



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Psicopatologia e Qualidade de Vida na Endometriose

Carla Sofia Lucas do Nascimento

Tese para obtenção do Grau de Doutor em
Psicologia
(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof(a). Doutor(a) Maria de Fátima de Jesus Simões
Co-orientador: Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva

Covilhã, fevereiro de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho a toda a minha família, aos meus amigos. Dedico-o ainda à Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose - MulherEndo, pois é uma fonte de auxílio para toda nós e às portadoras de endometriose que todos os dias travam, com muita coragem, uma batalha constante contra a dor, a frustração e a incompreensão.

Agradecimentos

"Enquanto o rio correr, os montes fizerem sombra e no céu houver estrelas, deve durar a memória do benefício recebido na mente do Homem agradecido." (Virgílio)

Ao realizar este trabalho deparei-me, por vezes, com barreiras e obstáculos difíceis de transpor. Afortunadamente contei com a ajuda de algumas pessoas maravilhosas sem as quais não teria conseguido atingir o meu objetivo.

Contei com a minha orientadora Professora Doutora Fátima Simões, foi sem dúvida um apoio e uma fonte de motivação, bem como com o meu co-orientador, Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva foi, é e continuará a ser uma fonte de inspiração pela sua mestria, pela sua paciência e pela ajuda preciosa em todos os momentos.

Os meus amigos Zé Luís e Cristina com a sua sabedoria e carinho permitiram que o caminho se tornasse menos penoso. O Hugo, companheiro de batalha e de muitas horas de trabalho, entre risos e frustrações, ajudou-me a fazer esta jornada. Os meus médicos, Dr. Albertino Chaves e Dr. António Setúbal, por me acompanharem, por me ouvirem e ajudarem em todos os momentos a manter-me sã.

A Diana e a Mafalda são sem dúvida uma fonte inesgotável de ternura e, por tal, mantiveram-me forte e deram-me coragem para seguir em frente.

Fazer um trabalho como este só foi possível porque tenho a sorte de contar com um a família maravilhosa que me dá assas e colo em todos os momentos necessários. O meu Pai Pinto e a minha Mãe Luísa pelo incentivo contante, pela força, pela coragem, pelas asas e por o colo que sempre me deram e sobretudo por terem acreditado em mim. Sem eles não seria o que sou, são a minha força e o meu modelo. A minha irmã, a mais atenciosa e maravilhosa que alguém pode ter, o meu ombro amigo, a minha companheira de risos e desabafos, a minha Ni. O meu cunhado, que muitas vezes, acho que sem saber, entre brincadeiras, mas fazia repensar na forma como os diversos obstáculos se poderiam transpor. A minha Avó Bina, pelos ensinamentos e carinho ao longo de toda a minha vida.

O meu marido Paulo Rodrigues, o meu melhor amigo, o meu grande amor, o meu companheiro em todos os momentos de dor, de alegria, de choro, de frustração, de revolta por termos que lidar com esta doença. O seu apoio incondicional, o seu carinho, o seu amor, a sua paciência e compreensão em todos os momentos deram-se força e coragem para continuar. Não há palavras para descrever o quanto de amo.

A todos, obrigada, por fazerem parte da minha vida e os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

A endometriose é uma doença crónica, inflamatória (Amaral et al., 2009) e debilitante que afeta sobretudo mulheres em idade reprodutiva (Beck et al., 2006). Não se conhecem valores definitivos no que diz respeito à incidência e prevalência, mas alguns autores consideram que cerca de uma em cada 10 mulheres pode ser portadora desta patologia (D. B. Santos et al., 2012). As portadoras de endometriose, independentemente da idade (Chapron et al., 2003), podem apresentar manifestações clínicas de intensidade variada (Nnoaham et al., 2009), composta por sinais e sintomas que, por vezes, podem indiciar outro tipo de patologia surgindo assim dificuldades no seu diagnóstico (Antunes & Martinho, 2015). Deste modo, estamos perante uma patologia que se caracteriza por apresentar um quadro sintomático diversificado do ponto de vista físico (Laganà et al., 2015) e muitas vezes psicológico (Sousa et al., 2015) que pode contribuir para uma perceção de baixa qualidade de vida (Facchin et al., 2015). Neste estudo debruçamo-nos sobre a análise do perfil psicopatológico e do impacto da endometriose na qualidade de vida da nossa amostra. Neste sentido, foi pedido às portadoras de endometriose que pertencem a um grupo fechado de facebook, que preenchessem um questionário *online*. O questionário era constituído por questões sociodemográficas, BSI, MOS-SSS e EHP-30. Os nossos resultados sugerem que aproximadamente um terço destas mulheres apresentam sintomatologia psicopatológica nos quais se destacam sintomas de depressão, somatização e ansiedade fóbica que tendem a ser correlacionados com o número de sintomas físicos, localização da endometriose e estado civil. As participantes parecem demonstrar boa perceção de suporte social que pode estar a funcionar como um fator protetor para a sintomatologia psicopatológica e para a qualidade de vida. Neste trabalho, os fatores que parecem estar a comprometer a qualidade de vida prendem-se com aspetos como a dor, o controlo e impotência face à mesma e à evolução da patologia, bem como a infertilidade. Após a discussão avançamos com uma proposta de retrato robot da mulher com endometriose pertencente à população.

Palavras-chave

Endometriose, perceção de suporte social, psicopatologia, qualidade de vida.

Abstract

Endometriosis is a chronic, inflammatory (Amaral et al., 2009) and debilitating disease that affects women in reproductive age (Beck et al., 2006). There are no known definitive values regarding the incidence and prevalence, but some authors consider that about 1 in 10 women can be a carrier of this disease (D. B. Santos et al., 2012). The women with endometriosis, regardless of age (Chapron et al., 2003), may exhibit clinical manifestations of varying intensity (Nnoaham et al., 2009), consisting of signs and symptoms that can sometimes point to pathology thus resulting in difficulty to obtain their diagnosis (Antunes & Martin, 2015). Therefore, we have a condition which is characterized by presenting a diverse physical symptomatic (Laganà et al., 2015) and often psychologically (Sousa et al., 2015) which may contribute to a low quality of life perception (Facchin et al., 2015). In this study we look to the analysis of the psychopathological profile and the impact of endometriosis on the quality of life in our sample. In this sense it was asked to women with endometriosis who belong to a closed group of facebook, to fill out an online questionnaire. The questionnaire consisted of sociodemographic questions, BSI, MOS-SSS and EHP-30. Our results suggest that approximately one third of these women have psychopathological symptoms in which we highlight symptoms of depression, somatization and phobic anxiety that tend to be correlated with the number of physical symptoms, endometriosis location and marital status. Participants seem to show good perception of social support that may be operating as a protective factor for the psychopathological symptoms and quality of life. In this paper the factors that seem to compromise the quality of life relate to things like pain, control and powerlessness in the face of it and the evolution of the disease and infertility. After the discussion we present a proposal for a portrait robot of women with endometriosis belonging to our sample.

Keywords

Endometriosis, perception of social support, psychopathology, quality of life.

Índice

Capítulo I	1
Pretexto para o estudo e problema	1
Capítulo II	3
Estado da Arte	3
Endometriose	3
Psicopatologia na Endometriose	19
Qualidade de Vida na Endometriose	31
Capítulo III	45
Método	45
Participantes	45
Materiais	45
Procedimento	48
Capítulo IV	51
Resultados	51
Capítulo V	75
Discussão dos Resultados	75
Bibliografia	103
Anexos	113
Anexo I	113

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo do funcionamento do eixo HPA	28
Figura 2 - Distribuição ordenada da pontuação de “Somatização” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.	52
Figura 3 - Distribuição ordenada da pontuação de “Depressão” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.	53
Figura 4 - Distribuição ordenada da pontuação de “Ansiedade Fóbica” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.	54
Figura 5 - Distribuição ordenada da pontuação de “Índice de Sintomas Psicopatológicos (ISP)” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.	55
Figura 6 - Análise de clusters com o método da ligação média entre grupos	63

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Teorias explicativas do surgimento da Endometriose.....	8
Tabela 2 - Classificação da Endometriose segundo Acosta (1973)	10
Tabela 3 - Classificação da Endometriose segundo Kistner	11
Tabela 4 - Classificação expandida do Buttram de endometriose	12
Tabela 5 - Classificação Revista da Endometriose segundo a A.S.R.M. (1996).....	13
Tabela 6 - O conceito de normalidade tendo em conta as áreas de atuação	21
Tabela 7 - Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia	21
Tabela 8 - Taxonomia das definições de Qualidade de vida	32
Tabela 9 - Dimensões da Qualidade de vida Relacionada à Saúde	36
Tabela 10 - Comparação da média de “Somatização” das participantes com o ponto de corte do BSI	52
Tabela 11 - Comparação da média de “Depressão” das participantes com o ponto de corte do BSI	53
Tabela 12 - Comparação da média de “Ansiedade Fóbica” das participantes com o ponto de corte do BSI	53
Tabela 13 - Comparação da média do “Índice de Sintomas Positivos” (ISP) das participantes com o ponto de corte do BSI.....	54
Tabela 14 - Teste de Amostras independentes entre “Número de sintomas de endometriose” nas participantes com e sem somatização	55
Tabela 15 - Efeito da existência de parceiro na sintomatologia de depressão	56
Tabela 16 - Teste de Amostras independentes entre “Localização da Endometriose” nas participantes com e sem ansiedade fóbica.....	56
Tabela 17 - Comparação da média de “EHP-30 Dor” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	56
Tabela 18 - Comparação da média de “EHP-30 Controlo e Impotência” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	57
Tabela 19 - Comparação da média de “EHP-30 Bem-estar Emocional” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	57
Tabela 20 - Comparação da média de “EHP-30 Suporte Social” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	57
Tabela 21 - Comparação da média de “EHP-30 Autoimagem” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	58
Tabela 22 - Comparação da média de “EHP-30 Relações Sexuais” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	58
Tabela 23 - Comparação da média de “EHP-30 Tratamento” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	58

Tabela 24 - Comparação da média das dimensões do EHP-30 das Participantes do nosso estudo com as médias no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa	59
Tabela 25 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de Endometriose” e “Sintomas Positivos de Psicopatologia (ISP)”	59
Tabela 26 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do EHP-30 Geral	60
Tabela 27 - Correlações bivariadas entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 Geral” com controlo da variável “idade”	60
Tabela 28 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 questionário modular”	60
Tabela 29 - Correlações bivariadas entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 questionário modular” com controlo da variável “idade”	61
Tabela 30 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “Índice de Sintomas Positivos” e as dimensões do Mos-SSS.....	61
Tabela 31 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “Mos-SSS” e as dimensões do Questionário Central do EHP-30	62
Tabela 32 - Comparação das médias das participantes com e sem sintomatologia depressiva (dimensão “depressão” do BSI) com as médias do EHP-30 central dimensão “Bem-estar Emocional”	64
Tabela 33 - Correlações bivariadas de Pearson entre o ISP, a dimensões “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade fóbica” e as dimensões do Questionário Central do EHP-30	64
Tabela 34 - Comparação das médias do número de sintomas físicos da endometriose das nossas participantes, com as médias do EHP-30 central dimensão “Controlo e Impotência”	64
Tabela 35 - Correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões do Questionário Central do EHP30	65
Tabela 36 - Correlações bivariadas de Pearson entre a dimensão “Somatização” do BSI e a dimensão “Relação com os Filhos” do Questionário modular do EHP-30	65
Tabela 37 - Análise de conteúdo da questão aberta do questionário	66

Lista de Acrónimos

ACTH	Hormona adrenocorticotrópica
AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
AMP	Acetato de medroxiprogesterona
A.S.R.M.	American Society for Reproductive Medicine
AVP	Arginina-vasopressina
BDNF	Fator neurotrófico derivado do cérebro
BSI	Brief Symptom Inventory
CID	Classificação Internacional de Doenças Mentais
CRH	Hormona Libertadora de Corticotropina
D.P.	Desvio Padrão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana
EHP-30	The Endometriosis Health Profile
EUA	Estados Unidos da América
GnRH	Hormona Libertadora das Gonadotrofinas
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
ISP	Índice de Sintomas Positivos
M	Média
MOS-SSS	Medical Outcome Study Social Support Survey
NE	Norepinefrina
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida Relacionada à Saúde
RGs	Glicocorticoides
RMs	Mineralocorticoides
SF-36	36-Item Short Form Survey
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Science
VEGF-A	Crescimento endotelial vascular - A

Capítulo I

Pretexto para o estudo e problema

Durante anos acreditei que as dores menstruais eram algo normal e comum a muitas mulheres. Sujeitei-me, tal como tantas mulheres a lutar contra a dor durante o período pré-menstrual, menstrual, e muitas vezes nos dias seguintes. A medicação era um auxílio e uma companhia, mas a maior parte das vezes revelava-se ineficaz. Anos de dores e sofrimento físico, dores abdominais, fadiga, alterações de humor entre tantos outros sinais e sintomas que se tentam esconder de todos os que nos rodeiam pois receamos que nos considerem fracas ou menos mulheres por nos queixarmos de uma situação banal na vida de qualquer mulher, o período menstrual. As consultas periódicas ao ginecologista revelavam um funcionamento normal e por tal como saberia que poderia ter alguma doença? Quando o período menstrual chegava, trazia com ele uma panóplia inexplicável de sintomas, mas o pior eram, sem sombra de dúvida, as dores acutilantes e agonizantes. Era tão complicado trabalhar, era impossível, muitas vezes, sair da cama, era difícil viver. Aqueles que nos rodeiam e observam o nosso sofrimento querem fazer algo para ajudar e a pergunta era sempre a mesma: “Queres ir às urgências? Tens que ir ao hospital tu não estás bem.” A minha resposta era sempre que não. Não queria ir à urgência, o que diria eu: “estou com dores, pois estou na fase do período menstrual.” O medo da chacota de quem nos recebe nesta circunstância, a vergonha de ser menos valente do que as restantes mulheres ou o ter de ouvir: “dores...quando tiver um filho vai ver o que são dores”. Mas há um dia, na vida de todas nós, que, por um acaso, numa coincidência deparamo-nos com um outro médico, mais um dos muitos a que já fomos, que após uma observação nos diz que temos “Endometriose”. Nesse momento sentimos angústia por estarmos doentes, e sentimos um verdadeiro alívio e uma real felicidade porque, agora, sabemos o que temos, sabemos que todos os nossos sintomas não são fruto da nossa imaginação, são reais, existem e temos que iniciar, agora, uma nova vida em busca de um tratamento, pois cura percebemos claramente que não temos, não só para as nossas dores físicas, como para as emocionais que esta doença acarreta. Com um diagnóstico nas mãos a ida à urgência, sempre que as dores apertam, torna-se mais fácil, pois posso dizer: “estou com dores, tenho endometriose” e à resposta “quando tiver um filho verá o que são dores” tristemente respondemos: “não sei se poderei alguma vez engravidar, pelo menos de forma natural”.

A pergunta que agora se impõe não é se vou ficar curada, pois a essa já sei responder, mas passa por querer saber se todos os sinais e sintomas neuropsicopatológicos que vinha a sentir estavam intrinsecamente associados a esta patologia, de que sou portadora, e que por sua vez me retiravam qualidade de vida.... Pois a doença não é apenas física é também emocional, familiar, laboral e social.

A psicopatologia neuropsiquiátrica como a depressão e ansiedade é considerada como sendo a situação clínica mais frequente nos pacientes com endometriose. A literatura apresenta alguns fatores de risco que parecem estar associados ao surgimento deste tipo de psicopatologia em portadoras de endometriose, tais como: a dor crónica, a dificuldade de diagnóstico, a idade, a localização e os sintomas da doença física, bem como a perceção de suporte social deficitário, a perceção de má qualidade de vida entre outros.

Ao pensar nesta patologia, na luta constante que se trava com uma doença inflamatória e crónica surge-nos uma questão: “Será que numa amostra de mulheres da população Portuguesa portadoras de endometriose encontraremos o mesmo perfil psicopatológico e o mesmo tipo de impacto na qualidade de vida que a revisão da literatura científica sugere?”

Capítulo II

Estado da Arte

Neste capítulo procuraremos abordar algumas questões relacionadas com os temas fundamentais desenvolvidos neste trabalho. Deste modo, o capítulo em causa irá incidir sobre a endometriose, a psicopatologia e a qualidade de vida. Estes foram considerados, por nós, como sendo os aspetos essenciais a desenvolver e relacionar neste estudo. Iniciaremos o capítulo com uma breve abordagem dos aspetos fundamentais da Endometriose. Na segunda parte do capítulo abordaremos a temática da psicopatologia e da sua relação com a endometriose. Com o decorrer do capítulo teremos ainda uma parte dedicada à qualidade de vida, os seus aspetos mais relevantes e a relação com a endometriose.

Endometriose

“E, se você me achar esquisita, respeite também. Até eu fui obrigada a me respeitar.”
(Lispector, 1984)

A endometriose é uma das doenças mais complexas e misteriosas para a sua portadora, bem como familiares e amigos (D. B. Santos et al., 2012). Das várias doenças crónicas conhecidas atualmente existem algumas que, por afetarem uma população específica ou por não estarem até hoje devidamente documentadas e estudadas, são muitas vezes desconhecidas do público em geral e, por vezes, até da população médica (Denny, 2009). É, neste campo das doenças crónicas, ainda pouco trabalhado, que se encontra a Endometriose (Amaral, Lago, Kondo, Guarita-Souza, & Francisco, 2009). Esta patologia é reconhecida desde o século XVII, tendo sido descrita pela primeira vez por Von Rokistanzky em 1860 (Giudice & Kao, 2004). No entanto, a sua análise do ponto de vista moderno, surgiu apenas em 1927 “pela mão” de Sampson (Batt, 2011).

Apesar de ser uma patologia reconhecida há muitos anos, a sua patogénese ainda não está totalmente esclarecida (Beck, Torejane, & Ghiggi, 2006) e o seu comportamento pode ser variado (Bellelis et al., 2010). O diagnóstico de endometriose, por norma, é obtido recorrendo a vídeo laparoscopia, bem como outros exames complementares de diagnóstico, dificultando assim um diagnóstico célere (Batt, 2011).

Esta é uma doença crónica (Amaral et al., 2009) e debilitante que afeta sobretudo mulheres em idade reprodutiva (Beck et al., 2006). Tratando-se de uma patologia benigna e inflamatória caracteriza-se pela presença de tecido funcional semelhante ao endométrio, mucosa que

reveste o interior da cavidade uterina (C. R. L. Silva, Silva, & Viana, 2005), localizado fora da cavidade uterina (Amaral et al., 2009; Nácúl & Spritzer, 2010).

Durante o ciclo menstrual o endométrio sofre alterações para, após a ovulação, propiciar a nidação do embrião (Cabrita, Mota, Gil, Torgal, & Oliveira, 2004). No entanto, quando a gravidez não ocorre, o endométrio descama-se e é expelido pelo colo do útero juntamente com sangue menstrual (Cardoso, Anselmo, Miguel, & Silva, 2011). Em alguns casos, o endométrio desenvolve-se fora do seu “habitat” natural, levando ao aparecimento de endometriose (Nácúl & Spritzer, 2010).

Deste modo, podemos afirmar que a endometriose se caracteriza pela presença de lesões causadas por tecido funcional, semelhante ao endométrio, localizado fora do interior do útero (Vinatier, Orazi, Cosson, & Dufour, 2001), as quais podem ocorrer em diversos locais apesar dos mais comuns se situarem no aparelho reprodutor (Batt, 2011; Mounsey, Wilgus, & Slawson, 2006; Neme, 2005). Existem, no entanto, outras áreas que podem ser afetadas tais como: gastrointestinal, urinária, pulmonar e sistema nervoso central (SNC) (Bellelis et al., 2010; Cabrita et al., 2004). Assim, a presença de células de tecido funcional semelhante ao endométrio que se instalam fora do interior do útero causam uma reação de inflamação do organismo levando a lesões, aderências entre diversos órgãos e formação de nódulos (ASRM, 2012; Guercia & Gouvinhas, 2015).

Neste contexto, a portadora de endometriose pode apresentar um quadro clínico variável, podendo, em muitos casos, ser assintomático (Cabrita et al., 2004). No entanto, a maioria das pacientes com endometriose apresenta manifestações clínicas de intensidade variada dependendo dos casos (Cabrita et al., 2004; Nnoaham et al., 2009). Deste modo, a maioria das manifestações clínicas estão relacionadas com a dor (pélvica, dismenorreica, associada á dispareunia, associada á disquesia e ovulatória), fadiga, problemas intestinais e urinários (durante a fase menstrual e pré-menstrual), infertilidade e sintomatologia psicopatológica (Amaral et al., 2009; Bellelis et al., 2010; Fourquet et al., 2015; Nácúl & Spritzer, 2010).

Alguns estudos de revisão apontam como principais sintomas: a dismenorréia, a dor pélvica crônica e a dispareunia (Sousa, Queiroz, Baron, & Sperandio, 2015). Estes mesmos estudos referem que os sintomas anteriormente mencionados surgem, na maioria dos casos, em mulheres caucasianas e em idade reprodutiva, acentuando-se na altura de início do período menstrual, onde o estrógeno se encontra em maiores quantidades (Sousa et al., 2015).

A dor pélvica é sentida na região abaixo do abdómen pode ocorrer antes, durante e após a menstruação (Podgaec & Abrão, 2004). Na maioria dos casos são dores, consideradas muito fortes, que causam um enorme desconforto e tal como algumas mulheres relatam, obrigando-as a colocarem-se em posição fetal (Bellelis et al., 2010; Podgaec & Abrão, 2004). No que diz respeito à dismenorreia, esta é mais conhecida como “cólica menstrual” é caracterizada como sendo uma dor pélvica que ocorre antes ou durante o período menstrual (C. R. L. Silva et al.,

2005), esta é descrita como intensa, sendo classificada em leve, moderada, severa e incapacitante, de acordo com a resposta ao tratamento farmacológico (Podgaec & Abrão, 2004). Alguns autores consideram que pode levar ao surgimento de outros sintomas, associados tais como: náusea, vômito, dor na região lombar com irradiação para as coxas, fadiga, astenia, entre outros (Sousa et al., 2015). Por seu lado, a dispareunia é caracterizada por dor durante o ato sexual, nos lábios vaginais, na vagina ou em áreas pélvicas. Ocorre durante a relação sexual (C. R. L. Silva et al., 2005), sendo dividida em dispareunia de penetração, que pode estar relacionada, com vulvovaginites e vaginismo, dispareunia de profundidade, na qual as pacientes relatam dor no fundo da vagina sendo esta a mais comum na endometriose, especialmente nos casos de acometimento profundo da doença (Bellelis et al., 2010; Podgaec & Abrão, 2004). As alterações intestinais cíclicas que ocorrem durante o período menstrual incluem aceleração ou diminuição do trânsito intestinal, dor na evacuação levando por vezes a sangramento nas fezes e as alterações urinárias cíclicas que podem incluir disúria, hematúria, polaciúria e urgência urinária no decorrer do período menstrual (Podgaec & Abrão, 2004). A fadiga e a astenia são dois sintomas que nem sempre são fáceis de explicar pelas portadoras de endometriose, mas são relatadas, por estas, como sendo um cansaço físico extremo anormal e injustificado, bem como de diminuição da força muscular, muitas vezes acompanhado por uma enorme sensação de fraqueza (Podgaec & Abrão, 2004; Sousa et al., 2015).

Tal como temos vindo a relatar, um dos sintomas que surgem na maioria dos estudos prende-se com a dor (Manderson, Warren, & Markovic, 2008). Segundo vários estudos a intensidade das dores pode decair com a idade (De Cicco et al., 2011; Sousa et al., 2015). Alguns autores consideram que este facto pode estar relacionado com a diminuição da produção de estrogênio, bem como com a diminuição da atividade sexual (De Cicco et al., 2011). No que diz respeito à intensidade da dor, alguns autores consideram que esta não é determinada pelo tipo ou extensão da lesão (Suvitie, Hallamaa, Matomäki, Mäkinen, & Perheentupa, 2015), e sim pela sua relação com fibras nervosas, deste modo, a sintomatologia da dor não deve servir como parâmetro para avaliar o estágio da doença (Ceccarelli, 2005; Jia, Leng, Shi, Sun, & Lang, 2012).

Alguns estudos, que pretendem analisar os sintomas de endometriose revelam a existência de sintomas considerados de maior dificuldade de controle clínico, com é o caso do tempo de doença e da dor, estes podem levar a uma hiperalgesia, fazendo com que a sensibilidade à dor se torne maior (Fritzer et al., 2013; Vercellini et al., 2011). Neste sentido, o tempo de diagnóstico da endometriose pode estar relacionado com o surgimento desta patologia em outras áreas, como é o caso da endometriose intestinal (Sousa et al., 2015).

A análise dos sintomas com maior incidência em portadoras de endometriose no intestino mostra a ocorrência de dores abdominais, obstipação, sensação de pressão ao evacuar, dor, sangramento ou mesmo estenose e oclusão intestinal (Kössi, Setälä, Mäkinen, Härkki, & Luostarinen, 2013). Tendo em conta que estes sintomas, da endometriose intestinal, são muitas

vezes semelhantes, de forma geral, aos de outras doenças intestinais, isto causa uma dificuldade acrescida no diagnóstico da patologia e um aumento da sua gravidade, bem como das complicações associadas (Kössi et al., 2013; Sousa et al., 2015).

Quando se tentam relacionar os sintomas da endometriose com a extensão das lesões, os estudos que realizam estas análises relatam a ausência de relação direta com qualquer outro sintoma. Segundo os autores destas investigações esta falta de relação direta pode estar relacionada com o facto das mulheres que praticamente não apresentavam lesões apresentam prevalências altas para os outros sintomas, sendo o contrário também verdadeiro (Manderson et al., 2008; Sousa et al., 2015).

Pelo exposto, percebe-se que as portadoras de endometriose, independentemente da idade, experimentam uma variedade de sintomas que se encontram relacionados com a dor. No entanto, a relação entre a endometriose e os diversos sintomas de dor é bastante complexa, com baixa correlação entre a extensão da doença (observada muitas vezes por laparoscopia) e a intensidade da dor experimentada pela paciente (Chapron et al., 2003; Vercellini et al., 2007). Tal como acontece com muitos outros distúrbios que têm um envolvimento com a dor visceral, tornou-se evidente a variedade de diferentes mecanismos pelos quais a dor pode ser gerada na endometriose (Stratton & Berkley, 2011) produzindo por vezes discretos "fenótipos de dor", cuja compreensão dos seus mecanismos, atualmente, ainda um pouco fragmentada (Vitonis et al., 2014).

No que diz respeito à dor, sabe-se que os três principais mecanismos que a geram são: o nociceptivo, o inflamatório, bem como a dor neuropática gerada centralmente. O mais provável é que uma combinação destes processos ocorram em muitas das pacientes de endometriose (Vitonis et al., 2014). Alguns autores consideram ser possível que estes fenótipos de dor possam ser caracterizados por diferentes perfis de biomarcadores e que podem também ser responsivos a tratamentos únicos e específicos aos casos (Tracey & Mantyh, 2007; Vitonis et al., 2014). Por outro lado, factores psicológicos e cognitivos podem influenciar a forma como se experiencia a dor. Deste modo, tais factores e/ou sintomas psicológicos e cognitivos, por vezes, actuam como facilitadores ou inibidores da experiência de dor e devem, por tal, ser considerados aquando dos estudos na endometriose (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007; Tracey & Mantyh, 2007).

Alguns estudos relatam o envolvimento do fator neurotrófico derivado do cérebro (*Brain-derived neurotrophic factor* - BDNF) na fisiopatogenia da endometriose, uma vez que em conjunto com alguns dos seus recetores o BDNF tem expressão no sistema reprodutor feminino (Q. Zhang et al., 2012). O BDNF atua na regulação da função do crescimento e da diferenciação neuronal (Cowansage, LeDoux, & Monfils, 2010; Kimpton, 2012) e por tal, desempenha um papel central na neurogénese e plasticidade sináptica (Cowansage et al., 2010).

Alguns autores sugerem que uma variante dos genes codificadores do BDNF pode contribuir para o agravamento dos estágios de endometriose, para o aumento da gravidade dos sintomas, bem como para a infertilidade associada à endometriose (Q. Zhang et al., 2012; X. Y. Zhang et al., 2012).

Outros estudos demonstraram que o BDNF pode estar envolvido na regulação de muitas funções desempenhadas pelo eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) (Minichiello et al., 2002; Sertoz et al., 2008; Shalev et al., 2009) bem como os *stressores* e que também ativam o eixo HPA através de circuitos polissinápticos (Alexander et al., 2010; Naert, Maurice, Arancibia, & Givalois, 2007). Deste modo, alguns estudos sugerem a possibilidade de existir uma relação entre o eixo HPA e o BDNF na endometriose, uma vez que muitos dos fenómenos associados à endometriose convergem no núcleo paraventricular hipotalâmico de modo a promover a ativação de neurónios produtores de hormonas libertadoras de corticotropina (*Corticotropin-releasing hormone* - CRH) (Costa, 2012; Herman, Cullinan, Ziegler, & Tasker, 2002).

Assim, parece ser possível a existência de vários sinais nociceptivos que são ativados por recetores sensoriais periféricos especializados na perceção da dor, associados aos casos relatados de endometriose (Costa, 2012). Sendo assim, podem existir alterações neurofuncionais que envolvam interação entre neuromoduladores, neurotransmissores e transdutores de sinais numa rede de sinapses (Costa, 2012), esta noção proporciona um melhor entendimento da etiologia e dos mecanismos da manutenção da dor (Lacerte & Shah, 2003). Neste sentido, alguns autores referem que a análise da disfunção do sistema neuro-imune-endócrino, mediado por BDNF, melatonina, cortisol e citocinas pode contribuir para os mecanismos sistémicos envolvidos no curso da endometriose (Costa, 2012).

Tendo em conta o número de sintomas, a sua gravidade e a relação que estes apresentam com a psicopatologia e a qualidade de vida das mulheres (Sousa et al., 2015), cada vez mais se tem dado importância, na prática clínica, à idade de início da doença, bem como aos principais grupos de sintomas (Akbulut, Gündoğan, & Yörükoğlu, 2014), pois estes factores auxiliam o diagnóstico clínico da endometriose de forma mais célere (Zhao, Liang, & Han, 2014). Neste sentido pretende-se, no novo “mercado da saúde”, evitar gastos desnecessários e permitir que as mulheres com endometriose sejam tratadas o mais precocemente possível com o objetivo de minimizar riscos cirúrgicos e melhorar a qualidade e o conforto de vida destas mulheres (Kim, Park, Jee, Suh, & Kim, 2014).

Apesar dos vários estudos que têm sido realizados ao longo dos últimos anos a etiologia e origem da endometriose ainda é desconhecida. No decorrer de diversos estudos são várias as teorias que têm surgido para explicar o surgimento desta patologia. No entanto, qualquer uma delas tem demonstrado dificuldades em explicar as várias manifestações da doença. Na tabela seguinte apresentam-se, de forma resumida, estas teorias (tabela 1).

Tabela 1 - Teorias explicativas do surgimento da Endometriose

Teoria da Indução	<p>1. A fundamentação desta teoria prediz que os fatores imunológicos e bioquímicos são os responsáveis pela indução de células indiferenciadas em tecido endometrial.</p> <p>2. Esta teoria é alvo de objeção quando descrita de forma independente da teoria metaplasia celômica, pois são consideradas complementares na explicação do desenvolvimento das lesões de endometriose.</p> <p>3. Nos estudos desenvolvidos para testar esta teoria, os tecidos testados não apresentavam presença de glândulas ou estroma endometrial que são dois dos componentes habituais das lesões de endometriose.</p>
Teoria dos Restos Embrionários	<p>1. Teoria baseada na existência de células originárias do Ducto de Muller, com potencial desenvolvimento de endométrio funcional.</p> <p>2. Apresenta os primeiros relatos da presença de tecido semelhante ao endométrio fora da cavidade uterina e tendo em conta a presença de determinados estímulos, restos celulares de origem Mulleriana, poderiam sofrer uma diferenciação em tecido endometrial.</p> <p>3. Esta teoria é questionada quando se observa a distribuição anatômica da endometriose não relacionada com as vias dos Ductos de Muller.</p> <p>4. Os defensores desta teoria consideram como argumento importante, o surgimento de endometriose, embora de forma muito rara em homens. No entanto, mesmo nos casos de endometriose dos homens alguns autores consideram outras possibilidades etiopatogénicas como é o caso da metaplasia celômica.</p>
Teoria das Metástases Linfáticas e Vasculares	<p>1. Teoria proposta por Halban em 1924, ao observar lesões de endometriose no espaço retroperitoneal, bem como em localizações não adjacentes ao tecido peritoneal.</p> <p>2. Esta teoria justifica a hipótese da disseminação de tecido endometrial através do sistema linfático.</p> <p>3. Estudos de Sampson em 1925 acrescentam a possibilidade da via hematogénea para a ocorrência dessa disseminação, demonstrando a presença de tecido endometrial em veias uterinas, outros estudos posteriores, relataram ter encontrado tecido endometrial no sistema linfático em 6.5% de peças operatórias de linfadenectomia pélvica. Estes estudos fundamentam a teoria aqui apresentada.</p>
Teoria da Transplantação, Implantação do Tecido Endometrial e Menstruação Retrograde	<p>1. Proposta por Sampson em 1927 é hoje em dia a teoria que reúne mais consenso na explicação da origem da endometriose, tendo como principal postulado o facto de o tecido endometrial libertado durante a menstruação, sofrer um refluxo através das tubas uterinas.</p> <p>2. Segundo esta teoria o refluxo menstrual vai aderir e proliferar em locais ectópicos da cavidade peritoneal provocando assim as lesões de endometriose.</p> <p>3. São vários os factores que corroboram esta teoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) O fluxo menstrual retrógrado ocorre em 90% das mulheres; b) A presença de células epiteliais endometriais viáveis no fluido peritoneal o que parece indicar que as células

endometriais têm características de adesão, implantação, crescimento e angiogénese;

c) Associação entre fluxo menstrual obstruído e endometriose.

4. A sustentação mais definitiva desta teoria foi obtida com a demonstração de que as células endometriais, uma vez instaladas na cavidade peritoneal, eram capazes de se implantar e originar, assim, lesões de endometriose

5. Alguns autores consideram que apenas o refluxo tubário não é suficiente para estabelecer a patologia pois se é verdade que 90% das mulheres possuem menstruação retrograda dessas, 10 a 15% desenvolvem endometriose.

6. Vários estudos propõem que após a disseminação das células menstruais alguns estágios são necessários para a evolução e manutenção da doença tais como:

a) Escape imunológico - capacidade das células endometriais ectópicas de neutralizarem a resposta imune local;

b) Mecanismos de adesão - capacidade das células endometriais para estabelecerem interações célula-célula e entre células e matriz extracelular nos locais onde se implantam;

c) Mecanismos de invasão - após a fixação, as células endometriais devem ser hábeis o suficiente para invadir o tecido ao qual se vão ligar;

d) Mecanismos de apoptose - o mecanismo de apoptose elimina as células senescentes da camada funcional do endométrio uterino, durante a fase secretora tardia do ciclo menstrual substituindo-as por células novas durante a fase proliferativa do ciclo. No entanto, alguns estudos demonstram que em mulheres com endometriose a percentagem de células que passam por apoptose é menor o que pode levar a que algumas células mantenham atividade fisiológica errónea;

e) Neovascularização - o ambiente peritoneal é bastante angiogénico e o aumento na atividade, bem como na quantidade de fator de crescimento endotelial vascular - A (vascular endothelial growth factor A - VEGF-A) principal molécula envolvida e expressa nos implantes de endométrio, foi demonstrado no fluido peritoneal e no endométrio de portadoras de endometriose

f) Proliferação das células ectópicas - a aromatase é uma enzima catalisadora da biossíntese do estrógeno e em cistos de endometriose, bem como em implantes endometriais extra-ovarianos foi identificado um aumento desta enzima, podendo assim existir uma relação direta da aromatase na patogénese da endometriose.

(In D. B. Santos et al., 2012)

Como se pode observar no quadro anterior várias teorias tem sido propostas para explicar o processo de desenvolvimento da endometriose (Beck et al., 2006), no entanto a que reúne maior consenso, atualmente, e por tal sendo a teoria mais amplamente aceita é a que envolve o refluxo retrógrado de tecido menstrual das trompas durante a menstruação (King, Barbara, Prentice, Brenton, & Charnock-Jones, 2016; Mounsey et al., 2006) ou seja a teoria da transplantação, implantação do tecido endometrial e menstruação retrograde (Beck et al., 2006; Dunselman et al., 2014; D. B. Santos et al., 2012).

Independentemente da teoria explicativa da endometriose esta pode ser classificada de várias formas. Alguns autores como Acosta (1973), bem como a *American Society for Reproductive Medicine* (A.S.R.M.) (1996) classificam a endometriose como sendo leve, moderada ou grave embora distingam os estágios de forma diferente (Acosta et al., 1973; Nácul & Spritzer, 2010). Autores como Kistner e Buttram preferem uma classificação por estágios, sendo que os estágios iniciais apresentam menos lesões físicas (Roberts & Rock, 2003). Apesar de hoje em dia a maioria dos estudos se basearem na classificação da *American Society for Reproductive Medicine* (1996), que sugere uma classificação da endometriose em mínima, leve, moderada ou grave utilizando tanto a extensão da doença (no peritônio e ovários), bem como pela presença de aderências (tubo-ovarianas e bloqueio do fundo de saco de Douglas) (Nácul & Spritzer, 2010), deixaremos aqui as várias classificações de endometriose encontradas na literatura. Nas tabelas seguintes podemos observar as classificações segundo os diversos autores (tabela 2, 3, 4 e 5).

Tabela 2 - Classificação da Endometriose segundo Acosta (1973)

Grau leve:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesões dispersas (os implantes não estão associados a cicatrizes ou retração do peritoneu) na região anterior e posterior ou posterior do saco de Douglas; 2. Implante superficial raro no ovário, sem endometrioma, sem cicatrizes superficiais, ou pequeno endometrioma; 3. Sem adesões peritubulares.
Grau moderado:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometriose envolvendo um ou ambos os ovários, com lesões superficiais, cicatriz e retração, ou pequenos endometriomas; 2. Aderências periováricas mínimas associadas com lesões no ovário; 3. Aderências peritubulares mínimas associadas a lesões descritas no ovário; 4. Implantes superficiais nas regiões anterior e/ou posterior do saco de Douglas com cicatriz e retração. Algumas aderências, mas sem invasões no sigmóide.
Grau grave:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometriose envolvendo um ou ambos os ovários com endometrioma > 2 cm; 2. Um ou ambos os ovários comprometidos por aderências associadas com endometriose, com ou sem aderências nas trompas para ovários; 3. Um ou ambos os tubos ligados ou obstruídos por endometriose; aderências ou lesões associadas; 4. Obliteração do saco de Douglas por aderências ou lesões associadas com a endometriose; 5. Espessamento dos ligamentos sacro-uterinos; 6. Endometriose intestinal significativa ou envolvimento do trato urinário;

(Acosta et al., 1973)

Tabela 3 - Classificação da Endometriose segundo Kistner

ESTÁGIO I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Áreas de endometriose estão presentes no peritoneu pélvico posterior (Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados) ou na superfície do ligamento largo mas que não excedem 5 mm de diâmetro. 2. Adesões avasculares podem envolver as trompas, mas não as fímbrias. 3. Os ovários podem apresentar algumas adesões avasculares, mas não estão fixos. 4. A superfície intestinal e apêndice são normais 				
ESTÁGIO II	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="391 533 497 907">Estágio IIA</td> <td data-bbox="497 533 1394 907"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Áreas de endometriose estão presentes no peritoneu pélvico posterior (Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados) e na superfície do ligamento largo mas não excedem 5 mm de diâmetro. 2. Adesões avasculares podem envolver as trompas, mas não as fímbrias. 3. O envolvimento do ovário pela endometriose foi subclassificado da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> IIA-1: Quisto endometrial ou superfície envolvida de 5 cm ou menos. IIA-2: Quisto endometrial ou superfície envolvida maior que 5 cm. IIA-3: Endometrioma com rutura; Superfície intestinal e apêndice normais. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="391 907 497 1328">Estágio IIB</td> <td data-bbox="497 907 1394 1328"> <ol style="list-style-type: none"> 1. O folheto posterior do ligamento largo apresenta-se coberto por tecido ovárico aderente. 2. As trompas apresentam adesões não excisáveis por procedimentos endoscópicos. 3. As fímbrias não estão envolvidas. 4. Os ovários encontram-se fixos ao ligamento largo e apresentam áreas de endometriose com mais de 5 mm de diâmetro. 5. O Saco de Douglas apresenta múltiplas áreas afetadas, mas não há intestino aderente e o útero não se encontra fixo. 6. A superfície intestinal e apêndice são normais. </td> </tr> </table>	Estágio IIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Áreas de endometriose estão presentes no peritoneu pélvico posterior (Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados) e na superfície do ligamento largo mas não excedem 5 mm de diâmetro. 2. Adesões avasculares podem envolver as trompas, mas não as fímbrias. 3. O envolvimento do ovário pela endometriose foi subclassificado da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> IIA-1: Quisto endometrial ou superfície envolvida de 5 cm ou menos. IIA-2: Quisto endometrial ou superfície envolvida maior que 5 cm. IIA-3: Endometrioma com rutura; Superfície intestinal e apêndice normais. 	Estágio IIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. O folheto posterior do ligamento largo apresenta-se coberto por tecido ovárico aderente. 2. As trompas apresentam adesões não excisáveis por procedimentos endoscópicos. 3. As fímbrias não estão envolvidas. 4. Os ovários encontram-se fixos ao ligamento largo e apresentam áreas de endometriose com mais de 5 mm de diâmetro. 5. O Saco de Douglas apresenta múltiplas áreas afetadas, mas não há intestino aderente e o útero não se encontra fixo. 6. A superfície intestinal e apêndice são normais.
Estágio IIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Áreas de endometriose estão presentes no peritoneu pélvico posterior (Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados) e na superfície do ligamento largo mas não excedem 5 mm de diâmetro. 2. Adesões avasculares podem envolver as trompas, mas não as fímbrias. 3. O envolvimento do ovário pela endometriose foi subclassificado da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> IIA-1: Quisto endometrial ou superfície envolvida de 5 cm ou menos. IIA-2: Quisto endometrial ou superfície envolvida maior que 5 cm. IIA-3: Endometrioma com rutura; Superfície intestinal e apêndice normais. 				
Estágio IIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. O folheto posterior do ligamento largo apresenta-se coberto por tecido ovárico aderente. 2. As trompas apresentam adesões não excisáveis por procedimentos endoscópicos. 3. As fímbrias não estão envolvidas. 4. Os ovários encontram-se fixos ao ligamento largo e apresentam áreas de endometriose com mais de 5 mm de diâmetro. 5. O Saco de Douglas apresenta múltiplas áreas afetadas, mas não há intestino aderente e o útero não se encontra fixo. 6. A superfície intestinal e apêndice são normais. 				
ESTÁGIO III	<ol style="list-style-type: none"> 1. O folheto do ligamento largo pode encontrar-se coberto por trompa ou ovário aderentes. 2. As fímbrias das trompas estão cobertas por adesões. 3. Os ovários estão aderentes ao ligamento largo e as trompas podem ou não conter superfícies de endometriose ou endometriomas. 4. O Saco de Douglas mostra múltiplas áreas de endometriose, mas sem evidência de intestino aderente ou fixação uterina. 5. A superfície intestinal e apêndice são normais. 				
ESTÁGIO IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometriose envolve a serosa da bexiga e o útero está numa posição fixa, com retroversão de terceiro grau. 2. O Saco de Douglas está coberto por intestino aderente ou está obliterado pelo útero já fixo. 3. O intestino está aderente ao Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados ou corpo uterino. 4. O apêndice pode estar envolvido pelo processo endometriótico. 				

