

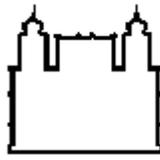


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**RELAÇÃO ENTRE DOR E LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES DE ENDOMETRIOSE:
UM ESTUDO COM FOCO EM PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO

Rio de Janeiro
Agosto de 2013



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**RELAÇÃO ENTRE DOR E LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES DE ENDOMETRIOSE:
UM ESTUDO COM FOCO EM PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA**

LILIAN DE CARVALHO ARAGÃO

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marlon de Freitas Fonseca

Rio de Janeiro
Agosto de 2013

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

A659r Aragão, Lilian de Carvalho

Relação entre dor e localização das lesões de endometriose: um estudo com foco nas portadoras de endometriose profunda. Lilian de Carvalho Aragão/ Rio de Janeiro, 2013.

76f.: il.

Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Marlon de Freitas Fonseca

Bibliografia: f.47-51

1. Endometriose. 2. Localização. 3. Qualidade de vida. 4. Dor.
I. Título.

CDD 22.ed. 618.1

Ao meu marido, aos meus pais e a todos amigos
presentes nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pelo incentivo, pelos grandes ensinamentos e pela paciência.

Aos colaboradores da pesquisa pelo envolvimento e dedicação.

Aos professores que nos trouxeram informações imprescindíveis nesta jornada.

Aos professores da Banca Examinadora pela disponibilidade e compromisso com a defesa de minha dissertação.

À Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) por ter me acolhido na sua instituição.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter incentivado mais uma vez a pesquisa no nosso país.

“NADA DE GRANDE SE FAZ SEM PAIXÃO”.

Friedrich Hegel

RESUMO

Introdução: A endometriose é a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina que afeta 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. A endometriose profunda penetra mais de 5 mm de profundidade na estrutura acometida. A doença pode infiltrar diversos órgãos, provocar sintomas dolorosos intensos e conseqüentemente diminuir a qualidade de vida. As portadoras de endometriose podem ser assintomáticas em 2 a 50% dos casos. O tratamento cirúrgico se propõe a melhorar a algia e qualidade de vida (QV), porém 20% dessas mulheres submetidas a extirpação das lesões permanecem sintomáticas. O objetivo do estudo é, portanto, verificar a relação entre a dor e a localização das lesões de endometriose.

Métodos: Um estudo observacional seccional foi realizado com 72 mulheres em idade reprodutiva na cidade do Rio de Janeiro, com diagnóstico laparoscópico de endometriose profunda, no período de junho de 2011 a abril de 2013. Pacientes com qualquer doença ou trauma referido que interferisse na percepção de dor e na qualidade de vida foram excluídas. Na entrevista inicial, foram obtidos dados da anamnese, da escala visual analógica, dos questionários de QV *Short Form 36* e *Endometriosis Health Profile 30*. As pacientes tiveram os sítios anatômicos das lesões mapeados durante a cirurgia e posteriormente agrupados em compartimentos anatômicos.

Resultados: A maioria das mulheres avaliadas era nulípara, com ensino superior completo, de raça branca, com parceiro sexual, não tabagista e com mediana de idade de 35 anos. O compartimento anatômico mais prevalente foi o posterior ao útero (72,2%) e a dispareunia foi o sintoma mais freqüente (79,2%). A intensidade da dismenorréia foi estatisticamente significativa em relação à ausência de lesão no compartimento anterior ao útero ($P=0,019$), assim como a disquezia menstrual em relação à presença de lesões no retossigmóide ($P=0,009$) e nos paramétrios ($P=0,017$). A escala Dor, nos questionários de QV, não foi relacionada a nenhum compartimento.

Conclusões: A disquezia menstrual está relacionada à presença de lesão no retossigmóide e nos paramétrios, assim como a dismenorréia está associada à ausência de lesão no compartimento anterior ao útero.

Palavras-chave: endometriose profunda, localização, qualidade de vida e dor.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity that affects 10-15% of women on reproductive age. Deep infiltrating endometriosis penetrates more than 5 mm deep in the structure affected. The disease can infiltrate various organs, causing intense painful symptoms and therefore decrease the quality of life. The women with endometriosis may be asymptomatic in 2-50% of cases. Surgical treatment aims to improve the pain and quality of life (QOL), but 20% of women undergoing excision of lesions remain symptomatic. The objective of the study is therefore to investigate the relationship between pain and endometriotic lesions localization.

Methods: We conducted a cross-sectional observational study in women of reproductive age in two services in the city of Rio de Janeiro, with laparoscopic diagnosis of deep infiltrating endometriosis, from June 2011 to April 2013. We excluded patients with any illness or trauma referred that can interfere with the perception of pain and quality of life. Were obtained data from the interview, the visual analog scale, the Short Form 36 and the Endometriosis Health Profile 30 QoL questionnaires. The patients had anatomical sites mapped during surgery and subsequently grouped into anatomical compartments.

Results: We evaluated 72 patients with a median age of 35 years. Most were nulliparous, with higher education, white race, with sexual partner and nonsmoker. The posterior was the most common anatomical compartment (72.2%) and dyspareunia was the most frequent symptom (79,2%). The intensity of dysmenorrhea was statistically significant compared to lesions in the anterior compartment of the uterus ($P=.019$), as well as menstrual dischezia compared to lesions in the rectosigmoid ($P=.009$) and parametrium ($P=.017$). The pain scale in QoL questionnaires, is not related to any compartment.

Conclusions: Menstrual dischezia is related to the presence of lesion in the rectosigmoid and parametrium, as well as dysmenorrhea is associated with the absence of lesion in the anterior compartment of the uterus.

Key-words: deep infiltrating endometriosis, localization, quality of life and pain.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	1
1.1 OBJETIVO GERAL	1
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
2. REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTOS TEÓRICOS	2
2.1 ENDOMETRIOSE	2
2.2 QUALIDADE DE VIDA	6
2.2.1 <i>Short Form 36</i>	6
2.2.2. <i>Endometriosis Health Profile 30</i>	7
2.3 LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES E DOR	8
3. MATERIAIS E MÉTODOS	9
3.1 AMOSTRA	9
3.2 ESTATÍSTICA	11
3.3 ÉTICA	12
3.4 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL	12
4. RESULTADOS	13
4.1 RELAÇÃO DOS COMPARTIMENTOS ANATÔMICOS E A DOR	16
4.1.1 Compartimento posterior ao útero	16
4.1.2 Ligamentos uterossacros	19
4.1.3 Ovários	22
4.1.4 Retossigmóide	24
4.1.5 Ligamentos redondos	27
4.1.6 Compartimento anterior ao útero	29
4.1.7 Peritônio pélvico	32
4.1.8 Paramétrios	34
4.1.9 Adenomiose	37
4.2 RELAÇÃO ENTRE OS COMPARTIMENTOS ANATÔMICOS NO QUE DIZ RESPEITO À OCORRÊNCIA DE LESÃO	40
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42

6. CONCLUSÕES	45
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÊNDICE	51

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1 - Prevalências das localizações de endometriose profunda de outros estudos	4
Figura 1 – Diagrama para mapear sítios anatômicos afetados pela endometriose	5
Figura 2 – Domínios do SF36	7
Figura 3 – Domínios do EHP30	8
Figura 4 - Fluxograma da amostra de pacientes com endometriose profunda	10
Figura 5 - Histograma do número de sítios anatômicos acometidos por paciente	14
Figura 6 - Intensidade dos sintomas nos grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero	18
Figura 7 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero	19
Figura 8 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros	21
Figura 9 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros	21
Figura 10 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ovários	23
Figura 11 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ovários	24
Figura 12 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no retossigmóide	26
Figura 13 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no retossigmóide	26
Figura 14 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos	28
Figura 15 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos	29
Figura 16 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero	31

