



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CLÍNICO-CIRÚRGICAS

KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO

**AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DAS
MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA NA QUALIDADE DE VIDA, NA
DEPRESSÃO E NA FUNÇÃO SEXUAL**

FORTALEZA

2019

KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO

**AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DAS
MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA NA QUALIDADE DE VIDA, NA
DEPRESSÃO E NA FUNÇÃO SEXUAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Clínico-cirúrgicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutorado em Ciências Clínico-cirúrgicas. Área de concentração: Endometriose.

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

FORTALEZA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

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)

A936r Augusto, Kathiane Lustosa.
AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DAS MULHERES COM
ENDOMETRIOSE PROFUNDA NA QUALIDADE DE VIDA, NA DEPRESSÃO E NA FUNÇÃO
SEXUAL / Kathiane Lustosa Augusto. – 2019.
76 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação
em Ciências Médico-Cirúrgicas, Fortaleza, 2019.

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

1. Endometriose. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Disfunção sexual feminina. I. Título.

CDD 617

KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO

**AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DAS
MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA NA QUALIDADE DE VIDA, NA
DEPRESSÃO E NA FUNÇÃO SEXUAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Clínico-cirúrgicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutorado em Ciências Clínico-cirúrgicas. Área de concentração: Endometriose.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dra. Zenilda Vieira Bruno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Raquel Aufran Coelho Peixoto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dra. Andreisa Paiva Monteiro Bilhar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

A Deus, toda a minha vida e a minha luta.

DEDICATÓRIA

Aos meus grandes amores, meu marido Marcelo, meu filho João e minha filha Luiza, que me apoiam e me incentivam, incondicionalmente ao meu lado, transmitindo amor, paz e serenidade. Obrigada pela paciência em relação às minhas ausências.

À minha família, meus pais, Auxiliadôra e Hélio, e meus irmãos, Kristopherson e Karine, que sabem que a caminhada até aqui não foi fácil, com muita luta, resiliência e determinação para o aprimoramento profissional. Meu agradecimento por vocês nunca desistirem do investimento em minha educação e por mostrarem o caminho correto, da ética, da humildade, do amor, do respeito ao próximo e da determinação em melhorar cada vez mais.

A todos os amigos e familiares que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste trabalho, demonstrando paciência, confiança, incentivo e amizade. Cada um, enfim, contribuindo a seu modo com sua valiosa parcela.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Leonardo Robson Pinheiro Sobreira Bezerra, que mais do que orientador, foi um amigo cujo apoio e incentivo foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Exemplo de profissional, ética, doação, amor ao ensino e à pesquisa, generosidade e caráter.

À Profa. Dra. Aline Veras Morais Brilhante, pelo amizade e pelas contribuições para finalização do projeto, incentivo à pesquisa e conselhos profissionais.

Ao Profa. Dra. Zenilda Vieira Bruno e Profa. Dra. Raquel Autran Coelho Peixoto, que gentilmente colocaram o serviço de ginecologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand à nossa disposição para o desenvolvimento da pesquisa, além do acolhimento sempre tão afetuoso e do incentivo diário para que eu melhore profissionalmente.

Às amigas Dra. Andreisa Paiva Monteiro Bilhar e Ma. Sara Arcanjo Lino Karbage, que acompanharam ativamente os meus anos de pós-graduação, com contribuições essenciais tanto para a pesquisa, quanto para meu crescimento profissional, incentivando e ajudando em tudo o que foi preciso.

Às amigas Ma. Manuela Cavalcante Marinho Portela e Geísa Ferreira Gomes Peixoto, pela ajuda na coleta de dados, elaborações conjuntas dos artigos e discussões baseadas em evidências, que tanto me enriqueceram profissionalmente.

Aos meus amigos do setor de Endometriose da MEAC, que primam pelo tratamento de excelência das pacientes, sempre em abordagem multidisciplinar, buscando uma assistência de qualidade no Estado do Ceará.

Ao estatístico Brazil, por todo apoio e pelas análises estatísticas, muitas vezes extrapolando o horário de trabalho. Exemplo de competência e compromisso com a ciência.

Às funcionárias da Pós-graduação, pela presteza e pela colaboração ao longo da realização do Doutorado.

Aos funcionários da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, pela contribuição em cada etapa do processo de coleta de dados.

Às pacientes que participaram da pesquisa, pela paciência e colaboração.

“A chave de todas as ciências é,
inegavelmente, o ponto de interrogação.”

Honoré de Balzac

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Aspecto Emocional
AS	Aspecto Social
ASRM	American Society for reproductive medicine
CF	Capacidade Funcional
DAS	Escala de Ajustamento Diádico
DPC	Dor pélvica crônica
EG	Estado Geral
EPQ	Questionário de Personalidade Eysenck
FSFI	Female sexual Function Index
FSFI	Questionário de função sexual
HAM-A	Escala de Ansiedade de Hamilton
HAM-D	Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão
IDB	Inventário de Depressão de Beck
LIM	Limitação
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
SM	Saúde Mental
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSFS	Escala de Funcionamento Sexual Curto
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
VIT	Vitalidade
WHOQOL-BREF	Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
	BREF

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características de mulheres do estudo com endometriose profunda quanto a idade, escolaridade e quanto às pontuações do SF-36, IDB, McGill e FSFI antes da cirurgia. Fortaleza, 2017 (n: 76)	31
Tabela 2	Comparação dos domínios do SF-36 das mulheres antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	31
Tabela 3	Comparação do IDB das mulheres antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	33
Tabela 4	Mudança do padrão de depressão das pacientes antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose	33
Tabela 5	Comparação dos domínios do FSFI e da soma geral das mulheres antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	34
Tabela 6	Mudança de pontuação do FSFI a partir do ponto de corte menor que 26 adotado para mais chance de disfunção sexual das pacientes antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose	34
Tabela 7	Comparação do questionário de dor McGill das pacientes antes e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	35
Tabela 8	Correlação entre os domínios do SF-36 e o IDB antes da cirurgia e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	35
Tabela 9	Correlação entre os domínios do FSFI e soma total e o IDB antes da cirurgia e após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	36
Tabela 10	Correlação entre os domínios do FSFI e soma total com os domínios do SF-36 antes da cirurgia para endometriose profunda	37
Tabela 11	Correlação entre os domínios do FSFI e soma total com os domínios do SF-36 após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda	37

RESUMO

Endometriose é definida pela presença e crescimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina, cuja prevalência é de 10 a 15% das mulheres na fase reprodutiva. Os sintomas da endometriose frequentemente podem afetar o funcionamento psicológico e social das pacientes, portanto é considerada uma condição incapacitante que pode comprometer significativamente a qualidade de vida, as relações sociais, a sexualidade e a saúde mental. O objetivo principal desse artigo é avaliar o impacto da cirurgia laparoscópica com preservação da fertilidade para o tratamento da endometriose profunda na qualidade de vida geral, depressão, função sexual e escala multidimensional de dor, além de tentar estabelecer correlações entre esses quesitos que impactam de sobremaneira o bem estar das mulheres com endometriose. Método: estudo coorte prospectivo de base hospitalar que avaliou 66 mulheres que se submeteram a tratamento cirúrgico para endometriose profunda na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand no período de março de 2016 a julho de 2018. Foram aplicados o questionário de qualidade de vida geral (SF-36); o Inventário de depressão de Beck (IDB), Questionário de função sexual (FSFI) e a Escala Multidimensional de dor McGill. Após 6 meses da cirurgia, no retorno ambulatorial, 35 pacientes responderam novamente os questionários e a escala acima citados. Resultados: quando comparou-se antes e após a cirurgia, as pacientes tiveram melhora nos domínios do SF36, exceto Aspecto emocional e Saúde Mental. Melhoraram também a pontuação do IDB e do FSFI geral, além da Escala Multidimensional da dor McGill, porém não houve melhora significativa na lubrificação, orgasmo e satisfação, e nem no quesito avaliativo-cognitivo do McGill. Houve correlação negativa tanto antes quanto após a cirurgia do IDB com todos os domínios do SF36. O mesmo não se mostrou quanto a função sexual, que não teve uma correlação significativa nem com a maioria dos domínios do SF-36 nem do IDB e da escala de McGill. Houve uma melhora da pontuação geral do FSFI, porém não houve um aumento para o ponto de corte 26 considerado na literatura como menor chance de disfunção sexual. Conclusão: Conclui-se que a cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose profunda melhora qualidade de vida geral em todos os domínios do SF-36, exceto Saúde mental e Aspecto Emocional, que diminui o risco de depressão, que melhora a pontuação total do FSFI e nos domínios Desejo, Excitação e Dor e que diminui dor em todos os aspectos exceto no Avaliativo.

Palavras-chave: Endometriose, Qualidade de vida, Depressão, Disfunção sexual feminina.

ABSTRACT

Endometriosis is defined by the presence and growth of endometrial tissue outside the uterine cavity, whose prevalence is 10 to 15% of women in the reproductive phase. Symptoms of endometriosis can often affect the psychological and social functioning of patients, so it is considered a disabling condition that can significantly compromise quality of life, social relationships, sexuality and mental health. The main objective of this article is to evaluate the impact of laparoscopic surgery with preservation of fertility for the treatment of deep endometriosis in the general quality of life, depression, sexual function and multidimensional pain scale, as well as to try to establish correlations between these items that impact greatly the well being of women with endometriosis. **METHODS:** A prospective, hospital-based cohort study that evaluated 66 women who underwent surgical treatment for deep endometriosis at Assis Chateaubriand Maternity-School from March 2016 to July 2018. The general quality of life questionnaire (SF- 36); the Beck Depression Inventory (IDB), the Sexual Function Questionnaire (FSFI), and the McGill Multidimensional Pain Scale. After 6 months of surgery, in the outpatient return, 35 patients answered again the questionnaires and the scale mentioned above. **Results:** when compared before and after surgery, the patients had improvement in the areas of SF36, except Emotional Aspect and Mental Health. They also improved IDB and overall FSFI scores, in addition to the McGill Multidimensional Pain Scale, but there was no significant improvement in lubrication, orgasm and satisfaction, nor in McGill's evaluative-cognitive aspect. There was a negative correlation both before and after the IDB surgery with all SF36 domains. The same was not shown for sexual function, which did not have a significant correlation with either the majority of the SF-36 domains or the BDI and the McGill scale. There was an improvement in the FSFI overall score, but there was no increase in the cut-off point 26 considered in the literature as a lower chance of sexual dysfunction. **Conclusion:** It is concluded that laparoscopic surgery for the treatment of deep endometriosis improves overall quality of life in all SF-36 domains, except for Mental Health and Emotional Aspect, which decreases the risk of depression, which improves the FSFI total score and in the areas of Desire, Excitement and Pain and that diminishes pain in almost all aspects.

Key words: Endometriosis, Quality of life, Depression, Female sexual dysfunction

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Endometriose e qualidade de vida	17
1.2 Endometriose e depressão	19
1.3 Endometriose e função sexual	20
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
3 MÉTODOS	25
3.1 Desenho do estudo	25
3.2 Contexto	25
3.2.1 Local	25
3.3 Participantes	25
3.3.1 Critérios de inclusão	26
3.3.2 Critérios de não-inclusão	26
3.4 Variáveis	27
3.5 Coleta de dados	27
3.6 Fontes de dados/mensuração	28
3.6.1 Instrumentos de coleta de dados	28
3.6.1.1 Questionário de Qualidade de Vida Geral - SF 36	28
3.6.1.2 Questionário de função sexual (FSFI)	28
3.6.1.3 Inventário de depressão de Beck (IDB)	29
3.6.1.4 Questionário de Dor (Mc Gill)	30
3.7 Cálculo amostral	30
3.8 Processamento e Análise dos dados	31
3.9 Situação Ética	31
4 RESULTADOS	32
5 DISCUSSÃO	40
5.1 Avaliação geral das mulheres com endometriose profunda antes da cirurgia	40
5.2 Avaliação da Dor após a Cirurgia para Endometriose profunda	42
5.3 Avaliação e Correlação da Qualidade de Vida e da Depressão após a Cirurgia para Endometriose profunda	44
5.4 Avaliação e Correlação da Função Sexual com a Qualidade de Vida e com a	47

Depressão após a Cirurgia para Endometriose profunda	
6. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand	61
ANEXO B - Questionário de Qualidade de Vida SF-36	64
ANEXO C - Female sexual function index (FSFI)	67
ANEXO D - Índice de depressão de Beck (IDB)	71
ANEXO E - Questionário de dor Mc Gill	73
APÊNDICE A - Termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE)	74

1 INTRODUÇÃO

Endometriose é uma doença estrógeno dependente definida pela presença e crescimento de tecido endometrial, tanto glândula quanto estroma, fora da cavidade uterina. Endometriose tem uma prevalência de 10 a 15% das mulheres na fase reprodutiva, além de 20-50% das mulheres com infertilidade (NNOAHAM, *et al.*, 2011). 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). O atraso diagnóstico é em torno de 3.9-10.4 anos após o início dos sintomas, e isso, muitas vezes, impacta diretamente e negativamente na qualidade de vida dessas mulheres. 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 SZ, *et al.*, 2012).