(In Roberts & Rock, 2003)

Tabela 4 - Classificação expandida do Buttram de endometriose

<p>ESTÁGIO I (Peritoneal)</p>	<p>A. Sem envolvimento peritoneal</p> <p>B. Implantes endometriais espalhados na superfície no plano superficial do peritôneo pélvico (anterior ou posterior Saco de Douglas, ligamentos útero sagrados, ou dos ligamentos largos), que não excedem 5 mm de diâmetro. Sem envolvimento das trompas nem dos ovários.</p> <p>C. Como em B, mas endometriose invasiva ou placas ou implantes endometriais com tamanho >5 mm de diâmetro. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p>
<p>ESTÁGIO II (Ovárico): 1 - Direita; 2 - Esquerda; 3 - Bilateral.</p>	<p>A. Sem envolvimento ovárico</p> <p>B. Implantes endometriais no plano mais superficial do ovário com <5 mm de diâmetro que podem ser removidos por raspagem ou fulguração sem grande risco de adesões resultantes. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p> <p>C. Endometriose invasiva (placas ou endometrioma) com tamanho entre 5 mm e 2 cm que necessitam de remoção cirúrgica. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p> <p>D. Endometriose invasiva com tamanho > 2 cm que requer remoção cirúrgica ou endometrioma com ruptura de qualquer tamanho. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p> <p>E. B, C, ou D com adesões densas suficientes para fixar o ovário ao tecido adjacente (normalmente no folheto posterior do ligamento largo).</p>
<p>ESTÁGIO III (Tubárico) 1 - Direita; 2 - Esquerda; 3 - Bilateral.</p>	<p>A. Sem envolvimento das trompas.</p> <p>B. Implantes endometriais no plano mais superficial do ovário que excedem os 5 mm de diâmetro e que podem ser removidos por raspagem ou fulguração sem grande risco de adesões resultantes. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p> <p>C. Endometriose invasiva (placas ou endometrioma) com tamanho entre 5 mm e 2 cm que necessitam de remoção cirúrgica. Adesão membranosa fina pode estar presente, pode ser removida sem grande perigo de adesões posteriores.</p> <p>D. Trompas envolvidas com adesões que distorcem a anatomia das trompas e/ou movimento limitado das trompas. Fímbrias não envolvidas e as trompas patentes, C pode estar presente.</p> <p>E. Fímbrias estão cobertas por adesões ou extremidade distal das trompas e está ocluída. B,C, ou D podem estar presentes.</p>
<p>ESTÁGIO IV (Saco de Douglas)</p>	<p>A. B e C podem não estar presentes.</p> <p>B. Endometriose invasiva da bexiga ou do cólon.</p> <p>C. Saco de Douglas posterior obliterado e/ou útero fixo e em retroversão. Intestino e as suas zonas envolventes podem conter aderências, bem como a área do Saco de Douglas. B está usualmente presente.</p>

(Buttram Jr, 1978)

Tabela 5 - Classificação Revista da Endometriose segundo a A.S.R.M. (1996)

ESTÁGIO DA ENDOMETRIOSE		PONTUAÇÃO*		
ESTÁGIO I (mínima)		1-5 Pontos		
ESTÁGIO II (leve)		6-15 Pontos		
ESTÁGIO III (moderada)		16-40 Pontos		
ESTÁGIO IV (severa)		> 40 Pontos		

ENDOMETRIOSE		<1 cm	1-3 cm	> 3 cm
Peritônio	Superficial	1	2	4
	Profunda	2	4	6
Ovário direito	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20
Ovário esquerdo	Superficial	1	2	4
	Profunda	4	16	20

Obliteração do fundo de saco posterior		Parcial	Completa
		4	40

ADERÊNCIAS		<1/3 Envolvido	1/3-2/3 Envolvidos	> 2/3 Envolvidos
Ovário direito	Velamentosa	1	2	4
	Densa	4	8	16
Ovário esquerdo	Velamentosa	1	2	4
	Densa	4	8	16
Trompa direita	Velamentosa	1	2	4
	Densa	4**	8**	16
Trompa esquerda	Velamentosa	1	2	4
	Densa	4**	8**	16

*A pontuação final da endometriose é a soma das pontuações parciais da extensão da doença no peritônio, no ovário direito e esquerdo, da obliteração do fundo de saco posterior e das aderências ovarianas e tubárias à direita e à esquerda.

**se as fímbrias tubárias estiverem totalmente envolvidas por aderências, pontuar 16.

(In Nácúl & Spritzer, 2010)

No que diz respeito à incidência e prevalência desta doença, não se conhecem valores definitivos (É. F. Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). Alguns estudos sugerem estimativas que revelam que o número de mulheres com endometriose rondará os sete milhões nos Estados Unidos da América (EUA) e mais de 70 milhões no mundo (Nácúl & Spritzer, 2010). No entanto, alguns autores referem que esta é uma patologia comum que pode atingir cerca de 12% das mulheres no período reprodutivo (A. Guerra et al., 2013) e até 3% a 5% na fase pós-menopausa (Bellelis et al., 2010). Outros autores apontam para uma prevalência de até 20% das mulheres em idade reprodutiva e para 30 a 50% nas mulheres inférteis (Neme, 2005). Segundo alguns autores, estes dados são difíceis de serem obtidos, devido à complexidade do diagnóstico definitivo de endometriose, uma vez que este depende de um exame histológico e de procedimento invasivo como a laparoscopia (Santos, Pereira, Lopes, & Depes, 2012).

Apesar de não existirem números definidos alguns autores indicam que em países industrializados esta patologia é uma das principais causas de hospitalização ginecológica em ambulatório e/ou serviço de urgências e que cerca de 1 em cada 10 mulheres pode ser portadora desta patologia (D. B. Santos et al., 2012; Vinatier et al., 2001). Deste modo, as portadoras de endometriose apresentam um grande número de sinais e sintomas, com comorbidade física e emocional, associados a dor crónica, infertilidade, redução de atividades laborais e sociais, isolamento social, interferência na vida laboral, afetiva e familiar, dificuldades económicas que advêm dos tratamentos, entre outros (Mengarda, Passos, Picon, Costa, & Picon, 2008; Minson et al., 2012).

A hipótese de que a endometriose causa infertilidade é ainda um assunto de controvérsia e muita discussão (ASRM, 2012; A. D. R. L. Silva, 2012). Existem alguns estudos que relatam uma relação entre a endometriose e a infertilidade, mas ainda não foi possível estabelecer uma relação causal entre ambas as variáveis (ASRM, 2012; Navarro & Barcelos, 2006). No entanto, alguns aspetos associados à endometriose tais como as aderências ou alterações anatómicas pélvicas podem influenciar e potenciar a infertilidade (Navarro & Barcelos, 2006; Sepulcri & Amaral, 2007; A. D. R. L. Silva, 2012). Partindo do princípio que a endometriose pode provocar infertilidade, então alguns autores sugerem que ao tratarmos ou “erradicarmos” a endometriose, principalmente os seus focos e ou aderência, então estaríamos a melhorar os níveis de fecundidade (Sepulcri & Amaral, 2007; A. D. R. L. Silva, 2012). Infelizmente alguns dos tratamentos realizados para a endometriose não abonam a favor do tratamento da infertilidade (ASRM, 2012; Quintela, 2013), pelo contrário podem mesmo atrasar, numa primeira fase, a fecundidade, no entanto quando se está a falar de mulheres em fase III ou IV de endometriose o tratamento cirúrgico pode ser necessário para se restabelecer a fecundidade (ASRM, 2012; A. D. R. L. Silva, 2012; Vila, 2007).

Alguns estudos apontam para maior prevalência desta patologia em mulheres na terceira década de vida (32 a 35 anos), casadas e ou em união de facto (77% a 86%), com maior escolaridade (27% a 62% com estudos superiores) e com melhor condição social, talvez por estas possuírem melhor condições económicas e por tal um acesso facilitado ao sistema de saúde privado o que contribui para respostas diagnósticas mais céleres (Fritzer et al., 2013; Hudelist et al., 2012; Lorençatto, Vieira, Pinto, & Petta, 2002; Sousa et al., 2015; Vercellini et al., 2011; Vila, 2007).

De forma geral sabe-se que a endometriose não é uma patologia exclusiva da mulher na fase adulta, pois vários estudos mostram-nos que esta se encontra na vida da mulher desde a menarca e por tal na fase da adolescência (Cardoso et al., 2011). Apesar de ser difícil apresentar indicadores de prevalência e incidência de endometriose na adolescência (T. V. M. Santos et al., 2012), bem como os principais sinais e sintomas. Isto deve-se, por um lado, a fatores de ordem cultural como a procura tardia de consulta de ginecologia (D. B. Santos et al., 2012) e, por outro, lado à precariedade no atendimento a adolescentes com queixas de dor no

início do período menstrual por hoje em dia ainda ser considerado, por muitos profissionais e pela sociedade em geral, como uma situação comum (Manderson et al., 2008; T. V. M. Santos et al., 2012). No entanto, quando se analisam alguns estudos de revisão podemos observar a presença de uma variação de faixa etária na mulher, desde as jovens adolescentes, mulheres jovens adultas, mulheres em idade adulta, bem como mulheres em fase de pré e pós-menopausa (Cardoso et al., 2011).

O processo de diagnóstico da endometriose ainda se depara com várias barreiras (Antunes & Martinho, 2015), sejam elas do ponto de vista do desconhecimento da doença por parte de alguns profissionais de saúde (Manderson et al., 2008), seja porque hoje em dia ainda se considera, de forma errônea, que dor no decorrer do período menstrual e ou pré-menstrual é “normal” (Denny, 2009; Manderson et al., 2008), seja por os seus sinais e sintomas poderem indicar tratar-se de outro tipo de patologia (Antunes & Martinho, 2015). Estima-se que o diagnóstico leva cerca de 7 a 11 anos e, por tal, muitas vezes as suas portadoras já se encontram num estágio mais grave da patologia (Hudelist et al., 2012). O atraso e ou a demora de um diagnóstico de endometriose encontra-se, segundo alguns autores, positivamente correlacionado com o número de sintomas biológicos relatados pela portadora de endometriose, principalmente no que diz respeito à dor pélvica crónica, dismenorrea e dispareunia, o que pode indicar que esta demora pode levar a um agravamento da saúde das mulheres portadoras de endometriose (Nnoaham et al., 2011).

Com efeito, o diagnóstico da endometriose é realizado com base na história clínica e observação médica, nos sinais e sintomas, e é corroborado por técnicas de exame imagiológicas e análises clínicas, sendo finalmente comprovado por exame histológico de espécimes recolhidos durante a laparoscopia (Dunselman et al., 2014; Kennedy et al., 2005). A combinação de laparoscopia e a verificação histológica de glândulas e ou estroma endometrial é considerado como sendo o “padrão de ouro” para o diagnóstico da doença (Giudice & Kao, 2004; Guercia & Gouvinhas, 2015). Em muitos casos, as aparências típicas de implantes de endometriose no interior da cavidade abdominal, são consideradas como prova de que a endometriose está presente (Giudice & Kao, 2004). Apesar do diagnóstico definitivo da endometriose existir apenas após intervenção cirúrgica, principalmente por técnicas como a videolaparoscopia, existem diversas indicações nos exames físicos, imagiológicos e laboratoriais que podem auxiliar na previsão, com alguma confiabilidade, de um quadro clínico de endometriose (Nácul & Spritzer, 2010).

Segundo diversos autores, até ao momento, não existe um marcador bioquímico considerado específico para diagnóstico de endometriose, no entanto o Ca-125, quando recolhido no primeiro ou segundo dia do início do ciclo menstrual, pode ser útil no diagnóstico da endometriose, se esta se encontrar num estágio avançado, principalmente se os valores deste marcador se apresentarem superiores a 100 UI/mL (Kennedy et al., 2005; Mounsey et al., 2006; Nácul & Spritzer, 2010).

No que diz respeito ao plano de tratamento, este tem de ser adaptado e fazer uso de opções aceitáveis para cada mulher de forma individual (Giudice & Kao, 2004; O'Callaghan, 2006). Neste momento sabe-se que as terapias médicas mais utilizadas em casos de endometriose incluem analgésicos (anti-inflamatórios não esteroides (AINES)), pílulas anticoncepcionais orais (Mounsey et al., 2006), danazol, progestágenos ou agonistas da hormona libertadora das gonadotrofinas (GnRH) (Selak, Farquhar, Prentice, & Singla, 2001), progesterona (por exemplo, acetato de medroxiprogesterona (AMP) (Navarro & Barcelos, 2006), entre outros (Mounsey et al., 2006). Destes vários tratamentos, as pílulas anticoncepcionais orais são por norma a primeira linha do tratamento (Mounsey et al., 2006), estas permitem a manutenção dos níveis estáveis de hormonas, o que leva, em muitas mulheres, a uma atrofia de algum tipo de células como é o caso das existentes no endométrio (Souza, 2015). Este tratamento pode ser feito de forma cíclica ou contínua, sendo esta última a que apresenta melhores resultados em pacientes com dores e de difícil tratamento (Silveira, Mendes, Dias, Ferreira, & Paiva, 2014). A par da pílula anticoncepcional, ainda na primeira linha de tratamento, surgem os anti-inflamatórios não esteroides. Estes têm como objetivo bloquear a produção de substâncias inflamatórias de modo a permitir uma redução dos níveis de dor (Mounsey et al., 2006). Alguns destes tratamentos apresentam benefícios ao nível da dor pélvica associada à endometriose, bem como melhorias com um intervalo livre de sintomas de cerca de dois anos (Navarro & Barcelos, 2006). Destes tratamentos, segundo os mesmos autores, destacam-se o AMP, gestrinona, danazol e GnRH por terem demonstrado benefícios ao nível do tratamento sintomático da dor em pacientes com endometriose (Navarro & Barcelos, 2006). No entanto, há que referir que os efeitos adversos e os custos associados a esta terapêutica devem ser levados em consideração aquando da prescrição dos mesmos (Kennedy et al., 2005).

Tal como já mencionamos a progesterona também é utilizada no tratamento da endometriose. A progesterona, durante a fase lútea do ciclo menstrual normal, promove alterações secretoras no endométrio. No entanto, os progestagénios sintéticos causam atrofia endometrial por diminuição da síntese de recetores de estrogénio (Navarro & Barcelos, 2006). Apesar de vários autores considerarem que os progestagénios são uma boa opção terapêutica, os estudos nesta área são controversos (Harrison & Barry-Kinsella, 2000) pois nem sempre atuam de forma eficiente no controlo da dismenorreia e acarretam alguns efeitos secundários como *spotting*, acne, edemas e aumento de peso, entre outros (Navarro & Barcelos, 2006). Por outro lado, estudos realizados com tomas contínuas e prolongadas leva a situações de amenorreia e por tal promove assim, bons resultados no controlo da dor, pelo menos a curto prazo, e uma melhor perceção de qualidade de vida (Edelman et al., 2005).

O tratamento farmacológico para a endometriose é muito diversificado e depende sempre dos sintomas e das comorbilidades envolvidas, por tais ensaios clínicos adequadamente concebidos tornam-se um fator essencial para determinar quais as terapias mais seguras e eficazes para cada situação tendo em conta a localização dos focos de endometriose, bem como os seus sintomas (Deal, Williams, DiBenedetti, & Fehnel, 2010; Giudice & Kao, 2004).

Hoje em dia são vários os autores que defendem a necessidade de intervenção cirúrgica associada a uma terapêutica medicamentosa quando esta última não se apresenta como suficiente ou satisfatória no tratamento dos principais sintomas (Nácul & Spritzer, 2010). Alguns estudos apresentam uma taxa de melhoria entre 60% a 80% com cirurgia conservadora, no entanto a recorrência dos sintomas e índice de recuperação varia entre 12 a 58% (Vercellini et al., 2009).

Muitos autores referem que o tratamento definitivo de endometriose passa pela erradicação cirúrgica e que o sucesso desta técnica é avaliado pela “quantidade” de focos que se mantêm no pós-cirúrgico, se se mantiverem alguns, e dos sintomas que permanecem, se é que permanecem alguns (Redwine, Mann, & Wright, 2000). Neste contexto, cabe clarificar que o tratamento cirúrgico para a endometriose pode ser dividido em duas categorias, o conservador e o radical (Navarro & Barcelos, 2006). Tal como o nome indica, o tratamento cirúrgico conservador realiza-se de modo a tentar preservar a fertilidade da portadora de endometriose (realizando assim um procedimento no qual se mantém o aparelho reprodutor), ao passo que o radical leva a histerectomia (G. M. Guerra et al., 2004). Neste último caso, esta cirurgia pode ser subdivida em categorias consoante o tipo de procedimento que for necessário e aconselhado para cada caso, deste modo pode ser: (1) histerectomia subtotal (remoção do útero, mas é preservado o colo do útero, os ovários e trompas de Falópio); (2) histerectomia total ou simples (remoção do útero e colo do útero, mas preservado os ovários e as trompas de Falópio) e (3) histerectomia com salpingooforectomia bilateral ou histerectomia radical (remoção do útero, do colo do útero, dos ovários e das trompas de Falópio) (C. R. L. Silva et al., 2005).

Independentemente do tipo de cirurgia utilizada, a maioria dos autores defende que o tratamento cirúrgico é erroneamente considerado como tratamento definitivo para endometriose (Vercellini et al., 2009), pois apresenta taxas de recidiva da dor pélvica crónica entre os 8 e os 44% dos casos (G. M. Guerra et al., 2004), porém aproximadamente 61 a 100% dos casos apresentam melhoria dos sintomas. No entanto, a recorrência dos implantes pode dar-se até 40% das pacientes nos primeiros 9 meses pós- cirúrgicos e em 28% dos casos após 18 meses de acompanhamento (Lu & Ory, 1995). Deste modo, parece improprio, para alguns autores, considerar o tratamento cirúrgico no qual se encaixa a histerectomia, definitivo (Navarro & Barcelos, 2006). Contudo, no caso de necessidade de realização do mesmo, em pacientes jovens, alguns autores recomendam a prescrição de terapia de reposição hormonal (Lu & Ory, 1995).

Novas terapias, talvez combinadas com terapias médicas e cirúrgicas estabelecidas, poderiam oferecer alívio da dor, prevenir a progressão da doença, melhorar a fertilidade e a qualidade de vida das portadoras de endometriose (Giudice & Kao, 2004).

Quando se percebe o crescimento da doença na população mundial, em todas as suas faixas etárias, torna-se, no nosso entender, necessário consciencializar as mulheres para esta doença. A divulgação da doença não deve ser apenas feita ao nível do diagnóstico, mas também do seu

possível tratamento, pois como se observou ao longo deste capítulo a endometriose é uma doença que pode causar dores, infertilidade, sintomatologia psicopatológica, frustrações, angústia levando a uma percepção de má qualidade de vida (Cardoso et al., 2011; Denny, 2009).

Alguns autores são da opinião de que, de que os maiores problemas das pacientes com endometriose são sintomas relacionados com a doença e não com os implantes da endometriose propriamente ditos, deste modo, os tratamentos devem ser centrados na resolução destes sintomas (Vercellini et al., 2009). Sendo assim, quando se chega à discussão do tratamento cirúrgico a realizar a portadora de endometriose deve conhecer os objetivos específicos do procedimento, bem como as alegadas vantagens, a frequência e gravidade das complicações de modo a que ela possa medir os “custos/benefícios” deste tratamento (Vercellini et al., 2015). Neste sentido, a decisão médica deve ser compartilhada e discutida com as pacientes antes de ser implementada e este procedimento deve ser realizado com tempo para que a decisão final seja a considerada mais indicada para a paciente (D’Hooghe & Hummelshoj, 2006).

Sabe-se, hoje em dia, que a endometriose afeta geralmente mulheres jovens e na sua maioria saudáveis, ou seja, sem outro tipo de patologia biológica associada, com altas expectativas em termos de bem-estar e saúde relacionados com qualidade de vida (Vercellini et al., 2009). Deste modo, nesta população, e segundo os mesmos autores, as complicações intra e pós-cirúrgicas não são bem toleradas e se a recidiva ocorrer, e com ela a dor, então esta será considerada uma situação particularmente frustrante, por tal só uma boa relação médico-paciente pode auxiliar na tomada de decisão e mais tarde, se for caso disso, no ultrapassar e ou saber lidar com os seus efeitos que podem ser menos positivos do que os esperados (Vercellini et al., 2009).

Psicopatologia na Endometriose

“Não há bandeira sem luta, não há luta sem batalha.”

(Afonso, 1976)

A palavra "Psicopatologia" é composta de três palavras de origem grega: (1) "psychê", que produziu "psique", "psiquismo", "psíquico", "alma", "mente"; (2) "pathos", que resultou em "paixão", "excesso", "passagem", "passividade", "sofrimento", "patológico" e (3) "logos", que resultou em "lógica", "discurso", "narrativa", "conhecimento" (Ceccarelli, 2005). Deste modo, a Psicopatologia pode ser encarada como sendo um discurso, um saber, uma compreensão (logos) sobre a paixão e ou do sofrimento (pathos) da mente, da alma (psiquê), em suma o estudo do sofrimento psíquico (Berlinck, 1997, 1999).

Segundo alguns autores, a "psicopatologia" pode ser considerada como a ciência que estuda os transtornos mentais e comportamentos anormais e que investiga os fenômenos psíquicos patológicos conscientes que ocorrem nos seres humanos (Dalgarrondo, 2009). A psicopatologia pode ser dividida em áreas ou seções, tendo em conta as teorias de base dos investigadores e dos clínicos em geral e fundamental (Bonomi & Neto, 2010). Assim, a Psicopatologia geral diz respeito ao estudo sistematizado dos sinais e sintomas que indicam presença de transtorno mental e trabalha principalmente com síndromes, conjuntos de sintomas e com as características das diversas formas de adoecer. Por seu lado, a psicopatologia fundamental está interessada em suscitar uma experiência que seja compartilhada pelo sujeito em todas as suas vivências (Berlinck, 1997; Bonomi & Neto, 2010).

Hoje em dia, o termo "psicopatologia" encontra-se associado a um grande leque de disciplinas que se interessam pelo estudo do "sofrimento psíquico" (Ceccarelli, 2003). No entanto, fruto das várias linhas de base das diferentes disciplinas que pretendem estudar este tema, surge um problema ao nível do diálogo intercientífico no que diz respeito às diferentes abordagens epistemológicas de cada uma destas disciplinas, quando da confrontação crítica dos modelos por elas utilizados (Ceccarelli, 2003; Férida, 1998).

Uma das tentativas mais conhecidas para tentar superar os obstáculos criados pela pluralidade de abordagens, surge com a criação do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV), que ofereceria uma definição empírico-pragmática das entidades nosográficas (M. C. Pereira, 1998, 2010). Neste manual pretende-se apresentar um acordo mínimo em relação à delimitação formal e operacional das várias categorias diagnósticas conhecidas e utilizadas (M. C. Pereira, 1998).

Nesta mesma linha de pensamento, cujo objetivo se prende com a criação de uma nomenclatura única que forneça uma linguagem comum a investigadores e clínicos de diferentes orientações teóricas, encontra-se na 10ª compilação da Classificação Internacional de Doenças Mentais (CID-10) (Caetano, 1993). Na edição anterior desta classificação, CID-9, na sua Introdução percebe-

se que esta classificação tem como objetivo apresentar-se como sendo um compromisso prático entre os clínicos e os investigadores (Cesar et al., 2001).

Neste contexto, vários autores consideram que a abordagem empírico-pragmática das entidades psicopatológicas tendo por base um sistema de classificação independente pode auxiliar o trabalho clínico e de investigação, no entanto, também se considera que com esta linha de atuação não se leva em conta a subjetividade tanto daquele que está sendo “classificado” como daquele que classifica o que por si só pode trazer benefícios, por um lado, e “más classificações”, por outro, sendo por tal uma escolha difícil de fazer, o uso ou não destes critérios (Ceccarelli, 2003; Férida, 1998; Scharfetter, 2005). Assim, as classificações diagnósticas permitem estabelecer diagnósticos baseados em critérios predefinidos e têm sido reconhecidas as suas limitações devido ao reducionismo de quadros complexos e variabilidade intersubjetiva a esquemas padronizados. Por outro lado, esta classificação permite o facilitar da comunicação entre clínicos e, além disso, objetivar dados em investigação (Moreira, 2015).

Independentemente das várias teorias e das formas de classificação que se utilize a verdade é que ainda se sabe muito pouco sobre a origem das múltiplas “crises” estudadas no âmbito da psicopatologia, da forma como podemos resolve-las, aliviá-las ou mesmo preveni-las porque o ser humano, na sua multiplicidade biográfica, surge com um conjunto de sinais e sintomas biológicos e ou psicológicos, tornando-se bastante complexo (Scharfetter, 2005). Neste contexto, o diagnóstico no âmbito da psicopatologia, hoje em dia, é ao mesmo tempo descritivo e evolutivo, biológico e epidemiológico, psicológico e social, pretendendo assim, fornecer critérios fenomenológicos para o tratamento dos vários quadros (Câmara, 2007).

O conjunto de sintomas físicos e ou psicológicos universalmente observados numa determinada realidade empírica não deve ser entendido como sinónimo de doença, mas antes, como sendo um processo subjetivo no qual a experiência corporal é influenciada por determinados fatores entre os quais se destacam os sociais e ou culturais (Langdon, 2003). Do mesmo modo, a noção de saúde não deve ser apenas encarada como uma ausência de sintomas físicos e psicopatológicos universais, mas antes, como sendo um processo subjetivo em que se constroem modelos de corpos que têm formas e funcionalidades mediadas por aspetos sociais e culturais (Boehs, Monticelli, Wosny, Heidemann, & Grisotti, 2007).

O conceito de saúde e de normalidade em psicopatologia é questão de grande controvérsia (Filho, 2000). Encontra-se ligada à noção de normas e de anormalidade (Scharfetter, 2005). Existem casos limítrofes, nos quais a delimitação entre comportamentos e formas de sentir normais e patológicas é bastante difícil de traçar. Nestas situações, o conceito de normalidade em saúde mental ganha especial relevância em termos de definição (Dalgalarrodo, 2009). Deste modo, e sendo que o “normal” pode ser considerado o que é comum a determinados aspetos do comportamento, as indicações quantitativas e qualitativas sobre o que é normal e anormal são de índole tão geral que muitas vezes se tornam impraticáveis do ponto de vista clínico e da investigação (Scharfetter, 2005). O conceito de normalidade em psicopatologia está

associado à própria definição do que é saúde e doença mental e estes por sua vez recorrem a aspetos específicos da noção de “normalidade”, tendo em conta as áreas de atuação no âmbito da saúde mental, tal como se pode observar na tabela seguinte criada a partir de Dalgarrondo (2009).

Tabela 6 - O conceito de normalidade tendo em conta as áreas de atuação

ÁREA DE ATUAÇÃO	NORMALIDADE PSICOPATOLÓGICA
Forense e justiça	A determinação de anormalidade psicopatológica pode ter implicações legais, criminais e éticas, podendo definir o destino social, institucional e legal de um indivíduo.
Epidemiologia	Neste caso, a definição de normalidade é tanto o problema como o objeto de trabalho clínico e de investigação.
Cultural	O conceito de normalidade em psicopatologia impõe a análise do contexto sociocultural. Deste modo exige o estudo da relação entre o fenómeno supostamente patológico e o contexto social no qual este emerge.
Políticas de saúde	Nesta área os critérios de normalidade são definidos no sentido de verificar as necessidades de assistência de um determinado grupo populacional, bem como as necessidades de serviços que devem ser colocados à disposição desses mesmos grupos.
Orientação profissional	São importantes na definição de capacidade e adequação de um indivíduo para exercer determinada profissão e ou ocupação.
Prática clínica	Torna-se importante e relevante, em determinadas situações, a capacidade de discriminar, no processo de avaliação e intervenção clínica, se um determinado fenómeno é patológico ou normal; ou seja, se faz parte de um momento existencial do indivíduo ou é algo patológico.

(adaptado de Dalgarrondo, 2009)

Independentemente dos conceitos de normalidade, tendo em conta os âmbitos de atuação do profissional de saúde e ou do investigador, alguns autores consideram que existem alguns critérios de normalidade e anormalidade em psicopatologia que podem ser adotados e esta escolha depende de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas (Dalgarrondo, 2009). Os critérios aqui referidos podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7 - Os principais critérios de normalidade utilizados em psicopatologia

Normalidade como ausência de doença	Normal, do ponto de vista psicopatológico, seria definido como sendo o indivíduo que não é portador de um transtorno mental definido. Tal critério é bastante precário e redundante.
Normalidade ideal	A normalidade está associada a critérios socioculturais e ideológicos arbitrários, e por vezes, dogmáticos. Exemplos de tais conceitos de normalidade são aqueles com base na adaptação do indivíduo às normas morais e políticas de determinada sociedades e ou culturas.

Normalidade estatística	<p>Trata-se de um conceito de normalidade que se aplica a fenómenos quantitativos, com determinada distribuição estatística na população geral.</p> <p>O normal passa a ser aquilo que se observa com mais frequência. Os indivíduos que se situam estatisticamente nos extremos de uma curva de distribuição normal passam, por exemplo, a ser considerados “anormais” ou doentes.</p> <p>É um critério que falha quando se trabalha em saúde geral e em saúde mental, pois nem tudo o que é frequente é necessariamente “saudável”, e em contraponto nem tudo que é raro ou infrequente é patológico.</p>
Normalidade como bem-estar	<p>A Organização Mundial de Saúde definiu, em 1946, a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença.</p> <p>É um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de definir objetivamente.</p>
Normalidade funcional	<p>Este conceito baseia-se em aspetos funcionais e não necessariamente em aspetos quantitativos.</p> <p>Um determinado fenómeno é considerado patológico a partir do momento em que é disfuncional, produz sofrimento para o próprio indivíduo ou para o seu grupo social.</p>
Normalidade como processo	<p>Neste caso, mais que uma visão estática, consideram-se os aspetos dinâmicos do desenvolvimento psicossocial, em todos os seus âmbitos, das desestruturações e das reestruturações ao longo do tempo, de crises, de mudanças próprias a certos períodos etários.</p>
Normalidade subjetiva	<p>Aqui dá-se ênfase à perceção subjetiva do próprio indivíduo em relação a seu estado de saúde, às suas vivências subjetivas. Este critério apresenta algumas falhas pois por vezes os indivíduos consideram que se sentem, “muito saudáveis e felizes”, como no caso de sujeitos em fase maníaca. No entanto, estes apresentam de facto, um transtorno mental.</p>
Normalidade operacional	<p>Trata-se de um critério assumidamente arbitrário, por quem o utiliza, com finalidades pragmáticas explícitas. Define-se, inicialmente, o que é considerado normal e o que é patológico e trabalhar-se operacionalmente com esses conceitos, aceitando as consequências de tal definição prévia.</p>

(adaptado de Dagalarrondo, 2009)

Como se pode concluir até ao momento, a noção de “normalidade” e ou de “anormalidade” é bastante complexa de definir e de identificar (Junior, Leal, Louzada, & Filho, 2007), fica na mesma linha de dificuldade da definição das noções de “são” e “doente” do ponto de vista psicopatológico (Filho, 2000).

Para alguns autores, a noção de “são” está em contraponto ao de “doente”, no entanto e por falta de consenso na definição de ambas as noções não se consegue identificar se um determinado indivíduo se encontra são ou doente do ponto de vista psicopatológico (Filho & Jucá, 2002). Scharfetter (2005) defende que a noção de “são” faz referência ao estado geral do sujeito e que desta forma, esta noção pode ser aproximada ao conceito de saúde, deste modo, este autor considera que:

Sã uma pessoa, que sob determinadas circunstâncias, e apesar da pressão exercida pelo sofrimento provocado por uma doença somática e/ou contra a pressão exercida pelo que é a norma numa sociedade; atinge os objetivos da sua vida, corresponde às exigências da sua própria essência e do mundo, e é capaz de estar à altura das suas tarefas; ou seja, é alguém que se afirma na vida

(Scharfetter, 2005, pág.34)

Por outro, lado surge a noção de “doença” em psicopatologia e a sua dificuldade em definir, tal como acontece com a noção de “são”. Para alguns autores a “doença” em psicopatologia pode ser considerada em termos físicos, no entanto esta definição não se ajusta a todos os estados psiquiátricos, por outro lado temos a noção de que as doenças podem ser descritas como as condições que o médico trata, ou seja o conjunto de sintomas que levam as pessoas a procurar o médico, acontece que muitas pessoas procuram um médico por um conjunto de sinais que consideram patológicos e que apesar de o serem não representam um quadro patológico ou uma síndrome, em contraponto sujeitos com quadros ou síndromes psicopatológicos não se consideram doentes, deste modo a noção é difícil de definir e de operacionalizar (Sims, 2001).

Tendo em conta a dificuldade de operacionalização destes conceitos, o trabalho que desenvolvemos centrou-se no conceito de sintoma psicopatológico. Os sintomas psicopatológicos são considerados como vivências, comportamentos, perceções de ordem biológica, psicológica e social que se destacam do quotidiano da esfera pessoal, social e cultural (Abreu, 2002; Dalgalarrondo, 2009; Scharfetter, 2005).

Quando se pretende estudar e ou analisar os sintomas psicopatológicos, existem dois aspetos básicos nos quais temos que nos debruçar: (1) a forma dos sintomas, isto é, a sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, delírio, ideia obsessiva, labilidade afetiva, entre outros) (2) e o seu conteúdo, dito por outras palavras, o que preenche a alteração estrutural (culpa, aspetos religiosos, entre outros) (Dalgalarrondo, 2009; Scharfetter, 2005). Este último é geralmente mais pessoal, encontra-se intrinsecamente dependente da história biográfica do individuo, bem como do seu universo cultural e da personalidade prévia (Dalgalarrondo, 2009).

Quando se aborda a sintomatologia psicopatológica, os seus conteúdos encontram-se muitas vezes relacionados com temas centrais da existência humana (sobrevivência, segurança, sexualidade, com temores básicos como morte, doença, miséria, entre outros) (Dalgalarrondo, 2009) e ainda com aspetos do foro da religiosidade e ou espiritualidade (Banzato, 2000). Os temas e os temores a que nos acabamos de referir representam uma base, um “ingrediente fundamental” na constituição da experiência psicopatológica (Dalgalarrondo, 2009).

A noção de sintoma passa por o caracterizar como sendo um fenómeno que pode ser referido como um indício do processo patológico subjacente (Viganò, 2010) e que numa determinada

conexão causal aponta para uma alteração mórbida sem, contudo, consegui traduzir essa mesma relação causal (Dalgarrondo, 2009). O sintoma nem sempre representa, de forma exclusiva, a verificação do processo (Viganò, 2010). Por vezes ele sugere, apenas, o que deve ser avaliado e confirmado por análises independentes e complementares (Banzato, 2000). De acordo com o grau de informação proporcionada pela manifestação do mesmo, este pode ser considerado: (1) inespecífico, quando é associado a uma série de afeções, (2) típico, quando exibe uma elevada associação com um quadro em particular, ou (3) patognomônico, quando é exclusivo de uma determinada condição, em que sua presença basta para o diagnóstico, e a sua ausência, contudo, não afasta necessariamente esse mesmo diagnóstico (Banzato, 2000). Deste modo, segundo Banzato (2000), o sintoma pode ser entendido como “*uma evidência indutiva, mais ou menos sólida, de uma determinada patologia*” (Banzato, 2000, pág.11).

É importante referir que nenhum sintoma psicopatológico isolado, por si só, é sinónimo de doença, de perturbação e ou de anormalidade, pois pode ser encontrado de igual modo em indivíduos sãos (Dalgarrondo, 2009). Deste modo, os sintomas psicopatológicos não são meramente “doentios”, mas podem ser considerados sinais de mau estar e devem ser analisados quanto à sua gravidade, frequência, conexão e persistência, pois podem estar a comprometer o sujeito na sua vivência pessoal, social e emocional (Scharfetter, 2005). Deste modo, o sintoma pode ser considerado como sendo a mais pequena unidade de observação em psicopatologia (Scharfetter, 2005). Os sintomas psicopatológicos têm uma dupla dimensão. Por um lado, são indicadores, pois podem ser informadores da existência de uma disfunção num determinado ponto do organismo e ou do aparelho psíquico. Por outro lado, são nomeados pelo paciente e, sendo assim, são símbolos linguísticos arbitrários e podem encontrar-se relacionados com um determinado universo cultural, o que leva a que a manifestação e explicação do sintoma possa ter características diferentes, por apresentar um significado simbólico e cultural diferenciado (Dalgarrondo, 2009).

Quando fazemos a relação entre sintomas psicopatológicos e a endometriose, os vários estudos fazem referência a um conjunto de sintomas que surgem como sendo mais comuns, no entanto os estudos não são unânimes, chegando mesmo a ser contraditórios, no que diz respeito ao conjunto de sintomas, à prevalência e incidência dos mesmos nas pacientes com endometriose (Eriksen et al., 2008).

Alguns estudos, como os de Low e colaboradores (1993) compararam sintomas psicopatológicos de portadoras de endometriose com mulheres saudáveis e encontraram níveis elevados de neuroticismo, ansiedade, mas não relataram sintomatologia depressiva. Outros estudos dos mesmos autores comparavam sintomas psicopatológicos de mulheres com endometriose e mulheres com outras patologias ginecológicas benignas e os resultados apresentam pontuações significativamente altas em psicoticismo, introversão, e ansiedade, mas também não sugerem sintomas depressivos (Low, Edelmann, & Sutton, 1993).

Por outro lado, surgem estudos onde os resultados apontam para níveis elevados de sintomatologia depressiva em pacientes com endometriose quando comparadas com pacientes de endometriose assintomática e mulheres saudáveis, no entanto, neste estudo não surgem sintomas psicopatológicos de ansiedade (Waller & Shaw, 1995). Ainda assim, podemos encontrar estudos que fazem referência à depressão e ansiedade como sendo as psicopatologias com maior comorbilidade relativamente à endometriose (Chen et al., 2015; L. M. Oliveira, 2006). Um outro trabalho apresenta resultados que indicam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres com dor crónica causada pela endometriose quando comparadas com pacientes sem dor. (Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006).

Outros estudos dão-nos a conhecer aqueles que são considerados os sintomas mais comuns nas portadoras de endometriose, bem como as suas prevalências (Peveler, Edwards, Daddow, & Thomas, 1996; Sousa et al., 2015). Nestes estudos destacam-se sintomas como: ansiedade (21% a 34%), angústia (57% a 62%), somatização (15% a 83%), depressão (14% a 88%), ansiedade fóbica (10% a 33%) e perda de produtividade no trabalho. Estes sintomas configuram em vários estudos como sendo os causadores de um ciclo vicioso que tende a agravar outros sintomas da patologia (Aragão, Mascarenhas, Costa, Corrêa, & Brito, 2016; Cavaggioni et al., 2014; Gao et al., 2006; Laganà et al., 2015; Lorençatto et al., 2006; Mukhopadhyay & Morris, 2009; Setälä, Härkki, Matomäki, Mäkinen, & Kössi, 2012; Tajar, Mahmood, & Templeton, 2009).

A sintomatologia depressiva tem gerado afastamentos laborais e prejuízos económicos, bem como instabilidade laboral, acontecendo em certos casos demissões das funções laborais, em função dos constantes desconfortos sentidos e relatados pelas pacientes (Florido, Pérez-Lucas, & Navarrete, 2008; Jia, Leng, Shi, et al., 2012; Sousa et al., 2015; Spigolon, Amaral, & Barra, 2012; Taylor, Hummelshoj, Stratton, & Vercellini, 2012).

Ao analisarmos os sintomas que surgem com maiores níveis de incidência e prevalência nas portadoras de endometriose, verificamos que estes não são exclusivos desta patologia. Um estudo epidemiológico realizado em Portugal no que diz respeito à saúde mental, por Caldas e Xavier em 2013 mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa (Cortes, 2016). Deste valor global, as percentagens mais altas são atribuídas às perturbações da ansiedade (16,5%) e às perturbações depressivas (7,9%) (DGS, 2014). Deste modo, parece-nos pertinente analisarmos um pouco mais ao pormenor a sintomatologia associada a estas perturbações tendo em conta que é também a que se encontra, na literatura, na maioria das portadoras de endometriose.

