0,21 \pm 0,55	0,000

Fonte: Elaborada pelo autor (2018).

* t-student

Na avaliação da qualidade de vida geral nas mulheres com endometriose, utilizando o SF-36, foi encontrado diferentes pontuações em cada domínio, que variaram de $21,6 \pm 30,9$ no domínio limitação por aspectos físicos até 53 ± 23 no domínio saúde mental. Diferenças estatisticamente significativas ocorreram quando se comparou os grupos com e sem endometriose em todos os 8 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade,

aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. O grupo de mulheres com endometriose apresentou uma pior qualidade de vida (TABELA 2).

Tabela 2 – Comparação da qualidade de vida geral (SF-36) entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.

	Grupo controle			Grupo caso			p*
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Capacidade funcional	75,3	85	26,6	50,7	50	26,2	0,002
Aspectos físicos	63,6	75	38,6	21,6	0	30,9	0,000
Dor	70,2	67	25,4	38,1	31	26,4	0,000
Estado geral de saúde	56,7	57	19,4	42,4	40	17,2	0,006
Vitalidade	65,3	60	22,7	46	45	20,6	0,003
Aspectos sociais	74,3	75	27,9	51,1	50	24,8	0,001
Aspectos emocionais	83,3	100	30,8	37,3	33,3	38,5	0,000
Saúde mental	73,8	72	17,6	53	56	23	0,001

Fonte: Elaborada pelo autor (2018).

* Mann-Whitney U

No questionário FSFI das mulheres com endometriose foi encontrado uma pontuação média no escore total de 15 e mediana de 16,7. Enquanto isso, nas mulheres sem endometriose, foi encontrada uma pontuação média de 24,4 e uma mediana de 26,9, indicando uma diferença que foi estatisticamente significativa entre os grupos. Além disso, ao analisar cada domínio individualmente, os grupos caso e controle mostraram diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), conforme visualizamos na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação dos escores do FSFI entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.

	Grupo controle			Grupo caso			p*
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Desejo	3,7	3,6	1,2	2,7	2,4	1,1	0,003
Excitação	3,9	4,8	1,9	2,1	2,4	1,8	0,001
Lubrificação	4,6	5,7	2,0	2,5	2,4	2,2	0,000
Orgasmo	3,6	4,4	1,4	2,5	3,6	1,8	0,004
Satisfação	4,6	5,2	1,7	3,3	3,2	2,0	0,010
Dor	3,7	4,4	1,1	1,9	2,4	1,5	0,000
Total	24,4	26,9	7,6	15	16,7	9,5	0,000

Fonte: Elaborada pelo autor (2018).

* Mann-Whitney U

Ao avaliar a presença e o grau de depressão pelo questionário de Beck, foi verificado que 65,4% das mulheres com endometriose apresentavam algum grau de depressão. Destas, 25,8% apresentavam depressão leve, 22,4% apresentavam depressão moderada e 17,2%, depressão grave. As mulheres com endometriose apresentaram uma pontuação média de 18,7 com mediana de 16, o que indica depressão leve a moderada. Em contrapartida as mulheres sem endometriose apresentaram uma pontuação média de 10,9 com mediana de 9, o que representa a ausência de depressão ou uma depressão leve, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos (TABELA 4).

Tabela 4 – Comparação da pontuação de Beck entre os grupos com e sem endometriose. Fortaleza, 2017.

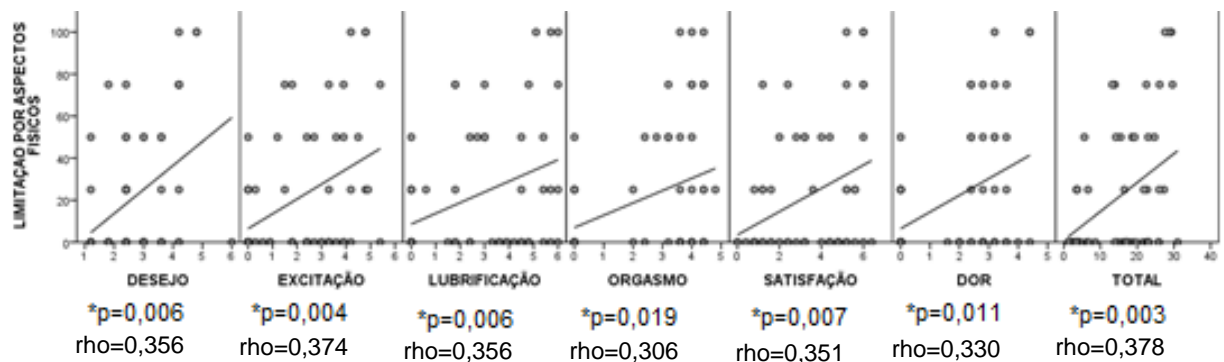
	Grupo controle			Grupo caso			p*
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Escore de Beck	10,9	9,0	10,2	18,7	16,0	11,4	0,007

