

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

LILIAN DONATTI

**ENDOMETRIOSE, UM ESTUDO CORRELACIONAL: ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO (COPING), DEPRESSÃO, *STRESS* E DOR**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2014

LILIAN DONATTI

**ENDOMETRIOSE, UM ESTUDO CORRELACIONAL: ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO (COPING), DEPRESSÃO, *STRESS* E DOR**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Clínica – Núcleo de Estudos Junguianos, sob orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos e co-orientação do Prof. Dr. Sergio Podgaec (USP).

São Paulo

2014

Ficha Catalográfica

DONATTI, Lilian. Endometriose, um estudo correlacional: estratégias de enfrentamento (coping), depressão, *stress* e dor.

São Paulo: 2014, 133 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Área de concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica Orientadora: Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos

Palavras-chave: Endometriose, Psicossomática, Coping, Depressão, *Stress*, Dor.

Errata referente à dissertação de Mestrado – Lilian Donatti – defesa realizada em 20/02/2015

1 – RESUMO, 16ª.linha: “setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP” – lê-se: “Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)”.

2 – Página 5, 3º.parágrafo: PUC-SP = Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e FMUSP, lê-se HC-FMUSP = Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3 – Página 12, 3º.parágrafo: “endometrioses” – lê-se: “endometriose”.

4 – Página 31, 3º. parágrafo: Ribeiro e Rodrigues (2004) traduziram e validaram a escala reduzida do questionário de *coping* desenvolvido por Carver (acrescentar grifo).

5 – Página 56, item 5.1: Características do Estudo: Este é um estudo prospectivo e exploratório com abordagem metodológica quantitativa (acrescentar grifo).

6 - Página 60, item b) Inventário de Depressão de Beck: os valores corretos de acordo com a versão 2011 são: 0 a 13 = depressão mínima; de 14 a 19 = depressão leve; de 20 a 28 = depressão moderada e de 29 a 63 = depressão grave (BECK, 2011).

7 – Página 69, item 6.3 Cruzamentos: acrescentar observação: foram aqui apresentadas somente as tabelas cujos resultados apresentaram diferença significativa no teste estatístico, ou seja, $P < 0,05$.

8 – Página 76, 1º.parágrafo, na discussão do resultado da tabela 22: ao fazer referência à dor, esta é a dor durante a menstruação apenas, e não dor crônica.

9 – Página 76, 3º.parágrafo, na discussão do resultado da tabela 23, 2ª.linha: ao invés do termo “análise quantitativa”, lê-se análise observacional.

10 – Página 81, 1º.parágrafo, linha 6: “exibem *stress*”, lê-se “exibem mais *stress*”.

11 – Página 83, no texto que explica a tabela 29: clusters X coping, na 4ª. linha: os valores corretos são: 70,5% e 70,9% (e não 70% e 71,3%).

12 – Página 83, no texto que explica a tabela 30: clusters X depressão, na 3ª. linha: os valores corretos são: 93,7% e 61,9% (e não 95,2% e 61,2%).

13 – Página 84, no texto que explica a tabela 32: clusters X tipo de *stress*, na 2ª. linha: o valor correto é: 60,7% (e não 60%).

14 – Página 85, no texto que explica a tabela 33: clusters X dor durante a menstruação, na 3ª. linha: o valor correto é: 69% (e não 70,2%).

15 – Página 85, no texto que explica a tabela 34: clusters X dor crônica, na 3ª. linha: o valor correto é: 52,4% (e não 65,3%).

16 – Página 93, 3º.parágrafo, 11ª. linha: “adapatativo”, lê-se “adaptativo”.

17 – Página 98, 5º. parágrafo, 2ª.linha: “o paciente”, lê-se “a paciente”.

Banca Examinadora:

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, de 2014.

Aos meu pais, Orlando e Ignez, exemplos de vida, valores e amor
incondicional.

Ao meu marido, Ricardo, parceiro de todas as horas e incentivador de meus
sonhos.

Ao meu filho, Raphael, que vem trazendo nova luz à minha vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro lugar à Deus pela vida e por, neste percurso, ter me proporcionado a oportunidade de cumprir essa jornada de crescimento que foi o Mestrado.

Agradeço aos meus pais por tudo que fizeram e ainda fazem por mim. Eles são minha base, força e exemplo, sem eles eu não estaria aqui.

Agradeço ao meu marido que sempre me apoiou, me incentivou e me alavancou para realizar meus sonhos. Esteve ao meu lado em toda esta jornada compreendendo minhas ausências e incentivando minha dedicação. Seu amor e sentimento de orgulho por mim sempre foram minha força.

Agradeço agora ao meu filho que estou gestando, ele é, sem dúvida, mais um especial marco deste Mestrado, que me faz fechar com chave de ouro esse caminhar de aprendizado e pura transformação.

À toda a minha família: irmãos, avós, padrinhos, tios, primos, sobrinhos, sogros, cunhados que tanto me apoiam e admiram meu caminhar.

Agradeço de modo especial à minha orientadora Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos pelo seu profissionalismo e brilhantismo ao nos transmitir seu conhecimento e ao garantir a excelência na condução, execução e análise da minha pesquisa. Tê-la ao meu lado neste processo fez toda a diferença e transformou meu olhar e entendimento diante da Psicologia e da Psicossomática. Muito obrigada!

Do mesmo modo especial, agradeço ao Dr. Sérgio Podgaec que, desde nosso primeiro encontro, acreditou e se interessou pela minha pesquisa, e além disso, abriu as portas para que ela se concretizasse. Obrigada pelas orientações, pelo

conhecimento compartilhado, pelo acolhimento e pela oportunidade de conhecer, em sua figura, um lado extremamente humano no mundo médico.

Ao Dr. Edmund Chada Baracat que permitiu a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Marcus Zulian Teixeira que me acompanhou na rotina dentro do ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas, oferecendo-me de modo tão gentil e parceiro seu olhar médico de renomada experiência, suas dicas e orientações. Com certeza a prática da minha pesquisa se aprimorou com a ajuda de seu olhar e com a sua parceria.

À todos os médicos, residentes, enfermeiras e funcionários do ambulatório que me auxiliaram em todas as minhas necessidades durante a realização prática desta pesquisa.

Meu muito obrigada às 171 pacientes que aceitaram participar da pesquisa e que partilharam um pouco de suas experiências sobre como é conviver com a Endometriose, dedicando tempo através das respostas dadas aos questionários apresentados.

Aos professores que fizeram parte desta jornada e que ministraram excelentes e inesquecíveis aulas, estas estão registradas e guardadas na memória e, certamente, trouxeram luz para a escrita do Mestrado. Muito obrigada pelo brilhantismo da Liliana Liviano Wahba, uma professora exemplar, que sabe transmitir a obra de Jung como ninguém. À Profa. Ceres Alves de Araújo que me proporcionou novos olhares e aprimorou meu conhecimento sobre a Psicologia do Desenvolvimento Humano. Ao Prof. Durval Luiz de Faria que me auxiliou no início desse caminhar. À Profa. Edna Peters Kahhale na parte metodológica. À Profa. Mathilde Neder, pela honra de estar em sua companhia em Jornadas e Simpósios e pelo conhecimento que nos transmite de modo ímpar.

Obrigada à Yara Pisanelli Gustavo de Castro pelo auxílio na análise estatística, transformando dados em informações.

Ao Rony Farto Pereira, pela revisão português, ortográfica e ABNT.

À todos os meus amigos e colegas que conheci durante esses anos. Em especial à Daniela Wink Ruiz pela acolhida, parceria e apoio contínuo durante esse processo de transformação e mudança, obrigada pelas nossas conversas, trocas, desabafos, confidências e companhia sempre, especialmente em Zurique, inesquecível!

Levo e guardo com muito carinho todos os amigos que aqui conquistei, todos são especiais e cada um tem um espaço único em minha vida: Bruna Tokunaga Dias, Luciana Ximenez, Antonio Mori, Maria Simone, Filomena Lamberg, Angela Bley, Renata Fernandes, Marcella Baumann, Valéria Dini, Nilton, Bruno, Regina Rocha, Reinalda, Roberto Garcia, Sideli Biazzi, Irit Kaufmann, Fernanda Aprile Bilotta, Gil Passos, Ana Maria Rios, Rafaela Boiczuk, Karina Cervi Santos, Paula Guimarães, Nina Castrezana, Ana Carolina Medeiros, Helena Carvalho, Laura Castelhana, Caio Martins, Fernando Beserra, Tereza, Aurea Caetano, Milena Guarnieri, Carla Storch, Talita Vendrame, Patricia Brandão, Ana Paula Bonilha, Karol e todos que, de certa forma, trilharam ao meu lado.

Que estejamos sempre juntos na jornada da vida!

“Minha alma é uma orquestra oculta; não sei que instrumentos tange e range,
cordas e harpas, tímboles e tambores, dentro de mim. Só me conheço como
sinfonia”.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Este estudo buscou observar a correlação entre estratégias de enfrentamento (*coping*), depressão, níveis de *stress* e percepção de dor, em pacientes com endometriose. Sendo a endometriose uma doença psicossomática, observa-se a necessidade de assistir as pacientes física e psiquicamente. No Brasil, temos cerca de 7 milhões de mulheres com endometriose e, ao buscar na literatura estudos que envolvam endometriose e psicologia, poucos foram encontrados, principalmente se tratando de estudos que propõem metodologias de intervenção. Com isso, ao verificar como se correlacionam tais variáveis, a presente pesquisa servirá de base para futuros estudos que proponham um modelo de intervenção eficaz.

As hipóteses levantadas inicialmente eram de que pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam melhor adaptação ao *stress*, melhor quadro em relação à depressão e menor percepção de dor. Foram analisadas 171 pacientes diagnosticadas com endometriose, em tratamento no setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP. Todas assinaram o termo de consentimento e preencheram escalas de *coping* (COPE BREVE), depressão (BECK-II), *stress* (ISSL-Lipp) e dor (EVAD). As variáveis foram tratadas estatisticamente, adotando-se testes qui-quadrado, níveis de significância, divisão em clusters e CHAID. Comprovou-se a relação do emprego de estratégias positivas de *coping* com a diminuição da depressão e do *stress*. *Stress* e depressão aparecem relacionados, de modo que, quanto maior o quadro de *stress*, mais grave a manifestação da depressão, ou vice-versa, correlação que leva ao *stress* psicológico. Quanto ao quadro de dor, constatou-se que, mesmo sem depressão ou sem *stress*, a dor ainda se faz presente em boa porcentagem das pacientes, porém, quando há dor severa, prevalecem níveis mais graves de depressão e o *stress* psicológico.

Palavras-chave: Endometriose. Psicossomática. *Coping*. Depressão. *Stress*. Dor.

ABSTRACT

This study aimed to observe the correlation between coping strategies (coping), depression, stress levels and pain perception in patients with endometriosis. As endometriosis is a psychosomatic disease, there is the need to assist the patients physically and mentally. In Brazil there is about 7 million women with endometriosis, and by searching studies in the literature involving endometriosis and psychology, few of them were found, especially in cases of studies that proposed some intervention methodologies. Thus, by watching how these variables are correlated, this research can provide the basis for future studies of how to propose an effective intervention model.

The first hypotheses formulated were that patients with endometriosis using positive coping strategies have a better adaptation to stress, a better framework for depression and a lower perception of pain.

One hundred seventy one patients diagnosed with undergoing endometriosis treatment were analyzed at *Hospital das Clínicas de São Paulo* at its Endometriosis Sector of Gynecology Clinic Division. They signed the consent form and filled coping scales (*COPE BREVE*), depression (Beck-II), stress (ISSL-Lipp) and pain (VAPS). The variables were treated statistically using chi-square tests, significance levels, divided into clusters and CHAID.

It has been verified the ratio between the usage of positive strategies for coping with the decrease in depression and stress. Stress and depression are related, as higher is the stress frame, more serious is the manifestation of depression, which leads to psychological stress. As for the pain condition, it was observed that even without depression or no stress, the pain is still present in significant percentage of patients, but when there is a severe pain, prevail even more severe levels of depression and psychological stress.

Keywords: Endometriosis. Psychosomatic. Coping. Depression. Stress. Pain.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixas etárias, Estado Civil, Escolaridade, Renda, Idade da Menarca e Filhos.....	p.63
Tabela 2 – Tipo de Endometriose, Tempo de Diagnóstico e Cirurgia.....	p.64
Tabela 3 – Infertilidade atual.....	p.65
Tabela 4 – Tratamento Psicológico e Psiquiátrico.....	p.65
Tabela 5 – Principais Sintomas.....	p.65
Tabela 6 - Fatores causadores de estresse, segundo as pacientes.....	p.66
Tabela 7 – Resultado geral da escala COPE BREVE.....	p.66
Tabela 8 – Resultado geral da escala de Beck II – Depressão.....	p.67
Tabela 9 – Resultado geral da escala ISSL – Fases do <i>Stress</i>	p.67
Tabela 10 – Resultado geral da escala ISSL – Tipo de <i>Stress</i>	p.67
Tabela 11 – Resultado geral da EVAD – Dor durante a Menstruação.....	p.68
Tabela 12 – Resultado geral da EVAD – Dor fora o período menstrual (Crônica).....	p.68
Tabela 13 – Cruzamento: Coping X Fases do <i>Stress</i>	p.69
Tabela 14 - Cruzamento: Níveis de Depressão X <i>Coping</i>	p.69
Tabela 15 – Cruzamento: Depressão X Fases do <i>Stress</i>	p.70
Tabela 16 – Cruzamento: Tipo de <i>Stress</i> e Depressão.....	p.71
Tabela 17 – Cruzamento: Dor durante a menstruação X Depressão.....	p.71
Tabela 18 – Cruzamento: Dor crônica X Fases do <i>Stress</i>	p.72
Tabela 19 – Cruzamento: Dor crônica e Tipo de <i>Stress</i>	p.73
Tabela 20 – Cruzamento: Dor crônica e Depressão.....	p.73
Tabela 21 – Resultados das variáveis na população geral.....	p.74
Tabela 22 - Pacientes operadas.....	p.75
Tabela 23 - pacientes operadas mais de uma vez.....	p.76
Tabela 24 - Pacientes com Infertilidade atual.....	p.77

Tabela 25 - Pacientes que tomam medicação para endometriose.....	p.78
Tabela 26 - Pacientes que tomam medicação psiquiátrica.....	p.79
Tabela 27 - Pacientes que fazem terapia.....	p.80
Tabela 28 – Classificação dos <i>clusters</i> quanto às variáveis.....	p.82
Tabela 29 – <i>Clusters X Coping</i>	p.83
Tabela 30 – <i>Clusters X Depressão</i>	p.83
Tabela 31 – <i>Clusters X Fases do Stress</i>	p.84
Tabela 32 – <i>Clusters X Tipo de Stress</i>	p.84
Tabela 33 – <i>Clusters X Dor durante a menstruação</i>	p.85
Tabela 34 – <i>Clusters X Dor crônica</i>	p.85

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Nuvem de Pontos.....p.81
- Gráfico 2** – CHAID: Relação entre *coping* e depressão.....p.86
- Gráfico 3** – CHAID: Relação entre dor, durante a menstruação, e depressão.....p.87
- Gráfico 4** – CHAID: Relação entre dor crônica, depressão e *stress*.....p.88

15 – Página 85, no texto que explica a tabela 34: clusters X dor crônica, na 3ª. linha: o valor correto é: 52,4% (e não 65,3%).

16 – Página 93, 3º.parágrafo, 11ª. linha: “adapatativo”, lê-se “adaptativo”.

17 – Página 98, 5º. parágrafo, 2ª.linha: “o paciente”, lê-se “a paciente”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. O QUE É ENDOMETRIOSE	5
2.1 Prevalência	7
2.2 Etiologia	8
2.3 Quadro clínico	10
2.4 Diagnóstico	11
2.5 Tratamento.....	16
3. A ENDOMETRIOSE SOB O OLHAR DA PSICOSSOMÁTICA JUNGUIANA	21
4. ENDOMETRIOSE, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING), DEPRESSÃO, STRESS E DOR.	28
4.1 <i>Coping</i> - estratégias de enfrentamento.....	28
4.2 Depressão e sofrimentos emocionais.....	35
4.3 Ação e efeito do <i>stress</i> na endometriose.....	39
4.4 Dor	45
4.5 Demais contextos afetados na Endometriose	50
5. MÉTODO.....	56
5.1 Características do estudo.....	56
5.2 Objetivo	56
5.3 Hipótese	56
5.4 Participantes	56
5.5 Instrumentos	57
5.6 Procedimentos	59
5.7 Procedimentos éticos.....	61
5.8 Tratamento estatístico e base teórica	61
5.9 Equipe.....	62
6. RESULTADOS.....	63
6.1 Caracterização da Amostra	63
6.2 Resultados das variáveis – <i>coping</i> , depressão, <i>stress</i> e dor	66
6.3 Cruzamentos	69
6.4 Análise dos subgrupos	74
6.5 <i>Clusters</i>	81
6.6 CHAID.....	85
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS.....	100

APÊNDICE	107
APÊNDICE I – Caracterização da amostra	107
ANEXOS	108
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
ANEXO II – Parecer consubstanciado do CEP – PUC-SP	110
ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP – HCFMUSP	113
ANEXO IV - Cope Breve	116
ANEXO V – Escala Visual Analógica da Dor	117

1. INTRODUÇÃO

Desde meu primeiro contato e estudos em Psicologia, sempre tive muito interesse na Psicossomática e sabia que esse tema estaria de algum modo envolvido em meu futuro mestrado. Havia uma questão, quando eu pensava nesse assunto: queria entender como e se os conflitos pessoais interferiam nas manifestações corporais, como doenças, alergias, dores etc. Nesse momento de minha vida, as perguntas ainda eram amplas e gerais, uma vez que eu não havia escolhido uma doença específica para pautar meus estudos.

Muito tempo se passou até que, no caminho de minha história pessoal, surgiu uma situação inesperada e a possibilidade de um diagnóstico que poderia mudar o curso de minha vida: deparei com a possibilidade de ser portadora de uma intrigante e desconhecida doença, a endometriose.

Desde esse momento, muitas sensações e dúvidas surgiram e, em meio a algumas breves pesquisas que realizei para a minha própria informação, notei o quanto essa doença estava presente na vida de muitas mulheres e como esse diagnóstico estava envolvido em tamanho sofrimento emocional.

Lembro-me de quando descobri um *blog* especializado nesse assunto e como os depoimentos das mulheres portadoras de endometriose me trouxeram certa angústia, pois percebi o quanto a falta de informação era um dos pontos que alavancavam profundas dúvidas, sem respostas concretas.

O meu caminho pessoal seguiu. Depois de me aprofundar em alguns aspectos emocionais e aprender muito com a minha situação, decidi escolher essa doença para ser base da minha pesquisa de mestrado. Entendi que, através da minha própria história pessoal, eu poderia indiretamente ajudar muitas mulheres, contribuindo com mais uma pesquisa científica nesse tema.

Busquei conhecer as atuais pesquisas e percebi que havia muitas direcionadas para o contexto médico e, apesar de encontrar algumas importantes

investigações também no contexto psicológico, observei que esse âmbito ainda precisa continuar sendo aprofundado.

Desse modo, amadureci o meu tema e, enquanto ele se desenvolve cientificamente, faz-se igualmente presente em minha vida pessoal, porém, hoje, sem dúvida, muito mais bem definido, tratado e elaborado psiquicamente.

O resultado das pesquisas trouxe a visão de que a maioria dos estudos sobre endometriose está relacionada a temas como: busca sobre a etiologia, tratamentos existentes, busca e comprovação de marcadores biológicos que auxiliem no diagnóstico, tipos de endometriose e as comorbidades que envolvem essa doença, como a dor pélvica crônica e a infertilidade, e ainda recentes estudos da relação dessa doença com a imunidade.

Outros trabalhos levantam questões que abarcam o lado psicológico da endometriose: a baixa qualidade de vida dessas pacientes, incluindo prejuízo nas relações interpessoais e afetivas, depressão e ansiedade, presentes desde os primeiros sintomas até a comprovação do diagnóstico, conhecimento da impossibilidade de cura, formas de enfrentamento da doença e possibilidade de tratamento, com o apoio da terapia cognitivo-comportamental e outras terapias complementares, as quais visam a amenizar dor e ansiedade, como acupuntura, técnicas de relaxamento, apoio grupal, dieta balanceada, entre outras.

A endometriose é considerada uma doença muito antiga. Nezhat et al. (2012) pontuam que a história da endometriose pode ter sido perdida, ao longo do tempo, já que não havia conhecimento, condições e instrumentos para detectá-la, mas afirmam que essa doença é reconhecida desde o séc. XVII e descrita pela primeira vez por volta de 1860. Ressaltam ainda que, a despeito disso, nos dias atuais, “[...] continua a reinar como uma das mais perplexas doenças ginecológicas”.

A atribuição “enigmática” para a endometriose, que é vista comumente em artigos, ao se caracterizar essa doença, pode justificar-se pela complexidade do quadro que a acompanha: incerteza da etiopatogenia, dificuldade de diagnóstico,

possibilidade de estadiamento da doença e impossibilidade de cura, características que levam alguns pesquisadores, como Conceição (2005), a enfatizarem que, “[...] apesar de ser benigna, a endometriose traz muitas vezes o cenário de uma doença maligna”.

É sabido que, na natureza feminina, as mudanças hormonais são frequentes, mas, quando estas estão somadas às dores crônicas, as alterações de humor são previsíveis. Somente por isso já poderíamos sustentar que a endometriose carrega consigo fatores que influenciam diretamente o âmbito psicológico, as relações sociais e afetivas, de modo constante.

Por outro lado, pouco se sabe na prática como o estado psicológico dos pacientes influenciam as alterações somáticas.

Por exemplo, um fato que levanta questões ainda sem respostas é que, dentro de um vasto número de mulheres com endometriose, há, em um polo, pacientes com um quadro de dor pélvica crônica e dificuldade de engravidar, até o outro extremo, pacientes sem dor, que muitas vezes não sabem que têm a doença e a descobrem apenas durante o parto ou em alguma outra cirurgia ginecológica. Então, o que diferencia essas mulheres? Apenas o grau da doença? Sem dúvida é um dado importante, mas podemos ir além e questionar: e o estado psicológico também influencia esse cenário? De que forma?

Diversos são os fatores presentes na convivência com a endometriose: a dor constante e, com ela, a mudança de comportamento; a incerteza que permeia o diagnóstico da endometriose e, com ela, a possibilidade de infertilidade; os prejuízos nos relacionamentos interpessoais e profissionais, causando impactos emocionais; a ausência de cura e a possibilidade de reincidência da doença; a consequente queda da qualidade de vida, de um modo geral.

Diante da certeza do diagnóstico, esse cenário se consolida e essas pacientes precisam aprender a conviver com a endometriose, lidar com seus sintomas e, por meio de alguns tratamentos, controlar a sua incidência. Este parece ser o desafio.

Nesse contexto, propício ao *stress* emocional, tratar a endometriose não significa tratar especificamente um órgão doente, mas a pessoa como um todo, sugerindo a necessidade conjunta do tratamento médico especializado, somado a um olhar contextualizado e individual do significado dessa doença para a paciente, identificando como ela entende a sua condição física, como se percebe, como vivencia suas emoções e seu corpo.

A pesquisa visa investigar como as pacientes convivem com a endometriose, observando a correlação entre estratégias de enfrentamento (*coping*), depressão, níveis de *stress* e percepção de dor.

O trabalho constou de uma revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados do Medline, Lilacs, SciELO e Periódicos Capes, utilizando como palavras-chave *endometriosis, psychology, psychosocial factors*. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP e da FMUSP.

A abordagem metodológica desta pesquisa tem a característica quantitativa, ao empregar escalas para medir as estratégias de enfrentamento diante da doença (*coping*), depressão, expressão do *stress* e percepção da dor, nas mulheres diagnosticadas com endometriose. Os dados terão um tratamento estatístico e a interpretação dos resultados será pautada nos pressupostos da Teoria Psicossomática Junguiana.

O estudo poderá ser base para futuro desenvolvimento de estratégias de intervenção, objetivando melhora na qualidade de vida dessas pacientes.

2. O QUE É ENDOMETRIOSE

A endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença e crescimento do endométrio (camada que reveste o útero) fora da cavidade uterina. O tecido endometrial, aderindo a outros órgãos, pode causar irritação na

pelve, trazendo como possibilidade a dor e a dificuldade de fertilização (AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE, 2012).

O aspecto morfológico do endométrio varia com o estímulo hormonal. Na pré-puberdade e na pós-menopausa, encontra-se fino e atrofiado e, na maior parte da vida da mulher, apresenta-se desenvolvido, sofrendo modificações cíclicas que caracterizam o ciclo menstrual. A menstruação consiste da descamação do endométrio (células endometriais, sangue e muco), que ocorre ciclicamente, devido à interrupção do estímulo hormonal (estrogênio e progesterona), na ausência de gravidez (CONCEIÇÃO, 2005).

Koninckx e Martin (1992) descrevem a classificação da endometriose conforme sua profundidade. É considerada superficial, quando a infiltração ocorre até 2mm abaixo da superfície do peritônio; intermediária, quando ocorre entre 2 a 5mm; e profunda, quando se infiltra a mais de 5mm, podendo se localizar em peritônio pélvico, região retrocervical (istmo uterino e ligamentos útero-sacos), vagina (terço superior e fundo de saco posterior), septo retovaginal (espaço entre reto e vagina, no terço médio e inferior da vagina), retossigmoide, íleo terminal, ceco, apêndice, bexiga e ureteres, entre outros.

De acordo com Nisolle e Donnez (1997), a endometriose se manifesta como três entidades distintas: a endometriose superficial peritoneal (localizada dentro da cavidade abdominal, onde seu limite inferior é a cavidade pélvica), a endometriose ovariana (os chamados endometriomas) e a endometriose infiltrativa profunda, esta última considerada a mais grave e com sintomas mais intensos.

Chapron (2009) aponta que o endometrioma pode ser um marcador para a endometriose infiltrativa.

Conforme a American Society for Reproductive Medicine – ASRM (2012), os primeiros implantes de endometriose assemelham-se a pequenas manchas planas, bolhas ou pedaços espalhados na superfície pélvica. Essas manchas podem ser claras ou das cores branca, marrom, vermelha, preta ou azul. Não é

possível prever a gravidade e o curso da endometriose: ela pode, por exemplo, crescer sobre a superfície do ovário como implantes ou invadir o ovário e desenvolver um cisto cheio de sangue, chamado endometrioma ou “cisto de chocolate” (devido à cor escura).