A palavra “angústia” deriva do latim “*angustus*” que significa estreito e ou apertado (Turato, 2000) e na sua vertente grega surge como sufoco (Peres & Holanda, 2003). No dicionário atual da língua portuguesa, angústia remete-nos para a “*expetativa de grande inquietação, que parece apertar o coração ou que provoca a sensação de não se poder viver (...) a angustia pode decorrer de uma insegurança sob a ameaça do nada (...) ou do pressentimento do erro possível*” (Coelho, 2002, pag.57).

O mesmo sentido pode ser percebido quando tentamos perceber a palavra “angústia” à luz da clínica. Aqui encontramos angústia como critério diagnóstico nos transtornos de ansiedade (APA, 2014). Assim, a “angústia” pode ser considerada como um sintoma de uma preparação fisiológica do organismo em determinadas circunstâncias adaptativas e ou desadaptativas (Turato, 2000). No âmbito da psicologia, “angústia” é caracterizada de formas diferentes, dependendo das correntes teóricas. Na maioria dos dicionários de Psicologia esta pode ser definida como um medo sem objeto determinado ou um estado de excitação causado por antecipação, sinais ou representações de perigo físico ou psicológico. Pode-se considerar, em determinados contextos, que angústia é sinônimo de ansiedade (Cabral & Nick, 2006; Coelho, 2002).

A ansiedade pode ser considerada como sendo uma emoção relacionada ao comportamento da avaliação do risco que é suscitado em situações no qual o perigo é considerado incerto, seja porque o contexto é novo ou porque o estímulo do perigo esteve presente no passado, e ainda é recordado (Graeff, 2007). São várias as linhas da psicologia que se debruçam sobre o estudo da ansiedade. Na linha da psicologia cognitivo-comportamental criou-se o conceito “princípio do medo do medo” (Mathews & MacLeod, 1994), ou seja, certos acontecimentos de origem somática, como tonturas, desconforto, dor, entre outros, contêm significados pessoais que se relacionam com a percepção de risco interno e externo, tal como o medo de perder o controle pessoal ou o reaparecimento de uma doença (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, & Asbahr, 2008). Neste contexto, existe uma atribuição errada das sensações somáticas, que por vezes são inofensivas (Ito et al., 2008). Alguns autores explicam estas atribuições errôneas a uma elevada “sensibilidade à ansiedade” que pode estar associada a memórias orientadas para o medo predispondo assim a recuperação das mesmas em determinadas situações, levando ao surgimento de sintomas ansiosos (Manfro, Heldt, Cordioli, & Otto, 2008). Nestas situações os sujeitos podem sentir perda de confiança em si mesmos, autocriticando-se pelo seu aparente fracasso em controlar os seus sinais vegetativos, cognitivos e comportamentais, o que leva a uma autoavaliação negativa de si mesmo (Baum, Revenson, & Singer, 2012). Nestes casos os sujeitos podem ainda ser acometidos por conflitos cognitivos decorrentes, principalmente, do medo da solidão e desequilíbrio, independência-dependência nos relacionamentos afetivos e sociais (Manfro et al., 2008; Mathews & MacLeod, 1994). Alguns estudos indicam que a repetida e prolongada ativação de determinados sistemas, como é o caso do HPA, pode colocar os indivíduos em maior risco de desenvolvimento de desordens físicas, tal como, enfarte do miocárdio, dor abdominal, desordens menstruais, entre outras e psicológicas das quais se destacam a sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa, e ansiedade fóbica (Baum et al., 2012; Graeff, 2007).

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa, esta apresenta indicadores biológicos, cognitivos e comportamentais (Varela, 2006) dos quais se destacam nervosismo, tensão, palpitações, tensão muscular, tremores, sensação de fadiga, náuseas, tonturas, vômitos, friquidez, desorientação, apreensão, sensação de insegurança, sentimentos de inferioridade,

preocupações constantes, entre outros (Aragão et al., 2016; Canavarro, 2007; Varela, 2006). Não podemos deixar de referir que a ansiedade é uma resposta natural face a várias situações e ou estímulos, por tal, esta é, na maior parte das vezes, necessária para fazer face a inúmeras situações do nosso quotidiano (Varela, 2006). Por vezes, a ansiedade, deixa de ser um processo adaptativo e converte-se em sintoma psicopatológico ou mesmo em psicopatologia (Ito et al., 2008; Varela, 2006). Ao falarmos de ansiedade, apercebemo-nos que esta quando deixa de ser adaptativa pode surgir com um quadro de sinais associados a medos irracionais e despropositados face a um determinado estímulo e ou situação e neste caso falamos de ansiedade fóbica (Canavarro, 2007).

A par de todos estes sintomas psicopatológicos que acabamos de descrever, sendo considerados os mais comuns nas portadoras de endometriose, a sintomatologia depressiva surge na maioria dos estudos como sendo a mais comum e a que encontra associada à endometriose por interferência da dor, muitas vezes crónica, que é o principal sintoma da endometriose (Gao et al., 2006; Lorençatto et al., 2006; Lorençatto, Vieira, Marques, Benetti-Pinto, & Petta, 2007; Lorençatto et al., 2002).

Vários estudos relatam uma relação entre a sintomatologia depressiva a um vasto número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas (Joaquim, Valle, & Nascimento, 2010; Organization, 2002). Quando observamos de forma mais pormenorizadamente algumas destas variáveis percebemos que estas incluem distúrbios no funcionamento dos neurotransmissores (Juruena, 2013; Lundy-Ekman, 2011), história familiar de sintomatologia depressiva (Juruena & Cleare, 2007; Torre & Baker, 2001), acontecimentos negativos e recentes da vida, relações conjugais negativas, ausência de um relacionamento de confiança, perceção de falta de apoio social adequado e falta de autoestima (Ribeiro, 2007).

A nível biológico, tem-se demonstrado o envolvimento da norepinefrina e da serotonina, como sendo, os dois neurotransmissores mais implicados na fisiopatologia das perturbações de humor e no surgimento de sintomas depressivos (Juruena, Clearea, & Pariente, 2004; Kandel, Schwartz, & Jessell, 2000). Este envolvimento consiste na inibição do armazenamento de serotonina (5-HT) e norepinefrina (NE) nas vesículas das terminações nervosas (Lundy-Ekman, 2011) e serviu de suporte à hipótese de que o efeito depressivo resultava da diminuição de uma ou mais aminas biogénicas no cérebro (Romeiro, Fraga, & Barreiro, 2003). A serotonina considera-se como sendo a amina biogénica associada com mais frequência à sintomatologia depressiva (Romeiro et al., 2003). Uma depleção da serotonina pode precipitar sintomatologia depressiva e, alguns pacientes apresentam, por vezes, baixas concentrações de metabólitos de serotonina, bem como reduzida recaptação da mesma (Joaquim et al., 2010; Juruena, 2013; Juruena & Cleare, 2007; Juruena et al., 2004; Rush, 1998). Numa outra perspetiva, e não colocando estas informações de lado, alguns autores consideram que o estudo da problemática associada à sintomatologia depressiva deve incidir, também, de forma particular no HPA (Juruena et al., 2004; Kandel et al., 2000; Mello et al., 2007; Vismari, Alves, & Palermo-Neto,

2008). Segundo estes últimos autores, uma alteração do funcionamento do eixo HPA pode levar ao surgimento de sintomatologia depressiva. Deste modo, a atividade do eixo HPA é dirigida pela segregação da hormona libertadora de corticotropina (CRH) e arginina-vasopressina (AVP) pelo hipotálamo, que por sua vez, ativam a segregação da hormona adrenocorticotrópica (ACTH) pela pituitária, que vai estimular a segregação de glicocorticóides pelo córtex adrenal, (Gillespie & Nemeroff, 2005; Mello et al., 2007), tal como se pode observar na figura seguinte.

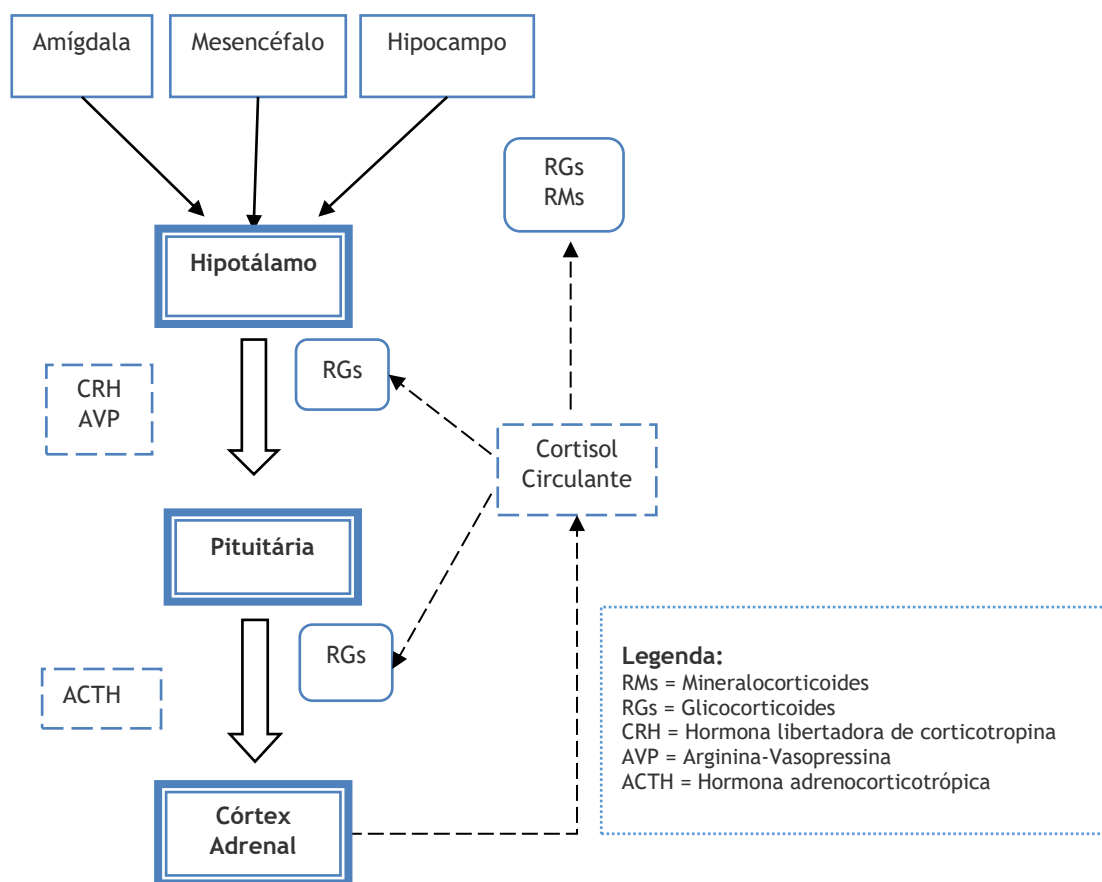


Figura 1 - Modelo do funcionamento do eixo HPA

Deste modo, a sintomatologia depressiva, quando se aborda no âmbito de uma doença crónica, deve ser encarada como um conjunto de fatores biopsicossociais, nos quais se enquadram o funcionamento orgânico (Juruena, 2013; Juruena et al., 2004) funcionamento psicossocial com alterações ao nível do humor, dos afetos, falta de motivação e interesse pela vida (Canavarro, 2007; Joaquim et al., 2010).

Como já foi referido, a par da sintomatologia depressiva e ansiosa, a literatura refere a existência de outros sintomas psicopatológicos que são descritos pelas portadoras de endometriose. Um destes sintomas é a somatização. Alguns autores consideram a somatização como sendo uma construção subjetiva que acontece de forma silenciosa e destrutiva, impedindo o sujeito de se manter saudável, na medida em que existe um acumular de acontecimentos significativos não elaborados, ou não superados, passados e ou recentes, na sua história de vida (Lisboa & Carneiro, 2015). Outros autores defendem a ideia de que a

somatização deve ser encarada pelo mal-estar relatado pelo sujeito, tendo em conta a percepção que este tem do seu funcionamento somático, ou seja, das queixas centradas em sistemas com clara mediação autonómica, onde se inserem, entre outros, o sistema cardiovascular, gastrointestinal e que se encontram relacionados com a dor (Canavarro, 2007).

A palavra somatização, segundo Robbins e Kirmayer em 1991, é utilizada para explicar um conjunto de situações das quais se destacam: 1) *apresentação somática*, ou seja, doentes que se apresentam com sintomas exclusivamente físicos apesar de existirem, em associação, problemas psicossociais; 2) *somatização hipocondríaca* diz respeito a doentes que se preocupam ou estão convencidos de que têm uma doença orgânica, sem evidência diagnóstica; 3) *somatização funcional* ocorre quando existem relatos de sintomas somáticos funcionais, persistentes e inexplicados, que determinam a procura de ajuda e incapacidade significativa (Robbins & Kirmayer, 1991). Sendo assim, a somatização pode ser encarada como um sintoma, como uma forma particular de comportamento de doença de expressão do mal-estar psicossocial do indivíduo (Quartilho, 2016).

Qualidade de Vida na Endometriose

“Quality-of-life is a vague and athereal entity, something that many people talk about, but which nobody very clearly knows what to do about.”
(Campbell, Conserve, & Rodgers, 1976)

Quando se procura estudar um determinado constructo, surge a necessidade de iniciar a explicação do mesmo recorrendo aos seus aspetos históricos. No que diz respeito à qualidade de vida (QV), existem indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica por volta da década de trinta (Seidl & Zannon, 2004). Outros autores referem que o conceito de qualidade de vida surge nos Estados Unidos da América, após a Segunda Guerra Mundial (Ribeiro, 2002) e que aparece descrito, na altura, como sendo a perceção que o indivíduo tem em relação ao seu bem-estar, resultando, tanto da satisfação como da insatisfação perante algumas das áreas essenciais da sua vida (Vilarta, Gutierrez, & Monteiro, 2010). Segundo Noacyr Nobre (1995), cada vez se valoriza mais a QV, em detrimento do aumento do tempo de vida; por tal a QV não deve ser encarada como um simples “modismo”, não deve ser vista como algo passageiro cujo objetivo seja apenas fazer passar o tempo dos leitores formais e informais da temática e que possa logo a seguir ser simplesmente descartada (Nobre, 1995). O conceito “qualidade de vida” tem vindo a ser cada vez mais estudado, ao longo dos anos (Vilarta et al., 2010). No entanto, e apesar de algumas sugestões de definição, ainda é difícil encontrar uma noção de QV que seja unanime aos investigadores (Barofsky, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida pode ser considerada como a perceção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, tendo em conta a relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Deste modo, para este organismo internacional, a noção de qualidade de vida é vista como sendo uma construção subjetiva e multidimensional, composta por elementos tanto positivos como negativos (Redivo, Werlang, & Müller, 2008).

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida (Almeida & Gutierrez, 2010). Neste sentido, a noção de QV não deve ser tratada como sendo única e exclusivamente uma variável psicológica, mas de uma variável multidisciplinar que recolhe os contributos de todas as áreas do conhecimento (Ribeiro, 2002).

Foram várias as abordagens ao estudo da QV, bem como aos seus componentes. Um dos estudos que se destaca, surge na década de noventa e foi realizado por Farquhar (Seidl & Zannon, 2004). Este autor propõe-se a fazer uma revisão da literatura sobre a noção de QV e desta

revisão surge a Taxonomia das definições sobre QV (É. F. Pereira et al., 2012) então existentes e que podem ser observadas no quadro seguinte.

Tabela 8 - Taxonomia das definições de Qualidade de vida

TAXONOMIA	CARACTERÍSTICAS E IMPLICAÇÕES DAS DEFINIÇÕES
I. Definição global	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiras definições que surgem na literatura; - Predomínio até meados dos anos 80; - Abordagem muito geral; - Não aborda possíveis dimensões do constructo; - Não se dá a operacionalização do conceito; - Centra-se apenas na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II. Definição com base em componentes	<ul style="list-style-type: none"> - Definição baseada em componentes que surgem na década de 80; - Dá-se uma divisão do conceito geral em diversos componentes ou dimensões; - Dá-se início à priorização de estudos empíricos e à operacionalização do conceito
III. Definição focalizada	<ul style="list-style-type: none"> - A definição inclui componentes específicos, como habilidades funcionais ou de saúde; - Surgem estudos que utilizam a expressão “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”; - Os trabalhos dão ênfase aos aspetos empíricos e operacionais; - Desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida para indivíduos com diferentes problemas de saúde.
IV. Definição combinada	<ul style="list-style-type: none"> - Definições que incorporam aspetos da taxonomia da definição global e da definição com base em componentes; - Ênfase em aspetos empíricos e operacionais; - Desenvolvimento de instrumentos de avaliação global e fatorial.

(Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004)

Na tabela anterior (tabela 8) cabe ainda a explicação mais detalhada de cada tipologia de definição. Contudo é de realçar que não existe, para cada tipologia, uma definição única, mas sim um conjunto de informações que nos permitam criar uma definição de qualidade de vida para cada tipologia.

As definições mais globais de qualidade de vida ou as definições tipo I são as que surgem com maior frequência. Estas, por norma, são demasiado abrangentes e não especificam, nem operacionalizam os diversos componentes da qualidade de vida (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004). Por norma, incorporam ideias de satisfação e ou insatisfação, bem como felicidade e ou infelicidade (Farquhar, 1995). Dentro desta categoria podemos encontrar definições que consideram a justaposição de qualidade de vida e quantidade de vida, atribuindo-lhe, apenas, estas duas dimensões.

As definições de qualidade de vida, com base nos componentes ou de tipo II pretendem analisar a qualidade de vida tendo em conta alguns componentes ou dimensões que os diversos autores

consideram como sendo mais pertinentes (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004). Deste modo, estas definições são consideradas por alguns autores como sendo mais úteis para o trabalho empírico, já que permitem a operacionalização do conceito (Farquhar, 1995). Um exemplo de definição, com base nos componentes, pode ser a de que a qualidade de vida, pode estar associada a dimensões como: capacidade funcional; nível de atividade; estado mental e longevidade e a fatores relativos a: noções de privacidade; liberdade, respeito ao indivíduo; liberdade de escolha, bem-estar emocional e manutenção da dignidade (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004).

As definições de qualidade de vida focalizadas ou de tipo III referem-se a um número de componentes da qualidade de vida. A forma mais comum desse tipo de definição faz referência aos componentes da saúde e ou capacidade funcional (Farquhar, 1995; Seidl & Zannon, 2004). Um exemplo recente desse tipo de definição, retrata a qualidade de vida operacionalizando-a em termos de saúde e medidas de status funcional (Farquhar, 1995). Deste modo, seria mais adequado usar o termo "qualidade de vida relacionada à saúde" e não "qualidade de vida" (Farquhar, 1995).

O estudo da QV apresenta-se assim como sendo um constructo complexo e multidisciplinar (Nobre, 1995), impedindo, deste modo, a existência de um conceito único e definitivo (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012). No entanto, podemos considerar a existência de um conjunto de elementos que nos ajudam a pensar na noção de QV sendo estes considerados indicadores ou esferas objetivas e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem do seu meio envolvente (S. R. C. S. Barbosa, 1998).

Os indicadores objetivos permitem fazer uma análise ou compreensão da realidade tendo por base elementos quantificáveis e concretos, que podem ser transformados pela ação humana (alimentação, habitação, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, ou seja, necessidades de garantia de sobrevivência próprias da sociedade contemporânea) (Almeida et al., 2012). Por outro lado, os indicadores subjetivos também tentam explorar questões de ordem concreta, no entanto, preocupam-se sobretudo com variáveis históricas, sociais, culturais e de interpretação individual sobre as condições de bens materiais e de serviços do sujeito (emoções, expectativas e possibilidades dos indivíduos ou grupos em relação às suas realizações, e à percepção que têm da sua própria vida incluindo questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza) (Almeida et al., 2012). Outros autores sugerem que os estudos sobre QV podem ser abordados de acordo com quatro perspectivas: socioeconómica, biomédica, psicológica e geral ou holística (Almeida & Gutierrez, 2010; Giacomoni, 2004; É. F. Pereira et al., 2012). Deste modo, surge uma visão do sujeito integrado nas suas várias componentes; sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais que se desenvolvem conjuntamente e não hierarquicamente (Redivo et al., 2008).

Assim, compreende-se a dificuldade em definir QV, na medida em que está dependente de valores que o indivíduo adotou para si mesmo (Redivo et al., 2008), bem como dos seus recursos

emocionais e pessoais, que se encontram relacionados com fatores económicos, sociais e culturais (Madariaga & Nuñez-Antón, 2008). Das várias as definições de QV que podemos encontrar na literatura destacam-se algumas por serem as que surgem mais comumente em diversos estudos:

A qualidade de vida pode ser definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence.

(Miettinen, 1987, pág.642)

A qualidade de vida pode ser definida como a capacidade de ampliação da autonomia e do padrão de bem-estar, a partir de valores e escolhas atribuídos por indivíduos em relação à vida e ao seu meio envolvente.

(Buss, 2003, pág.23)

A noção de qualidade de vida transita dentro de um campo semântico polissêmico: em que de um lado, está relacionada ao modo, às condições e ao estilo de vida; e de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; em contante relação com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

(Quadros et al., 2008, pág.13)

A qualidade de vida, no seu aspeto geral, é algo difícil de definir, e depende em grande medida da escala de valores escolhida por cada indivíduo, de forma mais ou menos livre, bem como dos recursos emocionais e pessoais que cada um dispõe. Por outro lado, está associada a determinantes económicos, sociais e culturais que se vão modificando com o passar do tempo e com o próprio desenvolvimento individual.

(Madariaga & Nuñez-Antón, 2008, pág.149)

A qualidade de vida é um conceito mais abrangente do que a saúde, relacionando-se com as experiências atuais e passadas do indivíduo, com todos os aspetos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) incluindo ainda o seu ambiente.

(S. Mendes, Cunha, Xavier, Couto, & Galhardo, 2015, pág.59)

Conseguimos assim encontrar várias definições possíveis de QV. No entanto, não se encontra nenhuma que seja consensual (Flores et al., 2015) tal como já referimos. Ainda assim, todas elas são similares no que diz respeito ao facto de a QV ser algo intrínseco ao indivíduo e que faz parte da sua perceção.

Existe um outro conceito que surge na maioria dos artigos sobre o tema e este prende-se com o facto de em algumas circunstâncias, principalmente na linguagem quotidiana, a noção de QV se encontrar como sinonimo de saúde (É. F. Pereira et al., 2012). Neste sentido, parece-nos pertinente abordarmos aqui, de forma resumida, a noção de saúde. A noção de saúde é frequentemente utilizada e debatida em termos negativos, ou seja, como a ausência de doença (M. A. C. Oliveira & Egry, 2000). Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde apresenta uma noção de saúde diferente desta relação “saúde = ausência de doença” (Segre & Ferraz, 1997) pois para este organismo a saúde pode ser definida como sendo o completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença (WHO, 1946). Neste contexto torna-se necessário tentar perceber então o que é doença. A definição de doença pode estar associada a várias terminologias, que a língua portuguesa, ao contrário da inglesa, não separa (Ribeiro, 2007). Segundo, Ribeiro (2007), os termos em questão são: *disease* (ter uma doença); *illness* (sentir-se doente) e *sickness* (comportar-se como doente). Deste modo, *disease* pode ser entendido como um evento biológico, produzindo mudanças anatómicas, fisiológicas e bioquímicas ou uma combinação de ambas (Barondess, 1979). Do mesmo modo, Barondess (1979), define *illness* como sendo um acontecimento humano, mais do que biológico, ou seja, como uma relação íntima entre desconforto e desorganização psicossocial que tem por base a interação individuo e meio envolvente. Por outro lado, *sickness* pode definir-se como uma identidade social, ou seja, é uma assunção feita pelas pessoas que de alguma forma já foram ou já se sentiram rotuladas como doentes (Thoresen & Eagleston, 1985). Percebe-se então que saúde não é o antónimo de doença, pois depende da percepção que o individuo tem quanto ao seu estado físico, psíquico e até social, deste modo a saúde pode ser entendida como sendo “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (Segre & Ferraz, 1997, pág.542). Neste contexto a noção de saúde encontra-se relacionada com aspetos sociais da construção coletiva dos vários padrões de conforto e de tolerância que uma determinada sociedade estabelece para os seus membros (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Surge então uma relação estreita entre saúde e QV não como um sinónimo, mas sim no sentido em que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida do que de ausência de doença (Minayo et al., 2000). Neste cenário percebe-se que em muitos trabalhos de investigação sobre o conceito de QV, esta surge muitas vezes relacionada com o estado de saúde do individuo. Nestes estudos trabalha-se a noção de “Qualidade de vida Relacionada à Saúde” (health-related quality of life - QVRS). A QVRS é um conceito com objetivos semelhantes à conceituação mais geral de QV que implica aspetos diretamente relacionados com doenças e ou com intervenções na área da saúde (Seidl & Zannon, 2004).

Existem diversas noções de QVRS que se podem encontrar nos estudos sobre a temática, tais como:

É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspetos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde

(Guiteras & Bayés, 1993 *In* Seidl & Zannon, 2004, pág.583)

É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde

(Patrick & Erickson, 1993 *In* Seidl & Zannon, 2004, pág.583)

Refere-se aos vários aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida

(Cleary, Wilson & Fowler, 1995 *In* Seidl & Zannon, 2004, pág.583)

A qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito multidimensional e dinâmico, que engloba os aspetos físicos, psicológicos e sociais associados a uma doença ou ao seu tratamento

(Centers for Disease Control and Prevention, 2000 *In* Flores et al., 2015),
pág.168)

Tal como se percebe a partir das várias definições de QVRS, este conceito pretende descrever os domínios físicos, emocionais e sociais da saúde, refletindo as experiências, crenças e percepções individuais (Testa & Simonson, 1996). Assim, a QVRS entende-se pela avaliação multidimensional que o indivíduo realiza relativamente ao impacto da doença, do tratamento, das componentes físicas, psicológicas e sociais no seu meio envolvente (Madariaga & Nuñez-Antón, 2008; Ribeiro, 2002). Alguns autores consideram que a relação entre saúde e QV, neste domínio da QVRS se faz tendo em conta dois domínios, um diz respeito à área funcional que engloba as funções físicas, cognitivas, atividade de vida diária e avaliação subjetiva da saúde e outro que diz respeito ao domínio do bem-estar que engloba as noções de bem-estar corporal, bem-estar emocional, autoconceito e percepção global de bem-estar (Vilarta & Gonçalves, 2004). Outros estudos consideram que a QVRS pode ser analisada e estudada tendo em conta as suas diversas dimensões. No quadro seguinte pode ser observada uma proposta dessas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde segundo Madariaga e Nuñez-Antón (2008).

Tabela 9 - Dimensões da Qualidade de vida Relacionada à Saúde

DIMENSÕES	CONTEÚDO
Função física	Mobilidade Atividades de vida diárias
Sintomas	Fadiga Dor Sensibilidade Força
Impressão global da saúde	Autoavaliação do nível de saúde

Bem-estar psicológico	Ansiedade Depressão Autoestima
Função cognitiva	Alerta Atenção Memória Orientação Linguagem Gnosias Praxias
Atividades sociais ou papéis sociais	Emprego e relações laborais Cuidados com a habitação Relações e atividades sociais Integração social
Situação pessoal	Estigma Descriminação e ou Auto discriminação Marginalização Satisfação com o estilo de vida
Satisfação com os cuidados	Satisfação com os procedimentos de cuidado Satisfação com os resultados dos cuidados de saúde Sobrecarga

(adaptado de Madariaga & Nuñez-Antón, 2008)

Até agora temos tentado fazer uma análise do conceito de QV no seu aspeto geral, passando posteriormente a realizar essa mesma análise num constructo mais particular da QV que é a QVRS. No entanto, no caso do nosso estudo esta análise tem que ser realizada com uma perspetiva ainda mais específica que passa por analisar a QVRS no caso da doença crónica.

A doença crónica não é uma entidade em si mesma, mas um termo lato que engloba doenças de longa duração, que estão muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade, deste modo, cada doença crónica é única e tem um impacto diferente sobre o indivíduo, a família e a comunidade (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1995). As doenças crónicas podem ser consideradas como patologias prolongadas, que não se resolvem espontaneamente, segundo o Centro de Controlo e Prevenção para as Doenças, 2003 (Stanton et al., 2007). Tais doenças influenciam o ritmo de vida diário do indivíduo, causando um declínio das atividades diárias, da vitalidade, tal como das relações familiares, sociais e laborais (Stanton et al., 2007). Segundo Phipps e colaboradores (1995) uma doença crónica é causada por doença que produz sinais e sintomas que se manifestam e se mantém dentro de um período longo de tempo e da qual há apenas recuperação parcial. Deste modo, pode ser entendida como sendo uma qualquer deficiência ou desvio do “normal”, que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa incapacidade residual; é provocada por alteração patológica irreversível; ou pode esperar-se que exija um longo período de supervisão, observação ou cuidados (Phipps et al., 1995).

Tendo em conta a noção de doença crónica e da sua influência na QVRS alguns autores propõem um estudo da dimensão da QV específico para esta população. Sendo assim surgem estudos que nos remetem a nossa atenção para dimensões específicas do estudo da QVRS para doentes crónicos como é o caso dos estudos de Vinaccia e Orozco (2005). Segundo estes autores a QVRS

dos doentes crónicos deve ser estudada tendo em conta quatro dimensões (1) Status funcional, ou seja, a capacidade para executar um conjunto de atividades que, de um modo geral, os indivíduos sem patologia conseguem realizar; (2) Sintomas relacionados com a doença, esta dimensão diz respeito ao conjunto de sinais e sintomas que dependem não só da doença como também do tratamento; (3) Funcionamento psicológico, este domínio faz referência a manifestações que em geral os pacientes com doença crónica manifestam, tais como: um nível elevado de *stress*, fadiga, perda de apetite, sintomatologia psicopatológica da qual se destacam a depressão e a ansiedade; (4) Funcionamento social, esta dimensão está associada ao medo apresentado pelo paciente crónico em se tornar um encargo para todos os que o rodeiam, bem como medo dos sintomas e/ou da possível incapacidades e desconforto (Vinaccia & Orozco, 2005).

Um outro aspeto que a literatura considera como fator influenciador da qualidade de vida em doentes crónicos, prende-se com o apoio social (Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007). O apoio social pode ser definido de diversas formas. Para alguns autores este é caracterizado como um processo de interação com o qual se obtêm ajuda emocional, material, entre outras, outros autores consideram que esta definição é incompleta pois deve ser incluído o aspeto da perceção subjetiva passando o apoio social a ser entendido como uma perceção de suporte social do qual fazem parte os elementos funcionais ou estruturais, sejam eles reais ou percebidos, que cada individuo recebe da sua rede de interação, comunidade, amigos, família, grupos de pares, entre outros (Bowling, 1991; Fachado et al., 2007; Shoebbotham & Coulson, 2016; Thoits, 1982). Neste sentido, a literatura refere que se pode classificar o apoio social percebido em duas componentes, uma focada no apoio social estrutural, ou seja, na rede social que fornece informações sobre a qualidade das relações sociais bem como o número de indivíduos a quem se pode recorrer, a outra focada no apoio funcional, ou seja na perceção que os indivíduos têm da sua disponibilidade de suporte (Fachado et al., 2007). Alguns autores referem ainda que a perceção de suporte social aqui descrita tem demonstrado um papel importante na adaptação à doença crónica funcionando muitas vezes como um fator protetor da integridade psicológica destes doentes levando, assim, a uma possível prevenção do surgimento de efeitos psicológicos adversos e respostas comportamentais associadas à pobre adesão ao tratamento, ao isolamento social e à perceção de pobre ou má qualidade de vida (Fachado et al., 2007; Menendez et al., 2003).

A compreensão do impacto de uma doença crónica e inflamatória como é o caso da endometriose sobre o bem-estar físico, mental e social das suas portadoras ainda é um desafio (N. Mendes & Figueiredo, 2012). Alguns dos estudos realizados sobre o impacto da endometriose na qualidade de vida, consideram que este é equivalente a outras condições médicas crónicas, o que pode estar relacionado com a influência de inúmeras variáveis biopsicossociais que este tipo de patologias aciona (Friedl et al., 2015).

A dor crónica, que acomete a maioria das pacientes de endometriose, deve ser considerada como um componente importante, pois representa um impacto negativo sobre todas as variáveis biopsicossociais (Friedl et al., 2015). Deste modo, alguns autores levantam uma questão importante que se prende com o facto de algumas pacientes de endometriose poderem ser assintomáticas, assim, o diagnóstico não está necessariamente associado com a impossibilidade de se viver uma vida normal com boa saúde mental, mas mesmo assim estas pacientes também relatam uma perda de qualidade de vida (Facchin et al., 2015). Isso pode acontecer pelo facto de a mulher ter sido diagnosticada com endometriose, e ao tomar conhecimento das implicações desta doença crónica, inflamatória, ainda que benigna, pode afetar significativamente as mulheres ao nível bem-estar psicológico e conseqüentemente da sua qualidade de vida (Denny, 2009). Ser portadora de endometriose, ainda que assintomática, implica viver com uma doença crónica que afeta a feminilidade, uma vez que pode envolver problemas sexuais, bem como o risco de infertilidade (Facchin et al., 2015).

Hoje em dia existe um conjunto de investigadores que se debruçam sobre a relação entre fatores biopsicossociais e qualidade de vida em pacientes com endometriose (Minson et al., 2012). Alguns desses estudos relataram níveis significativamente mais baixos de qualidade de vida nas portadoras de endometriose, quando comparadas com as da população geral, dentro da mesma faixa etária, principalmente no que diz respeito ao aspeto físico e emocional, baixa energia, relações sexuais e graves prejuízos na vida social e familiar (Lövkvist, Boström, Edlund, & Olovsson, 2016; Matta & Muller, 2006). Dos vários estudos encontrados na literatura sobre a qualidade de vida das portadoras de endometriose, verificamos que muitos deles foram realizados com diferentes instrumentos de avaliação da qualidade de vida (Minson et al., 2012)). Um dos instrumentos que mais se utiliza é a escala *36-Item Short Form Survey* (SF-36), um outro que podemos encontrar, hoje em dia, na literatura é o *The Endometriosis Health Profile* (EHP-30) (Mengarda et al., 2008). Estudos que utilizam um destes últimos dois instrumentos, que acabamos de referir indicam-nos que as portadoras de endometriose apresentam valores nestas escalas que variam entre os 44 e 82 pontos (Dubernard et al., 2006) e 25 a 75 pontos quando utilizada o SF-36 (Petrelluzzi, Garcia, Petta, Grassi-Kassisse, & Spadari-Bratfisch, 2008), e 20 a 70 usando o EHP-30 (Georgina Jones, Jenkinson, & Kennedy, 2004; Georgina Jones, Jenkinson, Taylor, Mills, & Kennedy, 2006; G. Jones, Kennedy, Barnard, Wong, & Jenkinson, 2001), tendo em conta que estas escalas indicam que quanto maior a pontuação obtida (considerada de 0 a 100) menor a qualidade de vida, então percebe-se que a qualidade de vida das portadoras de endometriose está comprometida (Minson et al., 2012). A redução de qualidade de vida nessa população pode ser explicada, segundo alguns autores, pela complexidade da etiologia e manifestação dessa doença, bem como pela dor, sendo este um dos principais sintomas desta patologia e pela infertilidade e ou medo que esta possa ocorrer (Matta & Muller, 2006; Minson et al., 2012).

Alguns autores indicam que as portadoras de endometriose com melhores rendimentos económicos e com maiores nível de habilitações literárias, apresentam uma melhor qualidade

de vida (Marques, Bahamondes, Aldrighi, & Petta, 2004; Minson et al., 2012) e inferem que estas variáveis podem estar relacionadas, por um lado, ao acesso facilitado a tratamentos mais eficientes e rápidos (Minson et al., 2012), dos quais se destacam, escolha do médico, tratamentos farmacológicos, tratamentos cirúrgicos e apoio psicológico (Barcelos, Conde, Deus, & Martinez, 2010) e, por outro, a poderem aceder de forma mais facilitada a informações que lhe permitam compreender a endometriose e, deste modo, viver de forma mais consentânea com a patologia (Matta & Muller, 2006; Minson et al., 2012). Outros estudos referem que não encontram correlações ente as habilitações literárias e a qualidade de vida das mulheres, indicando que isto pode ocorrer por a população estudada apresentar, de forma geral, um elevado grau de habilitações literárias (Graaff et al., 2015). Nesta linha, outros estudos indicam que as portadoras de endometriose com atendimento médico nos serviços públicos de saúde também referem um índice de diminuição da qualidade de vida maior face às portadoras que são acompanhadas nos serviços privados de saúde talvez, por estas últimas, terem acesso mais facilitado e célere aos cuidados de que necessitam (Lövkvist et al., 2016).

Existem alguns estudos que nos apresentam dados quanto à forma como as mulheres abordam a endometriose com outras pessoas. Nestes estudos percebe-se que muitas mulheres (37% a 89%) tem dificuldades e abordar o assunto com o companheiro, referindo que não se sentem confiantes de que vão ser compreendidas quantos aos seus sintomas e porque este é assunto difícil quando a infertilidade está presente (P. Z. Barbosa & Coutinho, 2007; Chapron, Santulli, & Cabri, 2015; Matta & Muller, 2006). Neste cenário, encontramos outros estudos que indicam que 22% a 38% das mulheres que percecionam a não existência de relacionamento afetivo sólido, ou simplesmente não têm um relacionamento pois este terminou posteriormente ao diagnóstico de endometriose, apresentam uma pior qualidade de vida (Graaff et al., 2015). Neste sentido, alguns estudos referem que a diminuição percebida da saúde física e mental bem como a redução da satisfação sexual pode justificar o facto de cerca de 34% das mulheres com endometriose sentirem que a sua vida sexual é prejudicada por esta patologia e 19% destas mulheres atribuem à sua doença a razão para o divórcio civil (Braundmeier, Lenz, & Fazleabas, 2016).

No que diz respeito à percepção das mulheres com endometriose em relação ao futuro, alguns estudos referem que, 31% a 57% das portadoras relatam dificuldades em planear o futuro, pois vivem com receio da dor, da infertilidade (Chapron et al., 2015), quando ainda não foi diagnosticada e com receio de falta de apoio social por serem consideradas “menos mulheres” por não poderem ter filhos ou por estarem com dores constantes (Matta & Muller, 2006). No estudo, já referido de Chapron e colaboradores (2015), e pelos motivos que acabamos de apresentar, 50% a 70% das mulheres referem que a endometriose teve um impacto negativo muito importante no seu bem-estar, na sua condição física e na sua vida conjugal e sexual (Chapron et al., 2015).

Alguns estudos referem que as portadoras de endometriose com idade igual ou inferior a 30 anos apresentam valores mais altos nas escalas de qualidade de vida que nos remetem para uma menor percepção de qualidade de vida, face às portadoras de endometriose que se situam na faixa etária dos 40 anos ou mais (Lövkvist et al., 2016). Por outro lado, existem estudos que nos referem a não existência de correlação entre a idade das portadoras de endometriose e a qualidade de vida das mesmas (Graaff et al., 2015). Encontramos alguns autores que indicam que diminuição da qualidade de vida, nas portadoras de endometriose parece estar positivamente relacionada com a idade e negativamente pelo número de sintomas (Lövkvist et al., 2016).

Apesar de se considerar que a endometriose não é uma doença que acarrete risco de vida, alguns estudos confirmam que esta pode afetar substancialmente a vida laboral das mulheres e conseqüentemente a sua qualidade de vida (Donatella, Giulia, Eleonora, Eleonora, & Flaviano, 2013; Simoens et al., 2012). Nesta linha, há estudos que nos indicam que as portadoras de endometriose perdem entre 2,3 e 24 horas de trabalho por semana (Donatella et al., 2013; Simoens et al., 2012), principalmente devido a uma redução da capacidade para o trabalho, por absentismo (devido à dor e ou internamento hospitalar) (Denny, 2009; Lövkvist et al., 2016) e ou por falta de capacidades cognitivas e psicológicas para desenvolver as suas tarefas laborais (Simoens et al., 2012). Esta perda de produtividade tem um impacto financeiro associado e alguns autores referem que este impacto pode chegar a uma redução de ganhos, por semana, para a mulher, em média entre os 3,5€ em países como a Nigéria e 400€ e países como a Itália (Nnoaham et al., 2011).

Hoje em dia este é um assunto de interesse, numa sociedade em que o aumento dos custos de cuidados de saúde e os recursos limitados são de crescente preocupação (Donatella et al., 2013; Lövkvist et al., 2016). Outros estudos dão-nos a conhecer que o custo total anual de tratamentos, em média, por mulher portadora de endometriose ronda os 7,629€ a 9,409€. Se a isto associarmos os custos de perda de produtividade da mulher, que ronda em média os 5,612€ percebemos que o peso económico da endometriose pode ser encarado como uma das variáveis que levam a uma percepção de baixa qualidade de vida (Simoens et al., 2012).

Além dos custos para a sociedade, devido à perda de produtividade, a endometriose tem um pesado custo económico para a paciente, que tem de pagar de forma contínua todos os medicamentos e exames necessários para a doença, mesmo quando acompanhada em serviços públicos de saúde (Lövkvist et al., 2016; Simoens et al., 2012).

Todos estes fatores financeiros, associados a fatores físicos, biológicos e psicológicos podem comprometer a vida das portadoras de endometriose levando à necessidade de um acompanhamento multidisciplinar destas mulheres (Lövkvist et al., 2016; Shoebbotham & Coulson, 2016).

