

ANDRESA MARIA FELIPE DE PAIVA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS PACIENTES COM
ENDOMETRIOSE PROFUNDA E COMPROMETIMENTO
INTESTINAL QUE AGUARDAM CIRURGIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia.

SÃO PAULO

2019

ANDRESA MARIA FELIPE DE PAIVA

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS PACIENTES COM
ENDOMETRIOSE PROFUNDA E COMPROMETIMENTO
INTESTINAL QUE AGUARDAM CIRURGIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia.

Área de Concentração: Reinserção Social

Orientadora:

Profa. Dra. Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro

SÃO PAULO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Paiva, Andresa Maria Felipe de

Aspectos psicológicos das pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal que aguardam cirurgia./ Andresa Maria Felipe de Paiva. São Paulo, 2019.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Pesquisa em Cirurgia.

Área de Concentração: Reinserção Social

Orientadora: Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro

1. Endometriose/ psicologia
2. Endometriose/ complicações
3. Intestinos
4. Período pré-operatório

BC-FCMSCSP/14-19

DEDICATÓRIA

A meus pais, **Ladislau e Sandra**,
por todo o amor, carinho e dedicação, a quem sou grata a vida toda
por me ensinarem a conquistar os meus sonhos.

Ao meu irmão, **Ailton**, apoio incondicional,
e pelos meus sobrinhos tão carinhosos, **Miguel e Maria Luiza**.

Aos meus avós, **Jairo, Marlene, Ailton (*in memoriam*) e
Maria Francisca**, pelo apoio e valiosos conselhos.

Ao meu, **Tio Miguel**, pelo apoio e dedicação sempre que precisei
e por ser meu exemplo incondicional.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, **Profa. Dra. Helizabet Salomão Abdalla Ayroza Ribeiro**, por quem tenho admiração e respeito. A quem tenho como exemplo de profissional, mulher e mãe, além de eterna gratidão por ter me acolhido em seu serviço e ter me apoiado em minhas conquistas e meu aprendizado não poupando esforços em me ajudar sempre.

Ao **Prof. Dr. Paulo Ayroza Galvão Ribeiro**, Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a que tenho imensa gratidão e imensurável respeito; pelo seu incansável esforço em passar seus conhecimentos a todos.

À **Profa. Dra. Silvia Carramão da Silva**, que tanto admiro como médica e pessoa, por todos os ensinamentos e palavras construtivas. Suas considerações importantes em minha qualificação ajudaram-me a finalizar a tese.

Ao **Dr. Antonio Penteado Mendonça**, Provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, por quem tenho muita admiração.

Ao **Prof. Dr. Vilmar Marques de Oliveira**, cujos importantes conselhos engrandeceram e acrescentaram em muito a minha tese.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Schor**, que, por suas observações e considerações, honrou minha qualificação e enriqueceu a minha tese.

À **Dra. Beatriz Costa Porto**, que desde o início me ajudou com dedicação e comprometimento na minha tese, além de amiga, companheira e o fator principal na minha vinda para a Santa Casa.

Ao **Dr. Fabio Sakae**, excelente médico e ótimo amigo, por todos os seus incentivos e palavras construtivas nas dificuldades no decorrer desse período.

Aos amigos, **Dra. Anna Luiza Lobão e Dr Fabio Ohara**, sempre ao meu lado com incentivo e companheirismo.

Às amigas e colegas assistentes, **Grazielle Cervantes e Mariana Tomasi**, com quem dividi incentivo e apoio, grata pela amizade.

As Especializandas, **Aline Caroline, Luiza Mizuno e Marina Bonfim** pela oportunidade de convivemos, atuaram como amigos, incentivando-me a ser melhor.

Aos meus amigos, **Dr. Adriano Farah e Dra. Marina Maegawa**, que sempre estiveram do meu lado me apoiando com muito carinho e companheirismo.

Ao **Marcos Maeda** que, além de sempre disposto a me auxiliar na parte estatística da tese, não mediu paciência e competência para que eu chegasse em todos esses resultados.

À **Maria Antonieta Martins Ferreira**, cuja competência e carinho ajudaram na formatação da tese.

À Bibliotecária, **Sabia Mustafá**, pela exaustiva e cuidadosa revisão bibliográfica.

À **Virginia Ayres**, pela cuidadosa revisão em língua Portuguesa.

Ao **Daniel Gomes**, por sua ajuda em todo o meu Mestrado com muito carinho; sempre pronto a me ajudar.

À **Santa Casa de Misericórdia de São Paulo** e a **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, e às **pacientes** que contribuíram para a melhora de outras mulheres e da ciência.

ABREVIATURAS

AFS	<i>American Fertility Society</i>
EMEP	Escala Modo de Enfrentamento de Problemas
EPI	Endometriose Profunda Intestinal
EPP	Endometriose Pélvica Profunda
HAD	Escala de Ansiedade e Depressão
ISCMSP	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMP	Ressonância Magnética Pélvica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTME	Ultrassonografia Transvaginal para Mapeamento de Endometrioses
UTR	Ultrassonografia Transretal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO	11
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	12
3.1 Casuística	12
3.2. Metodologia	13
3.2.1. Coleta de dados	13
3.2.2. Questionários de Qualidade de Vida	13
3.2.3. Critérios de inclusão e exclusão	16
3.3. Métodos Estatísticos	16
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO	20
6. CONCLUSÃO	24
7. ANEXOS	25
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
RESUMO	42
ABSTRACT	43

1. INTRODUÇÃO

A endometriose é o desenvolvimento e crescimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina (Kennedy et al, 2005). Os primeiros relatos datam de 1869 quando Von Rokitanski encontrou, analisando materiais de necropsia, tecido endometrial fora do útero (Bianchi et al, 2007). Na sequência, em 1887, Pfannenstiel e Russel descreveram a presença de endometriose no septo retovaginal e no ovário respectivamente (Nisolle, Donnez, 1997; Martin et al, 2014).

A incidência geral de endometriose varia de 3% a 10% da população feminina (Eskenazi, Warner, 1997). Entretanto, a prevalência da endometriose pélvica, profunda ou superficial, em mulheres em idade reprodutiva é estimada em 10% a 20% da população geral feminina, sendo que pode atingir 30% a 50% das mulheres inférteis (Meuleman et al, 2009; Giudice, 2010). Em mulheres com dor pélvica crônica essa prevalência pode chegar a até 48% (Farquhar, 2000; Osório et al, 2016).

A Endometriose Pélvica Profunda (EPP) é definida como a presença de lesões com penetração em profundidade igual ou superior a 5mm a partir da superfície do peritônio, sendo então classificada em superficial quando não excede 5mm e profunda quando é igual ou superior a 5mm a partir da superfície do peritônio. Esta classificação tem uma representação clínica importante, uma vez que a doença profunda se associa a sintomas mais exuberantes (Cornillie et al, 1990).

A infiltração intestinal tem incidência que varia entre 5% e 12%, sendo observada em mais de metade das pacientes em estágios avançados da doença, sendo o reto e o sigmoide as áreas mais acometidas (Denny, 2004). Outros locais menos comumente envolvidos incluem a vagina, colo do útero, septo retovaginal, ceco, íleo, canais inguinais, cicatrizes perineais, bexiga urinária, ureteres e umbigo (Audebert et al, 2018).

Diversas teorias tentam explicar a endometriose e a teoria mais aceita foi descrita por Sampson, que em seu clássico estudo sobre endometriose peritoneal e ovariana propôs a primeira teoria etiopatogênica, a da menstruação retrógrada, fundamentado no achado peritoneal de fragmentos de endométrio advindos da cavidade uterina através das tubas (Sampson et al, 1927a). Dependendo do ambiente imunológico local e de fatores genéticos, estas células endometriais ao sofrerem adesão, fixação, neovascularização e proliferação, poderiam justificar a eclosão da doença (Eyster et al, 2007; Podgaec et al, 2007, 2010), porém não explicaria a endometriose em locais fora da cavidade pélvica.

De acordo com a outra teoria, a teoria da metaplasia celômica, o epitélio celômico de origem embrionária pode sofrer metaplasia por estímulos ambientais e/ou hormonais e se transformar em glândulas e estroma endometriais (Meyer, 1919).

Apesar dessas duas teorias serem as mais divulgadas, várias outras foram descritas tais como a da disseminação linfática e hematogênica que explicariam os focos a distância (Sampson et al, 1927b). A teoria genética e a imunológica, que, inclusive, justificariam a deficiência da eliminação de células endometrióticas de localização não usual (Weed, Arquembourg, 1980); entretanto, nenhuma explica a totalidade das possíveis manifestações da doença (Javert, 1949; Yuan et al, 2014).