2.1 Prevalência

Segundo Podgaec (2014b) a endometriose é influenciada pelo padrão de vida feminino atual: a mulher tem menos filhos, engravida mais tarde e é submetida constantemente a um maior nível de *stress*. Todos estes fatores estão ligados a um hormônio chamado estrogênio, produzido nos ovários e que é responsável pelo crescimento desta doença. Ou seja, a partir da primeira menstruação até a menopausa, qualquer mulher pode ter endometriose.

Estima-se que, atualmente, a endometriose acometa cerca de 10 a 15% da população feminina durante o período em que menstruam. No Brasil, isso equivale a um número aproximado de 7 milhões de brasileiras (PODGAEG, 2014b).

Constata-se, igualmente, um número alto nos EUA, com cerca de 7 milhões, e mais de 70 milhões no mundo (BELLELIS et al., 2010).

Podgaec (2014a) ressalta que a prevalência pode ser discutida, pois, como a endometriose requer a comprovação histológica para o diagnóstico definitivo, esse número depende do quadro clínico no qual a paciente se encontra. Ele exemplifica que, “[...] em grupos de mulheres assintomáticas, a prevalência se apresenta em taxas de 1 a 2% e, em pacientes com dor pélvica ou infertilidade atual¹, a prevalência alcança índices de 50 a 60%”.

¹ Considera-se infertilidade atual uma doença do sistema reprodutivo definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas regulares (Zegers-Hochschild, 2009)

Nessa mesma direção, Laufer et al. (2003) indicam a prevalência da endometriose em 4 a 17% de adolescentes pós-menarca², enquanto Bellelis et al. (2010) apontam a incidência dessa doença em 3 a 5% das mulheres na fase pós-menopausa.

Conforme Conceição (2005), a endometriose é verificada em todos os níveis sociais e étnicos, prevalecendo em mulheres em idade reprodutiva, mas pode ser encontrada dos 10 aos 76 anos. Por ser uma doença de diagnóstico predominantemente cirúrgico, muitas vezes é achada de modo ocasional em cirurgias realizadas com indicações diversas.

A endometriose pode ser mais prevalente em mulheres com menarca precoce, gestações tardias e grande diferença de tempo entre menarca e primeira gravidez (BELLELIS et al., 2010).

Nos países industrializados, é uma das principais causas de hospitalização ginecológica (BELLELIS et al., 2011).

Segundo a American Society for Reproductive Medicine – ASRM (2012), a endometriose pode ser encontrada entre 24% e 50% das mulheres que sofrem de infertilidade e em mais de 20%, das que têm dor pélvica crônica. Pode afetar as mulheres que tiveram filhos e pode ocorrer em adolescentes e mulheres jovens. Alguns especialistas acham que a endometriose é mais provável de acometer mulheres que nunca engravidaram.

2.2 Etiologia

Nacul e Spritzer (2010) salientam que a etiopatogenia da endometriose ainda não está totalmente estabelecida, porém, as evidências indicam que a combinação de fatores genéticos, hormonais e imunológicos poderia contribuir para a formação e o desenvolvimento dos focos ectópicos de endometriose.

² “Atualmente já se observam adolescentes com doença infiltrativa” - observação feita pelo Dr Sergio Podgaec, na Banca de Qualificação.

Dentre os estudos sobre endometriose, a teoria mais citada para explicar a causa da doença é a teoria da menstruação retrógrada de Sampson (1927). Esse autor sugere que, durante a menstruação, ocorre o refluxo do tecido endometrial através das trompas de falópio, com conseqüente implantação e crescimento desse tecido em outros órgãos.

Conceição (2005) assinala que essa teoria é aceita em parte, pois estudos ginecológicos mostram que cerca de 90% das mulheres apresentam fluxo menstrual retrógrado, através das tubas uterinas, tendo como destino final a cavidade peritoneal (paredes do abdômen), contudo, nem todas essas mulheres possuem endometriose.

Na revisão feita por Nogueira (2010), é possível verificar um breve histórico e detalhes de outras teorias que também tentaram explicar o surgimento da endometriose, como a teoria da metaplasia celômica (MEYER, 1919), a qual sugeria a transformação do peritônio pélvico em tecido endometrial; a teoria dos restos embrionários (RUSSELL, 1899); a disseminação linfática e hematogênica (HALBAN, 1935); a disseminação iatrogênica (GREENHILL, 1942). A partir de 1980, tivemos os primeiros estudos sobre as questões genéticas (MALINAK, 1980) e fatores imunológicos envolvidos nesta doença (DMOWSKI, 1981).

Na direção da busca pela etiopatogenia, vários aspectos da doença continuam sendo alvo de pesquisas, pois, como enfatizam Abrão et al. (2004) “[...] ao se entender o motivo do desenvolvimento do foco de endometriose, seria possível direcionar esforços para melhorar o diagnóstico e o tratamento”.

Bellelis et al. (2010) observam que muitos estudos têm tentado estabelecer fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da endometriose, além de uma melhor caracterização da população acometida. “Como é uma doença sabidamente estrogênio-dependente, imagina-se que em condições que aumentem a exposição a este hormônio, possa se observar um maior risco de aparecimento desta enfermidade. ”

Segundo Vercellini et al. (2013), mulheres com endometriose trazem histórico familiar dessa doença. Bellelis et al. (2010) apontam que aproximadamente 5,3% das 892 pacientes de seu estudo relatavam antecedentes familiares de primeiro grau com história de endometriose. Na pesquisa de Minson et al. (2012), um índice de 17% relatou histórico familiar do mesmo tipo.

Além dos fatores genéticos, o estudo de Bellelis et al. (2011) revelam que algumas quimiotoxinas ambientais (poluentes) parecem igualmente estar envolvidas no desenvolvimento da endometriose, todavia, mais estudos nessa área precisam ser desenvolvidos para aprofundar a questão.

Conforme Podgaec et al. (2007), fatores imunes estão envolvidos no desenvolvimento dessa doença. Alterações da resposta imune da paciente permitiria e auxiliaria a formação do foco da doença, favorecendo a implantação do tecido endometrial ectópico na cavidade peritoneal.

Por algum motivo, ainda incerto, as células endometriais que adentram a cavidade endometrial não seriam eliminadas e, desse modo, haveria a possibilidade do desenvolvimento da doença (BELLELIS et al., 2010).

2.3 Quadro clínico

Os sintomas da endometriose podem variar de intensidade de acordo com o local das aderências e com o nível de desenvolvimento da doença. Geralmente, alude-se a uma dor crônica, mas também existem casos de pacientes assintomáticas.

Quando os sintomas existem, os principais são: dor pélvica crônica em intensidade e períodos variados, dismenorreia (dor durante a menstruação), dispareunia de profundidade (dor durante a relação sexual), dor ou sangramento, ao evacuar ou urinar (disúria) durante ou fora do período menstrual, infertilidade (presente em cerca de 30, 40% das mulheres com a doença).

No estudo de Hansen et al. (2013), esses sintomas apareceram em uma proporção quatro vezes maior em relação às mulheres da população geral.

Podgaec (2014a) explica que a doença superficial não apresenta sinais e sintomas típicos, por se tratar de lesão de tamanho reduzido. O endometrioma de ovário pode-se relacionar à dor pélvica, de acordo com seu tamanho, sendo cistos de 4 a 6cm, possíveis de comprimir estruturas vizinhas e provocar dor pélvica. Em relação à endometriose profunda, alguns estudos demonstraram relação direta do tipo de sintoma com o local da doença.

Para entender o nível de dor causado pelos principais sintomas - dor pélvica crônica, dismenorreia e dispareunia - Podgaec (2014a) ressalta que habitualmente são mensurados pelas pacientes, de acordo com escala visual analógica de dor (EVA), com pontuação entre zero e 10, sendo 10 a pior dor possível.

2.4 Diagnóstico

A endometriose é considerada uma doença de difícil diagnóstico. Pesquisas indicam que, na média, a paciente leva em torno de 7 anos entre começar a ter sintomas e saber que tem endometriose (ARRUDA et al., 2003).

Em vista disso, muitos pesquisadores estudam formas de abreviar o intervalo entre os primeiros sintomas e a constatação da doença e, para tal, a especialização do corpo médico é de extrema importância.

A dificuldade e o atraso no diagnóstico causam transtornos físicos e emocionais para a paciente, a qual, mesmo com várias consultas médicas, não encontra respostas concretas em relação aos seus sintomas. A falta de um direcionamento adequado culmina no aumento da expectativa e transtornos emocionais.

Isso é percebido em relatos de pacientes que fizeram parte da investigação de Cheong (2006), onde consta que mulheres com dores inexplicáveis, incluindo mulheres com dor pélvica crônica, mencionaram experiências negativas, durante as consultas médicas. Contam terem sido recebidas com ceticismo e falta de compreensão, sentindo-se rejeitadas, ignoradas e menosprezadas, culpadas por sua condição e tendo as dores atribuídas à explicações unicamente psicológicas. Existe um ciclo vicioso de tentativas inúteis de convencer o médico de que a dor é real e somática, em vez de psicológica. Muitos médicos já têm uma percepção pré-concebida dessas pacientes.

Denny (2009) buscou explorar a experiência das mulheres de viver com endometriose, em estudo prospectivo durante o período de 1 ano. Nessa amostra, constavam 30 mulheres. No que se referiu ao diagnóstico, a pesquisa apontou que a falta de adequada orientação pode acarretar o atraso do diagnóstico: de um lado, esse atraso pode ser atribuído à própria paciente, que adia sua ida ao médico, por achar que seus sintomas são “normais” ou por nunca ter ouvido falar sobre endometriose; por outro lado, um despreparo médico, ao reconhecer os sintomas como “normais” da fase menstrual, não havendo ampla investigação do problema. Com os resultados das entrevistas e dos diários de relato, evidenciou-se que a maioria dos sintomas de endometriose foi administrada, na maior parte do tempo, pelas pacientes, por meio da automedicação, e que as mulheres já experimentaram várias combinações de medicamentos para tentar controlar a dor. Como na maioria das doenças de longa duração, as mulheres tornaram-se especialistas e comentaram a sensação de que os médicos nunca entendiam a fundo o que era para elas viver, no dia a dia, com endometriose.

Uma anamnese completa e atenta poderia amenizar esse quadro de desencontros e sofrimento físico-emocional. Para Podgaec (2014a), mulheres com endometrioses, predominantemente, se apresentam com queixa de dor pélvica ou infertilidade, abrindo-se assim um leque de possibilidades, sendo necessária uma investigação direcionada de acordo com o dado clínico apresentado. A anamnese e o exame físico geral e ginecológico podem trazer informações ricas e de boa acurácia na presença de lesões profundas ou de

endometriomas ovarianos de tamanho superior a 4cm. Nos casos de dor pélvica, outras doenças devem ser investigadas, na dependência das características dos sintomas e do exame físico e em pacientes com queixa de infertilidade, toda a propedêutica básica do casal infértil tem papel significativo para identificação da(s) causa(s) e escolha do tratamento adequado.

Nesse mesmo sentido, Nacul e Spritzer (2010) também apontam que, embora o diagnóstico definitivo da endometriose necessite de uma intervenção cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, diversos achados nos exames físicos, de imagem e laboratoriais já podem prever, com alto grau de confiabilidade, que a paciente apresenta endometriose.

De acordo com Podgaec (2014b), a videolaparoscopia, além de diagnosticar com precisão a doença, realiza ao mesmo tempo o tratamento, retirando os focos de endometriose. É um procedimento cirúrgico sob anestesia geral, tem alto custo e exige da paciente um período de recuperação, afastada de suas atividades.

Porém, para que a videolaparoscopia possa ser indicada, existem importantes exames prévios a serem realizados. Bellelis et al. (2010) os enumeram:

- a) Exame de sangue para medir a dosagem sérica do CA 125. Esta normalmente se encontra elevada, nos casos de endometriose moderada ou severa, mas, por elevar-se em várias outras situações, não deve ser usada exclusivamente para o diagnóstico da doença, contudo, serve como indicativo de sua progressão pós-tratamento.
- b) A ultrassonografia transvaginal tem papel importante, mas limitado. É um bom método para o diagnóstico de endometriose ovariana, vem sendo usado para o diagnóstico de endometriose profunda, mas não é eficiente para o diagnóstico de endometriose peritoneal.
- c) A ressonância nuclear magnética, efetuada por um médico especialista em endometriose. Esse estudo indica uma sensibilidade de 94% e uma

especificidade de 98% na identificação de focos de endometriose profunda.

Apenas após esses resultados é que o médico pode avaliar a condição física da paciente e, quando necessário, indicar a videolaparoscopia.

Podgaec (2014a) alerta que o exame ginecológico e de imagem normais não significam necessariamente ausência de endometriose, tendo em vista que as lesões superficiais não são possíveis de serem diagnosticadas sem a visualização direta, por meio de videolaparoscopia. Por outro lado, alteração de exame físico, associada a exame de imagem sugestivo de endometrioma de ovário e/ou doença infiltrativa profunda, nos seus diferentes sítios de acometimento, alcança níveis altos de acurácia na suspeita da doença.

Como exemplo, no estudo de Abrão et al. (2007), avaliou-se a eficácia de métodos de imagem e do toque vaginal para diagnóstico de endometriose retrocervical e de retossigmoide. Verificou-se que, com o toque vaginal, foi possível perceber quase duas de cada três lesões acometendo essas regiões, o que demonstra a importância do exame clínico. A limitação do exame clínico se concentra na posição da lesão, que pode ser realmente não palpável ao toque vaginal. Esse estudo mostrou que a ultrassonografia transvaginal apresentou sensibilidade de 98% para identificação de endometriose, acometendo o retossigmoide, e de 95% para endometriose profunda na região retrocervical, com especificidade de 100 e 98% para essas duas localizações, respectivamente. Resultados superiores, inclusive aos obtidos com a ressonância magnética, foram encontrados: sensibilidade de 83% para lesões no retossigmoide e 76% para região retrocervical, com especificidade de 98 e 68% para cada uma das duas regiões, respectivamente.

Arruda et al. (2010) também pontuam que a ultrassonografia transvaginal deve ser o primeiro exame a ser solicitado, na suspeita de endometriose, por ser amplamente disponível, pelo seu baixo custo, alta aceitabilidade e particularmente por ser a modalidade diagnóstica com maior acurácia na maioria dos casos de endometriose ovariana e, principalmente, extraovariana.

De acordo com Gonçalves et al. (2009), a abordagem da endometriose de infiltração profunda evoluiu significativamente desde a sua descrição inicial, em 1990, não só no que diz respeito às ações terapêuticas, mas em seus procedimentos de diagnóstico. Segundo o autor, hoje, entende-se que, quando há indicação cirúrgica, o planejamento pré-operatório individual é fundamental para a definição da estratégia ótima terapêutica, discutindo terapias alternativas com a paciente, indicando preparo intestinal e agendando uma equipe multidisciplinar, quando necessário. Esse estudo destaca a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal como um significativo avanço no diagnóstico da endometriose profunda. Esse método pode fornecer a quantidade de dados relevantes necessários que permite aos especialistas definir a estratégia terapêutica adequada, seja ela cirúrgica, seja conservadora. É ressaltado igualmente que esse exame exige treinamento específico para o radiologista, preparação simples do intestino, que é perfeitamente viável na prática clínica de rotina, e boa interação entre o radiologista e o ginecologista.

Gonçalves et al. (2009) recomendam sistematicamente preparo intestinal com laxativo oral, na véspera do exame, e enema retal aproximadamente uma hora antes do exame. Esses autores defendem a ideia de que o preparo intestinal melhora a avaliação ultrassonográfica detalhada do retossigmoide, em função da eliminação de resíduo fecal e gases desses locais.

Pereira et al. (2009) também enfatizam que as principais vantagens do exame de ultrassonografia com preparo intestinal são a boa definição das camadas da parede do intestino e fronteiras distinguíveis entre a parede vaginal posterior, espaço retovaginal e reto.

Gonçalves et al. (2010) realizaram um estudo pioneiro com 194 pacientes submetidas à ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, submetidas depois à laparoscopia para avaliar a acurácia da ultrassonografia transvaginal para a detecção de múltiplos focos de endometriose no intestino. Constatou-se a sensibilidade de 81%, a especificidade de 99% e a precisão de 96% para a avaliação da presença de, pelo menos, duas lesões retossigmoides de

endometriose profunda, no reto e/ou sigmoide. Os autores consideram que tal precisão depende da preparação do intestino e da ausência de grandes miomas ou cistos ovarianos, situados entre o transdutor transvaginal e o segmento do intestino analisado. Afirmam que o preparo intestinal prévio permite que todas as curvas e segmentos do intestino sejam visualizados, o que não seria possível se houvesse gás ou resíduos fecais bloqueando a varredura ultrassonográfica. Para os autores, tais resultados mostram que a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal prévio é uma importante ferramenta no diagnóstico da doença, capaz de estimar quais as camadas do intestino estão afetados pela endometriose profunda, sendo uma informação relevante, ao indicar o procedimento cirúrgico a ser conduzido e a tomada de decisão quanto ao tipo de ressecção que deverá ser realizada.

2.5 Tratamento

O tratamento da endometriose pode variar de acordo com o local de acometimento da doença e sua gravidade.

Segundo Podgaec (2014b), existem duas formas de tratamento: o medicamentoso e o cirúrgico.

O medicamentoso é indicado para a maior parte dos casos de endometriose e para a diminuição da chance de reincidência da doença, após tratamento cirúrgico. São utilizados medicamentos com baixas doses de hormônio, os quais podem ter efeitos colaterais, como inchaço do corpo, aumento discreto de peso e dores nas pernas, mas que tendem a ser mínimos. Em geral, são usados anticoncepcionais orais ou injetáveis, além de o sistema intrauterino ser medicado com hormônio (progestagênio).

O tratamento cirúrgico é a opção para as mulheres que não melhoram com o tratamento medicamentoso ou nos casos mais avançados da doença. A cirurgia é, em geral, uma videolaparoscopia que possibilita a abordagem de toda a pelve,

melhor visualização dos órgãos, menos formação de aderências e melhor recuperação, após a cirurgia.

Segundo Podgaec (2014a), quando a paciente não apresenta desejo reprodutivo, inicialmente é indicado tratamento clínico hormonal e analgésico, devendo ser conservado enquanto a paciente se mantiver com melhora dos sintomas e sem desejo de engravidar. As pacientes que não revelam melhora clínica, após 6 a 12 meses de tratamento medicamentoso, devem ser submetidas a videolaparoscopia para diagnóstico e exérese cirúrgica completa dos focos de doença.

O estudo de Crosera et al. (2010) chama a atenção para o uso de vários medicamentos e esquemas terapêuticos, no tratamento da endometriose, que se baseiam no fato de o tecido endometrial ser receptivo e dependente do estrogênio; tais medicamentos criam um ambiente hipoestrogênico, o qual leva à interrupção do ciclo de estimulação, possibilitando, muitas vezes, a regressão dos implantes endometriais.

Martin et al. (2011) desenvolveram um estudo observacional com 115 mulheres que se apresentaram para tratamento de endometriose, associado a dor pélvica crônica, em um centro de referência terciária de um hospital ligado à Universidade da Carolina do Norte, EUA. Para essas mulheres, a dor pélvica fora considerada intratável pelas modalidades convencionais já experimentadas. Os tratamentos médicos mais comuns incluíam terapias hormonais (59,1%) e medicamentos do sistema nervoso central, como antidepressivos, anticonvulsivantes, soníferos, relaxantes musculares (34,8%). As cirurgias mais comuns realizadas, ao longo do ano, abarcavam histerectomia (11,3%), ooforectomia (11,3%) e lise de aderências (10,4%). O estudo sugere que a dor pélvica associada à endometriose pode ser mais complexa em alguns pacientes que demonstram a influência de fatores biopsicossociais pré-existentes. Assim, o entendimento mais a fundo dos fatores psicológicos envolvidos na dor da endometriose pode fazer avançar a compreensão do tratamento ideal para essa condição.

A American Society for Reproductive Medicine – ASRM (2012) – informa que a terapia hormonal pode ser sugerida, quando a dor interfere na família, no trabalho ou nas atividades diárias, pois essas terapias costumam reduzir a dor pélvica e dispareunia, em mais de 80% de mulheres nas quais a endometriose é diagnosticada. Aponta ainda que existem vários tratamentos eficazes e que a escolha é feita com base em efeitos colaterais e custo. Adverte que os tratamentos hormonais não são eficazes para grandes endometriomas ovarianos, sendo necessário, nesses casos, a cirurgia. Esta também pode ser indicada quando o tratamento médico não for bem sucedido, ou quando as condições médicas proibirem o uso de tratamentos hormonais.

Além do que a ASRM (2012) e Podgaec (2014b) trazem, é preciso ressaltar a importância do aspecto multidisciplinar, no tratamento da endometriose no que diz respeito à dor. Nesse sentido, outros estudos destacam a necessidade de acompanhamento especializado de profissionais como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, para que, por meio de outras abordagens, auxiliem a paciente na busca do bem-estar.

Norman et al. (2004) efetuaram um estudo, onde utilizaram a abordagem da terapia escrita visando a dar vazão aos pensamentos e sentimentos das pacientes com dor pélvica. As mulheres que se sentiam mais fragilizadas ou afetadas pela dor parecem ter respondido mais positivamente a essa intervenção, atestando sua funcionalidade.

Kennedy et al. (2005) compilam as possíveis práticas usadas por esses profissionais e seus benefícios para as pacientes:

- fisioterapeutas (melhorar a postura e fortalecer músculos pélvicos);
- conselheiros/psicólogos (auxiliar no entendimento de como é viver com uma doença crônica);
- nutricionistas (alimentos que devem consumir e evitar, a fim de melhorar a dor).

Conforme Cheong (2006), para tratar pessoas com dor crônica, incluindo a dor pélvica, é necessário fazer uma série de ajustes psicológicos e comportamentais, a fim de lidar com os sintomas, que podem levar a rotulagem

inadequada e estigmatização no processo de procura de cuidados. A psicoterapia ou aconselhamento proporciona a tranquilidade, durante e após a videolaparoscopia, na tentativa de melhorar a qualidade de vida e reduzir o sofrimento de dor associada.

Nesse mesmo artigo, Cheong traz um estudo de Farquhar, concretizado em 1989, onde demonstra que houve uma interação entre os efeitos do tratamento da endometriose feitos com progesterona e a psicoterapia, de tal modo que o grupo que recebeu as duas intervenções teve um benefício sustentado nove meses após o tratamento. Tal estudo mostrou que a abordagem multidisciplinar, que incluía a psicoterapia, foi benéfica em termos de melhora nos escores de qualidade de vida, em comparação com uma abordagem convencional.

Para Bellelis et al. (2010), a prática de exercícios físicos parece ainda ser uma ação protetora.

Lorençatto (2007) comprova a eficácia da abordagem terapêutica. Nessa pesquisa, 128 mulheres foram divididas em 2 grupos, um de apoio (com intervenção fisioterapêutica e psicológica) e um sem nenhuma intervenção (apenas com o atendimento clínico e cirúrgico usuais). Foi observado que o grupo que passou pela intervenção apresentou melhora, confirmando a necessidade de atendimento multiprofissional, o qual ofereça suporte psicológico para as mulheres com endometriose e dor pélvica crônica. O grupo de apoio realizado mostrou ser um bom aliado no tratamento convencional, uma vez que proporcionou redução nos escores de dor e depressão. Notou-se ainda que as mulheres que se sentiam piores em relação ao *stress* procuraram auxílio complementar ao tratamento convencional da endometriose e que os efeitos foram positivos.

A pesquisa de Petreluzzi et al. (2012) obteve, igualmente, resultados positivos. Esse estudo buscou avaliar a eficácia de submeter as mulheres com endometriose e dor pélvica crônica a um protocolo terapêutico, envolvendo a terapia física e psicológica. Vinte e seis voluntárias tiveram sessões de 2,5h, uma vez por semana, durante 10 semanas. Foi aplicada a Escala Visual Analógica

(EVA), o Questionário de *Stress* Percebido (PSQ), o SF-36 e os níveis de cortisol determinados em amostras de saliva. As pontuações PSQ foram significativamente menores após o tratamento, enquanto as pontuações para o SF-36 “vitalidade” e “domínios de funcionamento físico” foram significativamente maiores. Os níveis de cortisol salivar foram maiores, após o tratamento, nas amostras coletadas no período da manhã, mas não naqueles coletados no período da tarde ou à noite. Os níveis de cortisol pós-tratamento foram idênticos aos relatados para mulheres saudáveis. Houve correlações positivas entre a “vitalidade”, “papel emocional”, o “funcionamento social” e a “saúde mental”, e correlações negativas ao *stress* percebido. Em conclusão, o protocolo de intervenção física e psicológica aplicada nesse estudo, para as mulheres que sofrem de endometriose, foi eficaz na redução do *stress* percebido, normalizando os níveis de cortisol, aumentando a vitalidade e melhora na função física.

Outro tipo de tratamento que se revela eficaz, na amenização da dor da endometriose, é a acupuntura trabalhada em pontos específicos; além da melhora na dor, esses estudos evidenciam também a melhora da qualidade de vida como consequência (RUBI-KLEIN et al., 2010; WAYNE et al., 2008).

3. A Endometriose sob o olhar da Psicossomática Junguiana

O presente estudo aborda o modo de enfrentamento da endometriose: haveria diferença entre o modo de enfrentamento da doença diante da presença ou intensidade de dor, depressão e *stress*? Observando a correlação entre essas variáveis, estamos abordando, além do lado físico, também o lado emocional da doença. Com isso, seria possível identificarmos um caminho para melhorar a adaptação, o engajamento e o tratamento da endometriose?

Todas essas perguntas somente podem ser respondidas sob o olhar da Psicossomática atual.

A relação entre corpo e mente é um assunto discutido desde a antiguidade até os dias de hoje, pelos filósofos, sob diferentes perspectivas da área médica e da área psicológica. Muitos debates e divergências existem sobre o tema, porém, algo que não é mais possível dissociar é a influência que a mente causa no corpo e vice-versa, em uma proporção única e indissolúvel.

Até por essa indissolubilidade, questiona-se o uso do termo *Psicossomática*. Seria esse o termo mais apropriado para dar significado a essa complexa e profunda relação entre corpo e mente?

Ramos (2006, p. 47) ressalta:

O uso do termo Psicossomática tem sido usado para se referir a uma moléstia sem um diagnóstico claramente orgânico, porém ele vem se modificando. Deriva do reconhecimento de uma interdependência fundamental entre mente e corpo em todos os estágios de doença e saúde. Seria um reducionismo considerar que há doenças de causas puramente psicológicas ou puramente orgânicas. Há sempre um pluralismo na observação de qualquer fenômeno. Assim há uma tendência para se considerar todas as doenças como sendo Psicossomáticas, na medida em que elas envolvem a inter-relação contínua entre corpo e mente na sua origem, desenvolvimento e cura.

