

ANDREA DE ANDRADE MARQUES

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
ENDOMETRIOSE ATRAVÉS DO SF-36**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. LUIS BAHAMONDES

**UNICAMP
2002**

ANDREA DE ANDRADE MARQUES

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM
ENDOMETRIOSE ATRAVÉS DO SF-36**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. LUIS BAHAMONDES

**UNICAMP
2002**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M348q Marques, Andréa de Andrade
 Qualidade de vida de mulheres com endometriose
 através do SF-36 / Andréa de Andrade Marques.
 Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador: Luis Guillermo Bahamondes
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Dor. 2. Qualidade de vida. 3. Fisioterapia. I. Luis
Guillermo Bahamondes. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ANDREA DE ANDRADE MARQUES

Orientador: Prof. Dr. LUIS BAHAMONDES

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 07/10/2002

*Aos meus pais, Aldo e Carmen,
como uma forma de reconhecimento pela minha formação.*

*Ao meu marido, Carlos Alberto,
por todo apoio em mais este momento.*

Aos meus filhos, Giovanna e Arthur.

Agradecimentos

Ao professor Dr. Luis Bahamondes, por todo incentivo e dedicação na realização deste trabalho

À equipe do Ambulatório de Endometriose do CAISM que me acolheu durante este processo.

À Maria José e Carolina, minhas companheiras no trabalho junto às pacientes com endometriose, que muito me ensinaram sobre os sentimentos destas mulheres.

À minha equipe do Serviço de Fisioterapia do CAISM, por todo incentivo.

À minha sogra, D. Meire, que cuidando dos meus filhos com tanto amor me permitiu realizar mais esta etapa profissional com tranqüilidade.

À equipe da Assessoria Técnica e Científica do CAISM, por todo apoio e incentivo.

À Dra Ellen Hardy, que me fez ver prazer em pesquisar e me ensinou princípios fundamentais para a elaboração deste trabalho.

À Verônica Barros, que me auxiliou na digitação deste material.

À Gislaine e Edson, pela paciência e dedicação na análise estatística deste trabalho.

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	10
2. Objetivos	24
2.1. Objetivo geral	24
2.2. Objetivos específicos	24
3. Sujeitos e Métodos	26
3.1. Desenho do estudo	26
3.2. Tamanho amostral	26
3.3. Seleção de sujeitos	27
3.3.1. Critérios de inclusão	27
3.3.2. Critérios de exclusão	27
3.3.3. Variáveis e conceitos	27
3.4. Instrumentos para coleta de dados	30
3.5. Coleta de dados	31
3.6. Processamento e análise dos dados	31
3.7. Aspectos Éticos	32
4. Resultados	33
5. Discussão	44
6. Conclusões	56
7. Referências Bibliográficas	58
8. Bibliografia de Normatizações	65
9. Anexos	66
9.1. Anexo 1 - Ficha de identificação	66
9.2. Anexo 2 - Questionário de qualidade de vida-SF-36	67
9.3. Anexo 3 - Avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose	71
9.4. Anexo 4 - Valores e cálculos do SF-36	73

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
EAV	Escala Análogo-Visual
GnRH	<i>Gonadotrophin Releasing Hormone</i>
HIE	<i>Health Insurance Experience</i>
IQOLA	<i>International Quality of Life Assessment</i>
MHI	<i>Mental Health Inventory</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MOS	<i>Medical Outcome Study</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
SF-36	<i>Short form 36</i>
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
WHP	<i>Women Health Profile</i>

Resumo

A endometriose é reconhecida como uma doença que afeta a vida das mulheres por causar dor e infertilidade. Poucos estudos, entretanto, avaliaram a qualidade de vida das mulheres com endometriose, todos restritos a países considerados desenvolvidos. Este é um estudo descritivo de corte transversal que teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida de mulheres com endometriose, utilizando-se o questionário genérico SF-36. Um total de 60 mulheres com diagnóstico cirúrgico de endometriose foram entrevistadas no Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas durante o primeiro semestre de 2001, e 57 foram aceitas. De modo geral, foram encontrados baixos índices de qualidade de vida. Utilizando-se do teste não paramétrico Mann-Whitney, não se observou relação entre a qualidade de vida destas mulheres e a intensidade da dor, uso ou não de medicação, presença ou não de parceiros. Mulheres com estádios mais avançados da doença apresentaram melhores escores no componente “Aspectos Emocionais” e observou-se resultado significativamente superior no componente “Saúde Mental” naquelas que praticavam exercícios regularmente. Os resultados do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 em mulheres com endometriose mostraram a má qualidade de vida desta população.

Summary

Endometriosis is recognized as a disease associated with an impairment of women's quality of life. However, few studies have specifically evaluated the life quality among women with endometriosis. All of them from developed countries. This is a descriptive cross sectional study evaluating the life quality in women with endometriosis. The generic questionnaire SF-36 has been used to collect data. A total of 60 women with surgical diagnostic of endometriosis were interviewed at the endometriosis outpatient clinic – CAISM/UNICAMP during the first semester of 2001 and 57 were accepted. In general, the authors found low quality of life results among the interviewed women. No correlation was found between life quality and pain intensity, use of medication, and having a partner. Women with moderate/severe endometriosis presented better scores on the emotional aspects component of the questionnaire. Among those who exercised regularly, better scores on mental health were observed. The results of the generic questionnaire SF-36 showed a poor quality of life in women with endometriosis.

1. Introdução

A endometriose é uma doença benigna que atinge aproximadamente 10% das mulheres em geral e pode alcançar até 50% quando a queixa refere-se à infertilidade ou dor pélvica crônica (ABRÃO, DIAS, PODGAEC, 2000a). Consiste em uma das patologias ginecológicas mais estudadas da atualidade - cerca de 4.500 artigos foram publicados nos últimos 25 anos (METZGER, 1998) - e apesar do grande interesse científico muitos aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento permanecem sem esclarecimento. A endometriose ainda é relatada como doença enigmática, tanto em relação à sua etiologia como em relação às suas conseqüências mais marcantes: dor e infertilidade.

A incidência e a prevalência da endometriose, como de qualquer outra doença, estão diretamente associadas com a realização do diagnóstico. Como o diagnóstico definitivo somente pode ser estabelecido através de um procedimento cirúrgico, torna-se difícil diagnosticar a endometriose na população em geral e, conseqüentemente, estimar de maneira acurada sua incidência e prevalência. Em um dos poucos estudos avaliando incidência, HOUSTON, NOLLER, MELTON

(1987), encontraram no Estado de Minnesota, nos Estados Unidos, a incidência de 0,3% (300 casos novos diagnosticados em 100.000 mulheres/ano) estudando mulheres entre 15 e 59 anos. Para chegar a esse valor, os autores incluíram, inicialmente, mulheres com diagnóstico histológico de endometriose, depois mulheres com visualização cirúrgica da doença e, finalmente, mulheres cuja clínica sugeria esse diagnóstico.

Como a maioria dos estudos foi realizada em séries de casos específicos com amostras selecionadas, existem variações muito grandes da incidência da doença. WHELLER (1992) encontrou 2% de casos de diagnóstico positivo em mulheres que estavam sendo submetidas à ligadura tubária, 1% para mulheres submetidas à reversão de ligadura tubária, 11% em pacientes submetidas à histerectomia abdominal e até 53% em adolescentes submetidas à laparoscopia por dor pélvica. Estas grandes variações da incidência dificultam uma caracterização que pudesse ser aplicada para a população em geral.

Embora os estudos epidemiológicos mostrem resultados conflitantes, existe consenso de que a endometriose é uma doença que acomete a mulher na sua idade reprodutiva, uma vez que necessita dos estrogênios para se desenvolver. Assim, os casos de endometriose em mulheres menopausadas e pré-púberes são raros (RESENDE, 2001).

Em estudo realizado no Brasil entre 1992 e 1999, a média de idade avaliada de 244 mulheres com endometriose foi de 32,4 anos, 53% apresentavam segundo grau completo ou nível universitário, e muitas eram profissionais

qualificadas (ABRÃO et al., 2000a). Esses dados coincidem com achados da população européia, que mostraram que 30% das mulheres com endometriose possuíam segundo grau completo e 27% nível superior (CANDIANI et al., 1995). Muitas destas mulheres estão em fase de ascensão na vida profissional, quando dores freqüentes levam a perdas de dias de trabalho, o que pode influenciar negativamente na carreira. Pelo mesmo motivo podem ocorrer rupturas das relações familiar e conjugal, com conseqüências gerais para a vida da paciente.

Mulheres jovens, no auge da vida produtiva, formam a população mais afetada por esta doença; tanto dos pontos de vista físico, psíquico, social, profissional e financeiro, e, justamente por acometê-las no auge de sua produtividade, o estresse e a ansiedade têm sido citados por alguns autores como fatores de risco para o aparecimento e progressão da doença (ABRÃO et al, 2000b) .

As teorias que procuram explicar a endometriose poderiam ser divididas em três grandes grupos.

O primeiro diz respeito ao transporte das células endometriais. De acordo com essa teoria proposta por SAMPSON (1922), durante a menstruação existiria um refluxo de células do endométrio através das trompas e sua implantação ao redor das estruturas pélvicas. Ocorre, porém, que a menstruação retrógrada acontece em praticamente todas as mulheres. Pergunta-se por que em algumas mulheres a doença desenvolve-se e em outras não. Uma das explicações seria

a variação da ocorrência de alterações no sistema imune das pacientes (BARROS & MELO, 1997; NOGUEIRA & ABRÃO, 2000; RESENDE, 2001).

Além da teoria de menstruação retrógrada, existiria a teoria da “metaplasia celômica”. Esta teoria baseia-se no fato de que órgãos genitais, entre eles endométrio e o peritônio, provêm da mesma origem embrionária e que diante de estímulos hormonais específicos haveria diferenciação celular local (FUJII, 1997). Existiria ainda a terceira teoria que seria a combinação destes dois fatores: o de transporte e o de transformações *in situ* (RESENDE, 2001). Dentro das teorias citadas, alguns fatores poderiam contribuir para o aparecimento da doença como, por exemplo, ciclos menstruais de períodos mais curtos, metrorragia, presença de dispositivos intra-uterinos e primeira gestação tardia. Sugere-se também o importante papel da predisposição familiar, a liberação de certas substâncias tóxicas na atmosfera e o tipo de alimentação como fatores predisponentes (GAZVANI & TEMPLETON, 2002).