Neste sentido, alguns autores referem que a maioria dos problemas causados pela endometriose envolvem principalmente a dor e a incompreensão ou receio desta última, por tal o tratamento médico pode não ser suficiente, o que leva a que a literatura sugira, que estas pacientes podem beneficiar significativamente de intervenções psicológicas de modo a diminuir a sua angústia ao partilhar o seu sofrimento e as suas vivências com outros (Shoebbotham & Coulson, 2016). Neste sentido existem evidências da eficácia de intervenções psicoterapêuticas baseadas em terapias de grupo, principalmente as que assentam na abordagem cognitivo-comportamental (Facchin et al., 2015; Matta & Muller, 2006; N. Mendes & Figueiredo, 2012). Deste modo, vários autores fortalecem a hipótese de que a saúde geral das mulheres com endometriose, bem como a sua perceção de qualidade de vida, não se encontra determinada, apenas, pela gravidade da doença, pelo tempo de manifestação e intensidade dos sintomas biológicos e pela intensidade e frequência da dor, mas também por outras variáveis psicológicas e sociais, os que os leva a inferir a necessidade de utilização de modelo biopsicossocial na saúde aquando dos estudos nesta área (Barcelos et al., 2010; Dubernard et al., 2006; Gao et al., 2006; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Marques et al., 2004; Mengarda et al., 2008).

Neste contexto, torna-se necessário promover estudos de modo a conhecer melhor esta patologia não só do seu ponto de vista físico como também psicológico e do impacto na qualidade de vida das suas portadoras. Como se pode perceber, o impacto bio-psico-social da endometriose é considerado intrigante, enigmático e elevado, tanto ao nível individual, como de saúde pública (Navarro & Barcelos, 2006). Assim, surge o modelo biopsicossocial que entende o sujeito como um todo e privilegia todas as suas componentes: social, psicológica e biológica (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Este modelo apresenta três características fundamentais de relação entre aspetos mentais, sociais e físicos da saúde; modelos de causalidade circular, com aproximações lineares, no que diz respeito à intervenção e tratamento e promove a relação clínica/paciente de forma participativa (Borrell-Carrió et al., 2004; Mast & Vedrody, 2006). Com efeito, o modelo proporciona uma melhor compreensão das consequências que advêm da endometriose e das interações que estas podem apresentar entre si (Borrell-Carrió et al., 2004).

Tendo em conta o estado da arte, admitimos as seguintes hipóteses a testar: (1) as participantes no nosso estudo com endometriose grave apresentarão no seu perfil sintomas positivos de psicopatologia; (2) as participantes no nosso estudo com endometriose grave apresentarão no seu perfil indicadores de qualidade de vida médios, similares aos encontrados no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa; (3) as participantes no nosso estudo com endometriose há mais tempo apresentam maior número de sintomas positivos de psicopatologia; (4) as participantes no nosso estudo com endometriose há mais tempo apresentam uma menor qualidade de vida; (5) as participantes no nosso estudo com endometriose e com infertilidade apresentam um maior número de sintomas psicopatológicos do que as pacientes com endometriose sem infertilidade; (6) as participantes no nosso estudo com endometriose e com baixa perceção de suporte social apresentam maior número de

sintomas psicopatológicos; (7) as participantes no nosso estudo com endometriose e com baixa percepção de suporte social apresentam menor qualidade de vida e (8) as variáveis distribuem-se de acordo com o modelo biopsicossocial.

Capítulo III

Método

“A frase mais excitante que se pode ouvir em ciência, a que anuncia novas descobertas, não é “Eureca!” (Descobri!) mas sim “Isto é estranho...” “
(Isaac Asimov in Bosco, 2011)

Participantes

As participantes foram recrutadas a partir do grupo de “apoio” virtual de uma rede social (facebook) criado e gerido pela Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose (MulherEndo) (MulherEndo, 2013): “Grupo Exclusivo para Portadoras de Endometriose - Gestão da MulherEndo” com 123 seguidoras à data da recolha de dados. Este é um grupo fechado (do facebook), ao qual só podem pertencer portadoras de endometriose devidamente diagnosticadas com esta patologia. Este é um grupo apenas para portadoras de Endometriose Portuguesas ou residentes e acompanhadas em Portugal (MulherEndo, 2013). Deste modo, antes de algum novo membro ser aceite no referido grupo torna-se necessário o preenchimento de um formulário com alguns dados pessoais, bem como o envio de documento (rasurado, de modo a não ser utilizado para nenhum outro fim) comprovativo da existência da doença (como: cópia de relatório de exame médico, ou cópia de relatório de cirurgia, ou declaração médica ou outros que ateste e comprove que é portadora de endometriose) (MulherEndo, 2013).

Foi feito o pedido, junto aos “gestores da página” de modo a podermos colocar ali o questionário, e solicitou-se a participação dos membros do grupo, obtendo-se 110 respostas positivas das quais foram consideradas para análise 105. Foram eliminados 5 casos em que se confirmou duplicação de dados.

A nossa amostra é constituída assim por 105 mulheres com idades compreendidas entre os 21 e os 47 anos ($M=34.04$; $DP=0.54$). Na sua maioria encontram-se numa relação casadas e ou em união de facto (78.1%) sendo que 14.3% se encontram solteiras e 7.6% divorciadas. No grupo de participantes, 40.1% apresentam habilitações literárias até ao 12º ano, 39% completaram Bacharelato ou Licenciatura e as restantes frequentaram mestrados e doutoramentos (20.9%).

Materiais

As participantes foram avaliadas com uma bateria de questionários compilados (ver anexo I) para obtermos informação sobre a doença e aspetos psicológicos das participantes. Foi usado um questionário sociodemográfico com perguntas sobre a idade, estado civil, habilitações literárias e estado de saúde referente à endometriose. Para além destes dados procurámos identificar sintomatologia psicopatológica, qualidade de vida e perceção do suporte social.

A sintomatologia psicopatológica foi avaliada pela versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI). Este inventário foi criado por Derogatis e Spencer em 1982 e traduzido e aferido para a população portuguesa por Cristina Canavarro em 1999 (Canavarro, 2007). O BSI é um inventário de autorrelato composto por 53 itens que avaliam sintomatologia psicopatológica, dividindo a mesma em nove dimensões e três índices globais (o Índice Geral de Sintomas, o Total de Sintomas Positivos e o Índice de Sintomas Positivos), sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 2007). Segundo Canavarro (1999) as nove dimensões já referidas dizem respeito a: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo. No que diz respeito ao preenchimento deste inventário, a participante deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, com as seguintes opções: “Nunca” (0), “Poucas vezes” (1), “Algumas vezes” (2), “Muitas vezes” (3) e “Muitíssimas vezes” (4). As características psicométricas da versão portuguesa do BSI atestam a boa consistência interna do instrumento com valores oscilando entre 0.62 e 0.80 (Canavarro, 2007). A escala oferece, ainda, um ponto de corte no Índice de Sintomas Positivos, considerando haver maior probabilidade de encontrar indivíduos com perturbação emocional nos sujeitos com pontuações ≥ 1.7 (Canavarro, 2007).

A qualidade de vida foi avaliada recorrendo ao *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30), desenvolvido por Jones e colaboradores (2001) (G. Jones et al., 2001) e validado para a população Portuguesa por Nogueira-Silva e colaboradores (2015) (Nogueira-Silva et al., 2015). O EHP-30 é um instrumento de autorrelato criado para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde e específico para a endometriose (G. Jones et al., 2001). Este instrumento é composto por 30 itens, no questionário geral, que avaliam 5 dimensões: (1) dor; (2) controle e impotência; (3) bem-estar emocional; (4) apoio social; (5) autoimagem (G. Jones et al., 2001; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Este instrumento apresenta também um questionário modular com 23 itens no qual se distribuem por 6 escalas: (1) vida no trabalho; (2) relação com os filhos; (3) relações sexuais; (4) relação com o médico; (5) tratamento; (6) infertilidade (G. Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015). Cada escala deste questionário é transformada numa pontuação de 0 a 100, na qual, quanto menor o valor encontrado, melhor a qualidade de vida (G. Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015). Este questionário foi validado para a população Portuguesa recorrendo a uma amostra constituída por 152 doentes com endometriose que se encontravam a ser medicamente acompanhadas na consulta de Ginecologia Cirúrgica do Departamento/ Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia do CHLN/ Hospital Universitário de Santa Maria (Nogueira-Silva et al., 2015). Segundo os autores deste estudo de validação a idade média das mulheres que fazem parte da amostra é 34,7 anos (mínimo 19; máximo 49); cerca de 96% são de nacionalidade portuguesa em cerca de 88% a etnia é caucasiana; 70% vivem em união conjugal (Nogueira-Silva et al., 2015). Ainda segundo os mesmos autores: cerca de 41% concluíram o ensino secundário e 38% têm habilitações iguais ou superiores a licenciatura, 79% encontram-se a trabalhar (Nogueira-Silva et al., 2015). Desta

amostra 66% apresentavam endometriose no estágio IV e nas últimas quatro semanas, 63% das mulheres referia sofrer de dismenorreia, 55% apresentava um quadro de dispareunia, 50% relatava dor pélvica crónica, 60% astenia e 55% apresentava queixas de alterações gastrointestinais (Nogueira-Silva et al., 2015).

A perceção de suporte social, das participantes, foi avaliada com a versão portuguesa do *Medical Outcome Study Social Support Survey* (MOS-SSS) adaptada e validada para a população portuguesa por Fachado e colaboradores em 2007 (Fachado et al., 2007). O MOS-SSS é uma escala construída com o intuito de fazer a avaliação do suporte social em portadores de doença crónica (Fachado et al., 2007; Mattos, 2009). Segundo estes últimos autores, a prova é constituída por 19 itens formulados para uma escala de tipo *Likert* de 5 opções (“nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”) avaliando 4 domínios de suporte social (“suporte emocional/informativo”, “suporte tangível”, “interação social positiva” e “suporte afetivo”), bem como um índice global de suporte social percebido (Fachado et al., 2007; Mattos, 2009). O MOS-SSS permite obter pontuações separadas para 4 domínios de suporte social, que no seu conjunto pretendem avaliar o apoio funcional, bem como uma pontuação total que corresponde a um índice global de suporte social. A pontuação total é obtida através da conjugação de pontuações de todos domínios (Fachado et al., 2007). A pontuação de cada domínio é diferenciada. Deste modo, segundo Fachado e colaboradores (2007) para obtermos a pontuação de interação social devemos agrupar os itens 7, 11, 14 e 18; a pontuação do apoio emocional é obtida através da soma das pontuações dos itens 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 e 19; no que diz respeito ao apoio afetivo devemos unir os itens 6, 10 e 20 e por último para encontrarmos a pontuação do apoio emocional contabilizamos as pontuações dos itens 2, 5, 12 e 15. A questão inicial do questionário, o item 1 diz respeito ao apoio estrutural, ou seja à rede social percecionada pelo sujeito, (Fachado et al., 2007). Neste instrumento valores mais elevados indicam um maior suporte social percebido (Fachado et al., 2007; Mattos, 2009). Este questionário foi validado para a população Portuguesa recorrendo a uma amostra constituída por 101 doentes crónicos que eram acompanhados no Centro de Saúde de Paredes de Coura (Fachado et al., 2007). As idades estão compreendidas entre os 34 e os 81anos, a média foi de 63 anos, 56% são mulheres e 44% homens (Fachado et al., 2007). Quanto às habilitações literárias, 29% são analfabetos, 27% sabem ler e escrever, 42% têm ensino básico e 2% possuem estudos superiores (Fachado et al., 2007). Cerca de 3% dos sujeitos encontra-se na terceira idade, 34% são jovens adultos e 12% são de média idade (Fachado et al., 2007). As patologias mais frequentes da amostra dizem respeito: hipertensão arterial (78%); 56% diabetes mellitus tipo 2; 31% dislipemia; 19% osteartrose; 7% cardiopatia coronária; 7% asma e 18% apresentam outras patologias crónicas não especificadas (Fachado et al., 2007).

Estes questionários foram compilados e convertidos para uma versão digital através da ferramenta de formulários disponibilizada pelos Documentos do Google (Writely-Team & Google-Inc, 2005). Esta é uma forma expedita e centralizada de recolha de dados pois permite a apresentação do questionário *online* facilitando o acesso a amostras que de outra forma

seriam demasiado dispendiosas em tempo e dinheiro de alcançar. A plataforma apresenta um formulário que ao ser preenchido envia os dados para uma base de dados (Folha de Excel nos documentos do Google) a partir da qual é fácil processar, analisar e exportar os dados para outras ferramentas (Writely-Team & Google-Inc, 2005) como o SPSS.

Procedimento

Foi solicitado aos membros do grupo fechado do facebook: "Grupo Exclusivo para Portadoras de Endometriose - Gestão da MulherEndo" que preenchessem o questionário a partir de casa. As participantes só tinham de "clique" no link para o questionário a partir da publicação realizada no grupo. Na solicitação de preenchimento foi indicado o propósito do estudo e assegurou-se o anonimato e confidencialidade dos dados (ver anexo I). Este questionário continha um campo para a introdução de um código constituído por a primeira letra do nome e a primeira letra do sobrenome, o número do dia de nascimento e a primeira letra do nome da mãe (Ex: CN03L). Que não permitindo identificar a participante em termos individuais permitiu identificar as participantes que responderam ao questionário, ou o submeteram, múltiplas vezes.

Após a recolha e codificação dos dados estes foram introduzidos numa matriz de modo a poderem ser analisados. A análise dos dados foi pensada e programada tendo em conta as variáveis em estudo bem como as hipóteses levantadas. Para tal utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 23 para Windows. O SPSS é considerado como uma ferramenta informática que permite a realização de cálculos estatísticos complexos de forma célere e eficiente (A. Pereira, 2006).

O tratamento dos dados foi realizado por meio de análises quantitativas e qualitativa. Para a análise de dados de forma quantitativa recorremos a análises descritiva (médias, desvios padrões, mínimos e máximo), testes paramétricos dos quais se destacam os testes t de Student com correção de Levene quando necessário, Correlações bivariadas de Pearson, testes não paramétricos como é o caso da Correlação de Rô de Spearman e teste do Qui-Quadrado. Considerámos diferenças estatisticamente significativas para $p < .05$. Realizamos ainda uma análise de *cluster* pelo método de Bavege.

O teste t pode ser utilizado tanto para amostras independentes como emparelhadas (Poeschl, 2006). Este teste permite-nos testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo numa variável dicotómica (Pestana & Gageiro, 2008).

A correlação permite medir relações entre variáveis, para variáveis quantitativas, ou ordens das mesmas variáveis quando estas são ordinais (A. Pereira, 2006). É de realçar que a existência de uma correlação não implica a existência de causalidade (Vidal, 2005).

A análise de *clusters* é um procedimento de estatística multivariada na qual se tenta organizar um conjunto de entidades para a qual se conhece um conjunto de informação detalhada (A. Pereira, 2006). Deste modo, esta análise assemelha-se à análise fatorial, pois estes procedimentos identificam grupos de variáveis relacionadas entre si (Pestana & Gageiro, 2008).

No que diz respeito à análise qualitativa, foi realizada uma análise de conteúdo. A escolha desta análise prendeu-se com a necessidade de interpretar textos oriundos de uma pergunta aberta que constava do nosso questionário. Segundo alguns autores, esta análise é composta por um conjunto de instrumentos metodológicos adequados ao domínio e objetivo de cada estudo, cuja finalidade é a criação de categorias homogêneas provenientes do texto em análise de forma direta, ou seja, do que está patente no texto e ou de forma indireta pela análise da heurística presente no referido texto (Pestana & Gageiro, 2009).

Capítulo IV

Resultados

“Há quem usa a estatística como um bêbado usa um poste de luz – para apoio em vez de iluminação”

(Andrew Lang in Pelsma, 1937)

Os resultados que seguidamente passamos a apresentar, surgem das análises realizadas para testar as nossas hipóteses, posteriormente a estes surgem análises complementares consideradas adequadas para a discussão das diversas hipóteses e, por fim, apresentaremos a análise de conteúdo da questão aberta do nosso questionário.

Os primeiros resultados que surgem dizem respeito à vivência com a endometriose. Neste sentido surgem os seguintes resultados: as mulheres da nossa amostra referem que vivem com endometriose, em média, há cerca de 10,21 anos (D.P. =7.37), no entanto o seu tempo de diagnóstico é em média de 4.5 anos (D.P.= 4.12). O facto de serem portadoras de endometriose levou a que 78.10% (n=82) das mulheres da nossa amostra fosse submetida a cirurgia, para diagnóstico e ou tratamento. Relativamente aos sintomas biológicos das mulheres da nossa amostra estas apresentam em média 6.18 sintomas (D.P.=2.062) dos quais se destacam: 93.3% (n=98) apresentam queixas de dismenorrea, 79% (n=83) refere sentir dor pélvica, 61.9% (n= 65) referem ter vários sintomas associados a problemas intestinais, 54 mulheres (51.4%) referem ter disquesia, 58.1% (n=61) apresenta queixas de astenia, 53.3% (n= 56) relatam dispareunia, 47.7% (n=50) apresenta queixas de dor ovulatória, 32.4% (n= 34) referem problemas urinários e 61 mulheres (58.1%) referem sofrer de infertilidade.

Quanto há localização dos focos de endometriose, na nossa amostra, as mulheres referem, em média 3.3 áreas afetadas pela doença (D.P.=2.05, mínimo=1, máximo=12). As áreas mais afetadas dizem respeito a: ovários (n=75, 71.4%), septo retro-vaginal (n=68, 64.8%), útero-sacros (n=43, 50.5%), tubas uterinas (n=43, 41%), bexiga (n=24, 22.9%), peritónio (n=17, 16.2%), região retro-cervical (n= 16, 15.2%), ureteres (n=15,14.3%). Existem ainda referencias a outras áreas afetadas como é o caso de: apêndice (n=9, 8.6%), diafragma (n=7, 6.7%), rins (n=4, 3.8%), pulmões (n=3, 2.9%), outras áreas (n=14, 13.3%).

No que diz respeito à classificação da endometriose, na nossa amostra, 1.9% (n=2) pertencem ao estágio I (endometriose mínima), 6.7% (n=7) pertencem ao estágio II (endometriose leve), 21% (n=22) pertencem ao estágio III (endometriose moderada) e 70.5% (n=74) pertencem ao estágio IV (endometriose severa).

De acordo com a primeira hipótese, admitimos que as pacientes da nossa amostra com endometriose grave apresentariam no perfil sintomas positivos de psicopatologia. Tratando-se

de uma amostra constituída apenas por doentes, comparámos a média de cada dimensão do BSI obtida pelas participantes com o ponto de corte relativo a cada dimensão do BSI, usando para tal um teste t.

As participantes da nossa amostra obtiveram sinais positivos de psicopatologia apenas nas dimensões “Somatização”, “Depressão” e “Ansiedade Fóbica”, bem como no “Índice de Sintomas Psicopatológicos (ISP)”.

Efetivamente a média obtida na dimensão “somatização” não se distingue do ponto de corte do BSI ($t(104) = -0.037$; $p = .971$) (Tabela 10), o que sugere que as nossas participantes, em média, possuem sintomas de somatização.

Tabela 10 - Comparação da média de “Somatização” das participantes com o ponto de corte do BSI

	Valor de Teste = 0.92					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
BSI - Somatização	-,037	104	,971	-,0029932	-,164188	,158202

Tendo em conta este resultado, verificamos que 38,1% das participantes pontuam acima do ponto de corte nesta dimensão, isto é, aproximadamente 1/3 da amostra. As mulheres que pontuaram acima do valor de corte apresentaram um valor médio de 1,77 (D.P. = 0,72) e as que pontuaram abaixo do ponto de corte apresentaram um valor médio de 0,39 (D.P. = 0,28).

De acordo com a Figura 2 verificamos que as participantes que apresentam valores patológicos na “Somatização” se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação da dimensão e as que não apresentam valores psicopatológicos aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo.

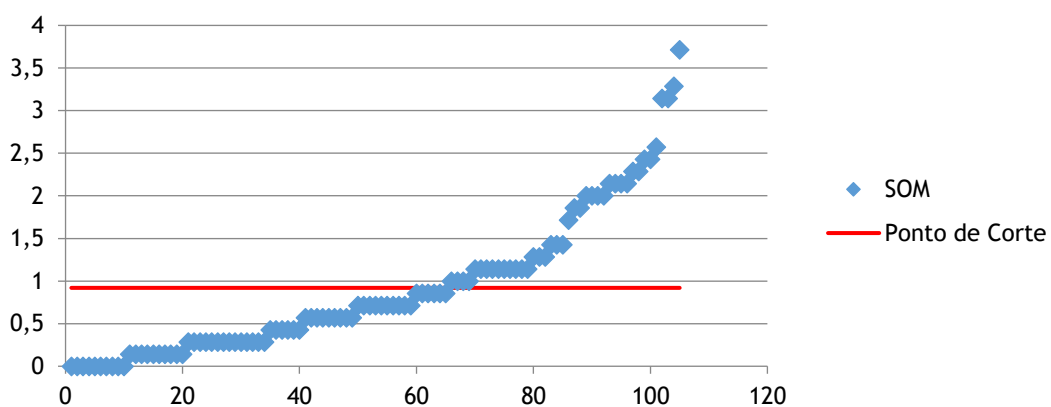


Figura 2 - Distribuição ordenada da pontuação de “Somatização” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.

No que diz respeito à dimensão “Depressão” a média não se distingue do ponto de corte do BSI ($t(104) = -1.437$; $p = .154$) (Tabela 11), o que sugere que as nossas participantes possuirão, em média, sintomas de depressão.

Tabela 11 - Comparação da média de “Depressão” das participantes com o ponto de corte do BSI

	Valor de Teste = 1.2					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
BSI - Depressão	-1,437	104	,154	-,1285714	-,305961	,048818

No que diz respeito a esta dimensão, verificamos que 33,3% das participantes pontuam acima do ponto de corte nesta dimensão, isto é, cerca de 1/3 da amostra. As participantes que pontuaram acima do valor de corte apresentaram um valor médio de 2,25 (D.P. = 0,64) e as que pontuaram abaixo do ponto de corte apresentaram um valor médio de 0,47 (D.P. = 0,33).

De acordo com a Figura 3 verificamos que as participantes que apresentam valores patológicos na dimensão “Depressão” se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação da dimensão e as que não apresentam valores psicopatológicos aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo.

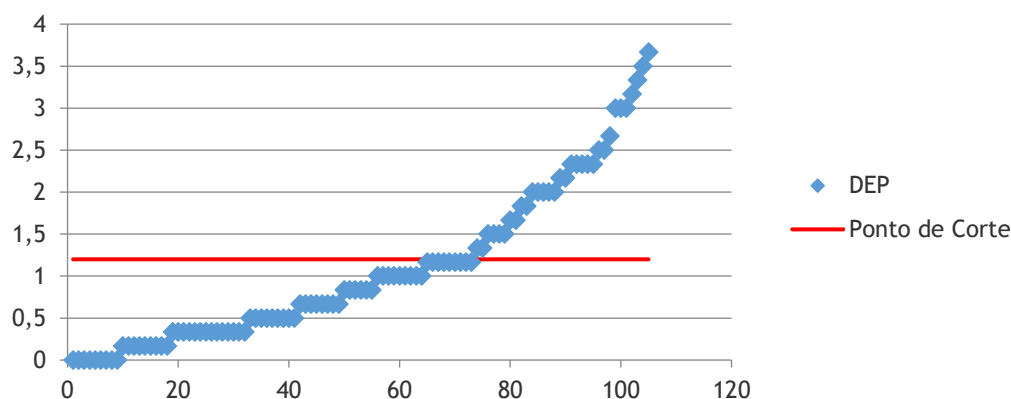


Figura 3 - Distribuição ordenada da pontuação de “Depressão” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.

Quando abordamos a dimensão “Ansiedade Fóbica” a média não se distingue do ponto de corte do BSI ($t(104) = -1.786$; $p = .077$) (Tabela 12), o que sugere que as nossas participantes possuirão, em média, sintomas de ansiedade fóbica.

Tabela 12 - Comparação da média de “Ansiedade Fóbica” das participantes com o ponto de corte do BSI

	Valor de Teste = 0.59					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
BSI - Ansiedade Fóbica	-1,786	104	,077	-,1233333	-,260246	,013579

Tendo em conta este resultado, verificamos que 31,4% das participantes pontuam acima do ponto de corte nesta dimensão, isto é, aproximadamente 1/3 da amostra. As participantes que pontuaram acima do valor de corte apresentaram um valor médio de 1,30 (D.P. = 0,74) e as que pontuaram abaixo do ponto de corte apresentaram um valor médio de 0,09 (D.P. = 0,14).

De acordo com a Figura 4 verificamos que as participantes que apresentam valores patológicos na dimensão “Ansiedade Fóbica” se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação da dimensão e as que não apresentam valores psicopatológicos aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo.

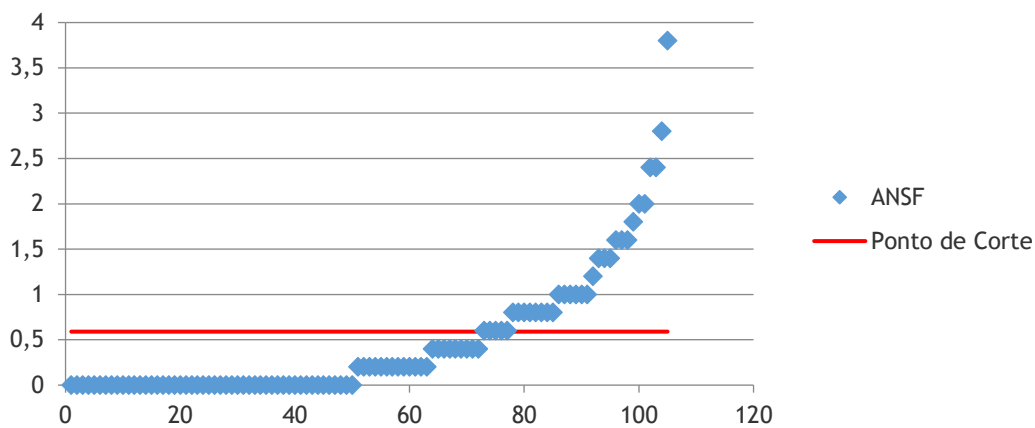


Figura 4 - Distribuição ordenada da pontuação de “Ansiedade Fóbica” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.

No que diz respeito às médias obtidas no ISP, estas não se distinguem do ponto de corte do BSI ($t(104)=-1.416;p=.160$) (Tabela 13), o que sugere que as nossas participantes possuirão, em média, um conjunto de sintomas positivos de psicopatologia.

Tabela 13 - Comparação da média do “Índice de Sintomas Positivos” (ISP) das participantes com o ponto de corte do BSI

	Valor de Teste = 1.73					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
BSI_ISP	-1,416	104	,160	-,07576	-,1818	,0303

Tendo em conta este resultado, verificamos que 34,3% das participantes pontuam acima do ponto de corte neste índice, isto é, cerca de 1/3 da amostra. As participantes que pontuaram acima do valor de corte apresentaram um valor médio de 2,29 (D.P. = 0,43) e as que pontuaram abaixo do ponto de corte apresentaram um valor médio de 1,32 (D.P. = 0,24).

De acordo com a Figura 5 verificamos que as participantes que apresentam valores acima do ponto de corte para o ISP se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação do índice

e as que não apresentam valores acima do ponto de corte aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo.

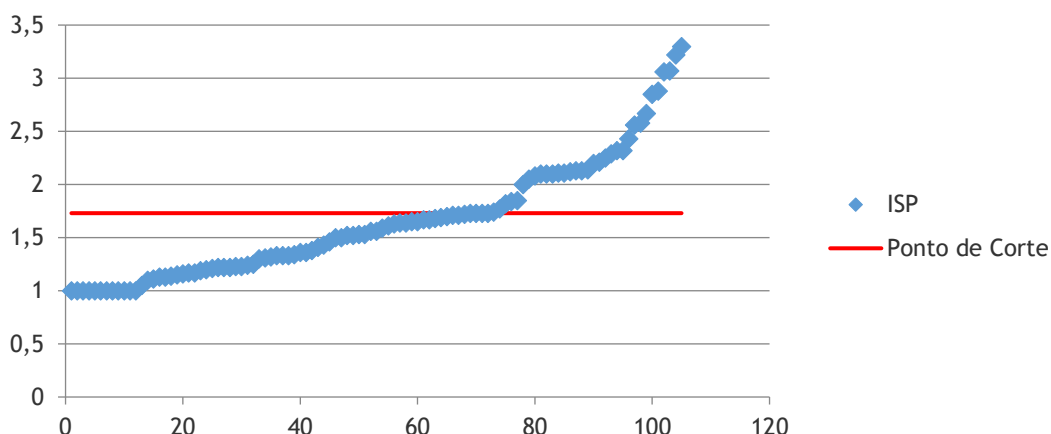


Figura 5 - Distribuição ordenada da pontuação de “índice de Sintomas Psicopatológicos (ISP)” entre os dois grupos de participantes com e sem valores psicopatológicos.

Procurando explicar os resultados encontrados relativamente às diferenças das médias nas dimensões “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade Fóbica” entre as participantes com e sem psicopatologia, decidimos efetuar testes de qui quadrado ou Testes t, consoante as variáveis seja, nominais ou racionais, para verificar se existe alguma relação com as variáveis conceptualmente relevantes.

Assim, relativamente à dimensão “Somatização” não encontramos relação significativa com as “Habilitações Literárias” ($\chi^2(5) = 7.438; p = .190$) nem com “Ter ou não Ter Parceiro” ($\chi^2(1) = 0.936; p = .333$). Como a “Somatização” também se pode relacionar com o “Número de Sintomas de Endometriose” (variável racional), o teste t ($t(103) = -3.331; p = .001$) (Tabela 14) sugere que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de “Número de Sintomas de Endometriose” das mulheres com somatização e sem somatização.

Tabela 14 - Teste de Amostras independentes entre “Número de sintomas de endometriose” nas participantes com e sem somatização

	Teste-t para Igualdade de Médias							
	p	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
							Inferior	Superior
Número de sintomas de endometriose	,343	-3,331	103	,001	-1,267	,380	-2,022	-,513

Verificamos também que foram as participantes com somatização que obtiveram maior média de sintomas biológicos de endometriose ($M = 6,18; D.P. = 2,062$) comparativamente às mulheres da nossa amostra sem somatização ($M = 4,91; D.P. = 1,783$).

No que diz respeito à dimensão “Depressão” não encontramos relação significativa com as “Número de Sintomas de Endometriose” ($t(94)=-0.907; p=.367$) nem com “Habilitações Literárias” ($\chi^2(5)= 9.288; p = .098$). Como a “Depressão” também se pode relacionar com o “Ter ou não Ter Parceiro” o Teste qui-quadrado ($\chi^2(1)= 6.000; p = .014$) (Tabela 15) sugere que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de “Ter ou não Ter Parceiro” das participantes com e sem depressão.

Tabela 15 - Efeito da existência de parceiro na sintomatologia de depressão

	Valor	gl	p (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	6,000a	1	,014
Nº de Casos Válidos	96		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 10,67.

Assim, relativamente à dimensão “Ansiedade Fóbica” não encontramos relação significativa com as “Habilitações Literárias” ($\chi^2(5)= 8.497; p = .131$) nem com o “Número de Sintomas de Endometriose” ($t(103)= -1.397; p=.166$). Como a “Ansiedade fóbica” também se pode relacionar com o “Localização da Endometriose”, o teste t ($t(103)= -2.156; p=.033$) (Tabela 16) sugere que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de “localização da endometriose” das mulheres com e sem ansiedade fóbica.

Tabela 16 - Teste de Amostras independentes entre “Localização da Endometriose” nas participantes com e sem ansiedade fóbica

	Teste-t para Igualdade de Médias						
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Inferior	Superior
Localização da Endometriose	-2,156	103	,033	-,928	,430	-1,782	-,074

De acordo com a segunda hipótese as pacientes da nossa amostra com endometriose grave apresentarão no perfil de indicadores de qualidade de vida valores médios idênticos aos encontrados no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa (Nogueira-Silva et al., 2015).

Usando testes t para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação, para a dimensão “Dor” verificámos que a média desta dimensão das mulheres da nossa amostra não se distingue significativamente da média do estudo ($t(104)= 1.972; p=.051$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Comparação da média de “EHP-30 Dor” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 37.11					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Dor	1,972	104	,051	5,09779	-,0278	10,2234

Utilizamos testes t para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação, para a dimensão “Controlo e Impotência” verificámos que a média desta dimensão das mulheres da nossa amostra não se distingue significativamente da média do estudo ($t(104) = 1.724$; $p = .088$) (Tabela 18).

Tabela 18 - Comparação da média de “EHP-30 Controlo e Impotência” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 40.94					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Controlo e Impotência	1,724	104	,088	5,21079	-,7836	11,2052

Para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação utilizamos testes t para, para a dimensão “Bem-estar Emocional” verificámos, assim, que a média desta dimensão nas mulheres da nossa amostra não se distingue significativamente da média do estudo de validação ($t(104) = -0.840$; $p = .403$) (Tabela 19).

Tabela 19 - Comparação da média de “EHP-30 Bem-estar Emocional” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 41.20					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Bem-estar Emocional	-,840	104	,403	-1,99365	-6,7017	2,7144

Para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação utilizamos testes t para, para a dimensão “Suporte Social” verificámos, assim, que a média desta dimensão nas participantes da nossa amostra não se distingue significativamente da média do estudo de validação ($t(104) = -0.540$; $p = .590$) (Tabela 20).

Tabela 20 - Comparação da média de “EHP-30 Suporte Social” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 41.20					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Suporte Social	-,540	104	,590	-1,46000	-6,8206	3,9006

Usando testes t para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação, para a dimensão “Autoimagem” verificámos que a média desta dimensão das mulheres da nossa amostra não se distingue significativamente da média do estudo ($t(104) = 1.345$; $p = .182$) (Tabela 21).

Tabela 21 - Comparação da média de “EHP-30 Autoimagem” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 34.10					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Autoimagem	1,345	104	,182	3,91587	-1,8597	9,6914

Para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação utilizamos testes t para, para as dimensões do questionário modular do EHP-30, verificámos, assim, que as médias das dimensões que compõem este questionário, nas mulheres da nossa amostra não se distinguem significativamente da média do estudo de validação para o mesmo questionário do EHP-30, com exceção das dimensões “Relações Sexuais” e “Tratamento”.

Usando testes t para comparar as médias das participantes da amostra com as médias do referido estudo de validação, para a dimensão “Relações Sexuais” verificámos que a média desta dimensão das mulheres da nossa amostra distingue-se significativamente da média do estudo ($t(73) = -2.353$; $p = .021$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Comparação da média de “EHP-30 Relações Sexuais” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 46.12					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Relações Sexuais	-2.353	73	,021	-7,47135	-13,7997	-1,1430

Usando testes t para comparar as médias das mulheres da amostra com as médias do referido estudo de validação, para a dimensão “Tratamento” verificámos que a média desta dimensão das participantes da nossa amostra distingue-se significativamente da média do estudo ($t(82) = 4.466$; $p = .000$) (Tabela 23).

Tabela 23 - Comparação da média de “EHP-30 Tratamento” das participantes com as médias da mesma dimensão no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

	Valor de Teste = 30.92					
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
					Inferior	Superior
EHP-30 - Tratamento	4,466	82	<.001	13,658	7,57	19,74

Em síntese: ao compararmos as médias, utilizando o teste t das médias das mulheres da amostra com as médias do referido estudo de validação, para as dimensões pertencentes ao Questionário Central do EHP-30, verificámos que as médias nas dimensões, para as nossas participantes, não é significativamente diferente das médias obtidas do estudo de validação do EHP-30 no âmbito do questionário central. No que diz respeito à mesma comparação de médias utilizando o teste t para o questionário modular do EHP-30 verificamos que existem duas dimensões “Relações

Sexuais” e “Tratamento” nas quais encontramos diferenças estatisticamente significativas com as médias do estudo de validação da EHP-30 para a população Portuguesa (Tabela 24).

Tabela 24 - Comparação da média das dimensões do EHP-30 das Participantes do nosso estudo com as médias no estudo de validação do EHP-30 para a população Portuguesa

Dimensões EHP-30	Valores da Literatura		Valores deste estudo		Valores de teste
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	Comparações médias
Questionário Central					
Dor	147	37,11(30,32)	105	42,21(26,49)	$t(104)= 1.972; p=.051$
Controlo e impotência	150	40,94(30,43)	105	46,15(30,97)	$t(104)= 1.724; p=.088$
Bem-estar Emocional	151	41,20(27,43)	105	39,21(24,33)	$t(104)= -0.840; p=.403$
Suporte Social	152	40,21(29,17)	105	38,75(27,70)	$t(104)= -0.540; p=.590$
Autoimagem	152	34,10(27,57)	105	38,02(29,84)	$t(104)= 1.345; p=.182$
Questionário modular					
Vida no Trabalho	117	28,89(30,09)	80	29,13(25,14)	$t(79)= .084; p=.934$
Relação com os Filhos	54	27,78(29)	25	36,5(27,70)	$t(82)= 1.574; p=.129$
Relações Sexuais	112	46,12(31,07)	74	38,65(27,31)	$t(73)= -2.353; p=.021$
Relação com os Médicos	121	12,76(24,44)	105	14,46(23,37)	$t(104)= .747; p=.457$
Tratamento	100	30,92(28,46)	83	44,58(27,87)	$t(82)= 4.466; p<.001$
Infertilidade	70	55,89(28,92)	105	55(32,25)	$t(104)= -.283; p=.778$

Segundo a terceira hipótese as pacientes com endometriose há mais tempo apresentariam maior número de sintomas positivos de psicopatologia. Para testar esta hipótese, calculámos correlações bivariadas de Pearson e verificámos que parece não haver correlação estatisticamente significativa entre o “índice de sintomas psicopatológicos” e o “tempo estimado de endometriose” ($r = .165; p = .053$) (Tabela 25).

Tabela 25 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de Endometriose” e “Sintomas Positivos de Psicopatologia (ISP)”

		BSL_ISP
Tempo estimado de Endometriose	Correlação de Pearson	,165
	p (unilateral)	,053
	N	97

Porém, dado que a variável “tempo estimado de endometriose” pode ser moderada pela variável “idade” (potencial variável confundente) calculámos a correlação parcial com controlo de variável “idade” e verificámos que eliminando o efeito da idade encontrámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as referidas variáveis ($r=.194; p = .029$), isto é, quanto maior a duração da doença, maior é a o índice de sintomas positivos psicopatológicos.

Relativamente à quarta hipótese, segundo a qual as participantes com endometriose há mais tempo apresentariam uma menor qualidade de vida (avaliada pela escala EHP-30 Geral), verificámos que à exceção da dimensão “Bem-estar Emocional” ($r = .093; p = .183$), todas as outras dimensões apresentaram correlações bivariadas de Pearson positivas e estatisticamente significativas (Tabela 26).

Tabela 26 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do EHP-30 Geral

		EHP-30 - Dor	EHP-30 - Controle e Impotência	EHP-30 - Bem-estar Emocional	EHP-30 - Suporte Social	EHP-30 - Autoimagem
Tempo estimado de Endometriose	Correlação de Pearson	,204*	,213*	,093	,195*	,279**
	p (unilateral)	,022	,018	,183	,028	,003
	N	97	97	97	97	97

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (unilateral).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (unilateral).

Isto é, sem controlar a variável “Idade” (potencial variável confundente) e tendo em conta que nas dimensões da EHP-30 Geral quanto maior é o valor menor é a qualidade de vida, os resultados sugerem que quanto maior é a duração da endometriose (estimada) menor é a qualidade de vida nas dimensões “Dor”, o “Controlo e Impotência”, “Suporte Social” e “Autoimagem”. Tendo em conta a variável “idade”, as correlações parciais (tabela 27) sugerem a mesma relação.

Tabela 27 - Correlações bivariadas entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 Geral” com controlo da variável “idade”

Variáveis de controlo			EHP-30 - Dor	EHP-30 - Controle e Impotência	EHP-30 - Bem-estar Emocional	EHP-30 - Suporte Social	EHP-30 - Autoimagem
Idade (anos)	Tempo estimado de Endometriose	Correlação	,258	,290	,132	,228	,303
		p (unilateral)	,006	,002	,099	,013	,001
		gl	94	94	94	94	94

A análise das Correlações bivariadas de Pearson, realizada para analisar a relação entre o tempo estimado de endometriose e a qualidade de vida em dimensões específicas (avaliada pela escala EHP-30 questionário modular), verificámos que à exceção da dimensão “Relações Sexuais” ($r = .337$; $p = .002$), nenhuma das outras dimensões apresentaram correlações bivariadas de Pearson estatisticamente significativas (Tabela 28).

Tabela 28 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 questionário modular”

		EHP-30 - Vida no Trabalho	EHP-30 - Relação com os Filhos	EHP-30 - Relações Sexuais	EHP-30 - Relação com os Médicos	EHP-30 - Tratamento	EHP-30 - Infertilidade
Tempo estimado de Endometriose	Correlação de Pearson	,174	,085	,337**	,074	,084	,075
	p (unilateral)	,069	,350	,002	,234	,235	,234
	N	74	23	69	97	76	97

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (unilateral).

Quando controlamos a variável “idade” (potencial variável confundente) e tendo em conta as dimensões da EHP-30 questionário modular, as correlações parciais sugerem à exceção da dimensão “Relação com os filhos” ($r = .260$; $p = .121$) e “Relação com o médico” ($r = .119$; p

=.124) todas as outras dimensões apresentaram correlações positivas estatisticamente significativas (Tabela 29).