Além disso, tem um impacto adverso significativo sobre a produtividade do trabalho, a atividade social, as responsabilidades familiares e a vida diária, resultando em um ônus econômico substancial para a sociedade. Os sintomas da endometriose frequentemente podem afetar o funcionamento psicológico e social das pacientes (FRIEDL *et al.*, 2015; JIA *et al.*, 2012). Por esse motivo, a endometriose é considerada uma condição incapacitante que pode comprometer significativamente a qualidade de vida, as relações sociais, a sexualidade e a saúde mental (JIA *et al.*, 2012; VITALE *et al.*, 2016; SIEDENTOP *et al.*, 8008). Embora o impacto da endometriose na saúde mental e o bem-estar psicológico tenha sido investigado em vários estudos, os dados publicados até agora não são robustos o suficiente para tirar conclusões firmes.

A etiopatogenia da endometriose ainda é controversa e inserta, podendo ser uma junção de vários fatores: imunológico, hormonal, genético e ambiental, existindo, assim, várias teorias para tentar explicar. Algumas evidências sugerem que após a menarca, por influências de determinados estímulos, as células endometriais adquirem novo fenótipo, com novas funções biológicas e imunogenéticas. Assim, essas células conseguem se diferenciar em epiteliais, glandulares e estromais, formando, assim, um tecido endometrial ectópico funcional. Esse tecido pode provocar uma disruptura da homeostase peritoneal e conseqüentemente alterações imunológicas, com o recrutamento de células mononucleoses periféricas e a produção de citocinas inflamatórias na fase mais precoce da doença e citrinas

angiogênicas e fibrogênicas nos estágios mais tardios da doença (NNOAHAM, *et al.*, 2011).

O sintoma mais importante da endometriose é a dor, que pode se apresentar como dismenorrea, dispareunia, disúria, disquezia e dor pélvica crônica (DPC) (MARINHO, *et al.*, 2017). Os sintomas de dor são tão intensos que podem prejudicar significativamente o bem-estar físico, mental e social. (JIA SZ, *et al.*, 2012). Esses fatores, isolados ou combinados, reduzem a qualidade de vida (QV) dessas pacientes (MARQUI ABT, 2015; FACCHIN, *et al.*, 2017). Além desses sintomas, a infertilidade também pode está presente em até 50% dos casos, que por si só pode causar estresse psicológico, baixa autoestima e depressão.

É importante ressaltar que a dor parece ser independente do tipo da endometriose, portanto, mulheres com endometriose leve podem ter dor pélvica intensa, enquanto mulheres com endometriose mais grave podem sofrer menos com dor aguda/crônica (CAVAGGIONI *et al.*, 2014; FACCHIN *et al.*, 2015; VITALE *et al.*, 2017; ERIKSE *et al.*, 2008). Esse achado sugere que fatores psicológicos podem estar envolvidos, o que influencia a experiência da dor em mulheres com endometriose (CAVAGGIONI *et al.*, 2014; FACCHIN *et al.*, 2015; ERIKSE *et al.*, 2008).

Estudos têm mostrado o papel central da dor associada à endometriose (GIUDICE & KAO, 2004), se correlacionando negativamente com a qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2011), com a função sexual, com a qualidade das relações com os parceiros (FERRERO *et al.*, 2005), com o humor (SEPULCRI & AMARAL, 2009) e com o trabalho e atividade social (FOURQUET *et al.*, 2010). A dor crônica pode levar ao isolamento social (MELLADO *et al.*, 2016) e também pode afetar negativamente o bem-estar emocional (SEPULCRI & AMARAL, 2009).

A endometriose pode ser classificada em três diferentes apresentações: endometriose peritoneal, endometrioma ovariano e endometriose profunda infiltrativa. A endometriose profunda é a forma mais agressiva, caracterizada como infiltração de 5mm ou mais de tecido endometrial no espaço retroperitoneal. É responsável por aproximadamente 20% dos casos de endometriose. O diagnóstico definitivo é histopatológico, mas os exames de imagem como ultrassonografia ou ressonância magnética com preparo intestinal prévio são os exames de escolha para avaliação da endometriose profunda e endometrioma ovariano, tanto para acompanhamento quanto para planejamento cirúrgico (MARQUI ABT, 2015; FACCHIN, *et al.*, 2017).

A endometriose não é curável até então, seu tratamento busca melhoria de seus sintomas e da infertilidade. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, a depender da intensidade dos sintomas, do tipo e gravidade da doença e do objetivo do tratamento. O tratamento clínico envolve o bloqueio do ciclo menstrual e pode ser feito por anticoncepcional combinado, progestágenos isolados, principalmente. O objetivo é a melhoria da qualidade de vida com a diminuição da dor. Quando não há melhora com o tratamento clínico ou quando existe lesão que grave que atinja órgãos como ureter, íleo, apêndice, por exemplo, faz-se necessária a cirurgia. A cirurgia laparoscópica é primeira linha no tratamento da endometriose e a exérese das lesões se mostrou superior à cauterização (DUNSELMAN *et al.*, 2014). O objetivo é curativo, mas há uma chance de recidiva em torno de 6 e 67 %, sendo necessário manter o tratamento clínico após a cirurgia, para diminuir a chance de recidiva precocemente (BOZDAQ, 2015).

A endometriose está associada a problemas psicológicos, ansiedade, depressão, angústia e baixa capacidade de enfrentamento (PETRELLUZZI *et al.*, 2008; SEPULCRI & AMARAL, 2009; CAREY *et al.*, 2014). É notável que exista uma relação positiva entre o nível de sintomas de ansiedade e a intensidade da dor (SEPULCRI & AMARAL, 2009), e uma diminuição no nível de sintomas depressivos é observada após o tratamento da dor (VAN DEN BROECK *et al.*, 2013; VERCELLINI *et al.*, 2013). Além disso, deve-se mencionar que mulheres com endometriose assintomática podem não relatar qualidade de vida prejudicada e nem alterações na saúde mental (FACCHIN *et al.*, 2015).

Esse impacto da endometriose na qualidade de vida, saúde mental e no bem-estar emocional foi investigado em vários artigos, embora uma certa heterogeneidade em amostras e metodologia de pesquisa não permita tirar conclusões firmes sobre esse tópico (CULLEY *et al.*, 2013; DUNSELMAN *et al.*, 2014). Estudos quantitativos evidenciaram que mulheres com endometriose relataram níveis mais elevados de estresse percebido em comparação com controles. Como destacado por Petrelluzzi *et al.*, (2008), mulheres com endometriose e dor pélvica crônica de intensidade moderada apresentaram maiores níveis percebidos de estresse que controles, e menor qualidade de vida relacionada à saúde mental.

Os sintomas de angústia e dor têm um impacto negativo um sobre o outro, pois a natureza inflamatória da endometriose pode levar à chamada "resposta à doença", associada a um ciclo vicioso causado pelo desequilíbrio neuroendócrino-imune subjacente (TARIVERDIAN *et al.*, 2007; SIEDENTOPF *et al.*, 2008; NASYROVA *et al.*, 2011). Um nível mais alto de sofrimento pode levar a mudanças comportamentais, exacerbar o estado de

saúde e impedir a melhora.

As condições mentais associadas à endometriose podem ser moduladas pela regulação emocional, que pode ser definida como um processo direcionado por objetivos que influenciam a forma como vivenciamos e expressamos a intensidade, o tipo e a duração da emoção (GROSS & BARRETT, 2011; GYURAK *et al.*, 2011). A menor capacidade de regulação emocional pode aumentar a prevalência de emoções negativas, e a dor persistente e as emoções negativas não reguladas podem reforçar-se mutuamente (GATCHEL, 2004; JOHN & GROSS, 2004). Embora vários estudos sobre dor crônica se concentrem no papel da regulação emocional, tem havido poucas pesquisas sobre a regulação emocional em mulheres que vivem com endometriose.

1.1 Endometriose e qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 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 diversos questionários de qualidade de vida geral e específico para endometriose. Esses questionários de qualidade de vida podem ser usados para avaliar diferentes populações e para comparar diferentes doenças (WARE & SHERBOURNE, 1992; HAYLEN *et al.*, 2010). O SF-36 é o questionário geral mais estudado até então e consiste em 36 itens em oito domínios: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral da saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais; e saúde mental (LAAS *et al.*, 2015). Foi validado em mulheres com endometriose e é uma ferramenta útil para a avaliação da qualidade de vida 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 (SEPULCRI & AMARAL VF, 2009; FAIRBANKS *et al.*, 2017; FACCHIN *et al.*, 2017). 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 SZ *et al.*, 2012).

Estudos já existentes evidenciam o impacto da endometriose na qualidade de vida, como por exemplo o de Lovkvist *et al.*, (2016), que, usando o SF-36 avaliaram que mulheres com endometriose apresentaram escores do SF-36 significativamente menor do 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 do que pacientes acima de 40 anos, mostrando pontuação significativamente menor nos domínios físico, social, emocional e de saúde mental. A qualidade de vida foi afetada negativamente pelo número de sintomas e positivamente afetada pela idade.

Usando o SF-36, Friedl *et al.*, (2015) investigaram a qualidade de vida 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 do que as pacientes com endometriose. Depois de controlar a idade e o status de relacionamento, as mulheres com endometriose ainda apresentaram menores resultados gerais de saúde e vitalidade do que os controles.

Melis *et al.*, (2015) avaliaram qualidade de vida 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.

Centini *et al.*, (2013) compararam 84 mulheres com endometriose do estágio I-II da *American Society for reproductive medicine* (ASRM) 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 qualidade de vida, mas o grupo de endometriose apresentou valores significativamente mais baixos de qualidade de vida do 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. A dismenorreia não se correlacionou com nenhum domínio no grupo de endometriose, mas a dor não menstrual foi negativamente correlacionada com a saúde geral.

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. A dismenorreia foi leve, mas significativamente correlacionada com a capacidade funcional, aspecto físico, dor corporal, percepções gerais da saúde e aspecto social.

É de extrema importância a avaliação das pacientes com endometriose profunda quanto à qualidade de vida, por se tratar de uma doença crônica cujo tratamento é multimodal. Avaliar a influência e o impacto das terapias utilizadas, quer sejam cirúrgicas quer sejam clínicas é primordial para traçar um melhor plano terapêutico para essas pacientes.

1.2 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 sonolência, 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 se agrava de acordo com a intensidade dos sintomas (LORENÇATTO *et al.*, 2002).

O Inventário de Depressão de Beck (IDB), é um instrumento de auto avaliação 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 (LAGANA *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 & 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 observou-se 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 normalização da dor pode levar a atraso no diagnóstico, representando uma grande fonte de angústia para essas mulheres (FACCHIN *et al.*, 2017).

Os aspectos emocionais impactados pela endometriose podem influenciar de sobremaneira nos resultados da terapia utilizada para controle da doença. É importante avaliar o impacto das diferentes terapias em relação a melhoria ou não dos transtornos depressivos, de ansiedade e de humor, para assim melhor compreender o contexto em que a paciente está inserida e traçar um plano terapêutico multidisciplinar nesse aspecto (LORENÇATTO *et al.*, 2002).

1.3 Endometriose e função sexual

O Modelo de Controle Duplo sexual é a interação da ativação comportamental e inibição comportamental e têm dois propósitos principais. Primeiro, ele fornece um modelo que explica que existe uma estrutura conceitual que ajuda a organizar o pensamento sobre as complexidades do comportamento humano, os mecanismos psicológicos e neurofisiológicos

subjacentes e a maneira como esses mecanismos interagem com fatores sociais e culturais. Em segundo lugar, permitem a formulação de hipóteses testáveis. Desse modo, esses modelos podem ter valor heurístico e provavelmente serão modificados como resultado de seu uso ou abandonados por modelos novos e melhores. O ponto crucial é que eles são modelos e não descrições precisas da realidade (BANCROF *et al.*, 2009).

Os estudos psicofisiológicos da sexualidade humana ignoraram amplamente, se não completamente, as questões da variabilidade individual na capacidade de resposta. A maioria das pesquisas publicadas nesta área envolve a comparação de grupos de assuntos, condições experimentais ou tratamentos. As poucas tentativas de avaliar a variabilidade individual foram amplamente restritas à medição de atitudes sexuais e tendências comportamentais. Até recentemente, não existiam modelos ou medidas que focassem especificamente as diferenças individuais na resposta sexual (ERICK & JOHN, 2007).

Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres e de 20 a 30% dos homens têm alguma queixa de disfunção sexual (TRIOLO, LAGANÀ, STURLESE, 2013). Entre mulheres com queixas, a prevalência de desejo hipoativo varia de 32 a 58% (BOILEAU *et al.*, 2012) e a disfunção de excitação e anorgasmia giram em torno de 30% (CHOPIN *et al.*, 2005). A dispareunia tem incidência variável e aumenta com o progredir da idade da mulher (CHOPIN *et al.*, 2005). A disfunção sexual se caracteriza pela alteração desde a manifestação instintiva até ausência de resposta ao estímulo e alterações nas fases do desejo, excitação e orgasmo (CLAYTON, 2007). A investigação se inicia com uma identificação cuidadosa da paciente por ser este, com frequência, o aspecto mais importante na gênese da patologia sexual (LEWIS *et al.*, 2004; HAYES *et al.*, 2008; HAYES *et al.*, 2008a).