A classificação de endometriose pode ser baseada em achados intra-operatórios ou histológicos. Existem duas classificações aceitas para achados intra-operatórios: a primeira proposta pela *American Fertility Society* (AFS), em 1978, que expressa um enfoque cirúrgico para a endometriose, visando duas vertentes como a padronização universal da doença e a caracterização do seu prognóstico reprodutivo (Yamamoto et al, 1997).

A *American Fertility Society*, revisada em 1985 e 1996, classificou a doença em quatro estágios, a partir de um escore decorrente da somatória de valores que são atribuídos a algumas características das lesões, como localização, extensão e associação com aderências (Yamamoto et al, 1997). Contudo, essa revisão é considerada incompleta, pois não inclui de forma adequada as lesões infiltrativas profundas, nem cumpre o propósito clínico inicial de correlacionar seus diferentes estágios com o prognóstico reprodutivo (Schenken et al, 1997).

Diante dos sintomas mais comuns da endometriose profunda observa-se a presença da tríade dismenorreia, dispareunia e sintomas intestinais, que estão presentes em 80% dos casos de endometriose profunda intestinal (EPI) (Fauconnier, Chapron, 2005); porém, também podem manifestar dor pélvica crônica, infertilidade, alterações urinárias e intestinais durante o ciclo menstrual, o que evidencia o seu caráter hormônio-dependente (Daraï et al, 2009; Fourquet et al, 2011). Vale ressaltar que metade das pacientes sintomáticas está em idade reprodutiva e é economicamente ativa, o que gera um impacto social e econômico importante (Treloar et al, 2010).

As evidências indicam que a intensidade da dor associada à endometriose não ocorre apenas em função do estadiamento da doença, do tempo de manifestação dos sintomas, mas influenciada por diversas outras variáveis, como fatores psicossociais (Sekula, 2010).

Em pacientes com endometriose intestinal, as manifestações clínicas são explicadas pela fixação do reto no colo uterino ou fórnice vaginal, estenose retal, micro-hemorragias cíclicas e inflamação na parede retal que provavelmente agem como fator irritante, causando aumento do peristaltismo, disquezia e sensação de esvaziamento retal incompleto (Roman et al, 2011). Pode também causar queixas importantes como diarreia, constipação, tenesmo, disquezia, sangramento retal, mudança de hábito intestinal, obstrução intestinal e até perfuração intestinal, tornando-se uma das principais responsáveis por interferir negativamente na qualidade de vida (Wattiez et al, 2013).

O exame físico dessa doença sugere realizar rotineiramente o toque vaginal, avaliando a presença de dor à mobilização cervical e do fundo de saco de Douglas, que podem ser considerados fatores preditivos de endometriose (Ribeiro et al, 2006). No entanto, o exame físico, quando empregado de forma isolada, possui capacidade limitada tanto para o diagnóstico como para a confirmação da extensão das lesões de EPP (Chapron et al, 2003; Abrão et al, 2007). Por estes motivos é necessário a realização de exames de imagem não invasivos para uma melhor avaliação.

Os exames complementares utilizados para investigação da endometriose são a Ultrassonografia Transvaginal para Mapeamento de Endometriose com Preparo Intestinal (UTME), Ressonância Magnética de Pelve (RMP) e a Ultrassonografia Transretal (UTR).

Dentre eles, a Ultrassonografia Transvaginal para Mapeamento de Endometriose (UTME) é considerada o método “padrão ouro” por apresentar boa sensibilidade e especificidade, 90,7% e 96,5% respectivamente (Bazot et al, 2004). Esse método é acessível e com bom custo, sendo uma das técnicas de primeira linha em ginecologia, pode ser utilizada para a detecção de cistos endometrióticos ovariano com uma sensibilidade de 93% e uma especificidade de 96%. É um exame bastante preciso para diagnosticar lesões em ligamentos útero-sacro; endometriose pélvica do septo retovaginal, com sensibilidade de 79% e especificidade de 94% e endometriose pélvica profunda com comprometimento intestinal (Dunselman et al, 2014).

O protocolo deste exame compreende a visualização do peritônio e estruturas nos compartimentos anterior e posterior, bem como no útero e nos ovários. Lesões sólidas hipocóicas nodulares com e sem componentes císticos, em diferentes estruturas da cavidade pélvica, foram consideradas altamente sugestivas para endometriose profunda. Da mesma forma, espessamento anormal hiperecogênico do peritônio foi considerado como um sinal de endometriose infiltrativa profunda (Nisenblat et al, 2016).

A Ultrassonografia Transvaginal para Mapeamento de Endometriose apresentou alta acurácia para o diagnóstico de endometriose intestinal (93,7%), uma vez que oferece a visão adequada da parede retal e, particularmente, da junção retossigmoide localizada próxima à área retrocervical. O desaparecimento da muscular própria normalmente hipocogênica, associado a uma massa hipocogênica irregular, indica comprometimento retal (Bazot et al, 2004).

A Ressonância Magnética de Pelve (RMP), no entanto, é considerada um método diagnóstico de custo mais elevado; em termos técnicos, para capturar detalhes sobre anatomia e patologia, os protocolos geralmente incluem imagens axiais, coronais e sagitais ponderadas em T1 e T2. A técnica de saturação de gordura axial e sagital são visualizadas em T1 com e sem contraste.

A parede da bexiga e o septo retovaginal devem ser avaliados em imagens sagitais e axiais em T2. Os ligamentos uterossacos e a parede retal são avaliados nas imagens coronal e axial ponderada em T2. Endometriomas são caracterizados por alto sinal em T1 e baixo sinal em imagens ponderadas em T2. Pelo contrário, endometriose infiltrativa profunda demonstra sinal baixo ou sinal anulado em imagens ponderadas em T2 (Alborzi et al, 2018).

A Ultrassonografia Transretal (UTR) é considerada uma opção em pacientes virgens que não podem realizar a ultrassonografia transvaginal; é realizada de bexiga vazia, utilizando gel lubrificante (Alborzi et al, 2018), os ligamentos uterossacos normais se apresentavam como arcos hipocogênicos e homogêneos de cada lado do colo uterino, enquanto eram espessos e irregulares quando acometidos pela endometriose. Ressalta-se, no entanto, que a acurácia, sensibilidade e especificidade deste método estão diretamente relacionadas com a experiência do examinador (Bazot et al, 2004).

Estes exames são de fundamental importância, tendo em vista que a média de atraso no diagnóstico da endometriose é de 6,7 anos, tempo este que as pacientes sofrem com a angústia de não ter um diagnóstico ou ter suas queixas desvalorizadas (Ballard et al, 2006).

Pacientes relatam que os sintomas severos da doença, principalmente em casos de diagnóstico tardio, comprometem negativamente a qualidade de vida e respondem pela perda de produtividade no trabalho (Nnoaham et al, 2011).

O diagnóstico pode ser tardio, intensificando a evolução da doença no que se refere à piora da qualidade de vida da paciente (Husby et al, 2003).

Diante do diagnóstico de endometriose baseado nos sintomas, exame físico e exames complementares, sugere-se iniciar o tratamento que pode ser medicamentoso ou cirúrgico (Ribeiro et al, 2006; Mereu et al, 2007). Para essa decisão, importante levar em consideração estágio da doença, repercussões clínicas, objetivando melhora na qualidade de vida (Alborzi et al, 2018; Sekula, 2010).

O tratamento cirúrgico na doença profunda mostrou eficácia na melhora da qualidade de vida nas mulheres com endometriose (Angioni et al, 2006, Mabrouk et al, 2011). A literatura mostra que o tratamento cirúrgico atenua a dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica e disquezia, melhorando, portanto, a qualidade de vida das pacientes (Koninckx et al, 1991; Sutton et al, 1994; Garry, 1997; Garry et al, 2000).

No que se refere à doença com acometimento intestinal, estudos realizados avaliaram a relação entre a melhor técnica cirúrgica e a qualidade de vida da paciente na Endometriose Pélvica Profunda, principalmente na endometriose profunda intestinal, sendo a escolha entre a ressecção segmentar ou nodulectomia (Roman et al, 2011).

Sugere-se a ressecção segmentar colorretal como melhor opção cirúrgica, tendo em vista o risco de lesões persistentes em aproximadamente 50% das mulheres que se submetem à ressecção superficial ou discal, com possibilidade de reabordagem cirúrgica e manutenção da dor (Fedele et al, 2004; Vignali et al, 2005; Remorgida et al, 2007). Por outro lado, as complicações nervosas e as fistulas pós-operatórias são maiores (Fedele et al, 2004; Vignali et al, 2005; Remorgida et al, 2007). A escolha pela nodulectomia oferece menor taxa de complicação, menor tempo cirúrgico e menor disfunção vesical (Minelli et al, 2009; Roman, 2010).

