



Joana Martins
Qualidade de vida e satisfação
sexual na endometriose clínica

UMinho | 2019

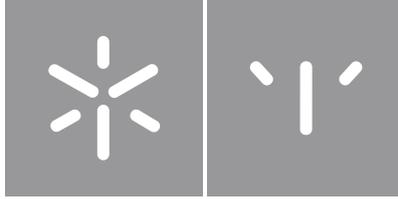


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana de Sousa Queirós Gentil Martins

Qualidade de vida e satisfação sexual
na endometriose clínica

junho de 2019



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana de Sousa Queirós Gentil Martins

Qualidade de vida e satisfação sexual
na endometriose clínica

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira
e da Doutora Cristina Nogueira-Silva

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 3

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Todo o percurso realizado, longe da minha terra natal, foi um percurso de crescimento, onde existiram dificuldades, mas que todas elas me fizeram crescer e aprender. A palavra de ordem é aprendizagem. E esta aprendizagem só foi possível graças a várias pessoas que se cruzaram e cruzam diariamente no meu caminho, tornando-me uma pessoa melhor, tanto a nível académico como pessoal. A estas pessoas eu estou eternamente grata e quero agradecer.

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais e irmã, por tornarem tudo isto possível, por acreditarem sempre em mim sem nunca duvidar, mesmo quando eu própria duvidava e por todo o amor que sempre me dão. Agradeço pelas noites não dormidas a me ouvirem falar de matéria sempre com um sorriso.

Agradeço ao Gonçalo, por me apoiar sempre e acreditar em mim nos momentos mais difíceis, nunca me deixando ir a baixo.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria da Graça Pereira, por tudo o que me ensinou, pela sua exigência, que me obrigou a tentar ser melhor todos os dias, sendo isso muito importante. Obrigada também por me inspirar.

Agradeço à minha co-orientadora, Doutora Cristina Nogueira Silva, por toda a dedicação, empenho e ajuda nos acessos necessários, bem como pela sua disponibilidade e amabilidade. Agradeço também a disponibilidade na recolha de dados.

Agradeço à Gabriela, que sempre me apoiou e esteve presente para me avisar dos erros, mas também para me elogiar quando estava certa. Agradeço todas as reuniões, dedicação e simpatia, da qual levo uma grande amizade.

Agradeço ao grupo de investigação de Saúde Familiar & Doença, por toda a partilha de conhecimento e amizades que formei.

Agradeço ao Dr Hélder Ferreira e à Dra Filipa Osório pela disponibilidade na recolha dos dados.

Agradeço a toda as pessoas que cruzaram o meu caminho, que me inspiram e que sempre me ensinam algo. Estamos sempre a aprender e estou grata por isso.

Um obrigada sincero, a todos, sem vocês não seria possível.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Joana Genti Martins
02 / Junho / 2019

Resumo

A Endometriose é uma doença feminina crónica progressiva que afeta aproximadamente 176 milhões de mulheres em idade reprodutiva, no mundo, tendo um forte impacto na Qualidade de Vida e Satisfação Sexual. Este estudo com design transversal, teve como objetivo identificar variáveis que contribuem e moderam a Qualidade de Vida e a Satisfação Sexual em mulheres com Endometriose clínica. Participaram 124 mulheres, avaliadas através dos instrumentos: Questionário Sociodemográfico; The Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Couple Satisfaction Index (CSI-4) e Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX). Os resultados mostraram que os fatores que contribuíram para uma pior Qualidade de Vida foram as faltas ao trabalho e a morbilidade psicológica, e os fatores que contribuíram para uma maior Satisfação Sexual foram a frequência de atividade sexual e a satisfação conjugal. A perceção da gravidade de sintomas tem um papel moderador na relação entre intensidade de dor pélvica crónica e a Qualidade de Vida. De acordo com os resultados, é necessário desenvolver uma intervenção multidisciplinar, focada na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva e nas representações da doença, nomeadamente a perceção da gravidade de sintomas, particularmente nas mulheres que faltam ao trabalho, devido à doença.

Palavras-Chave: Endometriose, Qualidade de Vida, Satisfação Sexual

Abstract

Endometriosis is a chronic progressive female disease that affects approximately 176 million women of reproductive age in the world, having a strong impact on Quality of Life and Sexual Satisfaction. This cross-sectional study aimed to identify variables that contribute to and moderate the Quality of Life and Sexual Satisfaction in women with clinical Endometriosis. 124 women participated, evaluated through the instruments: Sociodemographic Questionnaire; The Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Couple Satisfaction Index (CSI-4) and Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX). The results showed that the factors that contributed to a worse Quality of Life were the lack of work and the psychological morbidity, and the factors that contributed to a greater Sexual Satisfaction were the frequency of sexual activity and the marital satisfaction. The perception of the severity of symptoms has a moderating role in the relationship between intensity of chronic pelvic pain and quality of life. According to the results, it is necessary that a multidisciplinary intervention, focused on the reduction of the anxious and depressive symptomatology and in the illness representations, namely the perception of the severity of symptoms, particularly in women who are absent from work due to the illness.

Key Words: Endometriosis, Quality of Life, Sexual Satisfaction

Índice

Introdução	9
Metodologia	14
Objetivos e Hipóteses	14
Participantes	14
Instrumentos	15
Procedimento	17
Análise de dados	17
Resultados	18
Descrição da Amostra	18
Análises Preliminares	20
Hipóteses	20
Discussão	27
Limitações e Implicações Futuras	30
Conclusão	30
Referências	32
Anexos	38

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização da Amostra (N =124)</i>	19
Tabela 2. <i>Relação entre Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicológicas</i>	22
Tabela 3. <i>Variáveis que contribuem para a Qualidade de Vida</i>	23
Tabela 4. <i>Variáveis que contribuem para a Satisfação Sexual</i>	25

Índice de Figuras

Figura 1. Papel moderador da Perceção de Gravidade de sintomas na relação entre intensidade de Dor Pélvica Crónica e Qualidade de Vida.....	26
---	----

Introdução

A endometriose é uma doença feminina crónica progressiva, caracterizada pela presença de tecido glandular e endometrial fora do útero (Marqui, 2014), podendo se espalhar para qualquer órgão abdominal (Golfier et al., 2018), como por exemplo para os intestinos, ovários, trompas de falópio, e as áreas laterais, posteriores e dianteiras do útero (Levy, 2018). A Endometriose é geralmente diagnosticada entre os 25 e os 35 anos (Giudice, 2010), embora possa manifestar-se em qualquer outra idade. Estima-se que a endometriose afete cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva (aproximadamente 176 milhões de mulheres no mundo), cerca de 3% na pós-menopausa (Marqui, 2014) e um terço das mulheres inférteis (Golfier et al., 2018).

Quanto ao seu quadro clínico, esta doença não tem cura (Levy, 2018) e os sintomas não se refletem da mesma maneira em todas as mulheres, existindo algumas pacientes assintomáticas (cerca de 3 a 22%) (Marqui, 2014). Os sintomas mais comuns são a dismenorreia (cólicas que ocorrem antes ou durante o período menstrual), a dor pélvica crónica (DPC), a infertilidade, a irregularidade menstrual e a dispareunia (dor durante a relação sexual) (Abrão et al., 1995; Golfier et al., 2018). Abrão e colaboradores (1995) retratam ainda outros sintomas, menos comuns, como alterações urinárias e intestinais (e.g. dor à evacuação (disquézia), diarreia, dor durante a micção (disúria) no período menstrual e corrimento de sangue através da uretra, acompanhado ou não por urina).

Esta variedade de sintomas e o facto de não se expressarem igualmente, dificulta e atrasa o diagnóstico, sendo que, em média, há um atraso de 7 anos no diagnóstico (Nnoaham et al., 2011), levando a um aumento do número de pacientes com problemas irreversíveis tanto na anatomia como no funcionamento dos seus órgãos reprodutivos, tornando-se uma doença física e mentalmente incapacitante, com elevados custos para o paciente (Golfier et al., 2018). Para solucionar este atraso, alguns autores propõem que se deve melhorar técnicas de diagnóstico clínico, a fim de proporcionar um diagnóstico mais rápido e conseqüentemente trazer mais alívio e tratamentos mais cedo a estes doentes (Agarwal et al., 2019). Para além da atenção dada a todos os sintomas e sinais referidos e da realização de exames ginecológicos com imagiologia (e.g. ecografia pélvica, ressonância magnética), o diagnóstico final é realizado através de videolaparoscopia, que consiste na inserção de uma microcâmara, através de um tubo, na cavidade abdominal retirando uma porção para fazer uma biópsia (Marqui, 2014).

Segundo a American Society of Reproductive Medicine/ASRM (1997), a endometriose é classificada como mínima (estádio I), leve (estádio II), moderada (estádio III) ou grave (estádio IV),

dependendo da localização, da dimensão e da profundidade do tecido endometrial, dependendo se há presença, qual a severidade e de qual o tamanho dos endometriomas ováricos. Já surgiram várias teorias que tentam explicar a etiologia desta doença englobando diversos fatores, no entanto não há um consenso, o que a torna uma doença multifatorial e complexa (Baldi, Campioni & Signorile, 2008).