Segundo Basson *et al.*, (2001), a falta de desejo espontâneo para envolver-se em atividade sexual é frequentemente referida por mulheres (MERCER, *et al.*, 2003; LAUMANN, PAIK, ROSEN, 1999; FUGL-MEYER, 1999). A partir desta observação, a resposta sexual especificamente feminina é reconceituada, além de ser proposta uma nova sistematização das queixas sexuais, levando à revisão das definições dos distúrbios de desejo e excitação em mulheres. Existe, assim, um modelo linear de resposta sexual que descreve as fases da resposta sexual numa sequência invariável: desejo, excitação (com importante foco genital), orgasmo e resolução. As mulheres, entretanto, especialmente em relacionamentos de longo prazo, iniciam e/ou concordam com o sexo por uma variedade de razões: maior proximidade emocional com o parceiro, sentir-se mais atraente e/ou mais atraída, compreender e satisfazer seu próprio senso de interesse/necessidade (CAIN *et al.*, 2003;

REGAN, BERSCHIED, 1996). O desejo sexual espontâneo é referido com pouca frequência. (CAIN *et al.*, 2003; WEIJMAR, *et al.*, 1992; GALYER *et al.*, 1999). Motivada por uma ou várias razões, a mulher preocupa-se com o estímulo sexual. Se a estimulação for apropriada, resultará em excitação subjetiva.

O processamento da informação sexual é modulado por diversos fatores que podem reduzir a excitação subjetiva. Entre os fatores biológicos se incluem: fadiga, depressão, efeitos sexualmente negativos de medicações, atividade reduzida dos hormônios sexuais, hiperprolactinemia e hipotireoidismo. Fatores psicológicos são: distrações da vida diária, receio de gravidez não desejada, dor, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade comprovada, experiências sexuais negativas no passado, inexperiência ou sentimentos de vergonha e dificuldade (BASSON, 2001; GRAHAM *et al.*, 2004)

A disfunção sexual encontrada em pacientes com endometriose inclui desde a dispareunia até 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 alteração 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 auto relato, 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 do 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 auto relato 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 com endometriose e o grupo controle. No entanto, havia uma significativa diferença entre os grupos no domínio dor (PACAGNELLA *et al.*, 2008; EVANGELISTA *et al.*, 2014).

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).

Com isso, são necessários estudos que avaliem a resposta do tratamento cirúrgico nos diversos aspectos da saúde da mulher com endometriose, não só a melhoria da dor, mas também da dor, dos aspectos emocionais, como a depressão, e da função sexual. Faz-se necessário compreender as correlações desses aspectos entre si e suas repercussões após o tratamento cirúrgico, para melhor avaliação da necessidade de orientações multiprofissionais antes e após a cirurgia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as repercussões da cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose profunda sobre a qualidade de vida, depressão, dor e função sexual em mulheres acometidas pela doença.

2.2 Objetivos específicos

- a) Comparar a Qualidade de vida geral de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- b) Comparar a Presença de Depressão de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- c) Comparar a Função sexual de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- d) Comparar a Escala multidimensional de dor de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- e) Correlacionar o efeito do grau de depressão na qualidade de vida de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- f) Correlacionar o efeito do grau de depressão na função sexual de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- g) Correlacionar o efeito da disfunção sexual na qualidade de vida de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia
- h) Correlacionar a influência da dor, da idade e da escolaridade na qualidade de vida, depressão e disfunção sexual de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional prospectivo comparativo de base hospitalar que avaliou mulheres antes e após se submeterem a tratamento cirúrgico para endometriose profunda na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand.

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 julho de 2018. 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-CE.

A cirurgia realizada era a videolaparoscopia com preservação da fertilidade e exérese de focos de endometriose profunda com a energia ultrassônica. A equipe cirúrgica era formada pelos médicos assistentes com expertise para o tratamento cirúrgico da endometriose, com coparticipação dos residentes de terceiro em ginecologia e obstetrícia e de ano adicional em endoscopia ginecológica.

3.3 Participantes

Do total de 82 pacientes operadas por endometriose na MEAC no período da pesquisa, as 76 pacientes que iriam se submeter a procedimento cirúrgico por laparoscopia para exérese de endometriose profunda com preservação da fertilidade, cujo diagnóstico foi dado através da anamnese e exame físico realizados no ambulatório de Endometriose e DPC da MEAC e por achados de imagem de endometriose profunda em ultrassonografia com mapeamento para endometriose, realizada no próprio serviço, foram selecionadas a participarem da pesquisa. A indicação cirúrgica obedeceu ao protocolo do serviço: as pacientes que evidenciassem sintomas clínicos de endometriose e que não respondessem a 6

meses de tratamento clínico ou as pacientes com imagem ultrassonográfica de endometrioma acima de 4 cm de diâmetro, com acometimento endometriótico de mais de 50% da alça colorretal, lesão de apêndice cecal, lesão de alça ileal ou lesão de ureter eram candidatas a cirurgia. O grupo participante da pesquisa era aquele cujo diagnóstico ultrassonográfico era compatível com endometriose profunda. Todas as pacientes estavam em uso de anticoncepcional combinado ou progestágeno para tratamento clínico da endometriose.

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 (TCLE) (Apêndice A).

3.3.1 Critérios de inclusão

- Mulheres com diagnóstico de endometriose profunda avaliadas por ultrassonografia para mapeamento de endometriose profunda realizada no próprio serviço
- Mulheres que iriam se submeter a cirurgia para tratamento de endometriose no serviço da MEAC;
- Mulheres com vida sexual ativa, com penetração vaginal, devido a avaliação do FSFI;
- Mulheres no período da menacme.
- Mulheres que apresentavam dor pélvica.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Mulheres que se recusaram a assinar o TCLE;
- Mulheres cujo histopatológico pós cirúrgico era negativo para endometriose profunda;
- Mulheres já haviam se submetido à histerectomia ou tratamento cirúrgico prévio de endometriose;
- Mulheres com endometriose superficial e/ou endometrioma isoladamente;
- Gravidas ou até 6 meses de pós-parto;
- Lactantes;

- Mulheres portadoras de comorbidades severas como o câncer, doença inflamatória intestinal, diabetes tipo 1, doenças auto-imunes, fibromialgia, enxaqueca.
- Uso de medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e antipsicóticos, bem como o uso de drogas ilícitas.

3.4 Variáveis

As variáveis sociodemográficas foram a idade, a escolaridade e o estado civil. As variáveis paramétricas e não paramétricas foram analisadas pelo Teste de Normalidade (Shapiro-Wilk).

No questionário de qualidade de vida SF-36 os domínios Capacidade funcional, Dor, Estado Geral de saúde, Vitalidade e Aspecto social foram variáveis paramétricas. Foram não-paramétricas: Limitação, Aspecto Emocional e Saúde Mental.

A pontuação do IDB foi uma variável não-paramétrica. Já na escala multidimensional de dor McGill apenas o domínio Avaliativo foi não-paramétrico. Os outros domínios (sensorial, afetivo e miscelânea) foram paramétricos.

A variável paramétrica do FSFI foi o domínio Desejo. Todos os outros domínios (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), além da pontuação geral foram variáveis não-paramétricas.

3.5 Coleta de dados

As participantes incluídas no estudo foram avaliadas no ambulatório de DPC e endometriose da MEAC e na enfermaria de ginecologia. Às pacientes que concordavam em participar do estudo e assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), foram aplicados os questionários do estudo que continham o questionário de qualidade de vida geral (SF-36), inventário de depressão de Beck (IDB), Questionário de função sexual (FSFI), Questionário da Escala Multidimensional de dor McGill, além de dados como idade, escolaridade e estado civil da paciente. Após 6 meses da cirurgia, no retorno ambulatorial, foram aplicados novamente os questionários acima citados.

3.6 Fontes de dados/mensuração

3.6.1 Instrumentos de coleta de dados

As mulheres selecionadas, após assinatura do TCLE, responderam aos questionários, sendo coletada também a idade, escolaridade e o estado civil. Foram aplicados ao mesmo tempo, um dia antes da realização da cirurgia durante a internação, os questionários de qualidade de vida geral (SF-36) (Anexo A), o de função sexual (FSFI) (Anexo B), o de depressão (Inventário de depressão de Beck) (Anexo C) e o de dor (Mc Gill) (Anexo D). Após retorno ambulatorial após 6 meses do procedimento cirúrgico no ambulatório de Endometriose, também eram aplicados os quatro questionários acima citados.

3.6.1.1 Questionário de Qualidade de Vida Geral - SF 36

O Questionário SF-36 é um instrumento geral de avaliação de qualidade de vida, 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 qualidade de vida que estão diretamente relacionadas à saúde do indivíduo.

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens que avaliam oito domínios (ou dimensões) de saúde: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

A pontuação é dada em cada um dos domínios separadamente, não 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 aquele domínio (CICONELLI RM *et al.*, 1999)

3.6.1.2 Questionário de função sexual (FSFI)

O FSFI é um questionário breve, que pode ser auto-aplicado, 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 homogeneíze 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, MARTINS, 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.

3.6.1.3 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 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, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e 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 (VARGAS & DIAS, 2011; SEPULCRI & AMARAL, 2009).

3.6.1.4 Questionário de Dor (Mc Gill)

O questionário para escala multidimensional da 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-discriminativo, 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).

3.7 Cálculo amostral

As pacientes que preencheram os critérios de seleção, dentro do intervalo de tempo especificado, fizeram parte de uma amostragem consecutiva de maneira oportunística. Foi realizado o cálculo de poder da amostra para todas variáveis utilizadas no estudo.

3.8 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 comparação entre as mulheres antes e após 6 meses da cirurgia das variáveis paramétricas foi utilizado o teste *t-Student*. Nas variáveis não paramétricas foi utilizado o teste de *Wilcoxon W*. O valor de significância *estatística* foi estabelecido em 5% ou $p < 0,05$. Para a avaliação da normalidade foi realizado teste de Shapiro.

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

O cálculo de poder da amostra foi realizado a posteriori com o *software G Power*.

3.9 Situação Ética

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), sob o nº do parecer 1.387.693, CAAE 52159515.5.0000.5050 de 13/01/2016 (Anexo A). As voluntárias foram informadas sobre o objetivo do estudo, e mediante aceitação de participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da avaliação, conforme resolução 196/96 (Apêndice A).

4 RESULTADOS

Do total de 82 pacientes operadas por endometriose na MEAC no período da pesquisa, as 76 pacientes iriam se submeter à cirurgia por Endometriose profunda. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, desse total, 66 mulheres preencheram os critérios listados anteriormente. Após seis meses, das 66 mulheres, apenas 35 responderam aos questionários. A perda de 31 pacientes se deveu a elas não terem retornado ao ambulatório para revisão da cirurgia nos 6 meses estabelecidos.

A idade variou entre 21 e 50 anos com uma média de 36 anos, além de uma média de escolaridade de 11,6 anos de estudo, variando de 5 a 20 anos. A média, mediana e desvio padrão da pontuação dos domínios do SF-36 e do FSFI, da pontuação do IDB e da escala multidimensional da dor de McGill das mulheres antes da cirurgia está descrita na tabela 1.

A média e a mediana pontuação de todos os domínios do SF 36 antes da cirurgia foram consideradas baixas (menores que 50 de um máximo de 100 pontos), ou seja, as pacientes tinham baixa qualidade de vida em todos os domínios antes da cirurgia. A média do IDB das mulheres antes da cirurgia foi de 18, sendo classificadas como depressão de leve a moderada. Considerando a pontuação acima de 10 para o IDB, 68,57% das pacientes apresentavam depressão antes da cirurgia. Já os valores descritivos da pontuação geral do FSFI antes da cirurgia (M 14,54, MD 17,3 e SD 9.559) também se apresentam como maior chance de disfunção sexual, de acordo com o ponto de corte estabelecido de 26 (88,57% das pacientes apresentavam pontuação abaixo de 26).

Tabela 1: Características de mulheres do estudo com endometriose profunda quanto a idade, escolaridade e quanto às pontuações do SF-36, IDB, McGill e FSFI antes da cirurgia. Fortaleza, 2017 (n: 66).

	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade	36	35	9
Escolaridade	11.6	15	7.6
SF-36 Capacidade Funcional	52,14	55,00	26,82
SF-36 Limitação	22,14	30,78	22,00
SF-36 Dor	40,74	31,00	27,11
SF-36 Estado Geral de Saúde	43,46	40,00	18,98
SF-36 Vitalidade	46,29	50,00	21,47
SF-36 Aspecto Social	41,07	37,50	23,00

SF-36 Aspecto Emocional	29,52	37,72	22,38
SF-36 Saúde Mental	51,66	48,00	23,57
McGill total	28,23	28,00	11,13
McGill Sensorial	15,89	16,00	5,71
McGill Afetivo	3,83	4,00	2,50
McGill Avaliativo	2,51	3,00	1,42
McGill Miscelanea	6,00	5,00	3,64
IDB	18,83	18,00	12,03
FSFI total	14,54	17,30	9,56
FSFI Desejo	2,55	2,40	0,94
FSFI Excitação	2,11	2,40	1,78
FSFI Lubrificação	2,56	3,00	2,31
FSFI Orgasmo	2,38	3,20	1,93
FSFI Satisfação	3,20	3,20	2,01
FSFI Dor	1,74	2,40	1,61

Na avaliação comparativa da qualidade de vida geral das mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses do procedimento cirúrgico utilizando o SF-36 houve melhora com diferenças estatisticamente significativas em 6 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. A pontuação desses domínios aumentou após a cirurgia, melhorando assim a qualidade de vida. A limitação por aspectos emocionais e a saúde mental não tiveram diferenças estatísticas (tabela 2).