Tabela 29 - Correlações bivariadas entre o “tempo estimado de endometriose” e as dimensões do “EHP-30 questionário modular” com controlo da variável “idade”

Variáveis de controlo		EHP-30 - Vida no Trabalho	EHP-30 - Relação com os Filhos	EHP-30 - Relações Sexuais	EHP-30 - Relação com os Médicos	EHP-30 - Tratamento	EHP-30 - Infertilidade	
Idade (anos)	Tempo estimado de Endometriose	Correlação	,276	,260	,415	,119	,216	,180
		p (unilateral)	,009	,121	<.001	,124	,032	,040
		Gl	71	20	66	94	73	94

No que respeita à quinta hipótese, segundo a qual as pacientes com endometriose e com infertilidade apresentariam um maior número de sintomas psicopatológicos do que as pacientes com endometriose sem infertilidade, não encontramos esta relação na diferença de médias ($t(103) = 0.658; p = .512$).

Relativamente à sexta hipótese, segundo a qual as pacientes com endometriose e com baixa perceção de suporte social apresentam maior número de sintomas psicopatológicos, utilizamos para testar esta hipótese as correlações bivariadas de Pearson e verificámos que à exceção da dimensão “Apoio Material” ($r = -.104; p = .145$), todas as outras dimensões apresentaram correlações negativas e estatisticamente significativas (Tabela 30).

Tabela 30 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “Índice de Sintomas Positivos” e as dimensões do Mos-SSS

		Mos-SSS - Apoio Material	Mos-SSS - Apoio Emocional	Mos-SSS - Apoio Afetivo	Mos-SSS - Interação Social Positiva	Índice Global
BSI_ISP	Correlação de Pearson	-,104	-,207*	-,209*	-,250**	-,210*
	p (unilateral)	,145	,017	,016	,005	,031
	N	105	105	105	105	105

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (unilateral).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (unilateral).

No que respeita à sétima hipótese, segundo a qual as pacientes com endometriose e com baixa perceção de suporte social apresentam menor qualidade de vida, para testar esta hipótese, calculámos correlações bivariadas de Pearson e verificámos que à exceção das relações entre a dimensão “Apoio Material” com as dimensões do EHP-30 - questionário cental “Dor” ($r = -.141; p = .076$), “Bem-estar Emocional” ($r = -.073; p = .230$) e “autoimagem” ($r = -.147; p = .067$), todas as outras relações apresentaram correlações bivariadas de Pearson estatisticamente significativas (Tabela 31).

Tabela 31 - Correlações bivariadas de Pearson entre o “Mos-SSS” e as dimensões do Questionário Central do EHP-30

		EHP-30 - Dor	EHP-30 - Controle	EHP-30 - Bem-estar	EHP-30 - Apoio social	EHP-30 - Autoimagem
Mos-SSS Total	Correlação de Pearson	-,215*	-,260**	-,222*	-,461**	-,246*
	p (bilateral)	,028	,007	,023	<.001	,011
	N	105	105	105	105	105
Mos-SSS Apoio Material	Correlação de Pearson	-,141	-,192	-,073	-,254**	-,147
	p (bilateral)	,152	,050	,461	,009	,134
	N	105	105	105	105	105
Mos-SSS Apoio Emocional	Correlação de Pearson	-,204*	-,239*	-,236*	-,463**	-,219*
	p (bilateral)	,037	,014	,015	<.001	,025
	N	105	105	105	105	105
Mos-SSS Apoio Afetivo	Correlação de Pearson	-,181	-,214*	-,208*	-,492**	-,269**
	p (bilateral)	,064	,028	,033	<.001	,005
	N	105	105	105	105	105
Mos-SSS Interação Social Positiva	Correlação de Pearson	-,259**	-,311**	-,275**	-,484**	-,297**
	p (bilateral)	,008	,001	,004	<.001	,002
	N	105	105	105	105	105

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (unilateral).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (unilateral).

Relativamente à oitava hipótese, a saber, as variáveis relevantes do nosso estudo distribuem-se de acordo com o modelo biopsicossocial, decidimos efetuar uma análise de *clusters* com o método da ligação média entre grupos (Figura 6).

A análise do dendrograma sugere que os nossos resultados confirmam o modelo biopsicossocial. Efetivamente há um *cluster* que reúne todas as dimensões do BSI (sintomas psicopatológicos) - domínio psicológico, variáveis biológicas que teoricamente se relacionam com a doença “endometriose” (localização dos focos de endometriose, número de sintomas da endometriose, tempo estimado de endometriose) - domínio biológico, e duas variáveis sociodemográficas (adstritas aos participantes): estado civil e habilitações literárias. Este forte *cluster* (distância próxima de 1 no dendrograma) relaciona-se, a uma “distância” inferior a 10 no dendrograma, com um outro *cluster* que congrega as variáveis “idade” (sociodemográfica) e as variáveis da qualidade de vida “relação com filhos”, “relações com os médicos”, “vida no Trabalho” e “Relações Sexuais” - subdomínio psicossocial. Este duplo cacho relaciona-se, com uma distância inferior a 15, com as restantes dimensões da qualidade de vida. Finalmente, a uma distância próxima de 25 (ligação média mais fraca), liga-se ao anterior ramo o *cluster* da “perceção de suporte social” - domínio social: apoio afetivo, interação social positiva, apoio emocional e apoio material. De realçar que o apoio material mantém dentro do *cluster* “perceção de suporte social” uma maior distancia das outras três dimensões deste *cluster*.

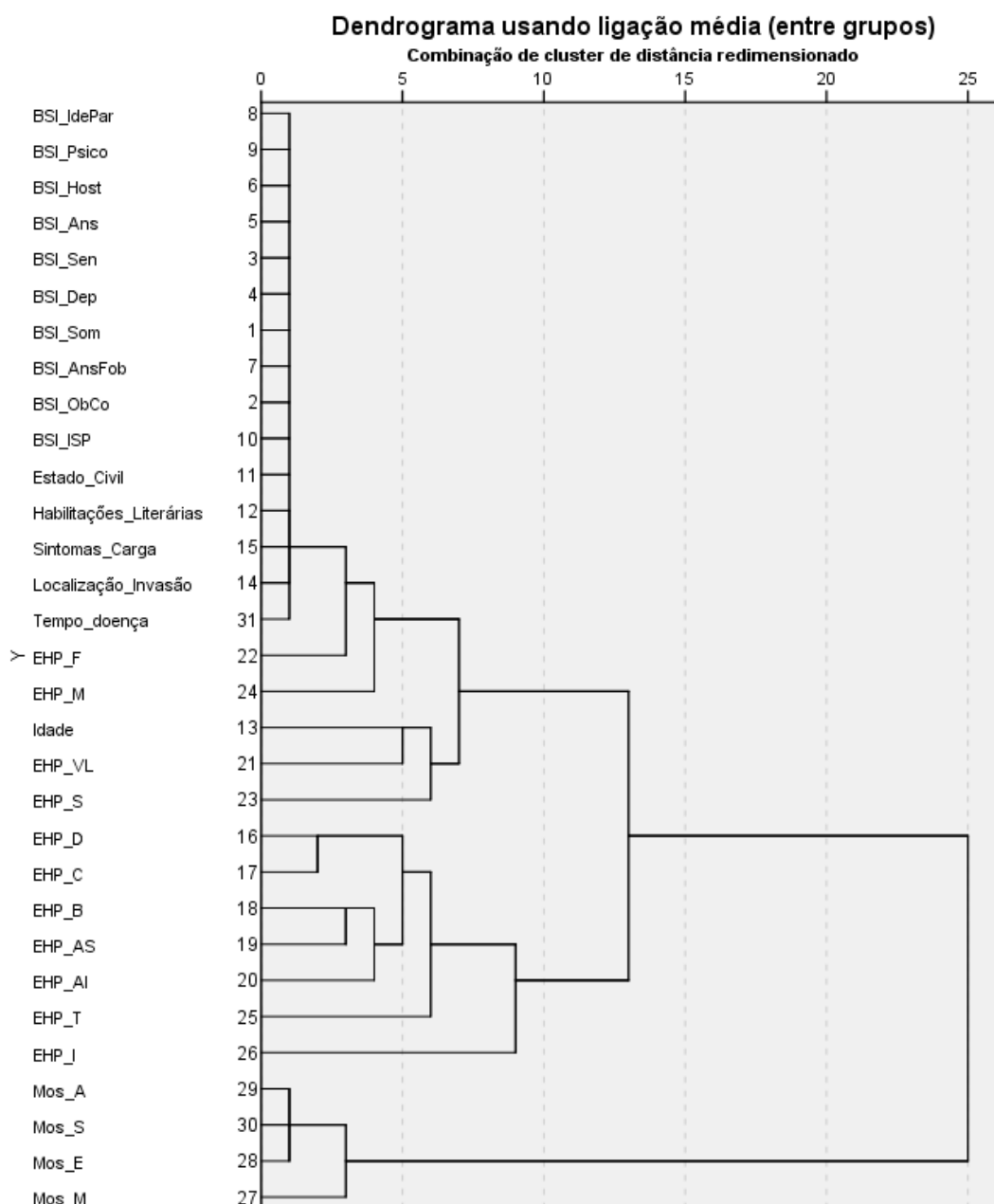


Figura 6 - Análise de *clusters* com o método da ligação média entre grupos

Neste momento passamos a apresentar os resultados obtidos de diversas análises consideradas necessárias e adequadas para auxiliar na discussão das diversas hipóteses deste estudo.

Para auxiliar a discussão da segunda hipótese utilizamos o teste t no qual comparamos as médias das portadoras de endometriose com e sem sintomatologia depressiva (tendo em conta o ponto de corte 1,2 para a referida dimensão) com as médias obtidas por a dimensão “Bem-estar Emocional” do EHP-30 central. Os resultados obtidos neste teste ($t(83,79) = 7,89; p < .001$) (Tabela 32), sugerem que face á dimensão “Bem-estar Emocional” participantes sem sintomatologia depressiva ($M=30,25; D.P.= 22,09$) apresentam resultados mais baixos nesta dimensão face ás participantes com sintomatologia depressiva ($M=59,64; D.P.= 15,24$).

Tabela 32 - Comparação das médias das participantes com e sem sintomatologia depressiva (dimensão “depressão” do BSI) com as médias do EHP-30 central dimensão “Bem-estar Emocional”

	Teste-t para Igualdade de Médias						
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Inferior	Superior
EHP-30 - Bem-Estar Emocional	7,868	83,786	<.001	29,3842751	3,7344932	21,95755	36,811001

Na mesma linha de análise de outros resultados para auxiliara a discussão da segunda hipótese, calculámos correlações bivariadas de Pearson e verificámos que as relações entre o ISP, a dimensão “Somatização”, a dimensão “Depressão”, a dimensão “Ansiedade Fóbica” com as dimensões do questionário central do EHP-30 apresentaram correlações bivariadas de Pearson positivas e estatisticamente significativas (Tabela 33).

Tabela 33 - Correlações bivariadas de Pearson entre o ISP, a dimensões “Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade fóbica” e as dimensões do Questionário Central do EHP-30

		EHP-30 - Bem-Estar	EHP-30 - Dor	EHP-30 - Controlo	EHP-30 - Apoio social	EHP-30 - Auto-imagem
BSI_ ISP	Correlação de Pearson	,544**	,275**	,303**	,505**	,485**
	p (bilateral)	<.001	,005	,002	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
BSI - Somatização	Correlação de Pearson	,528**	,460**	,444**	,518**	,416**
	p (bilateral)	<.001	,000	<.001	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
BSI - Depressão	Correlação de Pearson	,692**	,368**	,442**	,566**	,524**
	p. (bilateral)	<.001	,000	<.001	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
BSI - Ansiedade Fóbica	Correlação de Pearson	,361**	,303**	,364**	,346**	,477**
	p (bilateral)	<.001	,002	<.001	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105

No âmbito da segunda hipótese utilizamos o teste t no qual comparamos as médias do número de sintomas físicos das portadoras de endometriose com as médias obtidas na dimensão “Controlo e Impotência” do EHP-30 central.

Os resultados obtidos neste teste ($t(103) = 3.24; p = .002$) (Tabela 34), sugerem que as mulheres que apresentam pontuações acima dos 50 pontos na dimensão “Controlo e Impotência” têm maior número de sintomas de endometriose ($M = 5,93; D.P. = 1,92$) face às que pontuam abaixo de 50 pontos nesta mesma dimensão ($M = 4,72; D.P. = 1.87$).

Tabela 34 - Comparação das médias do número de sintomas físicos da endometriose das nossas participantes, com as médias do EHP-30 central dimensão “Controlo e Impotência”

	Teste-t para Igualdade de Médias						
	t	gl	p (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Inferior	Superior
Número de sintomas de endometriose	3,242	103	,002	1,208	,373	,469	1,946

Calculámos correlações bivariadas de Pearson para verificarmos a existência de relações entre as várias dimensões do questionário central do EHP-30, de modo a auxiliar a justificação da segunda hipótese e estas apresentaram correlações bivariadas de Pearson positivas e estatisticamente significativas (Tabela 35).

Tabela 35 - Correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões do Questionário Central do EHP30

		EHP-30 - Controlo	EHP-30 - Dor	EHP-30 - Bem -Estar	EHP-30 - Apoio social	EHP-30 - Autoimagem
EHP-30 - Controlo	Correlação de Pearson	1	,815**	,639**	,513**	,488**
	p (bilateral)		<.001	<.001	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
EHP-30 - Dor	Correlação de Pearson	,815**	1	,570**	,522**	,551**
	p (bilateral)	<.001		<.001	<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
EHP-30 - Bem -Estar	Correlação de Pearson	,639**	,570**	1	,615**	,578**
	p (bilateral)	<.001	<.001		<.001	<.001
	N	105	105	105	105	105
EHP-30 - Apoio social	Correlação de Pearson	,513**	,522**	,615**	1	,621**
	p (bilateral)	<.001	<.001	<.001		<.001
	N	105	105	105	105	105
EHP-30 - Autoimagem	Correlação de Pearson	,488**	,551**	,578**	,621**	1
	p (bilateral)	<.001	<.001	<.001	<.001	
	N	105	105	105	105	105

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Para verificarmos se as pacientes com endometriose que referem elevados níveis de somatização (acima do ponto de corte 0.92) apresentam piores índices de perceção de qualidade de vida tendo em conta a dimensão “Relação com os filhos”, utilizamos as correlações bivariadas de Pearson e verificámos a existência de correlação positiva e estatisticamente significativa ($r = .396$; $p = .050$), (Tabela 36).

Tabela 36 - Correlações bivariadas de Pearson entre a dimensão “Somatização” do BSI e a dimensão “Relação com os Filhos” do Questionário modular do EHP-30

		EHP-30 - Relação com os Filhos
BSI - Somatização	Correlação de Pearson	,396
	p (bilateral)	,050
	N	25

O nosso questionário incluía uma pergunta aberta que foi tratada, tal como já referindo, por meio de análise de conteúdo e esta encontra-se retratada na tabela que se segue (Tabela 37).

A pergunta a que nos referimos é a seguinte: “viver com endometriose: gostaríamos de conhecer a sua perspetiva sobre a endometriose. Relate em breves palavras o que significa para si ser portadora de endometriose”

Tabela 37 - Análise de conteúdo da questão aberta do questionário

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE SENTIDO
FATORES BIOLÓGICOS	Infertilidade	<p>Tendo em conta o grau de gravidade da minha endometriose, o pior para mim é a infertilidade. (suj.2)</p> <p>Basicamente ser Infértil (suj.6)</p> <p>(...) preocupa-me o facto de a Endometriose avançar, de um dia não conseguir ter filhos (...) (suj.7)</p> <p>(...) tem sido complicado aceitar que não posso ter mais filhos (...) (suj.8)</p> <p>(...) A incerteza no futuro é uma constante (...) não saber se um dia poderei ser mãe afeta-me (suj.13)</p> <p>(...) mata o sonho da maternidade biológica (suj.18)</p> <p>(...) aprender a viver com (...) a consciência que poderia nunca ser mãe biológica (...) (suj.26)</p> <p>(...) muito medo de um dia, quando decidir, não conseguir engravidar (suj.27)</p> <p>(...) é viver com o fantasma da infertilidade. (suj.30)</p> <p>(...) Sou infértil e culpo-me por isso (...) (suj.31)</p> <p>Para mim ser portadora de endometriose é um fardo devido a não conseguir engravidar (suj.33)</p> <p>(...) ainda não ter conseguido realizar o sonho de ser mãe (...) (suj.39)</p> <p>(...) foi complicado aceitar não poder ter filhos (...) (suj.46)</p> <p>Dor e frustração devido á infertilidade. Não poder ter filhos. (suj.47)</p> <p>(...) o sonho de ser mãe está constantemente a ser adiado (...) (suj.58)</p> <p>(...) é pensar se um dia vai ser possível o sonho de ser mãe se realizar (...) (suj.69)</p> <p>(...) a minha vida nunca vai melhorar e vou estar sempre em sofrimento, físico e psicológico especialmente se não tiver filhos (suj.75)</p> <p>(...) O medo constante de não conseguir engravidar (...) (suj.80)</p> <p>(...) nesta cirurgia foi com ela o meu sonho de ser mãe. (suj.87)</p> <p>(...) pode impedir a realização do sonho de ser mãe. (suj.92)</p> <p>(...) há um ano que ando a tentar engravidar e não consigo (...) (suj.93)</p> <p>(...) medo e a angústia de não saber até que ponto serei capaz de concretizar o sonho de ser mãe ou até onde terei que ir para o poder concretizar. Mais do que a dor física é a dor emocional e o medo de nunca vir a ser mãe e de nunca poder dar um filho ao homem que amo (suj.95)</p> <p>(...) Não posso ter filhos de forma natural (...) (suj.106)</p> <p>(...) medo de vir a ser infértil (...) (suj.106)</p>
	Dor	<p>É uma luta diária, com a dor (...) A dor não se vê e por isso os outros acham que não quero trabalhar, que não quero fazer nada (...) (suj.3)</p> <p>Dores menstruais muito complicadas e sempre com dores (...) (suj.4)</p> <p>(...) O medo da dor (...) (suj.6)</p> <p>Passei por uma fase complicada, com muitas dores (...) (suj.7)</p> <p>(...) sofri muito, durante muitos anos, com muitas dores(...) (suj.8)</p> <p>(...) viver com dores dói (...) (suj.13)</p> <p>(...) Viver com dor física e psicológica (...) (suj.21)</p> <p>(...) aprender a viver com dor (...) (suj.26)</p>

		<p>(...) somos constantemente colocadas à prova, com toda a dor que somos obrigadas a suportar e isso reflete-se na minha relação com os outros, com o mundo e com a minha vida Nessa altura o psicológico começa a ficar alterado por eu não ser capaz de suportar a dor e isso reflete-se na minha relação com os outros! Deixo-me ir abaixo e coloco tudo em causa! (...) (suj.31)</p> <p>(...) ter lidar com a dor todos os dias, horas, minutos e segundos da minha vida (...) (suj.40)</p> <p>(...) É viver entre dores, tratamentos, mais dor, medo da dor, medo que a dor volte (...) (suj.49)</p> <p>Muita dor e sofrimento (suj.50)</p> <p>(...) tenho sempre receio do dia seguinte; se vou ter dores; se as aguentarei (...) (suj.57)</p> <p>(...) ninguém merece viver com a dor constantemente, viver um dia de cada vez sem dor, é de facto que mais importa agora. (suj.59)</p> <p>Ser portadora desta doença tem sido bastante complicado para mim pois tenho medo de ficar maluca com tantas dores (...) (suj.60)</p> <p>(...) As dores são cada vez mais prolongadas no tempo (...) (suj.61)</p> <p>(...) as próprias dores reais que são horríveis de se aguentar (...) (suj.80)</p> <p>Ser portadora é muito chato e doloroso. Estou cansada de dores (...) (suj.91)</p> <p>(...) o que tenho muito, é a dor pélvica (...) (suj.93)</p> <p>(...) Uma vida inconstante, pautada pela incerteza, pelas dores horríveis (...) (suj.94)</p> <p>(...) Ter medo que as dores voltem e passem a controlar a minha vida (...) (suj.96)</p> <p>(...) ter tanta dor na altura da menstruação (...) (suj.97)</p> <p>(...) vivi 15 anos de dores penosas e debilitantes (...) (suj.106)</p> <p>(...) É por vezes ter que dar a vez à dor (...) (suj. 107)</p> <p>(...) é ter dores pélvicas, dores durante o ato sexual (...) (suj.108)</p>
<p>FATORES PSICOLÓGICOS</p>	<p>Controlo e Impotência</p>	<p>(...) é uma luta diária (...) com a frustração (...) viver com esta doença é viver num inferno constante. (suj.3)</p> <p>(...) o medo (...) do futuro (suj.6)</p> <p>(...) preocupa-me o facto de a Endometriose avançar (...) (suj.7)</p> <p>(...) relativamente ao futuro estou sempre com medo que possam surgir novas aderências (...) (suj.8)</p> <p>A endometriose a meu ver é uma guerra diária, tem que se viver um dia de cada vez na esperança de ter alguma qualidade de vida (suj.12)</p> <p>(...) Sinto impotência e falta de controlo sobre a minha (...) (suj.19)</p> <p>(...) Doença incapacitante (...) de certa forma condiciona a minha vida, não deixo de fazer nada por ter endometriose, mas dificulta algumas tarefas (...) todos os meses é uma incerteza (suj.13)</p> <p>(...) tenho receio de não saber o dia de amanhã (...) (suj.14)</p> <p>(...) ser portadora de endometriose é não saber como vai ser o meu dia de amanhã, nem sequer se consigo cumprir com um café que tenho com um amigo dali a umas horas. É viver na incerteza (...) (suj.16)</p> <p>(...) Um fardo que se carrega por tempo indeterminado, uma granada que pode explodir a qualquer momento e uma potencial má herança genética para a minha filha (...) (suj.17)</p> <p>(...) É efetivamente uma doença injusta que afeta a vida da pessoa a todos os níveis (...) (suj.18)</p>

(...) Sinto impotência e falta de controlo sobre a minha vida porque fisicamente estou cada vez mais fraca para fazer tarefas que antes eram básicas (...) (suj.19)

(...) Lidar com uma doença crónica e sem cura não é fácil (...) (suj.20)

(...) viver com dor física e psicológica e não saber como será o futuro, pois é uma doença que pode tirar tudo... Até os sonhos (...) (suj.21)

(...) Luta diária (...) e sem fim (suj.22)

(...) A incerteza do futuro é o mais difícil (suj.23)

(...) senti-me completamente desorientada (...) viver com endometriose é como viver com outra doença, habituamo-nos a ela e aprendemos a lidar com a situação. Tendo consciência do que pode vir e do que temos de fazer para a combater, vivo um dia de cada vez, tento não pensar em muitos "ses" e tento encarar as coisas com naturalidade (suj.24)

(...) aprendi a viver com ela da forma que ela vive em mim mas eu não vivo para ela (suj.26)

(...) Viver com endometriose é como um fardo na nossa vida, por momentos parece que está resolvida, mas nunca sabemos qual o próximo órgão a ser afetado (suj.28)

(...) É não poder estar com os nossos amigos e familiares quando e onde queremos (...) (suj.30)

(...) ser portadora de endometriose é uma aprendizagem e uma luta contínua! (...) eu ainda não baixei os braços e continuo a lutar contra a endometriose, em algumas batalhas sou vencida...mas a guerra ainda não está perdida (suj.31)
Somos constantemente colocadas à prova (...) isso reflete-se na minha relação com os outros, com o mundo e com a minha vida (...) (suj.31)

(...) Para mim ser portadora de endometriose é um fardo (...) (suj.33)

(...) sentimento de impotência (...) (suj.34)

(...) Ser portadora de Endometriose é ser portadora de uma doença que ninguém sabe dar a certeza de porque aparece e como evitar (...) Com os anos aprendemos a lidar com os medos e com as diferentes possíveis realidades futuras (suj.35)

(...) Incerteza quanto ao futuro (suj.38)

(...) Não aceito e não entendo, apesar de ler muito sobre, e todos os dias me tento esquecer e o meu corpo me lembra e o meu coração não aceita. É um misto de revolta por algo que me enfraquece a o corpo, a cabeça e a alma (...) mas mesmo assim: porquê eu? (suj.41)

(...) É como que uma doença silenciosa... Vai magoando, magoando e magoando... (...) (suj.43)

(...) Ser portadora de endometriose é estar presa no próprio corpo (...) (suj.44)

(...) pior que o sofrimento é não se saber porque se sofre e assim não conseguir explicar (...) (suj.46)

(...) Ter endometriose é uma forma de vida, a alternativa a aprender a viver com ela é enlouquecer (suj.48)

(...) Ser portadora de endometriose é uma luta constante, é não saber como será a hora seguinte, muito menos o dia seguinte (...) é viver na angústia do desconhecido do dia de amanhã (...) (suj.49)

(...) Ser portadora de endometriose é carregar um "fardo" muito grande (...) (suj.51)

(...) Tomou conta da minha vida a todos os níveis (...) (suj.52)

(...) ser portadora de endometriose é um quebra-cabeças, nunca sabemos como o nosso corpo vai reagir a cada dia. É viver sem seguranças, com receios de que cada dia que passa seja aflitivo (...) (suj.53)

Doença que nos tira tudo (suj.54)

	<p>Como posso falar da minha vida, se isto não é vida! Por mais força e coragem que tenha, tenho sempre receio do dia seguinte (...) Já nem consigo amar sem receio (...) (suj.57)</p> <p>(...) deixei de fazer muitas atividades (...) (suj.58)</p> <p>(...) Sinto que tenho vindo sempre a piorar (apesar das cirurgias) e isso tem-se refletido negativamente tanto na minha vida profissional como pessoal (...) (suj.61)</p> <p>(...) Um desafio e uma frustração (...) (suj. 61)</p> <p>(...) é simplesmente aterrorizante saber que sangramos por dentro sem poder fazer nada é frustrante (suj.64)</p> <p>(...) Ser portadora de endometriose é viver na insegurança todos os dias é pensar que nunca mais me vou livre disto é pensar todos os dias na pessoa que era e na que sou agora (...) Viver numa incerteza constante (suj.69)</p> <p>(...) tirou-me a esperança de uma vida a dois (...) (suj.70)</p> <p>Neste momento para mim é algo controlado, mas sempre com um 'relógio' do lado esquerdo que não dá para esquecer esta maldita doença (suj.74)</p> <p>(...) impossibilidade de desenvolver determinadas tarefas (suj.81)</p> <p>Viver limitada (suj.83)</p> <p>Ser portadora de uma doença sem cura, incapacitante, que não se vê. (suj.84)</p> <p>Viver com endometriose é cruel (...) O diagnóstico de endometriose foi castrador, perdi grande parte da minha vida que ainda estou a tentar recuperar (suj.86)</p> <p>Uma doença que nos consome diariamente (...) (suj.92)</p> <p>(...) uma vida inconstante, pautada pela incerteza, pelas dores horríveis e pela frustração deste problema não ter solução. (suj94)</p> <p>(...) Ter a vida em suspenso (...) medo que as dores voltem e passem a controlar a minha vida (...) (suj.96)</p> <p>(...) Pergunto-me porquê eu (suj.97)</p> <p>Ser prisioneira do meu próprio corpo e não conseguir fazer nada para me sentir livre. (suj.102)</p> <p>(...) Incapacidade de vida saudável. Incerteza quanto ao futuro. Doença para toda a vida (sij.104)</p>
Bem-estar	<p>(...) é uma doença que me faz sentir angustiada (suj.17)</p> <p>(...) Quando se descobre há medo, terror, preocupação, depressão, senti-me completamente desorientada (...) (suj.24)</p> <p>(...) o psicológico começa a ficar alterado (...) Deixo-me ir abaixo e coloco tudo em causa! (...) estou a tentar vencer o medo, mas até isso dá medo e ansiedade (...) (suj.31)</p> <p>Uma angústia (...) (suj.34)</p> <p>(...) Que cria desafios de estabilidade emocional (...) (suj.35)</p> <p>(...) Vai magoando, magoando e magoando... (...) e psicológico (suj.43)</p> <p>(...) tenho vindo a tornar-me uma pessoa mais triste (suj.61)</p> <p>(...) não me deixa cair em depressão mesmo quando eu acho que já não aguento mais(...) (suj.65)</p> <p>Desespero, raiva, medo, frustração, (...) pânico. (suj.66)</p> <p>(...) Desanimada e sem motivação para a vida (...) (suj.78)</p> <p>(...) mas significa sobretudo o medo e a angústia (...) mais do que a dor física é a dor emocional (suj.95)</p> <p>(...) sempre me senti inferiorizada por ter tanta dor na altura da menstruação fiquei com muitos problemas a nível psicológico (suj.97)</p> <p>(...) todos os médicos que procurava a dizerem que eram dores psicossomáticas de depressão (...) (suj.106)</p>

FATORES SOCIAIS	Autoimagem	<p>Constar todos os dias que sou filha de um deus menor, que vivo presa a um corpo doente e podre. (suj.5)</p> <p>Sinto-me diferente, menos que as outras mulheres (...) (suj.19)</p> <p>(...) Que cria desafios de autoestima (...) Com os anos aprendemos (...) a relativizar muitas coisas e dar muita importância ao bem-estar físico (suj.35)</p> <p>(...) Sentir que sou diferente de outras raparigas, que sou um falhanço enquanto mulher (suj.44)</p> <p>Tomou conta da minha vida a todos os níveis, (...), físico (...) (suj.52)</p> <p>(...) A endometriose desfigurou o meu corpo por dentro e por fora, e tornou-me menos mulher (suj.70)</p>
	Perceção de suporte médico	<p>(...) Foi difícil encontrar um médico que conhecesse a doença (...) (suj.8)</p> <p>(...) não ser compreendida por parte de alguns médicos quando somos obrigadas a ir para o hospital é muito frustrante (...) (suj.14)</p> <p>Significa ter estado 8 anos à espera de um diagnóstico apesar de eu mesma ter colocado a hipótese aos médicos há já bastante tempo, através de pesquisas feitas por mim mesma. Significa ter médicos incompetentes e desinformados que desvalorizam o sofrimento de pacientes apenas pela sua falta de informação (...) (suj.23)</p> <p>Na minha opinião tudo mudou para melhor depois de diagnosticada, pois pior que o sofrimento é não se saber porque se sofre e assim não conseguir explicar (...) (suj-46)</p> <p>Sentir que o mundo vai desabar no momento do diagnóstico mas depois sentir que é mais uma etapa a ultrapassar (...) (suj.82)</p> <p>(...) ir ao médico e ver no olhar do mesmo que não sabia o que fazer e até duvidar se doía assim tanto (...) (suj.86)</p> <p>É ir a médicos que me acharam maluca pois as minhas queixas não faziam sentido até consultar o médico que neste momento me segue e agora tudo faz sentido (...) (suj,88)</p> <p>(...) incompreendida pela maioria da classe médica, o que é revoltante e vergonhoso. (suj-92)</p> <p>Depois de ter lutado algumas vezes e me sentir frustrada pelos médicos uns não saberem nada da doença e outros pensarem que sou louca (...) (suj.98)</p> <p>Antes de ser diagnosticada vivi 15 anos de dores penosas e debilitantes com todos os médicos que procurava a dizerem que eram dores psicossomáticas de depressão (...) (suj.106)</p>
	Perceção de suporte afetivo e emocional	<p>(...) a família apoia, mas penso que nunca entende o que estamos a passar e muitas vezes ainda duvida das nossas queixas. (suj.8)</p> <p>(...) com esta doença fiquei a conhecer quem são os meus amigos de verdade, aqueles com quem podemos conviver, que nos ajudam e esquecer um bocadinho o nosso problema e quem está sempre presente seja qual seja a situação. (suj.9)</p> <p>(...) tendo uma família há que estar sempre ou quase sempre bem por eles porque também me ajudam muito, mesmo quando não compreendem o que eu estou a passar, sei que posso contar com a ajuda deles. (suj.20)</p> <p>(...) Felizmente eu e o meu marido aceitamos a doença da melhor forma (...) (suj.26)</p> <p>(...) aquilo que me custou mais foi ter ficado sozinha, porque o meu companheiro não conseguiu lidar com a situação. E com esta doença é muito difícil começar um relacionamento. Sem dúvida a solidão é um dos aspetos mais negativos. (suj.25)</p> <p>Não há palavras, se não fosse a família e alguns amigos próximos acho que não conseguia aguentar viver assim, acho que ficava doída. (suj.36)</p> <p>(...) só posso agradecer por ter grandes pessoas a meu lado que não me deixam cair (suj.41)</p>

	<p>Tomou conta da minha vida a todos os níveis (...) e familiar (suj.52)</p> <p>A minha sorte é que o meu companheiro me ama, dá-me o carinho necessário e atura-me nas horas más, não me deixa cair em depressão mesmo quando eu acho que já não aguento mais, bem como a minha família que é incansável e muito minha amiga. (suj.65)</p> <p>(...) felizmente tenho a compreensão do meu marido, que durante muito tempo não tive, mas agora que tenho vejo o quanto é importante. O apoio é extremamente importante e ajuda-nos a viver cada dia pensando que amanhã será melhor. (suj.91)</p>
Perceção de Suporte social	<p>(...) a pressão para engravidar, mesmo quando digo que não posso os outros dizem que isto é da minha cabeça. (...) (suj.3)</p> <p>(...) é muito difícil lidar com esta doença e não ter alguém que nos dê apoio. A única ajuda que tive foi de outras portadoras da doença que conheci no grupo de apoio do mundo virtual, a família apoia mas penso que nunca entende o que estamos a passar e muitas vezes ainda duvida das nossas queixas (suj.8)</p> <p>(...) Ninguém fora do meu círculo mais chegado entende realmente a doença ou tem ao menos a sensibilidade para saber dizer as coisas certas ou pelo menos não fazer comentários insensíveis (...) (suj.19)</p> <p>(...) Significa também em termos emocionais fazer uma triagem e saber finalmente ao certo quem nos ama e respeita ao ponto de nos apoiar e ajudar ao longo de todo este processo tão duro física e psicologicamente (...) (suj.23)</p> <p>(...) é ouvir os nossos colegas de trabalho dizerem que tudo não passa de fingimento! (suj.30)</p> <p>(...) Sentir que não confiam em nós porque todos os dias nos queixamos de alguma coisa e nunca sabem com o que contar da nossa parte (suj.53)</p> <p>(...) Por outro lado, fiquei muito mais forte, física e psicologicamente por ter conhecido grandes mulheres que lutaram para haver um grupo de apoio para esta doença em Portugal, do qual faço parte, sinto que aqui tenho ajuda e sinto-me realizada por também eu poder ajudar tantas “endoguerreiras” que andam perdidas como eu andei (suj.58)</p> <p>É difícil para as outras pessoas compreenderem a nossa dor (...) (suj.73)</p> <p>(...) sinto-me magoada e por vezes rebaixada por passar pela hipocondríaca que está sempre a imaginar dores novas (...) (suj.75)</p> <p>(...) incompreendida. Inútil. Por vezes descarrego nos outros a frustração que sinto (...) (suj.78)</p> <p>(...) ter MUITO medo de ficar dependente ou de não saber lidar com a doença. (suj.96)</p>

Esta tabela (tabela37) foi elaborada tendo em conta as respostas à questão aberta que fazia parte do questionário. Após a análise das respostas criamos três categorias, (1) Fatores biológicos, (2) Fatores psicológicos e (3) Fatores Sociais.

A categoria fatores biológicos foi ainda subdividida em duas subcategorias: infertilidade e dor. Esta categoria engloba as informações relativas aos aspetos físicos da endometriose, tendo em conta os aspetos da dor e da infertilidade por terem sido os mais relatados na resposta a esta questão. Deste modo, a categoria fatores biológicos inclui 49 relatos (46.7% da amostra), que nos remetem para a dificuldade de viver com endometriose, tendo em conta os focos da doença e os sintomas físicos que estes acarretam. Tal como já referimos esta categoria foi subdividida

em subcategorias, uma delas diz respeito à infertilidade, nesta subcategoria os relatos de 22.9% (n=24) da nossa amostra, dizem respeito ao medo do surgimento de um quadro de infertilidade, ao medo de não conseguir voltar a engravidar, medo de não conseguir engravidar de forma natural e a tristeza de saber que não pode de forma alguma realizar o “sonho” de ser mãe biológica fruto dos tratamentos cirúrgicos (sic. “*Tendo em conta o grau de gravidade da minha endometriose, o pior para mim é a infertilidade. (suj.2)*”). Quanto à subcategoria “dor”, 23.9% (n=25) da nossa amostra, relata medo do surgimento e ou ressurgimento da dor, bem como incapacidade de lidar com os sintomas dolorosos e incompreensão destes sintomas por parte dos outros (sic. “*É uma luta diária, com a dor (...) (suj.3)*”).

Os fatores psicológicos são a segunda categoria criada na análise da resposta aberta. Esta categoria inclui três subcategorias: controlo e impotência, bem-estar e autoimagem. A categoria dos fatores psicológicos é constituída por 72 relatos das participantes da nossa amostra, cerca de 68.6% da nossa amostra relata vivência com diversos fatores psicológicos. Na subcategoria controlo e impotência 53 participantes (50.5%) relatam medo e frustração por não conseguir lidar com o evoluir da doença e com os sintomas que esta pode acarretar ao longo do tempo, bem como incerteza face ao futuro, o que as leva a relatar sintomas de ansiedade e depressão (sic. “*(...) sinto impotência e falta de controlo sobre a minha vida, porque fisicamente estou cada vez mais fraca para fazer tarefas que antes eram básicas (...) (suj.19)*”). Na subcategoria bem-estar cerca de 12.4% (n=13) das participantes relata sentimentos de angústia, tristeza, raiva e frustração, o que as leva a relatar diminuição do bem-estar físico e principalmente emocional (sic. “*(...) mas significa sobretudo o medo e a angústia (...) mais do que a dor física é a dor emocional (suj.95)*”). A terceira subcategoria dos fatores psicológicos aborda os relatos relativos à autoimagem. Esta última subcategoria apresenta relatos relativos à diminuição de autoestima por associação a alterações corporais devido a tratamentos farmacológicos e/ou cirúrgicos levando a que cerca de 5.7% (n=6) da nossa amostra relate diminuição da perceção da sua autoimagem (sic. “*(...) A endometriose desfigurou o meu corpo por dentro e por fora, e tornou-me menos mulher (suj.70)*”).

A terceira categoria inclui os fatores sociais. Nesta categoria incorporamos relatos de 31 participantes do estudo, cerca de 29.5% da nossa amostra. Esta categoria apresenta os relatos que abordavam comentários relativos à forma como é percecionado o suporte social e emocional por parte da nossa amostra. Esta categoria foi subdividida em três subcategorias: perceção de suporte médico, perceção de suporte afetivo e emocional e perceção de suporte social. A subcategoria da perceção de suporte médico inclui 10 relatos (9.5% da nossa amostra) que fazem referência a dificuldades e demora em obter um diagnóstico definitivo por não encontrarem médicos especializados e com conhecimentos sobre a patologia, bem como, incapacidade de compreensão dos sintomas relatados por parte dos profissionais de saúde (sic. “*(...) ir ao médico e ver no olhar do mesmo que não sabia o que fazer e até duvidar se doía assim tanto (...) (suj.86)*”). Quanto à subcategoria perceção de suporte afetivo e emocional, cerca de 9.5% (n=10) da nossa amostra relata que apenas percecionam suporte afetivo e emocional por

parte de familiares diretos e em alguns casos surgem relatos de percepção de que a família e os companheiros não compreendem a patologia levando em alguns casos a relatos de solidão (sic. *“(...) aquilo que me custou mais foi ter ficado sozinha, porque o meu companheiro não conseguiu lidar com a situação. E com esta doença é muito difícil começar um relacionamento. Sem dúvida a solidão é um dos aspetos mais negativos. (suj.25)*). A última subcategoria da categoria de fatores sociais diz respeito à percepção de suporte social. Desta subcategoria fazem parte 11 relatos (10.5% da nossa amostra) e estes dizem respeito à baixa percepção de suporte social por parte de colegas e conhecidos por incompreensão que estes demonstram face aos sintomas relatados. Quando os relatos de percepção social são realizados de forma positiva, dizem respeito à percepção de suporte social positiva que advém da pertença ao “grupo de apoio virtual” da qual a nossa amostra faz parte (sic. *“(...) Por outro lado, fiquei muito mais forte, física e psicologicamente por ter conhecido grandes mulheres que lutaram para haver um grupo de apoio para esta doença em Portugal, do qual faço parte, sinto que aqui tenho ajuda e sinto-me realizada por também eu poder ajudar tantas “edoguerreiras” que andam perdidas como eu andei (suj.58)”*).

Capítulo V

Discussão dos Resultados

“Cada dia sabemos mais e entendemos menos”
(Einstein, 1935)

A endometriose é uma doença inflamatória crónica que afeta as mulheres em todas as suas faixas etárias, desde a menarca até à menopausa e ou pós-menopausa (Bellelis et al., 2010; Cardoso et al., 2011; D. B. Santos et al., 2012) sendo diagnosticada, essencialmente, na idade reprodutiva (Beck et al., 2006; A. Guerra et al., 2013; Neme, 2005). Outros estudos indicam que a endometriose se encontra com maior prevalência em mulheres com maiores níveis de escolaridade (27% a 62% com estudos superiores), na sua terceira década de vida (32 a 35 anos), casadas e ou em união de facto (77% a 86%) (Fritzer et al., 2013; Hudelist et al., 2012; Lorençatto et al., 2002; Sousa et al., 2015; Vercellini et al., 2011; Vila, 2007).

Os resultados obtidos neste trabalho corroboram as informações destes estudos, uma vez que na nossa amostra obtivemos uma média de idade de 34 anos, a maioria das nossas mulheres encontram-se numa relação afetiva (78.1%), uma grande percentagem de mulheres não tem filhos (76,19%) e 59.9% possuem habilitações literárias de bacharelato ou acima deste.