Para o tratamento da endometriose, a cirurgia tem se mostrado o método mais eficaz. Diversos estudos reportaram uma diminuição da intensidade da dismenorreia, da dispareunia e da DPC após seis e 12 meses da realização da cirurgia, existindo uma melhoria significativa da qualidade de vida e satisfação sexual destas mulheres (Mabrouk et al., 2011; Porto et al., 2015; Setala et al., 2012). Outros tratamentos comuns realizados são tratamentos hormonais e dietas (Nacul & Spritzer, 2010).

Devido a todas as suas especificidades, a endometriose tem grande impacto, tanto a nível individual como conjugal, afetando a qualidade de vida (QV) destas mulheres e dos seus familiares. Diversos estudos reportam que a QV das mulheres fica afetada a todos os níveis, tanto na vida diária, sentindo-se incapacitadas, como no seu funcionamento físico normal, desde terem problemas de sono, até dificuldades de comer e andar (Jones, Jenkinson & Kennedy, 2004; Nnoaham et al., 2011; Petrelluzzi, Garcia, Petta, Grassi-Kassisse & Spadari-Bratfisch, 2008). Um estudo de Simoens et al. (2012) reportou 56% das mulheres com endometriose com dor e 29% com problemas relacionados com a vida diária. Vários estudos também apontam para um decréscimo da produtividade, sendo que, num estudo de Nnoaham et al. (2011) verificou-se que cada mulher com endometriose perdeu em média 10,8 horas (DP = 12.2) de trabalho semanalmente e, noutro estudo, concluiu-se que faltam em média 19,3 dias ao trabalho por causa de tratamentos ou recuperação (Fourquet et al., 2010). Esta perda de produtividade ocorre também em mulheres com endometriose e dor, em que um nível mais alto de dor e intensidade de sintomas estavam associados a uma baixa capacidade laboral (Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz & Forman, 2013). É ainda importante distinguir mulheres com endometriose com e sem DPC, uma vez que é das queixas mais referida com bastante impacto nas atividades de vida diária (Facchin et al., 2015; Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes & Matos, 2006). Em doenças crónicas, doentes que percecionam os sintomas como mais leves reportam melhor QV (Franceschini et al., 2013). Sendo que a perceção da gravidade de sintomas tem relação com a QV e está relacionada com a intensidade dos sintomas (Minson et al., 2012), e perante a escassez de estudos na endometriose, torna-se importante estudar o seu papel moderador.

Ao nível psicológico, um dos maiores impactos da endometriose é mais reportado na literatura, diz respeito à sintomatologia ansiosa e depressiva. Chen et al. (2016) realizaram um estudo longitudinal, com 10439 mulheres com e 10439 sem endometriose, constatando que as mulheres com endometriose tinham maior risco de desenvolver depressão e ansiedade. Estes resultados vão ao encontro de Friedl et al. (2015) que encontraram sintomas de ansiedade moderados a severos em 29% das pacientes com endometriose e sintomas depressivos em 14,5%, sendo que ambos os sintomas ocorreram em 12,9% delas; de Simoens et al. (2012) em que 36% das mulheres tinham ansiedade e depressão; e de Sepulcri Rde e do Amaral (2009), em que 86,5% apresentava depressão e 87,5% ansiedade, no entanto estes sintomas não tinham associação com o estágio de endometriose. Assim, as mulheres com endometriose parecem ter maior probabilidade de desenvolver perturbações depressivas e de ansiedade, no entanto estas atingem níveis mais elevados em mulheres que tenham DPC associada (Lorençatto et al., 2006). Pacientes com endometriose com DPC têm também menores níveis de QV e de saúde mental do que pacientes sem dor (Facchin et al., 2015), tornando-se importante ter em atenção a intensidade deste sintoma.

Outro dos impactos desta doença é na vida sexual e conjugal. A sexualidade é complexa e multidimensional, sendo influenciada pelo bem-estar físico, psicológico e social (Fritzer, Tammaa, Salzer & Hudelist, 2013). A satisfação sexual (SS) pode ser definida como uma percepção subjetiva sobre os vários aspetos da vida sexual tais como sensação de que se é amado e compreendido, frequência da atividade sexual, expectativas ajustadas em relação à atividade sexual e parceiro e satisfação com a relação sexual em si (Castellanos-Torres, Álvarez-Dardet, Ruiz-Muñoz & Pérez, 2013). A frequência de atividade sexual é mais reduzida em mulheres sintomáticas do que assintomáticas, devido à dor (Vercellin et al., 2013). A dor durante e/ou após a atividade sexual é denominada de dispareunia, sendo, a par com a DPC, dos sintomas mais impactantes. A mulher com dispareunia tende a evitar e a diminuir a frequência de atividade sexual, que conseqüentemente tem impacto na sua vida conjugal, existindo impacto ao nível emocional, tanto da mulher como do seu parceiro (Hummelshoj, De Graaff, Dunselman & Vercellini, 2014; Vercellini et al., 2013).

Após um estudo longitudinal de 15 anos, evidências sugerem que cerca de 50% das mulheres relata dor e problemas na sexualidade (Fagervold, Jenssen, Hummelshoj & Moen, 2009). Noutro estudo, 47% das mulheres sofria deste sintoma, encontrando-se a influência da dispareunia e da DPC em domínios de saúde física e mental das mulheres (De Graaff et al., 2013), afetando

assim a mulher e o casal, pois a endometriose surge ainda associada a causas de término de relações e à diminuição da QV também dos parceiros (Boerner & Rosen, 2015). No estudo de De Graaff et al. (2013), 67% dos participantes reportaram problemas com os parceiros e 19% reportaram que se divorciaram devido à endometriose, podendo considerar uma influência negativa da endometriose e da dispareunia nas relações e, conseqüentemente, na satisfação conjugal e sexual (Fagervold et al., 2009), entendendo assim que a satisfação conjugal está associada positivamente à SS (DeLamater, 1991; De Graaff et al., 2013).

Quanto ao funcionamento sexual, que é considerado um dos principais aspectos da QV, é comprometido em mulheres com endometriose (Jia, Leng, Sun & Lang, 2013). Jia et al. (2013) relataram que ter disfunção sexual, juntamente com dispareunia, dor crônica, infertilidade e sintomas ansiosos e depressivos estavam associados com uma diminuição do funcionamento sexual das pacientes e conseqüentemente da sua QV. Basson (2008) relatou ainda que a incapacidade das mulheres se relacionarem sexualmente de maneira satisfatória, sem dor, afetava a autoestima e o relacionamento com os parceiros, afetando a satisfação conjugal. Em suma, é entendido pela literatura apresentada que a endometriose tem impacto na SS, que por sua vez tem impacto na satisfação conjugal, diminuindo a QV destas mulheres (Basson, 2008; Fagervold et al., 2009; Jia et al., 2013).

Em Itália, um estudo preliminar de Giuliani e colaboradores (2016) no sentido de explorar a QV e a SS, comparando mulheres com e sem endometriose, encontrou diferenças na QV ao nível físico, psicológico e das relações sociais, sendo as mulheres com endometriose as que pontuaram de forma mais baixa. Ao nível da sexualidade, os resultados foram no mesmo sentido (Giuliani et al., 2016).

Assim, a literatura aponta para que pacientes com endometriose exibam redução da sua QV, bem como redução da sua SS (Basson, 2008; Fagervold et al., 2009; Giuliani et al., 2016; Jia et al., 2013; Minson et al., 2012; Tripoli et al., 2011).

Existem poucos estudos que avaliaram a percepção da gravidade de sintomas, a satisfação conjugal e que incluíram mulheres com diagnóstico clínico de Endometriose. A maioria incide sobre os sintomas (mas não como são percebidos), sobre variáveis clínicas e incluem apenas mulheres com diagnóstico final de endometriose (via laparoscopia), preenchendo este estudo estas lacunas, no sentido em que inclui mulheres com diagnóstico clínico, avaliando a percepção da gravidade dos sintomas e a satisfação conjugal em simultâneo com outras variáveis psicológicas.

Sendo esta doença crónica pouco estudada ao nível psicológico, torna-se importante alargar o conhecimento sobre variáveis que diminuem a QV e a SS, ter em conta a intensidade dos sintomas de endometriose, bem como a forma como as mulheres os percebem, no sentido de se poder desenvolver programas de intervenção com equipas multidisciplinares, dando resposta às necessidades físicas e psicológicas destas mulheres.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo estudar a QV e a SS em mulheres com Endometriose. No sentido de compreender a relação e a contribuição das variáveis para a QV, este estudo teve como quadro de referência teórico o Modelo de Adaptação Psicossocial à Doença Crónica de Livneh (2001). De acordo com este modelo, a QV é afetada pela presença de doença crónica, envolvendo três fases, a primeira respetiva aos antecedentes, a segunda respetiva ao ajustamento à doença, envolvendo reações à doença (e.g. morbilidade psicológica, perceção da gravidade dos sintomas) que sofrem influências de variáveis contextuais, existindo bidirecionalidade entre ambas. As variáveis contextuais podem ser relacionadas com variáveis clínicas associadas à doença (e.g. estadiamento da doença, Intensidade da DPC, Dispareunia, Dismenorreia, Disquézia e Disúria), com características sociodemográficas (e.g. idade, anos de escolaridade, estado civil, faltas no trabalho), com características ambientais (e.g. satisfação sexual, satisfação conjugal) e com características associadas a traços de personalidade que têm impacto na terceira fase, que é um resultado negativo na QV (resultados psicossociais). Este modelo postula também relações de mediação e moderação entre variáveis contextuais e a QV.