Fonte: Elaborada pelo autor (2018).

* Mann-Whitney U

Já na associação entre qualidade de vida geral e função sexual do grupo de pacientes com endometriose, comparando cada domínio do SF-36 com os domínios e o total de pontos do FSFI, foi encontrado uma correlação positiva, estatisticamente significativa, apenas nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor. O domínio limitação por aspectos físicos foi o que mais se correlacionou, mostrando uma associação com todos os domínios do FSFI e com o total de pontos, conforme mostra o Gráfico 1 ($p < 0,05$).

Gráfico 1 – Correlação entre o domínio limitação por aspectos físicos do SF-36 e os domínios do FSFI. Fortaleza, 2017.

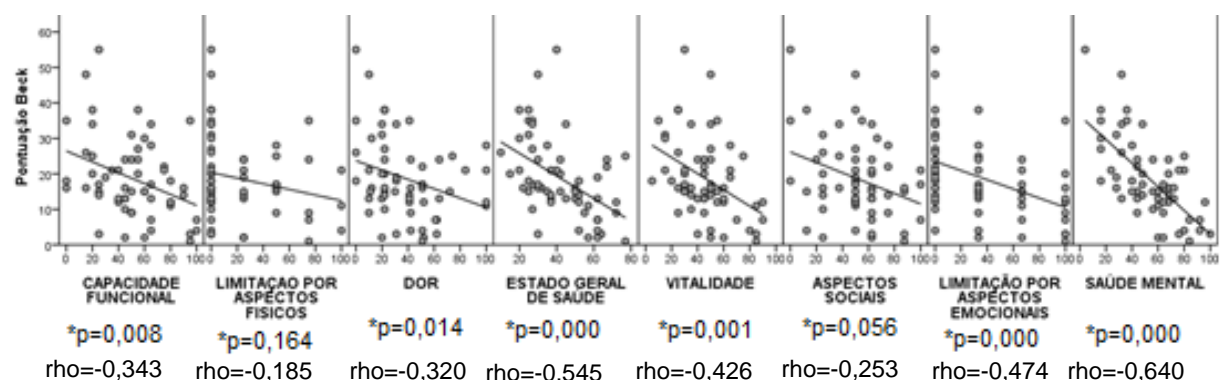


Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

*Teste de Spearman

Quando se compara a QV com o índice de depressão de Beck (IDB), no grupo de pacientes com endometriose (GRÁFICO 2), se encontra uma correlação negativa estatisticamente significativa nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, demonstrando que um maior escore do IDB se associa a um menor escore do SF-36 nestes domínios ($p < 0,05$).

Gráfico 2 – Correlação entre a pontuação de Beck e os domínios do SF-36. Fortaleza, 2017.



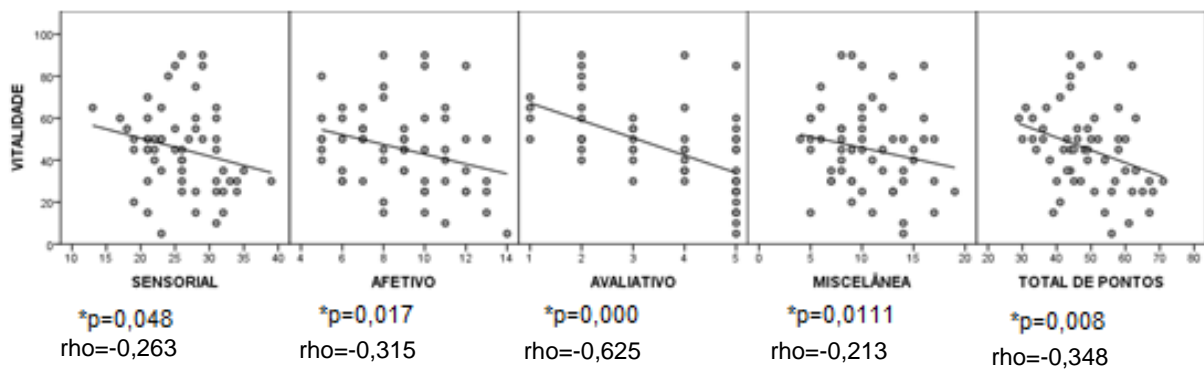
Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