Tabela 2: Comparação dos domínios do SF-36 das mulheres pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

Médias do SF-36 antes da cirurgia	Médias SF-36 após a cirurgia	Teste estatístico	p	Diferença das médias	O erro padrão da diferença entre as médias	Cohen's d
SF36 - CF pré 52,14	SF36 - CF pós 78,86	Student's t	0.008	-18.28	6.49	-0.498
SF36 - Lim pré 22,14	SF36 - Lim pós 71,43	Wilcoxon W	0.008	-50.00	10.39	-0.518
SF36 - Dor pré 40,74	SF36 - Dor pós 65,74	Student's t	0.005	-20.53	6.73	-0.539
SF36 - EG pré 43,46	SF36 - EG pós 60,66	Student's t	0.001	-17.63	4.97	-0.627
SF36 - Vit pré 46,29	SF36 - Vit pós 56,00	Student's t	0.004	-15.94	5.18	-0.544
SF36 - AS pré 41,07	SF36 - AS pós 57,14	Student's t	0.037	-11.72	5.38	-0.385
SF36 - AE pré 29,52	SF36 - AE pós 34,76	Wilcoxon W	0.916	-50.00	4,98	0.183
SF36 - SM pré 51,66	SF36 - SM pós 56,80	Wilcoxon W	0.149	-6.00	4.58	-0.314

CF: capacidade funcional, Lim: limitação, EG: estado geral de saúde, Vit: Vitalidade, AS: aspecto social, AE: aspecto emocional, SM: saúde mental.

Ao avaliar a presença e o grau de depressão pelo inventário de depressão de Beck (IDB), foi verificado que antes da cirurgia as mulheres apresentavam uma pontuação média e mediana de 18.84 (depressão leve a moderada), e após a cirurgia uma média de pontuação de 11 e mediana de 8.5 (depressão mínima ou ausência de depressão), sendo diferentes estatisticamente (tabela 3). Do total de 35 mulheres, 24 apresentavam depressão antes da cirurgia (68,57%), e, após a cirurgia, 90,9% das que não tinham depressão se mantiveram sem depressão, apenas 1 tornou-se depressiva (9,1%). Já as pacientes que previamente tinham depressão, 58,3% melhoraram após a cirurgia, tornando-se não depressiva. (tabela 4).

Tabela 3: Comparação do IDB das mulheres pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

Média do IDB antes da cirurgia	Média do IDB 6 meses após a cirurgia	Teste estatístico	p	Diferença das médias	O erro padrão da diferença entre as médias	Cohen's d
IDB pré 18,83	IDB pós 11,69	Wilcoxon W	0.007	7.00	2.44	0,490

Tabela 4: Mudança do padrão de depressão das pacientes pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose.

Antes da cirurgia	Após 6 meses de cirurgia		Total
	Sem depressão	Depressão	
Sem depressão	10 90.9%	1 9.1%	11
Depressão	14 58.3%	10 41.7%	24
Total	24 68.6%	11 31.4%	35

P<0,001 (McNemar test)

No questionário FSFI das mulheres com endometriose antes da cirurgia, foi encontrado uma pontuação média no escore total de 14,54 e mediana de 17,30, enquanto que após os 6 meses da cirurgia foi encontrada uma pontuação média de 19,85 e uma mediana de 21,90 indicando uma diferença que foi estatisticamente significativa, com uma melhora da disfunção sexual, apesar de ainda apresentar pontuação média baixa. Além disso, ao analisar cada domínio individualmente, as pacientes antes e após a cirurgia mostraram diferenças estatisticamente significativas no seguintes domínios do FSFI: desejo, excitação e dor. Os demais domínios, lubrificação, orgasmo e satisfação não tiveram diferença estatística,

conforme tabela 5. Ao compararmos as mulheres com e sem maiores chances de disfunção sexual pelo FSFI pelo ponto de corte de 26 adotado nesse estudo antes e após 6 meses da cirurgia, não houve diferença estatística para maior ou menor pontuação a partir de 26 (PACAGNELLA, MARTINS, VIEIRA, 2009), como demonstrado na tabela 6.

Tabela 5: Comparação dos domínios do FSFI e da soma geral das mulheres pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

Média das pontuações do FSFI antes da cirurgia	Média das pontuações do FSFI 6 meses após a cirurgia	Teste estatístico	p	Diferença das médias	O erro padrão da diferença entre as médias	Cohen's d
Desejo pré 2,55	Desejo pós 3,39	Student's t	0.004	-0.840	0.275	-0,516
Excitação pré 2,11	Excitação pós 3,18	Wilcoxon W	0.009	-1.050	0.388	-0.467
Lubrificação pré 2,56	Lubrificação pós 3,25	Wilcoxon W	0.261	-0.600	0.478	-0.242
Orgasmo pré 2,38	Orgasmo pós 3,09	Wilcoxon W	0.155	-1.000	0.385	-0.311
Satisfação pré 3,20	Satisfação pós 4,05	Wilcoxon W	0.109	-0.800	0.405	-0.353
Dor pré 1,74	Dor pós 2,89	Wilcoxon W	0.002	-1.400	0.343	-0.568
Pontuação total FSFI pré 14,54	Pontuação total FSFI pós 19,85	Wilcoxon W	0.038	-4.150	1.990	-0,451

Tabela 6: Mudança de pontuação do FSFI a partir do ponto de corte menor que 26 adotado para mais chance de disfunção sexual das pacientes pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose (PACAGNELLA, MARTINS, VIEIRA, 2009).

FSFI – Pós operatório			
FSFI - Pré operatório	Com disfunção	Sem disfunção	Total
Com disfunção	23 95.8%	8 72.7%	31
Sem disfunção	1 4.2%	3 27.3%	4
Total	24 100.0 %	11 100.0 %	35

P>0,05 (McNemar test)

Já no questionário para Dor McGill, houve melhora do aspecto da dor tanto na pontuação geral, quanto em 3 dos 4 domínios, que são: sensorial, afetivo e miscelânea, sendo a diferença antes e após 6 meses da cirurgia estatisticamente significativa. Já o quesito avaliativo-cognitivo não teve melhora significativa após a cirurgia (Tabela 7).

Tabela 7: Comparação do questionário de dor McGill das pacientes pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

Média da pontuação do McGill antes da cirurgia	Média da pontuação do McGill após 6 meses da cirurgia	Teste estatístico	P	Diferença das médias	O erro padrão da diferença entre as médias
Sensorial pré 15,89	Sensorial pós 13,26	Student's t	0.043	2.629	1.252
Afetivo pré 3,83	Afetivo pós 2,37	Student's t	0.011	1.457	0.538
Avaliativo pré 2,51	Avaliativo pós 1,94	Wilcoxon W	0.106	1.00	0.313
Miscelânea pré 6,00	Miscelânea pós 4,14	Student's t	0.026	1.857	0.796
McGill total pré 28,23	McGill total pós 21,71				

Nem a idade, nem a escolaridade, demonstraram correlação com nenhum dos questionários estudados, não sendo possível, assim, realizar regressões logísticas a partir dessas variáveis.

Ao avaliar a correlação entre os domínios do SF-36 da Qualidade de vida com o índice de depressão de Beck (IDB), encontra-se uma correlação negativa estatisticamente significativa de todos os domínios com a pontuação do IDB, tanto antes quanto e principalmente após 6 meses da cirurgia, ou seja, quanto menor o IDB maior era a pontuação do SF-36, sendo maior a qualidade de vida. (tabela 8)

Tabela 8: Correlação entre os domínios do SF-36 e o IDB pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

		SF-36 CF pré	SF-36 LIM pré	SF-36 DOR pré	SF-36 EG pré	SF-36 VIT pré	SF-36 AS pré	SF-36 AE pré	SF-36 SM pré
IDB pré	Correlação de Pearson	-0.39	-0.363	-0.428	-0.475	-0.388	-0.420	-0.583	-0.667
	p	0.021	0.032	0.01	0.04	0.021	0.012	<0.001	<0.001
		SF-36 CF pós	SF-36 LIM pós	SF-36 DOR pós	SF-36 EG pós	SF-36 VIT pós	SF-36 AS pós	SF-36 AE pós	SF-36 SM pós
IDB pós	Correlação de Pearson	-0.782	-0.547	-0.695	-0.745	-0.795	-0.661	-0.681	-0.830
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

CF: capacidade funcional, Lim: limitação, EG: estado geral de saúde, Vit: Vitalidade, AS: aspecto social, AE: aspecto emocional, SM: saúde mental.

Ao se correlacionar a pontuação do IDB com a pontuação total do FSFI e com seus domínios, só houve correlação estatisticamente significativa antes da cirurgia com o domínio Desejo do FSFI e após a cirurgia com a Satisfação (Spearman's rho – 0.343 e -0.414, respectivamente). (tabela 9). Porém, quando se correlaciona o IDB com a escala de dor McGill, não houve correlação nem antes nem após a cirurgia, inclusive quando se avalia individualmente os domínios sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea.

Tabela 9: Correlação entre os domínios do FSFI e soma total e o IDB pré-operatório e pós 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

		Desejo pré	Excitação pré	Lubrificação pré	Orgasmo pré	Satisfação pré	Dor pré	Total pré
IDB pré	Correlação de Pearson	-0.343	-0.158	-0.185	-0.148	-0.201	-0.195	-0.147
	p	0.044	0.366	0.289	0.396	0.248	0.195	0.400
		Desejo pós	Excitação pós	Lubrificação pós	Orgasmo pós	Satisfação pós	Dor pós	Total pós
IDB pós	Correlação de Pearson	-0.276	-0.184	-0.188	-0.087	-0.414	-0.114	-0.241
	p	0.109	0.290	0.279	0.621	0.013	0.514	0.163

Quando se correlaciona os domínios do SF-36 com o total de pontos do FSFI e seus domínios, houve correlação positiva entre o domínio Limitação do SF-36 antes da cirurgia tanto com o total do FSFI quanto com todos os seus domínios. Ao avaliarmos outros domínios, a Dor do SF-36 tem correlação positiva com FSFI total, desejo, excitação e lubrificação nas mulheres antes da cirurgia. Já a capacidade funcional se correlaciona positivamente com o Desejo e Orgasmo. E para o Aspecto emocional, o desejo. (tabela 10). Após 6 meses da cirurgia, a correlação positiva do domínio Limitação não é estatisticamente positivo com mais nenhum item do FSFI e nem com sua pontuação geral. Apenas existe correlação positiva entre Satisfação do FSFI com os domínios Capacidade funcional, Vitalidade, Aspecto emocional e Saúde Mental; e entre Desejo e Capacidade Funcional. (tabela 11)

Tabela 10: Correlação entre os domínios do FSFI e soma total com os domínios do SF-36 pré-operatório para endometriose profunda.

		Desejo pré	Excitação pré	Lubrificação pré	Orgasmo pré	Satisfação pré	Dor pré	Total pré
Sf-36 CF pré	Correlação de Pearson	0.373	0.333	0.311	0.354	0.223	0.192	0.325
	p	0.027	0.051	0.069	0.037	0.199	0.269	0.057
SF-36 LIM pré	Correlação de Pearson	0.475	0.539	0.490	0.365	0.514	0.382	0.512
	p	0.004	0.001	0.003	0.031	0.002	0.023	0.002
SF-36 DOR pré	Correlação de Pearson	0.523	0.386	0.394	0.302	0.320	0.211	0.382
	p	0.001	0.022	0.019	0.078	0.061	0.223	0.023
SF-36 EG pré	Correlação de Pearson	0.299	0.151	0.146	0.119	0.250	0.078	0.183
	P	0.081	0.386	0.402	0.496	0.148	0.656	0.294
SF-36 VIT pré	Correlação de Pearson	0.240	0.167	0.157	0.087	0.128	-0.019	0.131
	p	0.165	0.338	0.369	0.618	0.463	0.914	0.443
SF-36 AS pré	Correlação de Pearson	0.281	0.099	0.068	0.022	0.10	0.002	0.089
	p	0.102	0.573	0.700	0.901	0.957	0.990	0.693
SF-36 AE pré	Correlação de Pearson	0.434	0.193	0.179	0.080	0.124	-0.082	0.158
	p	0.009	0.267	0.303	0.650	0.477	0.641	0.389
SF-36 SM pré	Correlação de Pearson	0.207	-0.056	-0.036	-0.143	0.089	-0.278	0.056
	p	0.232	0.749	0.835	0.413	0.609	0.136	0.781

CF: capacidade funcional, Lim: limitação, EG: estado geral de saúde, Vit: Vitalidade, AS: aspecto social, AE: aspecto emocional, SM: saúde mental.