Com o objetivo de estudar a SS das mulheres com endometriose e de perceber de que forma as variáveis do estudo se relacionam e contribuem para a SS, o Modelo de Doença Crónica e Sexualidade de Verschuren et al. (2010) serviu de quadro de referência teórico. De acordo com este modelo, adaptado ao presente estudo, a SS é afetada pela presença de doença crónica (Endometriose), envolvendo vários domínios. A condição física (e.g. intensidade dos sintomas), o funcionamento psicológico (e.g. morbilidade psicológica, perceção da gravidade dos sintomas), a relação conjugal (e.g. satisfação conjugal, frequência de atividade sexual, duração da relação) e tratamentos (e.g. realização de cirurgia) com impacto direto e indireto na SS. Este modelo também postula relações de mediação e moderação entre as variáveis e a SS.

Metodologia

Objetivos e Hipóteses

Tendo por base a literatura, o modelo de adaptação psicossocial à doença crónica de Livneh (2001) em relação à QV e o modelo de Doença Crónica e Sexualidade de Verschuren et al. (2010) em relação à SS, este estudo teve como principais objetivos estudar a QV e a SS de mulheres com endometriose tendo em conta a morbilidade psicológica (ansiedade e depressão), satisfação conjugal, perceção de gravidade de sintomas (representações da doença), a intensidade de sintomas clínicos (dismenorreia, disúria, disquesia, dispareunia, DPC) e algumas variáveis sociodemográficas.

Assim, definiram-se como objetivos para as duas variáveis dependentes (QV e SS): 1) avaliar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas com a QV/SS; 2) avaliar o contributo de variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas para a QV/SS e 3) avaliar o papel moderador da perceção da gravidade de sintomas entre a intensidade dos sintomas e a QV/SS.

Com base na revisão da literatura e nos modelos adjacentes ao estudo, foram levantadas as seguintes hipóteses, correspondentes aos objetivos específicos: H₁: Espera-se que mais faltas ao trabalho, perceção de sintomas mais graves, maior intensidade dos sintomas da endometriose (e.g., dismenorreia, disúria, disquesia, dispareunia e dor pélvica crónica) e mais morbilidade psicológica estejam associados a pior QV e pior SS e que maior satisfação conjugal, maior frequência da atividade sexual e realizar cirurgia estejam associados a melhor QV e melhor SS; H₂: Espera-se que mais faltas ao trabalho, perceção de maior gravidade dos sintomas, maior intensidade dos sintomas e mais morbilidade psicológica, contribuam para uma pior QV e pior SS e que maior satisfação sexual, maior frequência de atividade sexual, realizar cirurgia e maior satisfação conjugal contribuam para uma melhor QV bem como maior frequência de atividade sexual, ter realizado cirurgia e maior satisfação conjugal contribuam para uma maior SS; H₃: Espera-se que a perceção da gravidade de sintomas seja moderadora da relação entre a intensidade dos sintomas da endometriose e a QV / e a SS.

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 124 mulheres com diagnóstico de Endometriose, sendo acompanhadas nas consultas de ginecologia no Centro Materno Infantil do

Porto, no Hospital de Braga e no Hospital da Luz de Lisboa. Como critérios de inclusão foram englobadas no estudo mulheres com diagnóstico clínico de endometriose e que tivessem um parceiro. Os critérios de exclusão incluíram a presença de doença psiquiátrica grave ou doença crónica incapacitante (e.g. psicoses ou demências) registadas no processo clínico.

Instrumentos

Questionários Sociodemográfico e Clínico (Pereira, Nogueira-Silva, & Martins, 2018). Este questionário permite caracterizar a amostra, avaliando variáveis sociodemográficas (e.g. idade, estado civil, frequência atividade sexual (por mês), escolaridade, faltas ao trabalho) e variáveis clínicas (e.g. percepção da gravidade de sintomas, realização de cirurgia, intensidade dos sintomas e estadio da endometriose).

Questionário de Qualidade de Vida - Endometriose (EHP-30; Jones, Kennedy, Barnard, Wong, & Jenkinson, 2001; Versão Portuguesa de Nogueira-Silva et al., 2015). Avalia a QV nas mulheres com endometriose, sendo composto, no questionário central por 30 itens divididos em cinco subescalas: dor, controlo e impotência, bem-estar emocional, suporte social e autoimagem; e no questionário modular por 23 itens distribuídos em seis subescalas: vida no trabalho, relações com os filhos, relações sexuais, relação com os médicos, tratamento e infertilidade. É de autoadministração, sendo os itens avaliados através de uma escala *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”. A pontuação para cada dimensão é calculada de 0 (melhor estado de saúde possível) a 100 (pior estado de saúde), ou seja, quanto maior a pontuação, pior a QV. Na versão portuguesa, o alfa de Cronbach foi superior a .70 para todas as dimensões, variando entre .88 e .98 nas dimensões do questionário central e entre .86 e .95 nas do modular, sendo um questionário com boa consistência interna (Nogueira-Silva et al., 2015). No presente estudo, foi apenas utilizado o questionário central sendo o alfa de Cronbach de .97 para a dor, .95 para controlo e impotência, .95 para bem-estar emocional, .91 para suporte social e .88 para autoimagem. No total do questionário central, o alfa de Cronbach foi de .98.

Índice de Satisfação Conjugal (CSI-4; Funk & Rogge, 2007; Versão de Investigação de Pereira, Castanheira, & Fernandes, 2016). Avalia a satisfação de uma pessoa perante o seu relacionamento, sendo este instrumento uma versão reduzida do inicial de 32 itens (Funk & Rogge, 2007). É constituído por quatro itens, avaliados numa escala *Likert* de 7 pontos para o primeiro item e de 6 pontos para os restantes. A sua cotação resulta da soma dos

pontos de todos os itens, de 0 a 6 para o primeiro item e de 0 a 5 para os restantes. Os resultados podem variar entre 0 e 21, sendo que pontuações mais altas indicam maior satisfação conjugal, tendo um ponto de corte de 13,5 que indica que participantes com este resultado ou inferior reportam uma insatisfação conjugal significativa. Na sua versão original o alfa de Cronbach foi de .94 (Funk & Rogge, 2007). Visto que não existem estudos de validação do CSI-4 em endometriose, procederemos à sua validação. Inicialmente, conduziu-se uma análise fatorial exploratória através do método de análise de componentes principais, com rotação varimax e com normalização de Kaiser (KMO), com apenas um componente, à semelhança da versão original reduzida CSI-4 (Funk & Rogge, 2007). A medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = .79) foi aceitável e o teste de Bartlett foi estatisticamente significativo ($\chi^2(6) = 381.17, p < .001$). A análise fatorial exploratória demonstrou que os itens saturam todos num único componente, explicando 73.25% da variância. No presente estudo, o alfa de Cronbach para os quatro itens foi de .85.

Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX; Lawrance & Byers, 1995; Versão Portuguesa de Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013). Avalia a SS global no contexto de uma relação íntima, através da avaliação subjetiva que cada pessoa faz da sua relação sexual atual. Considera apenas a existência de um único fator composto por cinco itens, avaliados numa escala *Likert* de 7 pontos, em que maior pontuação corresponde a maior a SS. A versão portuguesa revelou elevada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach entre .83 e .94 para uma amostra normativa, clínica e online. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .96.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). Avalia a ansiedade e depressão em populações clínicas e não clínicas. A escala é composta por 14 itens, divididos em duas subescalas: Ansiedade (itens ímpares) e Depressão (itens pares). Pontuações mais elevadas indicam mais sintomatologia ansiosa e depressiva, respetivamente. A pontuação varia entre 0 e 21 pontos em cada subescala, sendo que pontuações entre 0 e 7 é considerado normal, ou sejam o participante não apresenta sintomatologia depressiva e/ou ansiosa; entre 8 e 10 a sintomatologia é considerada leve; entre 11 e 14 moderada e entre 15 e 21 grave/severa. A escala de resposta é de tipo *Likert* de quatro pontos desde 0 a 3, em que “0” corresponde a “nada” / “nunca” e “3” a “muito”/“sempre”. É ainda possível calcular um valor total denominado de morbidade psicológica. Nesta sua versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007), para a subescala

da ansiedade o alfa foi de .76 e para a subescala da depressão foi de .81, revelando boa consistência interna. No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .87 para a subescala de ansiedade e de .80 para a subescala de depressão, sendo o alfa de .90 para a morbidade psicológica, ou seja, para a escala global avaliada.