*Teste de Spearman

Quando se comparou os escores do SF-36 com a intensidade da dor pela EVA, no grupo de pacientes com endometriose, não foi encontrado uma correlação significativa. Já na comparação da qualidade de vida geral com a análise

multidimensional de dor do questionário Mc Gill (GRÁFICO 3), neste mesmo grupo, foi observado uma correlação negativa, com significância estatística, nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, sendo o domínio vitalidade o que mais se correlacionou, mostrando uma boa associação com os domínios sensorial, afetivo, avaliativo e total de pontos do questionário de dor Mc Gill. Nestes domínios, observou-se que quanto maior o escore de Mc Gill, menor a pontuação do SF-36 ($p < 0,05$).

Gráfico 3 – Correlação entre o domínio vitalidade do SF-36 e os componentes do questionário Mc Gill. Fortaleza, 2017.



Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

*Teste de Spearman

5 DISCUSSÃO

A endometriose é uma das doenças ginecológicas mais comuns que pode levar a um considerável impacto físico, psicológico e social na vida da paciente. As áreas de vida afetadas são as relações profissionais e privadas, a sexualidade e contatos sociais, bem como o planejamento familiar devido à infertilidade associada (FRIEDL et al., 2015).

A média de idade das pacientes com endometriose foi de 31,7 anos e das pacientes sem endometriose foi de 35,5 anos. Essa faixa etária é representativa de mulheres em idade fértil, semelhante a que foi encontrada em outros estudos (FRIEDL et al., 2015; LORENÇATTO et al., 2002; LOVKVIST et al., 2016; MELIS et al., 2015). A média de escolaridade no grupo caso foi de 11,6 anos de estudo, enquanto no grupo controle foi de 8,72 anos. Ao comparar idade, anos de estudo e número de partos não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que representa que a amostra total estudada apresentou uma homogeneidade. Enquanto isso, outros estudos evidenciam um maior nível de escolaridade nas mulheres com endometriose quando comparadas com o controle. É o que demonstra o estudo de Friedl et al. (2015), que encontrou 38,7% das pacientes com endometriose com ensino superior, enquanto 29,5% das pacientes do grupo controle possuíam tal grau de escolaridade.

A maioria dos estudos que avaliou qualidade de vida em mulheres com endometriose ocorreu em países desenvolvidos ou em cidades brasileiras consideradas como possuidoras de um maior nível socioeconômico. Mulheres de países em desenvolvimento ou em regiões menos desenvolvidas, como a do nordeste brasileiro, possuem características socioculturais peculiares a cada região, com diferentes realidades que podem influenciar na percepção da dor e da qualidade de vida (BARCELOS et al., 2010).

A qualidade de vida envolve vários aspectos e o efeito da endometriose em cada um deles é diferente (NUNES; FERREIRA; BAHAMONDES, 2014). No presente estudo, os mais baixos escores de QV resultantes do SF-36 foram encontrados nos domínios limitação por aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais e dor. Além disso, quando comparada ao grupo controle, as pacientes com endometriose apresentaram uma pior qualidade de vida, o que está em concordância com a literatura mundial. No grupo de mulheres com endometriose, foi encontrado um pior escore de QV em todos os oito domínios do SF-36, quando comparado com o grupo

controle, o que se assemelha a dois estudos prévios, que encontraram uma diferença na QV entre os grupos com e sem endometriose nos 8 domínios do questionário (MELIS et al., 2015; NUNES; FERREIRA; BAHAMONDES, 2014). Por outro lado, na maioria dos outros estudos que utilizaram caso e controle, apesar de se ter também verificado um impacto negativo na qualidade de vida, essa diferença aconteceu em apenas alguns domínios (FRIEDL et al., 2015; LOVKVIST et al., 2016).