Os tratamentos propostos para a endometriose buscam neutralizar as causas, remover focos e lesões e restabelecer a fertilidade. Os tratamentos cirúrgicos são empregados por laparoscopia ou laparotomia, e promovem o alívio da sintomatologia em até 70% (BARROS & MELO, 1997). Por outro lado, cirurgias envolvem riscos para a paciente como lesões inadvertidas e aderências pós-operatórias que podem trazer dor pélvica, induzidas agora por uma nova etiologia. Como a endometriose é uma doença recidivante, após a cirurgia, de 12% a 85% das mulheres submetidas a procedimento cirúrgico deverão referir dor novamente (METZGER, 1998).

Outra forma de tratamento utilizado é à base de medicamentos e análogos do GnRH, derivados androgênicos, anticoncepcionais combinados e progestágenos. Infelizmente, estes medicamentos possuem efeitos colaterais muitas vezes inaceitáveis para as mulheres. No caso do danazol, o tratamento pode promover acne, hirsutismo, aumento de peso, hipertrofia mamária, alteração de voz e fogachos. Esses efeitos também são observados na utilização de análogos do GnRH como atrofia vaginal, perda da massa óssea, diminuição do libido e dispareunia. No caso dos progestágenos o tratamento poderia ocasionar hemorragia uterina e depressão. O uso no caso dos análogos do GnRH e androgênicos é limitado a períodos curtos de tempo, sendo que a sua suspensão possibilita a recidiva dos sintomas (BARROS & MELO, 1997).

Pelas várias deficiências dos tratamentos é que cresceram em importância os métodos alternativos para controlar a doença e diminuir as chances de recidiva após a realização dos tratamentos médicos convencionais. Nessa linha de conduta existe a tentativa de favorecer o sistema imunológico através de dieta, exercícios e controle do estresse, fatores que teoricamente resultam em melhora global da qualidade de vida (METZGER, 1998).

Justamente pelo fato de a endometriose ser considerada uma doença multifatorial é que, dentre os tratamentos propostos, não existe terapia que seja sempre capaz de eliminar completamente a doença e seus sintomas, aliviar a dor e restabelecer a fertilidade. Melhorar a qualidade de vida dessas mulheres é uma das metas principais de abordagem dessa doença (MILLER, 2000).

Nessa perspectiva é importante detectar os fatores capazes de interferir na qualidade de vida de um indivíduo. Em especial nas mulheres com endometriose, dois fatores merecem destaque: o estresse e a dor.

O estresse promoveria um efeito imunossupressor à medida que obrigaria o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal a manter-se em estado de alerta constante, liberando neurotransmissores na circulação sanguínea. Existe uma adaptação orgânica local que dependerá da vulnerabilidade de cada indivíduo (VASCONCELLOS, 1998). É sabido, de longa data, que pessoas submetidas à estresse e ansiedade podem estar mais suscetíveis a doenças por alterações do sistema imunológico. Torna-se lógico pensar que essas situações crônicas poderiam ocasionar doenças como a endometriose, por exemplo. Por esta razão é que, atualmente, tem-se dado especial enfoque para a qualidade de vida de um modo geral, não só como consequência de doenças, mas também como promotora de doenças crônicas.

A dor merece destaque por ser a queixa principal, referida pelas mulheres com endometriose (BERGER, 1994; METZGER, 1998; ABRÃO et al., 2000a). Em estudo realizado na Universidade de São Paulo no período de 1992 a 1998, em 244 casos, 86,5% apresentavam queixa de dismenorréia, 55,3% de dor pélvica crônica e 54,9% apresentavam dispareunia (ABRÃO et al, 2000b). Em outro estudo epidemiológico realizado pelas Universidades de São Paulo e Campinas, observou-se que de 450 mulheres entrevistadas, “Dor Pélvica” era a queixa principal (54,7%), sendo que 86,2% queixavam-se de dismenorréia, 16% de dor pélvica crônica e 3% de dispareunia (NEME, 2002).

Embora a dor seja a queixa mais freqüente das mulheres com endometriose, não existe uma relação direta entre a severidade da doença e os sintomas. Foi observado que em 40% dos casos a intensidade da dor referida pela paciente não refletia o estágio da doença (FUKAYAMA & HOSHIAI, 1993, BERGER, 1994). Estudo recente realizado por um grupo italiano, em que participaram vários centros, não mostrou relação entre a localização e estadiamento da doença e a ocorrência da dor (GRUPPO ITALIANO PER LO STUDIO DELL'ENDOMITRIOSI, 2001).

Parece existir um perfil psicológico característico na maioria das mulheres com endometriose, bem como naquelas com endometriose e queixa de dor, o que não significa necessariamente que estas mulheres apresentem estágios mais avançados da doença (GOMIBUCHI et al., 1993).

Essa relação entre doença e sintomas foi analisada por WALLER & SHAW (1995) que estudaram quatro grupos distintos de mulheres. O grupo um, considerado controle, foi constituído por mulheres que se submeteriam à esterilização tubária e apresentavam exame pélvico normal. O segundo grupo trazia queixa de infertilidade e não referia dor. Nesse grupo foi encontrado endometriose leve. No terceiro grupo, além de endometriose leve, as mulheres apresentavam alguma queixa de dor, como dor pélvica, dispareunia ou dismenorréia e o quarto grupo foi constituído de mulheres com pélvis normais no exame laparoscópico e queixa de dor. Os escores mais altos em todos os parâmetros de dor foram nos dois últimos grupos, que apresentaram grau leve da doença ou pélvis normais, demonstrando assim que casos mais graves da doença não

estavam relacionados às queixas da dor. Nestes grupos também foram encontrados através do *The Beck Depression Inventory* (BECK et al., 1961) os maiores índices de depressão, ainda que a depressão pareça estar associada a mulheres com “Dor Pélvica”, com ou sem endometriose.

Em outro estudo foram comparados três grupos de mulheres: um com dor pélvica sem doença, outro com mulheres com dor pélvica e endometriose e um terceiro grupo, considerado de controle, sem endometriose e sem dor (RENAER, et al., 1979). Utilizaram o instrumento chamado *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Foram encontrados nos dois grupos com dor traços de hipocondria, depressão, histeria e ansiedade. O que chamou a atenção neste estudo foi que o grupo de controle, formado por mulheres que haviam procurado a clínica não por dor, mas por problemas considerados “benignos” para os ginecologistas como alterações no sangramento menstrual e cistos ovarianos apresentaram também traços de hipocondria. Os autores chamaram a atenção para a importância de selecionar mulheres fora da população do hospital quando o objetivo consiste em estudar problemas psicossomáticos, pois a simples experiência de necessitar de atendimento promove uma “pessoa” à qualidade de “paciente”, mobilizando medos, incertezas e sentimentos de negação.

Os achados de RENAEER et al. (1979) coincidiram com o estudo realizado por PEVELER et al. (1996) que, comparando os perfis de mulheres com dor por endometriose e dor sem causa aparente utilizou um instrumento denominado *Brief Symptom Inventory* (BSI) e não encontrou diferenças significativas das características psicológicas e depressivas entre os grupos. PEVELER et al.

(1996) procuraram em seu trabalho traçar o perfil psicossocial das pacientes através de uma série de instrumentos avaliatórios, e concluíram que as mulheres com endometriose possuíam dificuldade de ajuste social, encontravam-se em sua maioria na classe social elevada, referiam mais dor na escala análogo-visual que as de laparoscopia negativa e que esses escores aumentavam à medida que o estadiamento da doença aumentava.

No Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), de 50 pacientes entrevistadas de forma consecutiva, às quais foi aplicado o questionário de BECK et al. (1961), 91% apresentavam depressão mesmo em níveis leves, e o fato de estarem usando ou não algum medicamento durante a entrevista não influenciou os resultados (LOURENÇATO, 2002).

Na avaliação da presença de quadros depressivos em mulheres com endometriose a grande dúvida é se esse quadro seria causa ou consequência da doença, ou ainda, se a paciente estaria apresentando efeitos colaterais de drogas utilizadas no controle da patologia (WALLER & SHAW, 1995).

A preocupação sobre os benefícios e prejuízos que as drogas que controlam a endometriose poderiam ocasionar na qualidade de vida da mulher foi estudada por MILLER (2000) em um estudo duplo-cego. Analisou 120 mulheres que foram tratadas com agonistas do GnRH e encontrou piora temporária da qualidade de vida durante o tratamento. Já BERGIQVIST & THEORELL (2001), encontraram melhora tanto dos sintomas de dismenorréia, sangramento e dor

pélvica como na qualidade de vida em mulheres submetidas ao tratamento com acetato de medroxiprogesterona. O instrumento avaliatório utilizado por eles foram os questionários *Nottingham Health Profile* (NHP) e *Women Health Profile* (WHQ) (WIKLUND, KALBER, LINDGREN, 1993).

O mesmo instrumento – NHP– foi utilizado para comparar as alterações na qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento com GnRH ou danazol. O autor encontrou melhora no aspecto “Função Sexual” nas pacientes tratadas com GnRH, mas detectou também a presença de efeitos colaterais hipoestrogênicos, como fogachos. Por sua vez, o danazol produziu efeitos androgênicos como ganho de peso (BURRY, 1992). Esses efeitos de alguma forma irão repercutir na qualidade de vida dessas doentes.

Existe um crescente interesse científico pelo aspecto “Qualidade de Vida” e seus instrumentos avaliatórios. Apesar disso, a definição na literatura médica sobre o termo “Qualidade de Vida” é bastante vaga. Uma definição (CALMAN, 1984) diz que “qualidade de vida pode somente ser descrito em termos individuais” e depende do estilo de vida atual, experiências passadas, esperança no futuro, sonhos e ambições. Esta é uma boa definição individual, porém qualidade de vida também existe para um grupo de pessoas, uma comunidade específica ou ainda em nível nacional (SPILKER, 1991).

Mesmo divergindo sobre o que se considera “qualidade de vida” acredita-se que, em linhas gerais, os objetivos das intervenções médicas e das áreas de saúde seriam de prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir a

incapacidade (WARE, 1992). Ainda que não existam dúvidas de que as informações fornecidas pelo paciente sejam a melhor fonte para a avaliação destes objetivos, os “instrumentos avaliatórios” foram criados para obter essas informações e basicamente dividem-se em instrumentos genéricos e específicos.