Porém, com as atuais técnicas cirúrgicas de preservação nervosa durante a dissecação do mesorreto minimizando assim a denervação retal, bem como faz parte da técnica de preservação nervosa durante a dissecação do paramétrio deixando intactos os feixes eferentes viscerais da bexiga (Ceccaroni et al, 2013).

Diversos autores que avaliaram mulheres com endometriose profunda, concluíram que houve melhora da qualidade de vida pós-exérese das lesões, comprovada pelo instrumento SF-36 (Mabrouk et al, 2011).

Silveira et al (2014), em seu estudo, comparou a qualidade de vida aplicando o questionário SF 36 em 40 pacientes em três momentos diferentes; antes da cirurgia para endometriose profunda com acometimento intestinal, 12 meses após a cirurgia e 48 meses após o procedimento e obteve significância estatística comprovando a melhora na qualidade de vida pós-operatória.

Estudos correlacionando qualidade de vida, utilizando o questionário SF-36, e a classificação histológica da endometriose também comprovou melhora importante da qualidade de vida comparando o pré-operatório com seis meses e 12 meses de pós-cirúrgico.

Em análise comparando especificamente pacientes que realizaram ressecção intestinal, devido a acometimento por endometriose, que foram avaliadas também pelo questionário SF-36 antes da cirurgia e um ano depois apresentaram importante melhora nos oito domínios, o que culminou numa melhora da qualidade de vida justificada pelo questionário como melhora dos dois grupos de saúde física e mental (Bassi et al, 2011).

A qualidade de vida da paciente melhora significativamente com o tratamento cirúrgico mostrando a importância da melhor opção com a equipe multidisciplinar (Ribeiro et al, 2006; Bassi et al, 2011; Mabrouk et al, 2011; Silveira et al, 2014).

1.1. QUALIDADE DE VIDA, ENDOMETRIOSE E ASPECTOS PSÍQUICOS

A relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando as investigações sistemáticas começaram a dar a sua importância devida (Auquier et al, 1997).

A qualidade de vida modificou a percepção de melhora, abrangendo o aspecto de saúde física e emocional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck et al, 1999).

Considera-se que a dor pélvica crônica na endometriose pode causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário das pacientes (Peveler et al, 1996; Mengarda et al, 2008). Entre essas alterações psíquicas, as mais comuns associadas à dor crônica são ansiedade e depressão, relatadas em 60% dos casos (Donnez et al, 1996; Sekula, 2010).

A incidência das alterações dos aspectos psíquicos relacionados à endometriose, como a depressão, é observada em 86% das mulheres associadas à dor pélvica crônica e 38% das mulheres não apresentam dor pélvica crônica e apresentam depressão (Lorenatto et al, 2002).

Tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização e, assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica (Ford et al, 2004).

A depressão é definida como uma doença que se caracteriza por mudanças no humor e pela perda de prazer em realizar atividades cotidianas, que antes eram prazerosas ou motivadoras (Ford, 1986).

A depressão é extremamente comum em pacientes com dor crônica e, portanto, endometriose, mas a relação entre essas duas condições continua controversa, assim como a ansiedade é vista como fator que poderia contribuir para o desenvolvimento da endometriose, como também tornar crônico o processo etiológico (Lorenatto et al, 2007).

O comportamento psíquico alterado (ansiedade e perda de produtividade nas atividades) em pacientes com endometriose pode ser explicada pelo medo de sentir dor e pela insegurança que têm em relação a problemas futuros e complicações decorrentes da doença; porém, maiores estudos são necessários para confirmar esses dados (Lorenatto et al, 2007). Comportamentos inadequados e ganhos secundários à dor se instalam e a pessoa apresenta tendência de isolamento e/ou de se sentir vítima (Abrão et al, 2000a; Lorenatto et al, 2007).

A ansiedade é um estado psíquico de apreensão ou medo provocado pela antecipação de uma situação desagradável ou perigosa (Laganà et al, 2017).

Os traços de personalidade de pacientes com endometriose são: ansiedade, autoexigência, insegurança, mecanismos de defesa estruturados, alta capacidade de controle e comando, intolerância diante das falhas humanas ou frente a situações de frustrações, não contato com suas emoções e onipotência (Abrão et al, 2000a).

O grande enigma da endometriose é o fato de que mulheres com comprometimento pélvico podem ser assintomáticas enquanto outras, com comprometimento pélvico mínimo, queixam-se de dores pélvicas intensas (Vercellini et al, 2007). Esta é a principal razão para verificar se existem diferenças nos aspectos psicológicos de determinadas pacientes que estão associadas ao aparecimento dos sintomas, principalmente da dor pélvica crônica (Abrão et al, 2000b; Lorencatto et al, 2002, 2007; Minson et al, 2012).

Apesar de alguns autores defenderem que a dor varia de acordo com a profundidade das lesões, observou-se a ausência de correlação direta entre o estágio da endometriose e a intensidade de seus sintomas. Há um grande número de mulheres assintomáticas, mesmo com quadro de endometriose grave (Ballard et al, 2008).

Estudos recentes constataram que pacientes com endometriose apresentam frequentemente sintomas como ansiedade, angústia, depressão, estresse e perda de produtividade no trabalho, o que configura nos estudos como sendo os causadores de um ciclo vicioso que tende a piorar os outros sintomas (Jia et al, 2012; Setälä et al, 2012; Taylor et al, 2013).

O impacto da endometriose, associado ao sintoma doloroso persistente, traz mudanças iniciais com a perda de um corpo saudável e ativo, que pode gerar um estado de dependência e limitações (Marques et al, 2004). Os relacionamentos, no geral, ficam prejudicados, pois geralmente as pessoas em volta, como a família, se desgastam por tantas queixas (Mengarda et al, 2008).

A intervenção da psicologia e fisioterapia são tratamentos sugeridos para melhorar a qualidade de vida das mulheres com endometriose (Lorencatto et al, 2002).

Sendo a doença e a dor crônica duas condições que comprometem a percepção cognitiva da paciente, a mesma apresenta dificuldade de adesão ao tratamento gerando resultados menos satisfatórios (Sekula, 2010).

Devido à diversidade de queixas, atualmente busca-se um tratamento multiprofissional que atenda às demandas físicas e psicológicas das mulheres com endometriose, uma vez que a depressão tem gerado afastamentos laborais e com isso prejuízo econômico, pois pode ser transformado em demissões em função dos constantes desconfortos relatados (Lorencatto et al, 2007; De Cicco et al, 2011). Uma vez comprovado que a cirurgia melhora a dor e conseqüentemente a depressão, ansiedade e outros aspectos psicológicos nas pacientes com endometriose profunda com comprometimento intestinal, decidimos estudar os aspectos psicológicos das pacientes que estão aguardando tratamento cirúrgico laparoscópico com ressecção intestinal, objetivando compreender melhor o comportamento psicológico dessas pacientes e poder ajudá-las.

2. OBJETIVO

-Avaliar os aspectos psicológicos mais afetados nas mulheres com endometriose profunda e comprometimento intestinal que aguardam o tratamento cirúrgico.

-Demonstrar qual o mecanismo utilizado por elas para tentar solucionar o problema.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. CASUÍSTICA

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (número do Parecer CAAE: 1.939.017) (Anexo I) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido das pacientes antes da aplicação do questionário (Anexo II). Todas as pacientes tinham diagnóstico de endometriose profunda com comprometimento intestinal, comprovado através de Ultrassonografia Transvaginal para Mapeamento de Endometriose (UTME).

Avaliamos 302 (trezentas e duas) mulheres com diagnóstico de endometriose profunda com comprometimento intestinal que aguardam o tratamento cirúrgico por cerca de cinco anos; todas fazem parte do ambulatório do setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). Destas, selecionamos 40 (quarenta) mulheres no período de maio de 2017 a maio de 2018 para participarem do estudo.

Realizamos inicialmente um estudo-piloto para o cálculo do tamanho amostral, no qual cinco pacientes responderam aos questionários de Ansiedade e Depressão (HAD) e da Escala de Enfrentamento de Problemas (EMEP), contidos nos Anexos III e IV, a fim de avaliar os aspectos psicológicos das mesmas.

Os questionários foram aplicados pela mesma pesquisadora (AMFP). Com base no projeto-piloto chegamos à conclusão de que seria necessário aplicar o questionário em 40 (quarenta) pacientes para chegarmos ao nosso objetivo, sendo estas as primeiras de maior gravidade da doença que estão em espera para realização do tratamento cirúrgico.