É o que demonstra o estudo de Lookwist et al. (2016), que encontrou uma menor pontuação nos escores do SF-36 em mulheres suecas com endometriose quando comparado com a população em geral nos domínios limitação por aspectos físicos, vitalidade e estado geral de saúde. Já no estudo de Friedl et al. (2015), foi encontrado diferenças significativas entre mulheres com e sem endometriose nos domínios vitalidade, estado geral de saúde, aspectos emocionais e saúde mental.

Petrelluzzi et al. (2008) compararam 93 pacientes com endometriose com 82 pacientes mulheres saudáveis. Os escores de SF-36 dos controles foram superiores a 60 em todos os domínios do questionário, enquanto as pacientes com endometriose obtiveram um escore maior que 60 apenas para o domínio capacidade funcional. Os casos de endometriose apresentaram QV significativamente pior nos componentes físicos e mentais do questionário ($p < 0,001$), e sua QV foi mais pobre em todos os domínios, exceto no aspecto emocional.

Laursen et al. (2005) compararam 40 pacientes com história de dor crônica com 41 controles saudáveis. Dos 40 pacientes, 10 apresentavam endometriose, 10 apresentavam fibromialgia e/ou entorse cervical (agrupados devido a similaridade dos sintomas), 10 apresentavam dor lombar crônica e 10 apresentavam artrite reumatóide. Não houve diferenças na duração da dor entre os grupos. Pacientes com endometriose tiveram pontuações significativamente maiores nos domínios aspecto físico, emocional, social, saúde mental e vitalidade do que o grupo fibromialgia/entorse cervical. As comparações entre os grupos específicos de endometriose e controle não foram relatadas, o que nos impede de fazer uma comparação com o nosso estudo.

Sabe-se que a endometriose pode ter um impacto significativo na função sexual das mulheres, tendo em vista que o sintoma de dispareunia é bastante comum em quem tem a doença e que a interação de fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais que resulta na experiência de sexualidade e no funcionamento sexual, podem estar afetados pela doença (MELIS et al., 2015). No nosso estudo, ao analisarmos a função sexual das pacientes com endometriose através do FSFI, em

que se considera um ponto de corte de 26,5, foi detectado a presença de disfunção sexual nessas mulheres, com um escore total médio de 15, sendo o domínio dor o de pior escore. Enquanto isso, nas mulheres sem endometriose, foi encontrada uma pontuação média de 24,4, indicando uma diferença que foi estatisticamente significativa entre os grupos, apesar da presença de disfunção sexual no grupo sem endometriose. Quando comparamos o grupo de mulheres com endometriose com o grupo de mulheres assintomáticas, tanto o escore total quanto todos os domínios apresentaram uma diferença significativa, o que se assemelha a dois outros estudos que também encontraram uma maior taxa de disfunção sexual no grupo caso, considerando o escore total e todos os domínios avaliados pelo FSFI (DE GRAFF et al., 2016; TRIPOLI et al., 2011). Por outro lado, outros estudos mostram um impacto na sexualidade apenas em alguns domínios, quando comparados a controles assintomáticos. No estudo de Melis et al. (2015), diferenças estatisticamente significativas foram encontradas apenas nos domínios dor e desejo enquanto em dois outros estudos, essa diferença ocorreu apenas no domínio dor (EVANGELISTA et al., 2014; ROSSI et al., 2008).

Apesar da disfunção sexual estar presente nos dois grupos do presente estudo, não podemos afirmar o quão estatisticamente significativa é a diferença entre as pontuações dos domínios dentro de um mesmo grupo, já que não se tem um ponto de corte específico para cada domínio, que permita essa discussão.

Uma possível explicação para a não concordância com os outros estudos, em relação a quantidade de domínios afetados tanto do SF-36, quanto do FSFI, se deve ao fato de que a maioria dos outros estudos incluíram no grupo caso apenas mulheres com confirmação cirúrgica e/ou histopatológica de endometriose e, portanto, envolvendo mulheres com sintomatologia de dor ou apenas mulheres com história de infertilidade, sem necessariamente apresentar dor pélvica crônica. Já no nosso estudo, a maioria das mulheres, apresentava dismenorreia e/ou dispareunia, sendo uma minoria com história de infertilidade isolada. Como a dispareunia exerce uma importante influência na sexualidade (MELIS et al., 2015) e a DPC exerce uma importante influência na QV (AUGUSTO et al., 2016), alguns estudos não mostraram uma diferença estatística muito importante porque tinham no seu grupo caso, um maior número de mulheres com infertilidade isolada.