Como marco histórico na criação de instrumentos avaliatórios de qualidade de vida, dois merecem destaque: o *Health Insurance Experience* (HIE) e o *Medical Outcomes Study* (MOS). O primeiro consiste de um amplo estudo que teve como meta elaborar as melhores escalas possíveis, capazes de medir o bem-estar e a capacidade funcional de crianças (VALDEZ, 1989) e que deixou dois grandes desafios: saber se as escalas utilizadas no HIE poderiam funcionar em uma população diferente, como por exemplo mais “velha e doente”, e saber se escalas mais eficientes de avaliação poderiam ser desenvolvidas. A partir destas questões foi gerado o MOS.

O MOS consiste de um instrumento multidimensional de qualidade de vida, capaz de ser administrado pelo próprio indivíduo, que abrange 40 conceitos físicos e mentais, é formado por 149 itens e foi testado em 22.000 pacientes. Dele nasceu o *Short Form* (SF) - 20 *Health Survey* e, posteriormente, o *SF-36 Health Survey* (CICONELLI, 1997).

O SF-36 é um instrumento considerado “genérico”, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos e não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É composto por oito áreas, agrupadas em dois componentes principais: físico e mental, que são

a capacidade funcional (dez itens), limitações físicas provocadas pela saúde (quatro itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos da vida social (dois itens), limitações provocadas por questões emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens); além de uma questão comparativa do estado de saúde atual com o de um ano atrás (KELLER et al., 1998). Na avaliação final é atribuído um escore de zero a 100 para cada questão, onde zero corresponde ao pior estado de saúde possível e 100 ao melhor. Não existe um valor que resuma toda a avaliação, a fim de evitar-se falsas interpretações.

Para possuir domínio internacional um instrumento precisa de equivalência operacional, escalar, funcional e psicométrica. Os passos para que isso aconteça incluem: tradução, validação do instrumento com os critérios psicométricos, factibilidade e responsividade (poder de detectar diferenças importantes), além de teste com amostras significativas daquela população. Esses passos foram seguidos em um projeto denominado *International Quality of Life Assessment* (IQOLA) que reunia oficialmente 14 países (Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Itália, Japão, Holanda, Espanha, Suíça, Finlândia, Reino Unido e Argentina) e, através da validação do SF-36, permitiram que este instrumento fosse amplamente utilizado ao redor do mundo em ensaios clínicos e estudos multicêntricos, bem como comparar diferentes populações (BULLINGER et al., 1998).

No Brasil, o SF-36 foi traduzido e validado por CICONELLI et al. (1999), e utilizado em pacientes com artrite reumatóide. Já foi empregado na avaliação da qualidade de vida de mulheres com coronariopatias (FAVARATO & ALDRIGHI,

2001), em uma população de octagenários (XAVIER, FERRAZ, BERTOLUCCI, 2001) e em pacientes submetidas a diálises (NETO et al., 2000). Até a presente data não foram publicados estudos utilizando o SF-36 na avaliação de mulheres brasileiras com endometriose. A população americana com endometriose (MILLER, 2000) e a escocesa (BODNER et al. 1997) já foram avaliadas através do SF-36.

Em um desses estudos, BODNER et al. (1997) mostraram alto poder de reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações –propriedades de medida de um instrumento– avaliando mulheres com endometriose através do SF-36 associado a um questionário específico. Esse estudo, denominado *Gynaecology - Audit Project In Scotland* avaliou 273 mulheres. O questionário específico consistiu de 16 questões associadas com o uso de analgésicos, duração do período menstrual, duração do ciclo, quantidade de sangramento, interferência na vida sexual, entre outras questões. Este tipo de associação entre instrumentos avaliatórios vem sendo utilizada com sucesso em outras doenças como asma, diabetes e metrorragia, e parece particularmente útil quando o objetivo consiste em avaliar o impacto de tratamentos.

O SF-36 deu origem a outro questionário específico, ainda não validado para a língua portuguesa, que avalia a qualidade de vida de mulheres com endometriose, o *Endometriosis Health Profile-30*, e altos índices de correlação foram encontrados (JONES et al., 2001). Este questionário aborda queixas específicas de mulheres com a doença, como não dormir bem devido à dor, dificuldades com a vida sexual e frustrações com a eficácia do tratamento. A grande importância de instrumentos como esses seria a de estar voltada para a

população com endometriose e perguntar a ela o que “qualidade de vida” significa para ela no contexto do dia-a-dia. Questiona-se o que realmente as pacientes com endometriose precisam.

Buscando responder a essas perguntas, alguns estudos vêm sendo realizados no sentido de detectar-se quais são as necessidades reais destas mulheres. Um autor (KENNEDY, 1991) sugeriu que ajudar a paciente a compreender a patologia, esclarecer medicações e efeitos, e dar a ela uma atenção mais individualizada são fundamentais para o tratamento. Também, THOMAS (1995) salientou que nem sempre o tratamento satisfaz a paciente em termos de qualidade de vida, ainda que os indicadores clínicos apresentem melhora.

No Brasil, apesar do grande interesse no diagnóstico e tratamento da doença pela comunidade médica, não têm sido realizados estudos avaliando a qualidade de vida de mulheres brasileiras com endometriose, mesmo com o crescente número de serviços especializados no diagnóstico e tratamento da doença. Por esta razão, a avaliação da qualidade de vida destas mulheres será de grande valia para o Serviço de Fisioterapia do CAISM, que desde 1999 atende mulheres com endometriose, visando integrar corpo e mente, orientando atividades físicas e terapias que, em princípio, auxiliariam no controle da dor e melhora da qualidade de vida. Estas informações poderão identificar necessidades específicas desta população estudada e adequar o atendimento prestado, bem como servir de modelo para outros serviços que prestam assistência às mulheres com endometriose.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com endometriose através do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 .

2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar no domínio “capacidade funcional” quais atividades diárias são as mais afetadas.
2. Avaliar nas mulheres com endometriose os diferentes componentes do SF-36, ou seja: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.
3. Comparar os componentes do SF-36 de qualidade de vida com as queixas de dor, estadiamento da doença, número de cirurgia e uso de medicamento para endometriose.

4. Comparar os componentes do SF-36 de qualidade de vida com estado marital e presença de filhos.
5. Comparar os componentes do SF-36 de qualidade de vida em mulheres que realizam exercícios físicos com as que não realizam.
6. Correlacionar os diferentes componentes do SF-36 entre si.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo de corte transversal.

3.2. Tamanho amostral

Inicialmente, o tamanho amostral foi calculado em 60 mulheres baseando-se na correlação entre o escore de dor obtido através de uma Escala Análogo Visual (EAV) e o escore da qualidade de vida obtido pelo SF-36. No entanto, observou-se que os escores de dor obtidos pela EAV (HUSKISSON, 1974), por serem muito subjetivos, foram inviabilizados para este estudo. Como o cálculo do tamanho amostral havia sido baseado neste escore, estimou-se então o poder do teste através do método proposto por NOETHER (1987). Neste estudo o poder do teste variou de 6% a 94%. Isto mostra que as populações são iguais isto é, as diferenças são muito pequenas. Para verificação do número ideal de mulheres para um alfa de 5% e beta de 20% obteve-se o total de 2.862

mulheres, o que é inviável para o número de atendimentos do Serviço de Fisioterapia do CAISM.

3.3. Seleção de sujeitos

As 57 mulheres incluídas neste estudo foram pacientes do Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp e os critérios de seleção foram os seguintes:

3.3.1. Critérios de inclusão

Diagnóstico confirmado de endometriose, por laparotomia ou laparoscopia.

3.3.2. Critérios de exclusão

Mulheres com patologias crônicas associadas. Foram excluídas três mulheres da seleção inicial.

3.3.3. Variáveis e conceitos

A seguir, são definidas as variáveis e apresentadas suas categorias:

3.3.3.1 Variáveis independentes

- *INTENSIDADE DA DOR PÉLVICA*: sensação subjetiva desagradável relatada pelo sujeito na região anterior da bacia, na maioria das vezes. A classificação foi realizada da seguinte forma: dor fraca, dor moderada ou dor forte.

- *GRAU DA ENDOMETRIOSE* – dado colhido do prontuário. A doença foi classificada de acordo com os critérios preconizados pela *American Society for Reproductive Medicine*, 1997 como:
 - Estádio I: Endometriose mínima. Mulheres com escore total de 1 a 5 pontos.
 - Estádio II: Endometriose leve. Mulheres com escore total de 6 a 15 pontos.
 - Estádio III: Endometriose moderada. Mulheres com 16 a 40 pontos.
 - Estádio IV: Endometriose severa. Mulheres com pontuação maior que 40.

3.3.3.2 Variável Dependente

- *QUALIDADE DE VIDA* - Avaliada sob oito diferentes aspectos, segundo o Questionário para Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Anexo 2):
 - Capacidade funcional- o escore mais baixo possível indica limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se. O escore mais alto possível determina que o indivíduo é capaz de realizar todo tipo de atividade física, incluindo as mais vigorosas.

- Aspectos físicos- escore mais baixo indica problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física. Escores altos indicam o oposto.
- Dor- escores baixos indicam dor muito severa e limitante. Escores altos indicam ausência de dor ou limitações decorrentes dela.
- Estado Geral de Saúde- escores baixos avaliam a saúde pessoal como precária e o indivíduo acredita que ela vai piorar.
- Vitalidade- escores baixos indicam que o indivíduo sente-se cansado a maior parte do tempo, enquanto escores altos indicam indivíduo cheio de energia.
- Aspectos Sociais- escores baixos indicam extrema interferência com as atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais. Escores altos indicam o oposto.
- Aspectos Emocionais- escores baixos indicam problemas com o trabalho e outras atividades diárias devido a problemas emocionais. Escores altos indicam o oposto.
- Saúde Mental- escores baixos indicam sentimentos de nervosismo e depressão na maior parte do tempo. Escores altos indicam sentimento de paz e felicidade na maior parte do tempo.