Procedimento

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, que pretendeu estudar mulheres com endometriose. Foi realizado presencialmente com as doentes do Hospital de Braga e Centro Materno Infantil do Norte e online com as doentes do Hospital da Luz de Lisboa, tendo o projeto sido submetido e aprovado pelas Comissões de Ética destes hospitais. As doentes que preenchiam os critérios de inclusão foram convidadas a participar no estudo pelo médico ginecologista com quem tinham consulta. Todas as participantes que responderam presencialmente assinaram um consentimento informado e o questionário clínico foi preenchido pelo médico ginecologista durante a consulta. Para as doentes que responderam online, a primeira página do questionário explicava o objetivo de estudo, seguindo-se o consentimento informado, que só depois de assinado permitia continuar a responder. Posteriormente era pedida autorização para recolher os dados clínicos, pedindo o nome completo das doentes, assegurando a confidencialidade das respostas aos questionários em relação ao médico. Após toda a recolha online, o médico responsável preencheu os questionários clínicos. Todas as participações seguiram todos os requisitos éticos e deontológicos, sendo voluntárias e com possibilidade de desistência. Aquando a realização do presente estudo, não existia obrigatoriedade de submeter o projeto à Comissão de Ética das Ciências Humanas da Universidade do Minho e dado que é parte de um projeto maior que foi submetido às comissões de ética dos hospitais onde a recolha de dados teve lugar, em anexo são incluídas as declarações da comissão de ética dos referidos hospitais. Além disso, este estudo está integrado no Centro de Investigação em Psicologia na qual a orientadora é membro integrado.

Análise de Dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM SPSS®, versão 24.0 para Windows. Inicialmente foram realizadas análises preliminares para avaliar as diferenças em função do método de recolha através de um teste *t de Student*, para as variáveis psicológicas. Para a validação do instrumento CSI-4, para esta amostra de 124 mulheres portuguesas com endometriose e parceiro, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória. Para caracterizar a

amostra em variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, procedeu-se ao cálculo das frequências, médias e desvios-padrão das respetivas variáveis. Para calcular a relação entre as variáveis em estudo foram realizados os testes de Correlação de *Pearson* (para a relação entre duas variáveis intervalares, e.g. relação entre satisfação conjugal e QV) e o coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (para a relação entre variáveis dicotómicas e intervalares, e.g. percepção da gravidade dos sintomas e SS) (H_1). Para explorar as variáveis que contribuíam para a QV e as que contribuíam para a SS, foram realizadas duas regressões hierárquicas múltiplas (método enter). Antes da realização das regressões foram verificados os pressupostos necessários tais como a multicolinearidade através do valor de VIF (< 2) e de tolerância ($> .1$), e normalidade dos resíduos. Na regressão em que a QV foi a variável dependente, incluíram-se as variáveis que tinham correlação significativa com a QV ($p < .05$). Deste modo, no primeiro modelo foram introduzidas variáveis sociodemográficas (faltar ao trabalho), no segundo modelo variáveis clínicas (percepção da gravidade de sintomas, intensidade dos sintomas de dor pélvica crónica, dispareunia e disquêzia) e no terceiro modelo variáveis psicológicas (morbilidade psicológica, satisfação sexual e satisfação conjugal). Na regressão em que a SS foi variável dependente incluíram-se as variáveis que tinham correlação significativa com a SS ($p < .05$). Deste modo, no primeiro modelo foram colocadas variáveis sociodemográficas e clínicas (frequência de atividade sexual por mês e intensidade da dispareunia) e no segundo modelo variáveis psicológicas (morbilidade psicológica e satisfação conjugal) (H_2). Para as análises de moderação, estando os pressupostos cumpridos, recorreu-se ao Macro Process para SPSS e ao método pick-a-point (devido ao facto da variável moderadora ser dicotómica e neste caso o método ser considerado adequado), (Hayes, 2013) para avaliar o papel moderador da percepção da gravidade de sintomas entre a intensidade dos sintomas da endometriose e a QV e entre a intensidade dos sintomas da endometriose e a SS (H_3).

Resultados

Descrição da Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 124 pacientes com Endometriose. Estas pacientes, na sua maioria Portuguesas (94.4%), seguidas no Hospital de Braga, Hospital da Luz de Lisboa ou no Centro Materno Infantil do Norte, tendo sido 58.9% dos dados recolhidos *online* e 41.1% presencialmente.

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

Tabela 1

Caracterização da Amostra (N =124)

Variáveis contínuas	Min	Max	Média	DP
Idade	21	52	36.18	6.51
Anos Escolaridade	5	25	14.98	3.50
Frequência de atividade sexual por mês	0	20	5.91	4.26
Intensidade dismenorreia	0	10	5.77	3.82
Intensidade disúria	0	10	1.14	2.70
Intensidade disquécia	0	10	2.97	3.94
Intensidade dispareunia	0	10	3.38	3.92
Intensidade DPC	0	10	2.01	3.13
Duração da realização de cirurgia (meses)	1	228	31.80	37.79
Variáveis categoriais				%
Residência				
Meio urbano				82.3
Meio rural				17.7
Estado Civil				
Casada/União de facto				77.4
Solteira				21.8
Divorciada				0.8
Situação Profissional				
Empregada				88.7
Desempregada				11.3
Faltas ao trabalho				
Sim				71
Não				29
Perceção da Gravidade de sintomas				
Leves/Moderados				49.2
Graves				50.8
Estadiamento				
I				0
II				19.5
III				21.1
IV				59.3
Realização de cirurgia				
Sim				75.6
Não				24.4

Análises Preliminares

Visto que a amostra foi recolhida através de dois métodos diferentes (*online vs. presencial*), foi realizada uma análise de diferenças recorrendo ao teste *t* para amostras independentes. As diferenças não foram significativas ao nível da morbilidade psicológica ($t(122) = -1.827, p = .070$), ao nível da satisfação conjugal ($t(122) = -1.108, p = .270$), ao nível da SS ($t(122) = -1.101, p = .273$) e ao nível da QV ($t(122) = -1.368, p = .174$) em função do método de recolha, o que permitiu utilizar a amostra completa de 124 mulheres com endometriose.

Hipóteses

H₁: Relação entre as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicológicas

Os resultados mostraram uma associação positiva entre a QV e faltar ao trabalho ($r_{pb} = 0.245, p = .006$), a perceção da gravidade de sintomas ($r_{pb} = 0.298, p = .001$), a intensidade da disquécia ($r = 0.280, p = .002$), a intensidade da dispareunia ($r = 0.248, p = .006$), a intensidade da DPC ($r = 0.306, p = .001$) e a morbilidade psicológica ($r = .658, p < .001$). Assim, tendo em conta que o instrumento da QV utilizado considera que quanto mais elevado o resultado pior QV, faltar ao trabalho, uma perceção dos sintomas como mais graves, maior intensidade de disquécia, de dispareunia e de DPC e maiores níveis de morbilidade psicológica, estão associados a pior QV. Verificou-se ainda uma associação negativa entre a QV e a SS ($r = -0.221, p = .013$), e a satisfação conjugal ($r = -0.193, p = .032$), ou seja, maiores níveis de SS e maiores níveis de satisfação conjugal estão associados a uma melhor QV.

A SS teve uma associação positiva com a frequência de atividade sexual por mês ($r = .384, p < .001$) e com a satisfação conjugal ($r = .604, p < .001$), o que significa que maior frequência de atividade sexual por mês e maior satisfação conjugal estão associados a maior SS. Verificou-se ainda uma associação negativa entre a SS e a intensidade de dispareunia ($r = -.255, p = .005$) e a morbilidade psicológica ($r = -.238, p = .008$), ou seja, maior intensidade de dispareunia e maiores níveis de morbilidade psicológica estão associados a pior SS.

A QV não se correlacionou com a idade ($r = -.158, p = .079$), com os anos de escolaridade ($r = .019, p = .830$), com a frequência de atividade sexual por mês ($r = -.147, p = .116$), com a realização de cirurgia ($r_{pb} = .037, p = .687$), nem com a intensidade de dismenorreia ($r = .171, p = .061$) e de disúria ($r = .077, p = .400$). As variáveis idade, anos de escolaridade, faltar ao trabalho, a perceção de gravidade de sintomas, a intensidade de dismenorreia, disúria, disquécia

e DPC e realizar cirurgia não estiveram correlacionadas com a SS. As correlações estão apresentadas na tabela 2.

H₂: Variáveis que Contribuem para a Qualidade de Vida

O modelo 1 da regressão hierárquica foi significativo, $F(1, 119) = 7.716, p = .006$, e mostrou que faltar ao trabalho devido à endometriose contribui significativamente para a QV ($\beta = .247, t = 2.778, p = .006$), explicando 5.3% da variância. Quando adicionada a percepção da gravidade dos sintomas e a intensidade dos sintomas de DPC, dispareunia e disquécia (Modelo 2), faltar ao trabalho manteve-se a significativa ($\beta = .177, t = 2.082, p = .040$) e a percepção de gravidade de sintomas revelou-se igualmente um fator que contribui significativamente ($\beta = .201, t = 2.296, p = .024$), explicando 19.1% da variância total. Este modelo 2 foi igualmente significativo $F(5, 115) = 6.678, p < .001$. Por último, no modelo 3, com a adição da morbidade psicológica, da satisfação conjugal e da SS, faltar ao trabalho manteve-se a contribuir significativamente ($\beta = .150, t = 2.102, p = .038$), ao contrário da percepção de gravidade dos sintomas que deixou de ser significativo ($\beta = .096, t = 1.303, p = .195$). Também a morbidade psicológica revelou contribuir significativamente ($\beta = .545, t = 7.276, p < .001$), sendo este modelo igualmente significativo, $F(8, 112) = 13.678, p < .001$, explicando 45.8% da variância total da QV.

O modelo final permite concluir que faltar ao trabalho ($\beta = .150, t = 2.102, p = .038$) e mais morbidade psicológica ($\beta = .545, t = 7.276, p < .001$) contribuem significativamente para uma pior QV (Tabela 3).