3.2. METODOLOGIA

3.2.1. COLETA DE DADOS

O questionário foi aplicado nas 40 (quarenta) mulheres pela pesquisadora (AMFP), no ambulatório do Setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Antes de iniciar a aplicação do questionário o mesmo era esclarecido para a paciente, que poderia aceitar ou não a participar do estudo, e quando de acordo com a pesquisa a mesma assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II).

Os dados foram armazenados em um banco de dados.

3.2.2. QUESTIONÁRIOS DE QUALIDADE DE VIDA

A escolha dos questionários foi realizada em conjunto com a equipe de Psicologia do Setor de Psicologia da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, de forma que pudessem ser aplicados pela pesquisadora AMFP, médica, e não necessariamente por uma psicóloga e que abrangessem analisar os aspectos psicológicos das pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal que se encontram na fila de espera para cirurgia por mais de cinco anos. Esta escolha baseou-se na experiência dos profissionais de ambos os setores com pacientes portadoras dessa doença, uma vez que as queixas psicológicas sempre foram marcantes nos ambulatórios.

Baseado nas premissas acima descritas aplicamos um questionário de Depressão e Ansiedade (HAD) e uma Escala Modo Enfrentamento de Problemas (EMEP), contidos nos Anexos III e IV respectivamente.

As pacientes foram contatadas por telefone pela própria pesquisadora, a fim de comparecerem ao ambulatório de Endometriose realizado pela equipe do Setor de Endoscopia e Endometriose da Santa Casa de São Paulo na própria instituição. Todas as pacientes concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que não houvessem dúvidas.

Em sua totalidade foi a pesquisadora que leu as questões e assinalou as repostas no ato da entrevista; neste momento a pesquisadora permanecia sozinha com a paciente com o intuito de evitar constrangimentos e possíveis intervenções de familiares.

Com relação à escala EMEP (Escala Modo de Enfrentamento de Problemas), é uma escala qualitativa, porém utilizamos números para podermos colocá-los de forma estatística:

Fator 1: Estratégia de enfrentamento focalizado no problema (bom enfrentamento);

Fator 2: Estratégia de Enfrentamento focalizado na emoção (tendem a ficar impactados e não partem para ação);

Fator 3: Buscas de práticas religiosas/pensamento fantasioso;

Fator 4: Busca de suporte social .

A escala é composta por 45 questões com cinco opções de resposta cada uma e apenas uma questão dissertativa; as questões com alternativa tinham como opções de resposta:

1- Eu nunca faço isso;

2- Eu faço isso um pouco;

3- Eu faço isso às vezes;

4- Eu faço isso muito;

5- Eu faço isso sempre.

As alternativas eram em números e não em letras como o habitual, a fim de podermos, no final, somar as repostas e dividir pelo número de questões aplicadas sobre cada fator de enfrentamento e então classificar as pacientes de acordo com as estratégias mais utilizadas já citadas em fatores anteriormente.

Com a finalidade de facilitar a análise estatística e compreender melhor os resultados, os fatores foram agrupados da seguinte maneira:

Grupo 1: composto por fator 1 (estratégia de enfrentamento focalizado no problema) e fator 3 (estratégia de enfrentamento baseada na busca religiosa), classificados como boas estratégias de enfrentamento.

Grupo 2: composto por fator 2 (estratégia de enfrentamento baseada na emoção) e fator 4 (estratégia de enfrentamento baseado no suporte social), consideradas estratégias de enfrentamento com menor poder de resolubilidade.

A partir dessa divisão por grupos foi avaliado qual dos grupos as pacientes utilizaram como principais estratégias para enfrentar a doença, de acordo com a pontuação obtida na aplicação do questionário EMEP classificamos as quatro primeiras estratégias utilizadas pela doente. Sendo o grupo com maior porcentagem utilizada classificado como primeira estratégia de enfrentamento mais utilizada pela paciente, a segunda estratégia seria a segunda alternativa que a paciente “lança mão” para solucionar seu problema e assim por diante, considerando no total quatro estratégias que serão correlacionadas entre si.

A questão dissertativa consiste em saber se a paciente utilizava alguma outra alternativa para lidar com a enfermidade em questão. A grande maioria das pacientes não soube responder ou negaram a utilização de algum recurso para ajudar no tratamento da doença.

Sobre a escala HAD – Escala de Depressão e Ansiedade (Anexo II), é composta por 14 questões de ansiedade e depressão intercaladas, ou seja, sete de depressão e sete de ansiedade. As alternativas também eram numéricas com o mesmo intuito de serem somadas no final, porém pontuações acima de sete trazem um resultado positivo para ansiedade e depressão enquanto que pacientes que obtiveram uma somatória igual ou menor que sete nas questões sinalizavam como negativos para ansiedade e/ou depressão.

O questionário foi aplicado da mesma forma que o anterior em que a paciente se encontrava sozinha na sala de atendimento do ambulatório com a pesquisadora e ele foi aplicado a seguir da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), porém com intervalo entre eles no qual a pesquisadora ressaltava à paciente que as respostas precisariam ser espontâneas, de como elas estavam se sentindo na última semana.

Somando os questionários foi aplicado um total de 60 questões sendo 59 com alternativas e uma dissertativa que demorou em média 50 minutos a 1h20, dependendo do grau de entendimento e da reação da paciente.

As respostas foram então analisadas e colocadas em dados estatísticos.

3.2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal, aguardando por tratamento cirúrgico em uso de tratamento hormonal ou não.

E foram excluídas pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal assintomáticas e sem riscos de perda de função de algum órgão. E ainda as pacientes com psicopatias já em tratamento pela psiquiatria e em uso de antidepressivos.

3.3. MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram coletados e armazenados e a análise foi feita pelo pacote estatístico SPSS for Windows versão 19.0.0.

O tamanho amostral foi calculado de acordo com o resultado dos questionários aplicados nas cinco primeiras pacientes utilizando um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%; encontramos que para a avaliação dos aspectos psicológicos deveriam ser aplicados em 34 pacientes os questionários HAD e EMEP, de forma que optamos por manter as 40 pacientes sugeridas no início do projeto.

Foi aplicado o teste **qui quadrado** para analisar os resultados apresentados: o nível de significância dos testes foi de 5%.

A análise foi feita pelo pacote estatístico SPSS for Windows versão 19.0.0.

4. RESULTADOS

Os resultados foram baseados nos questionários aplicados durante o estudo; o primeiro questionário sobre ansiedade e depressão (HAD- Tab. 1) e o segundo questionário sobre Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP- Tab. 2, 3 e 4).

Na Tabela 1 ficou demonstrada a associação positiva entre as pacientes que apresentaram ansiedade e depressão com uma porcentagem de 77,1% e uma forte associação negativa entre as pacientes que não apresentaram nem ansiedade e nem depressão com porcentagem de 80%, o que culminou com um *p* de **0.037** justificando a significância estatística desta associação.

Da casuística total selecionada deste estudo, apenas 10% não tinham depressão nem ansiedade; o restante (90%) possuía uma ou outra condição clínica ou as duas simultaneamente (Tab. 1). Considerando 35 pacientes portadoras de ansiedade e uma paciente com depressão.

TABELA 1– Avaliação do Grau de Ansiedade e Depressão em Mulheres da fila de espera para cirurgia de Endometriose Profunda Intestinal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2018.

		Ansiedade				Total		Teste de Qui-quadrado (p)	Resultado
		0-positivo		1-negativo		N	%		
		N	%	N	%				
Depressão	0-positivo	27	77,1%	1	20,0%	28	70,0%	0,037*	Ansiedade positiva mais associada a depressão positiva (ou negativa-negativa)
	1-negativo	8	22,9%	4	80,0%	12	30,0%		
Total		35	100,0%	5	100,0%	40	100,0%		

Na Tabela 2, referente ao questionário EMEP, observou-se a análise do tipo de enfrentamento de problemas frente à doença. Correlacionando a primeira forma de enfrentamento com a segunda forma, 90% das mulheres utilizaram como primeira e principal forma de enfrentar a doença os fatores 1 e 3 que são respectivamente estratégias focalizadas no problema e na busca de práticas religiosas.

Enquanto que apenas 10% das pacientes utilizaram como principal estratégia de enfrentamento o Fator 2, que é uma forma baseada na emoção e o Fator 4 que utiliza como enfrentamento o suporte social. Porém, o cruzamento entre a primeira e a segunda forma de enfrentamento não apresentou significância estatística.