3.3.3.3 Variáveis de controle

- *IDADE* - anos completos no momento da entrevista.
- *ESTADO MARITAL* - situação apresentada pelo sujeito com relação à presença ou não de um parceiro.
- *PARIDADE* - história obstétrica da paciente. Relaciona-se ao número de gestações e vias de partos, bem como interrupções espontâneas ou provocadas.
- *EXERCÍCIOS* - atividade física além das atividades domésticas ou de trabalho, iniciadas há pelo menos seis meses, com o mínimo de 30 minutos de duração e frequência superior a uma vez por semana. Foi considerada resposta “sim” ou “não” para: caminhada, corrida, ginástica localizada, natação e alongamento.
- *NÚMERO DE CIRURGIAS* - referem-se ao número de laparotomias e/ou laparoscopias realizados.
- *USO DE MEDICAÇÃO*- serão consideradas apenas as medicações específicas para endometriose.

3.4. Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizadas a “Ficha de identificação” (ANEXO 1) para identificação do sujeito e o “Questionário de Qualidade de Vida SF-36” (ANEXO 2). Foram

atribuídas as pontuações para cada questão e realizados os cálculos de acordo com os critérios estabelecidos por WARE et al. (2000) e descritos em “Valores e Cálculos do SF-36” (ANEXO 4).

3.5. Coleta de dados

A seleção de sujeitos foi realizada no próprio Ambulatório de Endometriose do CAISM, na ocasião da consulta, pela pesquisadora que convidou as pacientes que se enquadravam nos critérios descritos a participar do estudo. Uma vez aceito, foi lido para ou pela paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3). Explicadas as dúvidas, sujeito e pesquisador assinaram o Termo, sendo que uma via permaneceu com o pesquisador e outra com a paciente.

Foi preenchido o ANEXO 1 de identificação do sujeito e aplicado o ANEXO 2 -Questionário de Qualidade de Vida SF-36 - pelo pesquisador, que leu o questionário para a paciente e, se essa concordasse, poderia seguir a leitura no seu próprio formulário. Os resultados foram preenchidos posteriormente e os cálculos realizados com a ajuda de um programa de computador, de acordo com o “Valores e Cálculos do SF-36” formulado por WARE et al. (2000) e descritos no ANEXO 4.

3.6. Processamento e análise dos dados

Descreveu-se a amostra segundo as características sociodemográficas através de freqüências. As associações entre os componentes do SF-36 foram

avaliadas por coeficientes de correlação de Spearman (CONOVER, 1998) por apresentar dados ordinais, tais quais os escores obtidos neste estudo.

As associações entre os componentes do SF-36 e o estadiamento da endometriose, dor pélvica, estado conjugal, laparoscopia, medicação e exercício foram apresentadas em tabelas com estatísticas descritivas, mediana e os percentis 25% e 75%. Verificando que tais variáveis possuem distribuição sem simetria optou-se por usar o teste não paramétrico de Mann-Whitney (CONOVER, 1998) para avaliar as associações.

No processamento e análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SAS, versão 8.02.

3.7. Aspectos Éticos

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e pela Comissão de Pesquisa do CAISM.

As pacientes foram questionadas verbalmente, após consentimento das mesmas. A não participação do estudo não interferiu no acompanhamento da paciente pela equipe do ambulatório e elas foram esclarecidas sobre o sigilo que seria mantido em relação às informações fornecidas.

4. Resultados

As TABELAS 1 e 2 mostram algumas características da população estudada. Observa-se uma distribuição razoavelmente homogênea com relação à faixa etária. Existiu uma concentração maior de mulheres em união e nulíparas, referindo ter dor de intensidade forte. A maioria delas não realizava exercícios físicos como hábito de vida.

A distribuição por estadiamento da endometriose foi relativamente homogênea, detectada na sua maioria por apenas uma laparoscopia.

TABELA 1
Distribuição percentual das mulheres de acordo com as variáveis demográficas

	n	%
<i>Idade (anos)</i>		
≤ 29	13	22,8
30 a 34	15	26,3
35 a 39	18	31,5
≥ 40	11	19,3
<i>Paridade</i>		
Nulípara	27	47,3
1	15	26,3
>2	15	26,3
<i>Estado Marital</i>		
Em união	42	73,7
Separada	4	7,0
Solteira	9	15,8
Viúva	2	3,5

TABELA 2
Distribuição percentual das mulheres de acordo
com as variáveis de controle estudadas

	n	%
<i>Dor Pélvica</i>		
Leve	5	8,8
Moderada	6	10,5
Forte	46	80,7
<i>Prática de Exercícios</i>		
Sim	13	22,8
Não	44	77,2
<i>Estadiamento da Endometriose</i>		
I	15	26,3
II	11	19,3
III	13	22,8
IV	18	31,6
<i>Número de Laparoscopias</i>		
1	25	46,3
2	17	31,5
3 ou mais	12	22,2

A TABELA 3 mostra os resultados obtidos através do questionário SF-36 nos seus diferentes componentes. Pode-se observar que dos oitos componentes, cinco deles apresentaram valores inferiores a 50%. O componente “Capacidade Funcional” obteve o escore mais favoráveis enquanto “Aspecto Físicos e Aspectos Emocionais” obtiveram os piores escores.

TABELA 3
Medianas obtidas nos diferentes componentes do SF-36

Componentes do SF-36	Mediana	Variação Percentil 25%-75%
Capacidade Funcional	70,0	55 - 85
Aspectos Físicos	25,0	0 - 75
Dor	41,0	22 - 52
Estado Geral de Saúde	55,0	40 - 77
Vitalidade	45,0	30 - 55
Aspectos Sociais	62,5	50 - 100
Aspectos Emocionais	33,3	0 - 100
Saúde Mental	44,0	32 - 56

Avaliou-se os componentes do Questionário sobre Qualidade de Vida SF-36 de acordo com a graduação da dor: leve, moderada ou forte. Não houve correlação estatisticamente significativa entre as mulheres que referiam ter dor pélvica leve/ moderada com aquelas com dor pélvica forte (TABELA 4).

TABELA 4

Comparação dos componentes do SF-36 em mulheres com dor pélvica leve/moderada com mulheres com dor pélvica forte

Componentes do SF-36	n	Escore					Valor de p
		Mínimo	máximo	Percentil			
				25%	Mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	55	100	55,0	75,0	95,0	
Dor Pélvica Forte	46	10	100	55,0	70,0	85,0	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	0	100	0,0	25,0	75,0	
Dor Pélvica Forte	46	0	100	0,0	25,0	75,0	
Dor							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	12	100	32,0	51,0	62,0	
Dor Pélvica Forte	46	0	100	22,0	32,0	52,0	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	35	92	47,0	55,0	87,0	
Dor Pélvica Forte	46	15	100	35,0	53,5	77,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	15	70	40,0	50,0	60,0	
Dor Pélvica Forte	46	5	95	20,0	40,0	50,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	25	100	50,0	75,0	100,0	
Dor Pélvica Forte	46	0	100	37,5	62,5	100,0	
Aspectos Emocionais							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	0	100	0,0	0,0	66,7	
Dor Pélvica Forte	46	0	100	0,0	33,3	100,0	
Saúde Mental							<i>ns</i>
Dor Pélvica Leve/Moderada	11	20	80	32,0	44,0	68,0	
Dor Pélvica Forte	46	4	96	32,0	44,0	56,0	

ns= não significativo

Também não foram observadas diferenças significativas entre as mulheres com ou sem parceiros (TABELA 5), submetidas a uma ou mais laparoscopias (TABELA 6), fazendo uso ou não de medicação para tratamento de endometriose (TABELA 7).

TABELA 5

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36 em mulheres em união com mulheres separadas, solteiras ou viúvas

Componentes do SF-36	n	Escore					Valor de p
		mínimo	máximo	Percentil			
				25%	Mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
em união	42	10	100	55,0	70,0	85,0	
separada/solteira/viúva	15	45	100	55,0	75,0	100,0	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
em união	42	0	100	0,0	25,0	75,0	
separada/solteira/viúva	15	0	100	0,0	25,0	100,0	
Dor							<i>ns</i>
em união	42	0	100	22,0	41,0	51,0	
separada/solteira/viúva	15	10	100	22,0	51,0	72,0	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
em união	42	15	92	37,0	53,5	77,0	
separada/solteira/viúva	15	25	100	40,0	55,0	77,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
em união	42	5	95	30,0	45,0	60,0	
separada/solteira/viúva	15	15	80	25,0	40,0	50,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
em união	42	0	100	37,5	62,5	100,0	
separada/solteira/viúva	15	0	100	50,0	75,0	87,5	
Aspectos Emocionais							<i>ns</i>
em união	42	0	100	0,0	16,7	100,0	
separada/solteira/viúva	15	0	100	0,0	33,3	100,0	
Saúde Mental							<i>ns</i>
em união	42	4	84	32,0	42,0	52,0	
separada/solteira/viúva	15	8	96	28,0	44,0	72,0	

ns= não significativo

TABELA 6

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36 em mulheres submetidas a uma laparoscopia/laparotomia com as submetidas a duas ou mais

Componentes do SF-36	n*	Escore					Valor de p
		mínimo	Máximo	Percentil			
				25%	Mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	40	100	65,0	75,0	90,0	
duas ou mais cirurgias	29	20	100	55,0	70,0	85,0	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	0	100	0,0	25,0	75,0	
duas ou mais cirurgias	29	0	100	0,0	25,0	75,0	
Dor							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	0	100	22,0	51,0	61,0	
duas ou mais cirurgias	29	0	100	22,0	41,0	51,0	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	32	92	42,0	52,0	77,0	
duas ou mais cirurgias	29	15	100	40,0	57,0	87,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	15	95	35,0	45,0	65,0	
duas ou mais cirurgias	29	5	75	20,0	45,0	55,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	0	100	50,0	75,0	87,5	
duas ou mais cirurgias	29	0	100	50,0	62,5	100,0	
Aspectos Emocionais							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	0	100	0,0	33,3	66,7	
duas ou mais cirurgias	29	0	100	0,0	33,3	100,0	
Saúde Mental							<i>ns</i>
uma cirurgia	25	8	84	36,0	48,0	64,0	
duas ou mais cirurgias	29	4	96	32,0	36,0	52,0	

ns= não significativo

* 3 pacientes não souberam dizer ao certo a quantas cirurgias tinham sido submetidas

TABELA 7

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36 em mulheres que faziam uso ou não de medicação para endometriose

Componentes do SF-36	n*	Escore					Valor de p
		mínimo	máximo	Percentil			
				25%	Mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
Com medicação	25	20	100	55,0	70,0	85,0	
Sem medicação	32	10	100	55,0	72,5	87,5	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
Com medicação	25	0	100	0,0	50,0	100,0	
Sem medicação	32	0	100	0,0	25,0	62,5	
Dor							<i>ns</i>
Com medicação	25	0	100	22,0	32,0	61,0	
Sem medicação	32	0	100	22,0	51,0	51,0	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
Com medicação	25	15	100	32,0	42,0	70,0	
Sem medicação	32	22	92	46,0	55,0	77,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
Com medicação	25	5	95	20,0	40,0	50,0	
Sem medicação	32	10	80	32,5	45,0	60,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
Com medicação	25	0	100	25,0	62,5	100,0	
Sem medicação	32	0	100	56,3	68,8	93,8	
Aspectos Emocionais							<i>ns</i>
Com medicação	25	0	100	0,0	66,7	100,0	
Sem medicação	32	0	100	0,0	0,0	66,7	
Saúde Mental							<i>ns</i>
Com medicação	25	4	96	32,0	44,0	60,0	
Sem medicação	32	8	84	32,0	42,0	54,0	

ns= não significativo

Observou-se diferença significativa ($p < 0,03$) com relação ao estadiamento da endometriose e os componentes “Aspectos Emocionais” e “Saúde Mental”. As pacientes com estádios mais avançados da doença apresentaram melhores escores em comparação com as de estádios iniciais (TABELA 8).