Em relação a presença de depressão, foi detectado algum grau de depressão em 65,4% das pacientes do nosso estudo, sendo a maioria leve a

moderada, enquanto no grupo controle, apenas 27,7% sofriam de algum grau de depressão. Tal resultado é semelhante ao que foi descrito por Lorençatto et al. (2006), que, avaliando 100 mulheres brasileiras com endometriose, identificaram depressão em 86% daquelas com dor pélvica crônica, comparada a 38% naquelas sem a sintomatologia. Um outro estudo, de Sepulcri e Amaral (2009), encontrou 86,6% de depressão em mulheres com endometriose, das quais 63,5% eram de moderada a grave.

No nosso estudo, foi visto que a pontuação média do IDB foi compatível com depressão leve a moderada. Apesar do grupo controle apresentar uma média também compatível com depressão leve a moderada, houve uma diferença estatisticamente significativa ao compararmos os escores dos dois grupos. O grupo caso apresentou um escore médio de 18,7 e mediana de 16 o que se assemelha a um estudo de Lorençatto et al. (2002) que encontraram um escore médio de 20,8, com mediana de 20, quando avaliou pacientes com endometriose, utilizando o mesmo questionário, de Beck. Até o momento, não há estudos do tipo caso e controle que compare o grau de depressão de mulheres com e sem endometriose, utilizando o IDB. Tendo em vista que o IDB não é dividido em domínios, não se pode avaliar a qual aspecto a presença da depressão está mais associada. Para isso, faz-se necessário mais estudos, com uma abordagem qualitativa, para nos aprofundarmos e entendermos quais os principais aspectos relacionados a endometriose levam a um aparecimento ou a um aumento no grau de depressão.

Quando associamos QV geral com função sexual no grupo de pacientes com endometriose, foi encontrado uma correlação positiva em alguns domínios, ou seja, quanto menor a pontuação do SF-36 (pior QV), menor é a pontuação do FSFI (pior função sexual). Essa correlação foi encontrada apenas nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor. O domínio do SF-36 limitação por aspectos físicos foi o que mais se correlacionou, mostrando uma associação com todos os domínios do FSFI e com o total de pontos. Tal correlação pode ser explicada pelo grande impacto que o prejuízo na saúde física das pacientes com endometriose exerce no tempo de dedicação às atividades diárias, na realização de uma menor quantidade de tarefas, na limitação para suas atividades, necessitando de um esforço extra para realizá-las, o que envolve também atividades sexuais. Essa associação entre QV e função sexual, utilizando esses dois questionários foi realizada por um estudo prévio de Melis et al. (2015), que, diferente do nosso estudo, encontrou uma

correlação positiva entre o componente mental do SF-36 e o domínio desejo do FSFI. Mais estudos são necessários para avaliar essa correlação entre QV e FSFI.

Ao analisar QV e depressão no grupo de pacientes com endometriose, foi vista uma correlação negativa significativa entre seis domínios do SF-36 com o índice de depressão de Beck, mostrando que quanto pior a QV, maior o grau de depressão, em relação a esses domínios. Os domínios que se correlacionaram negativamente foram capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Esse achado foi semelhante ao encontrado no estudo de Melis et al. (2015) que mostrou uma correlação negativa entre os componentes mental e físico do SF-36 e a pontuação de Beck.

Quando avaliamos QV e EVA no grupo de pacientes com endometriose, não encontramos uma correlação estatisticamente significativa, apesar da nossa amostra ter evidenciado escores bastante elevados de EVA ($8,84 \pm 1,35$) e baixa pontuação em todos os domínios do SF-36. Enquanto isso, a intensidade média da dor em outros grupos de estudos com endometriose foi de 5,6 e 7,46 (MENGARDA et al., 2008; MINSON et al., 2012). No nosso estudo, 85,4% das pacientes com endometriose apresentavam dor intensa e 14,6% apresentavam dor moderada, segundo a EVA. Os escores elevados de EVA do nosso estudo podem ser explicados pelo fato do serviço em que foi realizado o estudo ser um serviço terciário e cirúrgico, ao qual a maioria das pacientes já chegam ao atendimento com a doença em estágio mais avançado. O paradoxo da não correlação entre QV e EVA pode ser atribuído ao fato de que a EVA consiste em um número absoluto, sujeito a subjetividade, podendo a pontuação não corresponder a real quantificação da dor. Além disso os escores obtidos de EVA foram altos, de uma maneira homogênea, o que pode ter contribuído para a não correlação com os escores obtidos do SF-36, que apresentaram uma maior variabilidade.