Tabela 11: Correlação entre os domínios do FSFI e soma total com os domínios do SF-36 após 6 meses da cirurgia para endometriose profunda.

		Desejo pós	Excitação pós	Lubrificação pós	Orgasmo pós	Satisfação pós	Dor pós	Total pós
Sf-36 CF pós	Correlação de Pearson	0.394	0.243	0.168	0.163	0.396	0.271	0.305
	p	0.019	0.160	0.336	0.351	0.018	0.115	0.075
SF-36 LIM pós	Correlação de Pearson	0.235	0.181	0.157	0.096	0.303	0.103	0.204
	p	0.175	0.299	0.369	0.583	0.077	0.556	0.239
SF-36 DOR pós	Correlação de Pearson	0.295	0.150	0.069	0.023	0.303	0.082	0.173
	p	0.086	0.380	0.692	0.894	0.077	0.640	0.331
SF-36	Correlação de Pearson	0.271	0.227	0.105	0.169	0.326	0.272	0.255

EG pós	P	0.115	0.189	0.550	0.333	0.056	0.114	0.139
SF- 36	Correlação de Pearson	0.221	0.185	0.186	0.093	0.422	0.135	0.237
VIT pós	p	0.202	0.288	0.286	0.594	0.011	0.440	0.170
SF- 36	Correlação de Pearson	0.259	0.187	0.136	0.095	0.322	0.141	0.215
AS pós	p	0.133	0.282	0.437	0.588	0.059	0.419	0.214
SF- 36	Correlação de Pearson	0.113	0.020	0.032	0.038	0.337	0.038	0.109
AE pós	P	0.518	0.909	0.855	0.829	0.048	0.827	0.534
SF- 36	Correlação de Pearson	0.223	0.216	0.203	0.149	0.427	0.209	0.272
SM pós	p	0.198	0.212	0.243	0.394	0.011	0.227	0.115

CF: capacidade funcional, Lim: limitação, EG: estado geral de saúde, Vit: Vitalidade, AS: aspecto social, AE: aspecto emocional, SM: saúde mental.

Ao avaliarmos o que pode justificar a não melhoria da qualidade de vida após a cirurgia dos dois domínios que não tiveram diferença estatisticamente significativa do SF-36, Aspecto Emocional e Saúde Mental, com o IDB, FSFI e escala da dor, há uma correlação da pontuação do Aspecto Emocional com: IDB (p Spearman -0.583), Desejo (p Spearman 0.434), mas não houve com o McGill (antes da cirurgia); e IDB (p Spearman -0.681) e Satisfação (p Spearman 0.337) após a cirurgia. Quanto ao domínio Saúde Mental houve correlação com: IDB (p Spearman -0.667) no pré-operatório e IDB (p Spearman -0.830) e Satisfação (p Spearman 0.427) no pós-operatório.

O poder da amostra calculado para os domínios do SF-36 foi: capacidade funcional 0,947, limitação 0,99, dor 0,96, estado geral de saúde 0,99, Vitalidade 0,92, aspecto social 0,86, aspecto emocional 0,85, saúde mental 0,85. O poder da amostra do FSFI, do Beck e do McGill foram de 0,85. O poder da amostra para a área da saúde considerado aceitável é acima de 0,80 (BRITO *et al*, 2016).

5 DISCUSSÃO

5.1 Avaliação geral das mulheres com endometriose profunda antes da cirurgia

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 reprodutivo devido à infertilidade associada (FRIEDL *et al.*, 2015).

A média de idade das pacientes com endometriose foi de 36 anos. Essa faixa etária é representativa de mulheres em idade fértil, semelhante a que foi encontrada em outros estudos (LORENÇATTO *et al.*, 2002; LOVKVIST *et al.*, 2016; FRIEDL *et al.*, 2015; MELIS *et al.*, 2015). A média de escolaridade no nosso estudo foi de 11,6 anos de estudo. 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. 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 sócio-econômico. 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 socioeconômicas, o que pode ter diminuído, assim, o número de anos de estudo da nossa população, além de ser um serviço do Sistema único de Saúde (SUS). Isso pode influenciar na percepção da dor e da qualidade de vida (BARCELOS *et al.*, 2010).

No nosso estudo, ao analisarmos as pontuações dos domínios do SF-36, do FSFI e a pontuação do IDB notou-se que as mulheres com endometriose profunda tinham baixa qualidade de vida, maiores chances de disfunção sexual e depressão leve a moderada, o que é condizente com os resultados da literatura.

É o que demonstra, por exemplo, o estudo de Lovkvist *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 (LOVKVIST *et al.*, 2016). 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 (FRIEDL *et al.*, 2015).

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. No caso do presente estudo, todos os domínios apresentaram pontuação média inferior a 50 nos domínios do SF-36.

No que diz respeito à depressão, a pontuação média do IDB no nosso estudo foi 18.83, compatível com depressão leve a moderada, o que se assemelha a um estudo de Lorençato *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 (LORENÇATO *et al.*, 2002).

Segundo a literatura recente de Friedl (2015), Vitale (2016), Pope (2015), Vitale (2016a), De Graff (2016), Chen (2016), Laganà (2017a), Cavaggioni (2014) depressão e ansiedade são os distúrbios mais comuns associados à endometriose.

Nesse contexto, Low, Edelman, Sutton (1993) investigaram a possibilidade de um perfil psicológico específico associado à endometriose. Um total de 81 mulheres com dor pélvica foram estudadas, das quais 40 tinham endometriose e 41 tinham outros problemas ginecológicos. Cada paciente completou seis testes psicométricos padronizados, Inventário de Depressão de Beck (IDB), Questionário Geral de Saúde, Inventário de Ansiedade Traço-Estado, O Inventário de Golbulok do Estado Civil e o Questionário de Dor McGill para avaliar a personalidade, psicopatologia, estado civil e dor. De acordo com os resultados de seu estudo, os pacientes com endometriose apresentaram maiores escores de psicoticismo, introversão, depressão e ansiedade do que os das mulheres com outras condições ginecológicas.

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, foi detectado a presença de disfunção sexual nessas mulheres, com um escore total médio de 14,54, sendo o domínio dor o de pior escore. Isso se assemelha a dois outros estudos que também encontraram uma maior taxa de disfunção sexual no grupo que tinha endometriose, considerando o escore total e todos os domínios avaliados pelo FSFI (TRIPOLI *et al.*, 2011; DE GRAFF *et al.*, 2016). 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).

Uma possível explicação para a não concordância com os outros estudos, em relação a pontuação mais baixa tanto do SF-36 (menores que 50 em média), quanto do FSFI (menores que 26 em média), se deve ao fato de que a maioria dos outros estudos incluíram no grupo das pacientes com endometriose apenas mulheres com confirmação cirúrgica e/ou histopatológica de endometriose e, portanto, envolvendo mulheres com sintomatologia diferente de dor ou apenas mulheres com história de infertilidade, sem necessariamente apresentar dor pélvica crônica. Já no nosso estudo, as mulheres apresentavam dor pélvica como critério de inclusão. Como a dispareunia e a dor exercem uma importante influência na sexualidade (MELIS *et al.*, 2015) e a DPC exerce uma importante influência na qualidade de vida (AUGUSTO *et al.*, 2016), alguns estudos não mostraram uma diferença estatística muito importante porque tinham no seu grupo de endometriose, um número importante de mulheres com infertilidade isolada .

5.2 Avaliação da Dor após a Cirurgia para Endometriose profunda

Nesse caso, ao avaliarmos a dor antes e após a cirurgia utilizamos a escala multidimensional de dor McGill, tendo uma melhora significativa tanto da pontuação geral quanto nos aspectos sensorial, afetivo e miscelânea. Não houve melhora estatisticamente significativa no quesito avaliativo-cognitivo, ou seja, na avaliação global da mulher com sua experiência dolorosa. Esse aspecto pode ser importante para avaliar uma melhor abordagem terapêutica focada nessas experiências dolorosa e na memória da dor, que pode ser um aspecto importante no retorno da dor e na sensação álgica exacerbada nos momentos de dor dessas mulheres.

Os resultados Márki *et al.*, (2017) corroboram a noção de que mulheres com maior nível de dor têm menor qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2011), embora a qualidade de vida física esteja relacionada apenas à dor física (GARRY *et al.*, 2000; SEPULCRI & AMARAL, 2009). De acordo com os modelos de mediação, o aumento da dor física e as dificuldades na regulação emocional levam ao aumento do estresse psicológico, que está associado à deterioração da qualidade de vida. O principal objetivo do tratamento deve ser reduzir os sintomas da dor, a fim de melhorar a QV, diminuir a carga social e os custos de saúde da endometriose (SIMOENS *et al.*, 2012). Essa noção também é corroborada por outros estudos (VERCELLINI *et al.*, 2009; JIA *et al.*, 2012). Com base nos modelos atuais, parece que o estresse psicológico atua como um mediador entre a dor física e a QV, o que sustenta a emoção que a dor percebida está associada a emoções negativas (PETRELLUZZI *et al.*, 2008; CAREY *et al.*, 2014). O humor negativo pode alterar a experiência da dor por ativação de neurocircuitos (no giro frontal inferior e amígdala), que está ligada a alterações induzidas pela dor no mecanismo de regulação da emoção (BERNA *et al.*, 2010). Agar-Wilson e Jackson (2012) descobriram que a regulação eficiente da emoção está associada à melhor qualidade de vida e à capacidade de lidar com a dor crônica. Além do controle da dor, a melhoria das habilidades de regulação da emoção também deve ser uma meta de tratamento.

Especificamente na cirurgia de endometriose, Eriksen *et al.*, (2008) demonstraram que, independentemente da presença de ansiedade e/ou depressão no pré-operatório, as mulheres com habilidades de enfrentamento deficientes eram mais propensas a relatar dor persistente após a cirurgia. Como em outros relatos Martin *et al.*, (2011), a catastrofização e a depressão, em particular, emergiu como um preditor de dor pélvica de curto prazo após cirurgia de endometriose. Embora a catastrofização e a depressão atual possa não refletir a condição do paciente no momento da cirurgia, esses fatores psicológicos podem permanecer inalterados em uma pessoa por um longo período de tempo, afetando a característica em vez de aspectos de caráter (MARTEL, THIBAUT, SULLIVAN, 2010).

As implicações clínicas dessas associações psicológicas têm potencial no aconselhamento pré e pós-operatório de pacientes com dor pélvica. A identificação pré-operatória de pacientes com altos índices de catastrofização e depressão podem permitir uma intervenção psicológica para abordar as expectativas cirúrgicas em relação ao tratamento da dor. Além disso, uma revisão das técnicas de manejo da dor pós-operatória durante o período pós-operatório agudo e crônico também pode ser justificada em mulheres com altos escores de catastrofização e depressão e, se possível, uma abordagem cirúrgica minimamente invasiva

deve ser oferecida.

Contudo, quando avaliamos a existência de correlação entre a pontuação geral da escala multidimensional de McGill e os outros questionários avaliados, apenas o domínio dor do SF -36 mostrou uma correlação negativa de -0,390 (p-Spearman), não tendo correlação nem com a depressão, nem com a função sexual. Isso infere que talvez exista a necessidade de uma melhor avaliação de outros aspectos importantes que interfiram de maneira mais significativa no aspecto da dor, como os sintomas de ansiedade e catastrofização, não abordadas nesse estudo.

Atualmente, o impacto da dor relacionada à endometriose na saúde mental e no bem-estar emocional ainda não está claro. Achados gerais de estudos comparando mulheres com dor pélvica crônica associada à endometriose a mulheres com dor pélvica crônica de outras causas ou desconhecidas, Roth, Punch, Bachman (2011) e Sousa *et al.*, (2011) sugeriram que a presença de dor, em vez da própria endometriose, estava associada a problemas de saúde mental e sofrimento emocional. Por outro lado, vários autores descobriram que, mesmo quando as taxas de depressão, ansiedade e estresse emocional pareciam ser maiores em mulheres com dor relacionada à endometriose, a direção causal não pôde ser identificada (LORENCATTO *et al.*, 2006; SEPULCRI & AMARAL, 2009).

5.3 Avaliação e Correlação da Qualidade de Vida e da Depressão após a Cirurgia para Endometriose profunda

Quando comparamos a pontuação do SF-36 das mulheres antes e após a cirurgia para endometriose profunda, houve melhora da qualidade de vida em 6 dos 8 domínios, não havendo diferença estatística nos domínios Aspecto emocional e Saúde mental. Isso pode se dever a outras influências da vida dessas mulheres que interfiram diretamente na qualidade de vida emocional, sem ter uma relação direta da endometriose em si, ou aspectos não avaliados nesse estudo como ansiedade e distúrbios de personalidade.

Quando avaliamos o IDB houve melhora estatisticamente significativa após a cirurgia. Vale ressaltar que um dos critérios de exclusão utilizados foi o não uso de medicamentos que poderiam interferir na melhoria dos aspectos emocional e da depressão, como ansiolíticos e antidepressivos, o que valida mais os nossos achados.