TABELA 2– Estratégia de enfrentamento de problemas de mulheres com endometriose profunda com comprometimento intestinal na fila do Setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2018.

		segunda_estrategia2				Total		Teste de Qui-quadrado (p)	Resultado
		Fatores 1 e 3		Fatores 2 e 4					
		N	%	N	%	N	%		
primeira_estrategia2	Fatores 1 e 3	27	90,0%	9	90,0%	36	90,0%	1,000	Não há
	Fatores 2 e 4	3	10,0%	1	10,0%	4	10,0%		Associação
Total		30	100,0%	10	100,0%	40	100,0%		Significante

Primeira estratégia= Primeira forma de enfrentamento;
Segunda estratégia= Segunda forma de enfrentamento.

No que se refere à Tabela 3 (questionário EMEP), avaliou-se a comparação entre a primeira forma de enfrentamento e a última (quarta forma de enfrentamento), de acordo com a escolha da paciente, apresentando, portanto, significância estatística.

Observou-se que 90% dessas mulheres utilizaram como principal estratégia o Fator 1 (estratégia focalizada no problema) e o Fator 3 (busca religiosa) e, como última estratégia o Fator 2 (focalizado na emoção) e o Fator 4 (suporte social).

Outros 10%, sendo significativamente estatístico com o **p** de **0,016**, utilizaram a estratégia inversa, ou seja, utilizaram como primeira estratégia de enfrentamento o Fator 2 (emoção) e o Fator 4 (suporte social), e como última estratégia de enfrentamento o Fator 1 (focalizado no problema) e o Fator 3 (busca religiosa).

TABELA 3– Associação entre a primeira e quarta forma de enfrentamento de problemas mais utilizadas pelas pacientes portadoras de Endometriose Profunda com Comprometimento Intestinal, segundo os Fatores da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

		quarta_estrategia2				Total	Teste de Qui-quadrado (p)	Resultado
		Fatores 1 e 3		Fatores 2 e 4				
		N	%	N	%			
primeira_estrategia2	Fatores 1 e 3	1	33,3%	35	94,6%	36	90,0%	(Fatores 2 e 4) da 1ª.
	Fatores 2 e 4	2	66,7%	2	5,4%	4	10,0%	0,016* mais associados a
Total		3	100,0%	37	100,0%	40	100,0%	(Fatores 1 e 3) da 4ª.

Primeira estratégia= Primeira forma de enfrentamento;
Quarta/última estratégia=Quarta forma de enfrentamento.

A Tabela 4 (questionário EMEP) avaliou a relação entre a segunda e a terceira estratégia de enfrentamento escolhidas pela paciente.

Destas mulheres, 75% utilizaram como segunda estratégia os fatores 1 (focado no problema) e 3 (busca religiosa). E como terceira estratégia os fatores 2 (focado na emoção) e 4 (suporte social).

Diante dos 25% restantes houve uma inversão das estratégias; utilizaram como segunda opção de enfrentamento os fatores 2 (focado na emoção) e 4 (suporte social) e como terceira estratégia os fatores 1 (focado no problema) e 3 (busca religiosa). Essa análise apresentou significância estatística com um “p” menor que 0.001.

TABELA 4– Associação entre a Segunda e a Terceira forma de enfrentamento de problemas mais utilizadas pelas pacientes portadoras de Endometriose Profunda com Comprometimento Intestinal segundo os Fatores da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

		terceira_estrategia2				Total	Teste de Qui-quadrado (p)	Resultado
		Fatores 1 e 3		Fatores 2 e 4				
		N	%	N	%			
segunda_estrategia2	Fatores 1 e 3	2	18,2%	28	96,6%	30	75,0%	(Fatores 2 e 4) da 2a.
	Fatores 2 e 4	9	81,8%	1	3,4%	10	25,0%	<0,001* mais associados a
Total		11	100,0%	29	100,0%	40	100,0%	(Fatores 1 e 3) da 3a.

Segunda estratégia= Segunda forma de enfrentamento
Terceira estratégia = Terceira forma de enfrentamento

5. DISCUSSÃO

Diante de vários estudos na literatura sobre qualidade de vida na mulher com endometriose profunda intestinal, que avaliaram os aspectos psicológicos e físicos e compararam o antes e o depois do procedimento cirúrgico, mas nunca avaliando essas pacientes em seus aspectos e sua forma de ver, conviver e enfrentar a doença enquanto aguardam pelo tratamento cirúrgico; sentimos a necessidade de avaliar os aspectos psicológicos destas pacientes enquanto as mesmas aguardam pelo tratamento cirúrgico.

Os estudos apresentados até então, avaliaram qualidade de vida em pacientes com endometriose utilizando em sua maioria o questionário SF-36, que se trata de um questionário genérico que foi utilizado para avaliar doenças crônicas e não especificamente a endometriose. O SF-36 é uma ferramenta que considera qualidade de vida, utilizada para comparar tanto saúde como doença em população variada e de qualquer idade (Ware Jr et al, 1992; Busija, 2011). No nosso trabalho utilizamos questionários mais específicos no tangente aos aspectos psicológicos (ansiedade e depressão) como o questionário HAD (Escala de Ansiedade e Depressão) e a EMEP (Escala Modo Enfrentamento de Problemas).

Sabemos que a endometriose afeta negativamente a qualidade de vida pela intensidade, frequência e associação de seus sintomas, infertilidade concomitante, efeitos colaterais de medicações, complicações do tratamento cirúrgico, recorrência da doença e necessidade de terapia hormonal contínua por longos períodos (Daraï et al, 2009).

Importante ressaltar que um dos principais sintomas da endometriose é a dor pélvica crônica que pode causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário das pacientes (Peveler et al, 1996; Mengarda et al, 2008); entre essas alterações psíquicas as mais comuns associadas à dor crônica são ansiedade e depressão, relatadas em 60% dos casos (Donnez et al, 1996; Sekula, 2010).

Em recente pesquisa foi detectada a presença de depressão em 86% das mulheres com endometriose e dor pélvica crônica e em 38% das mulheres sem dor (Lorençatto et al, 2002). Mediante as altas taxas apresentadas, avaliamos em nosso estudo os aspectos psicológicos das pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal aplicando o questionário HAD (sobre Ansiedade e Depressão) em quarenta pacientes e constatamos que, 35 delas, ou seja, 87,5% sofriam de ansiedade e 28 possuíam depressão, o que significa 70% do total de pacientes são deprimidas, índices compatíveis com a literatura como demonstrado anteriormente.

Além disso, vinte e sete pacientes apresentaram ansiedade e depressão simultaneamente, o que não é um índice baixo porque representa 77,1% do total de doentes e apenas quatro das quarenta pacientes não sofriam nem de ansiedade e/ou depressão. Tal índice corrobora com os relatos de Donnez et al (1996) referentes a pacientes com dor pélvica crônica por variadas patologias; nesse caso o índice foi semelhante de 60%, demonstrando claramente o quanto a patologia afeta a qualidade de vida e os aspectos psicológicos das pacientes em questão.

Os pontos positivos do trabalho consistem no fato do enfoque ser dado apenas na questão psicológica não misturando fatores físicos nem outras patologias, uma vez que o ambulatório era específico de endometriose profunda. Além do que, as pacientes foram entrevistadas pela mesma pessoa, no caso a pesquisadora em questão, e foram utilizados questionários validados pela psicologia, mas que poderiam ser aplicados por uma pessoa que não fosse psicóloga tornando os resultados mais imparciais e fidedignos.

Como pontos a serem avaliados talvez fosse importante uma comparação desses aspectos nas mesmas pacientes pós-cirurgia, ressaltando o quanto o tratamento interfere na mudança desses aspectos a partir do momento que pode melhorar a qualidade de vida das mesmas, uma vez que trata a doença e retira a dor como fator contribuinte para tais alterações psicológicas. Segundo Ford et al (2004), tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização e, assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica;

portanto, uma análise pós-tratamento de endometriose seria importante para avaliar o que veio primeiro e também justificar o fato de que algumas pacientes com endometriose grau leve apresentam mais sintomas do que pacientes com endometriose profunda (Vercellini et al, 2007; Ballard et al, 2008). Esta é a principal razão para verificar se existem diferenças nos aspectos psicológicos de determinadas pacientes que estão associadas ao aparecimento dos sintomas, principalmente da dor pélvica crônica (Abrão et al, 2000b; Lorencatto et al, 2002; Minson et al, 2012).

Estudos que utilizaram o questionário SF-36 como instrumento de avaliação de qualidade de vida, apresentaram importante melhora no domínio oito (saúde mental) após o tratamento cirúrgico, principalmente no período de 12 meses pós-operatório. Tal melhora não foi tão significativa no período de 48 meses, segundo o estudo de Silveira et al (2014), que foi o único estudo avaliado neste período de tempo.