No que diz respeito às características sociodemográficas das mulheres do nosso estudo, estas podem ser explicadas por diversos fatores. Hoje em dia as mulheres dedicam mais anos de vida à obtenção das suas habilitações académicas (P. Z. Barbosa & Coutinho, 2007). Por este motivo ingressarão mais tarde no mercado de trabalho, que hoje em dia é considerado essencial para a sobrevivência económico-financeira (Nnoaham et al., 2011), levando a que a maternidade seja adiada, mesmo que esta seja desejada e que exista uma relação estável, casamento e ou união de facto (P. Z. Barbosa & Coutinho, 2007). Este adiamento da maternidade pode levar muitas mulheres com endometriose, com ou sem sintomatologia, a procurar ajuda quando a dificuldade de engravidar começa a tornar-se um problema e essa procura situa-se hoje em dia no final da segunda e início da terceira década de vida (ASRM, 2012).

Por outro lado, socialmente ainda se acredita que a dor durante o período menstrual é “normal” (Denny, 2009) e por tal a procura de cuidados médicos relativamente a este fato ocorre mais tarde, provavelmente quando a vivência com a dor se torna mais difícil e começa a acarretar problemas sociais, laborais e familiares (Donatella et al., 2013; Nnoaham et al., 2011). Existe ainda um outro fator que a literatura refere e que pode ajudar a explicar o facto de a maioria das mulheres, tal como neste estudo, se apresentarem na casa dos 30 anos e está relacionado com a falta de informação sobre a endometriose, pois esta ainda é desconhecida, em muitos países, do grande público e por vezes também não é valorizada pela comunidade médica

(Denny, 2009; Mengarda et al., 2008). Este último aspeto pode estar relacionado também com a dificuldade e o tempo de diagnóstico (Antunes & Martinho, 2015). Sendo que o diagnóstico da endometriose leva cerca de 7 a 11 anos para se estabelecer (Hudelist et al., 2012), muitas vezes as mulheres consultam vários médicos até que os seus sintomas levantem a hipótese de endometriose e quando o processo de diagnóstico se inicia, este por si só, é moroso e complexo pois exige para além da história clínica um exame físico completo relacionado com os sintomas biológicos nomeadamente a dor, a exames bioquímicos e imagiológicos e só se torna definitivo por via de intervenção cirúrgica, normalmente por laparoscopia (Batt, 2011; Dunselman et al., 2014; Giudice & Kao, 2004; Kennedy et al., 2005; Mounsey et al., 2006; Nácul & Spritzer, 2010; Nnoaham et al., 2011) sendo que pode demorar de seis meses a dois anos dependendo de se o atendimento é em serviço público ou privado. A demora no diagnóstico da endometriose é uma variável que é estudada na literatura a vários níveis pois é algo que pode estar correlacionado com diversos aspetos da doença, como o surgimento e ou agravamento de sintomas físicos, psíquicos e sociais, o que por sua vez se pode associar, segundo vários autores ao grau da endometriose (Neme, 2005; Vercellini et al., 2007).

Neste trabalho deparamo-nos com uma amostra no qual o tempo de endometriose é em média 10,21 anos (D.P.=7,37) e 70,5% das mulheres deste estudo são diagnosticadas com endometriose de Grau IV. Deste modo, os nossos resultados estão de acordo com os estudos que referem que a demora no diagnóstico da endometriose pode levar a um agravamento da patologia uma vez que a grande maioria das mulheres deste estudo apresentam um Grau IV de endometriose e por tal a nossa amostra é formada maioritariamente por portadoras de endometriose considerada severa segundo a classificação da A.S.R.M. (Nácul & Spritzer, 2010).

Alguns estudos referem que a maioria das portadoras de endometriose, independentemente do grau de endometriose diagnosticada apresentam um conjunto de sintomas biológicos que não podem ser ignorados tanto no período de diagnóstico como na fase de tratamento (Vercellini et al., 2007). Como já vimos, a endometriose é composta por uma panóplia de sintomas que nem sempre estão presentes em simultâneo em todas as suas portadoras (Cabrita et al., 2004; Nnoaham et al., 2009). No entanto, quando existem manifestações clínicas da endometriose, ou seja quando as portadoras de endometriose não são assintomáticas, estas na sua maioria estão relacionadas com a dor (pélvica, dismenorreica, associada a dispareunia, associada à disquesia e ovulatória), fadiga e ou astenia, problemas intestinais e urinários bem como psicopatológicos (durante a fase menstrual e pré-menstrual) (Amaral et al., 2009; Bellelis et al., 2010; Fourquet et al., 2015; Georgina Jones et al., 2004; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015).

Este trabalho apresenta resultados que vão de acordo com a literatura referenciada, pois as mulheres que compõem a nossa amostra apresentam uma grande percentagem de sintomas biológicos de endometriose muitos deles associados a dor, tais como: dismenorreia (93,33%), dor pélvica (79%), dispareunia (53,33%), bem como alterações gastrointestinais (61.9%) e

astenia (58.1%). Alguns destes valores são idênticos ao dos estudos realizados em Portugal com pacientes de endometriose. Estes estudos também referem percentagens entre os 50% e os 64% para estes mesmos sintomas (Nogueira-Silva et al., 2015). Sendo a dismenorreia, a dispareunia e a dor pélvica sintomas bastante referidos pelas portadoras de endometriose, podendo assim indicar que se está na presença de uma população com doença profunda e severa (Bellelis et al., 2010), compreendem-se os dados que nos indicam que 78.10% das mulheres da nossa amostra foram submetidas a cirurgia (em média realizaram 1,3 cirurgias ao longo da doença) e destas 61,90% mulheres foram submetidas a cirurgia por Laparoscopia, pois esta é hoje em dia considerada, pelos principais autores, como a forma mais indicada de confirmação do diagnóstico de endometriose (Giudice & Kao, 2004; Guercia & Gouvinhas, 2015). Estes dados também podem ser explicados por meio de relatos das portadoras de endometriose que compõem a nossa amostra, auxiliando-nos na compreensão da vivência destas mulheres com a sua patologia: *sic. “Antes de ser diagnosticada vivi 15 anos de dores penosas e debilitantes com todos os médicos que procurava a dizerem que eram dores psicossomáticas de depressão. Após tentar engravidar fui diagnosticada com endometriose grau IV. Passei por duas laparoscopias e depois de todo esse sofrimento físico e psicológico por não conseguir engravidar a endometriose ainda me levou ao divórcio”* (suj.106).

Para além dos sintomas biológicos, os sintomas psicopatológicos também são relatados pelas portadoras de endometriose como existentes e que colocam em causa o seu bem-estar. Quando pensamos em analisar as relações entre sintomas psicopatológicos e a endometriose existem vários estudos que abordam esta temática. No entanto, os estudos não são unânimes, chegando mesmo a ser contraditórios no que diz respeito ao conjunto de sintomas (Eriksen et al., 2008). Apesar de não existir unanimidade relativamente ao conjunto de sintomas psicopatológicos, existe um vasto conjunto de estudos que referem a existência de sintomas psicopatológicos apenas diferem nos que são mais e menos prevalentes e incidentes (Lorençatto et al., 2006; Low et al., 1993; Sousa et al., 2015; Waller & Shaw, 1995). Quando se aborda a questão da sintomatologia psicopatológica na endometriose, os estudos encontrados apenas fazem referência a um determinado conjunto de sintomas e ou psicopatologia que se encontram associadas com a endometriose como é o caso da depressão e da ansiedade (Chen et al., 2015; L. M. Oliveira, 2006). No entanto, não apresentam valores referentes a sintomas positivos de estados emocionais e estes podem ser importantes, não só para explicar a expressão emocional das mulheres, como também o impacto dos sintomas psicopatológicos na vida das portadoras de endometriose e a sua relação com os restantes fatores psicológicos, sociais e biológicos, uma vez que nos podem indicar a intensidade dos sintomas assinalados (Canavarro, 2007).

As mulheres que constituem a nossa amostra, com endometriose grave, obtiveram sinais positivos de psicopatologia pois apresentam valores médios, nas dimensões do BSI (“Somatização”, “Depressão”, “Ansiedade Fóbica”) bem como no “Índice de Sintomas Psicopatológicos (ISP)” da mesma escala, acima do ponto de corte. No que diz respeito ao ISP os resultados sugerem que as nossas participantes possuirão um conjunto de sintomas positivos

de psicopatologia que podem estar a influenciar o seu estado emocional. Para além disto, 34,3% das participantes pontuam acima do ponto de corte (1,7 pontos no máximo de 4 pontos) neste índice. Neste cenário, 26,67% das participantes que apresentam valores acima do ponto de corte para o ISP e aproximam-se do extremo superior do intervalo de cotação do índice. Por outro lado, as que não apresentam valores acima do ponto de corte situam-se na vizinhança do extremo inferior do referido intervalo. Pelos resultados que obtivemos, sabemos que na nossa amostra as mulheres com endometriose de maior gravidade apresentam índices de sintomas psicopatológicos elevados e quando analisamos os resultados do ISP e a sua relação com o tempo estimado de endometriose, controlando a variável idade, encontramos uma correlação positiva, isto é, quanto maior a duração da doença, maior o índice de sintomas positivos psicopatológicos. Este resultado leva-nos a pensar que viver com endometriose é, por si só, um fator de surgimento de sintomas psicopatológicos, ou seja, viver muito tempo com uma doença inflamatória crónica que provoca dor na maior parte das suas portadoras e, que por tal, se sentem debilitadas nas suas capacidades físicas, cognitivas e emocionais para a realização de atividades diárias, pode levar ao surgimento e manutenção de sintomas psicopatológicos. Estamos assim perante resultados que nos indicam que as mulheres que apresentam sintomas de psicopatologia com elevada intensidade na sua expressão emocional são mulheres que independentemente da idade, quanto mais severa a sua endometriose, bem como o tempo de duração da doença, maior é o índice de sintomas psicopatológicos. Estes sintomas podem estar a perturbar negativa e significativamente a sua expressão emocional e conseqüentemente, admitimos nós, a sua vida laboral, social e afetiva. Podemos referir que cerca de 1/3 da nossa amostra se encontra na presença de sintomas psicopatológicos que, mesmo não se traduzindo em psicopatologia, podem estar a contribuir para a diminuição da sua qualidade de vida e por tal devem ser tratados como se de psicopatologia se tratasse. Tal como estas mulheres relatam: *sic. “Tomou conta da minha vida a todos os níveis, psicológico, físico, profissional, social e familiar”*. (suj.52).

Um dos sintomas psicopatológicos que surge na nossa amostra com maior expressão é a somatização. Mais de 1/3 da nossa amostra (38,1% das participantes) pontuam acima do ponto de corte nesta dimensão. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na revisão da literatura que nos dá como referência valores de somatização entre os 15% e os 83% (Cavaggioni et al., 2014; Gao et al., 2006; Laganà et al., 2015). No que diz respeito às mulheres que apresentam sintomas de somatização, ou seja, que pontuam acima do ponto de corte (0,92 pontos, sendo o máximo 4 pontos) há que referir que 19,05% destas mulheres apresentaram um valor médio de 1,77 com um desvio-padrão igual a 0,72, o que sugere valores elevados de somatização, tal como referido em vários estudos que referem que as portadoras de endometriose apresentam valores elevados de somatização, sendo este um dos principais sintomas psicopatológicos existentes nesta população (Laganà et al., 2015; Peveler et al., 1996). Na sequência destes dados podemos ainda perceber que as mulheres que apresentam valores de sintomas psicopatológicos nesta dimensão se aproximam do extremo superior do

intervalo de cotação e as que não apresentam valores de somatização aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo. Este padrão sugere que as mulheres com pontuações elevadas (acima do ponto de corte) de somatização apresentam relatos de mal-estar que podem estar associados à percepção que estas têm do seu funcionamento somático, ou seja, das queixas centradas em sistemas com clara mediação autonómica, provavelmente, relacionada com a dor (Canavarro, 2007).

Quando procuramos explicar estes resultados percebemos que, na nossa amostra, a existência de sintomas psicopatológicos de somatização não se encontra relacionada com variáveis sociodemográficas como é o caso das habilitações literárias ou com o estado civil, esta última, definida como ter ou não ter parceiro. Ainda assim, encontrámos correlação com o número de sintomas biológicos de endometriose. As mulheres com sintomas psicopatológicos de somatização obtiveram, também, maiores médias de sintomas biológicos de endometriose comparativamente às participantes sem somatização. Estes resultados podem explicar a relação já referida com as queixas destas mulheres em aspetos centrados em sistemas com clara mediação autonómica, provavelmente relacionadas com a dor (Canavarro, 2007). Temos, assim, uma amostra constituída por um conjunto de mulheres que tem uma apresentação somática, ou seja, são mulheres que se apresentam com sintomas físicos apesar da existência, em associação, problemas psicossociais (Robbins & Kirmayer, 1991). Esta apresentação somática relacionada com sintomas físicos da endometriose pode estar patente na nossa amostra pois, como já referimos, as mulheres que apresentam sintomas psicopatológicos de somatização apresentam também valores mais elevados aquando da avaliação dos seus sintomas físicos e estes, na nossa amostra, são essencialmente relacionados com a dor, uma vez que as mulheres aqui estudadas apresentam mais queixas no que diz respeito à dismenorreia, dor pélvica e dispareunia. Isto é, os resultados sugerem que os sintomas físicos da endometriose, no âmbito da dor, podem potenciar o surgimento e a manutenção dos sintomas psicopatológicos de somatização contribuindo assim para a percepção de mal-estar relatado pelas mulheres.

Outros estudos chegam a resultados idênticos a estes, indicando que existe uma correlação positiva entre estas variáveis, nomeadamente dos índices de somatização com a dor pélvica e a dispareunia (Laganà et al., 2015). Isto leva a acreditar que a dor e ou o medo que esta reapareça pode ser um fator de precipitação e ou manutenção dos sintomas psicopatológicos de somatização em mulheres portadoras de endometriose, tal como relatado pelas mulheres do nosso estudo: *sic. “ser portadora de endometriose é uma luta constante, é não saber como será a hora seguinte, muito menos o dia seguinte. É viver entre dores, tratamentos, procedimentos médicos, mais dor, medo da dor, medo que a dor volte, é viver na angústia do desconhecido do dia de amanhã (...)* (suj.49).

Uma das psicopatologias mais referidas na literatura em comorbilidade com a endometriose é a depressão (Chen et al., 2015; Lorençatto et al., 2006; L. M. Oliveira, 2006). Neste estudo debruçamo-nos sobre os sintomas psicopatológicos da depressão, tal como outros autores, e os

nossos resultados vão ao encontro dos estudos que abordam esta mesma questão (Peveler et al., 1996). No que diz respeito à dimensão “Depressão” o nosso trabalho mostra que 33.3% das participantes da nossa amostra referem sintomas de depressão, com pontuações acima do ponto de corte (1,2 no máximo de 4 pontos) para esta dimensão. As participantes que pontuaram acima do valor de corte apresentaram um valor médio de 2,25 pontos e as que pontuaram abaixo do ponto de corte, identificadas como não apresentando psicopatologia depressiva apresentaram um valor médio de 0,47 pontos. Verificamos ainda que 20,95% das participantes que apresentam valores patológicos nesta dimensão se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação. Estes resultados leva-nos a pensar que as mulheres que apresentam valores de psicopatologia depressiva se podem encontrar numa situação de potencial psicopatologia depressiva, corroborando assim os estudos que analisam esta temática (Aragão et al., 2016; Cavaggioni et al., 2014; Gao et al., 2006; Laganà et al., 2015; Lorençatto et al., 2006; Setälä et al., 2012).

Encontram-se, na literatura, estudos que sugerem uma relação entre a sintomatologia depressiva e um vasto número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas (Organization, 2002), das quais se destacam os distúrbios no funcionamento dos neurotransmissores (Lundy-Ekman, 2011), acontecimentos negativos e recentes da vida, bem como as relações conjugais negativas e ou ausência de um relacionamento afetivo de confiança entre outros (Ribeiro, 2007). No nosso estudo não se encontrou uma relação significativa entre a sintomatologia depressiva e a quantidade de sintomas físicos da endometriose e o mesmo ocorre com as habilitações literárias. Isto poderá ser explicado pelo facto de a maioria das nossas portadoras apresentarem sintomas físicos diversificados e por as suas habilitações literárias se enquadrarem maioritariamente, tal como já foi referido, num único escalão. Por outro lado, encontramos uma relação significativa entre as mulheres com e sem sintomas depressivos e o facto de estas mulheres terem ou não terem parceiro. Esta situação remete-nos para a necessidade de afeto que estas mulheres parecem relatar nesta situação, ou seja, viver com uma doença crónica que provoca dor a vários níveis e de variadas intensidades, leva a que possa existir uma necessidade de afeto e compreensão e que muitas vezes elas sentem que essa compreensão parte ou deveria partir do parceiro. Deste modo, o que os resultados nos sugerem é que as mulheres que não têm parceiro apresentam um maior índice de sintomas depressivos pela provável percepção de falta de apoio, tal como foi relatado por uma das participantes: *sic. “(...) o que me custou mais foi ter ficado sozinha, porque o meu companheiro não conseguiu lidar com a situação e com esta doença é difícil começar um relacionamento; sem dúvida a solidão é um dos aspetos mais negativos.”* (suj.25).

Para a maioria das pessoas existe uma estreita relação entre o seu bem-estar, o meio e as emoções, no que diz respeito a afetos. Efetivamente as emoções atuam sobre o organismo levando à regulação do mesmo, em condições normativas, face a estímulos ambientais e físicos, mas que, por outro lado, podem ameaçar a sua homeostasia (Joaquim et al., 2010). Sendo as emoções geradas endogenamente como resposta a fatores endógenos ou exógenos o certo é

que influenciam o eixo HPA, no qual o hipotálamo funciona como regulador dos níveis de cortisol, que é uma hormona produzida pela suprarrenal e que pode sofrer alterações pelo espoletar de algumas emoções. Por outro lado, sabe-se que a hipófise recebe do hipotálamo informações que levam à produção de endorfina responsável pelo alívio da sensação de dor bem como de ocitocina que se pensa estar implicada nas regulações afetivas (Jurueña et al., 2004). Neste contexto alguns autores sugerem a interpretação do organismo como um todo onde o biológico e o psicossocial se fundem com base em relações afetivas e ambientais (Joaquim et al., 2010).

Com base nestas teorias, prevê-se que as nossas participantes que não tenham ou não percecionem uma boa relação afetiva possam desenvolver um maior número de sintomas depressivos pelo impacto que esta falta de afeto possa ter, não só ao nível psicológico e social, como também biológico. Deste modo, temos que ter em atenção as relações afetivas das portadoras de endometriose. As relações afetivas, ou a faltas das mesmas, influenciam o bem-estar, destas mulheres, em todos os âmbitos da sua vida tal como relatado pelas próprias: *sic.* “(...) *felizmente tenho a compreensão do meu marido, durante muito tempo não tive essa compreensão, mas agora que tenho vejo o quanto é importante, o apoio é extremamente importante e ajuda-nos a viver cada dia pensando que amanhã será melhor (...)*” (suj.91).

Quando nos debruçamos sobre a análise dos sintomas psicopatológicos que surgem com maiores níveis de incidência e prevalência nas portadoras de endometriose, verificamos que estes não são exclusivos desta patologia. Vários estudos realizados em Portugal no que diz respeito à saúde mental, indicam que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa (Cortes, 2016), e destas as mais salientes dizem respeito às perturbações da ansiedade (16,5%) e às perturbações depressivas (7,9%) (DGS, 2014).

No caso do nosso estudo, a sintomatologia depressiva, como já foi referido, afeta cerca de 1/3 da nossa amostra. No que diz respeito à ansiedade, neste trabalho a sintomatologia ansiosa surge numa das suas formas particulares, a ansiedade fóbica. Alguns autores defendem que quando a ansiedade deixa de ser adaptativa pode surgir com um quadro de sinais associados a medos irracionais e despropositados face a um determinado estímulo e ou situação, desenvolvendo-se um quadro de ansiedade fóbica (Canavarró, 2007).

Nesta linha de sintomatologia de ansiedade fóbica, no nosso estudo 31,4% das participantes pontuam acima do ponto de corte nessa dimensão o que nos indica que cerca de 1/3 das mulheres que fazem parte deste estudo apresentam sintomatologia de ansiedade fóbica, ou seja, apresentam sinais de medos irracionais e despropositados face a um determinado estímulo que, neste caso, provavelmente será o medo da precipitação ou ressurgimento não apenas dos sintomas físicos mas principalmente, medo da evolução negativa da própria patologia. Estes valores vão ao encontro dos referidos na literatura, que se situam entre os 10% e os 33% de prevalência desta sintomatologia nas portadoras de endometriose (Cavaggioni et al., 2014; Gao et al., 2006; Laganà et al., 2015). Das participantes que pontuaram acima do valor de corte

verificamos que estas apresentaram um valor médio de 1,30 pontos (ponto de corte de 0,59, num máximo de 4 pontos) e as que pontuaram abaixo do ponto de corte apresentaram um valor médio de 0,09 pontos. Com os resultados encontrados ao longo deste estudo, percebemos que as participantes que apresentam valores patológicos na dimensão “Ansiedade Fóbica” se aproximam do extremo superior do intervalo de cotação da dimensão e as que não apresentam estes valores patológicos aproximam-se do extremo inferior do referido intervalo. Estes resultados levam-nos a considerar que as mulheres que apresentam estes valores acima do ponto de corte referem elevados níveis de ansiedade desadaptativa face a um determinado estímulo e ou situação, o que nos remete uma vez mais para o medo que estas mulheres podem ter do agravamento da sua patologia, pois esta pode desenvolver-se em outros locais do seu corpo para além dos que já sabem que estão afetados pela endometriose. Isto mesmo foi verbalizado pelas participantes: *sic.* “(...) *tenho sempre receio do dia seguinte, se vou ter dores, se as aguentarei, se tenho que ir ao hospital...já nem consigo amar sem receio (...)*” (suj.57).

A associação que fazemos entre os níveis de ansiedade fóbica das mulheres que participaram no nosso estudo e os seus possíveis medos devem-se ao fato de não termos encontrado relação entre a ansiedade fóbica com variáveis sociodemográficas, nem com os números de sintomas físicos de endometriose relatados pelas pacientes, mas encontramos relação com a localização dos focos de endometriose, sugerindo um aumento dos órgãos afetados por esta patologia pode contribuir para o surgimento de ansiedade fóbica, tal como verbalizado pelas participantes do estudo: *sic.* “(...) *estou sempre com medo que possam surgir novas aderências (...)*” (suj.8); “*Viver com endometriose é como um fardo na nossa vida, por momentos parece que está resolvida, mas nunca sabemos qual o próximo órgão a ser afetado*” (suj.28).

Sabendo que a ansiedade fóbica se enquadra dentro do espectro ansioso, torna-se compreensível esta relação entre a ansiedade fóbica e a localização da endometriose, uma vez que o “princípio do medo do medo” (Mathews & MacLeod, 1994) parece estar patente na nossa amostra, ou seja, estas mulheres relatam medo de certos acontecimentos de origem somática, desconforto, dor, entre outros, com significados pessoais que se relacionam com a perceção de risco interno e externo, tal como o medo do ressurgimento da doença (Ito et al., 2008) e ou o agravamento da mesma. Por exemplo, uma das participantes referiu: *sic.* “(...) *tenho medo do medo que sinto que ela volte, que a dor volte e eu tenho medo de não conseguir suportar...mas estou a tentar vencer o medo, mas até isso dá medo e ansiedade (...)*” (suj.31).

Por outro lado, sabe-se que pode existir uma relação do BDNF na fisiopatogenia da endometriose (Q. Zhang et al., 2012), pois este fator atua na regulação da função do crescimento e da diferenciação neuronal (Cowansage et al., 2010; Kimpton, 2012) e alguns estudos referem ainda que o BDNF pode estar envolvido na regulação de muitas funções desempenhadas pelo eixo HPA (Minichiello et al., 2002; Sertoz et al., 2008; Shalev et al., 2009) a par com os *stressores*, que também atuam sobre o eixo HPA (Alexander et al., 2010; Naert et

al., 2007). Sendo que o BDNF se encontra associado à localização da endometriose, por ter expressão no sistema reprodutor feminino, pode assim contribuir para o agravamento dos estágios de endometriose, para o aumento da gravidade dos sintomas, bem como para a infertilidade associada à endometriose e ao aumento da dor (Q. Zhang et al., 2012; X. Y. Zhang et al., 2012). Para além disso, como já foi referido o BDNF é modelador do eixo HPA. Esta linha de pensamento, segundo vários estudos, leva-nos a acreditar que a repetida e prolongada ativação do eixo HPA pode colocar as mulheres em maior risco de desenvolvimento de problemas de ordem física, tais como dor abdominal e desordens menstruais, como também, no âmbito psicológico das quais se destacam a sintomatologia depressiva, já aqui abordada, a sintomatologia ansiosa, e ansiedade fóbica (Baum et al., 2012; Graeff, 2007). Estes resultados sugerem que as mulheres da nossa amostra se comportam da mesma forma que as avaliadas em outros estudos, do ponto de vista da sintomatologia da ansiedade fóbica e da sintomatologia depressiva e que, por tal, as alterações físicas da endometriose, os seus sintomas físicos, a localização da doença e os fatores *stressores* de ordem psicossocial podem estar a comprometer a saúde mental destas mulheres.

A par da sintomatologia psicopatológica, encontram-se na literatura estudos que se preocupam com o impacto da endometriose na qualidade de vida e nestes, alguns autores consideram que a endometriose tem um impacto equivalente a outras condições médicas crónicas, o que pode estar relacionado com a influência de inúmeras variáveis biopsicossociais que este tipo de patologias acarreta (Friedl et al., 2015).

No nosso caso, tentamos verificar se a nossa amostra se comportava de forma idêntica no que diz respeito à qualidade de vida, medida por vias do EHP-30, aos valores médios referidos pela literatura e concluímos que no que diz respeito ao questionário central do EHP-30 as médias das dimensões aqui analisadas, “Dor”, “Controlo e Impotência”, “Bem-estar Emocional”, “Suporte Social” e “Autoimagem”, não se distinguem significativamente da média do estudo realizado de validação deste questionário para a população Portuguesa das mulheres com endometriose. Estas mesmas dimensões apresentam ainda correlações positivas e estatisticamente significativas com o tempo de doença, principalmente quando controlamos a variável idade, sendo esta uma possível variável confundente, o que sugere que independentemente da idade, quanto mais tempo a mulher vive com endometriose, pior a sua qualidade de vida, provavelmente pela dificuldade que é viver com uma doença crónica e bastante limitadora, tal como relatado pelas mulheres deste estudo: *sic.* “*Para mim significa perda de qualidade de vida. Sinto que tenho vindo sempre a piorar (apesar das cirurgias) e isso tem-se refletido negativamente tanto na minha vida profissional como pessoal. As dores são cada vez mais prolongadas no tempo e acabo por afastar-me das pessoas pois elas nem sempre entendem algo que não se vê. Sinto que fui muito feliz até ser menstruada aos 14 anos e a partir daí tenho vindo a tornar-me uma pessoa mais triste.*” (suj.61).

Deste modo, as mulheres que compõem a nossa amostra apresentam, tal como as do estudo de validação para Portugal do EHP-30 pontuações médias em todas as dimensões do questionário central, inferiores a 50 pontos (Nogueira-Silva et al., 2015). No caso da nossa amostra a pontuação média é de 41,5 pontos (os participantes pontuam um mínimo de 0 pontos e um máximo de 94 pontos). Sendo que neste questionário, tal como acontece na maioria dos que pretendem avaliar qualidade de vida, quanto maiores as pontuações pior a qualidade de vida. Parece que as portadoras do nosso estudo apresentam uma qualidade de vida relativamente boa se comparadas com as que fizeram parte de outros estudos internacionais, principalmente do Reino Unido e do Brasil, com pontuações médias de cerca de 53,38 pontos e 54,4 pontos respetivamente (Georgina Jones et al., 2004; Mengarda et al., 2008).

No nosso estudo as mulheres não apresentaram pontuações na EHP-30 extremamente elevadas em nenhuma das dimensões da qualidade de vida, tal como no estudo de validação da escala para Portugal, por isso olhámos para as dimensões pela ordem que deverão causar menor impacto e com isso em mente vamos tentar compreender a perceção de qualidade de vida destas mulheres. A dimensão que apresenta menor impacto para a perceção da qualidade de vida é a “Autoimagem” seguida, ordenadamente por “Bem-estar Emocional”, “Suporte Social”, “Dor” e “Controlo e Impotência”.

A dimensão da “Autoimagem” com pontuações médias, no nosso estudo, de 38,02 pontos (pontuações médias de 33 a 48 pontos no estudo de validação da escala para Portugal e nos restantes estudos), reflete que nesta dimensão as mulheres não relatam perceção de má qualidade de vida tal como definido por diversos autores (Jenkinson, Kennedy, & Jones, 2008; Jia, Leng, Sun, & Lang, 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong, Lam, & Luscombe, 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Independentemente desta pontuação, considerada baixa, é de referir que 32% das mulheres que compõem a nossa amostra tem pontuações nesta dimensão superiores a 50 pontos, sugerindo que a endometriose afeta algumas das suas portadoras na sua autoconfiança, bem como na perceção que têm da sua aparência física, levando-as a pensar que não têm uma aparência física com a qual gostem de viver. Esta perceção pode ser afetada pela medicação, que em alguns casos pode provocar alteração do índice da massa corporal (Matsuo et al., 2016; Navarro & Barcelos, 2006). Por outro lado, as diversas cirurgias e tratamentos, de que são alvo ao longo do tempo (Matsuo et al., 2016), também se correlacionam significativamente com esta dimensão, podendo provocar alterações biológicas (com o agravamento da patologia) e físicas. Estas alterações podem fazer com que as mulheres sintam que o seu corpo se encontra “defeituoso”, tal como algumas relatam: *sic.* “(...) vivo presa a um corpo doente e podre.” (suj.5); “(...) a endometriose desfigurou o meu corpo por dentro e por fora, e tornou-me menos mulher.” (suj.70). Os relatos destas mulheres espelham o que encontramos na literatura. Alguns autores referem que existe um conjunto de sintomas físicos e psicológicos observados numa determinada realidade empírica e que estes não devem ser entendidos como doença ou ausência desta, mas como um processo subjetivo no qual a experiência corporal é influenciada por determinados fatores

através dos quais se constroem modelos corporais que têm formas e funcionalidades mediadas por aspetos sociais e culturais (Boehs et al., 2007; Langdon, 2003).

Quando analisamos a dimensão “Bem-estar Emocional” do EHP-30 escala central, encontramos pontuações médias de 38,75 pontos, o que nos indica, que na nossa amostra, esta é a quarta dimensão em termos de peso contributivo para a perceção de baixa qualidade de vida das mulheres com endometriose, acontecendo o mesmo noutros estudos nos quais as pontuações médias se situam entre os 37,50 pontos e os 48,2 pontos (Jenkinson et al., 2008; Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010). Existem alguns trabalhos no qual esta dimensão aparece em terceiro lugar com médias que se situam entre os 40,21 pontos e os 53,6 pontos (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). A maioria dos estudos que analisam a qualidade de vida das portadoras de endometriose referem que esta dimensão se encontra relacionada com aspetos da sintomatologia depressiva, uma vez que a referida dimensão se centra na avaliação da presença de tristeza, choro e alterações de humor (Jenkinson et al., 2008; Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Na nossa amostra cerca de 34% das mulheres apresentam pontuações superiores a 50 pontos nesta dimensão e tal como acontece noutros estudos também se encontraram correlações positivas e significativas com a sintomatologia depressiva, bem como com o tempo de doença. Estas correlações levam-nos a considerar que um conjunto de portadoras de endometriose da nossa amostra, ao indicarem baixa perceção de qualidade de vida nesta dimensão, poderão fazê-lo em virtude da sintomatologia depressiva, já aqui descrita, e ao tempo com que lidam com uma doença crónica e debilitante. Esta relação entre a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida é descrita por alguns autores quando estes referem que a QVRS dos doentes crónicos deve ser analisada tendo em conta alguns fatores, dos quais se destacam os sintomas relacionados com a doença, como o conjunto de sinais e sintomas físicos e os anos de vivência com a patologia, bem como o funcionamento psicológico, nomeadamente ao nível das manifestações associadas aos sintomas depressivos (Vinaccia & Orozco, 2005).

No que diz respeito à dimensão “Suporte Social”, apesar das pontuações baixas na escala (média de 39,21 pontos), esta surge em muitos estudo em quarto lugar (Jenkinson et al., 2008; Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Khong et al., 2010) ou quinto lugar (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015), ao passo que no nosso estudo, tal como no de Jones e colaboradores (2004) surge como sendo a terceira dimensão a ter impacto na perceção de má qualidade de vida, com cerca de 30% das portadoras de endometriose a pontuarem acima dos 50 pontos (Georgina Jones et al., 2004). Este facto pode estar relacionado com a perceção de incompreensão por parte de algumas pessoas da rede social em relação às problemáticas que envolvem a endometriose. Como já referimos, várias portadoras de endometriose relatam alguma incompreensão por parte dos companheiros e de familiares e por vezes até da comunidade em geral, amigos e equipas de saúde. Muitas delas referem ainda que a única compreensão que encontram é no grupo de “apoio virtual”: *sic.* “A minha experiência com a endometriose não é nada boa. Foi

difícil encontrar um médico que conhecesse a doença. É muito difícil lidar com esta doença e não ter alguém que nos dê apoio. A única ajuda que tive foi de outras portadoras da doença que conheci no grupo de apoio do mundo virtual, a família apoia, mas penso que nunca entende o que estamos a passar e muitas vezes ainda duvida das nossas queixas” (suj.8); *“Ter uma doença crónica, tal como a endometriose, estando em sofrimento e não ser compreendida por parte de alguns médicos quando somos obrigadas a ir para o hospital é muito frustrante (...)”* (suj.14).

A relação entre o suporte social e a qualidade de vida é referida em vários estudos, tal como aqui foi caracterizada pelas mulheres da nossa amostra: uma perceção de não existência de relacionamento afetivo sólido, ou simplesmente não ter um relacionamento, por este ter terminado posteriormente ao diagnóstico de endometriose, bem como a falta de pessoas com quem se sintam à vontade para falar do problema o que leva a que estas mulheres apresentem uma pior qualidade de vida (P. Z. Barbosa & Coutinho, 2007; Chapron et al., 2015; Graaff et al., 2015; Matta & Muller, 2006). Por outro lado, todos estes fatores podem ser agravados pelo tempo de doença que se correlaciona significativamente com esta dimensão, pois viver durante muito tempo com este tipo de patologias sem sentir apoio pode ser debilitante contribuindo assim para uma baixa perceção de qualidade de vida.

A dimensão “Dor” surge no nosso estudo como a que obteve a segunda maior pontuação, com cerca de 44% das mulheres da nossa amostra a pontuarem acima dos 50 pontos, o mesmo ocorre noutros estudos que utilizam este mesmo instrumento (Georgina Jones et al., 2004). No entanto, não acontece no estudo de validação para a população Portuguesa, na qual esta dimensão surge em quarto lugar, porém, e tal como já referimos, as médias dos valores obtidos na nossa amostra não se distinguem significativamente das do estudo de validação da escala para Portugal (Nogueira-Silva et al., 2015) e, por tal, acreditamos que as mulheres portuguesas apresentaram relatos de dor idênticos e que comprometem a sua qualidade de vida. Esta dimensão “Dor” apresenta pontuações médias de 42.21 pontos no nosso estudo e este valor é explicado pelo facto das principais manifestações clínicas da endometriose estarem relacionadas com a dor, seja ela pélvica, dismenorreica, associada à dispareunia, associada à disquesia entre outras, durante a fase menstrual e pré-menstrual (Amaral et al., 2009; Bellelis et al., 2010; Fourquet et al., 2015). Compreende-se, assim, que a dor é um dos fatores que influenciam de forma negativa a qualidade de vida das portadoras de endometriose. Viver com uma doença crónica não é fácil para nenhum ser humano, pois nunca sabe como será o evoluir da sua patologia, em particular se esta estiver associada, por exemplo, ao surgimento do período menstrual ou às relações sexuais, entre outras já referidas, que provocam dores incapacitantes. Assim, compreende-se o motivo que leva a que esta dimensão esteja a contribuir de forma negativa para a qualidade de vida destas mulheres, sendo esta também relatada pelas participantes: *sic. “(...) viver com dores dói (...)”* (suj.13); *“(...) somos constantemente colocadas à prova, com toda a dor que somos obrigadas a suportar e isso reflete-se na minha relação com os outros, com o mundo e com a minha vida (...)”* (suj.31).

A dor é referida na literatura como sendo o sintoma mais comum da endometriose e alguns autores consideram que esta, tal como o tempo de doença que neste estudo se encontra positivamente relacionado com a dimensão “Dor”, é o sintoma de maior dificuldade de controlo clínico, podendo ocorrer hiperalgesia, ou seja, podendo levar a que a sensibilidade à dor se torne maior (Fritzer et al., 2013; Vercellini et al., 2011), podendo este ser um dos motivos pelos quais as nossas participantes pontuam baixo nesta dimensão. Estas mulheres podem ter desenvolvido alguma hiperalgesia por estarem expostas, por vezes em contínuo, a situações dolorosas, levando-as a relativizar a dor. Desta forma, verbalizam a dor como sendo um fator debilitante e impeditivo de ter qualidade de vida, mas não a valorizam na resposta ao questionário: *sic.* “*Ser portadora de endometriose significa ter de lidar com a dor todos os dias, horas, minutos e segundos da minha vida (...)*” (suj.40). Para além disto, sabe-se que existe uma maior prevalência de sintomatologia depressiva em mulheres com dor crónica causada pela endometriose, quando comparadas com pacientes sem dor (Lorençatto et al., 2006), tal como acontece no nosso estudo. Ao analisar os dados recolhidos deparamo-nos com resultados que sugerem que as mulheres que apresentam valores acima do ponto de corte para a sintomatologia depressiva, apresentam também valores acima dos 50 pontos para esta dimensão, permitindo-nos inferir que se a sintomatologia depressiva, nesta amostra, estará relacionada com os aspetos emocionais e afetivos. A dor pode ser um fator que esteja a interferir nas relações afetivas, muito provavelmente porque a dor constante as impede, tal como elas relatam, de ter uma vida satisfatória a todos os níveis inclusive a nível social, afetivo e sexual: *sic.* “*(...) ter medo que as dores voltem e passem a controlar a minha vida, destruindo-a e destruindo-me como pessoa, como mulher, como profissional e como esposa (...)*” (suj.96), provavelmente devido à dispareunia relatada por 53,33% das mulheres da nossa amostra.

A última dimensão a tratar do questionário central do EHP-30, “Controlo e Impotência”, é a dimensão na qual 49% das mulheres da nossa amostra pontuam acima dos 50 pontos e a média geral é de 46.15 pontos. Estes resultados estão de acordo aos encontrados na maioria dos estudos que analisam a qualidade de vida com este mesmo instrumento (Jenkinson et al., 2008; Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010). Nos estudos de validação do EHP-30 para Portugal e para o Brasil esta dimensão surge em segundo lugar com pontuações médias de 40,94 pontos e 52,8 pontos, respetivamente (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Esta dimensão apresenta, segundo os estudos já referidos uma estreita relação com a dimensão “Dor” (Jenkinson et al., 2008; Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Neste trabalho também se verificou uma correlação forte e positiva entre estas duas dimensões. Pensa-se que esta relação pode ocorrer porque esta dimensão avalia a qualidade de vida da portadora de endometriose tendo por base os seus sintomas físicos, sendo a dor um dos mais relatados e considerados mais debilitantes (Georgina Jones et al., 2004; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Tendo em conta que a dor é considerada nesta dimensão como um sintoma debilitante e de difícil controlo, levando a que as portadoras de endometriose

relatem impotência em controlar os seus sintomas físicos principalmente os dolorosos, o nosso estudo analisou a relação entre esta dimensão “Controlo e impotência” com o número de sintomas e com o tempo de doença das mulheres que participaram no nosso estudo. Os resultados sugerem que as nossas portadoras com endometriose há mais tempo, bem como as que apresentam um maior número de sintomas físicos apresentam valores mais elevados nesta escala em comparação com as que tem a doença há menos tempo e ou que apresentam um conjunto menor de sintomas. Estes resultados podem ser explicados, por um lado, tendo em conta que a maioria dos sintomas relatados pelas mulheres que remetem para a dor e o controlo da dor é um dos sintomas com maior dificuldade de controlo clínico (Fritzer et al., 2013; Vercellini et al., 2011) e por parte da portadora de endometriose. Por outro lado, o tempo de doença pode levar ao agravamento da mesma e neste caso ao aumento dos sintomas físicos e psicológicos da endometriose, levando assim a mulher a percecionar falta de controlo e impotência face a esta situação, tal como é relatado por algumas destas mulheres: *sic.* “(...) esta doença é simplesmente aterrorizante saber que sangramos por dentro sem poder fazer nada é frustrante” (suj.64); “(...) sinto impotência e falta de controlo sobre a minha vida porque fisicamente estou cada vez mais fraca para fazer tarefas que antes eram básicas (...)” (suj.19).

Alguns dos estudos realizados sobre o impacto da endometriose na qualidade de vida consideram que este pode estar relacionado com inúmeras variáveis biopsicossociais, tal como acontece na maioria das patologias crónicas (Friedl et al., 2015).

Neste estudo utilizamos um instrumento de avaliação da qualidade de vida (EHP-30), que segundo diversos autores avalia dimensões que refletem vários dos fatores biopsicossociais que esta patologia pode acarretar (Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; G. Jones et al., 2001; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). O EHP-30, no seu questionário modular permitirá avaliar as dimensões de “Vida no Trabalho”, “Relação com os filhos”, “Relações Sexuais”, “Relação com o Médico”, “Tratamento” e “Infertilidade” (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). No nosso estudo, a maioria das médias das dimensões mencionadas não se distinguem das médias do estudo de validação para a população Portuguesa, o que sugere que a nossa amostra se comporta de forma idêntica em termos de “Vida no Trabalho”, “Relação com os filhos”, “Relação com o Médico” e “Infertilidade”, tal como se pode observar na tabela 24 do capítulo resultados.