TABELA 8

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36 em mulheres com endometriose nos estádios I e II com estádios III e IV

Componentes do SF-36	n*	Escore					Valor de p
		Mínimo	Máximo	Percentil			
				25%	Mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	20	100	55,0	72,5	85,0	
Estádios III e IV	31	10	100	55,0	70,0	90,0	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	0	100	0,0	0,0	75,0	
Estádios III e IV	31	0	100	0,0	25,0	100,0	
Dor							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	0	100	22,0	36,5	51,0	
Estádios III e IV	31	0	100	22,0	51,0	62,0	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	15	92	35,0	49,5	72,0	
Estádios III e IV	31	22	100	42,0	55,0	87,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	5	80	20,0	42,5	50,0	
Estádios III e IV	31	10	95	35,0	45,0	70,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
Estádios I e II	26	0	100	37,5	62,5	75,0	
Estádios III e IV	31	0	100	50,0	75,0	100,0	
Aspectos Emocionais							<i>0,03</i>
Estádios I e II	26	0	100	0,0	0,0	33,3	
Estádios III e IV	31	0	100	0,0	66,7	100,0	
Saúde Mental							<i>0,03</i>
Estádios I e II	26	4	84	28,0	42,0	52,0	
Estádios III e IV	31	12	96	32,0	44,0	60,0	

ns= não significativo

Observaram-se escores significativamente melhores ($p < 0,03$) no componente “Capacidade Funcional” em mulheres sem nenhum filho quando comparadas àquelas com um filho ou mais (TABELA 9).

TABELA 9

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36
entre mulheres sem filhos e mulheres com um filho ou mais

Componentes do SF-36	n*	Escore					Valor de p
		Mínimo	Máximo	Percentil			
				25%	mediana	75%	
Capacidade Funcional							0,03
nenhum filho	27	10	100	65,0	75,0	100,0	
um ou mais filhos	30	20	95	55,0	67,5	80,0	
Aspectos Físicos							ns
nenhum filho	27	0	100	0,0	25,0	75,0	
um ou mais filhos	30	0	100	0,0	12,5	75,0	
Dor							ns
nenhum filho	27	0	100	22,0	51,0	61,0	
um ou mais filhos	30	0	100	22,0	31,0	51,0	
Estado Geral da Saúde							ns
nenhum filho	27	22	100	40,0	52,0	77,0	
um ou mais filhos	30	15	92	37,0	55,0	77,0	
Vitalidade							ns
nenhum filho	27	10	95	35,0	40,0	60,0	
um ou mais filhos	30	5	80,0	20,0	45,0	55,0	
Aspectos Sociais							ns
nenhum filho	27	0	100	50,0	62,5	100,0	
um ou mais filhos	30	0	100	25,0	68,8	100,0	
Aspectos Emocionais							ns
nenhum filho	27	0	100	0,0	33,3	100,0	
um ou mais filhos	30	0	100	0,0	33,3	100,0	
Saúde Mental							ns
nenhum filho	27	12	96	32,0	44,0	52,0	
um ou mais filhos	30	4	80	32,0	44,0	60,0	

ns= não significativo

Finalmente, quando foram correlacionados os resultados das mulheres que tinham o hábito de realizar exercícios físicos, os escores obtidos do componente “Saúde Mental” foram significativamente superiores ($p < 0,01$) aos das mulheres sedentárias (TABELA 10).

TABELA 10

Comparação dos componentes de Qualidade de Vida do SF-36 em mulheres que realizavam exercícios com as que não realizavam

Componentes do SF-36	n*	Escore					Valor de p
		mínimo	Máximo	25%	Percentil mediana	75%	
Capacidade Funcional							<i>ns</i>
Com exercício	13	20	100	60,0	75,0	90,0	
Sem exercício	44	10	100	55,0	70,0	85,0	
Aspectos Físicos							<i>ns</i>
Com exercício	13	0	100	0,0	0,0	75,0	
Sem exercício	44	0	100	0,0	25,0	75,0	
Dor							<i>ns</i>
Com exercício	13	0	100	10,0	31,0	51,0	
Sem exercício	44	0	100	22,0	46,5	61,5	
Estado Geral da Saúde							<i>ns</i>
Com exercício	13	15	92	45,0	62,0	77,0	
Sem exercício	44	20	100	38,5	53,5	77,0	
Vitalidade							<i>ns</i>
Com exercício	13	10	80	40,0	50,0	70,0	
Sem exercício	44	5	95	22,5	40,0	50,0	
Aspectos Sociais							<i>ns</i>
Com exercício	13	0	100	50,0	87,5	87,5	
Sem exercício	44	0	100	37,5	62,5	100,0	
Aspectos Emocionais							<i>ns</i>
Com exercício	13	0	100	0,0	100,0	100,0	
Sem exercício	44	0	100	0,0	16,7	66,7	
Saúde Mental							<i>< 0,01</i>
Com exercício	13	8	84	52	60	72,0	
Sem exercício	44	4	96	31	36	46,0	

ns= não significativo

Na análise dos resultados obtidos no componente “Capacidade Funcional” do SF-36, as maiores dificuldades encontradas foram na realização de atividades

vigorosas (24,6%), em subir vários lances de escada (28,1%), e em andar mais de 1km (22,8%).

Relacionando os diferentes componentes do Questionário SF-36, obteve-se grande correlação entre todos. Os valores mais baixos encontrados foram entre os componentes “Estado Geral de Saúde” e “Capacidade Funcional”, “Saúde Mental e Aspectos Físicos” e também entre “Saúde Mental e Dor”.

Os componentes “Aspecto Físico” e “Dor” apresentaram-se altamente correlacionados, bem como os componentes “Vitalidade e “Aspectos Sociais” (QUADRO 1).

QUADRO 1. Correlação entre os diferentes componentes do SF-36

Componentes do SF-36	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Capacidade Funcional	1,00	0,34	0,51	0,24	0,49	0,40	0,36	0,30
Aspectos Físicos		1,00	0,67	0,28	0,43	0,52	0,47	0,25
Dor			1,00	0,34	0,43	0,56	0,35	0,25
Estado Geral de Saúde				1,00	0,33	0,35	0,29	0,39
Vitalidade					1,00	0,63	0,54	0,59
Aspectos Sociais						1,00	0,43	0,44
Aspectos Emocionais							1,00	0,46
Saúde Mental								1,00

Coeficiente de Correlação (Spearman) entre os componentes do SF-36

5. Discussão

As mulheres deste estudo mostraram que pelo menos cinco dos oitos componentes de qualidade de vida –aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental– encontravam-se abaixo de 50%, o que indica a baixa qualidade de vida desta população.

Uma das dificuldades deste estudo diz respeito à maneira como as respostas foram obtidas. Embora o SF-36 tenha sido utilizado por alguns autores através de questionários auto-aplicáveis (ROGERS et al., 1997), questionários enviados pelo correio (BODNER et al., 1997), ou através de contatos telefônicos (KELLER et al., 1996), preferimos utilizar a entrevista como método, pois atendemos um grande número de mulheres com baixo índice de escolaridade e acreditávamos que as entrevistas facilitariam o preenchimento. Outros autores que utilizaram o SF-36 no Brasil também o fizeram dessa forma (CICONELLI et al., 1999; NETO et al., 2000; FAVARATO & ALDRIGHI, 2001).

Segundo STEWART & WARE (1992) existem dois tipos de viéses que podem interferir nos resultados da entrevista: a obtenção de respostas “socialmente

desejáveis” e a tendência de a paciente concordar sempre com o que o questionário afirma. Considerando as circunstâncias em que as respostas foram obtidas (no ambulatório, durante a consulta de retorno), seria bastante viável a obtenção de respostas “socialmente desejáveis”. Se durante a espera de uma consulta médica, alguém da equipe convidasse a paciente a participar de um estudo, isso poderia levá-la a supor que suas respostas, de alguma forma, influenciariam no seu tratamento ou, ainda, ela aproveitaria do momento para convencer e sensibilizar o profissional sobre a gravidade de seu problema e a intensidade de sua dor, exacerbando-a.

Sobre a tendência da paciente em concordar com o que o questionário afirma, sabe-se que esse viés encontra-se mais presente quanto mais baixo o grau de escolaridade de uma população (STEWART & WARE, 1992). Coincidência ou não, para contornar esse tipo de problema algumas das questões do SF-36 foram elaboradas de forma afirmativa e outras de forma negativa, levando o sujeito a raciocinar sobre suas respostas.