Outro ponto a se considerar neste tema foi o quanto tratamentos hormonais podem corroborar para depressão e ansiedade nas pacientes, sendo que a maioria delas os utiliza como tratamento da doença; talvez avaliar as mesmas sem o tratamento hormonal pudesse alterar os resultados.

Como diferencial e ponto forte do nosso estudo e que o faz pioneiro neste tema estão as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pacientes para conviver e enfrentar a doença. Não foi encontrado na literatura estudos a respeito, apenas sobre características da personalidade dessas pacientes, mas que não demonstravam sobre como elas agiam para tentar enfrentar esse problema.

Com relação às estratégias de enfrentamento, ficou bem claro que as mais utilizadas pelas pacientes são as estratégias do grupo 1 representadas pelos fatores 1 e 3, explicados por estratégias baseadas no enfrentamento do problema e em práticas religiosas respectivamente.

As estratégias do grupo 1 (enfrentamento do problema e busca de práticas religiosas) foram as mais utilizadas como principal forma de enfrentamento tanto em pacientes com diagnóstico de ansiedade e depressão como em pacientes que não as possuíam.

Em todos os grupos comparativos as estratégias do grupo 1 atingiram índices superiores a cinquenta por cento tanto como primeira e segunda estratégias mais utilizadas pelas pacientes.

Já as estratégias de enfrentamento do grupo 2, baseadas nas emoções e em suporte social, foram escolhidas como as duas últimas formas de enfrentar o problema pelas pacientes, tanto pacientes portadoras de ansiedade e depressão como pacientes que não possuíam essas condições utilizaram as estratégias do grupo 2 como terceira e quarta opções de enfrentamento.

Tais estatísticas apresentadas pelo trabalho, demonstrando que as pacientes utilizaram como as duas primeiras formas de enfrentamento as estratégias do grupo 1, corroboram com as características de personalidade relatadas na literatura sobre as pacientes com endometrioses. Koninckx et al (2012) descreveram em seu trabalho que pacientes com endometriose apresentam em comum características como: autoexigência, insegurança, intolerância frente a frustrações, não contato com suas emoções e onipotência.

Mediante os resultados apresentados fica claro que as formas de enfrentamento mais utilizadas pelas pacientes têm como base as características da personalidade dessas pacientes desenvolvida muito provavelmente pelo medo de sentir dor e pela insegurança que as mesmas possuem em relação a seu futuro devido à doença.

Tal informação torna-se importante no manejo da doença e na elaboração de tratamentos tanto clínicos quanto psicológicos para ajudá-las de forma mais efetiva.

6. CONCLUSÃO

Concluimos com nosso estudo que os aspectos psicológicos mais afetados nas mulheres com endometriose profunda e comprometimento intestinal que aguardam tratamento cirúrgico são ansiedade e depressão.

Com relação à ansiedade e depressão constatamos uma relação altamente positiva nas pacientes com endometriose com índice de 90%, sendo a ansiedade mais prevalente que a depressão.

Com relação ao mecanismo utilizado pelas pacientes para enfrentar o problema constatamos que as formas focadas no próprio problema (estratégias do fator 1) e as formas focadas em práticas religiosas (estratégia do fator 3), foram as táticas mais utilizadas para conviver e enfrentar o problema no seu cotidiano.

7. ANEXOS

ANEXO I APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Psicológico das Pacientes Portadoras de Endometriose Profunda ; após emenda Aspectos Psicológicos das Mulheres Portadoras de Endometriose Profunda e comprometimento Intestinal

Pesquisador: Andresa Paiva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60954216.3.0000.5479

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.939.017

Apresentação do Projeto:

Avaliar os aspectos psicológicos das mulheres portadoras de endometriose profunda com comprometimento intestinal e que portanto necessitam de cirurgia; a maioria delas encontra-se na fila do hospital referência da Santa Casa de São Paulo. O estudo visa avaliar os aspectos psicológicos dessas pacientes visando identificar se existe uma alteração no mesmo provocada pela dor e afastamento social causados pela doença. Avaliar os aspectos psicológicos de 40 mulheres com diagnóstico confirmado de endometriose profunda com acometimento intestinal que aguardam na fila da Santa Casa de São Paulo para cirurgia através das escalas HAD e EMEP avaliando desesperança; ansiedade; depressão e dificuldades de enfrentamento realizadas pelos setores de Psicologia e Endoscopia Ginecológica e Endometriose do mesmo hospital.

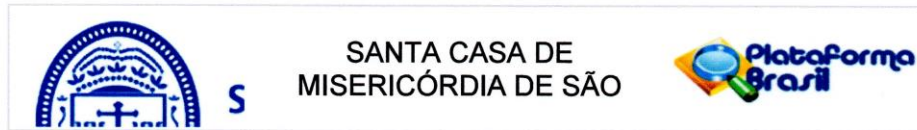
Objetivo da Pesquisa:

Exequível e relevante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mínimo (estudo observacional).

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7689 Fax: (11)2176-7688 E-mail: cepsc@santacasasp.org.br



Continuação do Parecer: 1.939.017

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendências atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências pontuadas pelo CEP foram alteradas adequadamente pelo pesquisador. O projeto aprovado.

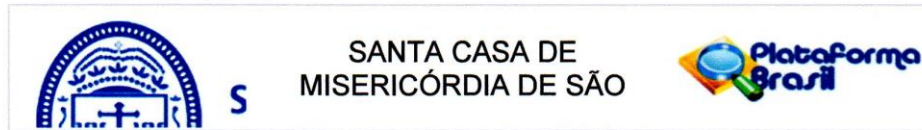
Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_781168.pdf	16/02/2017 21:31:27		Aceito
Outros	pendenciacep7.docx	16/02/2017 21:30:44	Andresa Paiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	aspectospsicologicosnovo.docx	11/01/2017 22:08:25	Andresa Paiva	Aceito
Outros	cartacorreoessolicitadaspeloCEP.docx	11/01/2017 22:06:29	Andresa Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentonovo.docx	11/01/2017 22:05:14	Andresa Paiva	Aceito
Outros	OFACPC1192016.pdf	13/10/2016 14:01:21	Alayne Magalhães Trindade Domingues Yamada	Aceito
Outros	QUESTIONARIOASPECTOS.doc	11/10/2016 10:50:53	Andresa Paiva	Aceito
Outros	escalaEMEP.doc	11/10/2016 10:46:03	Andresa Paiva	Aceito
Outros	digitalizar0001.pdf	07/10/2016 14:43:07	Andresa Paiva	Aceito
Outros	digitalizar.pdf	07/10/2016 14:42:12	Andresa Paiva	Aceito
Outros	parecercomissaoAndresa.pdf	21/09/2016 09:51:45	Andresa Paiva	Aceito
Outros	cartadeaceiteAndresa.pdf	21/09/2016 09:48:28	Andresa Paiva	Aceito
Orçamento	formularioorcamentoAndresa.pdf	21/09/2016	Andresa Paiva	Aceito

Endereço: SANTA ISABEL
 Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2176-7689 Fax: (11)2176-7688 E-mail: cepsc@santacasasp.org.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 1.939.017

Orçamento	formularioorcamentoAndresa.pdf	09:45:28	Andresa Paiva	Aceito
Outros	formulariodeautorizacoesAndresa.pdf	21/09/2016 09:44:25	Andresa Paiva	Aceito
Outros	termodecompromissoAndresa.pdf	21/09/2016 09:34:57	Andresa Paiva	Aceito
Folha de Rosto	flhaderostoAndresa.pdf	21/09/2016 09:32:32	Andresa Paiva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Paulo Augusto Ayroza Galvão Ribeiro
(Coordenador)

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE CEP: 01.221-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7689 Fax: (11)2176-7688 E-mail: cepsc@santacasasp.org.br

Página 03 de 03

ANEXO II



SANTA CASA
de São Paulo

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 – 4º Andar, Santa Cecília, CEP 01221-010 São Paulo – SP.
Tel.: (11) 2176-7689. *E-mail:* cepsc@santacasasp.org.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE

- 1 – Título do Projeto: Aspectos Psicológicos das Mulheres com Endometriose Profunda e comprometimento intestinal.
- 2 – O presente estudo visa avaliar os aspectos psicológicos de pacientes portadoras de endometriose profunda com comprometimento intestinal que estão na fila de espera para cirurgia pelo setor de Endoscopia Ginecológica e Endometriose da Santa Casa de São Paulo; isso será feito através de questionários escolhidos pelo setor de Psicologia do mesmo Hospital; essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa reconhecer possíveis alterações nos aspectos psicológicos dessas pacientes que a doença possa causar e mediante disso criar alternativas no tratamento que visem melhorar a qualidade de vida das mesmas, uma vez que o presente hospital é referência neste tratamento.
- 3 – Será realizada a aplicação de três questionários em pacientes portadoras de endometriose profunda com comprometimento intestinal, a fim de avaliar aspectos psicológicos das mesmas.
- 4 – Primeiramente iremos resgatar os prontuários das pacientes com endometriose profunda com comprometimento intestinal; depois serão aplicados os questionários sobre aspectos psicológicos como a escala HAD de ansiedade e depressão; a escala EMEP que avalia o modo do enfrentamento de problemas e uma terceira escala elaborada pelo setor de Psicologia e de Endoscopia Ginecológica e Endometriose específico para essas pacientes.
- 5 – As pacientes serão submetidas aos questionários que seriam a única possibilidade de desconforto para elas. Entretanto, os mesmos serão aplicados por mim, médica ginecologista, com a cautela de manter a integridade e o respeito às mesmas.
- 6 – O benefício a estas pacientes será inicialmente poder falar abertamente e com calma sobre seus problemas a um profissional capacitado e disposto a ouvi-las, aliviando e talvez até minimizando os problemas. No final do estudo poderemos encontrar outros benefícios através de estratégias que iremos desenvolver para melhorar a qualidade de vida dessas pacientes mesmo antes da cirurgia.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Andresa Maria Felipe de Paiva, que pode ser encontrada no endereço: Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 73-113; Telefones (11) 2176-7000 e (11) 97644-1515 (telefone da pesquisadora). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Santa Isabel, 305 – 4º andar – Fone: (11) 2176-7689 – E-mail: cepesc@santacasasp.org.br.

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição; e você pode optar por excluir seus dados obtidos até o momento no estudo.

9 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11 – Despesas e compensações: não há custos pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será custeada pelo orçamento da pesquisa.

12– Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo, o participante tem direito a tratamento médico, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

14 – Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Aspectos psicológicos das pacientes portadoras de endometriose profunda”. Eu discuti com a Dra. Andresa Maria Felipe de Paiva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data_____ / _____ / _____

Assinatura da testemunha Data_____ / _____ / _____

Para casos de voluntários, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data_____ / _____ / _____

ANEXO III

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponde a como você tem se sentido na **última semana**.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

<p>A Eu me sinto tenso ou contraído 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>D Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>
<p>D Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada</p>	<p>A Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...) 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre</p>
<p>A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer 3 () Sim, de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso</p>	<p>D Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
<p>D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais</p>	<p>A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim</p>
<p>A Estou com a cabeça cheia de preocupações 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca</p>	<p>D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () De vez em quando 3 () Quase nunca</p>
<p>D Eu me sinto alegre 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () a maior parte do tempo</p>	<p>A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso</p>
<p>A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca</p>	<p>D Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca</p>

ANEXO IV

ESCALA MODO DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema!**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um "X" ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigado pela sua participação

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5. Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro.	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou..	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

• Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com a sua enfermidade?

Resultados

Enfrentamento focalizado no problema	
Enfrentamento focalizado na emoção	
Enfrentamento focalizado no pensamento fantasioso/religiosidade	
Enfrentamento focalizado na busca por suporte social	

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão MS. Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000a. p. 249-57.

Abrão MS, Nogueira AP, Petta CA, Ferriani RA. Novas teorias sobre a etiopatogenia da endometriose. *Femina*. 2000b; 28:429-34.

Abrão MS, Gonçalves MO, Dias Junior JA, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod*. 2007; 22(12):3092-7.

Alborzi AS, Alireza R, Zahra S, Mdgooya M, Mahshid A, Mahboobeh KMD, et al. Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, transvaginal, and transrectal ultrasonography in deep infiltrating endometriosis. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(8):e9536.

American Fertility Society. AFS. Classification of endometriosis. *Fertil Steril*. 1979; 32(6):633-4.

American Fertility Society. AFS. Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis: 1985. *Fertil Steril*. 1985; 43:351-2.

American Society For Reproductive Medicine. ASRM. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997; 67(5).

Angioni S, Peiretti M, Zirone M, Palomba M, Mais V, Gomel V, et al. Laparoscopic excision of posterior vaginal fornix in the treatment of patients with deep endometriosis without rectum involvement: surgical treatment and long-term follow-up. *Hum Reprod*. 2006; 21(6):1629-34.

Audebert A, Petousis S, Margioulas-Siarkou C, Ravanos K, Prapas N, Prapas Y. Anatomic distribution of endometriosis: a reappraisal based on series of 1101 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018; 230:36-40.

Auquier P, Simeoni MC, Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*. 1997; 33:77-86.

Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006; 86(5):1296-1301.

Ballard KH, Seaman CV, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? *BJOG*. 2008; 115:1382-91.

- Bassi MA, Podgaec S, Dias Junior JA, D'amico Filho N, Petta CA, Abrão MS. Quality of life after segmental resection of the recto sigmoid by laparoscopy in patients with deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011; 18:730-3.
- Bazot MI, Thomassin R, Hourani A, Cortez U, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2004; 24(2):180-5.
- Bazot MN, Bharwani C, Huchon K, Kinkel TM, Cunha A, Guerra L, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol.* 2018; 27(7):2765-75.
- Bianchi A, Espin F, Pulido L, Fantova MJ. Endometriosis del conducto de Nuck. *Med Clin (Barc).* 2007; 128:759.
- Bricou A, Borghese B, Batt RE, Piketty M, De Ziegler D, Chapron C. How does peritoneal fluid flow influence anatomical distribution of endometriotic lesions? *Gynecol Obstet Fertil.* 2009; 37(4):325-33.
- Busija L. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36) and Short Form 12-Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQoL). *Arthritis Care Res.* 2011; 63:S383-412.
- Ceccaroni M, Clarizia R, Roviglione G, Ruffo G. Neuro-anatomy of the posterior parametrium and surgical considerations for a nerve-sparing approach in radical pelvic surgery. *Surg Endosc.* 2013; 27(11):4386-94.
- Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltration endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod.* 2003; 18:157-61.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese (Doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril.* 1990; 53(6):978-83.
- Daraï E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007; 19(4):308-13.
- Daraï E, Coutant C, Bazot M, Dubernard G, Rouzier R, Ballester M. Relevance of quality of life questionnaires in women with endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil.* 2009; 37(3):240-5.

De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG*. 2011; 118(3):285-91.

Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs*. 2004; 46:641-8.

Donnez J, Nisolle M, Smoes P, Gillet N, Beguin S, Casanas-Roux F. Peritoneal endometriosis and "endometriotic" nodules of the rectovaginal septum are two different entities. *Fertil Steril*. 1996; 66(3):362-8.

Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014; 29:400-12.

Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997; 24:235-58.

Eyster KM, Klinkova O, Kennedy V, Hansen KA. Whole genome deoxyribonucleic acid microarray analysis of gene expression in ectopic versus ectopic endometrium. *Fert Steril*. 2007; 88:1505-33.

Farquhar CM. Extracts from the "clinical evidence". *Endometriosis*. *BMJ*. 2000; 320(7247):1449-52.

Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2005; 11(6):595-606.

Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bettoni G, Gotsch F. Long-term follow up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 190:1020-4.

Fleck MPA, Leal OR, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiat*. 1999; 21(1):19-28.

Florido J, Pérez-Lucas R, Navarrete L. Sexual behavior and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 139(2):233-6.

Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics*. 1986; 27(5):327-37.

Ford J, English J, Miles WA, Giannopoulos T. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG*. 2004; 111(4):353-6.

Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil Steril*. 2011; 96(1):107-12.

Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: the treatment of choice? *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104(5):513-5.

Garry R, Clayton R, Hawe J. The effect of endometriosis and its radical laparoscopic excision on quality of life indicators. *BJOG.* 2000; 107(1):44-54.

Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010; 362(25):2389-98.

Halban J. Histeroadenosis metastatica. Die linphogene genese der adenofibromatosis heterotopica. *Arch Gynäk.* 1925; 124:457-82.

Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(7):649-53.

Javert CT. Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia, direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogenous metastasis, including five case reports of endometrial tissue in pelvic lymph nodes. *Cancer.* 1949; 2:399-410.

Jia SZ, Leng JH, Shi JH, Sun PR, Lang JH. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *J Ovarian Res.* 2012; 5(1):29.

Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 2005; 10:2698-704.

Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril.* 1991; 55(4):759-65.

Koninckx PR, Ussia A, Adamian L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. *Fertil Steril.* 2012; 98:564-71.