Ao correlacionarmos os domínios do SF-36 com os demais questionários coletados, houve uma correlação negativa estatisticamente significativa com a pontuação do IDB antes e

após a cirurgia em todos os domínios. Ou seja, quanto maior a pontuação para depressão, pior era a qualidade de vida. Os domínios, porém, que mais se correlacionaram no pré-operatório foram Aspecto Emocional e Saúde Mental (p Spearman -0,645 e -0,628, respectivamente). Já após a cirurgia, as correlações foram bem mais significativas em quase todos os domínios, principalmente nos domínios Saúde Mental, Vitalidade, Estado geral da Saúde e Aspecto Emocional (p Spearman -0,855, -0,776, -0,740, -0,708, respectivamente). Houve, contudo, melhora da Depressão após 6 meses da cirurgia, no qual 58,3% das mulheres que tinham algum grau de depressão tornaram-se não depressivas e 90,9% das que não tinham depressão permaneceram sem depressão. Interessante percebermos que mesmo com essa melhora da pontuação do IDB após a cirurgia, e mesmo com a correlação negativa mais forte nos Aspectos Emocionais e Saúde Mental, esses domínios não tiveram melhora significativa após a cirurgia. Analisando esse fato isolado, podemos compreender que a qualidade de vida engloba diversos quesitos da vida das mulheres, e que outros transtornos emocionais e as próprias relações sociais e suas relações com o mundo e com sua percepção holística e individual podem interferir de maneira significativa no processo de avaliação de qualidade de vida e de saúde.

Esses dados estão de acordo com a publicação de Van de Broeck *et al.*, (2013), cujos dados mostram níveis comparáveis e melhorados de depressão, satisfação no relacionamento e funcionamento sexual em ambos os grupos após a cirurgia. Os níveis de depressão diminuíram após a intervenção cirúrgica, em maior medida para as mulheres.

Meuleman *et al.*, (2013) encontraram em seu relato prospectivo da mesma população de pacientes como neste estudo que ambos os grupos eram comparáveis no pré-operatório em relação às características demográficas e clínicas e indicação de cirurgia. No entanto, o grupo de ressecção intestinal continha mais mulheres com endometriose profunda intestinal grave com base nos sintomas intestinais, sinais clínicos, imagem pré-operatória e estadiamento pré-operatório de endometriose e teve um escore médio de qualidade de vida significativamente maior do que o grupo sem ressecção intestinal (MEULEMAN *et al.*, 2013). Portanto, é possível que as mulheres do grupo de ressecção intestinal experimentem uma diferença maior em depressão, satisfação de relacionamento e função sexual após a cirurgia em comparação com a situação antes da cirurgia, porque tinham sintomas mais graves antes da cirurgia. Também é possível que os pacientes no grupo de ressecção intestinal, que estão passando por uma cirurgia mais extensa do que aqueles na ressecção sem intestino acompanhado devido à natureza de sua cirurgia e que isso valida seu sofrimento e experiência e pode, por sua vez,

reduzir os níveis de depressão.

Sepulcri & Amaral (2009), avaliaram sintomas depressivos, ansiedade e qualidade de vida em 104 mulheres com diagnóstico de endometriose pélvica e constataram que 86,5% apresentavam sintomas depressivos e 87,5% apresentavam ansiedade e, o mais importante, que os sintomas psiquiátricos não estavam associados à classificação da endometriose (SEPULCRI & AMARAL, 2009). Neste estudo, a idade correlacionou-se positivamente com os sintomas depressivos, enquanto não houve associação entre idade e sintomas de ansiedade (SEPULCRI & AMARAL, 2009; POPE *et al.*, 2015)

No entanto, outros autores encontraram que apenas 29% das mulheres endometrióticas apresentavam sintomas de ansiedade moderados a graves, enquanto a depressão estava presente em 14,5% (FRIEDL *et al.*, 2015). Assim, a experiência de DPC deve ser considerada como um componente importante de ter endometriose e pode afetar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar psicológico das mulheres. Mais especificamente, as comorbidades psiquiátricas associadas à endometriose parecem ser um efeito da experiência da dor pélvica, e não da própria endometriose (POPE *et al.*, 2015; ROTH, PUNCH, BACHMAN, 2011).

A relação entre as doenças emocionais e a percepção da dor em mulheres com endometriose ainda não está clara. Estudos sobre este tema obtiveram resultados controversos; ainda não foi elucidado se depressão, ansiedade e sofrimento emocional determinam um aumento da percepção da dor ou se a dor causa sofrimento psicológico e sintomas psicopatológicos (LOW, EDELMANN, SUTTON, 1993; SEPULCRI & AMARAL, 2009; LORENÇATTO *et al.*, 2006). No entanto, ansiedade e depressão podem aumentar a percepção da dor tanto emocional quanto cognitivamente, determinando menos tolerância à dor e maior sensibilidade às sensações físicas em geral (SEPULCRI & AMARAL, 2009).

A cirurgia é o tratamento primário para formas mais graves de endometriose, como endometriose profunda (LAGANÀ *et al.*, 2016; DEGUARA, PEPAS, DAVIS, 2012; VAN DEN BROECK *et al.*, 2013). Atualmente, vários cirurgiões ginecológicos estão tentando modular o quanto sua cirurgia é radical de acordo com os desejos de fertilidade e a qualidade de vida futura do paciente.

5.4 Avaliação e Correlação da Função Sexual com a Qualidade de vida e com a Depressão após a Cirurgia para Endometriose profunda

Na população geral, aproximadamente 40-50% de todas as mulheres relatam pelo menos um sintoma relacionado a disfunção sexual ao longo da vida.

Ao compararmos a pontuação do FSFI das mulheres antes e após a cirurgia, houve melhora estatisticamente significativa da pontuação geral, além dos domínios desejo, excitação e principalmente dor. Analisando-se, porém, a média da pontuação geral do FSFI das pacientes antes e após a cirurgia, 14,54 e 19,85, nota-se que as pacientes ainda se mantêm abaixo do ponto de corte de 26, ou seja, com maior risco de disfunção sexual, não tendo melhorado, nesse contexto, da lubrificação, orgasmo e excitação. No nosso estudo, ao avaliarmos de modo geral, 88,57% das 35 pacientes tinham maiores chances de disfunção sexual pela pontuação do FSFI, após a cirurgia 68,57% ainda se mantem com disfunção sexual, números altos quando comparados a população geral. Apesar da melhora importante do quesito dor, não se pode dar a apenas esse quesito a importância suficiente para uma melhoria na função sexual. O sexo tem uma função multifatorial e depende da integridade funcional do sistema nervoso, vascular, hormonal e sistemas imunológicos. Um desequilíbrio em qualquer destes pode levar a disfunção.

Isso se explica de maneira contumaz no Modelo de Duplo Controle Sexual, que propõe que as respostas sexuais envolvem uma interação entre os processos sexuais excitatórios e inibitórios. O modelo postula ainda que os indivíduos variam em sua propensão tanto para a excitação sexual quanto para a inibição sexual, e que tais variações nos ajudariam a entender muito da variabilidade da sexualidade humana (ERIKSE, 2008; GRAHAN, SANDERS, MILHAUSEN, 2004). Além disso, compreender a natureza contextual das mulheres quanto ao desejo sexual e à excitação, a importância da excitação subjetiva e a forte associação do desejo e do despertar sexual com a saúde mental das mulheres e seus sentimentos por seus parceiros mudou o foco do tratamento e do entendimento em relação às disfunções sexuais. Segundo Basson *et al.*, (2005), a gestão da função sexual é holística - abordando o contexto atual, incluindo o relacionamento interpessoal e os tipos de estimulação sexual, bem como fatores psicológicos possivelmente decorrentes de experiências sexuais passadas, bem como questões biológicas, incluindo a sua modulação por estresse, humor, dor e emoções positivas e negativas.

Os resultados apresentados acima permitem destacar a importância de abordar a função sexual no tratamento de mulheres com endometriose, não atribuindo apenas a cirurgia

como forma de tratamento para melhoria da função sexual. Nestas pacientes, a função sexual é gravemente comprometida. Precisamos reconhecer que será difícil recuperar a qualidade de vida global dessas mulheres sem abordar adequadamente os aspectos sexuais. Sabemos que, desde que quando condições psicológicas de estresse ou depressão concomitantes não são tratadas adequadamente, isso pode interferir de sobremaneira na função sexual também.

Existem poucos dados da literatura que avaliam os aspectos de função sexual em mulheres antes e após a cirurgia para endometriose profunda. Uma revisão de Deguara *et al.*, 2012 sublinhou que a cirurgia laparoscópica está associada à melhoria da qualidade de vida e bem-estar emocional em comparação com as terapias medicamentosas. Um estudo de coorte prospectivo de Van den Broeck *et al.*, (2013) avaliaram os níveis de depressão, satisfação com relacionamentos e funcionamento sexual de 203 mulheres submetidas à cirurgia laparoscópica para endometriose moderada ou grave, havendo melhora após a cirurgia. Outro estudo avaliou as pacientes com o IDB, a Escala de Ajustamento Diádico (DAS) e a Escala de Funcionamento Sexual Curto (SSFS) que avalia cinco domínios distintos: contentamento, comunicação, compatibilidade, preocupação relacional e preocupação pessoal. As pacientes foram avaliadas 1 mês antes e 6, 12, 18 e 24 meses após a intervenção. Os resultados mostraram que a cirurgia radical para endometriose melhorou os níveis de depressão e o funcionamento sexual das pacientes (LAGANÀ *et al.*, 2017). Esses dados sugerem a importância de fatores psicológicos não apenas para a gravidade dos sintomas, mas também no manejo da doença e na seleção de terapia mais apropriada, pois o SSFS avalia exatamente esse contexto holístico mais amplo que pode envolver a satisfação sexual (LAGANÀ *et al.*, 2017).

No nosso estudo, quando correlacionamos a pontuação do FSFI antes da cirurgia com os domínios do SF 36 houve uma correlação positiva apenas com os domínios Dor e Limitação (p Spearman +0,440 e +0,502 respectivamente), porém não houve correlação nem com a pontuação do IDB e nem do McGill. No nosso estudo, após a cirurgia não houve correlação estatisticamente significativa com nenhum dos outros instrumentos estudados. O FSFI não avalia esse contexto amplo emocional e relacionado a preocupações como o SSFS, mas, em contrapartida, ele é mais objetivo, avaliando especificamente desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, mas em contrapartida apresenta-se mais direto, talvez por isso não tenha tido uma resposta tão boa quanto os trabalhos de Van den Broeck *et al.*, (2013) e Laganá *et al.*, (2017).

Entende-se assim que a função sexual feminina parece estar associada a um conjunto

de fatores como relacionamento, filhos, estrutura familiar e social, aspectos econômicos, dentre outros fatores, que não foram avaliados nesse estudo. O modelo de Duplo Controle sexual explica o comportamento das disfunções sexuais como um conjunto de fatores excitatórios e inibitórios, como já comentados aqui, mas aparentemente nenhum apresenta-se superior ao outro para estabelecer-se uma correlação clara nesse estudo, apenas os domínios Dor e Limitação do SF36 parecem interferir antes da cirurgia mais do que os outros fatores na função sexual em geral, o que não se repete após a cirurgia. Por mais que tenha havido uma melhora estatisticamente significativa geral, as pacientes permanecem com uma pontuação abaixo do ponto de corte esperado de 26 em sua maioria, não havendo uma melhora estatisticamente significativa quando comparamos pacientes abaixo e acima dessa pontuação.

Em contrapartida, a qualidade de vida sexual após o tratamento médico ou cirúrgico da endometriose não foi minuciosamente investigada, mas a literatura aponta para melhora da função sexual após a cirurgia (GARRY *et al.*, 2000; ABBOTT *et al.*, 2003; LYONS *et al.*, 2006; FERRERO *et al.*, 2007). Garry *et al.*, (2000) encontraram em um estudo prospectivo que as pacientes que tiveram excisão de lesões endometrióticas melhoram significativamente a qualidade da função sexual em 4 meses de seguimento. A função sexual foi medida nas 75 pacientes recrutadas consecutivamente com um questionário de atividade sexual desenvolvido por Thirlaway *et al.*, (1996). O mesmo grupo de autores confirmou essas observações em um acompanhamento pós-operatório após 5 anos (ABBOTT *et al.*, 2003).

Lyons *et al.*, (2006) realizaram cirurgia preservadora de fertilidade com ressecção intestinal em sete pacientes consecutivos com endometriose e observaram que a qualidade de vida melhorou após 12 meses de seguimento e que os escores de atividade sexual aumentaram para o prazer, permaneceu inalterado para o hábito sexual e reduzido para desconforto sexual.

Ferrero *et al.*, (2007) relataram, em um estudo coorte prospectivo observacional de 68 mulheres com endometriose profunda, uma qualidade significativamente melhor da vida sexual e diminuição da prevalência e intensidade de dispareunia profunda 6 e 12 meses após a excisão laparoscópica.

Os achados Van den Broeck *et al.*, (2013) mostram que cirurgias radicais, mas poupadoras de fertilidade com ou sem ressecção intestinal em um ambiente multidisciplinar para o tratamento da endometriose resultam em resultados psicológicos comparáveis e bons em relação aos níveis de depressão, satisfação sexual e relacionamento sexual. (VAN DEN BROECK *et al.*, 2013).