O primeiro aspecto que chama a atenção nos resultados obtidos neste estudo é o baixo nível de qualidade de vida destas mulheres. Se tomarmos, por exemplo, outras populações estudadas pelo SF-36 e compararmos os resultados entre si podemos perceber a defasagem. Esses estudos avaliaram a qualidade de vida de mulheres norte-americanas sem patologias (WARE et al., 2000), de norte-americanas com câncer (ROGERS et al., 1998) e dois grupos de mulheres brasileiras. Como a validação do SF-36 foi relativamente recente no Brasil, a amostra da população estudada ainda não nos permite traçar um perfil de quais

seriam os níveis de qualidade de vida para mulheres brasileiras saudáveis. Assim, somente podemos comparar a população deste estudo com os dois grupos de mulheres brasileiras mencionados: o grupo de mulheres menopausadas cardiopatas (FAVARATO & ALDRIGHI, 2001) e o de mulheres com artrite reumatóide (CICONELLI et al., 1999) (Gráfico I).

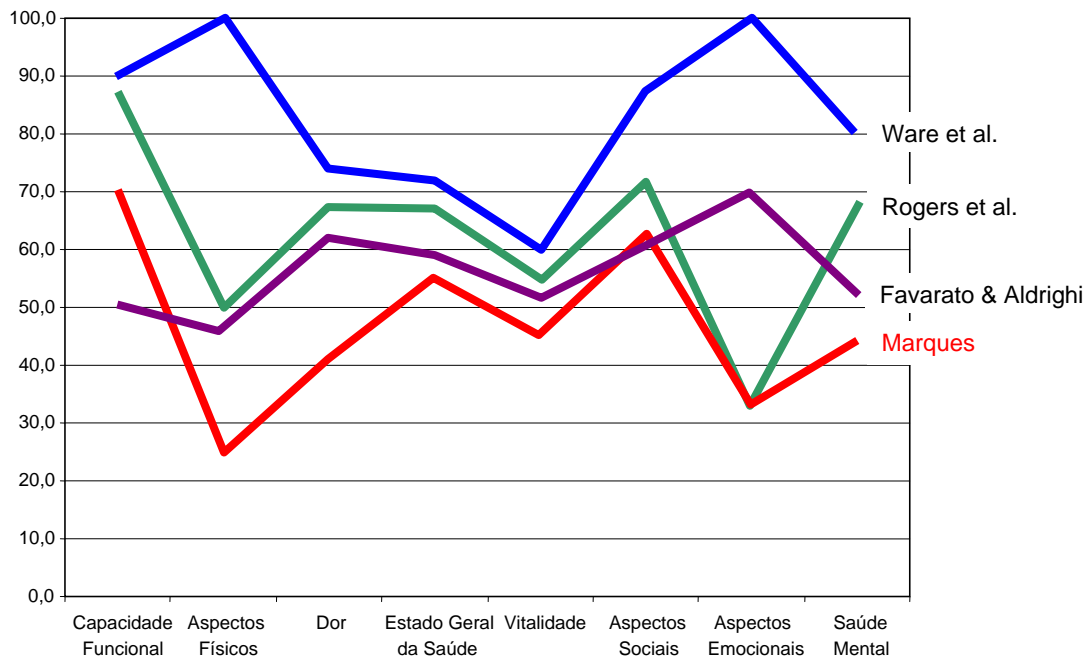


GRÁFICO 1. Comparação entre diferentes valores dos componentes do SF-36 em diferentes populações.

Os níveis de qualidade de vida medidos através do SF-36 para as mulheres com endometriose foi, comparativamente, o mais baixo entre estes cinco grupos. Os parâmetros que mais se afastaram da tendência dos demais

grupos referem-se aos “Aspectos Físicos” (ou segundo a definição de WARE, et. al. (2000) problemas no trabalho, ou em outras atividades da vida diária relacionadas à saúde física e “Aspectos Emocionais” (que são problemas no trabalho ou em atividades da vida diária relacionados a problemas emocionais).

O fato da questão “trabalho” ser abordada nas perguntas do Questionário que se referem a esses dois componentes parece interessante. Embora a população atendida neste hospital seja, na sua maioria, de mulheres de baixa renda, o perfil destas mulheres é de uma “autocobrança” bastante intensa, principalmente no que se refere ao tema “trabalho”, seja ele dentro ou fora do lar. Alguns autores associaram o estresse profissional da mulher moderna à endometriose (ABRÃO et al, 2000b). Uma limitação deste estudo foi não ter investigado qual a ocupação das mulheres estudadas, o que poderia ter trazido um dado a mais na caracterização desta população.

Quanto às hipóteses que poderiam justificar o baixo nível de Qualidade de Vida na população estudada, a dor merece atenção especial. Neste estudo, a questão “dor” foi abordada de duas maneiras: inicialmente, quando a paciente era questionada sobre “normalmente como sua dor se manifesta”, 80% das respostas foram “dores fortes”. Isso é justificado através da presença daquelas mulheres no ambulatório, aguardando por consulta. Outra maneira de se avaliar a dor é através do SF-36. No decorrer da aplicação do questionário as questões que determinam o componente “dor” são abordadas de forma mais objetiva, como por exemplo, dificuldades encontradas com o trabalho e necessidade de

ajuda extra. Aí, os escores que procuram quantificar a dor não são tão elevados, demonstrando um certo “exagero”, talvez, na descrição inicial da dor.

Outro fato interessante é que a dor não parece influenciar os demais aspectos. Por exemplo, o componente “Aspecto Físico” foi o que menos sofreu influência da intensidade inicial da dor referida pelos sujeitos. Mas quando se analisam os componentes do SF-36 entre si, observa-se uma grande correlação entre os componentes “Aspecto Físico e “Dor”. O fato é que a dor é um fenômeno multidimensional que permeia questões físicas, emocionais, culturais e ambientais, e sua avaliação precisa ser vista sob esse aspecto.

Os resultados obtidos no componente “Capacidade Funcional” coincidiram com os esperados. Esse componente, originado na íntegra pelo MOS, procura abranger três categorias: atividades de higiene pessoal, atividades relacionadas à locomoção (locomover-se dentro e fora de casa e na comunidade) e outras atividades físicas como correr, carregar peso e subir escadas. Pelos resultados obtidos neste estudo, atividades vigorosas foram as que ofereceram maior dificuldade às mulheres, como subir vários lances de escadas e andar distâncias superiores a um quilômetro.

A limitação na interpretação deste componente consiste no fato que a escala do SF-36 enfatiza atividades que são realizadas com facilidade pela maior parte das pessoas. Logo, um escore perfeito atingido pela maioria da população tenderia mais para “a ausência” de limitação realmente importante que para uma boa capacidade funcional. Outra limitação seria a incapacidade

de detectar diferenças pequenas na realização das atividades, não apenas se o sujeito realiza ou não o movimento, mas de que maneira o faz. A questão é se adota uma postura correta ou substitui o movimento utilizando posturas antálgicas.

Informações relacionadas à capacidade funcional não estariam completas se não levassem em consideração o grau de satisfação do sujeito. Um estudo mostrou que 31% dos entrevistados que possuíam função física imperfeita estavam satisfeitos com ela, enquanto 15% daqueles cujos escores indicavam capacidade funcional perfeita, não estavam completamente satisfeitos. Segundo o autor, isso mostra a importância de se considerar valores e necessidades individuais: algumas pessoas satisfazem-se com a possibilidade de realizar suas atividades diárias que requerem capacidade física mínima, enquanto outras desejam uma vida extremamente ativa e, portanto, são mais exigentes (STEWART & WARE, 1992).

Uma relação direta bastante significativa foi a da prática da atividade física e do componente “saúde mental”. Os mecanismos pelos quais a atividade física melhora a saúde mental são bastante comentados, porém pouco conhecidos. Uma série de mecanismos psicológicos são postulados como distração, lazer e interação social, além de mecanismos físicos como liberação de endorfinas (FONTAINE, 2000). Estudando o efeito moderador que a atividade física poderia proporcionar no controle da depressão, por exemplo, LANE & LOVEJOY (2001) observaram que uma sessão de dança aeróbica durante 60 minutos era uma boa estratégia para o controle de sintomas depressivos, especialmente se a população já era depressiva antes do exercício. Para estes autores os sintomas

depressivos estavam associados com a percepção do indivíduo de que ele tem pouco ou nenhum controle sobre os fatores ambientais, que possivelmente são causados por prejuízos do dia-a-dia e estilo de vida. Os exercícios reduzem a confusão, fadiga e tensão. Os autores enfatizaram para que se evitem atividades competitivas e que se mantenham sempre os mesmos exercícios conhecidos pelos integrantes do grupo.

LAFORGE (1999) avaliou a Qualidade de Vida através do SF-36 com relação a exercícios físicos. Através de contatos telefônicos entrevistou 1.387 pessoas de Rhode Island e classificou-as em quatro grupos: um grupo exercitava-se por mais de seis meses; o segundo exercitava-se por menos de seis meses, o terceiro não fazia exercício, mas tinha intenção de iniciar e o quarto não realizava exercícios e nem tinha a intenção de iniciar. Os escores atingidos pelo grupo que praticava atividade física regularmente eram bastante superiores ao atingido pela população deste estudo. O componente “Saúde Mental” nesse estudo chegou a 77,3, comparado a 44,0 atingido pela nossa população. Mas o autor ressaltou um ponto importante: não se pode determinar se o sedentarismo causa piora na qualidade de vida ou se as pessoas já não se exercitam por não estarem bem de saúde.

Com relação ao estadiamento da doença e os sintomas, este estudo condiz com o de outros autores que não encontraram relação direta entre o grau da endometriose e a dor (RENAER et al., 1979; FUKAYAMA & HOSHIAI, 1993; GOMIBUCHI et al., 1993, BERGER, 1994; WALLER & SHAW, 1995; PEVELER et al., 1996). Porém, alguns relataram que, se o estadiamento da

doença não apresenta relação direta com os sintomas, os aspectos emocionais das mulheres com queixa de dor são predisponentes. Isso não ficou evidente neste estudo. Os componentes “aspectos emocionais” e “saúde mental”, embora apresentassem escores baixos como um todo, foram significativamente melhores em mulheres com estádios mais avançados da doença. Um fator que poderia justificar esse resultado seria a maior preocupação da mulher com estágio da doença mais avançado, em buscar auxílio, investir no seu tratamento, enfim, cuidar melhor de si. Além disso, em geral, essas mulheres são encaminhadas ao CAISM provenientes de outros centros e não são virgens de tratamento. A própria equipe reforça, para esses casos, a necessidade de mudanças no ritmo de vida e nível de estresse.