Laganà SA, Rosa LV, Chiara AM. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Women's Health.* 2017; 9:323-30.

Lorencatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2002; 48(3):217-21.

Lorencatto C, Vieira MJ, Marques A, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(5):433-8.

Mabrouk M, Montanari G, Guerrini M, Villa G, Solfrini S, Vicenzi C, et al. Does laparoscopic management of deep infiltrating endometriosis improve quality of life? A prospective study. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9:98.

- Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med.* 2004; 49(2):115-20.
- Martin DC, Odunsi K, Batt RE. Endometriosis of the retrocervical septum is proposed to replace the anatomically incorrect term endometriosis of the rectovaginal septum. *Hum Reprod.* 2014; 29(12):2603-5.
- Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validation of Brazilian Portuguese version of quality of life questionnaire for women with endometriosis (Endometriosis Health Profile Questionnaire--EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(8):384-92.
- Mereu L, Ruffo G, Landi S, Barbieri F, Zaccoletti R, Fiaccavento A, et al. Laparoscopic treatment of deep endometriosis with segmental colorectal resection: short-term morbidity. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007; 14(4):463-9.
- Meuleman C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Beks N, D'Hooghe T. Outcome after multidisciplinary CO2 laser laparoscopic excision of deep infiltrating colorectal endometriosis. *Reprod Biomed Online.* 2009; 18(2):282-9.
- Meyer R. Ueber den stand dan frage der adenomyositis und adenomyome in allgemeinen und insbesondere ueber adenomyositis seroepithelialis und adenomyometritis sacromatosa. *Zentralbl Gynakol.* 1919; 43:745-50.
- Minelli L, Fanfani F, Fagotti A, Ruffo G, Ceccaroni M, Mereu L, et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications, and clinical outcome. *Arch Surg.* 2009; 144(3):234-9.
- Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. Importância na avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(1):11-5.
- Nisenblatt V, Bossuyt PM, Farquhar C, Johnson N, Hull ML. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 2:CD009591.
- Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril.* 1997; 68:585-96.
- Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, D'Hooghe T, De Cicco NF, De Cicco NC, et al. World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* 2011; 96:366-73.
- Osório FL, Carvalho AC, Donadon MF, Moreno AL, Polli Neto O. Chronic pelvic pain, psychiatric disorders and early emotional traumas: results of a cross sectional case-control study. *World J Psychiatry.* 2016; 6(3):339-44.

Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res.* 1996; 40(3):305-15.

Podgaec S, Abrão MS, Dias Junior JA, Rizzo LV, de Oliveira RM, Baracat EC. Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component. *Human Reprod.* 2007; 22:1373-9.

Podgaec S, Dias Junior JA, Chapron C, Oliveira RM, Baracat EC, Abrão MS. Th1 and Th2 immune responses related to pelvic endometriosis. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56:92-8.

Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1999; 6(4):429-34.

Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62:461-70.

Ribeiro PAAG, Rodrigues FC, Kehdi IPA, Rossini L, Abdalla HS, Donadio N, et al. Laparoscopic resection of intestinal endometriosis: a 5-year experience. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006; 13:442-6.

Roman H, Vassilief M, Gourcerol G, Savoye G, Leroi AM, Marpeau L, et al. Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach. *Hum Reprod.* 2011; 26(2):274-81.

Roman JD. Surgical treatment of endometriosis in private practice: cohort study with mean follow-up of 3 years. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17(1):42-6.

Rousset P, Peyron N, Charlot M, Chateau F, Golfier F, Raudrant D, et al. Bowel endometriosis: preoperative diagnostic accuracy of 3.0-T MR enterography- initial results. *Radiology.* 2014; 273(1):117-24.

Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1927a; 14:422-5.

Sampson JA. Metastatic or embolic endometriosis, due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the venous circulation. *Am J Pathol.* 1927b; 3(2):93-110.

Schenken RS, Guzick DS. Revised endometriosis classification: 1996. *Fertil Steril.* 1997; 67(5):815-6.

Schenken RS, Guzick DS, Silliman NP, Adamson GD, Buttram Jr VC, Canis M, et al. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. *Fertil Steril.* 1997; 67(5):822-9.

Schenken RS. Delay diagnostic of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006; 86:1305-6.

Sekula V. Impacto do tratamento cirúrgico laparoscópico na qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose profunda. Tese (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2010.

Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(6):692-8.

Silveira CAR, Abdalla Ayroza RHS, Sekula VG, Porto BT, Ayroza GRPA. Long-term outcomes on quality of life in women submitted to laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014; 21(4):682-8.

Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril*. 1994; 62(4):696-700.

Taylor RN, Rogers PA, D'Hooghe TM, Fazleabas A, Giudice LC, Montgomery GW, et al. Defining future directions for endometriosis research: workshop report from the 2011 World Congress of Endometriosis in Montpellier, France. *Reprod Sci*. 2013; 20(5):483-99.

Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, Purdie DM, Green AC. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(6):534 e 1-6.

Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod*. 2007; 22(1):266-71.

Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. endometriosis: epidemiology and aetiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004; 18(2):177-200. Review.

Vignali M, Bianchi S, Candiani M, Spadaccini G, Oggioni G, Busacca M. Surgical treatment of deep endometriosis and risk of recurrence. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005; 12:508-13.

Ware Jr JE, Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W. Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. *Qual Life Res*. 1992; 1(4):235-46.

Wattiez A, Faller E, Albornoz J, Messori P, Leroy J. A new technique of laparoscopic intracorporeal anastomosis for transrectal bowel resection with transvaginal specimen extraction. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013; 20(3):333.

Weed JC, Arquembourg PC. Endometriosis: can it produce an autoimmune response resulting in infertility? *Clin Obstet Gynecol.* 1980; 23(3):885-93.

Yamamoto T, Fushiki S, Osawa Y, Honjo H, Kitawaki J, Noguchi T, et al. Expression of aromatase cytochrome P450 protein and messenger ribonucleic acid in human endometriotic and adenomyotic tissues but not in normal endometrium. *Biol Reprod.* 1997; 57(3):514-9.

Yuan Z, Wang L, Wang Y, Zhang T, Li L, Cragun JM, et al. Tubal origin of ovarian endometriosis. *Mod Pathol.* 2014; 27(8):1154-62.

RESUMO

Paiva AMF. Aspectos psicológicos das pacientes com endometriose profunda e comprometimento intestinal que aguardam cirurgia. Dissertação; 2019.

Objetivo: Avaliar os aspectos psicológicos mais afetados nas mulheres com endometriose profunda e comprometimento intestinal que aguardam o tratamento cirúrgico, e demonstrar qual o mecanismo utilizado por elas para tentar solucionar o problema. **Método:** Foram selecionadas quarenta pacientes com diagnóstico de endometriose profunda e comprometimento intestinal, e estas responderam a dois questionários, um sobre ansiedade e depressão (HAD) e outro sobre Escala Modo Enfrentamento de Problemas (EMEP). **Resultados:** Encontramos que 77,1% das pacientes possuíam ansiedade e depressão, sendo a ansiedade mais prevalente (87.5% das pacientes) e que 90% das pacientes utilizaram como principal estratégia os fatores 1 e 3. **Conclusão:** Os aspectos psicológicos mais afetados são ansiedade e depressão e os mecanismos de defesa mais utilizados para enfrentar o problema são as estratégias do fator 1 (focalizado no problema) e fator 3 (busca religiosa).

Palavras-chave: 1. Endometriose/Psicologia; 2. Endometriose pélvica profunda; 3. Dor pélvica crônica; 4. Depressão e ansiedade

ABSTRACT

Paiva AMF. *Psychological aspects of patients with deep endometrioses and intestinal compromise waiting for surgery. Dissertation; 2019.*

Purpose: To evaluate the most affected psychological aspects in women with deep endometriosis and intestinal compromise who are awaiting surgical treatment, and to demonstrate the mechanism used by them to try to solve the problem. Methods: Forty patients with a diagnosis of deep endometriosis and intestinal compromise were selected and answered two questionnaires, one on anxiety and depression (HAD) and another on the Mode of Confronting Problems Scale (EMEP). Results: We found that 77.1% of the patients had anxiety and depression, with anxiety being the most prevalent (87.5% of patients) and that 90% of the patients used factors 1 and 3 as their main strategy. Conclusion: The most affected psychological aspects are anxiety and depression, and the most used defense mechanisms to deal with the problem are the factor 1 (problem focused) and factor 3 (religious search).

Keywords: Endometriosis/Psychology; 2. Deep pelvic endometriosis; 3. Pelvic pain chronic; 4. Depression and anxiety.