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

Tabela 2

Relação entre Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e Psicológicas

variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1.Qualidade de Vida	—														
2. Satisfação Sexual	-.221*	—													
3.HADS	.658***	-.238**	—												
4.Satisfação Conjugal	-.193*	.604***	.014	—											
5.Idade	-.158	.040	-.023	-.076	—										
6.Escolaridade	.019	-.098	.028	-.068	-.136	—									
7.Faltar ao trabalho	.245**	-.133	.120	.071	-.281**	.058	—								
8.Frequência Atividade Sexual	-.147	.384***	-.262**	.296**	-.151	-.084	.013	—							
9.Percepção Gravidade	.298**	-.011	.257**	-.043	.052	-.051	.259**	-.164	—						
Sintomas															
10.Intensidade Dismenorreia	.171	-.134	.084	-.071	-.167	.213*	.253**	-.013	.035	—					
11.Intensidade Disúria	.077	.043	.054	.143	.110	.075	.189*	-.020	.070	.255**	—				
12.Intensidade Disquezia	.280**	-.038	.225*	-.083	-.043	.149	-.001	.049	.097	.495***	.230*	—			
13.Intensidade Dispareunia	.248**	-.255**	.199*	-.123	-.214*	.234*	.090	-.035	.071	.412***	.049	.376***	—		
14.Intensidade Dor Pélvica	.306**	-.073	.247**	-.029	-.067	.077	.072	.177	.257**	.376***	.220*	.375***	.271**	—	
Crônica															
15.Realização cirurgia	.037	.028	.014	.039	.107	-.199*	.103	-.046	.090	-.080	.122	-.132	-.351***	-.109	—

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

Tabela 3

Variáveis que contribuem para a Qualidade de Vida

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	B	EP B	B	B	EP B	β	B	EP B	β
Faltar ao trabalho	16.817	6.054	.247**	12.058	5.793	.177*	10.229	4.866	.150*
Perceção da gravidade dos sintomas				12.394	5.399	.201*	5.911	4.537	.096
Intensidade Dor Pélvica Crónica				1.491	.915	.150	.829	.757	.084
Intensidade Dispareunia				.927	.713	.117	.385	.604	.049
Intensidade Disquécia				1.264	.735	.160	.763	.610	.097
Morbilidade Psicológica							2.111	.290	.545***
Satisfação sexual							-.190	.375	-.046
Satisfação conjugal							-.018	.604	-.003
R² (R² Aj.)	.061 (.053)			.225 (.191)			.494 (.458)		
F for change in R²	7.716**			6.088***			19.869***		

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Variáveis que Contribuem para a Satisfação Sexual

O modelo 1 da regressão hierárquica foi significativo, $F(2, 110) = 11.861, p < .001$, e mostrou que a frequência de atividade sexual por mês ($\beta = .378, t = 4.367, p < .001$) e a intensidade da dispareunia ($\beta = -.173, t = -2.004, p = .047$) contribuem significativamente para a SS, explicando 16.2% da variância. Quando adicionadas as variáveis psicológicas (morbilidade psicológica e satisfação conjugal) (Modelo 2), a frequência de atividade sexual por mês manteve-se como um fator significativo que contribui para a SS ($\beta = .209, t = 2.818, p = .006$) ao contrário da intensidade da dispareunia que deixou de o ser ($\beta = -.123, t = -1.742, p = .084$) e a satisfação conjugal mostrou contribuir também de modo significativo para a SS ($\beta = .595, t = 7.980, p < .001$), sendo este modelo igualmente significativo $F(4, 108) = 25.344, p < .001$, explicando 46,5% da variância total da SS.

O modelo final permite concluir que maior frequência de atividade sexual por mês ($\beta = .209, t = 2.818, p = .006$) e mais satisfação conjugal ($\beta = .595, t = 7.980, p < .001$) contribuem significativamente para uma melhor SS em mulheres com endometriose (Tabela 4).

H₃: Percepção da Gravidade de Sintomas como moderadora entre intensidade dos sintomas (Dismenorreia, Disúria, Disquézia, Dispareunia e Dor Pélvica Crônica) e a Qualidade de Vida

O modelo que testa o papel moderador da percepção da gravidade de sintomas na relação entre a intensidade da DPC e a QV é significativo, $F(3, 117) = 8.7663, p < .0001, \beta = -4.2042, 95\% \text{ CI } [-7.9561, -.4524], t = -2.2193, p = .0284$, explicando 18% da variância. Assim, a relação positiva entre a DPC e a QV é mais forte quando as mulheres percebem ter sintomas leves/moderados, $\beta = 5.4132, 95\% \text{ CI } [2.2477, 8.5786], t = 3.3867, p = .001$ (Figura 1).

A percepção da gravidade de sintomas não foi um moderador significativo na relação entre intensidade de dismenorreia e QV ($\beta = -2.3728, 95\% \text{ CI } [-5.1457, .4001], t = -1.6947, p = .0928$), entre intensidade de disúria e QV ($\beta = -1.9738, 95\% \text{ CI } [-5.9867, 2.0390], t = -.9741, p = .3320$), entre intensidade de disquezia e QV ($\beta = -1.4462, 95\% \text{ CI } [-4.0987, 1.2063], t = -1.0798, p = .2825$) e entre intensidade de dispareunia e QV ($\beta = -1.7178, 95\% \text{ CI } [-4.3986, .9629], t = -1.2691, p = .2069$).

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

Tabela 4

Variáveis que contribuem para a Satisfação Sexual

Variáveis	Modelo 1			Modelo 2		
	B	EP B	β	B	EP B	β
Frequência da Atividade Sexual	.627	.144	.378***	.347	.123	.209**
Intensidade Dispareunia	-.321	.160	-.173*	-.227	.130	-.123
Morbilidade Psicológica				.053	.066	.060
Satisfação Conjugal				.913	.114	.595***
R² (R² Aj.)		.177 (.162)			.484 (.465)	
F for change in R²		11.861***			32.116***	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

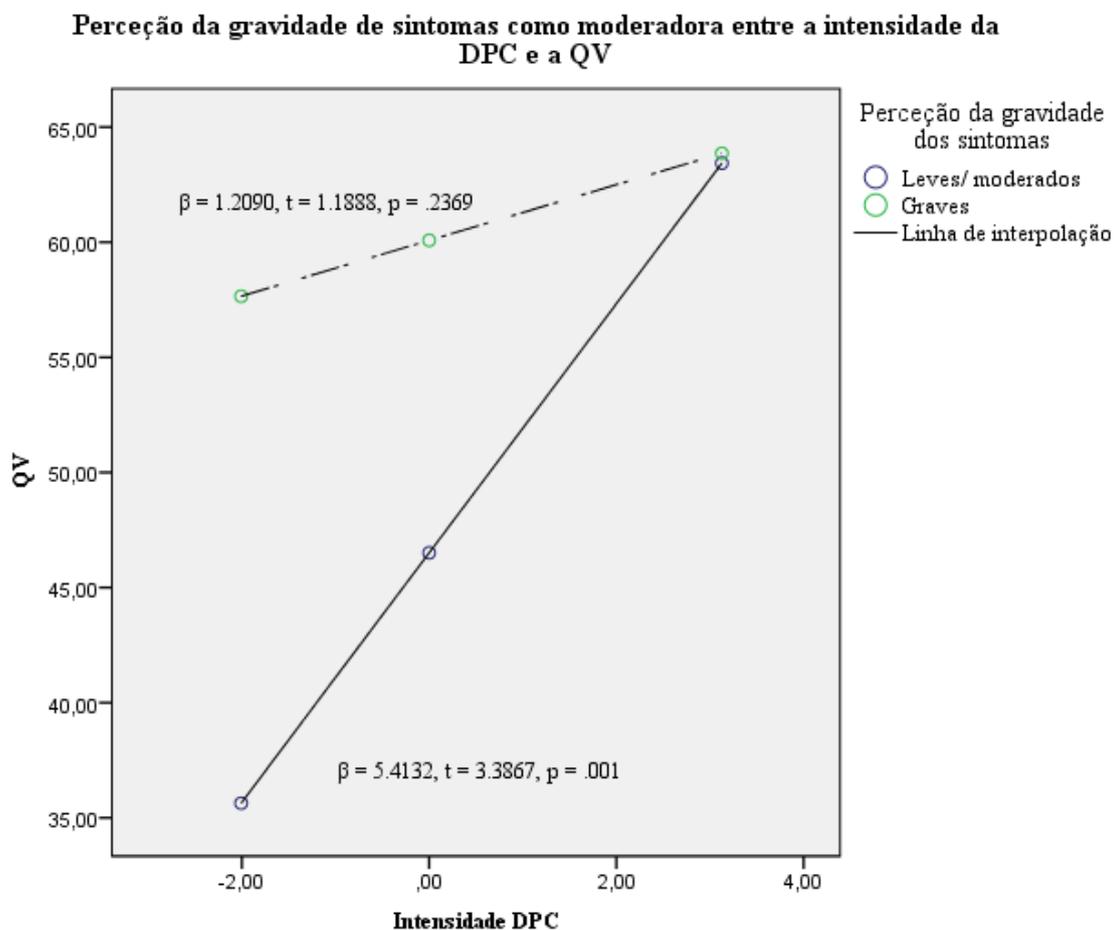


Figura 1. Papel moderador da Percepção de Gravidade de sintomas na relação entre intensidade de Dor Pélvica Crônica e Qualidade de Vida

Percepção da Gravidade de Sintomas como moderadora entre intensidade dos sintomas (Dismenorreia, Disúria, Disquêzia, Dispareunia e Dor Pélvica Crônica) e a Satisfação Sexual

Ao nível do papel moderador da percepção da gravidade de sintomas entre a intensidade dos sintomas e a SS não se encontraram resultados significativos. Não foi um moderador significativo entre a intensidade de dismenorreia e SS ($\beta = -.4069$, 95% CI [-1.1146, 3008], $t = -1.1386$, $p = .2572$), entre intensidade de disúria e SS ($\beta = -.4499$, 95% CI [-1.4635, .5636], $t = -.8792$, $p =$

.3811), entre intensidade de disquezia e SS ($\beta = -.3924$, 95% CI [-1.0853, .3004], $t = -1.1217$, $p = .2643$), entre intensidade de dispareunia e SS ($\beta = .0953$, 95% CI [-.5821, .7728], $t = .2787$, $p = .7810$) e entre intensidade de DPC e SS ($\beta = -.4975$, 95% CI [-1.4875, .4926], $t = -.9952$, $p = .3217$).