Sob esse mesmo aspecto, Vasconcellos (apud SPINELLI, 2010, p. 159) reflete:

A Psicossomática sempre sofreu desse conflito de identidade por querer nominar o indivisível, denominando-se a ciência que representa

a união de duas partes: o corpo e a alma [...] Psicossomática tem a ver com a psique e o soma, mas, sobretudo, com algo transcendente que, ao mesmo tempo que contém os dois, está para além deles e é indivisível. Portanto, o sem-nome e inominável recebeu um nome.

Na revisão feita por Ramos (2006, p.35), a autora cita que “[...] o termo Psicossomática foi usado pela primeira vez em 1808 por um psiquiatra alemão, Heinroth, ao tentar explicar a origem da insônia [...] e que, mais tarde, em 1828, o mesmo psiquiatra introduziu o termo *somato-psíquico*.

Nesse caminho, já no século XX, a Psicossomática deu origem a vários desdobramentos científicos e ao surgimento de diferentes disciplinas: a Psicobiologia, a Psico-oncologia, a Medicina Comportamental, a Medicina Social, a Psiconeuroimunologia, a Psiconeuroendocrinoimunologia (VASCONCELLOS apud SPINELLI, 2010, p.160).

Hoje, é possível considerar que a Psicossomática envolve múltiplos saberes: da Medicina à Psicologia, passando pelas ciências humanas, antropologia, biologia e física quântica.

Sob esse olhar, consideramos que a endometriose é uma doença Psicossomática. Como vimos, a dor crônica está envolta nos fatores psicossociais e vice-versa, em um círculo contínuo e ininterrupto, tendo a diferença apenas na intensidade e na qualidade desses sintomas, de acordo com as peculiaridades individuais e modos de enfrentamento de cada paciente.

Assim, entender a endometriose é entender a pessoa, seus sentimentos, suas emoções e sua dor, em específico. Para tal, a teoria que subsidia este olhar neste estudo é a Junguiana: a Psicossomática Junguiana.

Na Psicologia analítica, a problemática psique-corpo teve base com os experimentos de associação de palavras desenvolvidos por Jung, em 1906. Através desses experimentos, Jung pôde observar que o complexo é autônomo e substitui o poder constelador do complexo-egoico (RAMOS, 1994, p.51).

Jung define complexo como “[...] um conglomerado de conteúdos psíquicos, caracterizados por uma carga emocional peculiar e talvez dolorosa, normalmente inacessível ao contato exterior (JUNG,18/1 par 99). “Às vezes de caráter traumático, outras apenas doloroso e altamente acentuado” (JUNG,18/1 par 148). “É como se um projétil arrebatasse a grossa camada da persona em direção à camada obscura” (JUNG,18/1 par 99).

Por meio do conceito de complexo, podemos compreender a profunda relação existente entre corpo e mente:

Tudo que se acentua demais é difícil de ser conduzido [...] porque esses conteúdos encontram-se, de uma forma ou de outra, ligados com reações fisiológicas, com os processos cardíacos, com o tônus dos vasos sanguíneos, a condição dos intestinos, a inervação da pele, a respiração. Quando houver um tônus alto, será como se esse complexo particular tivesse um corpo próprio e até certo ponto localizado em meu corpo, o que o tornará incontável por estar arraigado, acabando por irritar os meus nervos. Aquilo que é dotado de pouco tônus e pouco valor emocional pode ser facilmente posto de lado porque não tem raízes. Não é aderente. (JUNG, 18/1, par 148).

Tendo em vista a presença de uma doença, Jung frisa que “[...] a sintomatologia de uma doença é, ao mesmo tempo, uma tentativa natural de cura” (JUNG, 8/2 par 312) como uma espécie de movimento rumo à homeostase, à regulação.

Para Jung, os opostos são extremamente significativos, como se eles dessem o caminho de uma possibilidade de regulação, caso possam ser integrados à consciência. Nesse sentido, o estado saudável e a doença são opostos carregados de simbolismos, que, quando trabalhados, podem trazer muitas informações sobre o dinamismo psíquico de um indivíduo.

Conforme Jung, símbolo é caracterizado como “[...] um conceito, uma figura ou um nome que nos podem ser conhecidos em si, mas cujo conteúdo, emprego ou serventia são específicos ou estranhos, indicando um sentido oculto, obscuro e desconhecido” (18/1 par 416). “Eles têm um aspecto abrangente ‘inconsciente’ que nunca se deixa exaurir ou definir com exatidão” (18/1 par 417), “[...] é sempre mais do que podemos entender à primeira vista” (18/1 par 482). Para ele, trata-

se de um “[...] termo que melhor traduz um fato complexo e ainda não claramente apreendido pela consciência” (8/2 par148), “[u]m símbolo não define nem explica. Ele aponta para fora de si, para um significado obscuramente pressentido, que escapa ainda à nossa compreensão e não poderia ser expresso adequadamente nas palavras de nossa linguagem atual” (8/2 par 644).

Ramos (2006, p.68) explica que o símbolo é a expressão da percepção do fenômeno psique-corpo, feita através da sincronicidade das alterações fisiológicas e das imagens referentes. Um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, através da qual podemos ter a chave para a compreensão da doença. Nesse caso, o símbolo indica uma disfunção, um desvio que precisa ser corrigido, quando a relação egoica-Self fica alterada.

Nesse sentido,

[...] o sintoma orgânico pode corresponder a uma cisão na representação de um complexo/arquétipo, em que a parte abstrata/psíquica ficou reprimida. Ao ficar desconectado do ego, esse sintoma se repetirá compulsivamente como uma tentativa de se integrar à consciência, a fim de que o processo de individuação prossega. (RAMOS 2006, p.78).

Assim, “[...] a doença orgânica pode ter uma finalidade e um significado. Esse significado, em alguns casos, é um símbolo. A compreensão e integração do mesmo na consciência leva a uma melhora no quadro de saúde geral do paciente” (RAMOS 2006, p.79).

Pensar na endometriose sob esse aspecto nos traz a reflexão sobre o que a endometriose está simbolizando, na vida de cada paciente. O que a doença poderia representar? Aspectos ainda não integrados sobre a feminilidade, sexualidade, complexos parentais, complexos relacionados às questões amorosas e tantas outras conotações que essa doença pode trazer como um símbolo a ser explorado. Dessa maneira, voltar o olhar para essa simbologia com o auxílio de técnicas psicoterápicas analíticas poderia auxiliar na melhora e diminuição dos sintomas.

O fato é que cada pessoa é única e a forma como cada uma irá lidar com a doença e com o tratamento também será singular. Imaginemos a paciente que se deparou com o diagnóstico de endometriose: é possível que esse diagnóstico não afete o seu emocional? Geralmente isso não acontece, porque a paciente reage emocionalmente ao fato de estar doente e, assim, físico e emocional “caminham” juntos no processo de luta ou de entrega à doença. Entende-se que, no curso de um atual diagnóstico, é imprescindível considerar toda a história de vida, uma trajetória imbuída em memórias positivas e traumáticas e o quanto essa visão de mundo, construída ao longo da vida, influencia a forma como um indivíduo encara sua condição atual de saúde.

Ramos (2006) explica que “[...] a doença orgânica é uma expressão simbólica que visa compensar uma atitude unilateral da consciência. Ela seria uma reação do organismo, uma compensação, com a finalidade de levar o indivíduo a integrar o reprimido, religar o ego ao seu eixo com o Self” (p. 73). E acrescenta:

A somatização é o limite imposto pela natureza diante de um excesso de energia canalizado unilateralmente [...] a natureza contrabalança essa tendência utilizando o corpo, como se buscasse um meio mais efetivo para realizar suas metas (p.73) [...] essa somatização pode ser então compreendida como uma forma de compensação que leva o doente a retificar uma relação exageradamente unilateral com o seu ambiente. (p.74).

Mas, como é possível trabalhar esse quadro? Como reequilibrar essa ligação ego-Self?

A teoria da transdução dá base para esse processo. De acordo com Ramos (2006, p. 69), tal teoria

[...] trata da conversão ou transformação de energia ou informação de uma forma para outra. O corpo humano é visto como uma rede de sistemas informativos: genético, imunológico, hormonal, dentre outros. Cada um destes sistemas tem seu código, e a transmissão de informações entre os sistemas requer que algum tipo de transdutor permita que o código de um sistema seja transladado para o código de outro sistema.

Considerando o sistema psíquico, Ramos (2006, p. 69-70) salienta que

[...] a mente, por ter capacidade para simbolizar na forma linguística ou extralinguística, pode também ser considerada como um meio de codificação, processamento e transmissão de informação do organismo, psique e soma [...] o conceito de símbolo como “máquina transformadora de energia” proposto por Jung, seria aqui compreendido como a máquina transdutora, através da qual a informação de um sistema, por exemplo, imunológico, poderia ser transduzida para o sistema consciente e vice-versa.

Podemos, pois, entender que cada paciente traz na bagagem de vida complexos que talvez ainda não tenham sido trabalhados e olhados. Questionamos o quanto esses complexos são “atualizados” em face de um diagnóstico de endometriose. Possivelmente, o diagnóstico reativa certas memórias anteriores da trajetória percorrida, podendo voltar a ativar a potência de um complexo.

A princípio, tais marcas emocionais dificilmente são expressas de modo verbal. Utilizando-se aqui da teoria junguiana, um símbolo teria a função de “traduzir” uma memória emocional em algo acessível à consciência, e apenas esse símbolo poderia conter a potência da aproximação de um complexo à consciência, por meio de uma imagem, atuando assim como uma função transcendente.

O que sabemos é que enquanto uma pessoa não consegue dar voz a uma dor, a um sofrimento, este não encontra caminho de vazão. Havendo uma incongruência entre o pensar, o sentir e o agir, a forma de escape é o próprio corpo, o corpo acaba “traduzindo” o que a alma padece, sendo o cenário das doenças Psicossomáticas, incluindo a endometriose.

Ramos (2006, p. 62) enfatiza:

É como se a memória emocional ficasse perdida no corpo e reaparecesse quando situações atuais espelhassem um conflito semelhante àquele que originou essa cisão. As duas polaridades do arquétipo ficam cindidas. Não há espaço para simbolizar verbalmente a dor emocional; daí ela ser vivida corporalmente. Nesse caso, a somatização seria um *acting out* e uma tentativa de integrar à consciência o instinto (arquétipo) reprimido. Mas, devido à dificuldade de expressão no nível mais consciente, o sintoma corporal fica se repetindo compulsiva e defensivamente [...] o paciente queixa-se de sintomas orgânicos, sem se dar conta de que eles se referem a um determinado sentimento conflitivo [...] os fenômenos psicossomáticos

podem ser evitados onde organizações neuróticas emergem. A estrutura neurótica cria uma estrutura protetora, na forma de sintoma neurótico, para lidar com o conflito ou dor emocional, enquanto que nos distúrbios orgânicos haveria uma regressão a formas mais primitivas de relacionamento entre corpo e mente. A comunicação verbal dos estados afetivos estaria em geral desconectada de seus sintomas, de seu corpo. Aqui está presente uma forma arcaica de simbolismo onde o corpo fala.

Concebendo a transdução como uma conversão ou transformação de uma informação - da polaridade concreta/orgânica, para a polaridade abstrata/psicológica -, podemos compreender a importância de esvair a carga emocional de um sintoma e dar vazão à simbolização como uma forma de alívio psíquico. Essa descarga psíquica poderia criar espaço para a reconstrução de novos significados, de novas vivências e, com isso, uma diferente readaptação psique-soma, uma nova homeostase.

Esse caminho torna-se possível, quando o indivíduo consegue, por exemplo, identificar e diluir a carga emocional que está sustentando um “comportamento doente”, simbolizando, trazendo à consciência os aspectos psíquicos e transformando a dor emocional.

São questões que poderiam ser exploradas e exemplificadas através de um trabalho de intervenção, adotando-se técnicas da Psicologia profunda com as pacientes diagnosticadas com endometriose.

A presente pesquisa serve de base para a elaboração dessa intervenção, já que o objetivo principal aqui é levantar e avaliar correlações entre variáveis como *coping* (formas de enfrentamento), depressão, *stress* e dor. Depressão e *stress* são, inclusive, sintomas da presença de um complexo, de modo que eles podem ser uma porta de entrada na compreensão e tratamento do sofrimento das pacientes.

Para entender como essas variáveis se apresentam, no contexto da endometriose, várias pesquisas foram levantadas e selecionadas, estando expostas no próximo capítulo.

4. Endometriose, Estratégias de Enfrentamento (*Coping*), Depressão, *Stress* e Dor.

4.1 *Coping* - estratégias de enfrentamento

Em face de situações inesperadas que podem variar enormemente, desde a perda de um ente querido, o término de um relacionamento, a perda de um emprego, até o diagnóstico de uma doença, o ser humano reage de diferentes e específicas formas, de acordo com as características de cada um. Cada situação despertará uma maneira única de ação e de reação emocional, envolvendo simultaneamente corpo e mente.

Nessa particularidade, cada indivíduo desenvolve ao longo da vida certo padrão emocional de conduta, o qual o guiará para solucionar os problemas que emergem.

E como são essas “formas de conduta”? Teorias de *coping* auxiliam nesse processo de identificação das estratégias de enfrentamento usadas pelos indivíduos, diante de situações inusitadas ou estressantes.

Nesta pesquisa, iremos trilhar o caminho das estratégias de *coping* adotadas pelas mulheres diagnosticadas com endometriose.

Em 1980, foi desenvolvida uma escala chamada “Ways of Coping”, cujo objetivo era avaliar os pensamentos e ações de pessoas que precisavam lidar com situações estressantes. A escala original tinha 60 itens, divididos em quatro categorias básicas (busca de informações, ação direta, inibição da ação e intrapsíquico). Esse instrumento foi revisto em 1985, transformando as opções de respostas no modelo Likert, e as subescalas ampliadas para oito tipos distintos (*coping* confrontativo, distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitar responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva). A avaliação do material leva a uma classificação da forma de conduta mais utilizada pelo indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1987).

Lazarus e Folkman (1984) reforçam que o conceito de *coping* tem sido foco na Psicologia, por mais de 40 anos. Inicialmente, foi desenvolvido em dois campos distintos: um derivado das tradicionais pesquisas sobre *stress* e controle do *stress* em animais; e outro, no contexto da Psicologia psicanalítica do ego, onde o foco estava na avaliação do “[...] caminho de percepção e pensamento sobre a relação interpessoal e o meio. O comportamento não é ignorado, mas é tratado com menos importância do que a cognição” (p. 118). Todavia, entende-se que “[...] o sistema de coping baseado na Psicologia do ego tem a tendência de avaliar os traços e estilos do coping ao invés do processo de coping” (p.139).

Para Lazarus e Folkman (1984), *coping* compreende “[...] os esforços comportamentais e cognitivos, em constante mudança, que visam gerir demandas específicas internas ou externas, avaliadas como algo que desafia ou excede os recursos pessoais” (p.141). Ressaltam ainda que *coping* não deve ser confundido com comportamento adaptativo automatizado, já que este não requer esforço como o *coping*. O *coping* é um processo de gerenciamento. Nesse sentido, gerenciar pode significar minimizar, evitar, tolerar ou aceitar as condições estressantes oferecidas pelo meio. Nesse gerenciamento, ocorre uma constante avaliação e reavaliação desse movimento entre pessoa e meio. Quando o *coping* é adequado a certa situação, conduz o indivíduo a um ajustamento (p.142).

Para exemplificar o *coping* como um processo, os autores citam

[...] a longa duração do processo de luto e as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, começando com o momento de perda. Todo o processo pode durar vários anos e ser caracterizado por múltiplas formas de enfrentamento e dificuldades emocionais ou pode durar apenas alguns meses. Para um observador, o processo pode parecer bem diferente em distintos estágios. (p.143).

Outro exemplo de como o *coping* é caracterizado como processo e mudança é dado por Folkman e Lazarus (1985), quando aludem ao enfrentamento de um encontro estressante: em um primeiro momento, o indivíduo pode reagir apresentando um comportamento de esquivar ou recusa, mostrando alta

ansiedade; depois de alguns momentos de estratégias, tentando neutralizar ou amenizar a importância do evento, pode sentir-se irritado e, então, culpado; em seguida, pode amar e depois decidir encarar de frente o problema, demonstrando estar alegre. A sequência de sentimentos reflete o quão estressante pode ser o fato de uma pessoa lidar com uma situação, podendo começar com a evitação do contato com o outro, porém, momentos mais tarde, buscar o apoio emocional de um amigo.

Folkman et al. (1986) retomam o ponto de vista de que a teoria cognitiva de *stress* psicológico e enfrentamento é transacional, estando a pessoa e o ambiente profundamente ligados em uma relação bidirecional e dinâmica. Para os autores, o *stress* é conceituado diante dessa relação: a observação do meio e a avaliação dos recursos internos existentes para lidar com as situações. Se há equilíbrio, o bem-estar será preservado; por outro lado, se as ferramentas internas são insuficientes para lidar com os elementos que o meio traz, há um desequilíbrio, no qual o bem estar pode sofrer ameaça.

Folkman et al. (1986) explicam que, no processo do *coping*, os pensamentos particulares e comportamentos de uma pessoa estão sendo usados para gerenciar as demandas trazidas pelo ambiente, no intuito de manutenção ou busca do bem-estar. O *coping* tem duas funções principais, as quais são empregadas em praticamente todos os tipos de situações estressantes: a) lidar com o problema que está causando o *stress* (*coping* focado no problema), ou seja, a presença de esforços interpessoais, racionais, legais, deliberados para solucionar a situação; b) regular a emoção (*coping* focado na emoção), que inclui afastamento, autocontrole, busca de suporte social, fuga-evitação, aceitação da responsabilidade e reavaliação positiva.

Após Lazarus e Folkman, muitos estudiosos se debruçaram a aprimorar novas escalas, com diferenças sutis, de acordo com o ponto de vista de cada um. Veremos alguns desses trabalhos:

Carver e Scheier (1989) desenvolveram um inventário de *coping* multidimensional, com o intuito de avaliar as diferentes formas pelas quais as

peças respondem ao *stress*. Nesse artigo, comentam que o ponto de partida de sua pesquisa foi a análise conceitual do *stress* e enfrentamento oferecida por Lazarus, em 1966, quando este argumentou que o *stress* é composto por três processos: avaliação primária - o processo de perceber uma ameaça para si mesmo; avaliação secundária - o processo de trazer à mente uma possível resposta à ameaça; e o *coping* - o processo de executar essa resposta.

Porém, Carver e Scheier (1989) sentiram a necessidade de desenvolver um inventário diferente, por acreditarem que algumas características poderiam ser aprofundadas e aprimoradas. Para esses autores, o *coping* ativo “[...] é o processo de tomar medidas ativas para tentar remover ou contornar o estressor ou ainda atenuar seus efeitos” (p.268). Apesar de seu conceito ser muito semelhante ao de Lazarus e Folkman (1984), Carver e Scheier preocuparam-se em avaliar os esforços de enfrentamento ativo das pessoas, incluindo escalas separadas para medir o planejamento, o *coping* ativo, a supressão de atenção em face das atividades contraditórias e o exercício de contenção. Avaliaram também um conjunto de respostas de enfrentamento que podem potencialmente dificultar ou interferir no *coping* ativo, como o desligamento comportamental de esforços contínuos, no alcance de metas, o desengajamento mental de objetivos, a prática de expressar emoções e o uso de álcool ou drogas para desfocar da ação principal.

Nesse trabalho, Carver e Scheier (1989) se referem à dificuldade de interpretar as diferenças individuais, ao utilizar-se de um inventário. Eles acreditam que as pessoas tendem a adotar certas táticas de enfrentamento como preferências relativamente estáveis, as quais podem derivar da personalidade ou podem se desenvolver por outras razões. Sugerem, assim, que pode haver mérito em estudar as preferências de enfrentamento para além de traços de personalidade. Concluem que preferências de enfrentamento e traços de personalidade podem ser mais complementares do que concorrentes.

Ribeiro e Rodrigues (2004) traduziram a escala reduzida do questionário de *coping* desenvolvido por Carver. Este foi o instrumento escolhido pela presente pesquisa por ser uma versão enxuta e trazer escalas que possibilitariam levantar

resultados interessantes no cenário em que seria utilizado, corroborando a afirmação dos autores de que “[...] a versão reduzida, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de coping que apresenta é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde” (p.14).

De acordo com Ribeiro e Rodrigues (2004)

[...] o coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de coping teve efeitos adaptativos. (p. 5).

Ribeiro e Rodrigues (2004) explicam que, relativamente à versão do COPE de 60 itens, desapareceram as escalas de “Coping Restritivo” e “Supressão de Atividades Contrárias”, sendo incluída uma nova escala a “Auto-Culpabilização” (p.10).

Os autores destacam que, nesse instrumento existem, ao total, três grupos de questões: o primeiro fator agrupa os itens das escalas “Utilizar Suporte Instrumental” e “Utilizar Suporte Social Emocional”; o segundo fator agrupa as escalas “Coping ativo”, “Planejar” e “Desinvestimento Comportamental”. Esta última escala mostra uma carga fatorial negativa, visto ser o negativo das outras duas; o terceiro fator agrupa as escalas “Negação” e “Auto-culpabilização”; as restantes escalas agrupam-se cada uma por um fator, com a seguinte ordem: “Religião”, “Uso de Substâncias”, “Aceitação”, “Auto-Distração” e “Expressão de Sentimentos” (p.11).

Diante da pluralidade que envolve o ser humano e as distintas maneiras de lidar com as situações da vida, um instrumento baseado nas formas de enfrentamento pode nos trazer ricas informações, quando queremos nos aprofundar em um contexto comum. Nesse caso, o objetivo é entender como as mulheres diagnosticadas com endometriose enfrentam as situações do dia a dia; por isso, foram levantadas algumas pesquisas que discorrem em torno desse assunto, trazendo as diferentes formas de enfrentamento dessa doença.

Mello (2005) desenvolveu um estudo com 30 mulheres entre 28 e 38 anos. Da sua amostra, 56,7% percebem a doença como muito grave, 40% como grave e 3,3% como pouco grave. Quanto às estratégias de enfrentamento, 60% das mulheres utilizam as estratégias de enfrentamento assertivas e adequadas. No quesito percepção da doença relacionado a gravidade, causalidade e resolução da doença, quase metade da amostra considera que o aparecimento da endometriose se deu após processo de perdas, como, por exemplo, perda de entes queridos, término de relacionamento, problemas financeiros, no geral, processos de enlutamento (p.115). Nessa pesquisa, a conclusão dos resultados demonstra que a maioria dessas mulheres, mesmo vivendo com todas as limitações advindas do processo de adoecimento, buscam soluções concretas na resolução da doença, demonstrando engajamento no processo de apropriação e incorporação de significados (p.8). Crença, fé e esperança são fatores importantes e contribuem para melhor enfrentamento (p.115).

O estudo de Fernandez (2006) teve como objetivo explorar as experiências dos parceiros de mulheres com endometriose, encontrando vários temas emocionais comuns relativos a viver com a endometriose ou próximo a ela, tais como: mau humor, ansiedade e impotência, sensação de processo de luto (muito semelhante ao experimentado pelas parceiras). Além do sofrimento emocional, houve relatos de aceitação e crescimento do relacionamento, uma vez que os parceiros passaram a perceber melhor o outro e usar o apoio afetivo, o que os aproximou. Os cônjuges discutiram mais as relações, aprendendo mais sobre o outro, melhorando a comunicação do casal ou ainda admirando a força da parceira, ao encarar a doença.

Conforme Skuladottir e Halldorsdottir (2008), o principal desafio das mulheres com histórico de dor crônica é manter um senso de controle de si mesmas e da dor, para evitar a desmoralização, o que é visto como uma ameaça em potencial para todas as mulheres com dor crônica. Para manter um senso de controle, as mulheres são desafiadas a aprender a conviver com a dor e a lidar com sua imprevisibilidade e incurabilidade. Elas são desafiadas a encontrar significado em seu sofrimento, a fim de criar um espaço pessoal que promova a autoproteção, a autoimagem positiva e a autoestima, enquanto tentam, apesar

da dor, viver uma vida "normal" com dignidade, afastando o isolamento e a desmoralização.

Kaatz et al. (2010) relatam a importância de um grupo de apoio para o melhor enfrentamento da doença. Esse grupo foi desenvolvido em uma igreja luterana, onde se iniciou um programa educacional para mulheres que vivem com endometriose, abordando questões do corpo, mente e espírito, as quais incluíam exercícios, leitura como fonte de informação da doença, oração e reflexões. Os objetivos do programa eram fornecer um espaço onde as mulheres pudessem explorar seus sentimentos únicos associados a viver com essa doença e para compartilhar experiências. O grupo de estudo teve como resultado o envolvimento das mulheres no seu próprio cuidado, a preparação para a tomada de decisões quanto às possibilidades de tratamento, englobando, em alguns casos, a histerectomia e o apoio em suas decisões. As mulheres foram igualmente incentivadas a manter uma comunicação aberta com suas famílias e procurar aconselhamento familiar, conforme necessário. Notou-se que o grupo foi benéfico para todas as participantes. Encontrar pessoas com os mesmos sintomas e problemas trouxe mais confiança e alívio, ao partilhar as histórias, e coragem para as tomadas de decisões quanto ao tratamento.