A não correlação entre EVA e qualidade de vida é semelhante ao que foi visto em dois outros estudos que comparam QV com intensidade da dor. Mengarda et al. (2008) também não encontraram uma correlação significativa entre a intensidade da dor e os escores do EHP-30, que consiste em um questionário de QV específico para endometriose. Marques et al. (2004) não encontraram associação entre os parâmetros de QV do SF-36 e os níveis de dor. Esses dois estudos também encontraram elevados escores nas escalas de dor. Por outro lado, 3 outros estudos que utilizaram o SF-36 mostram o contrário. Petrelluzzi et al. (2008) encontraram uma

correlação negativa entre as pontuações dos domínios estado geral de saúde e capacidade funcional com a intensidade da dor (Teste de Spearman -0,51 e -0,46, respectivamente, $p < 0,05$). Minson et al. (2012) mostraram que a intensidade da dor apresentou relação com menores escores nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos sociais. Laursen et al. (2005) encontraram uma correlação negativa com o domínio limitação por aspectos emocionais.

Já ao associarmos a QV geral com a análise multidimensional de dor do questionário Mc Gill no grupo com endometriose, encontramos correlações negativas em alguns domínios, tendo sido observado uma maior correlação entre o domínio vitalidade do SF-36 e os componentes sensorial, afetivo e avaliativo do Mc Gill. Isso significa que uma pior QV no domínio vitalidade está relacionada a um maior impacto na dor, especialmente em relação a esses componentes. O domínio vitalidade envolve os sentimentos da paciente relacionados à diminuição ou falta da sensação de força e de vontade, da sensação de falta de energia e do aumento do tempo em que a paciente vem se sentindo esgotada ou cansada. Foi demonstrado também uma correlação negativa, com significância estatística, nos domínios capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais e saúde mental. Não há, até o momento, nenhum estudo prévio que compare os escores encontrados nos dois questionários.

Tivemos como limitações do nosso estudo a não confirmação cirúrgica de endometriose em algumas pacientes da amostra, tendo em vista que a cirurgia associada ao histopatológico constitui no padrão ouro para o diagnóstico da doença. Uma outra limitação consiste no número pequeno do grupo controle, apesar dos dois grupos fazerem parte de uma amostra homogênea. Como vantagens, podemos citar a análise de outros aspectos além da QV, como função sexual, dor e depressão, em um mesmo grupo de pacientes e a utilização de um grupo controle com confirmação cirúrgica da ausência de doença, além de ser um estudo pioneiro na análise das correlações entre qualidade de vida e escala multidimensional de dor.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que mulheres com endometriose apresentam uma pior QV, quando comparadas a mulheres sem endometriose.

Pacientes com endometriose tem um maior comprometimento da função sexual, quando comparadas a mulheres saudáveis sem endometriose.

Pacientes com endometriose apresentam um maior grau de depressão, quando comparadas a controles saudáveis.

A piora na QV também se associou a um maior grau de depressão.

A piora da QV nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e dor se associou a uma piora na função sexual, e essa associação foi maior no domínio limitação por aspectos físicos.

Não houve uma associação entre QV e intensidade da dor pelo EVA. No entanto, a piora na QV das pacientes com endometriose esteve associada a um maior impacto em alguns componentes de dor do questionário de Mc Gill.

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, G. D.; KENNEDY, S. H.; HUMMELSHOJ, L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. **J Endometriosis**, v. 2, n. 1, p. 3-6, 2010.
- 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.
- ASRM. American Society of Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. **Fertil Steril**, v. 67, n. 5, p. 817- 21, 1997.
- AUGUSTO, K. L. et al. The impact of chronic pelvic pain and its associated symptoms on women's quality of life in a tertiary care hospital in Brazil. **J Endometr Pelvic Pain Disord**, v. 8, n. 4, p. 167-171, 2016.
- BARCELOS, P. R. et al. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 5, p. 247-53, 2010.
- CENTINI, G. et al. Chronic pelvic pain and quality of life in women with and without endometriosis. **J Endometr Pelvic Pain Disord**, v. 5, p. 27-33, 2013.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua 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.
- 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. Free Butterflies will come out of these deep wounds: a grounded theory of how endometriosis affects women's psychological health. **Journal of health psychology**, v. 11, p. 1-12, 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.
- 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.