Discussão

Neste estudo verificou-se que as mulheres com endometriose que faltaram ao trabalho são as que reportam ter pior QV. Este resultado vai ao encontro da literatura, pois diversos estudos apontam que em mulheres com endometriose, um nível mais elevado de dor tem uma associação com baixa capacidade laboral (Hansen, 2013) e experienciam uma perda na sua produtividade e consequentemente apresentam pior QV (Nnoaham et al., 2011; Fourquet et al., 2010).

Não se encontrou uma relação significativa entre a realização de cirurgia e a QV, nem entre a realização de cirurgia e a SS, ao contrário do que era esperado, pois a literatura revela que a cirurgia está associada a melhoria significativa da QV e SS nestas mulheres, após 6 e 12 meses (Porto et al., 2015; Setala et al., 2012; Mabrouk et al., 2011). Este resultado pode ser explicado pelo facto da média (meses) do tempo pós - cirurgia ser bastante superior a 12 meses ($M = 31.80$, $DP = 37.79$) e também porque apesar da cirurgia estar relacionada com melhorias na QV, não resolve os aspetos psicológicos relacionados com a QV e SS (Chen et al., 2016; Friedl et al., 2015; Simoens et al., 2012; Sepulcri Rde e do Amaral, 2009).

As mulheres que experienciam pior QV são as que consideram os seus sintomas como graves. É sabido que a endometriose é uma doença crónica, tal como o cancro. Apesar de não existirem estudos em endometriose que relacionem estas variáveis, um estudo sobre o cancro do pulmão, demonstra que os pacientes que reportaram sintomas como mais graves, foram os que apresentaram menor QV quando comparados aos que reportavam sintomas mais leves ou moderados (Franceschini, Jardim, Fernandes, Jamnik & Santoro, 2013). Durante a recolha de dados, as senhoras consideraram a gravidade dos sintomas em função da dor que sentiam, i.e. mais dores significava sintomas mais graves e menos dor, sintomas mais leves. Tendo em consideração que pacientes com mais dor têm pior QV comparados com os que têm menos dor (Sepulcri Rde e do Amaral, 2009; Souza et al., 2011), este resultado vai ao encontro da literatura.

Verificou-se ainda que a intensidade dos sintomas de disquezia, dispareunia e DPC também estavam associados positivamente com a QV, sendo concordante com a literatura em

que é evidenciado que mulheres com maior intensidade de dor têm pior QV (Minson et al., 2012). A intensidade da dismenorreia e de disúria não se relacionaram significativamente com a QV, podendo ser explicado por serem menos comuns em comparação com a outra sintomatologia clínica, em que há uma evidente preocupação com os sintomas de DPC e dispareunia (Lorençatto et al., 2006; Vercellin et al., 2013; Facchin et al., 2015).

Verificou-se ainda que a intensidade do sintoma dispareunia estava correlacionado negativamente com a SS, sendo concordante com a literatura pois esta dor parece estar associada a uma diminuição da SS do casal (Hummelshoj, De Graaff, Dunselman & Vercellini, 2014; Vercellin et al., 2013). A frequência de atividade sexual também esteve relacionada, mas de forma positiva, sendo que parece haver uma importância desta atividade na satisfação da mulher (Vercellin et al., 2013).

Maiores níveis de morbidade psicológica estão associados a pior QV e a pior SS, sendo este resultado corroborado pela literatura em que é constatado que as mulheres com endometriose tem maior risco de desenvolver depressão e perturbação de ansiedade, em comparação com as mulheres sem endometriose (Chen et al., 2016; Friedl et al., 2015), estando esta sintomatologia muito presente nas mulheres com este diagnóstico (Sepulcri Rde e do Amaral, 2009), principalmente quando têm o sintoma de DPC, tendo menores níveis de QV (Facchin et al., 2015; Lorençatto et al., 2006). Também estão presentes na literatura resultados que identificam a relação existente entre maior morbidade psicológica e pior SS, muitas vezes associada à dispareunia (Hummelshoj, De Graaff, Dunselman & Vercellini, 2014; Vercellin et al., 2013).

Verificou-se ainda que pacientes com maior insatisfação conjugal apresentaram pior QV e pior SS. Este resultado vai ao encontro da literatura que reporta a endometriose associada a causas de término de relações, a maior insatisfação conjugal e, conseqüentemente, a pior QV e pior SS (Boerner & Rosen, 2015; De Graaff et al., 2013).

Verificou-se uma relação positiva entre a frequência de atividade sexual e a SS, demonstrando que um maior número de atividade melhora a SS, bem como um menor número está associado a menor SS. Este resultado vai ao encontro da literatura, uma vez que a frequência de atividade sexual é diminuída em mulheres com sintomas de endometriose, muitas vezes nula devido à dor presente nesta atividade, o que diminui a SS destas mulheres (Vercellin et al., 2013).

A SS correlacionou-se também de modo negativo com a QV, sendo que uma maior satisfação está associada a uma melhor QV e mulheres mais insatisfeitas sexualmente apresentam pior QV. É evidente na literatura que a dispareunia é um dos sintomas mais comuns da endometriose (Abrão, 1995; Golfier et al., 2018), e que este sintoma interfere com a sexualidade das mulheres e tem uma influência negativa nas relações (Fagervold et al.; 2009) e conseqüentemente na sua QV (Jia et al., 2013).

Neste estudo, verificou-se que faltar ao trabalho e maior morbidade psicológica contribuíram significativamente para uma pior QV, o que seria de esperar tendo em conta o impacto dos sintomas da endometriose na vida ocupacional das doentes (Nnoaham et al., 2011; Fourquet et al., 2010; Hansen, 2013) e o impacto da morbidade psicológica na QV (Chen et al., 2016; Friedl et al., 2015; Sepulcri Rde e do Amaral, 2009; Lorençatto et al., 2006). Este resultado destaca a importância dos aspetos psicológicos na QV das mulheres com endometriose, sendo necessário sinalizar as que faltam ao trabalho.

Quanto às variáveis que contribuíram significativamente para a SS, num primeiro modelo, destacaram-se a frequência de atividade sexual e a intensidade da dispareunia. É evidente na literatura o impacto da intensidade da dispareunia ao nível da SS sendo incapacitante, podendo estar associada a uma disfunção sexual (Jia et al., 2013) e tornando as mulheres insatisfeitas, sendo reportada maior SS em mulheres com mais frequência de atividade sexual (Vercellin et al., 2013). No entanto, no modelo final, com a junção das variáveis psicológicas, a significância da contribuição da intensidade da dispareunia desapareceu, ficando a frequência de atividade sexual e a satisfação conjugal como variáveis que contribuem mais significativamente para uma melhor SS. É sabido que a sexualidade é complexa e multidimensional, sendo influenciada pelo bem-estar físico, psicológico e social (Fritzer, Tammaa, Salzer & Hudelist, 2013). A satisfação conjugal está também associada à satisfação sexual (Fagervold et al., 2009; DeLamater, 1991; De Graaff et al., 2013; Giuliani et al., 2016).

Os resultados revelaram o papel moderador da percepção da gravidade dos sintomas na relação entre a intensidade da DPC e a QV, na medida em que é mais forte quando as mulheres percebem ter sintomas leves/moderados. A intensidade da dor está diretamente relacionada com a QV (Minson et al., 2012; Sepulcri Rde e do Amaral, 2009; Souza et al., 2011), em que maior intensidade está associado a pior QV. O papel moderador da percepção da gravidade dos sintomas nesta relação faz sentido na medida em que, em doenças crônicas, doentes que

percecionam sintomas mais leves têm melhor QV (Franceschini et al., 2013). Este resultado ter ocorrido apenas para a intensidade da DPC poderá ser explicado pelo facto da DPC ser dos sintomas mais impactantes com efeitos negativos na QV (Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes & Matos, 2006; Facchin et al., 2015).

A percepção da gravidade de sintomas pode exercer um efeito moderador entre a doença crónica e a sua condição física e a SS (Verschuren et al., 2010) no entanto tal não foi verificado para a relação entre a intensidade dos sintomas e SS. Tal seria de esperar para a dispareunia, visto ser o sintoma mais associado à SS (Basson, 2008; Fagervold et al.; 2009; Jia et al.;2013), no entanto este resultado pode ser explicado pelo facto de nesta amostra a média de intensidade de dispareunia ter sido baixa, sendo de 3.38 ($DP = 3.92$) numa escala de 0 a 10.