No que diz respeito à dimensão “Relação com o Médico”, esta é a dimensão do questionário modular que parece ter menos expressão na perceção de má qualidade de vida das mulheres, tanto nas participantes da nossa amostra com médias de 14,46 pontos, como nas mulheres dos restantes estudos, com valores médios de 12,76 pontos a 35,4 pontos (Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Quando nos propomos a analisar a relação desta dimensão com o tempo de doença, mesmo controlando a variável “idade” (possível variável confundente) não surgem correlações

estatisticamente significativas entre estas variáveis. A dimensão “Relação com o Médico” pretende avaliar os sentimentos das portadoras de endometriose em relação ao médico que as está a tratar (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). O diagnóstico da endometriose é para muitas mulheres um processo moroso, podendo levar cerca de 7 a 11 anos (Hudelist et al., 2012). Durante este período de tempo ocorrem vários entraves a esse mesmo diagnóstico, quer seja pelo desconhecimento da doença por parte de alguns profissionais de saúde, seja por os sinais e sintomas que as mulheres descrevem poderem indicar que se trata de outro tipo de patologia e ou porque hoje em dia ainda se considera, de forma errónea, que dor no decorrer do período menstrual e ou pré-menstrual é “normal” (Antunes & Martinho, 2015; Denny, 2009; Manderson et al., 2008). Sendo assim, quando as mulheres, finalmente, se deparam com um diagnóstico que justifica os seus sintomas e quando percebem que o médico que as está a atender compreende os seus sintomas, depois de tantos anos de sofrimento, torna-se claro que se possa estabelecer, na maioria dos casos, uma boa relação médico-paciente podendo ser este o motivo que leva as portadoras de endometriose a relatarem que esta dimensão a afetar a sua qualidade de vida, será de forma positiva: *sic*. “*é ir a médicos que me acharam maluca, pois, as minhas queixas não faziam sentido até consultar o médico que neste momento me segue e agora tudo faz sentido (...)*” (suj.87). Deste modo, a relação com o médico parece não depender do tempo de doença. Apesar do diagnóstico poder ser demorado, por múltiplas razões, muitas mulheres só descobrem que são portadoras desta patologia quando se deparam com um médico que lhe faz este diagnóstico e, por norma, é este que as vai continuar a acompanhar no seu tratamento. Apesar do diagnóstico ser devastador, pois trata-se de uma doença inflamatória e crónica, é, para muitas pacientes, um momento de compreensão da sua patologia e um ponto de virada na forma como elas começam a viver com os seus sintomas, tal como estas relatam no nosso estudo: *sic*. “*(...) tudo mudou para melhor depois de diagnosticada, pois pior que o sofrimento é não se saber porque se sofre e assim não conseguir explicar (...)*” (suj.46); “*sentir que o mundo vai desabar no momento do diagnóstico, mas depois sentir que é mais uma etapa a ultrapassar e seguir em frente (...)*” (suj.82).

Uma outra dimensão do questionário modular do EHP-30 diz respeito à “Vida no Trabalho” e ao impacto que a endometriose possa ter neste âmbito da vida das mulheres (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Alguns estudos indicam que a endometriose pode afetar a vida laboral das mulheres e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Donatella et al., 2013; Simoens et al., 2012). Neste estudo, cerca de 76% das mulheres encontra-se a trabalhar e por tal 80 mulheres responderam a esta dimensão do questionário que obteve uma média de 29.13 pontos, valores muito similares do estudo de validação para Portugal com médias de 28,89 pontos (Nogueira-Silva et al., 2015) sendo que as médias de outros estudos se situam entre os 32,9 pontos e os 43.4 pontos (Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008). Por outro lado, neste estudo, os resultados obtidos sugerem que a vida do trabalho se correlaciona positiva e significativamente com o tempo de endometriose, quando controlada a variável idade (potencial variável confundente). Esta

correlação pode estar relacionada, por um lado, com o grau da endometriose, dado que as mulheres que têm endometriose há mais tempo apresentam, na sua maioria, um grau de doença moderado ou severo (Grau III ou IV) (Kössi et al., 2013; Sousa et al., 2015) e este acarreta um conjunto maior de sintomas de endometriose e um agravamento dos já existentes, como é o caso da dor e da astenia (Hudelist et al., 2012; Nnoaham et al., 2011), condicionando a vida laboral destas mulheres. Por outro lado, a vivência com a patologia há mais tempo pode, por fatores psicológicos, como a incompreensão, a angústia, a sintomatologia psicopatológica, principalmente depressiva, entre outros, produzir mau estar geral nestas mulheres podendo repercutir-se na sua vida laboral (Florido et al., 2008; Spigolon et al., 2012; Taylor et al., 2012). A literatura refere ainda que a qualidade de vida pode ser influenciada pela vida laboral mediante fatores como as habilitações literárias, pois segundo alguns autores as portadoras de endometriose com melhores rendimentos económicos e com maiores níveis de habilitações literárias apresentam uma melhor qualidade de vida pois o impacto financeiro por tratamentos ou absentismo seria menor do que nas restantes mulheres (Marques et al., 2004; Minson et al., 2012). Outros autores, pelo contrário referem que não se encontram correlações ente as habilitações literárias e a qualidade de vida das mulheres, indicando que isto pode ocorrer por a população estudada apresentar de forma geral um elevado grau de habilitações literárias (Graaff et al., 2015), acontecendo o mesmo neste estudo, no qual uma grande percentagem das participantes, 60% indicam possuir habilitações académicas superiores a bacharelato. A relação entre a qualidade de vida e a vida laboral pode ainda ser analisada por meio de fatores económicos. Já vimos que alguns autores indicam que maiores níveis de habilitações literárias podem levar a uma rentabilidade financeira mais elevada (Marques et al., 2004; Minson et al., 2012), porém sabemos que hoje em dia isso nem sempre se verifica e no caso das mulheres com doença crónica a perda de produtividade laboral pode ter um pesado impacto financeiro na sua gestão familiar (Nnoaham et al., 2011). Se a isto associarmos o custo económico que cada paciente tem de pagar de forma contínua por medicamentos e exames médicos, mesmo quando acompanhada em serviços públicos de saúde (Lökvist et al., 2016; Simoens et al., 2012), facilmente se percebe que a qualidade de vida destas mulheres é influenciada pela sua vida laboral. No caso da nossa amostra cerca de 59% das mulheres são acompanhadas em serviços privados de saúde.

Na dimensão “Relação com os filhos” do questionário modular do EHP-30, tal como na maioria das dimensões deste questionário, as médias da nossa amostra (cerca de 36,5 pontos) não se distinguem das do estudo Português de validação da escala (médias de 27,78 pontos) (Nogueira-Silva et al., 2015). Esta dimensão pretende analisar o impacto que a endometriose tem na qualidade de vida tendo em conta a relação com os filhos das portadoras desta patologia, ou seja a capacidade destas mulheres em cuidar, brincar ou desenvolver qualquer outra atividade com os seus filhos (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Na nossa amostra, cerca de 76,19% das mulheres referem não ter filhos, o que leva a que apenas 25 mulheres tenham respondido a esta dimensão do questionário. O facto de um grande número de pacientes não

ter filhos pode estar relacionado com o adiar da maternidade por motivos académicos, laborais e ou de tratamentos para a endometriose, tal como já foi aqui discutido, por um lado e por outro com a impossibilidade de engravidar, pois cerca de 68% da nossa amostra refere ser infértil. Por outro lado, no conjunto de mulheres com filhos, a sua relação com eles não parece estar relacionada como o tempo de endometriose, mesmo quando controlada a variável idade. Alguns autores referem que esta dimensão se correlaciona com os sintomas psicopatológicos de somatização e, neste estudo, também se verificou essa correlação positiva o que nos leva a pensar que a incapacidade de cuidar e ou de desenvolver atividades com os filhos pode levar a um aumento dos sintomas de somatização quando consideramos este sintoma como sendo uma construção subjetiva que impede a paciente de se manter saudável, na medida em que existe um acumular de acontecimentos significativos não elaborados, ou não superados, passados e ou recentes, na sua história de vida (Lisboa & Carneiro, 2015). Este facto traduz-se nos relatos que as pacientes do nosso estudo fazem: *sic.* “viver com endometriose é cruel, fui operada finalmente, depois de muito sofrimento e de ter perdido os primeiros anos de vida do meu filho (...)” (suj.86).

A relação entre a infertilidade e a endometriose é defendida por um grande número de autores (Quintela, 2013; Sepulcri & Amaral, 2007; Vila, 2007), no entanto existem outros que consideram que esta relação é controversa (ASRM, 2012; A. D. R. L. Silva, 2012), referindo que ainda não foi possível estabelecer uma relação causal entre ambas as variáveis (ASRM, 2012; Navarro & Barcelos, 2006). Ainda assim, acredita-se que alguns fatores associados à endometriose tais como as aderências ou alterações anatómicas pélvicas podem influenciar e potenciar a infertilidade (Navarro & Barcelos, 2006; Sepulcri & Amaral, 2007; A. D. R. L. Silva, 2012). Neste sentido, alguns autores referem que, a existir evidências de que a endometriose pode provocar infertilidade, então sugerem que o tratamento e a “erradicação” da endometriose, principalmente os seus focos e ou aderência, possibilitaria o aumento dos níveis de fecundidade (Sepulcri & Amaral, 2007; A. D. R. L. Silva, 2012). A literatura refere ainda que muitos dos tratamentos utilizados e ou realizados para controlo dos sintomas e evolução da endometriose não abonam a favor do aumento da capacidade de fecundidade, podendo mesmo potenciar o atraso da fecundidade por as mulheres terem que realizar tratamentos farmacológicos demorados e cirúrgicos que levam a um adiar da fecundidade ou mesmo em casos mais extremos sendo eles próprios os “causadores” da infertilidade (ASRM, 2012; Quintela, 2013; A. D. R. L. Silva, 2012; Vila, 2007). Deste modo, alguns autores mencionam que cerca de 31% a 57% das portadoras de endometriose relatam dificuldades em planear o futuro e um dos motivos prende-se com o “fantasma” da infertilidade (Chapron et al., 2015), mesmo que esta ainda não tenha sido diagnosticada e a repercussão social que pode levar a que sejam consideradas “menos mulheres por não poderem ter filhos” (Matta & Muller, 2006) e o mesmo é relatado pelas mulheres deste estudo: *sic.* “(...) é viver com o fantasma da infertilidade” (suj.30). Estes fatores ajudam-nos a compreender o motivo pelo qual a dimensão da “Infertilidade” do questionário modular do EHP-30 é considerada como sendo a dimensão que

contribui, dentro desta parte do questionário, de forma mais negativa para a qualidade de vida da mulher com pontuações entre os 51,1 pontos e os 64,8 pontos (Jia, Leng, Sun, et al., 2012; Georgina Jones et al., 2004; Khong et al., 2010; Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Neste estudo, as pontuações desta dimensão situam-se dentro deste intervalo, pois obtemos uma média de 55 pontos. Um outro dado relevante prende-se com o fato de existir, no nosso estudo, tal como a literatura refere, uma correlação positiva e significativa da infertilidade com o tempo de doença o que pode ser explicado, por os motivos anteriormente mencionados, como é o caso do adiar da maternidade, dos tratamentos farmacológicos e cirúrgicos. Apesar de muitos estudos relatarem a infertilidade como sendo uma das comorbilidades da endometriose e de referirem que as portadoras de endometriose que não conseguem ou não podem engravidar apresentarem alterações psicopatológicas (P. Z. Barbosa & Coutinho, 2007; Cardoso et al., 2011; Chapron et al., 2015; Denny, 2009; Matta & Muller, 2006; Minson et al., 2012), neste estudo, apesar dos relatos das mulheres que dele fazem parte, não se encontrou relação estatística entre a infertilidade e os sintomas psicopatológicos nestas portadoras de endometriose, mesmo tendo em conta que 76,19% destas mulheres não têm filhos e cerca de 58.1% referem ser inférteis.

Contudo, o mesmo não acontece com a relação com a qualidade de vida, pois os dados remetem-nos para o fato das mulheres, da nossa amostra considerarem a infertilidade como sendo um dos fatores que mais contribui para a diminuição da sua qualidade de vida (sic. *“incerteza quanto ao futuro, se a doença progride e se vou conseguir ter qualidade de vida e ser mãe”* (suj.38)). Este cenário leva-nos a pensar que as mulheres que fazem parte deste estudo referem por um lado que a sua qualidade de vida é diminuída pela infertilidade e ou pela possibilidade da mesma, no entanto apresentam como fator protetor, para lidar com esta situação o fator de pertencerem a um grupo de apoio, ainda que virtual e informal no qual podem relatar as suas angústias e “ganhar” esperança de poderem ainda engravidar, com os relatos de casos de sucesso que vão surgindo no seio do grupo. Neste sentido, a literatura refere que a partilha do sofrimento e das vivências com outros que enfrentam problemas idênticos em situações de intervenções psicoterapêuticas em grupo podem fomentar o bem-estar psicológico destas mulheres (Facchin et al., 2015; Matta & Muller, 2006; N. Mendes & Figueiredo, 2012). Esta nossa inferência é igualmente suportada pelos relatos destas mulheres: sic. *“Eu descobri a endometriose ao mesmo tempo que descobri que estava de bebé (...)”* (suj.10); *“Ser portadora de endometriose no meu caso foi aprender a viver com dor e com a consciência que poderia nunca ser mãe biológica. Felizmente eu e o meu marido aceitamos a doença da melhor forma, partimos para uma fertilização com a consciência que poderia dar certo ou não graças a Deus estou grávida de 30 semanas. Quando a bebé nascer voltarei á rotina da endometriose, mas acima de tudo aprendi a viver com ela da forma que ela vive em mim, mas eu não vivo para ela”* (suj.26); *“(…) foi complicado aceitar não poder ter filhos, porque quando decidi a doença estava em estado avançado e tiver que fazer histerectomia”* (suj.46); *“Tendo em conta o grau de gravidade da minha endometriose, o pior para mim é a infertilidade.”* (suj.2); *“(…) a*

pressão para engravidar, mesmo quando digo que não posso os outros dizem que isto é da minha cabeça (...) (suj.3); *“(...) o sonho de ser mãe está constantemente a ser adiado. Por outro lado, fiquei muito mais forte, física e psicologicamente por ter conhecido grandes mulheres que lutaram para haver um grupo de apoio para esta doença em Portugal, do qual faço parte, sinto que aqui tenho ajuda e sinto-me realizada por também eu poder ajudar tantas “edogueirras” que andam perdidas como eu andei”* (suj.58).

Uma outra dimensão do questionário modular do EHP-30 tem como objetivo a análise dos sentimentos das portadoras de endometriose em relação ao tratamento que já realizou ou está a realizar, seja ele do ponto de vista farmacológico e ou cirúrgico e denomina-se de “Tratamento” (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). No nosso estudo, na referida dimensão as médias obtidas (44,58 pontos) distinguem-se significativamente da média do estudo para a validação desta escala realizada com mulheres portuguesas (30,92 pontos) (Nogueira-Silva et al., 2015). Por outro lado, podemos constatar a existência de correlação positiva e significativa com o tempo de doença (quando controlada a variável idade). Estes resultados parecem sugerir que à medida que a doença progride os tratamentos a realizar tornam-se cada vez mais penosos para estas mulheres, comprometendo assim a sua qualidade de vida. Este fato pode estar relacionado com o grau de endometriose, na medida em que cerca de 71% das pacientes referem ter endometriose de grau IV, quando no estudo de validação cerca de 66% das mulheres indicam ter este mesmo grau de endometriose (Nogueira-Silva et al., 2015). Também pode estar relacionado com os sintomas físicos de endometriose que na nossa amostra também se revelaram mais elevados face ao estudo de validação, principalmente no que diz respeito à dismenorreia, (93,3% das mulheres do nosso estudo e 63,6% das mulheres do estudo de validação para Portugal) (Nogueira-Silva et al., 2015) e à dor pélvica (79% das mulheres do nosso estudo e 50% das mulheres do estudo de validação para Portugal) (Nogueira-Silva et al., 2015).

Com o desenvolvimento da patologia, esta pode produzir novos sintomas e ou aumentar os já existentes e, deste modo, frequentemente a terapêutica escolhida pelo médico é a cirúrgica. Neste sentido, alguns autores consideram que a existir algum tipo de complicação intra e pós-cirúrgica, se após este tipo de tratamento surgir uma recidiva e por tal a mulher voltar a sentir algum tipo de dor e ou desconforto, então esta será considerada uma situação particularmente frustrante (Vercellini et al., 2009), contribuindo assim para uma perceção de má qualidade de vida. Estes dados também podem ser encontrados nos relatos as mulheres que fazem parte do nosso estudo: *sic. “(...) quero viver com qualidade de vida, desde os 12 anos que são poucos os dias que tenho qualidade de vida, isso melhorou após a cirurgia, mas rapidamente voltou a piorar (...)*” (suj.59).

Como se pode perceber, do que já foi referido até ao momento, um dos sintomas mais relatados pelas portadoras de endometriose, da nossa amostra e não só, é a dor (Amaral et al., 2009; Bellelis et al., 2010; Fourquet et al., 2015; Nácúl & Spritzer, 2010) e desta, algumas mulheres

destacam a dispareunia como sendo um dos tipos de dor, com maior relevância na sua qualidade de vida por afetar as relações sexuais (Podgaec & Abrão, 2004). O EHP-30 no seu questionário modular apresenta a dimensão “Relações Sexuais” o qual nos permite tentar compreender o impacto da endometriose nas relações sexuais, tendo em conta a dispareunia e ou o medo que esta ocorra bem como a culpa e a frustração por não querer ter relações sexuais e ou não conseguir obter prazer com as mesmas, respetivamente (Mengarda et al., 2008; Nogueira-Silva et al., 2015). Nesta dimensão, as médias do nosso estudo (38,65 pontos) distinguem-se das médias do estudo de validação da população Portuguesa (46,12 pontos). Um outro dado que surge nos nossos resultados diz respeito à correlação positiva e significativa entre esta dimensão e o tempo de endometriose, que ocorre independentemente de se controlar ou não a variável idade (potencial variável confundente). Deste modo, de acordo com os dados recolhidos, podemos inferir que apesar das portadoras de endometriose do nosso estudo apresentarem valores inferiores em cerca de 7 pontos face ao estudo de validação da escala para a população Portuguesa, ainda assim esta dimensão pode colocar em causa a qualidade de vida destas pacientes, pelo menos das cerca de 74 mulheres que referem ter parceiro sexual, podendo esta dimensão condicionar a sua relação afetiva à medida que a doença evolui. Tal como elas relatam: *sic*. “*ter endometriose é ter uma doença que não tem sintomas visuais é ter dores pélvicas, dores durante o ato sexual, frustração e ainda o medo de vir a ser infértil*” (suj.108); “*(...) mais do que a dor física é a dor emocional e o medo de nunca vir a ser mãe e de nunca poder dar um filho ao homem que amo e de não saber como isso pode vir a influenciar o meu casamento*” (suj.95).

Deste modo, e no que diz respeito a este trabalho, ao efetuarmos as análises de comparação de médias, das mulheres da nossa amostra com as médias do referido estudo de validação, para as dimensões pertencentes ao Questionário Central do EHP-30, verificámos que as médias das participantes do nosso estudo não se distinguem significativamente das médias do estudo de validação do EHP-30 no âmbito do questionário central e que estas dimensões, com exceção da dimensão do “Bem-estar Emocional” que se correlaciona positiva e significativamente com o tempo de doença. Por outro lado, no que diz respeito à mesma comparação de médias para o questionário modular do EHP-30, verificamos que existem duas dimensões “Relações Sexuais” e “Tratamento” nas quais encontramos diferenças estatisticamente significativas com as médias do estudo de validação da EHP-30 para a população Portuguesa e que as dimensões “Vida Labora”, “Relações Sexuais”, “Tratamento” e “Infertilidade” se correlacionam positiva e significativamente com o tempo de doença. Estes resultados levam-nos a inferir que a endometriose, enquanto patologia crónica, e por tal de longo curso, influência de forma negativa a qualidade de vida das suas portadoras em todos os seus âmbitos de vida.

A literatura refere que a perceção de suporte social tem demonstrado um papel importante na adaptação à doença crónica (Fachado et al., 2007) como é o caso da endometriose, funcionando muitas vezes como um fator protetor da integridade psicológica das suas portadoras (Menendez et al., 2003). Neste sentido, uma boa perceção de suporte social pode funcionar como fator

preventivo do surgimento de efeitos psicológicos adversos, bem como de respostas comportamentais associadas à pobre adesão ao tratamento e ao isolamento social (Fachado et al., 2007; Menendez et al., 2003). O nosso estudo apresenta resultados que sugerem que as portadoras de endometriose, da nossa amostra, referem uma boa percepção de suporte social pois as médias das pontuações dos quatro domínios da escala Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS) validada para a população Portuguesa, situam-se acima dos 70 pontos (pontuação máxima da escala é de 95 pontos). A escala em questão (MOS-SSS) é composta por quatro domínios de percepção de Suporte Social: “Suporte Material”, “Suporte Emocional”, “Suporte Afetivo” e “Interação social positiva”, bem como um “Índice global de suporte social percebido” (Fachado et al., 2007; Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995).

No que diz respeito ao “índice global de suporte social percebido” a média do nosso estudo é de 73,93 pontos, sugerindo que de forma global as mulheres do nosso estudo apresentam uma boa percepção de suporte social. A percepção de suporte social advém, na maior parte das vezes das redes familiares e sociais (Fachado et al., 2007). No presente estudo cerca de 78% das mulheres são casadas e ou vivem em união de facto e estas indicam, ainda, que em média podem contar com 7 amigos íntimos e ou familiares com quem se sentem à vontade para poder falar de todos os seus problemas. Deste modo, estes resultados, a par com os relatos das mulheres, deste estudo, parecem explicar os valores obtidos no índice global de suporte social que nos indica que estas pacientes parecem apresentar uma boa percepção de suporte social global, bem como a correlação negativa estatisticamente significativa com o ISP (*sic.* “(...) *se não fosse a família e alguns amigos próximos acho que não conseguia aguentar viver assim, acho que ficava doída*” (suj.36)). Esta correlação parece indicar que as mulheres, da nossa amostra, que apresentam pontuações mais elevadas no índice global de suporte social percebido apresentam menos sintomas psicopatológicos por percecionarem suporte social e afetivo que pode estar a funcionar como fator protetor ao surgimento de psicopatologia, tal como referido na literatura (Fachado et al., 2007; Menendez et al., 2003).

Ao avaliarmos a percepção de suporte social no domínio de “Apoio Emocional” observamos que este é composto por um conjunto de questões que nos remetem para a percepção que as pessoas têm de poder contar com alguém com quem possam desabafar os seus problemas e de quem possam receber informações e conselhos para ultrapassar esses mesmos problemas e ou lidar com a sua patologia (Fachado et al., 2007). Neste domínio a média das portadoras de endometriose, do nosso estudo, é de 71,1 pontos e este, tal como a maioria dos domínios desta escala, correlaciona-se de forma negativa e significativamente estatística com o ISP. A percepção de apoio emocional pode incluir a percepção de ter alguém que nos ajude a compreender e nos auxilie na resolução de problemas decorrentes da patologia (Fachado et al., 2007). Por tal, e tendo em conta os nossos resultados podemos inferir, tal como referido pela literatura, que a percepção de um bom apoio emocional pode auxiliar na promoção de uma melhor saúde física e mental e conseqüentemente a diminuição da sintomatologia psicopatológica (Almeida et al., 2012).

A percepção de suporte social, segundo alguns autores, pode estar relacionada com a possibilidade de ter alguém com quem possa passar algum tempo, de qualidade, em atividades de lazer de modo a poder divertir-se e relaxar obtendo assim alguma satisfação ao nível do seu bem-estar físico e mental (Vinaccia & Orozco, 2005). A análise destes fatores da percepção de suporte social pode ser realizada tendo por base o domínio da “Interação social positiva”, quando nos debruçamos sobre as questões que fazem parte deste domínio, percebemos que o mesmo nos permite obter informações sobre os fatores acima referidos.

No domínio da “Interação social positiva”, na nossa amostra, obtivemos uma média de 72,93 pontos. Estes valores indicam que as portadoras de endometriose que fazem parte deste estudo apresentam uma boa percepção da sua interação social. Esta percepção positiva da interação social pode estar relacionada com o número de pessoas significativas com quem podemos contar para realizar atividades de lazer e bem-estar e na nossa amostra, as participantes, indicam, tal como já referimos, que podem contar com cerca de 7 pessoas, em média, para desenvolver essas atividades. Por outro lado, este domínio correlaciona-se negativa e significativamente com o ISP, o que nos leva a inferir que a percepção de ter alguém com quem podemos desenvolver atividades de lazer que nos permitam relaxar e descontraír pode diminuir, adiar ou até mesmo impedir o surgimento de sintomatologia psicopatológica (Scharfetter, 2005), o mesmo é relatado pelas portadoras de endometriose, deste estudo: *sic. “(...) com esta doença fiquei a conhecer quem são os meus amigos de verdade, aqueles com quem podemos conviver, que nos ajudam e esquecer um bocadinho o nosso problema (...)”* (suj.9).

O domínio do “Apoio afetivo” encontra-se associado à percepção que as pessoas têm de ter alguém na sua vida que lhes promova momentos de carinho e que lhes permita a sensação de sentirem que são amadas (Fachado et al., 2007). Nesta dimensão a média do nosso estudo é de 77,62 pontos dando-nos a indicação de que estas mulheres percebem ter um bom apoio afetivo por parte de pessoas significativas. Esta dimensão correlaciona-se de forma negativa e significativa com o ISP, este resultado pode estar relacionado com fatores que se prendem com as pessoas significativas que as mulheres percebem existir em seu redor e que as fazem sentir-se amadas e acarinhadas. Deste modo, tendo em conta que cerca de 78% das mulheres do nosso estudo são casadas e ou vivem em união de facto associado à percepção que estas portadoras têm de poder contar com o apoio de várias pessoas significativas, estes dados parecem estar a influenciar de forma positiva a percepção de apoio afetivo. Alguns autores referem que as portadoras de endometriose que apresentam uma boa rede afetiva, seja ela por parte de marido, namorado e ou família desenvolvem menos psicopatologia (Shoebbotham & Coulson, 2016) e deste modo menos sintomas psicopatológicos, as participantes do nosso estudo relatam esta situação: *sic. “a minha sorte é que o meu companheiro me ama, dá-me o carinho necessário e atura-me nas horas más, não me deixa cair em depressão mesmo quando eu acho que já não aguento mais (...)”* (suj.65).

Uma outra dimensão analisada, no que diz respeito à percepção de suporte social, é do “Apoio Material”. Esta dimensão remete-nos para a percepção que os sujeitos têm de que existe alguém na sua rede social a quem possam recorrer para o ajudarem a realizar tarefas do dia-a-dia e ou acompanha-lo a consultas e exames médicos, sempre que este necessite por não o conseguir fazer sozinho devido à sua debilidade física (Fachado et al., 2007). Neste trabalho a pontuação média nesta dimensão é de 77,86 pontos representando assim a dimensão com o valor médio mais elevado na análise de percepção de suporte social. Este resultado permite-nos inferir que as mulheres da nossa amostra percebem ter uma boa rede de suporte social, na qual existem pessoas que as possam auxiliar nas tarefas básicas do dia-a-dia, principalmente nos momentos em que estas, por limitações físicas associadas à própria doença, não consigam desenvolver essas mesmas tarefas. Esta dimensão, da percepção de suporte social, é a única que não se correlaciona com o ISP, o que nos leva a inferir, tal como referem alguns autores, que o surgimento e ou a manutenção da sintomatologia psicopatológica, nesta amostra, apresenta uma maior associação com aspetos emocionais e afetivos do que com os aspetos instrumentais associados ao cuidado (Shoebbotham & Coulson, 2016).

Alguns estudos sugerem que a percepção de suporte social, para além de poder funcionar como um fator protetor ao surgimento de sintomatologia psicopatológica, pode influenciar a percepção da boa ou má qualidade de vida das portadoras de endometriose (Fachado et al., 2007; Menendez et al., 2003). Um outro dado relevante, no que diz respeito à percepção de suporte social, prende-se com o fato de esta, na maioria dos seus domínios aqui estudados, apresentar correlações negativas e significativamente estatísticas com a maioria das dimensões do EHP-30 central. Estas correlações levam-nos a inferir que a percepção de bom suporte social pode influenciar de forma positiva a qualidade de vida das mulheres de endometriose, do nosso estudo.

Na percepção de suporte social do domínio “Apoio material” é o único que não apresenta correlações com algumas das dimensões do EHP-30 central. Deste modo, este domínio não apresenta correlações estatísticas com as dimensões da “Dor”, “Autoimagem” e “Bem-estar Emocional” do EHP-30 central. A não existência de correlação, neste caso, pode estar relacionada com os constructos que se encontram em análise em cada dimensão. No caso da dimensão “Dor” esta remete-nos para a influência da dor física na qualidade de vida, a “Autoimagem” refere-se, em parte, à percepção que as mulheres têm da sua aparência física e o “Bem-estar Emocional” prende-se com os aspetos associados a fatores psicológicos de tristeza, choro e alterações de humor (Nogueira-Silva et al., 2015). Por seu lado, o domínio do “Apoio material” faz referência à percepção que as mulheres têm de auxílio por parte de terceiros para determinadas tarefas (Fachado et al., 2007). Esse auxílio é percebido como necessário quando as mulheres se encontram numa situação de incapacidade para a realização de atividades do dia-a-dia o que nos remete para aspetos mais instrumentais (Mengarda et al., 2008; Minson et al., 2012), deste modo, a dimensão “Bem-estar Emocional” ao se encontrar na linha da sintomatologia psicopatológica pode justificar a não correlação encontrada com o

domínio de “Apoio Material”, pois o mesmo ocorreu aquando da correlação deste domínio com o ISP. No que diz respeito à “Autoimagem” esta dimensão encontra-se associada a aspetos mais emocionais e afetivos do que com os aspetos instrumentais como é o caso do apoio material. A dimensão da “Dor” pode ser associada a reduções e ou incapacidade de desenvolver atividades do dia-a-dia (Mengarda et al., 2008; Minson et al., 2012; Porto et al., 2015), mas tal como já foi referido, o impacto desta dimensão na qualidade de vida apresenta, também, um cariz mais próximo do emocional do que do instrumental. Estes dados levam-nos a inferir que o domínio “Apoio Material” talvez por ser o que aparentemente se distancia mais dos aspetos emocionais seja o que menos se correlaciona com a perceção de qualidade de vida avaliada por o EHP-30. Por outro lado, as dimensões de “Suporte Social” e “Controlo e Impotência” do EHP-30 central correlacionam-se negativa e significativamente com o domínio em discussão. Estes resultados podem estar a ocorrer, por um lado e no que diz respeito ao suporte social, por as participantes apresentarem uma baixa perceção no que diz respeito à compreensão da sua patologia e dos sintomas associados por parte de algumas pessoas da rede social (Denny, 2009), tal como já foi referido e, por outro, por apesar de sentirem essa incompreensão relatarem apoio relacionado com situações e atividades da vida diária. No que diz respeito ao controlo e impotência, as participantes percecionam dificuldade e sensação de impotência em controlar alguns dos seus sintomas levando-as, por tal, a recear o futuro e as consequências físicas da doença. Porém referem também a existência de uma rede de suporte funcional para o desenvolver de atividades do dia-a-dia: *sic. “(...) tendo uma família há que estar sempre ou quase sempre bem por eles porque também me ajudam muito, mesmo quando não compreendem o que eu estou a passar, sei que posso contar com a ajuda deles”* (suj.20).

Os restantes domínio do MOS-SSS encontram-se correlacionados negativa e significativamente com todas as dimensões do EHP-30 central, o que nos leva a inferir que uma boa perceção de suporte social pode estar associado, na nossa amostra, a uma melhor qualidade de vida, uma vez que nestas escalas as pontuações obtidas são analisadas de forma inversa uma em relação à outra visto que pontuações elevadas no MOS-SSS dão indicação de boa perceção de suporte social, pontuações elevadas no EHP-30 dão-nos indicação de má qualidade de vida (Fachado et al., 2007; Nogueira-Silva et al., 2015).

Estes resultados sugerem que nas portadoras de endometriose que referem uma melhor perceção no que diz respeito a sentirem-se amadas, a ter afetos de pessoas significativas com quem possam realizar atividades de lazer, bem como conversar e receber conselhos e informações, esta perceção pode potenciar a sua qualidade de vida, sendo o mesmo referido por alguns autores quando estes indicam que a perceção de qualidade de vida das mulheres com endometriose não se encontra determinada apenas pela gravidade da doença, pelo tempo de manifestação e intensidade dos sintomas biológicos e pela intensidade e frequência da dor, mas, também, por outras variáveis psicológicas e sociais (Barcelos et al., 2010; Dubernard et al., 2006; Gao et al., 2006; Keefe et al., 2004; Marques et al., 2004; Mengarda et al., 2008), nas quais se inserem os domínios da perceção de suporte social (Fachado et al., 2007).

Os resultados até agora discutidos levam-nos a considerar que, tal como referido por alguns autores, a endometriose parece apresentar um impacto bio-psico-social considerado intrigante, enigmático e elevado, tanto ao nível individual, das suas portadoras, como de saúde pública (Navarro & Barcelos, 2006). Para estudar a ligação entre as variáveis a estudo e o modelo biopsicossocial realizou-se uma análise de *cluster*, na qual se obteve um dendograma.

A análise do referido dendograma sugere que os nossos resultados confirmam o modelo biopsicossocial. Efetivamente existe um *cluster* de domínio psicológico que reúne todas as dimensões do BSI (sintomas psicopatológicos), bem como variáveis biológicas (domínio biológico) que teoricamente se relacionam com a endometriose como é o caso da localização dos focos de endometriose, o número de sintomas físicos da patologia, o tempo estimado de doença e duas variáveis sociodemográficas que são o estado civil e as habilitações literárias. Estas variáveis biológicas e sociodemográficas aqui referidas, tal como podemos observar ao longo deste trabalho, demonstraram poder correlacionar-se com determinados sintomas psicopatológicos o que pode ser explicativo deste forte *cluster* aqui enunciado.

Este primeiro e coeso *cluster*, por outro lado, parece relacionar-se, com um outro *cluster* que é composto por uma variável sociodemográfica a “idade” e as algumas variáveis de um subdomínio psicossocial como é o caso da qualidade de vida, aqui retratadas por algumas dimensões do EHP-30 modular: “Relação com Filhos”, “Relação com o médico”, “Vida no Trabalho” e “Relações Sexuais”. Este duplo cacho parece-nos relacionar-se com as restantes dimensões da qualidade de vida do EHP-30. Esta relação entre a variável sociodemográfica e as dimensões do EHP-30 foi também analisada ao longo do trabalho e verificamos que a variável “idade” pode ser uma variável confundente quando se trata de analisar os resultados da qualidade de vida.

Finalmente, com uma ligação média mais fraca, liga-se ao anterior ramo o *cluster* da “perceção de suporte social” - domínio social: apoio afetivo, interação social positiva, apoio emocional e apoio material. De realçar que o apoio material mantém dentro do *cluster* “perceção de suporte social” uma maior distancia das outras três dimensões deste *cluster*. O mesmo se pode observar nos resultados que obtivemos aquando dos testes de correlações entre a perceção de suporte social a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida. Nestas análises verificamos que há exceção do domínio de “apoio material” os restantes domínios correlacionaram-se significativamente com o ISP e as dimensões do EHP-30 geral.

Esta análise de *cluster*, para além de poder funcionar como uma síntese aos resultados obtidos, remete-nos ainda para a possibilidade de inferirmos que o modelo biopsicossocial, tal como descrito por alguns autores como sendo um modelo que entende o sujeito como um todo (Borrell-Carrió et al., 2004), se apresenta aqui como um modelo bastante promissor para os estudos futuros com portadoras de endometriose.

Neste sentido tomamos a liberdade de propormos alguns estudos com portadoras de endometriose no qual fosse possível analisar o impacto da sintomatologia psicopatológica e da qualidade de vida tendo em conta: (1) a influência dos aspetos culturais; (2) a influência do tratamento, com estudos longitudinais, desde a data do diagnóstico: (3) a influência acompanhamento psicopatológico individual e ou grupal, entre outros.

Estas nossas propostas surgem com o repensar do nosso estudo e das “barreiras” e questões com que nos fomos deparando ao longo do mesmo. Por tal gostaríamos aqui de deixar nota de algumas das limitações que consideramos como sendo mais salientes neste trabalho. Na nossa opinião a maior limitação prende-se com a generalização. Estes resultados são válidos para a população que escolhemos estudar, mas podem não refletir o que se passa com as restantes mulheres portuguesas que são portadoras de endometriose. A nossa população foi definida como mulheres que pertencem a um grupo fechado do facebook “Grupo Exclusivo para Portadoras de Endometriose - Gestão da MulherEndo” que é constituído unicamente por mulheres com endometriose. A escolha deriva de aspetos puramente pragmáticos como a acessibilidade às participantes, até porque não há uma base de dados de portadoras de endometriose centralizada (pelo menos que tenhamos conhecimento) pelo que definir a população como mulheres portuguesas com endometriose seria impossível. Assim, a população estudada: (1) é constituída apenas por portadoras de endometriose e na sua grande maioria com sintomas físicos, o que nos levou a não poder fazer comparações com grupos de mulheres portadoras de endometriose assintomáticas e com mulheres sem patologia; (2) as nossas participantes fazem parte de um “grupo de apoio virtual” informal e este fator pode ter contribuído para os resultados aqui apresentados, uma vez que a literatura refere que fazer parte de um grupo de apoio pode funcionar como fator protetor para o surgimento de sintomatologia psicopatológica, por um lado, por outro lado pode desencadear um aumento da perceção de suporte social. Por estes motivos recomendamos cautela na generalização destes resultados a outros grupos populacionais de mulheres portuguesas com endometriose. Por outro lado acreditamos que estas limitações, por si só, apresentam-nos bons motivos de futuros estudos.

Contudo e apesar destas limitações pensamos estar em condições de elaborar um “**retrato robot**” ainda que preliminar da portadora de endometriose pertencente ao grupo referido.

Neste sentido a portadora de endometriose (desta amostra) é caracterizada como sendo uma mulher caucasiana com cerca de 30 anos, casada e ou em união de facto, frequência de ensino superior, com dificuldades em engravidar ou voltar a engravidar, relata um conjunto de sinais e sintomas físicos com elevada intensidade e frequência dos quais se destacam: dor pélvica, dismenorreia, dispareunia, astenia ou fadiga bem como alterações urinarias e intestinais na fase pré e ou menstrual relatadas por esta como sendo uma vivência agonizante, apresenta um quadro de vulnerabilidade emocional e ou psicológica, muitas vezes devido á descredibilização e incompreensão do seu sofrimento. Nos últimos anos consultou vários médicos devido aos seus

sintomas e teme que a sua doença coloque em causa a sua feminilidade bem como as suas relações afetivas, familiares, sociais e laborais

Bibliografia

- Abreu, J. L. P. (2002). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Gulbenkian.
- Acosta, A. A., Veasy, C. B., Besch, P. K., Malinak, L. R., Franklin, R. R., & Vanderheyden, J. D. (1973). A proposed classification of pelvic endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, 42(1), 19-25.
- Afonso, J. (1976). Teresa Torga. On *Com as minhas tamanquinas*. Orfeu.
- Akbulut, M., Gündoğan, M., & Yörükoğlu, A. (2014). Clinical and pathological features of lipoleiomyoma of the uterine corpus: a review of 76 cases. *Balkan medical journal*, 31(3), 224-229.
- Alexander, N., Osinsky, R., Schmitz, A., Mueller, E., Kuepper, Y., & Hennig, J. (2010). The BDNF Val66Met polymorphism affects HPA-axis reactivity to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 949-953.
- Almeida, M. A. B., & Gutierrez, G. L. (2010). Qualidade de Vida: discussões contemporâneas. In R. Vilarta, G. L. Gutierrez & M. I. Monteiro (Eds.), *Qualidade de Vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces; com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP.
- Amaral, V. F., Lago, E. A., Kondo, W., Guarita-Souza, L. C., & Francisco, J. C. (2009). Desenvolvimento de modelo experimental de endometriose em ratas. *Rev. Col. Bras. Cir.*, 36(3), 250-255.
- Antunes, M., & Martinho, M. (2015). The role of imaging in the diagnosis of deep endometriosis. *Acta Obstet Ginecol Port* 9(2), 158-169.
- APA, A. P. A. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aragão, M., Mascarenhas, T., Costa, J., Corrêa, R., & Brito, L. (2016). Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(2), 85-89.
- ASRM, A. S. R. M. (2012). Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(3), 591-598.
- Banzato, C. E. M. (2000). Sobre a distinção entre “critério” e “sintoma” na nosologia psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(3), 9-17.
- Barbosa, P. Z., & Coutinho, M. L. R. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clinica, Rio de Janeiro*, 9(1), 163-185.
- Barbosa, S. R. C. S. (1998). Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In S. R. d. C. S. Barbosa (Ed.), *A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM* (pp. 401-423). Campinas: UNICAMP.
- Barcelos, P., Conde, D., Deus, J., & Martinez, E. (2010). Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 32(5), 247-253.
- Barofsky, I. (2011). *Quality: Its Definition and Measurement As Applied to the Medically Ill*: Springer New York.
- Barondess, J. A. (1979). Disease and illness - A crucial distinction. *The American Journal of Medicine*, 66(3), 375-376.
- Batt, R. (2011). *A history of endometriosis*: Springer Science & Business Media.
- Baum, A., Revenson, T., & Singer, J. (2012). *Handbook of health psychology* (2ª ed.). New York: Taylor & Francis.
- Beck, R. T., Torejane, D., & Ghiggi, R. F. (2006). Endometriose - Aspectos Correlatos. *Femina*, 34(10), 673-680.
- Bellelis, P., Jr, J. A. D., Podgaec, S., Gonzales, M., Baracat, E. C., & Abrão, M. S. (2010). Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(4), 467-471.
- Berlinck, M. T. (1997). O que é psicopatologia fundamental. *Psicologia: ciência e profissão*, 17(2), 13-20.