HAYLEN, B. T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **Neurourol Urodyn**, v. 29, n. 1, p. 4-20, 2010.

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

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.

KANDEL SCREEN. **Escala Visual Analógica de dor**. Disponível em: <<https://kandelscreen.com/questionnaire/rating-scale/eva/>>. Acesso em: 10 abr 2018.

LAAS, E. et al. External validation of the SF-36 quality-of-life questionnaire in Italian and Brazilian populations to select patients with colorectal endometriosis for surgery. **J Minim Invasive Gynecol**, v. 22, p. 378-383, 2015.

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.

LAURSEN, B. S. et al. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic nonmalignant pain. **Eur J Pain**, v. 9, p. 267-275, 2005.

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.

LORENÇATTO, C. et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n. 3, p. 217-21, 2002.

LOVKVIST L, et al. Age-related differences in quality of life in Swedish women with endometriosis. **J Womens Health**, v. 25, p. 646-653, 2016.

MARQUES, A. et al. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. **J Reprod Med**, v. 49, n. 2, p. 115-20, 2004.

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.

MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, n. 3, p. 277-299, 1975.

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.

- 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.
- NNOAHAM, K. E. et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertil Steril**, v. 96, p. 366-373, 2011.
- NUNES, F. R.; FERREIRA, J. M.; BAHAMONDES L. Prevalence of fibromyalgia and quality of life in women with and without endometriosis. **Gynecol Endocrinol**, v. 30, n. 4, p. 307-310, 2014.
- 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** 2009; 25 (11): 2333-2344.
- 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.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor Mc Gill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enf USP**, v. 30, n. 3, p. 473-83, 1996.
- POPE, C. J. et al. A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 37, n. 11, p. 1006-15, 2015.
- ROSSI, R. et al. Quality of sex life and partnership in women affected by endometriosis. **Sexologies**, v. 17, n. 1, p. S35, 2008.
- 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.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- 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.
- 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.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do estado de São Paulo. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1114-21, 2011.

WARE JR, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, p. 473-483, 1992.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: MANUELA CAVALCANTE PORTELA MARINHO

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 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: Manuela Cavalcante Portela Marinho

Telefone para contato do pesquisador: (85) 99245373;

Telefone para contato do CEP: (85) 33668536

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: _____
e: _____

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 ()
1-Sim

0–Não 1-Sim 72. Acupuntura 0–Não

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
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	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
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	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
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	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?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão	1	2	3	4	5	6

deprimido que nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	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)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
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

ANEXO B - 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 C - ÍNDICE DE DEPRESSÃO DE BECK (IDB)

QUESTIONÁRIO DE BECK

1	<p>0 Não me sinto triste</p> <p>1 Eu me sinto triste</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disto</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo</p> <p>2 Estou enojado de mim</p> <p>3 Eu me odeio</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar</p> <p>3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	8	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros</p> <p>1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 Eu me culpo sempre por minhas falhas</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum</p> <p>2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	9	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	10	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado</p> <p>1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo</p> <p>2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado</p>	11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido</p> <p>1 Acho que posso ser punido</p> <p>2 Creio que vou ser punido</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>	12	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>

13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes 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	18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual 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 D - QUESTIONÁRIO DE DOR MC GILL

QUADRO 2 - Proposta de adaptação do Questionário de dor de McGill para a língua portuguesa. São Paulo, 1995.

ALGUMAS PALAVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA, SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2 -tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-doída		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2 -atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
			15	
3	1-calor	11	1-miserável	19
1-agulhada	2-queima	1-cansativa	2-enlouquecedora	1-fria
2 -perfurante	3-fervente	2-exaustiva		2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estrapalha				5-torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
TOTAL.....	TOTAL.....

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

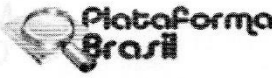
Município: FORTALEZA

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 delimitada, 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:

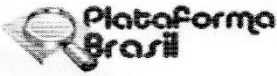
O colegiado concorda com o relator.

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	CARTEDEANUENCIA.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