No estudo de Martin et al. (2011), citado anteriormente, as 115 mulheres com endometriose e dor pélvica crônica preencheram questionários para avaliar a dor (questionário de dor McGill curto -SF- MPQ), a qualidade de vida e os fatores psicossociais que incluíam o estilo de "enfrentamento catastrófico"³. Após 1 ano, 93% entregaram o questionário de dor. No geral, 43,47% das participantes pontuaram nível moderado a grave, em "catastrofização". Relataram, em média, uma redução de 37,4% na dor, durante o ano, sendo que as que passaram por cirurgia tiveram uma queda de 50,3% em comparação com aquelas sem cirurgia,

³ *Catastrophizing* é um termo usado originalmente por Beck et al. (1979) para descrever um estilo de enfrentamento mal-adaptativo utilizado por pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. Mais recentemente, tem sido definida como uma resposta de enfrentamento cognitiva e emocional negativa para a dor, a qual inclui a tendência para amplificar e se concentrar em sintomas de dor, bem como sentimentos de impotência e pessimismo (SULLIVAN et al., 2001). *Catastrophizing* emergiu como um importante determinante dos resultados de curto e de longo prazo relacionados com a dor e tem sido consistentemente associado com níveis de dor mais elevados (MARTIN, 2011).

chegando a 31,2%. Os resultados sugerem que fatores biopsicossociais, especificamente “catastrofização”, podem desempenhar um papel fundamental na experiência da dor em mulheres com endometriose associada à dor intratável. Os autores apontam que, dentro da literatura sobre dor, existe um debate se a “catastrofização” é uma causa ou uma consequência da dor crônica. Concluem que, até o momento, não existem estudos longitudinais que analisem se “catastrofização” é modificado por um estado de dor persistente. Ficou claro ainda que as mulheres com dor pélvica severa muitas vezes têm comorbidades, como dor muscular do assoalho pélvico e uma má qualidade de vida. Por fim, os autores salientam que, devido ao pequeno tamanho da amostra, não puderam investigar as contribuições conjuntas e independentes de outras variáveis psicossociais conhecidas (por exemplo, histórias de trauma e abuso) e indicam que, como os fatores psicológicos tiveram uma influência significativa sobre o relatório de dor, estudos maiores são urgentemente necessários para examinar as contribuições dos domínios neurobiológicos e psicossociais na gênese e tratamento de estados de dor persistente em mulheres com endometriose.

4.2 Depressão e sofrimentos emocionais

Dentre as diversas formas de sofrimento emocional que é possível encontrar no quadro da endometriose, a presente pesquisa escolheu a medição da depressão, do *stress* e da dor.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo e, dentre esse número, chegam a 850 mil os casos de suicídio. No Brasil, são cerca de 13 milhões de pessoas consideradas depressivas. A OMS destaca que existem tratamentos muito eficazes, contudo, apenas metade das pessoas com depressão recebem o tratamento de que precisam (OMS).

Os mesmos dados, em porcentagens, podemos observar no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, que aponta a prevalência anual de depressão na população em geral variando de 3% a 11%. Em pacientes de cuidados primários em saúde, é de 10%. Em pacientes

internados por qualquer doença física, a prevalência de depressão varia entre 22% e 33%. Afirma, ainda, que a prevalência de depressão é de 2 a 3 vezes mais frequente em mulheres do que em homens (FLECK et al., 2001).

No estudo de Murray e Lopes (1997), que buscaram identificar as principais causas médicas de doenças e fatores de risco, a depressão aparece, dentre uma escala global para comparação de várias doenças, como a quarta causa específica de incapacitação dos anos 90. A estimativa é de que, em 2020, ela se torne a segunda maior questão de saúde pública, em países desenvolvidos, e a primeira, em países em desenvolvimento.

A OMS define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente. Vários fatores podem levar à depressão, como questões sociais, psicológicas e biológicas (OMS, 20).

No atual estudo, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck-II (Beck et al., 2011), para medir a depressão nas pacientes com endometriose. No desenvolvimento da versão em português desse manual, participaram 8.265 sujeitos, dentre os quais pré-adolescentes e adolescentes, estudantes universitários, adultos da comunidade, idosos da comunidade, todos os quatro grupos citados da cidade de São Paulo e um último grupo composto por amostras clínicas e não-clínicas de Porto Alegre (p.57-60). Dentre esses grupos, aquele que mais se aproxima da amostra desta pesquisa é o grupo de adultos da comunidade (n=182), constituído por homens (44%) e mulheres (56%) com idades entre 18 e 60 anos (p.58). Nessa amostragem, o valor médio de depressão encontrado foi de 9,84 (mínimo⁴) (p.126). Se observarmos separadamente apenas o público feminino (n=102), foco desta pesquisa, encontramos o valor de 11,36 (mínimo) de depressão (p. 134).

⁴ De acordo com o instrumento BDI, os pontos de corte utilizados para a correção e a classificação são: 0 a 13 = depressão mínima; de 14 a 19 = depressão leve; de 20 a 28 = depressão moderada e de 29 a 63 = depressão grave (BECK, 2011, p. 30).

Como podemos identificar nas pesquisas que se seguem, a depressão é, sem dúvida, uma importante perspectiva a ser considerada no quadro da endometriose, onde se encontra grande possibilidade do desenvolvimento dessa comorbidade e dos mais diversos aspectos de sofrimento emocional na história de vida das pacientes, como a raiva, a ansiedade, a sensação de impotência, dentre outros.

Lorençatto et al. (2002) efetuaram um estudo com 100 mulheres com endometriose, divididas em dois grupos: um grupo que tinha dor e um grupo sem a presença da dor. A depressão foi medida por meio do instrumento BDI. No primeiro grupo, 86% das mulheres revelavam depressão (34% leve e 52% moderada/grave). No grupo sem dor, 38% das mulheres tinham depressão (24% leve e 14% moderada/grave). Em estudo posterior (2007), a média do escore inicial de depressão em 64 pacientes com endometriose antes de participarem da intervenção era de 22,8 (moderado).

As demais formas de sofrimento emocional na endometriose também aparecem de diversas maneiras, como mostram as pesquisas abaixo:

No estudo de Fernandez (2006), já citado neste trabalho, as emoções variavam muito. Antes do diagnóstico, percebiam as parceiras com fraqueza pessoal e emocional, hipocondria, o que comprometia cronicamente os relacionamentos. As emoções pós-diagnóstico variavam em descrença, ansiedade, negação, desamparo, raiva, medo. Para muitos, a experiência de viver com endometriose é uma longa viagem semelhante ao processo de luto. Muitos aspectos da qualidade de vida, para essas mulheres, foram afetados, incluindo as relações interpessoais, trabalho, finanças, atividades sociais e recreativas.

Algumas investigações enfatizam, ainda, a existência de abuso sexual na história de vida das pacientes com endometriose.

Thomas et al. (2006) trazem uma pesquisa com 98 mulheres, sendo 37 com endometriose e dor pélvica crônica associada, 24 com dor pélvica crônica sem endometriose e 37 do grupo-controle, saudáveis e sem dores. O objetivo desse

estudo foi investigar se a experiência de abuso sexual e a tendência para reprimir ou suprimir⁵ pensamentos e emoções indesejadas contribuem para a experiência da dor em pacientes com dor pélvica crônica. As participantes preencheram as medidas de dor; repressão emocional; supressão de pensamentos e emoções indesejadas; história de abuso passado. Ambos os grupos com dores pélvicas crônicas evidenciaram níveis significativamente mais altos de abuso físico e sexual, quando comparados com os controles saudáveis e sem dor. Foi observado que os dois grupos com dores pélvicas crônicas eram mais propensos a serem supressores emocionais, quando comparados com o grupo-controle, e constatando-se níveis significativamente mais elevados de pensamento e supressão de abuso. Pacientes com endometriose também eram mais propensas a serem repressoras de emoções, quando comparadas com os controles. Supressão, mas não a repressão, foi relacionada a níveis mais altos de abuso e dor. As participantes do grupo-controle demonstraram índices muito menores de ansiedade. Nesse sentido, com esse estudo, foi possível concluir que supressão de pensamentos e emoções indesejadas e abuso passado podem distinguir pacientes com dor pélvica crônica de controles saudáveis. Com isso, concretiza-se a importância de ajudar as pacientes a expressar emoções angustiantes, ação que pode ter impacto positivo sobre os níveis de dor.

Para Sepulcri (2009), as mulheres que sofrem de endometriose exibem mais suscetibilidade em ter transtornos mentais. Em um estudo com 104 mulheres, 50% reportaram história prévia quanto ao uso de substâncias psiquiátricas, 15,4% relataram terem sido abusadas física ou sexualmente. Os dados dessa pesquisa revelam igualmente que 86,5% apresentaram sintomas depressivos, 63,5% das quais correspondentes a depressão moderada a severa. Curiosamente, 70,2% das pacientes dessa investigação eram sedentárias, 80,8% já haviam passado por dois procedimentos cirúrgicos e 63,5% mostraram alto nível de ansiedade. Para essa amostra, a qualidade de vida dessas pacientes decresce, quando a intensidade de dor aumenta. Nesse estudo, não houve relação entre o tipo de dor (dismenorreia, dispareunia) e sintomas

⁵ Entende-se suprimir como o ato de omitir, reter, evitar expressar emoções e/ou pensamentos. Não reagir diante de um estressor.

psicológicos, os quais estavam presentes independentemente do local ou tipo de dor.

Furlan (2010) desenvolveu um estudo para avaliar a associação entre os índices do sentimento de raiva, em mulheres com e sem endometriose. Foram avaliadas 90 mulheres, divididas em três grupos: 33 com endometriose e queixa de dor pélvica crônica, 35 mulheres com endometriose sem queixa de dor pélvica crônica e 22 sem endometriose. Nesse estudo, as mulheres com endometriose apresentaram índices significativamente mais elevados do sentimento de raiva do que as mulheres do grupo-controle, independentemente do sintoma de dor pélvica. Seus sentimentos estavam ligados a situações específicas de frustração, avaliações negativas, críticas ou sensação de injustiça, mostrando que as mulheres com endometriose frequentemente reprimem ou guardam seus sentimentos de raiva, direcionando estes para si, culminando muitas vezes em culpa e depressão. Nessa investigação, o sentimento de raiva estava fortemente associado à frustração gerada pela presença da doença, já que esta afeta praticamente todos os âmbitos da vida da mulher – pessoal, conjugal, físico, profissional, social. Outros fatores desencadeantes da raiva estariam guiados pela expectativa da consulta médica, resultado de novos exames, conduta do tratamento a ser seguido e recente diagnóstico da doença, fatos que, conforme Furlan, podem fazer aflorar sentimentos subjetivos, de ansiedade, insegurança e medo, os quais precisam ser valorizados e trabalhados a cada contato com as pacientes com endometriose. Por todo esse cenário, a autora reforça a atenção para a necessidade de um tratamento multidisciplinar da endometriose.

4.3 Ação e efeito do *stress* na endometriose

A primeira publicação sobre síndrome de *stress* foi feita por Hans Selye, em 04 de julho de 1936. Chegar a essa publicação não foi algo simples: anos de pesquisas, questionamentos, redirecionamento de pensamento, frustrações e *insights* foram necessários. A primeira importante observação de Selye se deu ainda quando estudante, ao constatar que os sintomas iniciais de muitas doenças são iguais. Seu pensamento levava a crer que existia uma “síndrome

de estar doente”. Anos depois, desenvolveu pesquisas na área da endocrinologia, testando diversas substâncias (algumas produzidas pelos próprios tecidos vivos e outras provenientes de líquidos tóxicos, como solução de formol) e notou que o organismo reagia de modo similar; era algo como “[...] uma única reação não-específica do corpo a qualquer tipo de lesão infligida” (p.28-29). Verificou que o organismo reagia com um certo padrão, caracterizado por fases: um estágio inicial de adaptação ou resistência e, caso o organismo permanecesse diante do agente nocivo, seguia a reação de alarme dentro das primeiras horas ou dias. Para garantir a sobrevivência em face do agente nocivo, a fase de alarme era sucedida pela fase de resistência e, por fim, pela de exaustão. A esse padrão, deu o nome de “síndrome de adaptação geral - SAG”, que mais tarde passou a ser conhecida como “síndrome do *stress*” (SELYE, 1959).

Selye (1959), finalmente, define *stress*:

A palavra *stress* designa o total de todos os efeitos não-específicos de fatores (atividade normal, agentes produtores de doenças, drogas, etc.) que podem agir sobre o corpo. Estes agentes são denominados stressores quando tratamos de sua característica de produzir *stress* (p.53) [...] *Stress* é, portanto, o estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico. (p.64).

Após o reconhecimento da teoria de Hans Selye, inúmeros estudos foram realizados e, até hoje, trata-se de um tema pujante nas pesquisas, como podemos ver a seguir.

O estudo de Maia (2002) retoma o conceito de que a capacidade do sistema imunológico em proteger o corpo, num determinado momento, está relacionada com os fatores psicossociais que afetam o sistema imunológico. Entre esses fatores, estão os estados emocionais, o tipo e a intensidade de *stress* que a pessoa irá enfrentar, as características de personalidade e a qualidade das relações sociais. No campo da psiconeuroimunologia, a conceptualização dos desafios colocados pelos acontecimentos de vida sobre a saúde física e emocional começou a levar em conta as características psicológicas e as estratégias de confronto utilizadas pelos sujeitos, para lidar com essas situações.

Esse desenvolvimento assume que o impacto de uma situação no sujeito depende da avaliação que o sujeito faz dela, bem como das estratégias que mobiliza, de modo a fazer-lhe face. Existe um processo fluido, ao longo do qual os sujeitos vão elaborando os acontecimentos de vida mais difíceis, todavia, há estudos que comprovam que os estressores psicossociais diminuem a eficácia do sistema imunológico, o que leva ao aumento de sintomas médicos. As respostas que envolvem a ligação entre cérebro, hormônios e sistema imunológico passam, ao fim de um determinado tempo, a ter dificuldades em lidar com o *stress*.

Dhabhar e McEwen (2007 p.747), no mesmo pensamento de Selye, frisam que

[...] o *stress* pode ser considerado como uma constelação de eventos que contém o estímulo (o estressor) que precipita uma reação cerebral (percepção e processamento do *stress*) o qual ativa o sistema fisiológico de luta ou fuga no corpo (resposta do *stress*).

Os autores explicam que existe o *stress* agudo, o qual consiste em um *stress* de curta duração, considerado positivo, pois prepara o corpo para enfrentar determinadas situações. Em contrapartida, há o *stress* crônico ou *distress*, caracterizado como um *stress* repetido ou prolongado, que resulta na desregulação ou supressão da resposta imune. Uma importante característica desse tipo de *stress* é que sua resposta fisiológica permanece por longo tempo no organismo, mesmo após o evento estressor ter cessado, ou é ativado repetidamente como resultado de um aumento global integrado na exposição do organismo aos hormônios do *stress* (p.747).

Para abordar o *stress*, Rabin (2007) parte do princípio de que o corpo é um complexo sistema, composto por inúmeros sistemas interdependentes. Quando um deles é alterado, os demais também o podem ser, afetando as funções como um todo, ocasionando a quebra da homeostase (p. 709). Um exemplo dessa quebra pode ocorrer, quando o cérebro percebe um evento do meio como algo estressor, alterando assim a homeostase hormonal. Nessa situação, a reação ao *stress* poderá ser positiva ou negativa, dependendo dos processos mentais envolvidos (p.710)

Características da personalidade podem influenciar na forma dessa reação. Alguns estudos mostram que indivíduos que experienciam mais ansiedade e *stress* crônico apresentam maiores níveis basais de cortisol (que tem um efeito imunossupressor nas defesas do organismo), do que indivíduos os quais não possuem esses traços, concluindo que a qualidade das respostas aos estressores não pode estar dissociada das influências psicossociais. Indivíduos com mais intensidade de raiva, hostilidade e baixo otimismo têm um risco maior de desenvolver doenças e, nesse cenário, os custos com cuidados de saúde acabam sendo mais elevados em indivíduos com depressão e *stress* (RABIN, 2007, p. 713).

Kemeny (2007, p.620) ressalta que as mudanças fisiológicas somente são eficazes se estas estiverem coerentes com a resposta psicológica adaptativa e, nesse contexto, as emoções desempenham um papel central na orquestração dessas respostas psicobiológicas coordenadas. Esse conjunto de ações ocorrem pela ativação do sistema nervoso simpático (SNS), do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) e outros sistemas fisiológicos.

Lipp (2005) também considera que “[...] o *stress* emocional é uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolvem em etapas ou fases” (p.11). O *stress* se manifesta tanto na área somática como na cognitiva: “[...] seus efeitos aparecem em sequência e gradação de seriedade à medida que as fases do *stress* se agravam” (p.13), mesma constatação de Selye (1959), nos primórdios de suas pesquisas sobre o *stress*.

Lipp (2005, p. 11 e 13) utiliza um modelo quadrifásico para diferenciar os estágios do *stress*:

- a) A primeira fase, chamada de “alerta” é considerada a fase positiva do *stress*, pois há a produção de adrenalina contribuindo para a preservação da sobrevivência, ou seja, o momento em que o organismo se prepara para a luta ou a fuga.
- b) A segunda fase, chamada de “resistência”, ocorre quando o *stress* continua presente por tempo indeterminado, ainda

assim é uma fase onde a pessoa tenta manter a homeostase interna, porém de modo oposto à primeira fase, onde aqueles sintomas mais brandos iniciais dão agora lugar à sensação de desgaste e cansaço.

- c) A terceira fase, chamada “quase-exaustão, caracteriza-se pela presença contínua do estressor onde a resistência é quebrada, a pessoa não encontra mais estratégias para lidar com o *stress* e o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa, onde o processo de adoecimento se inicia. “Os órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio para o *stress* por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o *stress* atinge a sua fase final” (p.11).
- d) A quarta fase, chamada “exaustão” é o pico, o auge do *stress*, onde as doenças mais graves podem se instalar. A pessoa não consegue mais desenvolver suas atividades de modo adequado.

Esse instrumento tem sido usado em muitas pesquisas. Com ele, é possível identificar em qual fase do *stress* a pessoa se encontra, e constatar se o *stress* se manifesta mais no campo físico ou psíquico.

Participaram da sua construção 1.843 sujeitos (1.299 do Estado de São Paulo, 352 da Paraíba e 198 do Rio de Janeiro). Dentre eles, havia 64% mulheres e 36% homens; dentre as mulheres (n=1.184), 37% não tinham *stress*, 2% estavam na fase alerta, 59% na fase resistência e 2% na exaustão (p.34).

Pelas características do quadro clínico da endometriose, em especial a presença da dor crônica, podemos questionar se o *stress* está presente na vida dessas pacientes e, em caso positivo, observar de que forma ele é percebido: será que influencia negativamente o desenvolvimento dos sintomas? Além disso, se o efeito do *stress* pode alterar o funcionamento imunológico, podemos ainda levantar a seguinte possibilidade: havendo uma história de vida estressante, o *stress* pode ser mais um fator que influenciará a forma como a paciente irá lidar com a doença?

Tais questões reforçam a importância de identificarmos como o *stress* se apresenta, na vida dessas mulheres. Analisemos algumas pesquisas:

Petrelluzzi et al. (2008) desenvolveram um estudo com 93 mulheres com endometriose e 82 mulheres saudáveis, cujo objetivo foi avaliar o nível de *stress* percebido, a qualidade de vida e a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica. Para tal, foi empregada a escala visual analógica (EVA), a fim de determinar a intensidade da dor, o questionário de *stress* percebido (PSQ), para definir o índice de *stress* e saúde, o questionário QVRS, SF-36, de modo a avaliar qualidade de vida, a medição de cortisol salivar, para avaliar a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Na escala de Qualidade de Vida (QVRS, SF-36), as mulheres do grupo-controle tiveram maior proporção de 60 para todos os domínios do questionário, o que indica uma boa qualidade de vida. Pacientes com endometriose, no entanto, tiveram score maior que 60 apenas para o domínio de funcionamento físico; suas contagens foram inferiores a 60, para todos os outros domínios, indicando baixa qualidade de vida em relação às mulheres saudáveis.

O índice de *stress* percebido revelou maiores índices no grupo de mulheres com endometriose. Os autores afirmam que esse alto índice pode sugerir que tais mulheres estão tentando lidar com seus sintomas, mas se sentem psicologicamente doentes, com sintomas como nervosismo, depressão e infelicidade. Quanto ao nível de cortisol salivar, os índices foram baixos, no grupo com endometriose, talvez pelo fato de referir-se a uma doença crônica ou por ser um fator contribuinte dessa doença, já que a falta de disponibilidade de cortisol pode promover o aumento da vulnerabilidade para, por exemplo, doenças autoimunes, inflamação, dor crônica, asma e alergias.

Thoth (2010, p. 223-224) também comenta que as atuais pesquisas mostram que a endometriose está associada a uma má qualidade de vida e percepção de *stress* elevado. Em suas palavras,

[...] a endometriose é uma doença inflamatória, e o *stress* e a má qualidade de vida podem causar inflamação, fortemente sugerido que mulheres com endometriose estão presas entre uma rocha e um lugar duro dentro do círculo vicioso de percepção, inflamação e progressão da doença de alto *stress*.

Na pesquisa de Cuevas et al. (2012), os autores concordam que mulheres com endometriose têm sofrimento emocional significativo, mas apontam que a

contribuição do *stress* para a fisiopatologia dessa doença não é clara. Por isso, desenvolveram um estudo com ratos para examinar os efeitos do *stress* sobre o desenvolvimento da endometriose e sua influência sobre parâmetros inflamatórios. O objetivo principal era avaliar se o *stress* anterior à doença aumenta a probabilidade de desenvolver endometriose e se este poderia exacerbar a gravidade da doença, identificando os mecanismos neuroimunes envolvidos. Após induzir *stress* em um grupo experimental de ratos, foi realizado o implante de focos de endometriose nesses animais e comparados com outros dois grupos: um apenas com suturas e outro sem ter passado pela indução de *stress*. Após 60 dias, no momento do sacrifício, as vesículas de endometriose foram medidas e avaliadas. O tecido do cólon e do fluido peritoneal foram coletadas para análise de células inflamatórias. Os resultados mostraram que ambos os grupos estimulados pelo *stress* estavam igualmente ansiosos, contudo, os ratos com endometriose induzida cirurgicamente, que receberam *stress* anteriormente à indução da doença, tinham vesículas de maior gravidade, número e níveis mais elevados de inflamação. Em resumo, esse estudo aponta que o *stress* anterior pode contribuir para o desenvolvimento e severidade da endometriose, no modelo animal, por meio de mecanismos que envolvem o recrutamento de células (por exemplo, mastócitos), a liberação de mediadores inflamatórios e de respostas de desregulação do eixo hipotálamo-pituitária no hipocampo.

4.4 Dor

Os estudos atuais consideram que a Psicologia, assim como as demais áreas da saúde, contribuem de modo importante para o tratamento da dor.

A abordagem biopsicossocial descreve a dor e a incapacidade que esta traz como uma interação complexa e dinâmica entre os fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, os quais perpetuam – e até mesmo pioram – um ao outro, resultando em crônicas e complexas síndromes de dor (GATCHEL et al., 2014).

Gatchel et al. (2014) explicam que a dor é considerada um fenômeno complexo que envolve a nocicepção biológica, a atividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, bem como fatores psicossociais e socioeconômicos, como a disposição emocional, cognição e atenção, incapacidade funcional e subjetiva, ou seja, os processos biológicos que contribuem para a dor têm raízes em processos psicossociais, incluindo emoções e cognição. A emoção é a reação mais imediata para nocicepção, enquanto a cognição traz significado à experiência emocional da dor. As cognições relacionadas à dor podem desencadear reações emocionais e comportamentais adicionais, as quais amplificam a experiência da dor e perpetuam um ciclo vicioso de nocicepção, dor, angústia e incapacidade.

Hoje, sabe-se que não há nenhum “centro de dor” específico no cérebro, mas, ao contrário, múltiplos sistemas corticais integrados envolvidos nesse processo. O alívio da dor ocorre quando esses mesmos sistemas corticais são desligados ou interrompidos. As áreas do cérebro pressupostas no processamento da dor incluem aquelas também associadas aos processos psicológicos: o córtex pré-frontal (no processamento do significado da dor), o córtex cingulado anterior (no processamento da resposta emocional ou afetivo para dor), e a ínsula (no processamento de informações ligadas à sensação de uma pessoa, de sua condição física, uma vez que está relacionado com a motivação) (JENSEN; TURK, 2014).

Flor (2014) enfatiza que não é apenas a ativação de certas áreas do cérebro, mas várias redes podem interagir em um determinado ponto no tempo e colaborar para vários aspectos da dor. Do mesmo modo, as variáveis de contexto social, tais como associações aprendidas, reforço social e empatia podem afetar a estimulação nociceptiva, sendo estas processadas pelo cérebro e transformadas em uma experiência de dor.

Nesse caminho, Jensen e Turk (2014) enfatizam que o cérebro não é um receptor passivo, mas um órgão que processa, seleciona, procura e interpreta ativamente as informações. Conforme os autores, como o córtex pré-frontal está ativamente envolvido no processamento da informação nociceptiva, atividades que alterem essa área (por exemplo, treinamento de relaxamento, *biofeedback*,

hipnose) poderiam modificar a atividade e processamento no córtex sensorial e no sistema límbico (incluindo o córtex cingulado anterior e a ínsula), o que poderia justificar a eficácia desses tratamentos, ao proporcionar aos pacientes uma maior sensação de controle e resposta sobre a dor.

Apesar de todos os avanços da neurociência, Jensen e Turk (2014) levantam a questão de que não há ainda medidas objetivas para determinar ou validar a extensão da dor de um indivíduo. As únicas formas que existem são: (a) pedir aos pacientes para relatar sua experiência subjetiva; e (b) observar o comportamento dos pacientes (ou pedir a outros para observar o comportamento do paciente) e fazer inferências sobre a sua experiência subjetiva, com base nessas observações. Os autores consideram que autorrelatos são importantes, pois refletem as experiências pessoais do indivíduo, porém, não são precisos como as medidas fisiológicas (tais como temperatura, pressão arterial ou os níveis de creatinina sérica), estando assim sujeitos à subjetividade do indivíduo que experimenta dor crônica: os pensamentos e emoções influenciam a iniciação, exacerbação, atenuação ou manutenção da dor, culminando nos comportamentos de dor como a angústia afetiva, a adaptação à dor crônica, o ato de procurar cuidados de saúde, a resposta positiva ou negativa ao tratamento, de modo geral.

Como um exemplo disso, podemos observar como são as crenças, expectativas e prioridades de pacientes com dor crônica, no estudo de Allcock et al. (2007), no qual foram ouvidas 18 pessoas (9 homens e 9 mulheres) em tratamento em uma clínica de dor. A pesquisa mostrou que a principal crença desses pacientes é a necessidade da busca de um diagnóstico firme e da cura. Eles destacam que a causa da dor deve ser estabelecida, já que os outros não acreditam na dor de uma pessoa que não tenha um diagnóstico claro e específico. Tais pacientes creem ainda que os analgésicos são apenas uma forma de maquiar a situação. Alguns pacientes respondem à dor com depressão e pessimismo. Durante as crises de dor, contam apresentar mau humor, irritabilidade, falta de sono, depressão, lágrimas e medos. Todos os pacientes esperam ter menos dor e poder realizar normalmente as tarefas do cotidiano. A maioria dos participantes da pesquisa tinha a opinião de que a sua dor era de origem orgânica. Para os

autores, uma das razões dessa crença é que, ao admitir uma origem orgânica, automaticamente se retira a possibilidade de existirem fatores psicológicos afetando a dor, o que, para os pacientes, evitaria ouvir que “sua dor é psicológica, tudo é proveniente da sua mente”. O receio dos pacientes é que, sendo a dor de origem psicológica, esta seria tratada pelos médicos de modo negligente. O estudo conclui que é importante considerar as crenças dos pacientes sobre sua dor e como estas são susceptíveis a influenciar suas percepções e expectativas do tratamento, em uma clínica de dor.