Figura 17 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero	31
Figura 18 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no peritônio pélvico	33
Figura 19 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no peritônio pélvico	34
Figura 20 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos paramétrios	36
Figura 21 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos paramétrios	36
Figura 22 - Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem adenomiose	38
Figura 23 - Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem adenomiose	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da amostra	14
Tabela 2 - Prevalência da ocorrência de lesão nos sítios anatômicos	15
Tabela 3 - Prevalência da ocorrência de lesão nos compartimentos anatômicos	16
Tabela 4 - Intensidade da EVA e das escalas de dor do SF36 e do EHP30 na amostra	16
Tabela 5 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero em relação às características da amostra	17
Tabela 6 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero em relação à dor	18
Tabela 7 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros em relação às características da amostra	20
Tabela 8 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros em relação à dor	20
Tabela 9 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ovários em relação às características da amostra	22
Tabela 10 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ovários em relação à dor	23
Tabela 11 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no retossigmóide em relação às características da amostra	25
Tabela 12 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no retossigmóide em relação à dor	25
Tabela 13 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos em relação às características da amostra	27
Tabela 14 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos em relação à dor	28
Tabela 15 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero em relação às características da amostra	30
Tabela 16 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero em relação à dor	30
Tabela 17 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no peritônio pélvico em	32

relação às características da amostra	
Tabela 18 - Comparação entre o grupos com e sem lesão no peritônio pélvico em relação à dor	33
Tabela 19 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos paramétrios em relação às características da amostra	35
Tabela 20 - Comparação entre o grupos com e sem lesão nos paramétrios em relação à dor	35
Tabela 21 - Comparação entre o grupos com e sem lesão na adenomiose em relação às características da amostra	37
Tabela 22 - Comparação entre o grupos com e sem lesão em adenomiose em relação à dor	38
Tabela 23 - Relação entre as localizações de endometriose e a dor	40
Tabela 24 - Associação dos compartimentos anatômicos	41

LISTA DE ABREVIATURAS

CEVESP – Centro de Videoendoscopia São Paulo

DIU – dispositivo intra-uterino

EHP30 – *Endometriosis Health Profile 30*

EP – endometriose profunda

EUA – Estados Unidos da América

EVA – escala visual analógica

FDS – fundo-de-saco

GnRH – *gonadotrofina releasing hormone*

IFF – Instituto Fernandes Figueira

LUS – ligamentos uterossacos

Max – máximo

Min. – mínimo

P₁₀ – percentil 10

P₉₀ – percentil 90

QV – qualidade de vida

QoL – *quality of life*

SF36 – *Short Form 36*

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A endometriose é uma doença crônica benigna que afeta 10 a 15% de mulheres em idade reprodutiva e caracteriza-se pela implantação de tecido endometrial fora da cavidade uterina (Ballester *et al.*, 2011). É uma doença com etiologia e evolução ainda não completamente esclarecidas. A endometriose profunda (EP) é o tipo de endometriose que infiltra mais de 5 mm de profundidade a estrutura acometida. Este tipo de endometriose pode estar localizada em diversos órgãos, como nos ligamentos uterossacros (LUS), retossigmóide, vagina, bexiga, etc. (Darai *et al.*, 2007).

A endometriose profunda provoca sintomas dolorosos intensos e, conseqüentemente, exerce importante impacto na qualidade de vida (QV) das pacientes (Chêne *et al.*, 2008). Apesar disso, sabe-se que 2 a 50% das portadoras podem ser assintomáticas (Luisi *et al.*, 2009). Portanto, esta heterogeneidade entre as mulheres portadoras de endometriose desperta o interesse no estudo da relação dos diferentes tipos de dor com a localização da doença.

O tratamento da endometriose visa a melhora dos sintomas e orienta-se pelas localizações das lesões. Hsu *et al.* concluíram que a retirada de todas as lesões promovem o alívio a dor e, conseqüentemente, melhora a qualidade de vida das portadoras de endometriose. Porém, sabe-se que 20% das pacientes podem permanecer sintomáticas após a extirpação dos focos de endometriose e 50% podem necessitar de um novo procedimento cirúrgico (Hsu *et al.*, 2011). Além disso, este tipo de tratamento não é livre de complicações, especialmente quando há envolvimento intestinal (Benbara *et al.*, 2008).

1.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a relação entre dor e localização das lesões de endometriose.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a prevalência dos principais sintomas dolorosos associados à endometriose profunda, bem como suas respectivas intensidades através de uma escala visual analógica (EVA).
- Verificar a prevalência de ocorrência de lesão em diferentes sítios anatômicos.
- Estimar a relação entre o número total de sítios anatômicos acometidos pela endometriose e a ocorrência de lesão em cada compartimento anatômico.

- Estimar a relação entre a ocorrência de lesão em cada compartimento anatômico e a intensidade dos principais sintomas dolorosos.
- Estimar a relação entre a ocorrência de lesão em cada compartimento anatômico e os escores de QV referentes ao domínio dor obtidos pelos questionários SF36 e EHP30.
- Comparar os diferentes compartimentos anatômicos em relação à ocorrência ou não de lesão de endometriose.

2. REVISÃO DA LITERATURA E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 ENDOMETRIOSE

A endometriose é a implantação de glândulas e/ou estroma endometrial em outras estruturas que não a cavidade do útero. É uma doença com diversas incertezas em relação à sua etiologia, evolução, bem como ao tratamento e suas conseqüências (Darai *et al.*, 2010).

Existem algumas hipóteses para a etiologia da endometriose. A mais aceita é a teoria de Sampson, que explica o aparecimento da endometriose a partir da menstruação retrógrada, ou seja, o fluxo menstrual segue pelas trompas até a cavidade abdominal onde se deposita (Lasmar *et al.*, 2012a). Acredita-se que alterações no sistema imunológico, como o estímulo de fatores de crescimento celular, as alterações nos macrófagos, células *natural killers* e linfócitos, e a ação de mediadores inflamatórios (prostaglandinas) sejam responsáveis pela implantação de células endometrióticas nas portadoras de endometriose, já que a menstruação retrógrada pode ocorrer em mulheres saudáveis. Além do fator imunológico, haveria também a participação do fator genético e dos fatores ambientais (Ballester *et al.*, 2012, Larosa *et al.*, 2010).

As lesões de endometriose são polimorfas, ou seja, podem ter várias características. Elas podem ser avermelhadas, amarronzadas, pretas, azuladas, amareladas, brancas e inclusive mistas. Suas características mudam de acordo com o tempo; no início costumam ter uma coloração avermelhada, transgredindo para as escurecidas (pretas) e então atingindo a coloração esbranquiçada (Stegmann *et al.*, 2008). Quando se trata de características das lesões endometrióticas, há que se considerar também a extensão da doença e profundidade da lesão para determinar se esta é superficial ou profunda, ou ainda, se acomete apenas um ou mais órgãos.

A endometriose pode ser subdividida em três tipos: endometriose superficial, endometriomas (cistos de endometriose no ovário) e a endometriose profunda (EP). A profunda é aquela que penetra mais de 5 mm as estruturas anatômicas e/ou órgãos pélvicos e representa 20% das pacientes com diagnóstico de endometriose (Fauconnier e Chapron, 2005, Lasmar *et al.*, 2012a).

Além da endometriose ter lesões polimorfas e apresentações diversas, ela também pode ser multifocal, especialmente na EP. O principal local acometido pela EP é o compartimento posterior, onde se encontram os sítios anatômicos com maior frequência de lesão: o fundo-de-saco (FDS) posterior, a fossa ovariana e os ligamentos uterossacos (Dai *et al.*, 2012, Seracchioli *et al.*, 2008, Stegmann B *et al.*, 2008, Chapron *et al.*, 2003). Algumas localizações são raramente afetadas, como o trato urinário (Pérez *et al.*, 2009). O Quadro 1 resume os achados de diferentes estudos considerando a prevalência de ocorrência de lesão de endometriose profunda em diferentes localizações.