Limitações e Implicações futuras

O presente estudo apresenta algumas limitações que são importantes ter em conta. O facto de ser um estudo transversal (que inviabiliza tecer relações causais), o facto de a amostra ter um nível elevado de educação e também os instrumentos serem todos de autorrelato. No futuro, seria pertinente realizar-se um estudo longitudinal de modo a acompanhar as mulheres desde o momento em que o diagnóstico é realizado até às diferentes fases do tratamento, e analisar as mudanças nas variáveis psicológicas, na QV e na SS ao longo do tempo. Tendo em conta que a Endometriose é uma doença crónica e com implicações na sexualidade do casal, seria importante realizar estudos que incluíssem a díade, ou seja, mulheres e respetivos parceiros, no sentido de estudar não só ao nível da SS, como da QV de ambos e avaliar também a vinculação, para estudar como a doença e os seus tratamentos têm implicações na dinâmica conjugal. Seria ainda pertinente incluir mulheres de diferentes níveis socioeconómicos, baixos, médios e altos, comparando-os. Visto que o impacto da Endometriose ainda está pouco estudado, seria ainda interessante a realização de estudos qualitativos, incluindo mulheres e parceiros, de modo a aprofundar a experiência da doença na díada.

Conclusão

Após os resultados deste estudo, torna-se importante destacar que faltar ao trabalho e mais morbidade psicológica contribuíram para uma pior QV, sendo evidente que é necessário existir um acompanhamento das mulheres com endometriose ao nível psicológico, no sentido de

diminuir a sua sintomatologia ansiosa e depressiva, sinalizando e monitorizando em particular as mulheres que, devido à doença, estão a faltar ao trabalho. Na SS, as variáveis que contribuíram de forma positiva foram a frequência de atividade sexual e a satisfação conjugal, tornando-se pertinente juntar os parceiros à linha da frente da intervenção com estas mulheres. Tendo em conta o papel moderador da perceção da gravidade de sintomas na relação entre a DPC e a QV, esta perceção da doença deve ser alvo de um trabalho por parte dos profissionais. Assim, para as mulheres com endometriose, deve-se fornecer apoio multidisciplinar de modo a melhorar a sua QV e SS. Os programas a realizar devem ter em conta esta multidisciplinariedade, focando ao nível psicológico na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva e nas representações da doença, nomeadamente a perceção da gravidade de sintomas, devendo a intervenção focar-se na díada, englobando os parceiros.

Referências

- Abrão, M. S., Podgaec, S., Izzo, C. R., Melo, P. V., Porto, R. C., Ramos, L. O., & Pinotti, J. A. (1995). Perfil epidemiológico e clínico da endometriose: Estudo de 180 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, *17*(8), 779-784. Retirado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=164696&indexSearch=ID>
- Agarwal, S. K., Chapron, C., Giudice, L. C., Laufer, M. R., Leyland, N., Missmer, S. A., ... Taylor, H. S. (2019). Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *1*, 1-11. doi:10.1016/j.ajog.2018.12.039
- American Society for Reproductive (1997). Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*, *67*, 817-821. doi:10.1016/s0015-0282(97)81391-x
- Baldi, A., Campioni, M., & Signorelli, P. (2008). Endometriosis: Pathogenesis, diagnosis, therapy and association with cancer (Review). *Oncology Reports*, *19*, 843-846. doi:10.3892/or.19.4.843
- Basson, R. (2008). Women's sexual function and dysfunction: Current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, *20*, 466-478. doi:10.1038/ijir.2008.23
- Boerner, K. E., & Rosen, N. O. (2015). Acceptance of vulvovaginal pain in women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with pain, psychological, and sexual adjustment. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*, 1450-1462. doi:10.1111/jsm.12889
- Castellanos-Torres, E., Álvarez-Dardet, C., Ruiz-Muñoz, D., & Pérez, G. (2013). Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective. *Annals of Epidemiology*, *23*, 150-156. doi:10.1016/j.annepidem.2012.12.010
- Chen, L., Hsu, J., Huang, K., Bai, Y., Su, T., Li, C.,.... Chen, M. (2016). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 282-285. doi:10.1016/j.jad.2015.10.030
- De Graaff, A. A., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., & Simoons, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing:

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

Results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 28, 2677–2685.
doi:10.1093/humrep/det284

DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

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, 135-141.
doi:10.3109/0167482X.2015.1074173

Fagervold, B., Jenssen, M., Hummelshoj, L., & Moen, M. H. (2009). Life after a diagnosis with endometriosis - a 15 years follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 914-919.
doi:10.1080/00016340903108308

Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A.,... Flores, I. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*, 93, 2424-2428. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.017

Franceschini, J., Jardim, J. R., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2013). Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: Análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 39(1), 23–31. doi:10.1590/s1806-37132013000100004

Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R.,... Bottcher, B. (2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: An Austrian perspective. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292, 1393-1399. doi:10.1007/s00404-015-3789-8.

Fritzer, N., Tammaa, A., Salzer, H., & Hudelist, G. (2014). Dyspareunia and quality of sex life after surgical excision of endometriosis: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 173, 1-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.10.032

Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21, 572–58. doi:10.1037/0893-3200.21.4.572

Giudice, L. C. (2010). Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 362, 2389-2398.
doi:10.1056/NEJMc1000274

- Giuliani, M., Cosmi, V., Pierleoni, L., Recine, A., Pieroni, M., Ticino, A.,... Simonelli, C. (2016). Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. *Sexologies*, 25(1), e12-e19 doi:10.1016/j.sexol.2015.03.004
- Golfier, F., Chanavaz-Lacheray, I., Descamps, P., Agostini, A., Poilblanc, M., Rousset, P., ... Dara, E. (2018). The definition of Endometriosis Expert Centres. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 47, 179–181. doi:10.1016/j.jogoh.2018.02.003
- Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Baldursson, E. B., Schultz, R., & Forman, A. (2013). The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: A study of Danish endometriosis patients in employment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169, 331–339. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.03.008
- Hummelshoj, L., De Graaff, A., Dunselman, G., & Vercellini, P. (2014). Let's talk about sex and endometriosis. *The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 40(1), 8-10. doi:10.1136/jfprhc-2012-100530
- Jia, S. Z., Leng, J. H., Sun, P. R., & Lang, J. H. (2013). Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, 121, 601-606. doi:10.1097/AOG.0b013e3182835777
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 25, 123–133. doi:10.1080/01674820400002279
- Levy, S. B. (2018). *Patient education: Endometriosis (Beyond the Basics)*. Consultado em Setembro 24, 2018 em <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-beyond-the-basics>
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 44, 151-160. doi:10.1177/003435520104400305
- 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*, 85(1), 88-92. doi:10.1080/00016340500456118

- Mabrouk, M., Montanari, G., Guerrini, M., Villa, G., Solfrini, S., Vicenzi, C., ... Seracchioli, R. (2011). Does laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 98. doi:10.1186/1477-7525-9-98
- Marqui, A. B. T. (2014). Endometriose: Do diagnóstico ao tratamento. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 3(2), 97-105. Retirado de: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/809>
- Minson, F. P., Abrão, M. S., Sardá Júnior, J., Kraychete, D. C., Podgaec, S., & Assis, F. D. (2012). Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(1), 11-5. doi:10.1590/S0100-72032012000100003
- Nácul, A. P., & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(6), 298–307. doi:10.1590/s0100-72032010000600008
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C.,... Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96, 366-373. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.05.090
- 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). *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28, 347-356. doi:10.20344/amp.5778
- Oliveira, J. T. D. (2000). Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58, 360–365. doi:10.1590/s0004-282x2000000200027
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pereira, M.G., Castanheira, E., & Fernandes, D. (2016). Versão de Investigação do Índice de Satisfação Conjugal. *Grupo de Investigação em Saúde Familiar & Doença*, Escola de Psicologia . Universidade do Minho. Braga.

QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO SEXUAL NA ENDOMETRIOSE CLÍNICA

- Pascoal, P., Narciso, I., Pereira, N., & Ferreira, A. (2013). Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26, 691-700. doi:10.1590/s0102-79722013000400009
- Pedro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1), 99-108. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000100008
- Petrelluzzi, K. F., Garcia, M. C., Petta, C. A., Grassi-Kassisse, D. M., & Spadari-Bratfisch, R. C. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress*, 11, 390–397. doi:10.1080/10253890701840610
- Porto, B. T. da 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. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37, 87–93. doi:10.1590/so100-720320140004650
- Sepulcri, R. P., & do Amaral, V. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53-56. doi:10.1016/j.ejogrb.2008.09.003
- Setälä, M., Harkki, P., Matomäki, J., Mäkinen, J., & Kossi, J. (2012). Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 692–698. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01394.x
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., ... D'Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: Costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 27, 1292–1299. doi:10.1093/humrep/des073
- Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F., & Cunha Filho, J. S. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis

diagnosis-A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 41. doi:10.1186/1477-7525-9-41

Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., Araujo, F. F., Girão, M. J. B. C., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 497-503. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x.