- Berlinck, M. T. (1999). Catástrofe e representação. Notas para uma teoria geral da psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 9-34.
- Boehs, A., Monticelli, M., Wosny, A., Heidemann, I., & Grisotti, M. (2007). A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm*, 16(2), 307-314.
- Bonomi, T. A., & Neto, F. L. (2010). Psicopatologia nas histórias em quadrinhos e cartoons. *Rev Psiq Clin*, 37(6), 291-295.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Bosco, M. (2011). *Estudio comparativo del metabolismo del carbono en autótrofos y heterótrofos. caracterización de enzimas de diatomeas y sus relaciones evolutivas con otros organismos*. Doctor em Ciências Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice* 88(68-83).
- Braundmeier, A. G., Lenz, K. M., & Fazleabas, A. T. (2016). What does diagnosis of endometriosis mean? The patient's perspective. *JFIV Reprod Med Genet*, 4(2), 1-6.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia (Ed.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buttram Jr, V. C. (1978). An expanded classification of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 30(2), 240-242.
- Cabral, Á., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia* (14ª ed.). São Paulo: Editora Cultrix.
- Cabrita, S., Mota, F., Gil, M., Torgal, I., & Oliveira, C. (2004). Endometriose: revisão temática. *Revista de Obstetricia e Ginecologia*, 27(9), 615-627.
- Caetano, D. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul.
- Câmara, F. P. (2007). A construção do diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 677-684.
- Campbell, A., Conserve, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos-BSI In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 3). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, É. P. S., Anselmo, N. M., Miguel, K. J., & Silva, A. B. C. (2011). Endometriose em diferentes faixas etárias: perspectivas atuais no diagnóstico e tratamento da doença. *Ciência et Praxis*, 4(8), 53-58.
- Cavaggioni, G., Lia, C., Resta, S., Antonielli, T., Panici, P., Megiorni, F., & Porpora, M. (2014). Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. *BioMed research international*, 1-5.
- Ceccarelli, P. R. (2003). A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 13-25.
- Ceccarelli, P. R. (2005). O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*, 10(3), 471-477.
- Cesar, C. L. G., Laurenti, R., Buchala, C. M., Figueiredo, G. M., Carvalho, W. O., & Caratin, C. (2001). Using the International Classification of Diseases in health surveys. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4(2), 120-129.
- Chapron, C., Fauconnier, A., Dubuisson, J. B., Barakat, H., Vieira, M., & Bréart, G. (2003). Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Human Reproduction*, 18(4), 760-766.
- Chapron, C., Santulli, P., & Cabri, P. (2015). The pain and daily consequences of living with endometriosis: a qualitative online survey of women in China, France and Russia. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 7(3), 89-94.
- Chen, L. C., Hsu, J. W., Huang, K. L., Bai, Y. M., PingSu, T., TaLi, C., . . . Chen, M. H. (2015). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with

- endometriosis: A longitudinal follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 282-285.
- Coelho, A. T. (2002). *Dicionário Actual da Língua Portuguesa* (1ª ed.). Rio Tinto: ASA Editores.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 80, 117-143.
- Costa, G. D. (2012). *Correlação entre os níveis de BDNF e melatonina na endometriose*. Mestrado em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cowansage, K., LeDoux, J., & Monfils, M. (2010). Brain-derived neurotrophic factor: a dynamic gatekeeper of neural plasticity. *Current molecular pharmacology*, 3(1), 12-29.
- D'Hooghe, T., & Hummelshoj, L. (2006). Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal. *Human Reproduction*, 21(11), 2743-2748.
- Dalgalarrondo, P. (2009). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- De Cicco, C., Corona, R., Schonman, R., Mailova, K., Ussia, A., & Koninckx, P. R. (2011). Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(3), 285-291.
- Deal, L. S., Williams, V. S. L., DiBenedetti, D. B., & Fehnel, S. E. (2010). Development and psychometric evaluation of the Endometriosis Treatment Satisfaction Questionnaire. *Qual Life Res*, 19, 899-905.
- Denny, E. (2009). "I Never Know From One Day to Another How I Will Feel": Pain and Uncertainty in Women With Endometriosis. *Qualitative Health Research*, 19(7), 985-995. doi: 10.1177/1049732309338725
- DGS. (2014). *Portugal – Saúde Mental em Números* (2ª ed.). Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Donatella, C., Giulia, B., Eleonora, R., Eleonora, M., & Flaviano, M. (2013). Impact of Endometriosis on Work Productivity and Quality of Life: a Survey from Italy. *International Journal of Management Sciences and Business Research*, 2(4), 43-49.
- Dubernard, G., Piketty, M., Rouzier, R., Houry, S., Bazot, M., & Darai, E. (2006). Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Human Reproduction*, 21(5), 1243-1247.
- Dunselman, G. A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., . . . Nap, A. (2014). ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human Reproduction*, 29(3), 400-412.
- Edelman, A. B., Gallo, M. F., Jensen, J. T., Nichols, M. D., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2005). Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3.
- Einstein, A. (1935). *The world as I see it* (A. Harris, Trans.). San Diego: The Book Tree.
- Eriksen, H. L. F., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J. A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139, 100-105.
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 135-141.
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Versão Portuguesa do questionário medical outcomes study social support survey (mos-sss). *Acta Med Port* 20(525-533).
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22030502.x
- Fédida, P. (1998). De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(3), 107-121.
- Filho, N. A. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. bras. epidemiol*, 3(1/3), 4-20.
- Filho, N. A., & Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 879-889.
- Flores, R. C., Lara, E. B., Corral, L. C. Q., Chaib, R. A. I., Pérez, L. O. d. l. O., Díaz, O. A. G., & Flores, R. C. (2015). Quality of life in women with endometriosis pelvic pain treated with the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 167-172.

- Florido, J., Pérez-Lucas, R., & Navarrete, L. (2008). Sexual behavior and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139(2), 233-236.
- Fourquet, J., Sinaii, N., Stratton, P., Khayel, F., Alvarez-Garriga, C., Bayona, M., . . . Flores, I. (2015). Characteristics of women with endometriosis from the USA and Puerto Rico. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 7(4), 129-135.
- Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., . . . Böttcher, B. (2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Archives of gynecology and obstetrics*, 292(6), 1393-1399.
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., . . . Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392-396.
- Gao, X., Yeh, Y., Outley, J., Simon, J., Botteman, M., & Spalding, J. (2006). Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Current medical research and opinion*, 22(9), 1787-1797.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.
- Gillespie, C. F., & Nemeroff, C. B. (2005). Hypercortisolemia and depression. *Psychosomatic medicine*, 67, 26-28.
- Giudice, L. C., & Kao, L. C. (2004). Endometriosis. *Lancet*, 364, 1789-1799.
- Graaff, A. A., Dirksen, C. D., Simoens, S., Bie, B., Hummelshoj, L., D'Hooghe, T. M., & Dunselman, G. J. (2015). Quality of life outcomes in women with endometriosis are highly influenced by recruitment strategies. *Human Reproduction*, 0(0), 1-11.
- Graeff, F. (2007). Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Supl I), 3-6.
- Guercia, H. H., & Gouvinhas, M. P. (2015). Endometriose: uma doença inflamatória? *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 12(28), 105.
- Guerra, A., Setubal, A., Osorio, F., Faustino, F., Vilarinho, D., Mascarenhas, V., . . . Marques, H. M. R. (2013). *Multidisciplinary approach of endometriosis: do's and dont's*.
- Guerra, G. M., Monteiro, E. P., Souza, H. F., Fonseca, M. M., Horta, S. C., & Formiga, G. S. (2004). Endometriose de reto - relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 24(4).
- Harrison, R., & Barry-Kinsella, C. (2000). Efficacy of medroxyprogesterone treatment in infertile women with endometriosis: a prospective, randomized, placebo-controlled study. *Fertility and Sterility*, 74(1), 24-30.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1995). *User's manual for the Medical Outcomes Study (MOS) core measures of health-related quality of life*. Santa Monica: RAND.
- Herman, J., Cullinan, W., Ziegler, D., & Tasker, J. (2002). Role of the paraventricular nucleus microenvironment in stress integration. *European Journal of Neuroscience*, 16(3), 381-385.
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., . . . Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, 27(12), 3412-3416.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Abordagem Cognitivo-comportamental do transtorno de pânico. *Rev Bras Psiquiatr* 30(Supl II), 96-101.
- Jenkinson, C., Kennedy, S., & Jones, G. (2008). Evaluation of the American version of the 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30). *Quality of Life Research*, 17(9), 1147-1152.
- Jia, S. Z., Leng, J. H., Shi, J. H., Sun, P. R., & Lang, J. H. (2012). Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of ovarian research*, 5(1), 1.
- Jia, S. Z., Leng, J. H., Sun, P. R., & Lang, J. H. (2012). Translation and psychometric evaluation of the simplified Chinese-version Endometriosis Health Profile-30. *Human Reproduction*, 0(0), 1-7.
- Joaquim, R. M., Valle, T. G., & Nascimento, F. F. (2010). Uma "sinapse" científica: a neurociência encontra a psicologia. *Conexão*, 1, 24-31.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). Evaluating the responsiveness of the endometriosis health profile questionnaire: The EHP-30. *Quality of Life Research*, 13, 705-713.
- Jones, G., Jenkinson, C., Taylor, N., Mills, A., & Kennedy, S. (2006). Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and

- scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Human Reproduction*, 21(10), 2686-2693.
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., & Jenkinson, C. (2001). Development of an Endometriosis Quality-of-Life Instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), 258-264.
- Junior, O. D. S., Leal, E. M., Louzada, R. C. R., & Filho, J. F. S. (2007). A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 207-222.
- Juruena, M. F. (2013). Depressões: diagnóstico e tratamento. *rev. bras. med*, 70(5), 1-7.
- Juruena, M. F., & Cleare, A. J. (2007). Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica Overlap between atypical depression, seasonal affective disorder and chronic fatigue syndrome. *Rev Bras Psiquiatr*, 29(Supl I), S19-26.
- Juruena, M. F., Clearea, A. J., & Pariantea, C. M. (2004). O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão *Rev Bras Psiquiatr*, 26(3), 189-201.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000). *Principles of neural science* (4ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Keefe, F., Rumble, M., Scipio, C., Giordano, L., & Perri, L. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., . . . Prentice, A. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20(10), 2698-2704.
- Khong, S. Y., Lam, A., & Luscombe, G. (2010). Is the 30-item Endometriosis Health Profile (EHP-30) suitable as a self-report health status instrument for clinical trials? *Fertility and Sterility*, 94(5), 1928-1932.
- Kim, S. K., Park, J. Y., Jee, B. C., Suh, C. S., & Kim, S. H. (2014). Association of the neutrophil-to-lymphocyte ratio and CA 125 with the endometriosis score. *Clinical and experimental reproductive medicine*, 41(4), 151-157.
- Kimpton, J. (2012). The brain derived neurotrophic factor and influences of stress in depression. *Psychiatr Danub*, 24(1), 169-171.
- King, C. M., Barbara, C., Prentice, A., Brenton, J. D., & Charnock-Jones, D. S. (2016). Models of endometriosis and their utility in studying progression to ovarian clear cell carcinoma. *Journal of Pathology*, 238, 185-196.
- Kössi, J., Setälä, M., Mäkinen, J., Härkki, P., & Luostarinen, M. (2013). Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic resectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Disease*, 15(1), 102-108.
- Lacerte, M., & Shah, R. (2003). Pain concepts, assessment, and medicolegal issues. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84, S35-S38.
- Laganà, A., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M., Bruno, A., Zoccali, R., . . . Cedro, C. (2015). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 194, 30-33.
- Langdon, E. J. (2003). *Cultura e processos de saúde e doença*. Paper presented at the 1º Seminário sobre cultura, saúde e doença, Londrina.
- Lisboa, A. V., & Carneiro, T. F. (2015). Acontecimentos significativos na história geracional e sua relação com somatizações na família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 65-72.
- Lispector, C. (1984). *A Descoberta do Mundo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88-92.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L., & Petta, C. A. (2007). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras*, 53(5), 433-438.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Pinto, C. L., & Petta, C. A. (2002). Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 217-221.
- Lövkvist, L., Boström, P., Edlund, M., & Olovsson, M. (2016). Age-Related Differences in Quality of Life in Swedish Women with Endometriosis. *Journal of Women's Health*, 0(0), 1-8.

- Low, W. Y., Edelman, R., & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of psychosomatic research*, 37(2), 111-116.
- Lu, P. Y., & Ory, S. J. (1995). *Endometriosis: current management*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.
- Lundy-Ekman, L. (2011). *Neurociência fundamentos para reabilitação* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Brasil.
- Madariaga, I., & Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada com salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.
- Manderson, L., Warren, N., & Markovic, M. (2008). Circuit breaking: Pathways of treatment seeking for women with endometriosis in Australia. *Qualitative Health Research*, 18(4), 522-534. doi: 10.1177/1049732308315432
- Manfro, G. G., Heldt, E. S., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Revista brasileira de psiquiatria*, 30(2), 81-87.
- Marques, A., Bahamondes, L., Aldrighi, J., & Petta, C. (2004). Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *The Journal of reproductive medicine*, 49(2), 115-120.
- Mast, B. T., & Vedrody, S. (2006). Poststroke depression: a biopsychosocial approach. *Current psychiatry reports*, 8(1), 25-33.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual review of psychology*, 45, 25-50.
- Matsuo, K., Moeini, A., Cahoon, S., Machida, H., Ciccone, M., Grubbs, B., & Muderspach, L. (2016). Weight change pattern and survival outcome of women with endometrial cancer. *Annals of surgical oncology*, 1-10.
- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 57-72.
- Mattos, A. (2009). *Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo pró-saúde*. Mestrado, ENSP, Rio de Janeiro.
- Mello, A. F., Juruena, M. F., Pariente, C. M., Tryka, A. R., Price, L. H., Carpenter, L. L., & Del Porto, J. A. (2007). Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29.
- Mendes, N., & Figueiredo, B. (2012). Psychological approach to endometriosis: women's pain experience and quality of life improvement. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 36-48.
- Mendes, S., Cunha, M., Xavier, A., Couto, M., & Galhardo, A. (2015). Validação do Youth Quality of Life Instrument (YQOL-R) para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 58-68.
- Menendez, V., Montes, M., Gamarra, M., Martinez, L., Fachado, A., & Bujan, G. (2003). Influence of social support on patients with essential hypertension *Atencion Primaria*, 31(8), 506-513.
- Mengarda, C. V., Passos, E. P., Picon, P., Costa, A. F., & Picon, P. D. (2008). Validation of Brazilian Portuguese version of quality of life questionnaire for women with endometriosis (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(8), 384-392.
- Miettinen, O. S. (1987). Quality of life from the epidemiologic perspective. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 641-643.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva*, 5(1), 7-18.
- Minichiello, L., Calella, A., Medina, D., Bonhoeffer, T., Klein, R., & Korte, M. (2002). Mechanism of TrkB-mediated hippocampal long-term potentiation. *Neuron*, 36(1), 121-137.
- Minson, F. P., Abrão, M. S., Júnior, J. S., Kraychete, D. C., Podgaec, S., & Assis, F. D. (2012). Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 34(1), 11-15.
- Moreira, A. L. (2015). Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 394-396.
- Mounsey, A. L., Wilgus, A., & Slawson, D. C. (2006). Diagnosis and Management of Endometriosis. *American Family Physician*, 74(4), 594-603.
- Mukhopadhyay, S., & Morris, E. (2009). Dyspareunia in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 19(8), 215-220.

- MulherEndo. (2013). Mulherendo.pt Retrieved 19/06/2016, 2016
- Nácul, A. P., & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 32(6), 298-307.
- Naert, G., Maurice, T., Arancibia, L., & Givalois, L. (2007). Neuroactive steroids modulate HPA axis activity and cerebral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) protein levels in adult male rats. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8), 1062-1078.
- Navarro, P. A. A. S., & Barcelos, I. D. S. (2006). Treatment of endometriosis. *Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia*, 28(10), 612-623.
- Neme, R. M. (2005). *Avaliação do perfil epidemiológico e clínico de portadoras de endometriose pélvica e identificação dos principais fatores de risco relacionados à doença obtidos através de questionário interativo*. Doutor em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nnoaham, K. E., Hummelshojc, L., Webster, P., d'Hooghe, T., Nardone, F. d. C., Nardone, C. d. C., . . . Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*, 96(2), 366-373.
- Nnoaham, K. E., Sivananthan, S., Hummelshoj, L., Jenkinson, C., Webster, P., Kennedy, S. H., & Zondervan, K. T. (2009). Multi-centre studies of the global impact of endometriosis and the predictive value of associated symptoms. *Journal of endometriosis*, 1(1), 36.
- Nobre, M. R. C. (1995). Qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol*, 64(4), 299-300.
- Nogueira-Silva, C., Costa, P., Martins, C., Barata, S., Alho, C., Calhaz-Jorge, C., & Osório, F. (2015). Validação da Versão Portuguesa do Questionário EHP-30 (The Endometriosis Health Profile-30). *Acta Med Port*, 28(3), 347-356.
- O'Callaghan, D. (2006). Endometriosis: An update. *Reprinted from Australian Family Physician*, 35(11), 864-867.
- Oliveira, L. M. (2006). *Ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica*. Mestre em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Oliveira, M. A. C., & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 9-15.
- Organization, W. H. (2002). Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Lisboa: Direcção-Geral da Saúde*.
- Pelsma, J. R. (1937). *Essentials of debate*. Syracuse: Thomas Y. Crowell Company.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS - análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pereira, M. C. (1998). Formulando uma psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 60-76.
- Pereira, M. C. (2010). Cullen e a introdução do termo "neurose" na medicina. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 13(1), 128-134.
- Peres, M. B., & Holanda, A. F. (2003). A noção de angústia na prática clínica: aproximações entre o pensamento de Kierkegaard e a Gestalt-terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3, 97-118.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo: em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel.
- Petrelluzzi, K., Garcia, M., Petta, C., Grassi-Kassisse, D., & Spadari-Bratfisch, R. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain: Research Report. *Stress*, 11(5), 390-397.
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J., & Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of psychosomatic research*, 40(3), 305-315.
- Phipps, W., Long, B., Woods, N., & Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Médico - Cirúrgica*. Lisboa: Editora Luso - Didacta.
- Podgaec, S., & Abrão, M. S. (2004). Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Med*, 61(1), 41- 46.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia. teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

- Porto, B. T. C., Ribeiro, H. S. A. A., Galvão, M. A. L., Sekula, V. G., Aldrigui, J. M., & Ribeiro, P. A. A. (2015). Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 37(2), 87-93.
- Quadros, T. M. B., Gordia, A. P., Santos, I. C., Passoni, J., Campos, W., & Júnior, G. B. V. (2008). Qualidade de vida de mulheres fisicamente ativas. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 30(1), 13-17.
- Quartilho, M. J. (2016). *O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento* (1ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Quintela, S. P. A. (2013). *“Desejo medicamente assistido”: Aspectos psicológicos em mulheres com diagnóstico de infertilidade*. Mestre em Psicologia Aplicada especialidade em Psicologia Clínica, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa.
- Redivo, L. B., Werlang, B. S. G., & Müller, M. C. (2008). Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 113-129.
- Redwine, D., Mann, C. H., & Wright, J. T. (2000). Evidence on endometriosis: elitism about randomised controlled trials is inappropriate. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7268), 1077.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de Vida e doença oncológica. In M. d. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Território da Psicologia Oncológica* Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological medicine*, 21(04), 1029-1045.
- Roberts, C. P., & Rock, J. A. (2003). The current staging system for endometriosis: does it help? *Obstet Gynecol Clin N Am*, 30, 115-132.
- Romeiro, L. S., Fraga, C. M., & Barreiro, E. (2003). Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Química Nova*, 26(3), 347-358.
- Rush, J. (1998). Clinical diagnosis of mood disorders. *Clinical Chemistr*, 34, 813-821.
- Santos, D. B., Soares, I. A., Filho, L. A. F., Fernandes, M. D. B., Ritt, N. M. M., Barcelos, R. P., . . . Baroni, S. (2012). *Uma abordagem integrada da Endometriose*. Cruz das Almas - Bahia: Editora UFRB.
- Santos, T. V. M., Pereira, A. G. M., Lopes, R. G. C., & Depes, D. B. (2012). Tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose. *REVISTA EISTEIN*, 10(1), 39-43.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed. Vol. 1). Lisboa: Climepsi Editores.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31(5), 538-542.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588.
- Selak, V., Farquhar, C., Prentice, A., & Singla, A. (2001). Danazol for pelvic pain associated with endometriosis *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Sepulcri, R. P., & Amaral, V. F. (2007). Endometriose pélvica em adolescentes: novas perspectivas. *Femina*, 35(6).
- Sertoz, O., Binbay, I., Koylu, E., Noyan, A., Yıldırım, E., & Mete, H. (2008). The role of BDNF and HPA axis in the neurobiology of burnout syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(6), 1459-1465.
- Setälä, M., Härkki, P., Matomäki, J., Mäkinen, J., & Kössi, J. (2012). Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(6), 692-698.
- Shalev, I., Lerer, E., Israel, S., Uzefovsky, F., Gritsenko, I., Mankuta, D., . . . Kaitz, M. (2009). BDNF Val66Met polymorphism is associated with HPA axis reactivity to psychological stress characterized by genotype and gender interactions. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 382-388.
- Shoebbotham, A., & Coulson, N. S. (2016). Therapeutic affordances of online support group use in women with endometriosis. *Journal of medical Internet research*, 18(5), e109.
- Silva, A. D. R. L. (2012). *Endometriose e infertilidade: o papel do tratamento cirúrgico prévio a ciclos de procriação medicamente assistida*. Mestrado em Medicina, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, C. R. L., Silva, R. C. L., & Viana, D. L. (2005). *Dicionário ilustrado de saúde* (2ª ed.). Yendis: São Caetano do Sul.

- Silveira, C. O., Mendes, S. S. M., Dias, J. A., Ferreira, M. C. F., & Paiva, S. P. C. (2014). Contracepção em mulheres com condições clínicas especiais. Critérios médicos e elegibilidade. *Reprodução & Climatério*, 29(1), 13-20.
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., . . . DeLeire, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 0(0), 1-8.
- Sims, A. (2001). *Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Sousa, T. R., Queiroz, A. P., Baron, R. A., & Sperandio, F. F. (2015). Prevalência dos sintomas da endometriose: Revisão Sistemática. *Rev CES Med* 29(2), 211-226.
- Souza, L. K. (2015). *Interação medicamentosa entre anticoncepcionais orais hormonais combinados e antibióticos*. Biomedicina, Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Spigolon, D. N., Amaral, V. F., & Barra, C. M. C. M. (2012). Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *FEMINA* 40(3), 129-134.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592.
- Stratton, P., & Berkley, K. J. (2011). Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Human reproduction update*, 17(3), 327-346.
- Suivitie, P. A., Hallamaa, M. K., Matomäki, J. M., Mäkinen, J. I., & Perheentupa, A. H. (2015). Prevalence of Pain Symptoms Suggestive of Endometriosis Among Finnish Adolescent Girls (TEENMAPS Study). *Journal of pediatric and adolescent gynecology*.
- Tajar, A., Mahmood, T. A., & Templeton, A. (2009). Prevalence and genesis of endometriosis. *Oxford Journals*, 6(4), 544-549.
- Taylor, R., Hummelshoj, L., Stratton, P., & Vercellini, P. (2012). Pain and endometriosis: etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertility Society Journal*, 17(4), 221-225.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*, 334(13), 835-840.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Health Social Behav.*, 2, 145-159.
- Thoresen, C. E., & Eagleston, J. R. (1985). Counseling for health. *The Counseling Psychologist*, 13(1), 15-87.
- Torre, T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental* (V. Ramos & R. Albuquerque, Trans. 1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Tracey, I., & Mantyh, P. W. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*, 55(3), 377-391.
- Turato, E. (2000). Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Varela, P. (2006). *Ansiosa-mente - chaves para reconhecer e desafiar a ansiedade* (C. Brito, Trans. 1ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Vercellini, P., Crosignani, P. G., Abbiati, A., Somigliana, E., Viganò, P., & Fedele, L. (2009). The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Human reproduction update*.
- Vercellini, P., Fedele, L., Aimi, G., Pietropaolo, G., Consonni, D., & Crosignani, P. G. (2007). Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction*, 22(1), 266-271.
- Vercellini, P., Meana, M., Hummelshoj, L., Somigliana, E., Viganò, P., & Fedele, L. (2011). Priorities for Endometriosis Research A Proposed Focus on Deep Dyspareunia. *Reproductive Sciences*, 18(2), 114-118.
- Vercellini, P., Somigliana, E., Cortinovis, I., Bracco, B., Braud, L., Dridi, D., & Milani, S. (2015). "You can't always get what you want": from doctrine to practicability of study designs for clinical investigation in endometriosis. *Women's Health*, 15(89), 1-9.
- Vidal, P. M. (2005). *Estatística prática para as Ciências da Saúde*. Lisboa: Lidel.
- Viganò, C. (2010). Avaliação e evidência clínica na saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 469-481.
- Vila, A. C. D. (2007). *A endometriose e sua relação com a infertilidade feminina e fatores ambientais*. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

- Vilarta, R., & Gonçalves, A. (2004). Qualidade de Vida - concepções básicas voltadas à saúde. In A. Gonçalves & R. Vilarta (Eds.), *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas* (pp. 27-62). Barueri: Manole.
- Vilarta, R., Gutierrez, G. L., & Monteiro, M. I. (2010). *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI* (1ª ed.). Campinas: IPES.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Vinatier, D., Orazi, G., Cosson, M., & Dufour, P. (2001). Theories of endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 96(1), 21-34.
- Vismari, L., Alves, G. J., & Palermo-Neto, J. (2008). Depressão, antidepressivos e sistema imune: um novo olhar sobre um velho problema. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 196-204.
- Vitonis, A. F., Vincent, K., Rahmioglu, N., Fassbender, A., Louis, G. M., Hummelshoj, L., . . . Becker, C. M. (2014). World Endometriosis Research Foundation Endometriosis Phenome and biobanking harmonization project: II. Clinical and covariate phenotype data collection in endometriosis research. *Fertility and Sterility*, 102(5), 1223-1232.
- Waller, K. G., & Shaw, R. W. (1995). Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertility and Sterility*, 63(4), 796-800.
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization: WHO Geneva.
- WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409.
- Writely-Team, & Google-Inc. (2005). Google Docs. <http://docs.google.com/>: Google Inc.
- Zhang, Q., Guan, Q., Wang, Y., Feng, X., Sun, W., Kong, F., . . . Chen, Z. (2012). BDNF Val66Met polymorphism is associated with Stage III-IV endometriosis and poor in vitro fertilization outcome. *Human Reproduction*, 27(6), 1668-1675.
- Zhang, X. Y., Xiu, M. H., Haile, C. N., Luo, X., Xu, K., Zhang, H. P., . . . Kosten, T. A. (2012). Cognitive and serum BDNF correlates of BDNF Val66Met gene polymorphism in patients with schizophrenia and normal controls. *Human genetics*, 131(7), 1187-1195.
- Zhao, Q., Liang, X., & Han, H. (2014). Cannabinoid receptor 1 controls nerve growth in ectopic cyst in a rat endometriosis model. *Zhonghua bing li xue za zhi Chinese journal of pathology*, 43(12), 827-830.

Anexos

Anexo I

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

As questões que seguidamente são apresentadas fazem parte de um estudo de Doutoramento em Psicologia da Universidade da Beira Interior.

Este estudo tem como objectivo a análise de eventual psicopatologia bem como a qualidade de vida das mulheres com endometriose.

O questionário é anónimo e confidencial e pode desistir de responder ao mesmo a qualquer momento

Agradecemos que respondesse sendo sempre verdadeira e honesta consigo mesma.

Obrigado pela sua atenção.

***Obrigatório**

- 1. Escreva a primeira letra do seu nome e a primeira letra do seu sobrenome, o número do dia de nascimento e a primeira letra do nome da mãe (Ex: CN03L). ***

O objectivo é podermos distinguir as suas respostas se participar em outros passos deste estudo.

.....

- 2. Distrito ***

Indique, por favor, o distrito de residência permanente.

.....

- 3. Estado civil ***

Marcar apenas uma oval.

Solteira

Casada

União de facto

Divorciada

Viúva

Outra:

.....

- 4. 1. Idade ***

.....

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

5. 3. Habilitações literárias *

Completo quantos anos de escolaridade
Marcar apenas uma oval.

- até 4 anos
- 5 - 6 anos
- 7 - 9 anos
- 10 - 12 anos
- Bacharelato/ Licenciatura
- Mestrado /pós-graduação
- Doutoramento

A minha endometriose

Nesta parte faremos algumas questões relacionadas com a sua endometriose.

6. 1. Há quanto tempo tem endometriose? *

Por favor, responda em anos

.....

7. 2. Há quanto tempo foi diagnosticada como sendo portadora de endometriose? *

Por favor, responda em anos

.....

8. 3. Quais os principais sintomas da sua endometriose *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Dor pélvica
- Dismenorreia (cólica menstrual)
- Dispareunia (dor intensa na relação sexual)
- Dor ovulatória
- Disquesia (dificuldade em evacuar)
- Outros problemas intestinais (durante a fase menstrual e pré-menstrual)
- Problemas urinários (durante a fase menstrual e pré-menstrual)
- Fadiga e ou Astenia
- Infertilidade

9. 4. Como é que o seu médico classificou a sua endometriose? *

Marcar apenas uma oval.

- Endometriose Mínima (Grau I)
- Endometriose Ligeira (Grau II)
- Endometriose Moderada (Grau III)
- Endometriose Grave (Grau IV)

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4JUQnlxwdmibBG8AfYsVIIIS87YcixbctypOo/edit>

2/15

10. 5. Onde se localiza a sua endometriose? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Ovários
- Peritónio
- Tubas Uterinas (trompas de Falópio)
- Útero-sacros
- Região retro-cervical
- Septo reto-vaginal
- Bexiga
- Ureteres
- Rim
- Apêndice
- Diafragma
- Pulmões
- Cérebro
- Nervos
- Septo Nasal
- Outra:

A minha endometriose - tratamento

11. 1. Já realizou (NO PASSADO) algum tipo de tratamento farmacológico para a endometriose? *

Se não realizou nenhum tratamento responda Não e passe para a questão nº 2
Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12. 1.1. Se respondeu SIM na pergunta anterior. Que tratamento realizou?

Indique o nome dos medicamentos.

.....
.....
.....
.....
.....

13. 2. Encontra-se ACTUALMENTE a realizar algum tipo de tratamento farmacológico para a endometriose? *

Se não está a fazer tratamento farmacológico actualmente responda Não e passe para a questão nº 3

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

14. 2.1 Se **ACTUALMENTE** se encontra em tratamento farmacológico indique qual.
Indique por favor o nome da medicação que está a fazer.

.....

15. 3. Já foi submetida a intervenção cirúrgica para tratamento da endometriose? *
Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não Após a última pergunta desta secção, passe para a pergunta 19.

16. 3.1. Se respondeu que SIM na pergunta anterior. Que tipo de intervenção cirúrgica realizou?

Marcar apenas uma oval.

Laparoscopia
 Laparotomia
 Histerectomia
 Outra:

17. 3.2. Quantas vezes já foi submetida a intervenções cirúrgicas para tratamento da Endometriose?

Indique o número de cirurgias realizadas para tratamento da endometriose.

.....

18. 3.3. Qual a data da última intervenção cirúrgica que realizou

Basta que indique o mês e o ano

.....

Endometriose e infertilidade

Nesta parte abordamos o tema da Endometriose e a sua relação coma a infertilidade

19. 1. Sofre de infertilidade? *

Marcar apenas uma oval.

Sim
 Não Passe para a pergunta 23.

20. 1. Sendo por base a infertilidade *

Marcar apenas uma oval.

Já fez tratamentos?
 Encontra-se a realizar tratamentos?
 Nunca fez tratamentos

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

21. **2. Que tipo de tratamentos já realizou ou está a realizar para o problema da infertilidade?**

.....
.....
.....
.....
.....

22. **3. O seu acompanhamento para a infertilidade ocorre em que contexto? ***

Indique se o seu acompanhamento ocorre em contexto de hospital público ou privado?
Marcar apenas uma oval.

- Público
 Privado

Acompanhamento Médico e Psicológico

Nesta parte abordamos a sua experiência no que diz respeito ao acompanhamento médico e psicológico.

23. **1. Encontra-se a ser acompanhada medicamente para tratamento da endometriose em que contexto? ***

Indique por favor se o seu acompanhamento médico decorre em contexto de Hospital/clinica público ou privado.
Marcar apenas uma oval.

- Público
 Privado

24. **2. Encontra-se satisfeita com o acompanhamento médico que tem recebido? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

25. **3. O que a levou a escolher o médico(a) que a está a acompanhar no seu tratamento da endometriose? ***

Marcar apenas uma oval.

- Não tive escolha.
 Por recomendação de amigos e ou familiares
 Por pesquisa que realizei sobre o especialista mais indicado
 Por ser o médico(a) que sempre me acompanhou
 Outra:

26. **4. Já foi acompanhada por algum serviço de Psicologia e ou Neuropsicologia? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Passa para a pergunta 36.*

Acompanhamento Psicológico

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwmdibBG8AfYsVliS87YcixbctyxpOo/edit>

5/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

27. **1. O acompanhamento por parte da equipa de psicologia e ou psicólogo ocorreu: ***

Marcar apenas uma oval.

- Por sua vontade própria
 Por recomendação médica
 Outra:

28. **4.2 Em que contexto ocorreu o acompanhamento Psicológico? ***

Indique por favor se o seu acompanhamento médico decorre em contexto de Hospital/clinica público ou privado.

Marcar apenas uma oval.

- Público
 Privado

29. **4.3 ACTUALMENTE encontra-se em acompanhamento psicológico? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

30. **4.4 Se respondeu SIM na questão anterior com que frequência tem esse acompanhamento?**

Marcar apenas uma oval.

- 1 vez por semana
 1 vez por mês
 2 vezes ao mês
 Outra:

31. **5. Já foi diagnosticada com perturbação psiquiátrica? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

32. **5.1 Se respondeu SIM na pergunta anterior. Qual a perturbação diagnosticada?**

Marcar tudo o que for aplicável.

- Depressão
 Ansiedade
 Personalidade
 Esquizofrenia
 Outra:

33. **5.2 Encontra-se a fazer medicação para esse quadro patológico?**

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4JUQnlxwdmibBG8AfYsVIIIS87YcixbctyxpOo/edit>

6/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

34. 5.3 Se respondeu SIM na questão anterior. Que medicação está a fazer?

Indique o nome dos medicamentos que está a tomar para o tratamento do quadro psicopatológico.

.....
.....
.....
.....
.....

Viver com endometriose

35. Gostaríamos de conhecer a sua perspectiva sobre a endometriose.

Relate em breve palavras o que significa para si ser portadora de endometriose.

.....
.....
.....
.....
.....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz.

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVliIS87YcixbctypOo/edit>

7/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

36. Em que medida foi incomodado com os seguintes sintomas: *

As suas respostas devem ter por base a forma como se sentiu nos últimos 7 dias
 Marcar apenas uma oval por linha.

	nunca	poucas vezes	algumas vezes	muitas vezes	muitíssimas vezes
Nervosismo ou tensão interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desmaios ou tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dores sobre o coração ou no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo na rua ou praças públicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamentos de acabar com a vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perder o apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não ter interesse por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se atemorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se inferior aos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impressão de que os outros costumam observar ou falar de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em adormecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVliS87YcixbctyxpOc/edit>

8/15

Psicopatologia e qualidade de vida na endometriose

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

Sensação de que lhe falta o ar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calafrios ou afrontamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação de vazio na cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter dificuldade em se concentrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de forças em partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter ataques de terror ou pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entrar facilmente em discussão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou as suas capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir que não tem valor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A impressão de que, se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter sentimentos de culpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVlIS87YcixbctypOo/edit>

9/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

Por favor responda a todas as questões.

Sabemos que pode ser portadora de endometriose há algum tempo e entendemos que a forma como se sente neste momento pode ser diferente da forma como se sentia no passado.

Deste modo gostaríamos que respondesse a este questionário tendo em conta o impacto que a endometriose tem na sua vida nas últimas 4 semanas.

Não há respostas certas ou erradas, seleccione apenas a opção que represente melhor os seus sentimentos e experiências.

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVlIS87YcixbctyxpOo/edit>

10/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

37. Parte 1:

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência, devido à endometriose sentiu que:
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Foi incapaz de realizar tarefas domésticas devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Tinha dificuldades em estar de pé devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Tinha dificuldades em se sentar devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Tinha dificuldades em andar devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Tinha dificuldades em realizar exercícios físicos ou realizar alguma actividade de lazer devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ficou sem apetite ou sentiu-se incapaz de comer devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Teve de ir para a cama ou de se deitar devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Foi incapaz de realizar determinadas tarefas prazerosas devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Foi incapaz de lidar com a dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 De maneira geral, sentia-se mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ficou frustrada por não ver melhorias nos seus sintomas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Ficou frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Foi incapaz de esquecer os seus sintomas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Os seus sintomas controlavam a sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Os seus sintomas a impediam/impedem de viver a sua vida?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Estava deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Teve vontade de chorar e sentiu-se muito chorosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Estava muito infeliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Teve mudanças de humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Irrita-se ou irritava-se facilmente e ou fica ou ficava mal humorada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Estava violenta ou agressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Era incapaz de falar com alguém sobre aquilo que estava a sentir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Os outros não entendem aquilo por que está a passar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Os outros consideram que se queixa de mais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Estava sozinha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4JUQnlxwdmibBG8AfYsVlIS87YcixbctypOo/edit>

11/15

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

28 Estava frustrada por nem sempre poder usar as roupas que mais gosta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 A sua aparência física ficou afectada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Perdeu a autoconfiança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção A: A sua vida Laboral

Estas perguntas referem-se ao impacto que a endometriose tem na sua vida laboral.

38. Encontrou-se a trabalhar nas últimas 4 semanas? *

A pergunta refere-se ao facto de estar empregada nas últimas 4 semanas
Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Passe para a pergunta 40.*

39. O impacto da endometriose na sua vida profissional *

Nas últimas 4 semanas com que frequência:
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Teve de se ausentar do trabalho temporariamente devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Sentiu-se incapaz de realizar as suas actividades laborais devido à dor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sentiu-se envergonhada devido aos seus sintomas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Sentiu-se preocupada por não ser capaz de realizar as suas actividades laborais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção B: A relação com os seus filhos

Estas perguntas referem-se ao impacto que a endometriose na relação com os seus filhos

40. Tem Filhos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Passe para a pergunta 42.*

41. O impacto da endometriose na relação com os seus filhos

Nas últimas 4 semanas com que frequência:
Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Sentiu dificuldades em cuidar do seu(s) filho(s)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Sentiu-se incapaz de brincar e ou realizar actividades com o seu(s) filho(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVliIS87YcixbctypOo/edit>

12/15

Secção C: A sua sexualidade

Estas perguntas referem-se ao impacto que a endometriose tem nas relações sexuais.

42. Teve parceiro(s) sexuais nas últimas 4 semanas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Passe para a pergunta 44.*

43. O impacto da endometriose na sua vida sexual

Nas últimas 4 semanas com que frequência:
 Marcar apenas uma oval por linha.

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

Secção D: A relação com o seu(s) Médico(s)

Estas perguntas referem-se aos seus sentimentos em relação ao seu(s) médico(s), ao quais recorre para tratar a sua endometriose.

44. Pretendemos conhecer os seus sentimentos em relação ao seu(s) médico(s) *

Nas últimas 4 semanas com que frequência:
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Sentiu que o seu(s) médico(s) não está a fazer nada para ajudar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Sentiu que o seu(s) médico(s) acha que as suas queixas não são reais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sentiu-se frustrada com a falta de conhecimento do seu(s) médico(s) sobre a endometriose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiu que estava a gastar o tempo do seu(s) médico(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção E: O seu tratamento da endometriose

Estas perguntas referem-se aos seus sentimentos em relação ao seu tratamento – qualquer cirurgia ou remédio que você usa ou usou para a endometriose.

45. Já realizou ou encontra-se a realizar algum tratamento para a endometriose? *

O tratamento pode ser farmacológico (medicamentos) ou cirúrgico
 Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Passe para a pergunta 47.*

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

46. Pretendemos conhecer os seus sentimentos relativos ao tratamentos que realiza(ou).

O tratamentos em questão podem ser exclusivamente farmacológicos e ou cirúrgicos Nas últimas 4 semanas com que frequência:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Sentiu-se frustrada porque o seu tratamento não estar a ter resultados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Achou que era difícil lidar com os efeitos secundários do tratamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sentiu-se aborrecida por causa da quantidade de tratamentos que têm que realizar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção F: Endometriose e infertilidade

Estas perguntas referem-se aos seus sentimentos em relação a quaisquer dificuldades que tenha em engravidar.

47. Nesta questão pretendemos saber como se sente em relação ao tema da dificuldade em engravidar *

Nas últimas 4 semanas com que frequência:

Marcar apenas uma oval por linha.

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

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe.

48. 1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de todo o que quiser). *

Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos

.....

17/06/2016

Psicopatologia e Qualidade de vida na Endometriose

49. As pessoas procuram outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda.*

Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?
 Marcar apenas uma oval por linha.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém com quem falar quando precise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que o leve ao médico quando o necessite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afectos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém com quem passar um bom bocado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que lhe dê um abraço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém com quem poder relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém cujo conselho deseje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém para se divertir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém que compreenda seus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



<https://docs.google.com/forms/d/1jRXtldg4UQnlxwdmibBG8AfYsVlIS87YcixbctypOc/edit>

15/15