A endometriose provoca sintomas como dismenorréia (dor pélvica no período menstrual), dor pélvica crônica (dor pélvica permanente há mais de 6 meses), dispareunia (dor na pelve durante a relação sexual) e disquezia (dor à defecação) (Dai *et al.*, 2012). Os sintomas dolorosos podem ser quantificados por uma EVA. Esta escala é unidimensional, e consiste em uma linha reta numerada de 10 cm, onde uma extremidade corresponde a ausência de dor (0) e a outra a pior dor imaginável (10), para cada um dos sintomas avaliados. A paciente marca um ponto sobre a linha correspondente ao grau de sua dor e este é medido com uma régua graduada para obtenção da intensidade da dor referida (Price *et al.*, 1983).

O diagnóstico definitivo da endometriose é feito pela visão e palpação cirúrgicas das lesões típicas, segundo o protocolo publicado em 2005 da Sociedade Européia de Reprodução Humana e Embriologia. Stegmann *et al.* (2008) compararam os achados laparoscópicos com os resultados anatomopatológicos encontrando uma sensibilidade de 98% e especificidade de 21%. Com a prática da laparoscopia para confirmação da endometriose, surgiu a necessidade de padronizar a descrição dos achados cirúrgicos. A classificação mais utilizada nos estudos que avaliam dor e localização das lesões de endometriose é a classificação revisada da *American Fertility Society*, a qual não mostrou relação consistente com os sintomas dolorosos e nem com a QV (Seracchioli *et al.*, 2008, Chêne *et al.*, 2008, Chapron *et al.*, 2003). Em

2012, Lasmar *et al.* criaram um diagrama para mapear as áreas anatômicas afetadas pela endometriose definindo os principais sítios (Figura 1).

Quadro 1. Prevalências percentuais de ocorrência de lesão de endometriose profunda em diferentes localizações verificadas em outros estudos.

	Dai Y <i>et al.</i> 2012 n=177	Ballester <i>et al.</i> 2011 n=153	Chêne <i>et al.</i> 2008 n=111	Stegmann <i>et al.</i> 2008 n=110	Fauconnier <i>et al.</i> 2002 n=225
Idade (média ± DP)	33,9 ± 5,5	33 (21-55)*	32,5 ± 6,3	31,5 ± 7,2	31,1 ± 6,2
Numero total de lesões (média ± DP)	3,6 ± 1,4	1 - 5**	-	-	1,4 ± 0,8
COMPARTIMENTOS					
Posterior ao útero					
Retrocervical	-	81,7%	-	-	-
Vagina posterior	-	28,7%	-	-	22,2%
FDS posterior	12,0%	-	18,9%	77%	33,2%
LUS	67,1%	88,9%	-	77%	85,3%
Ovários	-	-	73,0%	-	15,6%
Retossigmóide	2,9%	54,2%	-	-	-
Anterior ao útero					
Bexiga	1,58%	-	-	-	9,3%
FDS anterior	-	-	-	-	-
Peritônio pélvico	-	-	8,1%	76%	65,9%
Paramétrios	-	23,5%	-	-	-
Septo retrovaginal	12,7%	-	-	-	-
Ureteres	3,8%	-	-	-	-
OBS.:	Todos os tipos de endometriose.	EP diagnosticada por RNM e USG TV.	Comparação de EP com endometriose superficial.	Todos os tipos de endometriose.	EP diagnosticada pela laparoscopia.

*Valores expressos em média e intervalo de confiança.

** Valores expressos em mínimo e máximo.

(-) = dado não informado

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A decisão pelo tipo de tratamento para cada paciente vai depender dos sintomas, dos objetivos da paciente e do comprometimento funcional (Lasmar *et al.*, 2012b).

O tratamento clínico consiste principalmente na interrupção farmacológica do ciclo menstrual (amenorréia iatrogênica), além de incluir a terapia analgésica e outras terapias alternativas. A amenorréia pode ser induzida pelo uso de estrógenos e progestágenos combinados, progestágenos isolados, dispositivo intra-uterino (DIU) de levonorgestrel e análogo de *gonadotrofina releasing hormone* (GnRH). Há evidência científica do retorno dos sintomas após a interrupção do tratamento hormonal ou mesmo após seu uso prolongado.

Portanto, este tratamento tende a ser eficaz apenas temporariamente (Fauconnier e Chapron, 2005, Anaf *et al.*, 2000).

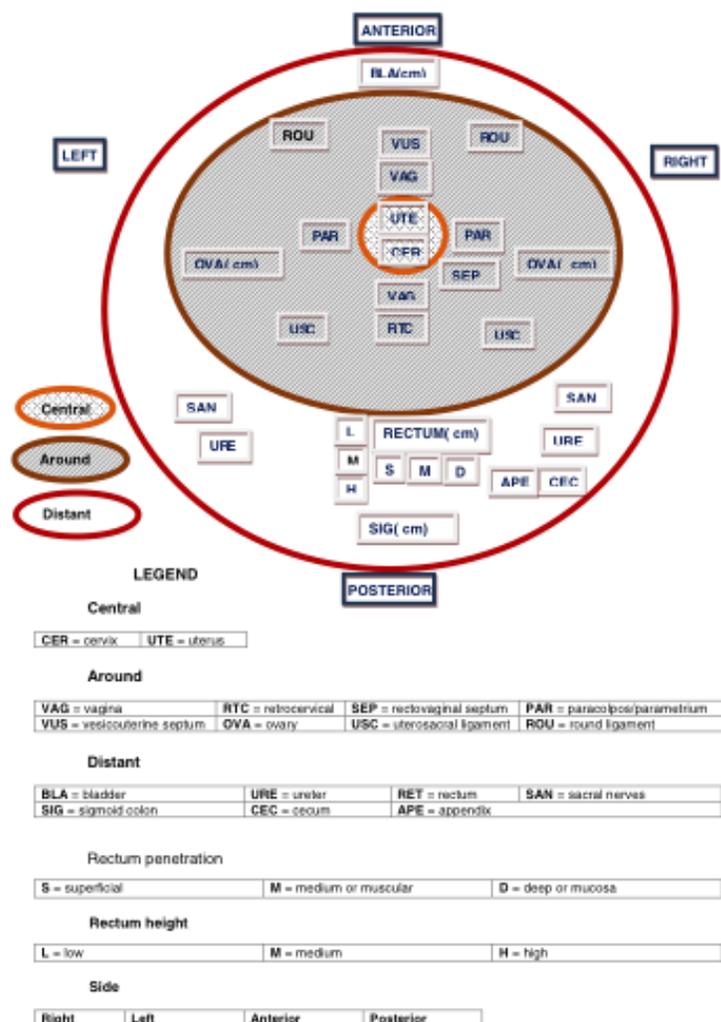


Fig. 1. Diagram to map the anatomical areas affected by endometriosis.

Figura 1. Diagrama para mapear sítios anatômicos afetados pela endometriose.
Fonte: Lasmar *et al.*, 2012a.

As indicações de tratamento cirúrgico de endometriose são a infertilidade, endometriomas volumosos (exemplo: acima de 3 cm, segundo Donnez *et al.*, 1994), dor resistente ao tratamento clínico e comprometimento funcional. O tratamento cirúrgico proposto baseia-se na determinação pré-operatória das estruturas envolvidas e consiste em extirpar todas as lesões de endometriose identificadas visualmente, visando reduzir a intensidade da dor, diminuindo a recorrência da doença e melhorando a QV da paciente

(Fauconnier *et al.*, 2002). No entanto, sabe-se que pode haver uma taxa de recorrência dos sintomas e de lesões de endometriose de 10 a 55% no período de 1 ano após a cirurgia (Vercellini *et al.*, 2009; Guo *et al.*, 2009).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito subjetivo multidimensional, o qual compreende aspectos físicos, psicológicos e sociais de bem-estar. Pode ser relacionada, por exemplo, a uma doença específica ou ao seu tratamento (Mengarda *et al.*, 2008).