Lukic *et al*, (2015), avaliaram 67 pacientes com endometriose e dispareunia profunda que foram submetidas a tratamento cirúrgico laparoscópico. Todas as pacientes preencheram um questionário não validado pré e após 6 meses de cirurgia que perguntavam objetivamente sobre qualidade de vida sexual: vida sexual satisfatória, realização de prazer máximo, relação sexual trabalhosa e influência da dor no prazer sexual. Observou-se melhora estatisticamente significativa da vida sexual entre a condição pré e pós-cirúrgica, em especial, um aumento do número de coitos e de coitos não-difíceis, maior número de pacientes que declararam que a dor não afetou negativamente o prazer sexual e de pacientes que atingiram o orgasmo. Diferente do nosso estudo, LuKic *et al* (2015) não utilizaram questionário validado sobre função sexual, avaliando as perguntas realizadas em contexto amplo, generalizando os achados dentro dessa interpretação global.

Até o presente momento, não há na literatura uma coorte prospectiva que avalia as correlações entre qualidade de vida, depressão e sexualidade em pacientes com endometriose profunda que foram submetidas à cirurgia laparoscópica. Este estudo, portanto, é pioneiro nessa análise. Ao avaliarmos os domínios do FSFI individualmente, tentando entender porque a maioria das pacientes se manteve ainda com disfunção sexual, e a não correlação nem com aspectos da qualidade de vida e nem da depressão, observamos que antes da cirurgia o Desejo, a Excitação, a Lubrificação e a Satisfação sexual mantem uma correlação positiva com os domínios Dor e Limitação do SF 36, domínios importantes para que a mulher consiga iniciar uma atividade sexual prazerosa e mantenha fatores excitatórios prevalentes aos inibitórios. Já o desejo sexual também apresentou uma correlação positiva com o Aspecto emocional e a Capacidade funcional do SF-36, além de uma correlação negativa com o IDB, mostrando que a influência no desejo passa por diversos aspectos, não apenas a dor que é uma alteração importante nas pacientes com endometriose. Após a cirurgia, porém, o desejo apenas mantém uma correlação positiva com a capacidade funcional. Lubrificação e Excitação não mantiveram nenhuma relação nem com qualidade de vida, nem com o IDB, apesar destes melhorarem após a cirurgia. Já a satisfação sexual após a cirurgia apresentou uma correlação positiva com a Vitalidade, Aspecto social, Aspecto emocional e Saúde mental, apesar de não haver essa correlação com o IDB. Talvez a melhora da depressão e da qualidade de vida não influenciem de sobremaneira na melhora da qualidade sexual, pois não se avalia questões como relacionamento, aspectos socioeconômicos e outros distúrbios mentais que podem estar envolvidos, apenas alguns domínios da função sexual parecem sofrer essas influências, mas de um modo geral isso não melhora a qualidade de vida sexual de maneira mais holística. São

necessários, nesse contexto, estudos mais aprofundados e qualitativos para que essas questões fiquem mais claras e para que consigamos entender melhor onde e como abordar as disfunções sexuais nas pacientes com endometriose.

Nosso estudo apresentou como limitação o número pequeno de pacientes avaliadas, assim como o tempo de apenas 6 meses de avaliação após a cirurgia, além de avaliação mais focada nas relações de qualidade de vida, depressão e função sexual, utilizando apenas um instrumento para cada. Não abordamos os demais transtornos mentais nesse estudo. Mais pesquisas são importantes para uma avaliação mais aprofundada tanto do Aspecto emocional e da Saúde mental das pacientes com endometriose, quanto da função sexual, que não pareceram melhorar após a cirurgia.

Em nossa opinião, apesar da cirurgia ter melhorado a qualidade de vida, a depressão, a dor e a função sexual, muitos avanços são necessários para que o atendimento das mulheres com endometriose seja verdadeiramente abrangente: a inclusão da avaliação psicológica periódica, não apenas medidas iniciais no início dos cuidados, mas longitudinalmente ao longo do processo terapêutico. Além disso, a avaliação regular das questões relacionadas à função sexual é primordial para o sucesso do tratamento e a restauração da qualidade de vida, conforme os princípios da OMS.

As pacientes com endometriose apresentam risco significativamente elevado de desenvolver disfunção sexual e depressão, além de ter uma qualidade de vida ruim. O gerenciamento adequado dessa situação é de fundamental importância. A cirurgia quando bem indicada melhora esses aspectos da qualidade de vida e depressão, mas avaliação psicológica e possivelmente uma terapia sexual, abordando os aspectos excitatórios e inibitórios para que assim exista uma melhoria mais global após as terapias convencionais cirúrgicas, pois foi notório em nosso estudo que os aspectos emocionais, a saúde mental como todo e a presença de disfunção sexual ainda persistem após a cirurgia.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que a cirurgia laparoscópica para tratamento de endometriose profunda melhora qualidade de vida geral em todos os domínios do SF-36, exceto Saúde mental e Aspecto Emocional, que diminui o risco de depressão, que melhora a pontuação total do FSFI e nos domínios Desejo, Excitação e Dor e que diminui dor em todos os aspectos exceto no Avaliativo.

Há uma correlação negativa entre Risco de depressão e todos os domínios do SF-36 tanto antes e principalmente após a cirurgia.

Há uma correlação positiva entre Desejo pelo FSFI e IDB antes da cirurgia e efeito do grau de depressão na função sexual de mulheres com endometriose profunda antes e após 6 meses da cirurgia da Satisfação com o IDB.

Há correlação positiva principalmente entre os domínios Limitação e Dor do SF-36 com o FSFI e seus quesitos antes da cirurgia, o que não se repete após a cirurgia.

Não houve correlação da idade, escolaridade e da escala de McGill com risco de Depressão, função sexual e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, J.A.; HAWE, J.; CLAYTON, R.D. et al. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2 – 5 year follow-up. **Hum Reprod** 2003;18:1922 – 1927.
- ADAMSON, G. D.; KENNEDY, S. H.; HUMMELSHOJ, L. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. **J Endometriosis**. 2010; 2:3-6.
- AGAR-WILSON M.; JACKSON, T. Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? **Eur J Pain** 2012;16:105–114.
- AUGUSTO, K. L.; ARAUJO, L. A.; MAGALHAES, T. F.; MARINHO, M. C. P.; BEZERRA, L. R. P. S. The impact of chronic pelvic pain and its associated symptoms on womens quality of life in a tertiary care hospital in Brazil. **Journal of Endometriosis** , v. 1, p. 1-1, 2016.
- BANCROF, J.; GRAHAM, C. A.; JANSSEN, E. *et al.* The Dual Control Model: Current Status and Future Directions. **Journal of Sex Research**, 46(2-3), 121–142, 2009.
- BARCELOS, P. R.; CONDE, D.M.; DEUS, J. M. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2010; 32 (5): 247-53.
- BASSON, R. Using a different model for female sexual response to address women’s problematic low sexual desire. **J Sex Marital Ther**. 2001;27(5):395-403.
- BERNA, C.; LEKNES, S.; HOLMES, E. A. *et al.* Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. **Biol Psychiatry** 2010;67:1083–1090.
- BOILEAU, L.; LAPORTE, S.; BOURGAUX. J. F. *et al.* Laparoscopic colorectal resection for deep pelvic endometriosis: Evaluation of post-operative outcome. **J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)**. 2012 Apr;41(2):128-35
- BOKOR, A.; KOSZORÚS, E.; BRODSZKY, V. *et al.* The impact of endometriosis on the quality of life in Hungary. **Orv Hetil** 2013;154:1426–1434.
- BOZDAG, G. Recurrence of endometriosis: risk factors, mechanisms and biomarkers. **Womens Health (Lond)**. 2015 Aug;11(5):693-9
- BRITO, C.J., GRIGOLETTO, M. E. da S., NOBREGA, O. de T. *et al.* Dimensionamento de amostras e o mito dos números mágicos: ponto de vista. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte* 2016; 9 (1): 29-31.
- BUTTICE, S.; LAGANÀ, A. S.; BARRESI, V. *et al.* Lumbar ureteral stenosis due to endometriosis: our experience and review of the literature. **Case Rep Urol** 2013;2013: 812475.
- CAIN, V. S.; JOHANNES, C. B.; AVIS, N. E. *et al.* Sexual functioning and practices in a

multi-ethnic study of midlife WOMEN: BASELINE RESULTS FROM SWAN. **J Sex Res.** 2003;40(3):266-76.

CAREY, E. T.; MARTIN, C. E.; SIEDHOFF, M. T. *et al.* Biopsychosocial correlates of persistent postsurgical pain in women with endometriosis. **Int J Gynaecol Obstet** 2014;124:169–173

CAVAGGIONI, G.; LIA, C.; RESTA, S. *et al.* Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. **Biomed Res Int.** 2014;2014:786830.

CENTINI, G.; LAZZERI, L.; DORES, D. *et al.* Chronic pelvic pain and quality of life in women with and without endometriosis. **J Endometr Pelvic Pain Disord.** 2013; 5:27-33.

CHEN, L. C.; HSU, J. W.; HUANG, K. L. *et al.* Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: a longitudinal follow-up study. **J Affect Disord.** 2016;190:282–285.

CHOPIN, N.; VIEIRA, M.; BORGHESE, B. *et al.* Operative management of deeply infiltrating endometriosis: results on pelvic pain symptoms according to a surgical classification. **J Minim Invasive Gynecol.** 2005 Mar-Apr;12(2):106-12.

CICONELLI, R. M.; BORTOLUZZO, A. B.; FERRAZ, M. B. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev Bras Reumatol** 1999; 39(3): 143-150.

CLAYTON, A. H. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. **J Sex Med.** 2007;4 Suppl 4:260-8.

CREMER, D. W.; MISSMER, S. A. The epidemiology of endometriosis. **Ann NY Acad Sci.** 2002.955:11-22.

CULLEY, L.; LAW, C.; HUDSON, N. *et al.* The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. **Hum Reprod Update** 2013;19:625–39.

DE GRAAFF, A. A.; VAN LANKVELD, J.; SMITS, L. J. *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. **Hum Reprod.** 2016; 31(11):2577–2586.

DEGUARA, C. S.; PEPAS, L.; DAVIS, C. Does minimally invasive surgery for endometriosis improve pelvic symptoms and quality of life? **Curr Opin Obstet Gynecol.** 2012;24(4):241–244.

DUNSELMAN, G. A.; VERMEULEN N, BECKER C. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. **Hum Reprod.** 2014 Mar;29(3):400-1

ERICK, J.; JOHN, B. The Dual Control Model: The Role Of Sexual Inhibition & Excitation In Sexual Arousal And Behavior. In Janssen, E. (Ed). (2007). **The Psychophysiology of Sex.** Bloomington, IN: Indiana University press, 197-222.

ERIKSEN, H. L.; GUNNERSEN, K. F.; SORENSEN, J. A. *et al.* Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological

variables. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** 2008 Jul;139(1):100-5.

EVANGELISTA, A.; DANTAS, T.; ZENDRON, C, *et al.* Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. **J Sex Med.** 2014; 11: 140-145.

FACCHIN, F.; BARBARA, G.; SAITA, E. *et al.* Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. **J Psychosom Obstet Gynaecol** 2015.36 (4)135-141,

FACCHIN, F.; SAITA, E.; BARBARA, G. *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.** 2017; 11: 1-12.

FAIRBANKS, F.; ABDO, C. H.; BARACAT, E. C. *et al.* Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. **Gynecol Endocrinol.** 2017; 33 (7): 544-547.

FERRERO, S.; ABBAMONTE, L. H.; RAGNI, N.; REMORGIDA, V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. **Hum Reprod** 2007; 22:1142 – 1148.

FERRERO, S.; ESPOSITO, F.; ABBAMONTE, L. H. *et al.* Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. **Fertil Steril** 2005;83:573–579.

FOURQUET, J.; GAO, X.; ZAVALA, D, *et al.* Patients’ report on how endometriosis affects health, work, and daily life. **Fertil Steril** 2010;93:2424–2428.

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

FUGL-MEYER, A. R.; FUGL-MEYER, K. S. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. **Scand J Sexol.** 1999;3:79-105.

GALYER, K. T.; CONAGLEN, H. M.; HARE, A. *et al.* The effect of gynecological surgery on sexual desire. **J Sex Marital Ther.** 1999;25(2):81-8.

GAO, X.; OUTLEY, J.; BOTTEMAN, M. *et al.* Economic burden of endometriosis. **Fertil Steril** 86 6:1561-1572, 2006

GARRY, R.; CLAYTON, R.; HAWE, J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. **BJOG** 2000;107:44–54.

GATCHEL R. J. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. **Am Psychol** 2004;59:795–805.

GIUDICE, L. C.; KAO, L. C. Endometriosis. **Lancet** 2004;364:1789–1799.

GRAHAM, C. A.; SANDERS, S. A.; MILHAUSEN, R. R. *et al.* Turning on and turning off: a focus group study of the factors that affect women’s sexual arousal. **Arch Sex Behav.** 2004;33(6):527-38.

GROSS, J. J.; BARRETT, L. F. Emotion generation and emotion regulation: one or two depends on your point of view. **Emot Rev** 2011;3:8–16.

GYURAK, A.; GROSS, J. J.; ETKIN, A. Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. **Cogn Emot** 2011;25:400–412.