No contexto da endometriose, ao avaliar a relação entre dor e depressão, Lorençatto et al. (2007) identificaram correlação positiva entre esses dois fatores, em ambos os grupos, o que recebeu e o que não recebeu intervenção. Observaram também que o escore maior de dor estava relacionado ao grupo de mulheres que sentiam dor diariamente, quando comparado com mulheres que sentiam dor durante a menstruação ou dores esporádicas. A intervenção trouxe resultados positivos, diminuindo significativamente os escores de dor e depressão, no final do estudo.

Jensen e Turk (2014) mostram que, desde 1960, uma série de intervenções psicológicas foi desenvolvida com base em modelos psicossociais. No levantamento que eles realizaram, os modelos psicológicos aplicados para a compreensão da dor crônica podem ser agrupados em quatro categorias gerais: em primeiro lugar, o modelo de condicionamento operante (final dos anos 1960 e início dos anos 1970) forneceu a base teórica para o tratamento da dor comportamental; em segundo lugar, os modelos fisiológicos periféricos permitiram desenvolver uma base teórica para o treinamento de relaxamento e intervenções de *biofeedback*; em terceiro, os modelos cognitivos e de enfrentamento, usados pela primeira vez para entender e desenvolver tratamentos para dor crônica, em meados da década de 1980, forneceram a base teórica e empírica para a terapia cognitiva e os tratamentos cognitivo-comportamentais; e, por fim, a base no sistema nervoso e nos modelos

neurofisiológicos centrais da dor, começando com “the gate control theory”⁶ na década de 1960, e estendendo-se para modelos mais complexos, amparados em estudos contemporâneos de imagem, utilizando-se de explicações neurofisiológicas para propor modelos de intervenções psicológicas baseados em atividades e processos cerebrais.

Além das intervenções citadas acima, Flor (2014) analisa, em seu artigo, o emprego da meditação, do treinamento de discriminação sensorial e do tratamento utilizando imagens, espelhos e realidade virtual, para amenizar a experiência de dor em membros fantasmas, a análise de componentes, como, por exemplo, o uso de odores para modular seletivamente o componente afetivo da dor e os efeitos neurofisiológicos de placebos.

Flor (2014) também levanta um importante aspecto, quando destaca que

[...] utilizar de imagens cerebrais para entender o mecanismo da dor é uma questão de debate, pois é preciso considerar até que ponto as mudanças cerebrais vistas em dor crônica são específicas da dor ou podem refletir estados de comorbidades, como ansiedade ou depressão, efeitos de medicação, ou ainda induzidas pelos estados de longa duração da dor.

Jensen e Turk (2014) concluem que,

[...] dada a magnitude do problema e os modestos benefícios da Medicina farmacológica tradicional e dos tratamentos cirúrgicos, há uma crescente percepção da importância de se considerar os fatores psicossociais ao abordar a dor crônica e a incapacidade relacionada a tal dor (p.105).

Fica, assim, a constatação atual de que apenas o tratamento médico é insuficiente para tratar a dor crônica.

⁶ Essa teoria busca explicar como se dá o mecanismo de dor e sua percepção. Propõe que há um mecanismo nos cornos dorsais da medula espinhal, o qual age como um “portão” que inibe ou facilita a transmissão da dor do corpo para o cérebro, sobre a base dos diâmetros das fibras periféricas ativas, bem como a ação dinâmica dos processos cerebrais (MELZACK; WALL, 1967).

4.5 Demais contextos afetados na Endometriose

Apesar de as variáveis “qualidade de vida”, “transtornos na sexualidade” e “transtornos na vida profissional” não terem sido aspectos estudados nesta pesquisa, optei por trazer um breve adendo a este capítulo, considerando tais assuntos, com o intuito de ressaltar o quanto a endometriose pode afetar a vida das pacientes, em diversos prismas, e mostrar que tais aspectos precisam ser igualmente considerados em uma intervenção psicológica com tais pacientes.

4.5.1 Qualidade de Vida

Muitos estudos confirmam que conviver com a endometriose afeta a qualidade de vida das pacientes.

Na pesquisa de Denny (2009), citada anteriormente, houve uma entrevista inicial, na qual as mulheres foram convidadas a relatar como era conviver com a endometriose. Elas foram acompanhadas pelo período de 01 ano. Para se ter mais uma perspectiva, um outro grupo de 19 mulheres foi também convidado a escrever um diário de sintomas, durante 1 período menstrual; sete mulheres completaram e entregaram esse diário. Após a análise desse material, a principal constatação desse estudo foi a de que a experiência de endometriose permeia todos os aspectos da rotina, afetando a qualidade de vida da paciente. Dentro dessa constatação global, muitos temas comuns foram identificados, a partir dos dados como: atraso no diagnóstico da endometriose, dor, dispareunia (relação sexual dolorosa), tratamentos, relacionamentos, trabalho e educação, autoestima. Um aspecto de extrema relevância foi a experiência da incerteza que envolve a endometriose e o quanto isso traz sofrimento para essas pacientes: a incerteza sobre a doença crônica ou sobre o diagnóstico, a incerteza sintomática e a incerteza da trajetória da doença, o curso da doença e o futuro.

Minson et al. (2012) realizaram um estudo brasileiro com 130 mulheres, em 2008, e evidenciaram a baixa qualidade de vida das pacientes com endometriose. A pesquisa mostra que a intensidade da dor associada à endometriose não ocorre apenas em função do estadiamento da doença, do

tempo de manifestação dos sintomas, mas que é influenciada por diversas outras variáveis, como fatores psicossociais. A queda na qualidade de vida pode estar associada com a complexidade da etiologia e a manifestação da doença; não responsividade de alguns pacientes a intervenções; dor como um dos principais sintomas; interferência da doença na capacidade reprodutiva da mulher e existência de dor, durante o intercuro. Analisando a escala SF36, o resultado aponta que há maior impacto da dor na “vitalidade” e “vida sexual” do que na “capacidade funcional global” e “saúde geral”, ressaltando a importância da melhora na qualidade de vida, para que a intervenção venha a ter sucesso.

Devido à tendência atual de incluir a avaliação da qualidade de vida nos estudos sobre endometriose, Jia et al. (2012) efetuaram uma investigação para avaliar os trabalhos que mencionam esse tema e as problemáticas encontradas. De um total de 591 citações desse assunto, selecionaram 39 artigos. Destes, 9 tinham o objetivo de estudar como a endometriose impacta a qualidade de vida. Os demais estavam relacionados ao tratamento e ao impacto das várias intervenções sobre a qualidade de vida, estudos de tratamentos cirúrgicos e terapias complementares. As terapias coadjuvantes, como hormonal, dieta, acupuntura, relaxamento muscular, auxiliam na amenização dos sintomas de dor, mas trazem resultados de curta duração. Esse trabalho aponta que, para tratar a endometriose, faz-se necessária uma estratégia multidisciplinar envolvendo tratamentos para a dor, juntamente com um aconselhamento, porém, os resultados dessa pesquisa assinalam que não há nenhum estudo nessa perspectiva, avaliando comparativamente a clínica da dor e o aconselhamento com o impacto na qualidade de vida das pacientes.

O estudo de Graaff et al. (2013), realizado com 931 mulheres, distribuídas em 12 centros de atenção terciária, em 10 países diferentes, objetivou medir os custos da doença e a qualidade de vida em mulheres com endometriose. Todas as participantes tinham ao menos uma laparoscopia e/ou diagnóstico histológico de endometriose. As pontuações do SF-36 indicaram que mulheres com endometriose apresentaram comprometimento da qualidade de vida associada com a sua condição. O efeito da endometriose na qualidade de vida foi considerado alto para a saúde geral, função social e limitação do papel mental;

moderado, para a limitação da função física e dor; e pequeno, para o funcionamento físico, vitalidade e saúde mental.

4.5.2 Transtornos na Sexualidade

As dores existentes no curso da endometriose certamente influenciam a vida sexual das pacientes, assim como a autoestima. Esse é mais um aspecto que precisa ser abordado, quando se investigam os fatores que interferem no bem-estar dessas mulheres.

O estudo de Strzempko Butt e Chesla (2007) analisou o relato de 13 casais sobre como é conviver com a endometriose. Os resultados sugerem que os casais “[...] estavam sozinhos em um campo de incógnitas”, quando lidavam com a sexualidade diante da dor pélvica crônica relacionada à endometriose. Mesmo quando os participantes buscavam a ajuda de profissionais da saúde, as intervenções recomendadas não traziam os resultados esperados, o que culminava em problemas sexuais na vida dos casais, como a diminuição do desejo sexual em função da dor ou da infertilidade.

Fritzer et al. (2013) trazem um estudo com 125 mulheres da Áustria e Alemanha, onde buscaram analisar a disfunção e a angústia sexual nas mulheres com endometriose. Dentre as pacientes observadas, 32% apresentavam disfunção sexual caracterizada por dor, durante a relação sexual, e a falta de prazer, 78% sentiam angústia sexual, caracterizada pela imagem negativa de si, por considerar-se uma parceira ruim, pelo sentimento de culpa, pela impossibilidade de engravidar, pelo medo no rompimento do relacionamento. Dentre o total da amostra, 30% revelaram, juntamente, ambos os resultados citados, enquanto 21%, nenhum dos fatores. Por fim, 66% relataram medo de dor antes e durante a relação, o que leva a uma tensão física e à baixa no relaxamento e satisfação sexual. Desse modo, os autores mostram que a dispareunia geralmente causa um impacto negativo significativo sobre a sexualidade, reduzindo o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das mulheres, de maneira que se faz necessário o aconselhamento psicológico e psicosssexual, no tratamento dessas pacientes.

4.5.3 Transtornos na vida profissional

Uma doença que tem como característica a possibilidade de oscilação de intensidade de dor, de humor e desconforto físico geral facilmente influencia a qualidade dos resultados profissionais da paciente, sendo mais um possível aspecto gerador de sofrimento.

Hansen et al. (2013) desenvolveram um estudo com 1361 mulheres, sendo 610 diagnosticadas com endometriose e 751 mulheres da população geral, cujo objetivo foi analisar a relação entre os sintomas associados à doença e a capacidade produtiva dessas mulheres. Verificou-se um impacto negativo na satisfação do trabalho, na concentração, uma menor eficiência das mulheres com endometriose, além de maior índice de dor e depressão. Para os autores, a dificuldade dessas mulheres em falar sobre a doença pode prejudicar seu rendimento profissional, além de trazer prejuízos pessoais, como fadiga, alterações de humor, culpa por faltas, afetando a capacidade para o trabalho e trazendo também um significativo ônus socioeconômico para a organização.

O estudo de Graaff et al. (2013), citado anteriormente, constatou que o efeito da endometriose no trabalho foi claramente notável, porque 51% das mulheres afirmaram que a endometriose afetou significativamente seu trabalho em algum momento, durante a sua vida. O impacto na educação parece ser menos pronunciado, uma vez que apenas 16% das mulheres que responderam indicaram haver perdido tempo significativo de sua educação, em razão de sintomas associados à endometriose. Os autores supõem que isso pode ser causado pelo fato de que, aos 24 anos, idade média no qual se encontra o relato dos primeiros sintomas, é o momento em que a maioria das mulheres têm acabado a sua educação formal.

O que foi possível observar, neste capítulo, é que os diversos estudos sobre endometriose compõem um cenário um tanto característico: pacientes com sintomas de dor crônica, dificuldade no diagnóstico e necessidade de aprender a conviver com a doença, já que ainda não existe a possibilidade de cura.

Observa-se que, com a recidiva ou o estadiamento da doença, intensificam-se as questões emocionais, como depressão, ansiedade, *stress*, baixa vitalidade e baixa autoestima.

O efeito da endometriose na qualidade de vida das pacientes é o que mais se evidencia, pois os sintomas trazem como consequência a interferência direta em todos os âmbitos da vida, desde relações pessoais, profissionais, afetivas e sexuais, afetando significativamente a rotina dessas mulheres.

Em face de um quadro complexo com diversas variáveis, nota-se a necessidade de um tratamento amplo, multidisciplinar, o qual envolve o preparo médico, a relação próxima com as pacientes, intervenções psicológicas, que possibilitem o cuidado com as emoções, com a autoimagem, com o entendimento de si como portadora de uma doença crônica e intervenções complementares que busquem o bem-estar geral.

O considerável atraso no diagnóstico da doença contribui com o sofrimento e desgaste emocional que essas mulheres vivenciam. Um tratamento mais direcionado e assertivo poderia abreviar tal desconforto.

Algumas pesquisas também mostraram que, mesmo diante do sofrimento, é possível haver um enfrentamento positivo, mas isso depende do quanto a pessoa está preparada emocionalmente e como se coloca diante da adversidade que é a doença.

Se os fatores psicossociais interferem no agravamento dos sintomas da endometriose, existe a necessidade de aprofundamento desse tema, explorando de que forma isso ocorre. Havendo possibilidade de um mapeamento desses fatores, novos campos se abrem para um trabalho de intervenção mais assertivo no tratamento geral da doença.

O levantamento de pesquisas evidenciou a necessidade de se explorar mais a fundo o campo psicológico e a ligação entre sintomas físicos e emocionais da endometriose. Ao conhecer a forma de enfrentamento da doença, é possível

encontrar fatores de proteção que poderão contribuir ainda mais com o tratamento e com a melhora na qualidade de vida dessas mulheres que demonstra estar, de modo geral, bastante comprometida.

Em função dessa constatação é que se fundamenta o objetivo desta pesquisa, cujo método, procedimento e resultados serão apresentados a partir do próximo capítulo.

5. MÉTODO

5.1 Características do estudo

A abordagem metodológica desta pesquisa tem a característica quantitativa, ao empregar escalas para medir as estratégias de enfrentamento da doença (*coping*), a depressão, a expressão do *stress* e a percepção da dor, nas mulheres portadoras de endometriose. Os dados tiveram um tratamento estatístico e a interpretação dos resultados foi pautada nos pressupostos da Teoria Psicossomática Junguiana.

5.2 Objetivo

O presente estudo tem como objetivo observar a correlação entre estratégias de enfrentamento, depressão, níveis de *stress* e percepção de dor, em pacientes com endometriose.

5.3 Hipótese

Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam melhor adaptação ao *stress*, melhor quadro em relação à depressão e menor percepção de dor.

5.4 Participantes

Esta investigação foi desenvolvida com 171 mulheres portadoras de endometriose em tratamento no setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP.

5.4.1 Critérios de inclusão

Mulheres entre 18 e 45 anos (inclusive), diagnosticadas com endometriose.

5.5 Instrumentos

Foram usados os seguintes instrumentos, na coleta de dados:

5.5.1 – Questionário de caracterização da amostra

Identificação de dados demográficos, conforme detalhado no Apêndice I.

5.5.2 - Cope Breve

A escala de Cope Breve foi desenvolvida por Ribeiro e Rodrigues (2004), na tentativa de diminuir a sobrecarga dos respondentes frente a instrumentos relativamente longos, como o desenvolvido inicialmente por Folkman e Lazarus (1987), com 67 questões. Essa versão reduzida é constituída por 28 itens e por 14 escalas (Anexo IV):

- 1) *Coping* ativo: iniciar uma ação ou fazer esforços para remover ou circunscrever o estressor;
- 2) Planejamento: pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de *coping* ativos;
- 3) Utilizar suporte instrumental: procurar ajuda, informações ou conselhos sobre o que fazer;
- 4) Usar suporte social/emocional: conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém;
- 5) Religião: aumento de participação em atividades religiosas;
- 6) Reinterpretação positiva: fazer o melhor da situação, crescendo com base nela ou vendo-a de um modo mais favorável;
- 7) Autoculpa: culpar e criticar a si mesmo pelo que aconteceu;
- 8) Aceitação: aceitar o fato de que o evento estressante ocorreu e é real;
- 9) Expressão de sentimentos: aumento da consciência do *stress* emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos;
- 10) Negação: tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante;

- 11) Autodistração: distração mental do conflito, por meio de devaneios, sono ou autodistração;
- 12) Desinvestimento comportamental: desistir ou deixar de se esforçar para alcançar o objetivo com o qual o estressor está interferindo;
- 13) Uso de substâncias: utilizar álcool, café ou outras drogas, que podem até ser medicamentos, como um meio de se afastar do estressor;
- 14) Humor: fazer piadas sobre o estressor.

5.5.3 – O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

O BDI-II é considerado um instrumento de autoavaliação composto de 21 itens, referentes a sintomas e atitudes da depressão, identificando: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sensação de fracasso; 4) falta de satisfação; 5) sensação de culpa; 6) sensação de punição; 7) autodepreciação; 8) autoacusações; 9) ideias suicidas; 10) crises de choro; 11) irritabilidade; 12) retração social; 13) indecisão; 14) distorção da imagem corporal; 15) inibição para o trabalho; 16) distúrbio do sono; 17) fadiga; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupação somática; 21) diminuição de libido.

5.5.4 – Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de LIPP (ISSL)

Este inventário foi desenvolvido por Marilda Emmanuel Novaes Lipp, para a população brasileira, sendo possível a aplicação em pessoas acima de 15 anos. O inventário se divide em três blocos e avalia um grupo de sintomas experimentados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O resultado classificará o *stress* em fases designadas como alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão.

A utilização dessa escala tem o propósito de identificar como as pacientes do presente estudo percebem a vivência do *stress* na sua vida cotidiana e como avaliam esses episódios.

5.5.5 – Escala Visual Analógica de Dor (EVA)

Por meio de uma escala de 0 a 10, as pacientes indicam a sensação de dor, durante e fora do período menstrual (Anexo V).

5.6 Procedimentos

5.6.1 Comitê de Ética

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética da PUC-SP, com anuência do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de São Paulo. Com ambas as aprovações (Anexos II e III), a coleta de dados foi feita no Setor de Ginecologia do hospital citado.

5.6.2 Aplicação dos instrumentos

Foram analisados os prontuários das pacientes em tratamento no setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP, as quais, após terem passado por critério médico, identificando a presença do diagnóstico da endometriose e observado o tipo de lesão, foram direcionadas para a pesquisadora.

Nesse contato com as pacientes, a pesquisadora expôs os objetivos da pesquisa, a duração e o método de coleta de dados. Com o aceite de cada uma, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura (Anexo I).

Os instrumentos foram aplicados individualmente, em 01 encontro.

A aplicação dos instrumentos aconteceu na seguinte ordem e composição:

- a) Em um primeiro momento, a paciente foi orientada quanto aos objetivos da pesquisa e obtida a assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo I.
- b) Foi aplicado o Cope Breve (Anexo V), o Inventário de Depressão, o Inventário de *Stress* e a Escala da Percepção de Dor (Anexo V).

5.6.3 Procedimentos para análise de dados

- a) Cope Breve: foram computadas as respostas de cada participante, encontrando-se a classificação sugerida pela escala quanto às estratégias de *coping*: focado no problema, adaptativo e focado na emoção e desadaptativo e focado na emoção.
- b) Inventário de Depressão de Beck: foi identificada a presença ou ausência de depressão, mediante os resultados obtidos nessa escala, encontrando-se, segundo Beck (2011), as seguintes possibilidades para a população brasileira: menor que 11 = sem depressão ou depressão mínima, de 12 a 19 = depressão leve, de 20 a 35 = depressão moderada, e de 36 a 63 = depressão grave.
- Outro ponto interessante que foi levado em conta na correção do instrumento BDI-II foi a observação da maior frequência de respostas nos quesitos emocionais e nos quesitos de incapacidade física, distribuídos dentre as 21 questões:
 - As questões 1 a 14 e 17 abordam aspectos emocionais: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) fracasso passado; 4) perda de prazer; 5) sentimentos de culpa; 6) sentimentos de punição; 7) autoestima; 8) autocrítica; 9) pensamentos ou desejos suicidas; 10) choro; 11) agitação; 12) perda de interesse; 13) indecisão; 14) desvalorização; 17) irritabilidade.
 - As demais questões estão voltadas a aspectos de incapacidade física: 15) falta de energia; 16) alterações do padrão do sono; 18) alterações de apetite; 19) dificuldade de concentração; 20) cansaço ou fadiga; 21) perda de interesse por sexo.
- c) Inventário de Sintomas de *Stress*: foram computadas as respostas de cada participante, encontrando-se a classificação sugerida pela escala quanto à frequência de percepção de *stress* nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês, chegando-se à classificação em: alerta,

resistência, quase-exaustão e exaustão, e identificando o tipo de *stress*: físico, psicológico, físico-psicológico.

- d) Escala Visual Analógica de Dor (EVA): foi identificada a percepção de dor da paciente, durante e fora do período menstrual, em uma escala de 0 a 10. Segundo Huskisson (1974), a dor é considerada ausente, quando assinalado zero; média, quando assinalados os escores entre 1 e 3; moderada, de 4 a 7, e severa, de 8 a 10.

5.7 Procedimentos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da PUC-SP e à Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP (Anexos II e III).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) foi submetido a todas as participantes da pesquisa.

5.8 Tratamento estatístico e base teórica

Os dados obtidos através do questionário aplicado junto às pacientes foram processados por meio do programa SPSS 20.0. O programa SPAD 4.0 foi usado para a construção de *clusters* e da nuvem de pontos. Os gráficos foram construídos no Excell.

Cada uma das escalas aplicadas foi corrigida de acordo com seus respectivos manuais, obtendo-se resultados gerais expressos de acordo com as categorias indicadas pelos autores.

Foram realizados cruzamentos entre as variáveis, a fim de verificar a existência de associação entre elas. Visto que as variáveis eram qualitativas, o teste adequado foi o do χ^2 . O nível de significância adotado nesta pesquisa foi de 0,05.

Por se tratar de um problema complexo, foram usadas, também, duas técnicas multivariadas de análise. Em primeiro lugar, os dados foram submetidos a uma Classificação Hierárquica para Construção de uma Tipologia (*clusters*). Esse procedimento permitiu a construção de três grupos homogêneos em relação aos resultados das escalas utilizadas. Esse teste nos auxiliou a comprovar a coerência dos dados coletados. Em segundo lugar, foi empregada a análise de CHAID para variáveis qualitativas. Essa análise possibilita hierarquizar a contribuição de várias variáveis independentes sobre a variação de uma variável dependente.

Os resultados encontrados foram analisados com base na Psicossomática Junguiana.

5.9 Equipe

Mestranda PUC-SP: Lilian Donatti

Orientadora PUC-SP: Prof^a Dr^a Denise Gimenez Ramos

Coorientador no Hospital das Clínicas da FMUSP: Prof. Dr. Sergio Podgaec

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização da Amostra

Tabela 1 – Faixas etárias, Estado Civil, Escolaridade, Renda, Idade da Menarca e Filhos

Faixas Etárias	n	%
20 a 25	11	6,5
26 a 30	18	10,6
31 a 40	99	58,2
41 a 50	42	24,7
Total	170	100
Sem resposta	1	

Estado Civil	n	%
Casada	76	44,4
Divorciada	44	25,7
Solteira	34	19,9
União estável	16	9,4
Viúva	1	0,6
Total	171	100

Escolaridade	n	%
Fundamental	19	11,4
Médio	80	48,2
Pós-graduação	21	12,7
Superior	46	27,7
Total	166	100
Sem resposta	5	

Renda (Salários Mínimos)	n	%
1 SM	28	17,1
1 a 2 SM	83	50,5
2 a 4 SM	52	31,7
5 SM e mais	16	9,8
Total	164	100
Sem resposta	7	

Idade da menarca	n	%
8 a 9	5	3,1
10 a 13	116	72,5
14 a 16	33	20,6
17 a 18	6	3,8
Total	160	100
Sem resposta	11	

Filhos: possui ou não e quantidade de filhos	n	%
0	85	51,5
1	39	23,4
2	23	14
3	7	4,1
4	4	2,3
5	2	1,2
Sem resposta	6	

A maioria das pacientes dessa amostra está na faixa etária entre 31 e 40 anos (58,2%), é casada (44,4%); possui escolaridade no nível médio (48,2%) e renda entre 1 e 2 salários mínimos (50,5%). A idade da menarca aparece na grande maioria na faixa entre 10 e 13 anos (72,5%). A porcentagem aparece bastante equilibrada, quando verificamos quem tem ou não filhos: 51,5% não têm e 48,5% têm filho. Das que têm filhos, 23,4% tiveram 1 único filho.

Tabela 2 – Tipo de Endometriose, Tempo de Diagnóstico e Cirurgia

Tipo de Endometriose	n	%
Ovariana	31	18,2
Peritoneal	5	2,9
Profunda	134	78,8
Total	170	100
Sem resposta	1	

Tempo de diagnostico da endometriose	n	%
1 a 3 anos	46	26,9
3 a 5 anos	29	17
5 a 10 anos	40	23,4
> 10 anos	20	11,7
Total	171	100

Cirurgia	n	%
Uma vez	81	47,4
Mais de uma vez	9	5,3
Não fez	81	47,4
Total	171	100

A maior parte das pacientes possui endometriose profunda (78,8%); os exames realizados mais citados para obter o diagnóstico foram a ultrassonografia (31,6%) e a ultrassonografia com preparo intestinal (28,1%). Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, 26,9% das pacientes sabem que têm endometriose entre 1 e 3 anos, seguidas por aquelas que sabem do diagnóstico entre 5 e 10 anos, 23,4%. A maioria já passou pelo menos uma vez por cirurgia (57,3%) e, dentre as que ainda não passaram por cirurgia (73 pacientes), 41 estão no aguardo (56,1%).

Tabela 3 – Infertilidade atual⁷

Possui infertilidade atual	n	%
Não	98	57,3
Sim	73	42,7
Total	171	100

As pacientes que relatam possuírem infertilidade atual somam 42,7%.

Tabela 4 – Tratamento Psicológico e Psiquiátrico

Faz algum tratamento psicológico/terapia	n	%
Não	160	93,6
Sim	11	6,4
Total	171	100

Faz uso de alguma medicação psiquiátrica	n	%
Não	152	88,9
Sim	19	11,1
Total	171	100

A maioria das pacientes não faz nenhum tratamento psicológico (93,6%), nem faz uso de medicação psiquiátrica (88,9%). Dentre as pacientes que consomem medicação psiquiátrica (11,1%), o tempo médio de uso está em torno de 2 anos e a medicação mais utilizada é a Sertralina (35,29%).