Nas portadoras de endometriose, a QV é afetada, pois as mesmas tendem, gradativamente, a não exercer normalmente suas atividades habituais, diminuindo sua produção profissional e interferindo na vida social e sexual (Lasmar *et al.*, 2012a).

Instrumentos de avaliação global da QV têm sido criados para dimensionar o impacto da doença através de questionários, os quais interrogam sobre o estado atual da afecção, além de questões sobre funcionamento físico, psicológico e social (Mengarda *et al.*, 2008). Com o emprego destes instrumentos, os estudos considerando a QV podem ser quantificados e conduzidos pela perspectiva da paciente (Jones *et al.*, 2004).

Alguns instrumentos para avaliação de qualidade de vida podem ser genéricos (inespecíficos) para utilização de forma global em qualquer patologia, como é o caso do SF36 (Darai *et al.*, 2010).

Existem, todavia, questionários mais específicos a certas condições, como é o caso do EHP30, o qual aborda perguntas relacionadas à endometriose sendo, provavelmente, mais sensível às mudanças nos escores de qualidade de vida da afecção em questão (Jones *et al.*, 2004; Jones *et al.*, 2001).

2.2.1 Short Form 36

O SF36 é um questionário de QV dividido em duas dimensões, uma formada pelo resumo do componente físico e a outra pelo componente mental (Figura 1). A avaliação da primeira parte possui dez perguntas sobre a função física, duas sobre dor e quatro sobre aspectos físicos. A avaliação do componente mental é feita por duas questões de função social, cinco de saúde mental e três de aspecto emocional. Ainda há cinco perguntas sobre vitalidade e cinco sobre saúde geral que não correspondem a nenhum componente específico

(Darai *et al.*, 2010). A melhor qualidade de vida é estimada quando o escore for igual a 100, enquanto a pior qualidade de vida corresponde ao escore de 0.

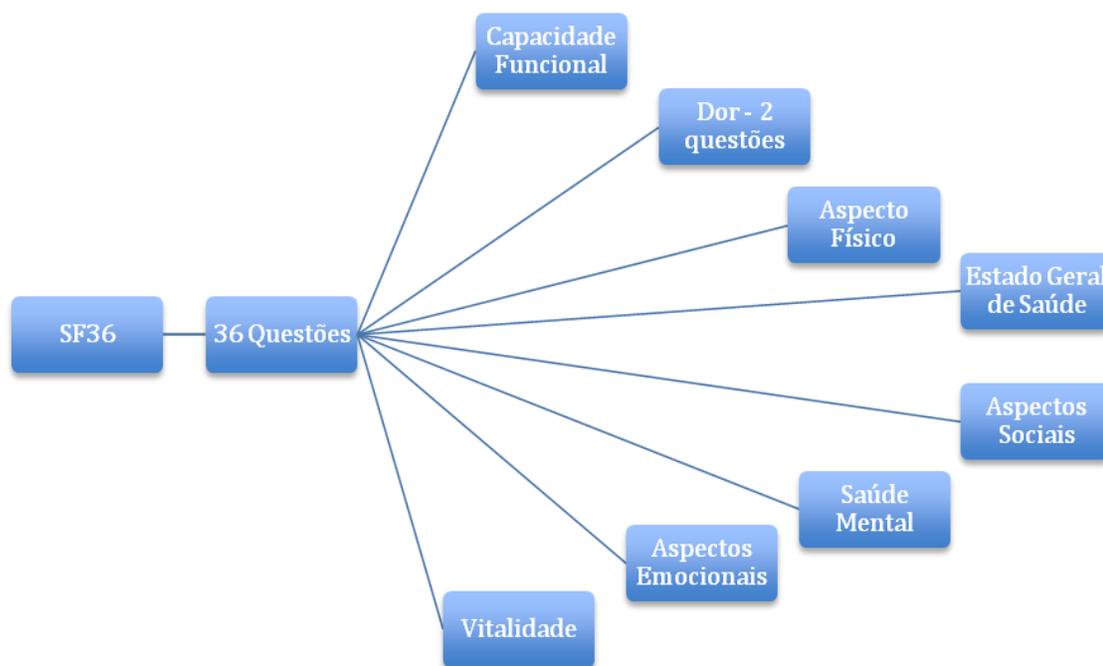


Figura 2. Domínios do SF36

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

2.2.2 Endometriosis Health Profile 30

O EHP30 foi desenvolvido por Jones *et al.*, em 2001, focando nos aspectos mais freqüentemente associados à endometriose. O questionário é composto de trinta perguntas que incluem dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e auto-imagem, além de uma dimensão composta por vinte e três perguntas não obrigatórias que englobam relações sexuais, trabalho, relação com os médicos, infertilidade, relacionamento com os filhos e tratamento (Mengarda *et al.*, 2008). O EHP30 produz escalas inversamente proporcionais ao SF36, ou seja, a melhor qualidade de vida tem escore igual a 0 e a pior qualidade de vida tem escore igual a 100.

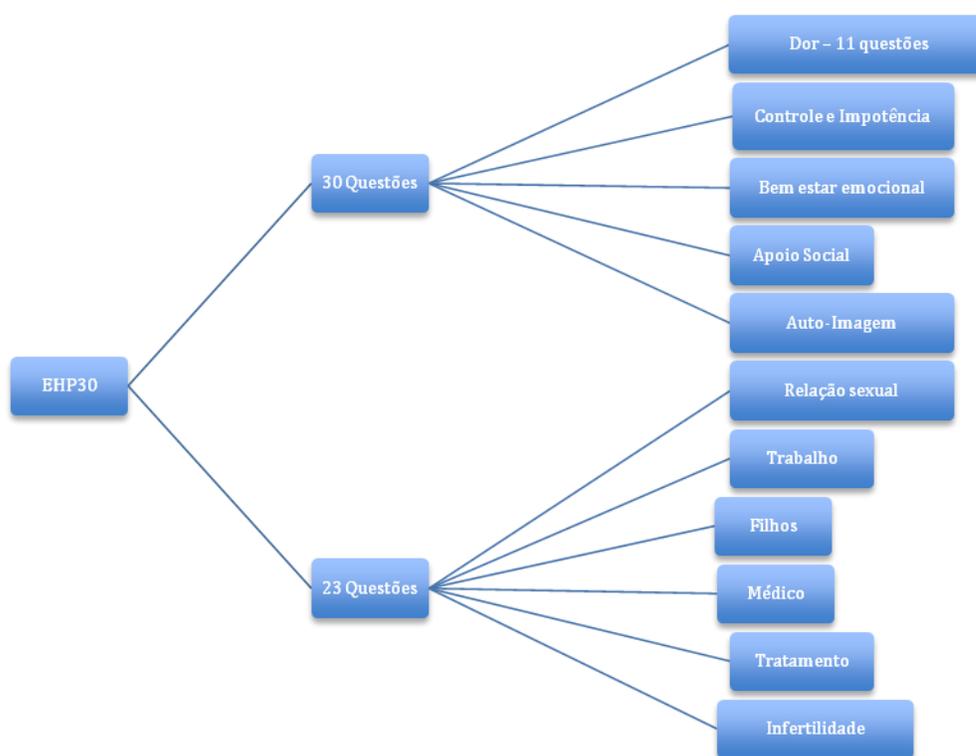


Figura 3. Domínios do EHP30

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

2.3 LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES E DOR

A relação dos sintomas com o local afetado pela endometriose tem sido investigado desde a década de 90. Apesar de mais de uma década de estudos, ainda há muito o que esclarecer sobre este assunto já que os achados muitas vezes são inconsistentes. Por outro lado, as relações das localizações das lesões com os diferentes domínios da qualidade de vida (em especial, o da dor) não foram confirmadas (Roman *et al.*, 2012, Chêne *et al.*, 2008).