O fato de não havermos observado mudanças nos componentes de qualidade de vida nas mulheres que estão utilizando medicações não nos surpreendeu. O estudo de MILLER (2000) encontrou inclusive piora na qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamento com agonistas de GnRH. É necessário notar que se muitos dos efeitos colaterais referem-se a sintomas depressivos provocados pelas medicações, existiu neste estudo uma tendência de as mulheres com medicação apresentarem melhores escores em “Aspectos Emocionais” e “Estado Geral de Saúde”, embora não estatisticamente significativos.

O número de laparoscopias já realizadas não influenciou na Qualidade de Vida das mulheres, ainda que se acreditasse que um maior número comprometeria a Qualidade de Vida. Deve-se considerar que este estudo abrangeu um pequeno tamanho amostral, que não permitiu separá-los por categorias.

Não havia expectativas com relação à Qualidade de Vida e Estado Marital. Se por um lado a presença de um parceiro poderia ser vista como um fator de melhora na qualidade de vida, a experiência clínica alerta para que nem sempre a relação conjugal colabora para isso, sendo muitas vezes um fator de piora na qualidade de vida por si só. Algumas uniões estabelecem um nível bastante exacerbado de estresse e podem estar associadas à tendência de as pessoas buscarem como parceiros pessoas parecidas com si próprias (HOLAHAN & MOOS, 1994).

Outros autores apontaram para a dificuldade que mulheres com dor pélvica possuem no relacionamento com seus parceiros. Existem muitas questões sexuais que não são abordadas pelo SF-36, mas que foram estudadas por WALLER & SHAW, (1995) que encontraram disfunção sexual não associadas à severidade da doença, mas associadas às queixas de dor.

Foi surpreendente o fato de mulheres sem filhos possuírem o componente “Capacidade Funcional” significativamente melhor que as com um ou mais filhos. Capacidade funcional neste questionário refere-se à capacidade de paciente sem filhos realizar atividades físicas, desde as mais leves até as mais vigorosas. Provavelmente, mulheres sem filhos dispõem de mais tempo e disponibilidade para realizar atividades físicas, já que não possuem as obrigações próprias de uma mãe com o cuidado com a prole. De qualquer forma, esse dado deve ser considerado com cautela.

Uma limitação importante deste estudo refere-se ao tamanho da amostra, que não permitiu extrapolar esses resultados para todas as mulheres com endometriose. Entretanto, este foi um estudo descritivo que tentou caracterizar um grupo de mulheres atendidas em um ambulatório específico.

Outro fator importante a ser considerado diz respeito às diferentes fases do tratamento em que essas mulheres encontravam-se no momento do questionário. Algumas estavam iniciando tratamento medicamentoso, enquanto outras já estavam em tratamento há algum tempo e sob efeito destas drogas, o que poderia influenciar nos resultados. Algumas das mulheres haviam sido operadas e, conseqüentemente, poderiam ter variações nos seus escores da doença e assim influenciar os resultados de qualidade de vida, devido a esta intervenção.

Outra limitação do estudo seria que, ao considerar a “Qualidade de Vida” de uma população, o instrumento usado não levou em conta suas condições socioeconômicas. Embora o nível socioeconômico, por si só, não garanta uma boa qualidade de vida, a pobreza possivelmente interfere nela e a população deste estudo era basicamente de baixa renda.

Deve-se considerar também que a utilização de um questionário genérico sobre qualidade de vida é uma grande limitação deste estudo. No estudo de JONES et al. (2001), foi alertado para o risco de um questionário genérico não ser suficientemente sensível para detectar peculiaridades desta ou daquela população. Citou a dispareunia, por exemplo, como fator importante para o bem-estar pessoal e relacionamento inter-pessoal e sugeriu o *Endometriosis Health*

Profile-30 que possui boa correlação com o SF-36. Ocorre porém que, para que um instrumento seja utilizado no país, é necessário um processo que inclui tradução para a língua local e avaliação da equivalência cultural. Assim, são testados sua reprodutibilidade e validade. Esse processo ainda não foi realizado com esse instrumento no Brasil.

Os resultados deste estudo ajudaram a propor uma estratégia de tratamento complementar para as mulheres com endometriose, visando à melhora na sua qualidade de vida. Ficou aqui expresso a necessidade de estas mulheres obterem apoio emocional. No perfil controlador destas mulheres o que existe de fato é uma grande fragilidade emocional e dificuldade de relacionamento interpessoal, principalmente com o parceiro. Aqui, o papel do psicólogo seria fundamental no sentido de quebrar a resistência inicial destas mulheres para ajudá-las a conhecer-se melhor sob o ponto de vista emocional.

Quanto à fisioterapia, se estudos citam exercícios aeróbicos como desencadeantes de liberação de endorfinas, na prática, eles só deveriam ser realizados fora da crise de dor. Em períodos onde a dor está presente, a preferência deveria ser de movimentos lentos, buscando relaxamento, mobilização pélvica e desfazer os mecanismos de tensão provocados pelas posições antálgicas. Mais uma vez, a paciente é levada a se conhecer melhor, agora sob o aspecto físico.

Para tanto, são necessários outros estudos que possam investigar a ação destes exercícios leves *versus* exercícios extenuantes na prevenção, evolução e tratamento da doença, bem como alívio da dor.

Associado a tudo isso, essas mulheres necessitam de informação. Não no sentido de fazer da paciente uma cientista, mas uma conhecedora de sua própria patologia.

Os resultados obtidos neste estudo possibilitou-nos conhecer melhor a população avaliada e desenvolver um programa voltado às suas necessidades. Atualmente, grupos de apoio são oferecidos às mulheres do Ambulatório de Endometriose do CAISM e durante oito encontros acontecem exercícios físicos e reflexões sobre a doença.

6. Conclusões

1. A Qualidade de Vida de mulheres com endometriose avaliada através do SF-36 é, de modo geral, ruim.
2. As atividades físicas mais afetadas foram as que exigiam grande esforço físico.
3. Dos oito componentes avaliados através do SF-36, cinco apresentaram valores inferiores a 50%, reforçando a má qualidade de vida.
4. Não houve relação entre a qualidade de vida e intensidade geral de dor das pacientes, entre o fato de ter sido submetida a uma ou mais cirurgias prévias, e fazer uso ou não de medicação para endometriose. Mulheres com estádios mais avançados da doença apresentaram melhores escores nos componentes Saúde Mental e Aspectos Emocionais.

5. Não houve relação entre a qualidade de vida e o fato da paciente ter ou não um companheiro. Mulheres sem filhos apresentaram melhores escores no componente “Capacidade Funcional” .

6. Mulheres que realizavam exercícios apresentaram melhores resultados no componente “ Saúde Mental”.

7. Observou-se uma grande correlação entre os componentes do SF-36.

7. Referências Bibliográficas

ABRÃO, M.S.; DIAS, J.A.; PODGAEC, S. - Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose: uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In: ABRÃO, M.S. - **Endometriose: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, Revinter Ltda, 2000. p.1-11.

ABRÃO, M.S.; ABRÃO, C.M.; REISS, R.W.; VASCONCELOS, E. - Ansiedade, estresse e endometriose. In: ABRÃO, M.S. - **Endometriose: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, Revinter Ltda, 2000. p.249-57.

BARROS, A.C.S.D. & MELO, N.R. - Endometriose. In: PIATTO, S. - **Tratado de Ginecologia**. São Paulo, Artes Médicas Ltda, 1997. p.149-56.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; OCK, J.E.; ERGAUGH, J.; K.- An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, **4**:561-71, 1961.

BERGER, G.S.- Epidemiology of endometriosis. In: NEZHAT, C.R.; BERGER, G.S.; NEZHAT, F.R.; BUTTRAM Jr., V.C.; NEZHAT, C.H. - **Endometriosis: advanced management and surgical techniques**. New York, Springer-Verlag, 1994. p.3-7.

BERGQVIST, A. & THEORELL, T - Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, **80**:628-37, 2001.

- BODNER, C.H.; GARRANT, A. M.; RATCLIFFE, J.; MACDONALD, L.M.;
PENNEY, G.C.- Measuring health-related quality of life outcomes in
women. *Health Bull.*, **55**:109-17, 1997.
- BULLINGER, M.; ALONSO, J.; APOLONE, G.; LEPLEGE, A.; SULLIVAN, M.;
DAUPHINEE, S. W.; GANDEK, B.; WAGNER, A.; AARONSO, N.; BECH,
P.; FUKUHARA, S.; KAASA, T.; WARE, J.E. - Translating health status
questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach.
J. Clin. Epidemiol., **51**:913-23, 1998.
- BURRY, K. - Nafarelin in the management of endometriosis: Quality of life
assessment. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **166**:735-9, 1992.
- CALMAN, K.C. - Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *J. Med. Ethics*,
10:124-7, 1984.
- CANDIANI, G.B.; DANESINO V.; GASTALDI A.; PARAZZINI, F.; FENARONI,
M. - Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian
endometriosis. *Fertil. Steril.*, **56**:230-4, 1995.
- CICONELLI, R.M. -**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)”**. São Paulo, 1997. [Tese -
Doutorado - Escola Paulista de Medicina].
- CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA,
M.R. – Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário
genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev.
Bras. Reumatol.*, **39**:143-50, 1999.

- CONOVER, W.J. - **Practical nonparametric statistics**. 3^a ed., Wiley Series in probability and statistics. IE Wiley, 1998. 584 p.
- FAVARATO, M.E.C. & ALDRIGHI, J.M.;- A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev. Med. Bras.**, **47**:339-45, 2001.
- FONTAINE, K.- Physical activity improves mental health - **Phys. Sports Med.**, **28**:83-4, 2000.
- FUJII, S. – Metaplasia:secondary Müllerian system and endometriosis. In: BROSENS, I. & DONNEZ, J. (eds.) – **The current status of endometriosis**. The Parthenon Publishing Group, Camforth, UK, 1993. p.19.
- FUKAYAMA,T. & HOSHIAI - Is pelvic endometriosis always associated with chronic pain? A retrospective study of 618 cases diagnosed by laparoscopy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **169**:719-22, 1993.
- GAZVANI, R. & TEMPLETON, A. - New considerations for the pathogenesis of endometriosis. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **76**:117-26, 2002.
- GOMIBUCHI, H.; TAKETAMI, Y.; DOI, M.; YOSHIDA, K.; MIZUKAWA, H.; KANEKO, M.; KOHDA, K.; TAKEI, T.; KIMURA, Y.; LIANG, S.G.; KAIABARA, M. - Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **169**:723-5, 1993.
- GRUPPO ITALIANO PER LO STUDIO DELL'ENDOMETRIOSI - **Hum. Reprod.**, **16**:2668-71, 2001.