HADFIELD, R.; MARDON, H.; BARLOW, D. *et al.* Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. **Hum Reprod** 1996;11:878–880.

HAYES, R. D.; DENNERSTEIN, L.; BENNETT, C. M., *et al.*, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. **J Sex Med.** 2008a;5(7):1681-93.

HAYES, R. D.; DENNERSTEIN, L.; BENNETT, C. M., *et al.* What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? **J Sex Med.** 2008;5(4):777-87.

HAYLEN, B. T.; RIDDER, D.; FREEMAN RM. *et al.* An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction International Urogynecological Association; International Continence Society. **Neurourol Urodyn.** 2010;29(1):4-20.

HUDELIST, G.; FRITZER, N.; THOMAS, A., *et al.* Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. **Hum Reprod** 2012;27:3412–3416.

HURD, W. W. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol.** 1998;92(6):1029-1032.

JIA, S. Z.; LENG, J. H.; SHI, J. H. *et al.* Health related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. **J. Ovarian Res.** 2012; 5(1):29.

JOHN, O. P.; GROSS, J. J. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. **J Pers** 2004; 72:1301–1333.

LAAS, E.; ZACHAROPOULOU, C.; MONTANARI, G. *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.** 2015; 22:378-383.

LAGANÁ, A. S.; LA ROSA, V.; CHIARA, A. M. *et al.* Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. **International Journal of women’s health.** 2017a; 9:323-330.

LAGANÀ, A. S.; LA ROSA, V.; RAPISARDA, A. M. C. *et al.* Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. **International Journal of Women’s Health** 2017;9 323–330

LAGANÀ, A. S.; STURLESE, E.; RETTO, G. *et al.* O. Interplay between misplaced Müllerian-derived stem cells and peritoneal immune dysregulation in the pathogenesis of endometriosis. **Obstet Gynecol Int** 2013;2013:527041.

LAGANÀ, A. S.; VITALE, S. G.; TROVATO, M. A. *et al.* Full-thickness excision versus shaving by laparoscopy for intestinal deep infiltrating endometriosis: rationale and potential treatment options. **Biomed Res Int.** 2016;2016: 3617179.

LAGANÀ, A.S.; CONDEMI, I.; RETTO, G. *et al.* Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. **Eur J Obstet**

Gynecol Reprod Biol. 2015;194:30–33.

LAGANÀ, A.S.; LA ROSA, V.; PETROSINO, B. *et al.* Comment on “Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study”. **J Affect Disord.** 2017;208:672–673.

LAUMANN, E. O.; PAIK, A.; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **JAMA.** 1999;281(6):537-44.

LEWIS, R. W.; FUGL-MEYER, K. S.; BOSCH, R. *et al.* Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. **J Sex Med.** 2004;1(1):35-9.

LEYLAND, N.; CASPER, R.; LABERGE, P. *et al.* Endometriosis: diagnosis and management. **J. Obstet Gynecol Can.** 2010;32(7suppl 2):S1-S32.

LORENÇATTO, C.; PETTA, C. A.; NAVARRO, M. J. *et al.* Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2006; 85 (1): 88-92.

LORENÇATTO, C.; VIEIRA, M. J. N.; PINTO, C. L.B. *et al.* Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev Assoc Med Bras** 2002; 48 (3):217-21.

LOVKVIST, L.; BOSTROM, P.; EDLUND, M. *et al.* OLOVSSON M: Age-Related Differences in Quality of Life in Swedish Women with Endometriosis. **J Womens Health.** 2016; 25:646-653.

LOW, W. Y.; EDELMANN, R. J.; SUTTON, C. A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. **J Psychosom Res.** 1993;37(2):111–116.

LUKIC, A.; DI PROPERZIO, M.; DE CARLO, S. *et al.* Quality of sex life in endometriosis patients with deep dyspareunia before and after laparoscopic treatment. **Arch Gynecol Obstet.** 2016 Mar;293(3):583-90

LYONS, S. D.; CHEW, S. S. B.; THOMSON, A. J. M. *et al.* Clinical and quality-of-life outcomes after fertility-sparing laparoscopic surgery with bowel resection for severe endometriosis. **J Minim Invasive Gynecol** 2006;14:33 – 38.

MARINHO, M. C. P.; MAGALHÃES, T. F.; FERNANDES, L. F. C. *et al.* Quality of life in women with endometriosis: an integrative review. **Journal of women’s health.** 2017; 00(0): 1-10.

MÁRKI, G.; BOKOR, A.; RIGÓ J. *et al.* Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. **Hum Reprod.** 2017 Jul 1;32(7):1432-1438

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

MARTEL, M. O.; THIBAUT, P.; SULLIVAN, M. J. The persistence of pain behaviors in patients with chronic back pain is independent of pain and psychological factors. **Pain** 2010;151(2):330–6.

- MARTIN, C. E.; JOHNSON, E.; WECHTER, M. E. *et al.* Catastrophizing: a predictor of persistent pain among women with endometriosis at 1 year. **Hum Reprod** 2011;26(11):3078–84.
- MELIS, I.; LITTA, P.; NAPPI, L. *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**. 2015;27:175-185.
- MELLADO, B. H.; FALCONE, A. C. M.; POLI-NETO, O. B. *et al.* Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. **Int J Gynecol Obstet** 2016;133:199-201.
- MERCER, C. H.; FENTON, K. A.; JOHNSON, A. M. *et al.* Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. **BMJ**. 2003;327(7412):426-7.
- MEULEMAN, C.; TOMASSETTI, C.; WOLTHUIS, A, *et al.* clinical outcome after radical excision of moderate-severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis: a prospective cohort study. **Ann Surg**. 2013; April 10. 1-2.
- MINSON, F. P.; ABRAO, M. S.; SARDA JUNIOR, J. *et al.* Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis. **Rev Bras Ginecol Obstet** 2012; 34:11-15.
- NASYROVA, R. F.; SOTNIKOVA, L. S.; BAYSTRUKOVA, N. V. *et al.* Psychoimmune interactions in women of reproductive age with endo- metriosis. **Bull Exp Biol Med** 2011;152:93–97.
- NNOAHAM, K. E.; HUMMELSHOJ, L.; WEBSTER, P. *et al.* Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. **Fertil Steril**. 2011; 96:366-373.
- NUNES, F. R.; FERREIRA, J. M.; BAHAMONDES, L. *et al.* Quality of sex life and partnership in women affected by endometriosis. **Sexologies**. 2008; 17(1):S35.
- 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.
- PACAGNELLA, R. C.; VIEIRA, E. M.; RODRIGUES, O.M. Jr. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Female Sexual Function Index. **Cad Saude Publica**. 2008; 24:416–26.
- PARAZZINI, F. Risk factors for pelvic endometriosis in women with pelvic pain or infertility. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1999;83:195–199.
- PARAZZINI, F.; CIPRIANI, S.; BRAVI, F. *et al.* A meta analysis on alcohol consumption and risk of endometriosis. **Am J Obstet Gynecol**. 2013;209(2):106e1-106.e10.
- PETRELLUZZI, K. F.; GARCIA, M. C.; PETTA, C. A. *et al.* Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. **Stress** 2008;11:390–7.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor Mc Gill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev Esc.Enf.USP** 1996; 30(3): 473-83.

- POPE, C. J.; SHARMA, V.; SHARMA, S. *et al.* A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. **J Obstet Gynaecol Can.** 2015;37(11):1006–1015.
- REGAN, P. C.; BERSCHIED, E. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. **J Sex Marital Ther.** 1996;22(2):110-20.
- ROTH, R. S.; PUNCH, M.; BACHMAN, J. E. Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study. **Gynecol Obstet Invest.** 2011;72(1):15–19.
- SALMERI, F. M.; LAGANÀ, A. S.; SOFO, V. *et al.* Behavior of tumor necrosis factor- α and tumor necrosis factor receptor 1/tumor necrosis factor receptor 2 system in mononuclear cells recovered from peritoneal fluid of women with endometriosis at different stages. **Reprod Sci** 2015;22:165–72.
- SEEAR, K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. **Soc Sci Med** 2009;69:1220–1227.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública.** 2004; 20(2): 580-588.
- SEPULCRI, R. P.; AMARAL, V. F. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2009;142:53–56.
- SIEDENTOPF, F.; TARIVERDIAN, N.; RÜCKE, M. *et al.* Immune status, psychosocial distress and reduced quality of life in infertile patients with endometriosis. **Am J Reprod Immunol** 2008;60:449–461.
- SIMOENS, S.; DUNSELMAN, G.; DIRKSEN, C. *et al.* The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. **Hum Reprod** 2012;27:1292–1299.
- SINAI, N.; CLEARY, S. D.; BALLWEG, M. L, *et al.* High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. **Hum Reprod** 17 10:2715-2724, 2002
- SOLIMAN, A. M.; YANG, H.; DU, E. X. *et al.* The direct and indirect costs associated with endometriosis: a systematic literature review. **Hum Reprod** 31 4:712-722, 2016
- SOUZA, C. A.; OLIVEIRA, L. M.; SCHEFFEL, C. *et al.* Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis: a cross sectional survey. **Health Qual Life.** 2011;9:41–5.
- STURLESE, E.; SALMERI, F. M.; RETTO, G. *et al.* Dysregulation of the Fas/FasL system in mononuclear cells recovered from peritoneal fluid of women with endometriosis. **J Reprod Immunol** 2011;92:74–81.
- TARIVERDIAN, N.; THEOHARIDES, T. C.; SIEDENTOPF, F. *et al.* Neuroendocrine-immune disequilibrium and endometriosis: an interdisciplinary approach. **Semin Immunopathol** 2007;29:193–210.
- THIRLAWAY, K.; FALLOWFIELD, L.; CUZICK, J. The sexual activity questionnaire: a measure of women's sexual functioning. **Qual Life Res** 1996;5:81 – 90.

TRIOLO, O.; LAGANÀ, A. S.; STURLESE E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. **J Clin Med Res.** 2013;5(3):153-163.

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

VAN DEN BROECK, U.; MEULEMAN, C.; TOMASSETTI, C. *et al.* Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection. **Hum Reprod** 2013;28:2389–2397.

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** 2011; 19(5).

VERCELLINI, P.; BARBARA, G.; ABBIATI, A. *et al.* Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2009;146:15–21.

VERCELLINI, P.; FRATTARUOLO, M. P.; SOMIGLIANA, E. *et al.* Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis- associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. **Hum Reprod** 2013;28: 1221–1230.

VERCELLINI, P.; VIGANO, P.; SOMIGLIANA, E *et al.* Endometriosis: pathogenesis and treatment. **Nat Rev Endocrinol** 2014.10 5:261-275.

VITALE, S. G.; LA ROSA, V. L.; RAPISARDA, A. M. *et al.* Comment on: “Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. **J. Psychosom Obstet Gynaecol.** 2017, 38, (1) – 81-82

VITALE, S. G.; LA ROSA, V. L.; RAPISARDA, A. M. *et al.* Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being. **J Psychosom Obstet Gynaecol.** Epub 2016 Oct 18:1–3.

VITALE, S. G.; PETROSINO, B.; LA ROSA, V. L. *et al.* A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. **J Obstet Gynaecol Can.** 2016a;38(12):1079–1080.

VITALE, S.G.; LA ROSA, V.L; RAPISARDA, A. M.; LAGANÀ, A. S. *et al.* Comment on: “Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology** 38(1):1-2 · October 2017

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

WEIJMAR, S. W. C.; VAN DE WIEL, H. B.; HAHN, D. E. *et al.* Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. **Int J Gynecol Cancer.** 1992;2(6):281-90.

ANEXO A – 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 de dor pélvica crônica. Serão incluídas mulheres com diagnóstico de endometriose e de dor pélvica crônica, que concordarem em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Serão utilizados para coleta dos dados: - Ficha Médica do Serviço de Ginecologia – MEAC e para avaliação da Qualidade de Vida Geral, serão utilizados o questionário SF-36 e o EHP-30.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** meloventura@uol.com.br

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC**


Continuação do Parecer: 1.387.693

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Aprovação após ajuste no TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ajustar TCLE

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado concorda com o relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621368.pdf	24/12/2015 17:35:47		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	24/12/2015 17:35:17	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Outros	TERMODECIENCIA.pdf	24/12/2015 17:29:22	manuela cavalcante portela marinho	Aceito
Outros	CARTEANUENCIA.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

ANEXO B - 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	Alguma 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 deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	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 C – Female sexual function index (FSFI)

INICIAIS:

PCTE Nº:

DATA:

INSTRUÇÕES

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

ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA POR PERGUNTA

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

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

PERGUNTAS

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

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

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

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

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

ANEXO D- Índice de depressão de Beck (IDB)

QUESTIONÁRIO DE BECK

1	<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 E - 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.....

APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

TÍTULO DA PESQUISA: O IMPACTO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DAS MULHERES COM ENDOMETRIOSE PROFUNDA NA QUALIDADE DE VIDA, NA DEPRESSÃO E NA FUNÇÃO SEXUAL: UMA COORTE PROSPECTIVA.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO

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: **KATHIANE LUSTOSA AUGUSTO**

Telefone para contato do pesquisador: (85) 99917.2016;

Telefone para contato do CEP: (85) 33668569

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