A dismenorréia é encontrada mais frequentemente nas pacientes com endometriose do que nas mulheres livres da doença, e quanto maior a intensidade deste sintoma, maior o risco de ser portadora de endometriose. A intensidade da dismenorréia foi associada ao número total de implantes e à infiltração no reto e na parede vaginal posterior (Roman *et al.*, 2012, Fauconnier e Chapron, 2005, Chapron *et al.*, 2003).

A dispareunia está relacionada com a EP localizada na região posterior. Mais especificamente, a intensidade da dispareunia foi associada à presença de lesão de endometriose em qualquer topografia e ao número de implantes nos LUS. Da mesma forma, a

dispareunia também está associada à presença de lesão (OR=2.64) e a gravidade da obliteração no fundo-de-saco posterior. Diferentemente da relação com os ligamentos uterossacos e o fundo-de-saco posterior, a dispareunia mostrou uma associação negativa com a presença de lesão vesical (Dai *et al.*, 2012, Vercellini *et al.*, 2007, Fauconnier *et al.*, 2002).

A dor pélvica apresentou associação positiva com a ocorrência de lesão no intestino e fundo-de-saco posterior, bem como com o grau de infiltração em ligamentos uterossacos e em parede retal (Dai *et al.*, 2012, Fauconnier e Chapron, 2005, Fauconnier *et al.*, 2002).

A disquezia menstrual, assim como a dispareunia está relacionada à presença de lesão na região posterior. Os sítios anatômicos acometidos que apresentaram uma associação positiva com a disquezia foram a parede posterior vaginal, o septo retovaginal (diâmetro da lesão), os ligamentos uterossacos, o fundo-de-saco posterior e o reto (Roman *et al.*, 2012, Seracchioli *et al.*, 2008, Fauconnier e Chapron, 2005, Fauconnier *et al.*, 2002).

A endometriose ainda pode provocar sintomas menos freqüentes, como é o caso dos sintomas urinários. Um destes sintomas, a disúria, está associado à presença de lesão na bexiga e no paramétrio (Ballester *et al.*, 2011, Fauconnier e Chapron, 2005, Fauconnier *et al.*, 2002).

Os dois estudos que testaram a relação entre a percepção de dor na qualidade de vida e a localização das lesões de endometriose não confirmaram esta relação: ambos utilizaram somente o questionário de qualidade de vida SF36 (Roman *et al.*, 2012, Chêne *et al.*, 2008).

A quantidade total de lesões nas portadoras de endometriose está associada com a intensidade da dor dos sintomas referidos pela paciente (Hsu *et al.*, 2011).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 AMOSTRA

Este estudo observacional seccional foi realizado de junho de 2011 a abril de 2013. Foram selecionadas pacientes atendidas em um serviço público (Instituto Fernandes Figueira, IFF) e em um serviço particular especializado em endometriose (Centro de Videoendoscopia São Paulo, CEVESP), ambos na cidade do Rio de Janeiro. A conduta terapêutica para tratamento da endometriose profunda atualmente adotada por ambos serviços seguem em concordância com as diretrizes da *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) e

com a *European Society of Human Reproduction and Embriology* (ESHRE) (Rogers et al., 2009).

Neste estudo, foram incluídas pacientes alfabetizadas em idade reprodutiva com diagnóstico de endometriose profunda confirmado pela laparoscopia. Utilizamos como critério de exclusão pacientes que relataram alguma outra condição a qual pudesse influenciar a percepção de qualidade de vida e dor. Exemplos: fibromialgia, doença inflamatória pélvica, hemorróida, trauma grave, doenças psiquiátricas, neoplasias, perda de familiar ou cônjuge, etc. Nenhuma paciente foi excluída.

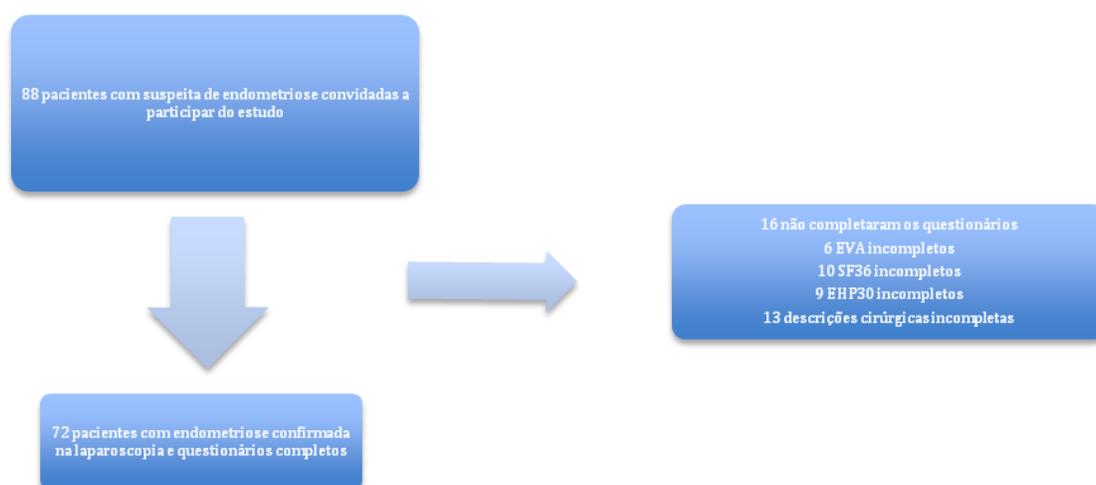


Figura 4. Fluxograma da amostra de pacientes com endometriose profunda.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Durante o primeiro contato assistencial ocorrido há menos de 6 meses da data da cirurgia, foram coletados dados da anamnese e foi solicitado à paciente que preenchesse a EVA dos sintomas dolorosos e os dois questionários de QV (SF36 e EHP30), além do termo de consentimento em participar do projeto de pesquisa no qual este estudo está inserido. Os questionários de QV utilizados neste estudo são auto-referidos (respondidos pelas pacientes sem a necessidade de entrevista) e validados na língua portuguesa e para a população brasileira (Mengarda *et al.*, 2008; Severo *et al.*, 2006).

Os dados coletados que caracterizam a amostra foram: a idade (em anos), a escolaridade (ensino médio incompleto, ensino médio completo e ensino superior completo), se possuía parceiro sexual (sim ou não), número de gestações, número de partos vaginais, número de partos cesáreos, número de abortos, tabagismo (fuma, nunca fumou e ex-tabagista) e raça (branca, negra, parda, amarela e indígena).

A localização das lesões foi determinada durante o ato cirúrgico e os sítios anatômicos individualizados a partir de uma adaptação do diagrama criado por Lasmar *et al.* (2012). A laparoscopia foi realizada em todas as pacientes por um mesmo cirurgião com mais de 20 anos de experiência em cirurgias de endometriose. Cada sítio foi dicotomizado em dois grupos (“com lesão” e “sem lesão”), não sendo considerados o diâmetro e nem o grau de infiltração das lesões. Em seguida, estes sítios anatômicos foram agrupados em 16 compartimentos anatômicos de acordo com a contigüidade anatômica ou a bilateralidade, de forma a aumentar a representatividade de cada grupo. Os compartimentos em questão foram agrupados da seguinte forma: compartimento posterior ao útero (retrocervical, FDS posterior e parede vaginal posterior), LUS (esquerdo e direito), ovários (esquerdo e direito), retossigmóide, ligamentos redondos (esquerdo e direito), compartimento anterior ao útero (bexiga e FDS anterior), peritônio pélvico, paramétrios (esquerdo e direito), adenomiose, tubas uterinas (esquerda e direita), apêndice, intestino exceto o retossigmóide (ceco, delgado e cólon), nervos pélvicos (esquerdo e direito), diafragma, assoalho pélvico e ureteres (esquerdo e direito).