HOLAHAN, C. & MOOS, R. - Life stressors and mental health: contemporary issues and prospects for the future. AVISON, W. R. & GOTLIB, I. (eds.), New York, Plenum Press, 1994.

HOUSTON, D.W.; NOLLER, K.L.; MELTON, L.J. - Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970-1979. *Am. J. Epidemiol.*, **125**:959-63, 1987.

HUSKISSON, E.C.- Measurement of pain. *Lancet*, **9**, 1127-31, 1974.

JONES, G.; KENNEDY, S.; BERNARD, A.; WONG, J.; JENKINSON, C.- Development of an endometriosis quality of life instrument: the endometriosis health profile-30. *Obstet. Gynecol.*, **98**, 258-64, 2001.

KELLER, S.; WARE, J.; BENTLER, P.M.; AARONSON, J.; A.; APOLONE, G.; BJORNER, J.B.; BRAZIER, J.; BULLINGER, M.; KAASA, S.; LEGLEGE, A.; SULLIVAN, M.; GANDEK, B. - Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *J. Clin. Epidemiol.*, **51**:1179-88, 1998.

KENNEDY, S.- What is important to the patient with endometriosis? *Br. J. Clin. Pract.*, **45**:8-10, 1991.

LAFORGE, R; - Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Prev. Med.*, **28**:349-60, 1999.

LANE A. & LOVEJOY, D.J. - The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. *J. Sports Med. Phys. Fitness*, **41**:539-45, 2001.

- LOURENÇATO, C. - Avaliação do índice de depressão em mulheres com endometriose e queixa de dor pélvica. **Rev. Ass. Med. Bras**, 2002 (no prelo).
- METZGER, D. - An integrated approach to the management of endometriosis. In: STEEGE, J.; METZGER, D.; LEVY, B.S. - **Chronic Pelvic Pain- An integrated approach**. Pennsylvania, Philadelphia, W.B.Saunders Company, 1998. p.127-34.
- MILLER, J.D. - Qualification of endometrioses-associated pain and quality of life during the stimulatory phase of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy: A doubled-blind, randomized, placebo-controlled trial. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **182**:1483-8, 2000.
- NEME, R.M. - Epidemiological study on risk factors of pelvic endometriosis in Brazil. **Fertil. Steril.**, **77(supll 1)**:37-9, 2002.
- NETO, J. F. R.; FERRAZ, M.; DRAIBE, C. S.; SESSO, R.- Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment- a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. **Q. Life Res.**, **9**:101-7, 2000.
- NOGUEIRA, A.P. & ABRÃO, M.S. - Endometriose: as hipóteses etiogênicas atuais. In: ABRÃO, M.S. - **Endometriose: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, Revinter Ltda, 2000. p.13-26.
- PEVELER, R.; EDWARDS, J.; DADDONW, J.; THOMAS, E. - Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. **J. Psychos Res.**, **40**:305-15, 1996.
- RESENDE, C.A.L. - Endometriose. In: CAMARGOS F.C & MELO V.H.- **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte, Cultura Médica Ltda, 2001. p.461-9.

- RENAER, M.; VERTOMMEN, H.; NIJS, P.; WAGEMANS, L.; HENELRIJCK, T.V. - Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **134**:75-80, 1979.
- REVISED AMERICAN FERTILITY SOCIETY CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS: 1996. **Fertil. Steril.**, **67**:817-21, 1997.
- ROGERS, S.N.; HUMPHRIS G.; LOWE D.; VAUGHAN, E.D. - The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the Medical Outcomes short form 36. **Oral. Oncol.**, **34**:171-9, 1998.
- SAMPSON, J.A. - Ovarian hematomas of endometrial type (perforation hemorrhagic cysts of the ovary) and implantation adenomas of endometrial type. **Med. Surg. J.**, **186**:445-8, 1922.
- SPIPKER, B. – In: Guide to clinical trials, New York, Raven Press, 1991, 1155p.
- STEWART, A.L. & WARE, J.E - Methods of validation MOS health measures. In Stewart, A.L. & Ware J.E. - **Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach**. Durhan, NC, Duke University Press, 1992. p.309-24.
- THOMAS, E - Endometriosis, confusion or sense? **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **48**:149-55, 1995.
- VALDEZ, R.B. - Prepaire group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: Results from a controlled trial. **Pediatrics**, **83**, 168-80, 1989.

VASCONCELLLOS, E.G. - O Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In SEGER L. **Psicologia e Odontologia**. 3^a.ed., Editora Santos, São Paulo, 1998.

WARE, J.E.- Comments on the use of health status assessment in clinical setting. **Med Care**, **30**:205-9, 1992.

WARE, J.E.; SNOW, K.K.; KOSINSKI, M.; GARDEK, B. - The SF-36 Health **Survey Manual and Interpretation Guide**. Boston, Massachusetts, Quality Metric Incorporated, 2000.

WALLER, K. & SHAW, R. - Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. **Fertil. Steril.**, **63**:796-800, 1995.

WHELLER, J.M. - Epidemiology and prevalence of endometriosis. Infertility and **Reprod. Med. Clin. North Am.**, **3**:545-9, 1992.

WIKLUND, I.; KALBER, G.J.; LINDGREN, R.- A Swedish version of the women's health questionnaire. A measure of postmenopausal complains. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **72**:648-55, 1993.

XAVIER, F.; FERRAZ, M.; BERTOLUCCI, P. - Episódios depressivos , prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octagenários. **Rev. Bras Psiquiat.**, **23**:62-70, 2001.

8. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98.

9.2. ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA-SF-36

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de realizar suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro de como responder, tente fazer melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- Excelente (1)
- Muito boa (2)
- Boa (3)
- Ruim (4)
- Muito ruim (5)

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que um ano atrás (1)
- Um pouco melhor agora do que um ano atrás (2)
- Quase a mesma de um ano atrás (3)
- Um pouco pior agora do que um ano atrás (4)
- Muito pior agora do que um ano atrás (5)

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum
A. atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árdios...	1	2	3
B. atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa...	1	2	3
C. levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D. subir vários lances de escadas	1	2	3

E. subir um lance de escada	1	2	3
F. curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G. andar mais que um quilômetro	1	2	3
H. andar vários quarteirões	1	2	3
I. andar um quarteirão	1	2	3
J. tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B. Realizou menos do que você gostaria?	1	2
C. Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

- De forma nenhuma (1)
- Ligeiramente (2)
- Moderadamente (3)
- Bastante (4)
- Extremamente (5)

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

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

8. Durante as últimas 4 semanas quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)?

- De maneira nenhuma (1)
- Um pouco (2)
- Moderadamente (3)
- Bastante (4)
- Extremamente (5)

9. Estas questões são como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma Parte do tempo	Uma Pequena parte do tempo	Nunca
A. quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B. quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6

D. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

- Todo o tempo (1)
- A maior parte do tempo (2)
- Alguma parte do tempo (3)
- Uma pequena parte do tempo (4)
- Nenhuma parte do tempo (5)

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa
A. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
C. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

9.3. ANEXO 3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, idade _____ anos,
RG n. _____ residente à _____,
HC _____ fui informada pela Dra _____ que:

- a) Este estudo tem como objetivo entender melhor as dificuldades de mulheres portadoras de endometriose e dor pélvica, para melhorar e adequar o atendimento prestado a estas mulheres.
- b) Se eu desejar participar do estudo me serão feitas uma série de perguntas relacionadas com meu dia-a-dia, minha saúde, meu trabalho e minhas emoções
- c) Meu nome não vai aparecer nas respostas
- d) Minha participação neste estudo é totalmente livre, isto é, se não desejar participar não terei nenhum prejuízo em meus atendimentos no ambulatório, que continuará acontecendo normalmente. Não receberei nenhum benefício pela minha participação.

- e) Serei informada sobre este estudo sempre que quiser, pelo fone 37889428 com a fisioterapeuta _____ ou com o Dr. _____ no fone _____.
- f) Se tiver alguma reclamação a respeito do meu atendimento e da minha participação neste estudo, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, fone (19) 37888936.

Participante _____

Pesquisador _____

Data _____

9.4. ANEXO 4 - VALORES E CÁLCULOS DO SF-36

Questão	Pontuação
1	1 → 5,0 2 → 4,4 3 → 3,4 4 → 2,0 5 → 1,0
2	Soma normal
3	Soma normal
4	Soma normal
5	Soma normal
6	1 → 5 2 → 4 3 → 3 4 → 2 5 → 1
7	1 → 6 2 → 5,4 3 → 4,2 4 → 3,1 5 → 2,2 6 → 1
8	<p>Se 8 → 1 e 7 → 1 → 6</p> <p>Se 8 → 1 e 7 → 2 a 6 → 5</p> <p>Se 8 → 2 e 7 → 2 a 6 → 4</p> <p>Se 8 → 3 e 7 → 2 a 6 → 3</p> <p>Se 8 → 4 e 7 → 2 a 6 → 2</p> <p>Se 8 → 5 e 7 → 2 a 6 → 1</p> <p>Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 → 6,0 2 → 4,75 3 → 3,5 4 → 2,25 5 → 1,0</p>
9	a,d,e,h, = valores contrários (1 = 6 2 = 5 3 = 3 4 = 3 5 = 2 6 = 1) vitalidade = a + e + g + i Saúde Mental = b + c + d + f + h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1 = 5 2 = 4 3 = 3 4 = 2 5 = 1)

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+ i+j)	10.30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4. 8	4
Dor	7+8	2.12	10
Estado geral da saúde	1+11	5.25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4.24	20
Aspectos sociais	6+10	2.10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3. 6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5.30	25

Raw Scale

Ex:

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo})}{\text{Variação}} \times 100$$

Ex:

$$\begin{aligned}\text{Capacidade funcional} &= 21 \\ \text{Valor mais baixo} &= 10 \\ \text{Variação} &= 20\end{aligned}$$

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

Obs: a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.