Vandenberghe, L. (2005). Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 47–54. doi:10.1590/s0102-79722005000100007

Vercellini, P., Frattaruolo, M. P., Somigliana, E., Jones, G. L., Consonni, D., Alberico, D., & Fedele, L. (2013). Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: Effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Human Reproduction*, 28, 1221–1230. doi:10.1093/humrep/det041

Verschuren, J. E. A., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*, 47, 153–170. doi:10.1080/00224491003658227

ANEXOS

Anexo I – Comissão de Ética Centro Materno Infantil do Norte (Porto)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

centro hospitalar do Porto

Ex.mo Senhor
Dr. Paulo Barbosa
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Porto (CHP),

*Análise como proposta,
A respeito do processo
legal e do vector do CHUP*

Porto e Centro Hospitalar do Porto, 15 de Outubro de 2018

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

17 OUT 2018 / 17/10/18

Dr. PAULO BARBOSA

Dr.ª ELIA GOMES

Presidente

Vogal Executiva

Prof. Doutor JOSÉ BARROS

Dr. RUI PEDROSO

Diretor Clínico

Vogal Executivo

Assunto: Projeto de investigação 2018-045 (042-DEFI/042-CES)

Parecer do ponto de vista clínico, a pedido do Presidente do Conselho de Administração.

Enf. EDUARDO ALVES
Enfermeiro Diretor

A população do estudo integra mulheres seguidas no CHP e seus parceiros sexuais.

O investigador principal e o aluno de mestrado não são médicos, nem têm quaisquer vínculos formais ao CHUP. Um dos investigadores é médico especialista de ginecologia do CHP.

A relação do CHUP com os seus doentes tem de ser mediada pelos seus médicos especialistas. Logo, cabe ao investigador médico do Centro Hospitalar do Porto garantir um conjunto de tarefas e funções, que pode delegar nos seus pares, mas não em investigadores alheios à instituição, designadamente:

1. Apresentação do estudo à doente.
2. Obtenção e co-assinatura do consentimento informado escrito;
3. Obtenção de uma autorização escrita para que a equipa de investigação contacte o parceiro sexual.
4. Encaminhamento para uma equipa de saúde mental das doentes a quem durante o estudo for identificada sintomatologia psiquiátrica relevante (associada à endometriose ou despertada pelas perguntas do próprio questionário).

Com os melhores cumprimentos,

José Barros
Diretor Clínico

Anexo II – Comissão de Ética Hospital da Luz de Lisboa



**Comissão de Ética para a Saúde
Hospital da Luz**

Exma. Sr.ª Dr.ª Filipa Osório
Serviço de Ginecologia
Hospital da Luz

Ref. CES/40/2018/ME

07 de Dezembro de 2018

ASSUNTO: ESTUDO “Qualidade de vida na Endometriose: preditores individuais e conjugais”

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, reunida a 06 de Dezembro de 2018, aprovou a realização do estudo apresentado “Qualidade de vida na Endometriose: preditores individuais e conjugais” do qual é V. Exa. Investigador principal.

Pel’ A Comissão de Ética para a Saúde

Manuela Escumalha, Presidente

Anexo III – Comissão de Ética Hospital de Braga



Comissão de Ética para a Saúde

Reunio
24.09.18
N

21 de Setembro de 2018

Ref^o 02/2018

Relator: Sara Barroso

autuizado
Barros
20180927

Parecer emitido em reunião plenária de 20 de setembro de 2018

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) em relação ao estudo **“Qualidade de Vida na Endometriose: Preditores Individuais e Conjugais”**, de que é investigadora principal M.Graça Pereira, Departamento de Psicologia Aplicada; Escola de Psicologia, Universidade do Minho orientador a Dr^a Cristina Nogueira-Silva; Universidade do Minho - Escola de Medicina; ICVS e Médica Assistente no Serviço de Ginecologia do Hospital de Braga (HB), emite o seguinte parecer:

a) A endometriose é uma condição ginecológica crónica que afeta aproximadamente 176 milhões de mulheres em todo o mundo, sendo que 1 em cada 10 mulheres em idade reprodutiva tem este diagnóstico. Esta condição caracteriza-se pelo crescimento do tecido uterino (endométrio) fora do útero, como por exemplo nos ovários, trompas de falópio, entre outros. Não existe cura para a endometriose e, embora algumas mulheres reportem poucos ou nenhuns sintomas, é comum a presença de dor pélvica e infertilidade. Estudos referem que os sintomas da endometriose têm um impacto psicossocial negativo na qualidade de vida destas mulheres, nomeadamente nas atividades de vida diária, funcionamento físico e socialização. Além disso, mulheres com endometriose reportam níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress emocional, quando comparadas com a população geral. A dor pélvica pode também interferir na relação conjugal e funcionamento sexual, não só da mulher, mas também do seu parceiro. O estudo revela-se pertinente pela necessidade de adotar uma abordagem sistémica, avaliando também a perspetiva do parceiro da mulher com endometriose, no sentido de desenvolver intervenções que contemplem a díade pacientes-parceiros. Os critérios de divulgação dos resultados do estudo não estão ainda definidos.

b) Trata-se de um estudo prospetivo, quantitativo, transversal e multicêntrico, que tem como objetivo geral avaliar os preditores individuais e conjugais da Qualidade de vida (QV) na

endometriose. O projeto contempla a aplicação de questionários validados que conjugam variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, possibilitando o estudo do impacto da endometriose na díada conjugal, no sentido de aumentar a adaptação à doença e qualidade de vida. São objetivos específicos do estudo definir o perfil clínico nas mulheres; avaliar a relação entre a vinculação, satisfação conjugal, satisfação sexual, funcionamento sexual e a QV bem como o papel mediador da satisfação sexual e o papel moderador do funcionamento sexual. Nos parceiros pretende-se avaliar os preditores da satisfação sexual. O estudo pretende, ainda, analisar o papel da vinculação na satisfação conjugal e sexual, mas ao nível da díada conjugal.

c) Os participantes no estudo beneficiarão da identificação da necessidade de apoio psicológico e respetiva referenciação ao serviço de Psicologia e ter conhecimento dos resultados alcançados. Prevê-se que da realização do estudo não advirão riscos para os participantes.

d) A aptidão do investigador principal e dos restantes membros da equipa está demonstrada.

e) As condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo clínico estão reunidas.

f) Não está prevista a retribuição ou compensação eventuais dos investigadores e dos participantes no estudo clínico.

g) A amostra será recolhida no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HB e do Centro Hospitalar do Porto. As pacientes serão convidadas a participar no estudo por indicação do seu médico assistente após apresentação do estudo, do conteúdo dos questionários a aplicar e modelo de consentimento informado. Serão incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de endometriose que tenham um parceiro conjugal. Os parceiros também serão convidados a participar no estudo. Por sua vez, serão excluídas pacientes com doença psiquiátrica ou outra doença crónica incapacitante.

Os participantes serão convidados a responder à seguinte bateria de questionários:

Pacientes

- Questionário Sociodemográfico e Clínico (Versão de Investigação de Pereira & Nogueira-Silva, 2017)

- Questionário de Qualidade de Vida - Endometriose (EHP-30; Jones, Kennedy, Barnard, Wong, & Jenkinson, 2001; Versão Portuguesa de Nogueira-Silva et al., 2015)

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Versão Portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, & Silva, 1999)

- Índice de Satisfação Conjugal (Versão Portuguesa de Pereira, Castanheira, & Fernandes, 2016)

- Global Measure of Sexual Satisfaction (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013)

- Experiences in Close Relationships Scale (Wei, Russel, Mallinckrodt, & Vogel, 2007; Versão de Investigação de Pereira & Bacalhau, 2010).

Parceiros

- Questionário Sociodemográfico (Versão de Investigação de Pereira, 2017)

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, & Silva, 1999)

- Índice de Satisfação Conjugal (Versão Portuguesa de Pereira, Castanheira, & Fernandes, 2016)

- Global Measure of Sexual Satisfaction (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013)

- Experiences in Close Relationships Scale (Wei, Russel, Mallinckrodt, & Vogel, 2007; Versão de Investigação de Pereira & Bacalhau, 2010).

h) Não são referidas situações de conflito de interesses por parte dos membros da equipa de investigação.

i) O acompanhamento clínico dos participantes não será influenciado pela participação no estudo. Os participantes conhecerão os resultados do estudo e serão referenciados ao serviço de Psicologia em caso de identificação de necessidade de suporte psicológico.

j) Os questionários a aplicar abordam a vida íntima da paciente e do casal, dados considerados sensíveis, pelo que foi efetuada a notificação à CNPD, tendo sido obtida a Autorização nº 7116/ 2018 que considera existir justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação. Considera ainda que o fundamento de legitimidade é o consentimento do titular. O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de



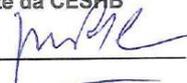
Comissão de Ética para a Saúde

nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida dos investigadores e, de acordo com a Autorização nº 7116/2018, deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

k) Atendendo ao conteúdo dos questionários, recomenda-se que estes sejam mostrados aos potenciais participantes no estudo num momento prévio à assinatura do modelo de consentimento informado, diminuindo o desconforto que poderão sentir no decorrer do estudo.

Em suma, o estudo cumpre os princípios da Bioética, pelo que a CES HB nada tem a opor à sua realização.

O Presidente da CESH



(Dr. Juan R. Garcia)