Visando uma representatividade mínima dos grupos, selecionamos os compartimentos anatômicos que apresentaram prevalência de ocorrência de lesão maior que 20% para testar a associação da ocorrência de lesão com as escalas relacionadas à dor e à qualidade de vida.

3.2 ESTATÍSTICA

Os dados obtidos mediante entrevista, prontuário e os questionários auto-referidos EHP30, SF36 e EVA, foram organizados em um banco de dados do Microsoft Access.

Uma estatística descritiva foi conduzida de modo a caracterizar esta amostra de pacientes com EP e a não normalidade da distribuição dos dados foi verificada em muitas variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk. . O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para comparar dois grupos independentes em relação a uma variável numérica. O teste não

paramétrico chi quadrado (χ^2) de Pearson foi utilizado para verificar associações entre variáveis categóricas. Foram consideradas significativas as relações com P valor $<.050$. As análises estatísticas foram feitas com auxílio do programa *SPSS 20.0 for Mac* (EUA).

3.3 ÉTICA

Este estudo representa a 1ª fase do projeto de pesquisa “Qualidade de vida antes e após laparoscopia citoredutora para endometriose profunda infiltrativa em mulheres do Rio de Janeiro”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IFF (nº 0035.0.008.000-11), coordenado pelo pesquisador Marlon de Freitas Fonseca.

3.4 CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

Em relação aos escores de dor (EVA) específicos a cada sintoma avaliado neste estudo, para a identificação de uma diferença mínima de 3 unidades entre dois grupos iguais num teste bicaudal com significância de 5% e poder estatístico de 80%, estimou-se uma amostra mínima de 22 indivíduos para dismenorréia (DP=3,55), 28 para dispareunia (DP=4,00), 26 para dor pélvica (DP=3,89), 22 para disquezia menstrual (DP=3,59) e 12 para disquezia não menstrual (DP=2,60) no compartimento posterior ao útero. A diferença de 3 unidades (30%) foi definida com base no estudo de Breivik *et al.* (2008), visto que esta é a mínima suficiente para diferenciar as faixas (categorias) sugeridas para classificação da intensidade de dor em uma EVA (ausente, leve, moderada ou severa).

Em relação aos escores de qualidade de vida, o tamanho amostral foi obtido a partir dos desvios padrões dos escores de qualidade de vida geral dos questionários EHP30 (DP=31,55) e SF36 (DP=18,81), oriundos de um estudo piloto com uma amostra de 54 portadoras de endometriose profunda do Rio de Janeiro (dados preliminares do projeto mãe, os quais foram obtidos de prontuários médicos). Assim, para a identificação de uma diferença mínima de 30 unidades entre a média dos escores de qualidade de vida de dois grupos iguais num teste bicaudal com significância de 5% e poder estatístico de 80%, estimou-se uma amostra mínima de 17 e de 6 indivíduos em relação aos questionários EHP30 e SF36, respectivamente.

Os cálculos foram realizados com o auxílio do site oficial do Laboratório de Epidemiologia e Estatística – USP:

http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/qua_2_medias.html.

4. RESULTADOS

Foram selecionadas 88 pacientes, onde 16 destas mulheres (22,2%) não preencheram algum questionário ou o fizeram de forma incompleta sendo, portanto, excluídas do estudo. Em relação às idades, não houve diferença estatisticamente significativa ($P= 0,809$) entre o grupo de indivíduos que completou os questionários ($n=72$; mediana=35,0 anos; percentis 10 e 90 = 27,0 e 43,0) e o que não completou ($n=16$; mediana=35,5 anos; percentis 10 e 90 = 25,7 e 44,9).

Finalizada a seleção, avaliamos um total de 72 pacientes com idades entre 21 e 52 anos, na sua maioria nulíparas, com o ensino superior completo, de raça branca, com parceiro sexual, não tabagistas e com uma mediana de 5 sítios anatômicos com lesão de endometriose (Tabela 1 e Figura 5).

O sítio anatômico mais frequentemente acometido pela doença foi o FDS posterior; e o compartimento com maior número de sítios acometidos foi o posterior ao útero (Tabela 2). Não foram encontradas lesões no ureter esquerdo.

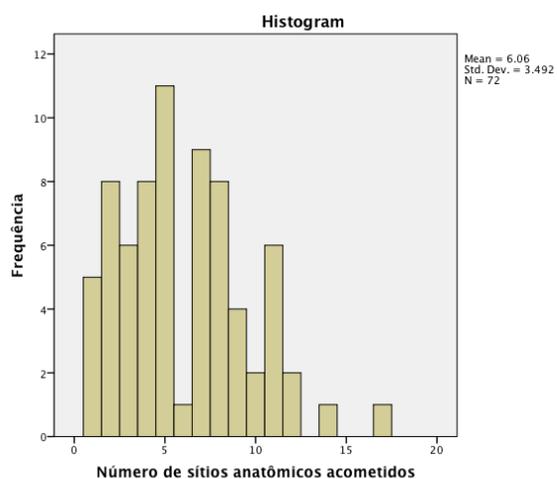
As prevalências de ocorrência dos sintomas dolorosos ($EVA>0$) calculadas a partir desta amostra de 72 indivíduos foram: 79,2% (IC95%: 69,4-88,9) para dispareunia, 73,6% (IC95%: 63,2-83,1) para dismenorréia, 66,7% (IC95%: 55,8-77,8) para dor pélvica, 52,8% (IC95%: 41,2-63,9) para disquezia menstrual e 37,5% (IC95%: 26,6-48,6) para disquezia não menstrual. A distribuição da intensidade dos sintomas está demonstrado na Tabela 3.

O número total de sítios acometidos nas portadoras de endometriose não teve relação estatisticamente significativa com as escalas de dor do SF36 e do EHP30 e nem com a intensidade dos sintomas dolorosos ($P> 0,099$).

Tabela 1. Características da amostra.

	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.
Idade*	21	27	35	43	52
Gestação*	0	0	0	2	5
Parto vaginal*	0	0	0	0	1
Parto cesárea*	0	0	0	1	2
Aborto *	0	0	0	1	2
Número de sítios acometidos*	1	2	5	11	17
	N (%)				
Escolaridade					
Ensino médio incompleto	0				
Ensino médio completo	17 (23.6%)				
Ensino superior completo	53 (73.6%)				
Não responderam	2 (2.8%)				
Raça					
Branca	54 (75%)				
Negra	0				
Parda	11 (15.3%)				
Amarela	2 (2.8%)				
Indígena	1 (1.4%)				
Não anotado	4 (5.6%)				
Parceiro sexual					
Sim	59 (81.9%)				
Não	13 (18.1%)				
Tabagismo					
Fuma	4 (5.6%)				
Nunca fumou	60 (83.3%)				
Ex-tabagista	8 (11.1%)				

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

**Figura 5.** Histograma do número de sítios anatômicos acometidos por paciente.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 2. Prevalência da ocorrência de lesão nos sítios anatômicos.

COMPARTIMENTOS	N (%)
Retrocervical	22 (30,6%)
Vagina	6 (8,3%)
FDS posterior	48 (66,7%)
Ligamento uterossacro direito	41 (56,9%)
Ligamento uterossacro esquerdo	38 (52,8%)
Ovário direito	32 (44,4%)
Ovário esquerdo	29 (40,3%)
Retossigmóide	34 (47,2%)
Ligamento redondo direito	19 (26,4%)
Ligamento redondo esquerdo	25 (34,7%)
Bexiga	14 (19,4%)
FDS anterior	21 (29,2%)
Peritônio pélvico	25 (34,7%)
Paramétrio direito	10 (13,9%)
Paramétrio esquerdo	17 (23,6%)
Adenomiose	16 (22,2%)
Tuba uterina direita	5 (6,9%)
Tuba uterina esquerda	10 (13,9%)
Apêndice	8 (11,1%)
Ceco	2 (2,8%)
Delgado	2 (2,8%)
Cólon	2 (2,8%)
Nervo pélvico direito	1 (1,4%)
Nervo pélvico esquerdo	4 (5,6%)
Diafragma	3 (4,2%)
Septo retrovaginal	1 (1,4%)
Ureter direito	1 (1,4%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 3. Prevalência da ocorrência de lesão nos compartimentos anatômicos.