Tabela 5 – Principais Sintomas

Quadro Clínico	n	%
Dor desde a menarca	113	66,5
Dor pélvica crônica	127	74,3
Dismenorreia	115	67,3
Dispareunia	121	70,8
Dor ao urinar durante ou fora o período menstrual	44	25,7
Dor ao evacuar durante ou fora o período menstrual	80	46,8

Dor pélvica crônica é o sintoma com maior índice (74,3%).

Medicação para endometriose: das 104 pacientes que responderam tomar medicação para endometriose, 37,6% utilizam Cerazette.

⁷ Considera-se infertilidade atual uma doença do sistema reprodutivo definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas regulares (ZEGERS-HOCHSCHILD, 2009).

Tabela 6 - Fatores causadores de estresse, segundo as pacientes

Situações Estressantes*	n	%
Dor	109	72,2
Questões familiares	51	33,8
Questões profissionais	48	31,8
Questões sexuais	42	27,8
Inferilidade	39	25,8
Questões amorosas	25	16,6
Outros	11	7,3
N	151	
Não se aplica	20	

Ao serem questionadas se consideram que atualmente passam por alguma situação estressante, 151 pacientes disseram que sim e que poderiam assinalar mais de um estressor. Vinte pacientes responderam que não. Na tabela acima, podemos verificar que o fator mais estressante, dentre os apresentados, foi a dor, com 72,2% dos casos.

6.2 Resultados das variáveis – *coping*, depressão, *stress* e dor

Tabela 7 – Resultado geral da escala COPE BREVE

Coping	n	%
Focado no problema	108	66,3
Adaptativo focado na emoção	44	27
Desadaptativo focado na emoção	11	6,7
Total	163	100
Missing (*)	8	

Através da Tabela 7, constatamos que, do total de participantes desta pesquisa, a maioria se utiliza da estratégia de *coping* “focado no problema” (66,3%), seguida pela estratégia “adaptativa focada na emoção” (27%) e “desadaptativa focada na emoção” (6,7%). Os demais valores referem-se às estratégias que deram empate.

Obs: Para os cruzamentos que realizaremos, optamos por eliminar os questionários de *coping* que deram empate em estratégias classificadas como:

coping focado no problema e adaptativo focado na emoção (7 pessoas); adaptativo focado na emoção e desadaptativo focado na emoção (1 pessoa), visto que este último resultado é extremamente incoerente. Tais empates podem ter ocorrido devido à dificuldade de preenchimento do questionário.

Tabela 8 – Resultado geral da escala de Beck II - Depressão

Níveis de depressão	n	%
Mínimo	79	46,2
Leve	38	22,2
Moderado	31	18,1
Grave	23	13,5
Total	171	100

A maioria das pacientes desta amostra apresenta depressão: 53,8%. Destas, 22,2% revelam depressão no nível “leve”; 18,1% no nível “moderado” e 13,5% no nível “grave”. No nível “mínimo”, encontram-se 46,2% das pacientes.

Tabela 9 – Resultado geral da escala ISSL – Fases do Stress

Fase de Stress	n	%
Sem stress	64	37,4
Alerta	3	1,8
Resistência	86	50,3
Quase exaustão	11	6,4
Exaustão	7	4,1
Total	171	100

De acordo com a tabela acima, 62,6% das pacientes apresentam *stress*. Dentro desse percentual, 1,8% têm *stress* na fase “alerta”; 50,3%, na fase “resistência”; 6,4%, na fase “quase exaustão” e 4,1%, na “exaustão. Por sua vez, 37,4% das pacientes desta amostra não evidenciam *stress*.

Tabela 10 – Resultado geral da escala ISSL – Tipo de Stress

Tipo de Stress	n	%
Sem Stress	64	37,4
Físico	24	14
Psicológico	71	41,5
Físico e psicológico	12	7
Total	171	100

De acordo com os dados da Tabela 10, 14,0% apresentam “stress físico”; 41,5% “stress psicológico” e 7% “stress físico-psicológico”. Do total, 37,4% das pacientes não revelam *stress*.

Tabela 11 – Resultado geral da EVAD – Dor durante a Menstruação

Dor durante a menstruação	n	%
Sem dor	3	2
Leve	8	5,3
Moderada	23	15,1
Severa	118	77,6
Total	152	100
Não se aplica	19	

98% das pacientes desta amostra relatam sentir dor, durante a menstruação, sendo: 5,3% “dor leve”; 15,1% “dor moderada”; 77,6% “dor severa”. Obs: 19 pacientes não menstruam, devido à medicação. Apenas 2% das pacientes desta amostra não sentem dor.

Tabela 12 – Resultado geral da EVAD – Dor fora o período menstrual (Crônica)

Dor crônica	n	%
Sem dor	16	9,4
Leve	24	14
Moderada	63	36,8
Severo	68	39,8
Total	171	100

90,6% das pacientes desta amostra apresentam dor crônica, sendo: 14% “dor crônica leve”; 36,8% “dor crônica moderada” e 39,8% “dor crônica severa”. Apenas 9,4% das pacientes não sentem dor crônica.

6.3 Cruzamentos

Tabela 13 – Cruzamento: Coping X Fases do Stress
Quem tem stress utiliza qual estratégia de coping?

<i>Coping</i>	Fases do Stress			Total
	Sem stress	Alerta + Resistência	Quase exaustão + Exaustão	
Focado no problema	69,4	67,5	50,0	66,3
Adaptativo focado na emoção	29,0	26,5	22,2	27,0
Desadaptativo focado na emoção	1,6	6,0	27,8	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	62	83	18	163

$X^2 = 15,364$; $p < 0,004$

A maioria das pacientes utiliza a estratégia de *coping* “focado no problema”, mesmo aquelas que apresentam *stress* na fase “alerta/resistência” (67,5%). Porém há uma diminuição do uso desta estratégia nas pacientes que estão na fase “exaustão/quase-exaustão” do *stress* (50,0%). Observa-se também que há um considerável aumento da utilização da estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção” nas pacientes que estão na fase de *stress* ‘exaustão/quase-exaustão’ (27,8%). Portanto há uma correlação positiva entre estratégias de *coping* e *stress*: quando maior o *stress*, maior a utilização de uma estratégia desadaptativa no enfrentamento dos problemas.

Tabela 14 - Cruzamento: Níveis de Depressão X Coping
Como depressão e coping se correlacionam?

Níveis de Depressão	<i>Coping</i>			Total
	Focado no problema	Adaptativo focado na emoção	Desadaptativo focado na emoção	
Mínimo+Leve	76,9	63,6	9,1	68,7
Moderado+Grave	23,1	36,4	90,9	31,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	108	44	11	163

$X^2 = 22,043$; $p < 0,004$

A tabela mostra que: a) do total de pacientes que utiliza a estratégia de *coping* “Focado no problema”, 76,9% apresenta depressão em estágio “Mínimo/Leve”; b) do total de pacientes que utiliza a estratégia de *coping* “Adaptativo focado na emoção”, 63,6% apresenta depressão em estágio “Mínimo/Leve”; c) do total de pacientes que utiliza a estratégia de *coping* “Desadaptativa Focado na Emoção”, 90,9% apresenta depressão em estágio “Moderado/Grave”. Isso nos mostra que há uma correlação positiva entre *coping* e depressão: a utilização da estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção” está mais presente em mulheres deprimidas (moderado/grave), enquanto mulheres que usam as estratégias “focado no problema” e “adaptativa focada na emoção” estão menos deprimidas. Assim, os resultados desta tabela apontam que utilizar estratégias de *coping* “focado no problema” auxilia na diminuição da depressão.

Tabela 15 – Cruzamento: Depressão X Fases do Stress
Como é o nível de depressão de quem apresenta stress?

Níveis de Depressão	Fases do Stress			Total
	Sem stress	Alerta +Resistência	Quase exaustão+Exaustão	
Mínimo+Leve	92,2	59,6	27,8	68,4
Moderado+Grave	7,8	40,4	72,2	31,6
Total	100	100	100	100
n	64	89	18	171

$\chi^2 = 33,734$; $p < 0,001$

A tabela mostra que: a) a maioria das pacientes sem stress (92,2%) apresenta depressão em estágios mínimo ou leve; b) entre as pacientes que estão na fase “Alerta/Resistência” do stress, 59,6% tem depressão “Mímina/Leve” e 40,4% “Moderada/Grave”; c) de todas as pacientes que encontram-se na fase do stress “Quase-exaustão/Exaustão”, 72,2% apresentam depressão “Moderada /Grave”. Há uma correlação positiva entre depressão e fases do stress: quanto mais avançado o stress, encontramos também um quadro mais grave da depressão. Quando diminui o stress, melhora a depressão.

Tabela 16 – Cruzamento: Tipo de Stress e Depressão
Dentre aquelas que estão deprimidas, prevalece qual tipo de stress?

Tipo de Stress	Níveis de Depressão		
	Mínimo + Leve	Moderado + Grave	Total
Sem Stress	50,4	9,3	37,4
Físico	16,2	9,3	14,0
Psicológico	29,9	66,7	41,5
Físico e psicológico	3,4	14,8	7,0
Total	100,0	100,0	100,0
n	117	54	171

$X^2 = 36,871$ $p < 0,0001$

Os resultados acima mostram que, dentre as pacientes que estão deprimidas, prevalece o *stress* psicológico, sendo a porcentagem mais significativa para aquelas que têm depressão “moderada/grave” – 66,7% em *stress* psicológico. Dentre as pacientes que têm nível de depressão “Mínimo/Leve”, 50,4% não apresentam *stress*, 16,2% apresentam *stress* físico, 29,9% *stress* psicológico e 3,4% *stress* físico e psicológico juntos; b) dentre as pacientes que têm nível de depressão “Moderado/Grave”, 9,3% não apresentam *stress*, 9,3% apresentam *stress* físico, a maioria, 66,7% *stress* psicológico e 14,8% *stress* físico e psicológico juntos. Esses resultados demonstram que há uma correlação positiva entre *stress* psicológico e depressão: o *stress* psicológico é prevalente no grupo das mulheres deprimidas em nível “moderado/grave”, assim como naquelas deprimidas em nível “mínimo/leve”.

Tabela 17 – Cruzamento: Dor durante a menstruação X Depressão
Qual é o nível de depressão de quem tem dor durante a menstruação?

Dor durante a menstruação	Níveis de Depressão		
	Mínimo+Leve	Moderado+Grave	Total
Sem dor	2,9		2,0
Leve+Moderada	26,0	8,3	20,4
Severa	71,2	91,7	77,6
Total	100,0	100,0	100,0
n	104	48	152

$X^2 = 24,178$ $p < 0,001$

Nesta tabela temos como número da amostra 149 pessoas e não 171, isso ocorre pois 19 mulheres não menstruam devido a medicação.

A tabela mostra que a dor é predominante em ambos os grupos. Há uma correlação positiva entre nível de dor e depressão: a grande maioria das pacientes deprimidas têm dor severa (91,7%) Porém a dor severa também está presente em 71,2% de quem tem depressão mais leve.

Tabela 18 – Cruzamento: Dor crônica X Fases do Stress
Quem tem dor crônica apresenta stress?

Dor crônica	Fases do Stress			Total
	Sem stress	Alerta + Resistência	Quase exaustão+Exaustão	
Sem dor	20,3	3,4		9,4
Leve+Moderada	53,1	55,1	22,2	50,9
Severa	26,6	41,6	77,8	39,8
Total	100	100	100	100
n	64	89	18	171

$\chi^2 = 26,996$; $p < 0,001$

Dentre as 107 pacientes com stress, 89 estão na fase “alerta/resistência” e 18 na fase “quase-exaustão/exaustão”. 96,7% das pacientes que estão na fase “Alerta/Resistência” do stress sentem dor crônica (55,1% dor leve/moderada e 41,6% dor severa) e 100% das pacientes que estão na fase “quase-exaustão/exaustão” sentem dor crônica.

Concluindo que há uma correlação positiva entre dor crônica e stress: quem não tem dor crônica, não está em stress (20,3%). Quanto mais severa a dor, mais estressada as pacientes (77,8%).

Tabela 19 – Cruzamento: Dor crônica e Tipo de Stress
Quem tem dor crônica, apresenta qual tipo de stress?

Dor crônica	Tipo de Stress				Total
	Sem Stress	Físico	Psicológico	Físico e psicológico	
Sem dor	20,3	4,2	2,8	0,0	9,4
Leve+Moderada	53,1	45,8	45,1	83,3	50,9
Severa	26,6	50,0	52,1	16,7	39,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
n	64	24	71	12	171

$X^2 = 24,178$ $p < 0,001$

Dor crônica e tipo de *stress* também estão correlacionados: dentre as pacientes com “*stress* físico”, 50% têm dor “severa”. Dentre as pacientes que apresentam “*stress* psicológico”, 52,1% também têm dor “severa”. Quando o *stress* se mistura em “físico e psicológico”, 83,3% das pacientes estão com dor “leve/moderada”. Quando se fala em dor crônica severa, o que prevalece é o *stress* psicológico (52,1%). Porém, a dor está igualmente presente mesmo naquelas pacientes que não apresentam *stress* (79,7% das 64 pacientes sem *stress*), entendendo-se assim que a dor não é responsável pelo *stress* em todas as pacientes. Existem 20,3% das pacientes que não têm dor, nem *stress*.

Tabela 20 – Cruzamento: Dor crônica e Depressão
Como está a depressão de quem tem dor crônica?

Dor crônica	Níveis de Depressão		
	Mínimo+Leve	Moderado+Grave	Total
Não menstruam	13,7		9,4
Leve+Moderada	56,4	38,9	50,9
Severa	29,9	61,1	39,8
Total	100,0	100,0	100,0
N	117	54	171
	$X^2 = 18,656$	$p < 0,001$	

Dor crônica e níveis de depressão estão correlacionados: Dentre as pacientes que estão com depressão nos níveis “mínimo/leve”, 56,4% apresentam dor “leve/moderada”. Dentre as pacientes que estão com depressão nos níveis “moderado/grave”, 61,1% apresentam dor “severa”.

Observamos que quem não tem dor está em um nível mais leve de depressão, entretanto, não existe nenhuma paciente com nível de depressão “moderado/grave” que não tenha dor.

Quanto mais grave é o quadro de depressão, maior é a percepção de dor.

6.4 Análise dos subgrupos

Após a análise do grupo completo (n=171), optamos por comparar os maiores resultados com alguns subgrupos – a) pacientes operadas 1 vez; b) pacientes operadas mais de uma vez; c) pacientes com infertilidade atual; d) pacientes que tomam medicação para endometriose; e) pacientes que tomam medicação psiquiátrica; e f) pacientes que fazem terapia –, a fim de verificar se há diferença no padrão das variáveis estudadas.

Tabela 21 – Resultados das variáveis na população geral (n=171)

População Geral (n=171)	(%)
Coping focado no problema	63,2
Coping adaptativo focado na emoção	25,7
Coping desadaptativo focado na emoção	6,4
Depressão mínimo/leve	68,4
Depressão moderada/grave	31,6
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	37,4
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	52,1
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	10,5
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	34,5
Tipo de <i>stress</i> – físico	14,6
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	43,9
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	7,0
Dor durante - sem dor	2,0
Dor durante – leve/moderada	20,4
Dor durante – severa	77,7
Dor crônica– sem dor	9,4
Dor crônica – leve/moderada	50,8
Dor crônica – severa	39,8

Para efeito de comparação, recordamos na tabela acima os dados da população geral. As porcentagens mais expressivas são: Estratégia de *Coping*: Focado no Problema, 63,2%; Depressão: “mínima/leve”, 68,4%; Fase do *Stress*: “alerta/resistência”, 52,1%; Tipo de *Stress*: Psicológico, 43,9%; Dor durante a menstruação: severa, 77,7% e Dor crônica: “leve/moderada”, 50,8%.

Tabela 22: Pacientes operadas (n=98)

	Fez cirurgia - Não (n=73) / Sim (n=98)			
	Não (%)	Sim (%)	χ^2	P
<i>Coping</i> focado no problema	68,1	64,9	1,097	0,57
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	27,5	26,6		
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	4,3	8,5		
Depressão mínimo/leve	65,8	70,4	0,42	0,517
Depressão moderada/grave	34,2	29,6		
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	37,0	37,8	0,029	0,985
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	52,1	52,0		
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	11,0	10,2		
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	37,0	37,8	1,292	0,731
Tipo de <i>stress</i> – físico	11,0	16,3		
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	43,8	39,8		
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	8,2	6,1		
Dor durante menstruação - sem dor		3,5	6,061	0,048
Dor durante menstruação – leve/moderada	13,6	25,6		
Dor durante menstruação – severa	86,4	70,9		
Dor crônica– sem dor	9,6	9,2	1,76	0,415
Dor crônica – leve/moderada	45,2	55,1		
Dor crônica – severa	45,2	35,7		

Quando comparamos as pacientes que foram operadas (n=98) com as pacientes não operadas (n=73), observamos que não há diferença significativa na maioria das variáveis. Verificou-se apenas uma diferença na dor, durante a menstruação: aumenta o percentual nas que foram operadas e não têm dor (3,5%) - do grupo que não foi operado, não havia ninguém sem dor; quem não foi operado tem

mais dor severa (86,4%) do que quem foi operado (70,9%). Quando a dor é moderada, ela continua com o percentual mais alto nas pacientes que já foram operadas (25,6%), quando comparadas com quem não foi operado (13,6%) ($P=0,048$). Portanto, de modo geral, as pacientes que foram operadas uma vez demonstram ligeiramente menos dor do que aquelas que não foram operadas.

Tabela 23: pacientes operadas mais de uma vez (n=9)

Das pacientes que fizeram cirurgia mais de uma vez (n=9 / 5,2% da amostra geral), as variáveis estudadas mostram os seguintes índices:

Variáveis	Operada mais de 1 vez (n=9) (%)	Operada 1 vez (n=98) (%)	População geral (n=171) (%)
<i>Coping</i> focado no problema	66,7	64,9	63,2
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	33,3	26,6	25,7
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	0,0	8,5	6,4
Depressão mínimo/leve	88,9	70,4	68,4
Depressão moderada/grave	11,1	29,6	31,6
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	33,3	37,8	37,4
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	55,6	52,0	52,1
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	11,1	10,2	10,5
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	33,3	37,8	34,5
Tipo de <i>stress</i> – físico	33,3	16,3	14,6
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	33,3	39,8	43,9
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	0,0	6,1	7,0
Dor durante - sem dor	0,0	3,5	2,0
Dor durante – leve/moderada	22,2	25,6	20,4
Dor durante – severa	66,6	70,9	77,7
Dor crônica– sem dor	0,0	9,2	9,4
Dor crônica – leve/moderada	55,5	55,1	50,8
Dor crônica - severa	44,4	35,7	39,8

Para esta tabela, não foi possível verificar a diferença significativa devido ao “n” ser muito pequeno (n=9), mas é possível fazer uma análise qualitativa, ao comparar tais porcentagens com o subgrupo “operada uma vez” e a amostra geral: a) observa-se que há um aumento no uso da estratégia de *coping* “focado

no problema”, do “adaptativo focado na emoção” e uma diminuição da estratégia “desadaptativa focada na emoção”. b) Há um ligeiro decréscimo na depressão: aumenta o índice de depressão “mínimo/leve” e há pequena redução da depressão “moderada/grave”. c) As fases de stress parecem muito similares com a amostra geral e o subgrupo de operadas uma vez. d) Há um aumento do *stress* “físico” e diminuição do *stress* “físico-psicológico”, quando comparado aos outros dois grupos. e) Há uma leve diminuição da dor “severa”, durante a menstruação. f) Porém, nota-se um leve aumento da dor crônica “severa”.

Podemos entender que ter sido operada mais de uma vez não trouxe melhora expressiva nas variáveis estudadas.

Tabela 24: Pacientes com Infertilidade atual⁸ (n=73)

	Tem infertilidade - Não (n=98) / Sim (n=73)			
	Não (%)	Sim (%)	χ^2	P
<i>Coping</i> focado no problema	65,9	66,7	0,028	0,986
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	27,5	26,4		
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	6,6	6,9		
Depressão mínimo/leve	66,3	71,2	0,466	0,495
Depressão moderada/grave	33,7	28,8		
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	39,8	34,2	0,865	0,649
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	49,0	56,2		
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	11,2	9,6		
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	39,8	34,2	1,462	0,691
Tipo de <i>stress</i> – físico	12,2	16,4		
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	39,8	43,8		
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	8,2	5,5		
Dor durante - sem dor	1,2	3,0	0,671	0,715
Dor durante – leve/moderada	20,0	20,9		
Dor durante – severa	78,8	76,1		
Dor crônica– sem dor	10,2	8,2	0,808	0,668
Dor crônica – leve/moderada	48,0	54,8		
Dor crônica – severa	41,8	37,0		

⁸ Considera-se infertilidade atual uma doença do sistema reprodutivo definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais desprotegidas regulares (Zegers-Hochschild, 2009)

No caso das pacientes que apresentam infertilidade atual, não há diferença significativa em nenhuma das variáveis, quando comparamos com quem não tem infertilidade ($P < 0,05$).

Tabela 25: Pacientes que tomam medicação para endometriose (n=104)

	Medicação para Endometriose - Sim (n=104) / Não (n=67)			
	Não toma (%)	Toma (%)	χ^2	P
<i>Coping</i> focado no problema	64,5	67,3	0,309	0,857
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	27,4	26,7		
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	8,1	5,9		
Depressão mínimo/leve	74,6	64,4	1,964	0,161
Depressão moderada/grave	25,4	35,6		
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,3	35,6	1,226	0,542
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	52,2	51,9		
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	7,5	12,5		
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,3	35,6	0,673	0,88
Tipo de <i>stress</i> – físico	14,9	13,5		
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	38,8	43,3		
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	6,0	7,7		
Dor durante - sem dor	1,5	2,3	1,144	0,564
Dor durante – leve/moderada	24,2	17,4		
Dor durante – severa	74,2	80,2		
Dor crônica– sem dor	14,9	5,8	5,022	0,081
Dor crônica – leve/moderada	52,2	50,0		
Dor crônica – severa	32,8	44,2		

Comparando as pacientes que tomam medicação para endometriose com aquelas que não tomam, não encontramos nenhuma diferença significativa entre as variáveis estudadas ($P < 0,05$).

Tabela 26: Pacientes que tomam medicação psiquiátrica (n=19)

	Medicação Psiquiátrica - Não (n=152) / Sim (n=19)			
	Não toma (%)	Toma (%)	χ^2	P
<i>Coping</i> focado no problema	68,1	52,6	7,127	0,028
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	27,1	26,3		
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	4,9	21,1		
Depressão mínimo/leve	70,4	52,6	2,466	0,116
Depressão moderada/grave	29,6	47,4		
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,8	10,5	6,618	0,037
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	49,3	73,7		
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	9,8	15,8		
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,8	10,5	11,701	0,008
Tipo de <i>stress</i> – físico	14,5	10,5		
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	39,5	57,9		
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	5,3	21,1		
Dor durante - sem dor	1,5	6,3	1,697	0,428
Dor durante – leve/moderada	20,6	18,8		
Dor durante – severa	77,9	75		
Dor crônica– sem dor	9,9	5,3	7,331	0,026
Dor crônica – leve/moderada	53,9	26,3		
Dor crônica – severa	36,2	68,4		

a) Quando comparamos as pacientes que tomam medicação psiquiátrica com aquelas que não tomam, observamos que, em ambos os grupos, prevalece a utilização da estratégia de coping “focado no problema”, porém, nas pacientes que tomam medicação psiquiátrica, diminui a porcentagem de quem adota a “focada no problema” e aumenta o número de pacientes que usam da estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção” (21,1%) (P=0,028). b) Não há diferença significativa quanto à depressão. c) Quanto à fase do *stress*, quem não toma medicação psiquiátrica está menos estressado (40,8% sem *stress*) do que quem toma (10,5% sem *stress*); quando há *stress*, encontramos o índice maior nas pacientes que tomam medicação psiquiátrica: fase “alerta resistência, 73,7% e fase “quase-exaustão/exaustão, 15,8%. Concluindo, quem toma medicação psiquiátrica está mais estressado do que quem não toma. (P=0,037). d) No tipo de *stress*, aumenta o índice de *stress* psicológico (57,9%) e de *stress* “físico-

psicológico” (21,1%) ,nas pacientes que tomam medicação (P=0,008). e) Não há diferença significativa entre as porcentagens da dor, durante a menstruação. f) Quanto à dor crônica, quem não toma medicação psiquiátrica tem menos dor crônica (9,9% sem dor crônica) do que quem toma (5,3% sem dor crônica). Quando há dor crônica, diminui o índice da dor crônica “leve/moderada”, para quem toma medicação (26,3%), quando comparado com quem não toma (53,9%). Aumenta o índice de dor crônica “severa” (68,4) nas pacientes que tomam medicação psiquiátrica, quando comparadas com quem não toma (36,2%). Por conseguinte, quem toma medicação psiquiátrica está pior na dor crônica (P=0,026).

Tabela 27: Pacientes que fazem terapia (n=11)

	Faz Terapia - Não (n=160) / Sim (n=11)			
	Não (%)	Sim (%)	χ^2	P
<i>Coping</i> focado no problema	69,1	27,3	18,42	0,001
<i>Coping</i> adaptativo focado na emoção	26,3	36,4		
<i>Coping</i> desadaptativo focado na emoção	4,6	36,4		
Depressão mínimo/leve	70,0	45,5	2,87	0,090
Depressão moderada/grave	30,0	54,5		
Fase de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,0		7,057	0,029
Fase de <i>stress</i> – alerta/resistência	50,0	81,8		
Fase de <i>stress</i> – quase exaustão/exaustão	10,0	18,2		
Tipo de <i>stress</i> – sem <i>stress</i>	40,0		15,681	0,001
Tipo de <i>stress</i> – físico	15,0			
Tipo de <i>stress</i> – psicológico	39,4	72,7		
Tipo de <i>stress</i> – físico e psicológico	5,6	27,3		
Dor durante - sem dor	2,1		0,749	0,688
Dor durante – leve/moderada	21,0	11,1		
Dor durante – severa	76,9	88,9		
Dor crônica– sem dor	10,0		5,599	0,061
Dor crônica – leve/moderada	52,5	27,3		
Dor crônica – severa	37,5	72,7		

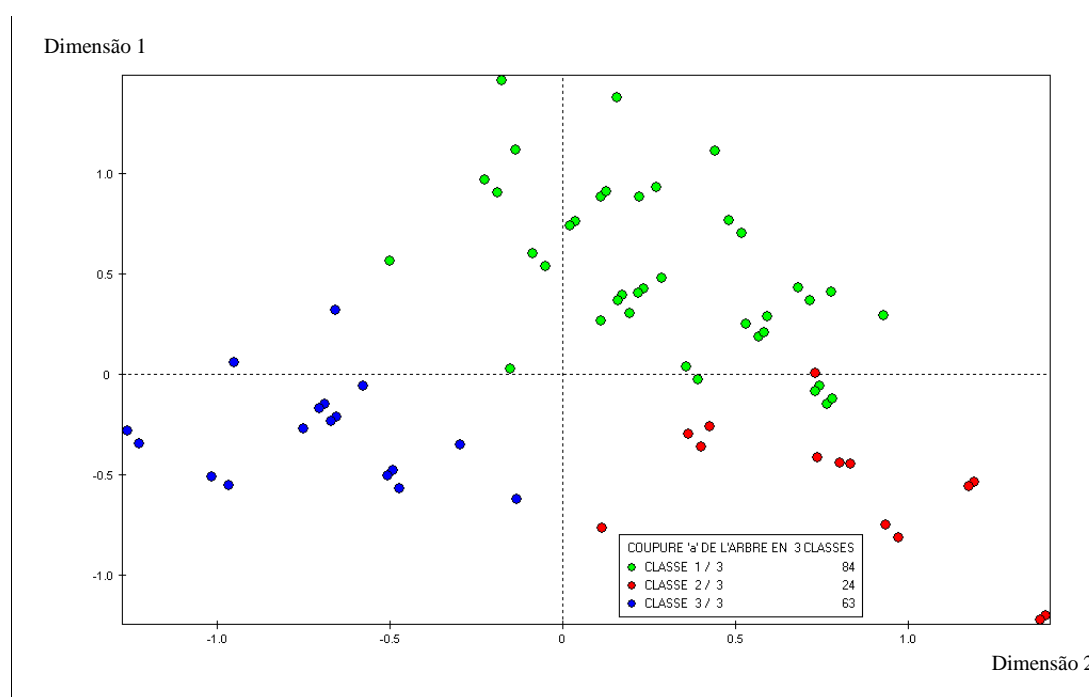
a) Neste subgrupo, há diferença significativa quanto à estratégia de *coping* utilizada: o índice de uso da estratégia “focada no problema” é maior (69,1%)

para as pacientes que não fazem terapia, diante daquelas que fazem (27,3%); observa-se, ainda, que aumenta a porcentagem de emprego das estratégias “adaptativo focado na emoção” (36,4%) e “desadaptativa focada na emoção” (36,4%), nas pacientes que fazem terapia ($P=0,001$). b) Não há diferença significativa quanto à depressão ($P>0,05$). c) Ao comparar a fase de *stress*, vemos que todas as pacientes que fazem terapia exibem *stress*: 81,8%, na fase “alerta/resistência”, e 18,2%, na fase “quase-exaustão/exaustão” ($P=0,029$). d) A maioria das pacientes que faz terapia revela 72,7% de *stress* do tipo “psicológico” e 27,3% do *stress* tipo “físico-psicológico” ($P= 0,001$). e) Não há diferença significativa quanto às dores, durante a menstruação ou crônica ($P>0,05$).

6.5 Clusters

Optamos também por trabalhar os dados desta pesquisa adotando a análise de *cluster*. Ao agrupar os resultados em classes, observam-se os elementos mais parecidos e os mais divergentes entre si; com isso, é possível identificar qual é o melhor grupo, o grupo intermediário e o grupo mais comprometido, em termos das variáveis estudadas.

Gráfico 1 – Nuvem de Pontos



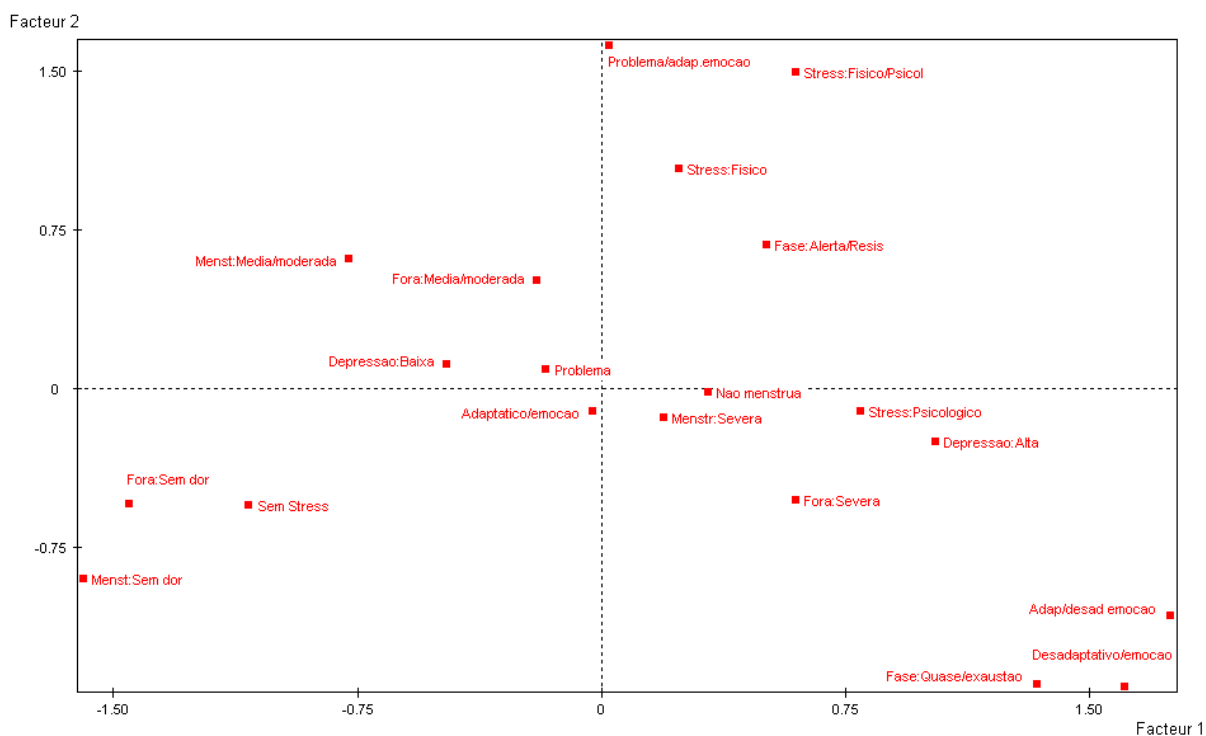


Tabela 28 – Classificação dos *clusters* quanto às variáveis

	Variáveis	Status
Cluster 1 (n=84)	Fase <i>Stress</i>	Resistência
	Tipo <i>Stress</i>	Psicológico
	Tipo <i>Stress</i>	Físico
	Tipo <i>Stress</i>	Físico/Psicológico
Cluster 2 (n=24)	Fase <i>Stress</i>	Quase exaustão
	<i>Coping</i>	Desadaptativo focado na emoção
	Depressão	Alta
	Tipo <i>Stress</i>	Psicológico
	Dor crônica	Severa
Cluster 3 (n=63)	Tipo <i>Stress</i>	Sem <i>stress</i>
	Fase <i>Stress</i>	Sem <i>stress</i>
	Depressão	Baixa
	Dor crônica	Sem dor

Verifica-se que, no *Cluster 2*, estão concentradas as pacientes mais comprometidas em relação às variáveis estudadas. No *Cluster 3*, estão as pacientes melhores física e psiquicamente, enquanto o *Cluster 1* é o intermediário.

6.5.1 – Análise dos *clusters* de acordo com as variáveisTabela 29 – *Clusters X Coping*

Coping	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Focado no problema	70,9	39,1	70,5	66,3
Adaptativo focado na emoção	27,8	17,4	29,5	27,0
Desadaptativo focado na emoção	1,3	43,5	0,0	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
$X^2= 57,5$		$p<0,001$		

A estratégia de *coping* mais utilizada no *cluster 2* (mais comprometido) é a “desadaptativa focada na emoção”, com 43,5%. Nos *clusters 3* (melhor) e 1 (intermediário), a estratégia mais empregada é a “focada no problema”, com índices de 70% e 71,3%, respectivamente.

Tabela 30 – *Clusters X Depressão*

Níveis de Depressão	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Mínimo+Leve	61,9	25,0	93,7	68,4
Moderado+Grave	38,1	75,0	6,3	31,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
$X^2= 41,2$		$p<0,001$		

A depressão “moderada/grave” aparece em índice maior no *cluster 2* (mais comprometido), 75%. No *cluster 3* (melhor), o índice maior está na depressão “mínima/leve” com 95,2%, assim como no *cluster 1* (intermediário), com 61,2%.

Tabela 31 – *Clusters X Fases do Stress*

Fases do Stress	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Sem stress	0,0	4,2	100,0	37,4
Alerta +Resistência	100,0	20,8	0,0	52,0
Quase exaustão+Exaustão	0,0	75,0	0,0	10,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	84	24	63	171
	X ² = 289,1		p<0,001	

No *cluster 2* (mais comprometido), prevalece a fase de *stress* “quase-exaustão” (45,8%) e “exaustão” (29,2%). No *cluster 1* (intermediário), a fase de *stress* que prevalece é a “resistência” com 95,3%, ao passo que, no *cluster 3* (melhor), 100% não revelam *stress*.

Tabela 32 – *Clusters X Tipo de Stress*

Tipo de Stress	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Sem Stress	0,0	4,2	100,0	37,4
Físico	25,0	12,5	0,0	14,0
Psicológico	60,7	83,3	0,0	41,5
Físico e psicológico	14,3	0,0	0,0	7,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	84	24	63	171
	X ² = 176,7		p<0,001	

Nos *clusters 2* (mais comprometido) e *1* (intermediário), o tipo de *stress* que prevalece é o “psicológico”, com índices de 83,3% e 60%, respectivamente. No *cluster 3* (melhor), 100% não apresentam *stress*.

Tabela 33 – *Clusters* X Dor durante a menstruação

Dor durante a menstruação	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Sem dor	0,0	0,0	5,2	2,0
Leve+Moderada	20,5	4,8	25,9	20,4
Severa	79,5	95,2	69,0	77,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

$X^2= 9,66$ $p<0,05$

A dor “severa”, durante a menstruação, encontra-se em porcentagem maior no *cluster 2* (mais comprometido), 95,2%, mas ainda é alta no *cluster 3* (melhor), com 70,2%.

Tabela 34 – *Clusters* X Dor crônica

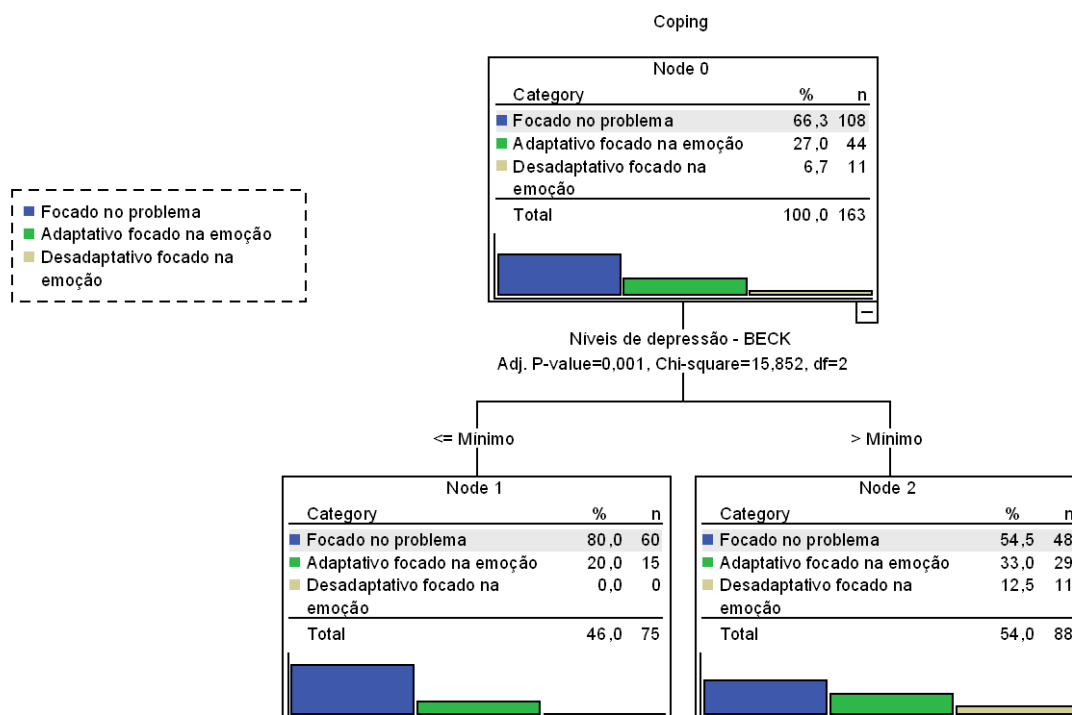
Dor crônica	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Total
Sem dor	3,6	0,0	20,6	9,4
Leve+Moderada	57,1	25,0	52,4	50,9
Severa	39,3	75,0	27,0	39,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

$X^2= 27,7$ $p<0,001$

A dor crônica “severa” encontra-se em porcentagem maior no *cluster 2* (mais comprometido), 75%. No *cluster 3* (melhor), a porcentagem maior passa a ser a da dor “leve/moderada”, com 65,3%.

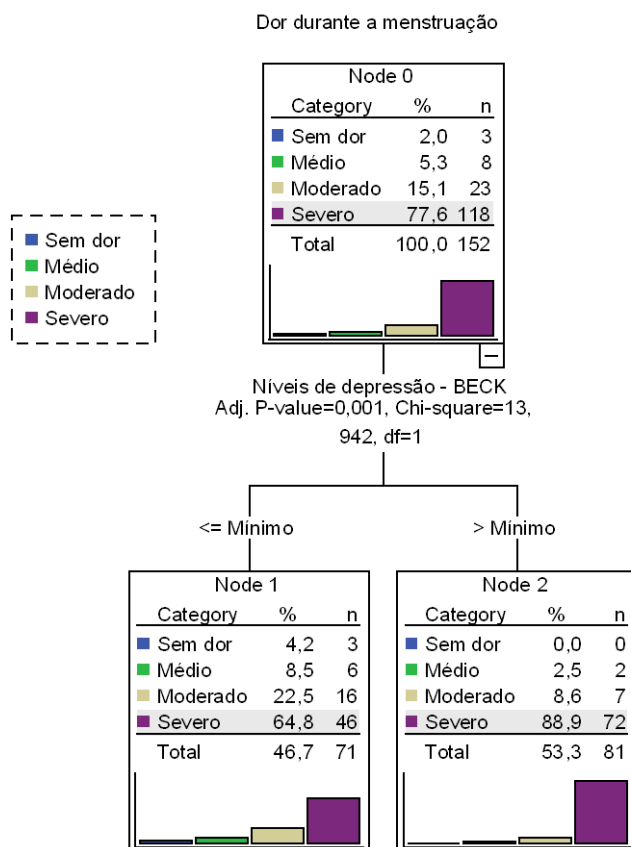
6.6 CHAID

Este teste estatístico objetiva verificar a interação e relação entre variáveis, a fim de prever como algumas variáveis afetam outras.

Gráfico 2 – CHAID: Relação entre *coping* e depressão

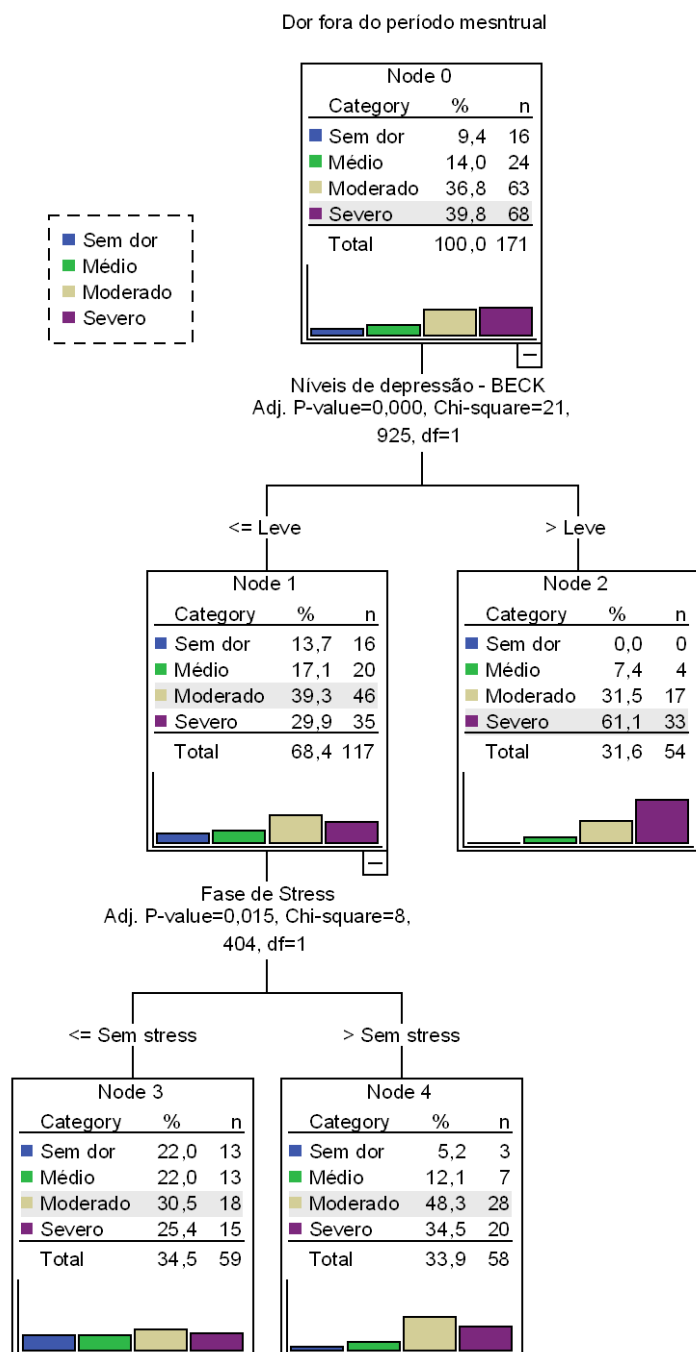
Este gráfico mostra que *coping* se relaciona direta e unicamente com a variável depressão. A maioria da amostra adota a estratégia de *coping* “focada no problema”. Quando a depressão se faz presente em nível mínimo, esta continua sendo a estratégia mais usada, porém, quando a depressão está em um nível maior, aumenta a utilização da estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção”.

Gráfico 3 – CHAID: Relação entre dor, durante a menstruação, e depressão



O Gráfico 43 mostra que a variável “dor durante a menstruação” relaciona-se direta e unicamente com a variável “depressão”. A maioria da amostra relata dor “severa”. Quando a depressão se faz presente, a dor que prevalece continua sendo a severa, todavia, com uma intensidade maior naquelas pacientes com depressão mais grave.

Gráfico 4 – CHAID: Relação entre dor crônica, depressão e stress



Este gráfico indica que a variável “dor crônica” se relaciona com as variáveis “depressão” e “stress”. A maior parte da amostra apresenta dor crônica “severa”. Quando a depressão se faz presente em um nível mínimo, prevalece a dor crônica “moderada”, contudo, quando a depressão se manifesta em nível mais grave, observa-se a prevalência da dor crônica. No grupo com depressão leve,

há a relação com o *stress*: na presença do *stress* leve ou mais intenso, a dor crônica predominante é a “moderada”.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, a maioria das pacientes que têm endometriose é casada (44,4%) e está na faixa etária entre 31 e 40 anos, fase em que muitas mulheres planejam engravidar, sendo, portanto, a endometriose um dos possíveis empecilhos na realização desse desejo. Dentre as 171 pacientes, foi encontrado um percentual de infertilidade em 42,7%, índice que está de acordo com outras pesquisas que apontam cerca de 40% das pacientes com endometriose apresentando o quadro de infertilidade (PODGAEC, 2014).

A endometriose que prevalece nas pacientes do setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP é de tipo profundo (78,8%), uma vez que o setor é referência em São Paulo e recebe os casos mais graves.

Os maiores índices que evidenciam o tempo que as pacientes desse grupo relataram saber e conviver com a endometriose foram de 1 e 3 anos (26,9%) e de 5 e 10 anos (23,4%).

Os principais sintomas físicos sentidos por essas pacientes coadunam com a maioria das pesquisas: dor crônica (74,3%); dismenorreia (67,3%); dispareunia de profundidade (70,8%); disúria (25,7%) e dor ao evacuar (46,8%) (SEPULCRI, 2009; FEBRASGO, 2010; BELLELIS et al., 2010; ASRM, 2012; FRITZER et al., 2013; PODGAEC, 2014).

7.1 Estratégias de *coping*

Explorando as variáveis que demonstram como as pacientes lidam emocionalmente com a doença, pudemos verificar, em uma visão geral, que 66,3% utilizam a estratégia de *coping* “focado no problema”, quando enfrenta as situações do dia a dia, ou seja, esforçam-se para solucionar as demandas que surgem; 27% usam a estratégia “adaptativa focada na emoção”, sugerindo que conseguem solucionar os problemas de modo adequado, mas que as emoções

exercem grande influência nas decisões, enquanto 6,7% empregam a estratégia “desadaptativa focada na emoção”, na qual as ações não são efetivas, tendendo a encontrar formas de fugir dos problemas e não solucioná-los.

Constatamos assim que, de modo geral, essas pacientes parecem saber lidar adequadamente com as situações que surgem, agindo assertivamente. Tais resultados apontam a mesma direção dos estudos sobre enfrentamento trazidos na revisão de literatura (MELLO, 2005; FERNANDEZ, 2006). É possível refletir que o fato de a endometriose ser uma doença presente na vida das mulheres, geralmente por muito tempo, não havendo cura, mas apenas controle, faz com que as pacientes necessitem encontrar meios de lidar com essa realidade, a fim de adaptar-se a ela. Outro ponto a ser considerado é que essa amostra está em tratamento em um serviço médico de excelência.

7.2 Depressão

Outra variável analisada foi o índice de depressão. Encontramos 53,8% das pacientes com depressão, sendo 22,2% com depressão no nível “leve”, 18,1% no nível “moderado” e 13,5% no nível “grave”. No nível “mínimo”, encontram-se 46,2% das pacientes.

Quando se observam as questões referentes ao BDI-II, 80% das notas maiores foram atribuídas aos quesitos de incapacidade física, sugerindo, dessa maneira, que a depressão dessas pacientes pode estar altamente relacionada à sensação de impotência diante da impossibilidade de lidar com as questões do corpo.

Ao comparar com a literatura estudada, o índice de depressão encontrado nessa amostra está bastante acima, quando cotejamos com a prevalência anual de depressão na população geral, que varia de 3% a 11%, e nas pessoas com doenças físicas, entre 22% e 33% (FLECK et al., 2001). Verifica-se que também está abaixo dos índices de algumas pesquisas já realizadas: Lorençatto et al. (2002) constataram o índice de 86% de depressão das pacientes que tinham endometriose e dor, sendo 52% depressão moderada/grave; por sua vez,

Sepulcri (2009) encontrou o índice de 86,5% de pacientes com sintomas depressivos, sendo 63,5% depressão moderada/grave.

7.3 *Stress*

O *stress* é mais um fator psicossocial que afeta o bem-estar das pacientes com endometriose (62,6%), predominando o *stress* na fase “resistência” (50,3%) e do tipo psicológico (41,5%). Apesar dessa grande maioria, que parece lutar diante dos sintomas na “fase de resistência”, o desgaste psicológico se mostra maior que o físico, podendo demonstrar que, no âmbito médico, tais pacientes podem estar sendo bem assistidas, todavia, que há um déficit no acompanhamento e na assistência psicológica, na tentativa de lidar com os sintomas da endometriose ou, ainda, que tais pacientes podem estar em atual situação estressante, o que leva ao agravamento dos sintomas.

Esses resultados estão de acordo com a literatura levantada, onde pudemos observar, por exemplo, estudos que comprovam que os estressores psicossociais diminuem a eficácia do sistema imunológico, provocando o aumento de sintomas médicos (MAIA, 2002); por outro lado, há trabalhos nos quais a endometriose está associada a uma má qualidade de vida e percepção de *stress* elevado (TOTH, 2010); que o índice de *stress* percebido apresentou maiores índices no grupo de mulheres com endometriose (PETRELLUZZI, 2008). Conclui-se, por conseguinte, ser o *stress* um importante aspecto a ser observado e considerado no tratamento da endometriose.

7.4 Dor

A quarta variável avaliada foi a dor. Esta parece ser um dos fatores que mais afetam o bem-estar das pacientes que convivem com a endometriose, estando presente mesmo naquelas pacientes com um quadro melhor na depressão e no *stress*.

Neste estudo, encontramos 98% das pacientes com dor, durante a menstruação, (77,6% com “dor severa”) e 90,6% das pacientes com dor crônica (39,8% com “dor crônica severa”).

Na trajetória de vida das pacientes desta pesquisa, é possível identificar que a grande maioria apresenta a idade da menarca entre 10 e 13 anos (n=116, 72,5%) e que, desde então, sentem dores (n=79, 68%). Em um de seus estudos, Bellelis et al. (2010) comentam a possível relação da endometriose com a menarca precoce. Em nossa amostra, além desse percentual citado, há 3,1% das pacientes com menarca entre 8 e 9 anos e, desse percentual, 50% que sentem dores desde essa época.

A dor atinge amplamente as pacientes com endometriose, afetando a rotina diária e o lado emocional, como igualmente se notou, em algumas pesquisas levantadas, como a de Lorençatto et al. (2007), que identificaram correlação positiva entre dor e depressão, em ambos os grupos, o que recebeu e o que não recebeu intervenção psicológica. Na pesquisa de Allcock et al. (2007), os autores enfatizaram o fato de algumas pacientes responderem à dor com depressão e pessimismo. Skuladottir e Halldorsdottir (2008) consideraram um dos maiores desafios da endometriose, o fato de ter que lidar com a dor e encontrar um significado no sofrimento em busca da superação. Martin et al (2011) acentuam que quanto maior o enfrentamento catastrófico, ou seja, um enfrentamento emocional negativo, mal adaptativo, maior o aumento da percepção da dor, afirmando que, neste estudo, os fatores psicológicos tiveram uma influência significativa sobre a dor.