COMPARTIMENTOS	N (%)
Posterior ao útero	52 (72,2%)
Ligamentos uterossacros	45 (62,5%)
Ovários	38 (52,8%)
Retossigmóide	34 (47,2%)
Ligamentos redondos	28 (38,9%)
Anterior ao útero	25 (34,7%)
Peritônio pélvico	25 (34,7%)
Paramétrios	21 (29,2%)
Adeniose	16 (22,2%)
Tubas uterinas	10 (13,9%)
Apêndice	8 (11,1%)
Intestino exceto retossigmóide	5 (6,9%)
Nervos pélvico	4 (5,6%)
Diafragma	3 (4,2%)
Septo retrovaginal	1 (1,4%)
Ureter direito	1 (1,4%)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 4. Intensidade da EVA e das escalas de dor do SF36 e do EHP30 na amostra.

	Min.,	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max	IC95
Dismenorréia	0	0	3,1	9,4	10	3,2 – 4,9
Dispareunia	0	0	7,2	10,0	10	4,9 – 6,8
Dor pélvica	0	0	3,6	9,6	10	3,2 – 5,0
Disquezia menstrual	0	0	0,3	9,5	10	1,8 – 3,5
Disquezia não menstrual	0	0	0,0	6,3	10	0,9 – 2,1
Dor SF36	0	20,6	36,4	95,2	100	31,2 – 43,5
Dor EHP30	0	4,6	61,0	72,7	100	50,3 – 62,8

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1 RELAÇÃO ENTRE OS COMPARTIMENTOS ANATÔMICOS E DOR

4.1.1 Compartimento posterior ao útero

As lesões neste compartimento foram as mais prevalentes, já que pelo menos uma lesão foi encontrada em 72,2% das 72 pacientes. Dentre os sítios anatômicos que compõem este compartimento, o FDS posterior foi o que apresentou maior prevalência de ocorrência de lesão de endometriose (66,7%), seguido pela região retrocervical e, por último, pela parte posterior da vagina.

Não houve diferença estatística entre os grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero, exceto pelo número total de sítios anatômicos afetados, o qual foi maior no grupo com lesão (Tabela 4).

Os grupos que tinham lesão e os que não tinham lesão no compartimento posterior ao útero não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV do SF36 e EHP30, assim como em relação à intensidade dos sintomas dolorosos na EVA, ou seja, a distribuição dos dados foi semelhante nos dois grupos em relação à dor (Tabela 5, Figuras 6 e 7).

Tabela 5. Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero em relação às características da amostra.

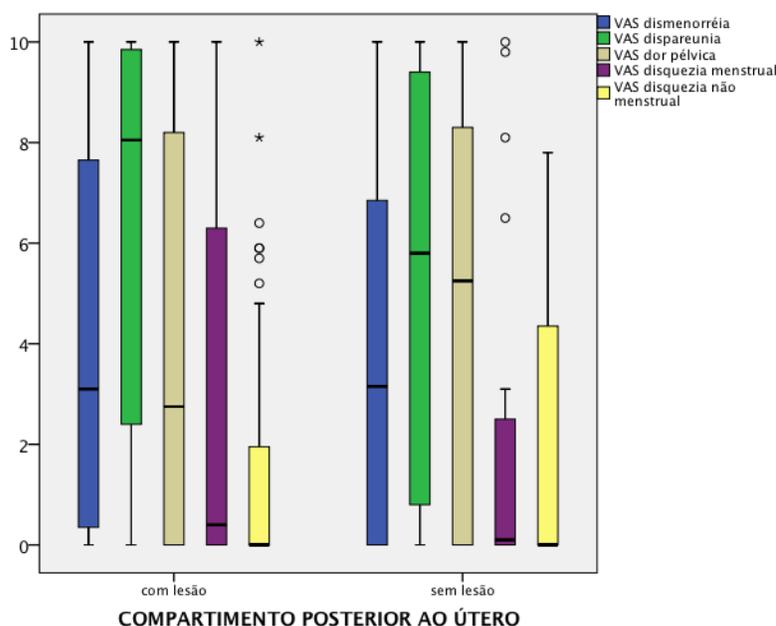
	Com lesão (n=52)					Sem lesão (n=20)					P valor
	Min. - P ₁₀ – Mediana – P ₉₀ – Max.					Min. - P ₁₀ – Mediana – P ₉₀ – Max.					
Idade*	24	28	35	43	52	21	23	34	43	46	0,225
Número total de sítios acometidos*	2	3	7	11	17	1	1	3	7	9	<0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,584
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	13 (25%)					4 (20%)					
Ensino superior completo	37 (71,2%)					16 (80%)					
Não responderam	2 (3,8%)					0					
Raça											0,744
Branca	40 (76,9%)					14 (70%)					
Negra	0					0					
Parda	8 (15,4%)					3 (15%)					
Amarela	1 (1,9%)					1 (5%)					
Indígena	1 (1,9%)					0					
Não anotado	2 (3,8%)					2 (10%)					
Parceiro sexual											0,790
Sim	43 (82,7%)					16 (80%)					
Não	9 (17,3%)					4 (20%)					
Tabagismo											0,973
Fuma	3 (5,8%)					1 (5%)					
Nunca fumou	43 (82,7%)					17 (85%)					
Ex-tabagista	6 (11,5%)					2 (10%)					

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 6. Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero em relação à dor.

	Com lesão (n=52)					Sem lesão (n=20)					P valor
	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	
EVA dismenorréia	0	0	3,1	9,5	10	0	0	3,2	9,3	10	0,737
EVA disporeunia	0	0	8,1	10	10	0	0	5,8	10	10	0,402
EVA dor pélvica	0	0	2,8	9,8	10	0	0	5,3	9,5	10	0,663
EVA disquezia menstrual	0	0	0,4	9,5	10	0	0	0,1	9,6	10	0,489
EVA não menstrual	0	0	0	5,8	10	0	0	0	7	8	0,347
SF36 Dor	0	20,6	62	100	100	12	13	51	84	100	0,618
EHP30 Dor	0	3	37,5	72,7	100	0	7,1	31,8	74,6	80	0,910

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



● **Outliers:** valor 1.5 vezes superior ao (3º quartil + amplitude interquartílica) ou 1.5 vezes inferiores ao (1º quartil - amplitude interquartílica).

***extremos:** valor 3 vezes superior ao (3º quartil + amplitude interquartílica) ou 3 vezes inferiores ao (1º quartil - amplitude interquartílica).