7.5 Medicação psiquiátrica e Psicoterapia

Dentre as pacientes estudadas, 11,1% (n=19) fazem uso de medicação psiquiátrica, das quais 47,3% (n=9) demonstram depressão em nível “moderado/grave”.

Das 171 pacientes, apenas 6,4% (n=11) fazem psicoterapia. Seis destas têm depressão “moderada/grave”, 9 tomam medicação psiquiátrica, 2 estão em

stress no nível “quase-exaustão/exaustão”, 8 em *stress* do tipo psicológico e 4 empregam estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção”. Há apenas uma paciente com depressão “moderada/grave” e *stress* “exaustão” que faz psicoterapia, mas não toma medicação psiquiátrica.

Existem 48 pacientes com depressão “moderada/grave” que não fazem psicoterapia, nem estão sendo acompanhadas e assistidas nesse quesito emocional. Destas, 35 têm *stress* do tipo “psicológico”, 11 estão em *stress* “quase-exaustão/exaustão” e 7 usam a estratégia “desadaptativa focada na emoção” para resolver os problemas do dia a dia.

No grupo que toma medicação psiquiátrica, observou-se uma diminuição no uso da estratégia de *coping* “focado no problema” e um aumento no uso das estratégias “desadaptativas focado na emoção” ($P=0,028$). Não houve diferença na depressão. Quem toma medicação psiquiátrica está mais estressado do que quem não toma, houve aumento do *stress* em todas as fases ($P=0,037$), assim como aumento na expressividade dos tipos de *stress* “psicológico” e “físico-psicológico” ($P=0,008$). Não houve diferença na dor, durante a menstruação, porém, há um aumento na dor crônica ($P=0,026$). Quem toma medicação psiquiátrica relata mais dor crônica severa do que quem não toma, constatando que a medicação não afeta a dor crônica.

No grupo que faz terapia observou-se uma diminuição no uso da estratégia de *coping* “focado no problema” e um aumento no uso das estratégias “adaptativa focada na emoção” e “desadaptativa focado na emoção” ($P=0,001$), o que justifica a necessidade destas pacientes estarem em psicoterapia. Não houve diferença na depressão. Quem faz terapia está mais estressado do que quem não faz, houve aumento do *stress* em todas as fases ($P=0,029$), assim como aumento na expressividade dos tipos de *stress* “psicológico” e “físico-psicológico” ($P=0,001$). Não houve diferença na dor durante a menstruação e na dor crônica.

7.6 Pacientes operadas

Ao comparar pacientes operadas uma vez com as não operadas, não houve diferença significativa nas variáveis *coping*, depressão, *stress* e dor crônica ($P>0,05$). Houve melhora apenas na dor durante a menstruação ($P=0,048$).

Quem foi operada mais de uma vez mostrou melhora na depressão, mas aumentou o *stress* físico e houve pouca mudança na percepção de dor durante a menstruação e na dor crônica.

7.7 Pacientes com Infertilidade

No grupo com infertilidade, não houve diferença significativa para as variáveis estudadas, em relação ao grupo sem infertilidade.

7.8 Medicação para endometriose

O mesmo ocorreu com o grupo que toma medicação para endometriose, no qual não houve diferença significativa em todas as variáveis estudadas, quando comparado ao grupo que não toma medicação para endometriose.

7.9 Correlação entre variáveis

Após visão geral, são avaliados os aspectos mais relevantes do cruzamento entre variáveis que revelaram diferença significativa. Algumas perguntas são a base para o fundamento da análise:

a) *Coping* e Fases do *Stress*: há correlação entre *stress* e estratégia de *coping*? É possível constatar que o *stress*, em seu nível mais grave, influencia a ação e a tomada de decisões no enfrentamento das situações do cotidiano. Há uma correlação positiva entre estratégias de *coping* e *stress*: as pacientes menos estressadas resolvem suas questões focando no problema, ao passo que as pacientes mais estressadas são aquelas que se utilizam mais de uma estratégia desadaptativa no enfrentamento das situações ($P=0,004$).

b) Há correlação entre níveis de depressão e estratégias de *coping*? Verificou-se que quem está no nível de depressão mais comprometido – “moderado/grave” – emprega, em maior representatividade, a estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção”. Isso significa que há uma correlação positiva entre *coping* e depressão: quanto mais deprimida a paciente, mais ela adota uma estratégia desadaptativa para lidar com os problemas do dia a dia ou vice-versa ($P=0,000$).

c) Depressão e Fases do *Stress*: há correlação entre essas variáveis? As pacientes que estão na fase mais avançada do *stress* “quase-exaustão/exaustão” exibem depressão no nível “moderado/grave”. Quem não tem *stress* ou está na fase “alerta/resistência”, revela depressão nos níveis “mínimo/leve”. Constatamos, assim, que há uma correlação positiva entre depressão e fases do *stress*: quanto mais avançado o *stress*, encontramos também um quadro mais grave da depressão ou vice-versa ($P=0,000$).

d) Tipo de *Stress* e Depressão: dentre aquelas que estão deprimidas, prevalece qual tipo de *stress*? Os dados mostraram que a depressão e *stress* psicológico estão correlacionados ($P=0,000$).

e) Dor durante a menstruação e Depressão: qual é o nível de depressão de quem tem dor durante a menstruação? A dor da endometriose está diretamente relacionada com a depressão. Quanto mais dor, maior a possibilidade do agravamento da depressão ($P=0,010$).

f) Dor crônica e Fases do *Stress*: quem tem dor crônica apresenta *stress*? Verificamos que, em nível de *stress* mais avançado, a dor parece igualmente estar mais intensa, um fator influenciando o outro. Conclui-se que, quanto mais grave o *stress*, mais intensa a percepção de dor ou, quanto maior a dor, maior o *stress* ($P=0,000$).

g) Dor crônica e Tipo de *Stress*: quem tem dor crônica, tem qual tipo de *stress*? Quando se fala em dor severa, o que prevalece é o *stress* psicológico (52,1%). Porém, a dor também está presente mesmo naquelas pacientes que não

demonstram *stress*, 79,7% ($P=0,001$). Observa-se, portanto, que a dor crônica não é responsável pelo *stress* em todas as pacientes, contudo, quando a dor severa está presente, predomina o *stress* psicológico.

h) Dor crônica e Depressão: como está a depressão de quem tem dor crônica? Os dados evidenciam que não há nenhuma paciente com depressão em nível grave sem dor. Quanto mais grave é o quadro de depressão, maior é a percepção da dor crônica ou, quanto maior a dor, maior a depressão ($P=0,000$).

Tais relações também se comprovam quando aplicados os testes estatísticos *Clusters* e CHAID.

O estudo de *clusters* permitiu dividir a amostra em 3 grupos, o mais comprometido onde prevalece a fase de *stress* “quase-exaustão”, a estratégia de *coping* “desadaptativa focada na emoção”, a depressão alta, o *stress* tipo “psicológico” e a dor crônica “severa. No *cluster* intermediário, percebemos a presença das variáveis fase de *stress* “resistência” e tipos de *stress* “físico”, “psicológico” e “físico-psicológico”, e no grupo melhor, observamos que há ausência de *stress*, depressão baixa e ausência de dor crônica. Esse teste comprova, dessa maneira, a coerência dos dados estudados.

No teste CHAID, constatamos a relação direta entre variáveis: *coping* com depressão; dor durante a menstruação com depressão e dor crônica com depressão e *stress*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar as estratégias de enfrentamento, depressão, níveis de *stress* e percepção de dor, em pacientes com endometriose, constatou-se correlação positiva entre essas variáveis.

Comprovou-se a hipótese levantada de que pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam melhor adaptação ao *stress* e melhor quadro em relação à depressão. É possível afirmar que depressão e *stress*, em níveis mais graves, tendem a causar maior vulnerabilidade emocional.

Depressão e *stress* estão igualmente correlacionados, um influenciando o outro em sua intensidade: quanto mais elevado o *stress*, mais grave o quadro de depressão ou vice-versa. O tipo de *stress* que prevalece nessa relação é o *stress* psicológico.

Dor também se correlacionou positivamente com depressão e *stress*: quanto maior a intensidade de dor durante a menstruação e dor crônica, maior a depressão. Quanto mais grave o *stress*, mais intensa a percepção de dor crônica. Quando há dor severa, predomina o *stress* psicológico, porém, a dor está presente também nas pacientes sem *stress*.

A endometriose, assim como qualquer outra doença, é considerada Psicossomática, pois seus sintomas afetam o paciente em níveis físicos e emocionais, de modo concomitante, como pudemos comprovar na correlação positiva em diversos níveis entre as variáveis estudadas nesta pesquisa, confirmando a estreita relação entre mente e corpo.

Constata-se que a endometriose é uma doença de múltiplas facetas, a qual influencia a vida das pacientes em diversos níveis e, por isso, precisa ser cuidada nessa mesma dimensão. Nota-se que a maioria dos estudos estão pautados no tratamento médico, que, sem dúvida, é de extrema importância, todavia, o que esta pesquisa amplia é o aspecto psicológico, necessitado de cuidados. As

pacientes com endometriose precisam ser assistidas em igual proporção, física e psicologicamente, para que o tratamento possa atingir níveis mais assertivos e a paciente possa alcançar seu bem-estar.

Conclui-se que a utilização de estratégia de coping “desadaptativa focada na emoção” está correlacionada com o aumento da depressão e do *stress*, sugerindo que desenvolver uma intervenção cuja proposta seja a de auxiliar essas pacientes a desenvolverem estratégias de *coping* assertivas, focadas no problema, ajudaria na melhora do quadro de depressão e do *stress*. Essa suposição fortifica-se, quando notamos que há correlação positiva entre depressão e *stress*, de sorte que o agravamento de um leva à piora do quadro do outro, em uma relação constante, já que não é possível identificar o que desencadeou primeiro. Assim, uma intervenção que promova a diminuição do *stress* também ajudaria na melhora da depressão ou vice-versa.

Tal intervenção proporcionaria, ainda, uma melhora na percepção da dor, porque se verificou uma correlação positiva entre “dor e depressão” e entre “dor e *stress*”, porém, a dor se faz presente, mesmo nas pacientes que não apresentam quadros mais graves de depressão e *stress*, assim como naquelas que já foram operadas.

Considerando que existe um lado subjetivo da dor, uma intervenção que promova bem-estar, que proporcione autoconhecimento, inclusive corpóreo, seria mais uma ferramenta na tentativa de melhora na percepção da dor, visto que serão desenvolvidos outros recursos psíquicos no enfrentamento das emoções e das situações do cotidiano, incluindo lidar com a dor.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, M.S.; NEME R.M.; AVERBACH, M. Rectovaginal septum endometriosis: a disease with specific diagnosis and treatment. *Arq Gastroenterol*, v. 40, n.3, p. 192-197, jul./set., 2003.

ABRÃO, M.S.; PODGAEC, S. Endometriose: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. *Rev Assoc Med Bras*, v. 61, p. 41-46, 2004.

ABRÃO, M.S.; GONÇALVES, M.O.; DIAS JUNIOR, J.; PODGAEC, S.; CHAMIE, L.P.; BLASBALG, R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod*, v. 22, n. 12), p. 3092-3097, 2007.

ALLCOCK, N.; ELKAN, R.; WILLIAMS, J. Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. *Journal of Advanced Nursing*, v. 60, n.3, p. 248-256, 2007.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (ASRM). A guide for patients. 2012. Disponível em: http://www.asrm.org/Endometriosis_booklet. Acesso em: 23 out. 2013, às 20h40.

ARRUDA, M.S.; PETTA, C.A.; ABRÃO, M.S.; BENETTI-PINTO, C.L. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod*, v.18, n.4, p. 756-759, 2003.

ARRUDA, M.S. et al. Endometriose profunda: aspectos ecográficos. *Femina*, v. 38, n. 7, p. 367-72, 2010.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford, 1979.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; BROWN, G.K. *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BELLELIS, P.; DIAS JÚNIOR, J.A.; PODGAEC, S.; GONZALES, M.; BARACAT, E.C.; ABRÃO, M.S. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - uma série de casos. *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.

BELLELIS, P. et al. Fatores ambientais e endometriose. *Revista Assoc Med Bras*, Elsevier, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 456-461, 2011.

CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 56, n. 2, p. 267-283, 1989.

CHAPRON, C. et al. Associated ovarian endometriomas is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*, v. 92, n. 2, p. 453-457, 2009.

CHEONG, Y.; STONES, R.W. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 20, n. 5, p. 695-711, 2006.

CONCEIÇÃO, J.C.J. *Ginecologia Fundamental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

CROSEIRA, A.M.L.V. et al. Tratamento da endometriose associada à infertilidade - revisão da literatura. *Femina*, v. 38, n.5), p. 255, 2010.

CUEVAS, M.; FLORES, I.; THOMPSON, K. J.; RAMOS-ORTOLAZA, D. L.; TORRES-REVERON, A.; APPELYARD, C. B. Stress exacerbates endometriosis manifestations and inflammatory parameters in an animal model. *Reproductive sciences*, Thousand Oaks (Calif.), v. 19, n. 8, p. 851-62, 2012.

DHABHAR, F.S.; McEWEN, B.S. Bi-directional effects of stress on immune function: possible explanations for salutary as well as harmful effects. In: ADLER, R. *Psychoneuroimmunology*, v. II, fourth edition. Elsevier, 2007. p.723-760.

DENNY E. "I Never Know From One Day to Another How I Will Feel": Pain and Uncertainty in Women With Endometriosis. *Qualitative Health Research*, v. 19, n. 7, p. 985-995, 2009.

FERNANDEZ, I.; REID, C.; DZIURAWIEC, S. Living with endometriosis: the perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 61, p. 433-238, 2006.

FLECK, M.P.A.; LAFER, B.; SOUGEY, E.B.; DEL PORTO, J.A.; BRASIL, M.A.; JURUENA, M.F. *Diagnóstico e Tratamento da Depressão*. Associação Brasileira de Psiquiatria: Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.

FLOR, H. Psychological pain interventions and neurophysiology: implications for a mechanism-based approach. *The American psychologist*, v. 69, n.2, p. 188-196, 2014.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, n.1, p. 150-170, 1985.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; GRUEN, R.J.; DELONGIS, A. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 50, n.3, p. 571-579, 1986.

FRITZER, N.; HAAS, D.; OPPELT, P. et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, v.169, p. 392-396, 2013.

FURLAN, F. L.Paula. *Sentimento de raiva em mulheres com endometriose*. 2010. 63f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Pós-Graduação da

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

GATCHEL, R. et al. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *The American psychologist*, v. 69, p. 119-130, 2014.

GONÇALVES, M.O. et al. Transvaginal ultrasound for diagnosis of deeply infiltrating endometriosis. *Int J Gynecol Obstet*, v. 104, n. 2, p. 156-60, 2009.

GONÇALVES, M.O. et al. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers affected in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod*, v. 25, n. 3, p. 665-671, 2010.

GRAAF, A.A. et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, v. 28, n.10, p. 2677-2685, 2013.

HANSEN, K. et al. The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: a study of Danish endometriosis patients in employment. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, v.169, p. 331-339, 2013.

HUSKISSON, E.C. Measurement of pain. *Lancet*, v. 2, p.1127-1131, 1974.

JENSEN, M.P.; TURK, D.C. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to all psychologists. *The American psychologist*, v. 69, p. 105-118, 2014.

JIA, S.Z.; LENG, J.H.; SHI, J.H.; SUN, P.R.; LANG, J.H. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *Journal of ovarian research*, v. 5, n.1, p. 29, 2012.

JUNG, C.G. A energia psíquica. In: *Obras Completas*, v. 8/1. RJ: Vozes, 2011.

JUNG, C.G. A vida simbólica. In: *Obras Completas*, v. 18/1. RJ: Vozes, 2011.

KAATZ, J.; SOLARI-TWADELL.; P.A.; CAMERON, J.; SCHULTZ, R. Coping with endometriosis. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN/NAACOG*. 39: 220-225, 2010.

KEMENY, M.E. Emotions and the Imunne System. In: ADLER, R. *Psychoneuroimmunology*. Fourth edition. Elsevier, 2007, v. I, cap. 29, p.619-629.

KENNEDY, S. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction* v 20, n.10, p. 2698-2704, 2005.

KONINCKX, P.R.; MARTIN, D.C. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Fertil Steril*, v. 58, n.5, p. 924-928, 1992.

- LAUFER, M.R.; SANFILIPPO, J.; ROSE, G. Adolescent Endometriosis: Diagnosis and Treatment Approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, v. 16, p. 3-11, 2003.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal os Personality*, v. 1, p. 141-169, 1987.
- LIPP, M.E.N. *Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp* (ISSL). 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- LORENÇATTO, C. et al. Avaliação da Frequência de Depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras*, v. 48, n.3, p. 217-221, 2002.
- LORENÇATTO, C. et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras*, v. 53, n.5, p. 433-438, 2007.
- MAIA, A.C. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Teoria, Investigação e Prática*, v. 2, p. 207-225. Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal, 2002.
- MARTIN, C. E.; JOHNSON, E.; WECHTER, M. E.; LESERMAN, J.; ZOLNOUN, D. Catastrophizing: a predictor of persistent pain among women with endometriosis at one year. *Human reproduction*, v. 26, p. 3078-3084, 2011.
- MELLO, M. A. *Endometriose: percepção da doença e estratégias de enfrentamento*. 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.
- MELZACK, R.; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology*, v.11, n.2, p. 89-90, 1967.
- MEYER R. Uber den Staude der Frage der Adenomyosites Adenomyoma in allgemeinen und adenomyonetitis Sarcomatosa. *Zentralbl Gynakol*, v. 36, p. 745-759, 1919.
- MINSON, F. P. et al. A importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 34, n1, p. 11-15, 2012.
- MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, v. 349, p.1436-1442, 1997.
- NACUL, A.P.; SPRITZER, P.M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 32, n. 6, p.298-307, 2010.

NEZHAT, C. et al. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments. *Fertility and Sterility*. Elsevier, v. 98, n. 65, p. S1-62, 2012.

NISOLLE, M.; DONNEZ, J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*, v. 68, n. 4, p. 585-96, 1997.

NORMAN, S.; LUMLEY, M.; DOOLEY, J.; DIAMOND, M. For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in a randomised trial among women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, v. 6, p. 174-183, 2004.

NOGUEIRA, M.H. O sequestro de uma vida: endometriose e dor crônica, perseverança e fé. In: *Biblioteca 24horas*. São Paulo: Seven System, 2010. p. 209-212.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS – Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>. Acesso em: 20 ago. 2014, às 17h15.

PEREIRA, R.M. Transvaginal ultrasound after bowel preparation to assist surgical planning for bowel endometriosis resection. *Int J Gynecol Obstet*, v. 104, p. 161, 2009.

PETRELLUZZI, K.; GARCIA, M.; PETTA, C.A. et al. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, v.11, p.390-397, 2008.

PETRELLUZZI, K.; GARCIA, M.; PETTA, C.A. et al. Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. v.33, p.191-198, 2012.

PODGAEC S. Endometriose. In: LOPES, A. C. (Ed.). *Clinica Medica diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2014a.

PODGAEC, S. Coleção Febrasgo: Endometriose. RJ: Elsevier, 2014b.

PODGAEC, S.; ABRÃO, M.S.; DIAS JÚNIOR, J.A.; RIZZO, L.V.; OLIVEIRA, R.M.; BARACAT, E.C. Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component. *Hum Reprod*, v. 22, n.5, p.1373-1379, 2007.

RABIN, B. *Stress: A System of the Whole*. In: ADLER, R. *Psychoneuroimmunology*. Fourth edition. Elsevier, 2007, v. II, cap. 33, p.709-722.

RAMOS, D.G. *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus, 2006.

REVISED American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*, v. 67, p. 817-21, 1997.

RIBEIRO, J. L. P.; RODRIGUES, A. P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 5, n.1, p. 3-15, 2004.

RUBI-KLEIN, K. et al. Is acupuncture in addition to conventional medicine effective as pain treatment for endometriosis? A randomised controlled cross-over trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier, v. 153, p. 90-93, 2010.

SAMPSON, J.A. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation. *Am J Panthol*. v.3, p. 93-109, 1927.

SELYE, H. *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa, 1959.

SEPULCRI, R.P.; AMARAL V. F. Depressive symptoms, anxiety and quality of life in womem with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Ginecology and Reprodutive Biology*. Elsevier, v. 142, p. 53-56, 2009.

SKULADOTTIR, H.; HALLDORSOTTIR, S. Women in chronic pain: sense of control and encounters with health professionals. *Qualitative Health Research*, v. 18, n. 7, p. 891-901, 2008.

SPINELLI, M. R. (Org). *Introdução à Psicossomática*. São Paulo: Ateneu, 2010.

STRZEMPKO BUTT, F.; CHESLA, C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qualitative health research*, v. 17, p. 571-585, 2007.

SULLIVAN M.J. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*, v. 17, p. 52-64, 2001.

THOMAS, E.; MOSS-MORRIS, R.; FAQUHAR, C. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*, v. 60, p. 109-112, 2006.

THOTH, B. *Stress, inflammation and endometriosis: are patients stuck between a rock and a hard place?* *Journal of molecular medicine* (Berlin, Germany), v. 88, p. 223-225, 2010.

VERCELLINI, P. et al. Deep endometriosis and attractiveness. *Fertility and Sterility*, v. 99, n.1, janeiro, 2013.

WAYNE, P.M. et al. Japanese-Style Acupuncture for Endometriosis-Related Pelvic Pain in Adolescents and Young Women: results of a randomized sham-controlled trial. *J Pediatric Adolesc Gynecol*, v. 21, p. 247-257, 2008.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, v. 92, n. 5), 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE I – Caracterização da amostra

Nome:	Data: / /
Telefones:	Idade:
Email:	
Ocupação:	

Estado civil: () solteira () casada () divorciada () viúva () união estável
Etnia: Branco () Negro () Indígena () Pardo () Mulato () Amarelo ()
Escolaridade: () fundamental () médio () superior () pós-graduação
Renda familiar: () 01 salário mínimo () Até 02 salários mínimos; () De 02 a 04 salários mínimos; () Superior a 05 salários mínimos.

Idade da menarca (primeira menstruação):
Sempre sentiu dores (cólicas) desde a menarca? () Sim () Não
Há quanto tempo foi diagnosticada com endometriose?
Tem filhos? () Não () Sim Quantos?
Possui infertilidade atual? () Sim () Não
Faz algum tratamento psicológico/terapia? () Sim () Não
Faz uso de alguma medicação psiquiátrica? () Não () Sim
Qual(is)?
Já foi operada devido à endometriose? () Não () Sim Quando?
Está no aguardo para cirurgia da endometriose? () Sim () Não
Não tem indicação cirúrgica ()
Toma alguma medicação para endometriose? () Não () Sim
Qual(is)?

Assinale os sintomas que possui (pode assinalar mais de um):
() cólicas em períodos variados, mesmo fora do período menstrual
() cólicas durante o período menstrual
() dor durante a relação sexual
() dor ao urinar durante ou fora o período menstrual
() dor ao evacuar durante ou fora o período menstrual

Você considera que passa por alguma situação estressante na sua vida?
() Não () Sim – em caso positivo, assinale abaixo:
Em sua análise, este <i>stress</i> está relacionado principalmente a:
() dor; () questões amorosas; () questões sexuais; () questões familiares;
() infertilidade; () questões profissionais; () outras

ANEXOS

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO : .M F
 DATA NASCIMENTO:/...../..... ENDEREÇO
 Nº APTO: BAIRRO:
 CIDADE CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO: M F
 DATA NASCIMENTO:/...../..... ENDEREÇO
 Nº APTO: BAIRRO:
 CIDADE CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DA PESQUISA: VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA ENDOMETRIOSE.

PESQUISADOR: Lilian Donatti CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRP 06/65847
 UNIDADE DO HCFMUSP: Mestranda da PUC/SP

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
 RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO RISCO BAIXO RISCO MAIOR

3. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ano (2014)

4 – Desenho do estudo e objetivo(s): A endometriose é uma doença ginecológica que atinge cerca de 6 milhões de mulheres brasileiras. Você está sendo convidada, de forma voluntária, para participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender como a mulher com endometriose convive com essa doença no seu dia a dia;

5 – Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um pequeno questionário inicial, com a finalidade de caracterizar a participante da pesquisa e completar escalas de múltipla escolha sobre os assuntos: enfrentamento de situações diárias de vida, *stress*, depressão e percepção de dor.

6 – Esta pesquisa não oferece nenhum tipo de risco a você.

7 - O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico, uma vez que os dados desta pesquisa serão utilizados para a defesa de Dissertação de Mestrado da pesquisadora.

8 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a mestranda Lilian Donatti, que pode ser encontrada no endereço Rua Monte Alegre, 984 Perdizes, São Paulo-SP, CEP: 05014-901. Telefone(s) (11) 9 9231.3293 email: lgdonatti@hotmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-7585.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável _____ Rubrica do pesquisador _____

9 – 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.

10 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente;

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

12 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante, em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

13 - 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 “VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA ENDOMETRIOSE”.

Eu discuti com a mestrandia Lilian Donatti 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 deste 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 pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

(Somente para o responsável do projeto)

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 II – Parecer consubstanciado do CEP – PUC-SP

ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP – HCFMUSP

ANEXO IV - Cope Breve

RIBEIRO, J.L.; RODRIGUES, A.P. (2004)

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o *stress* na sua vida, desde que soube que tem a doença e o que ela implica (tratamento, cirurgia, exames etc.). Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como **você** tentou lidar com esse problema. Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz. Quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido eficaz ou não - mas se fez ou não fez isso. Verifique a legenda para a resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi ou é **para você**, com o máximo de verdade.

0- nunca faço isto

1- faço isto poucas vezes

2- em média é isto que faço

3- faço isso quase sempre

		0	1	2	3
1	Busco outras atividades para me distrair da situação				
2	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3	Tenho dito para mim mesma: "isto não é verdade"				
4	Uso álcool ou outras drogas (comprimidos etc.) para me sentir melhor				
5	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6	Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo				
7	Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8	Recuso-me a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo				
9	Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
10	Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
11	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
12	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
13	Procuo o conforto e compreensão de alguém				
14	Desisto de me esforçar para obter o que quero				
15	Procuo algo positivo em tudo o que está acontecendo				
16	Enfrento a situação, levando-a para a brincadeira				
17	Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras				
18	Tento aceitar as coisas tais como estão acontecendo				
19	Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)				
20	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
21	Tento aprender a viver com a situação				
22	Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
23	Rezo ou medito				
24	Enfrento a situação com humor				
25	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
26	Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
27	Faço críticas a mim própria				
28	Culpo-me pelo que está acontecendo				