Figura 6. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

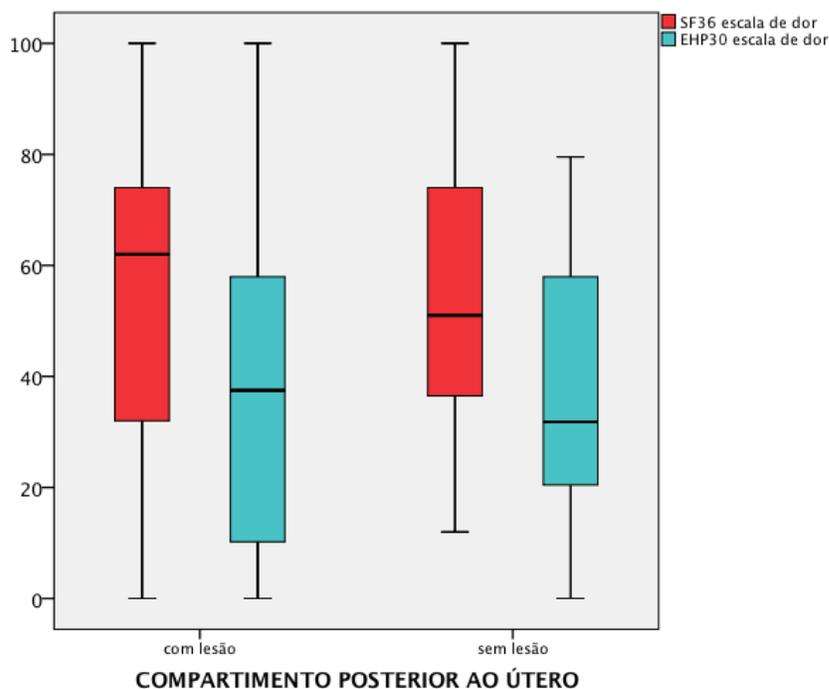


Figura 7. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no compartimento posterior ao útero.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.2 Ligamentos uterossacros

Os LUS foram o segundo compartimento anatômico mais prevalente entre os acometidos pela endometriose; o lado direito foi mais freqüente do que o lado esquerdo.

Não houve diferença estatística entre os grupos com e sem lesão nos LUS, exceto pelo número total de sítios anatômicos afetados que foi maior no grupo com lesão (Tabela 6).

Os grupos que tinham lesão e os que não tinham lesão nos LUS não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV nos dois questionários, assim como em nenhuma escala de dor dos sintomas (Tabela 7, Figuras 8 e 9).

Tabela 7. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros em relação às características da amostra.

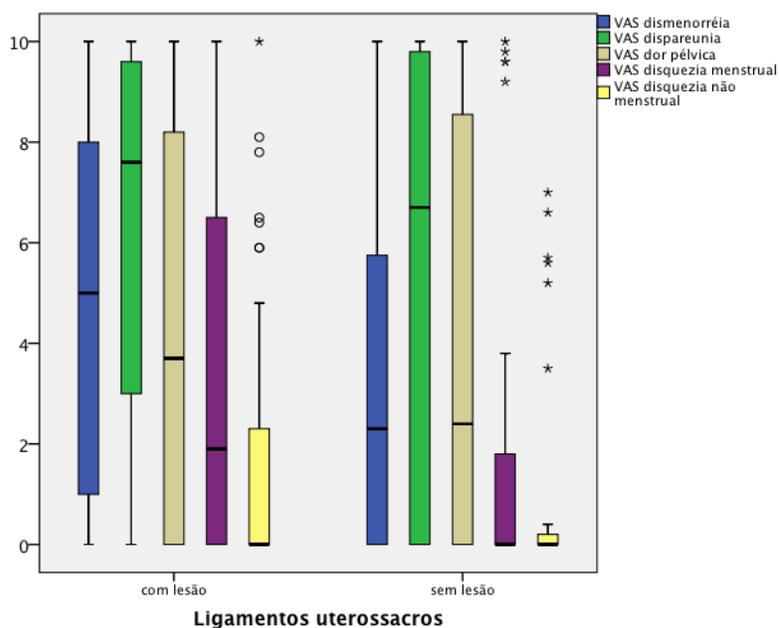
	Com lesão (n=45)					Sem lesão (n=27)					P valor
	Min.. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min.. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	21	27	35	43	46	23	28	36	44	52	0,342
Número total de sítios acometidos*	3	5	8	11	17	1	2	3	5	9	<0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,098
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	7 (15,6%)					10 (37%)					
Ensino superior completo	37 (82,2%)					16 (59,3%)					
Não responderam	1 (2,2%)					1 (3,7%)					
Raça											0,647
Branca	35 (77,8%)					19 (70,4%)					
Negra	0					0					
Parda	5 (11,1%)					6 (22,2%)					
Amarela	1 (2,2%)					1 (3,7%)					
Indígena	1 (2,2%)					0					
Não anotado	3 (6,7%)					1 (3,7%)					
Parceiro sexual											0,937
Sim	37 (82,2%)					22 (81,5%)					
Não	8 (17,8%)					5 (18,5%)					
Tabagismo											0,867
Fuma	3 (6,7%)					1 (3,7%)					
Nunca fumou	37 (82,2%)					23 (85,2%)					
Ex-tabagista	5 (11,1%)					3 (11,1%)					

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 8. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacros em relação à dor.

	Com lesão (n=45)					Sem lesão (n=27)					P valor
	Min.. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min.. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
EVA dismenorréia	0	0	5	9,5	10	0	0	2,3	9,5	10	0,222
EVA dispareunia	0	0	7,6	10	10	0	0	6,7	10	10	0,597
EVA dor pélvica	0	0	3,7	9,6	10	0	0	2,4	9,8	10	0,831
EVA disquezia menstrual	0	0	1,9	8,2	10	0	0	0	9,6	10	0,093
EVA não menstrual	0	0	0	6,4	10	0	0	0	5,9	7	0,211
SF36 Dor	0	21,2	61	100	100	10	12	61	87,2	100	0,797
EHP30 Dor	0	6,8	38,6	72,7	95	0	1,8	27,3	75,9	100	0,256

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



○ outliers

* extremos

Figura 8. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

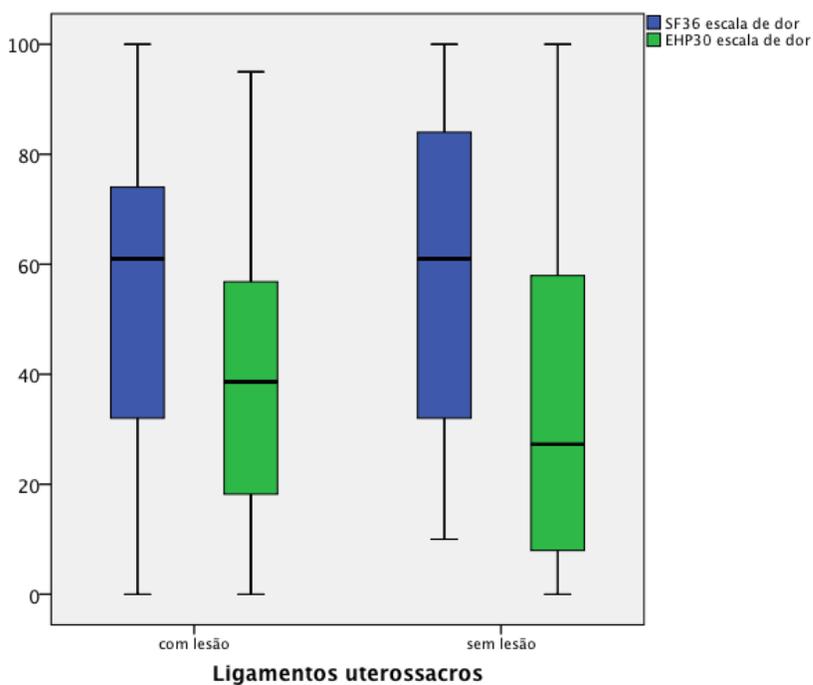


Figura 9. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ligamentos uterossacos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.3 Ovários

Houve 38 pacientes com lesão em pelo menos um dos ovários (endometriomas), sendo que 44,4% destas eram no ovário direito e 40,3% no ovário esquerdo. Não houve diferença estatística entre as características dos grupos com e sem lesão nos ovários (Tabela 8).

Os grupos que tinham lesão e os que não tinham lesão nos ovários não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV nos dois questionários, assim como na intensidade dos sintomas dolorosos (Tabela 9, Figuras 10 e 11).

Tabela 9. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ovários em relação às características da amostra.

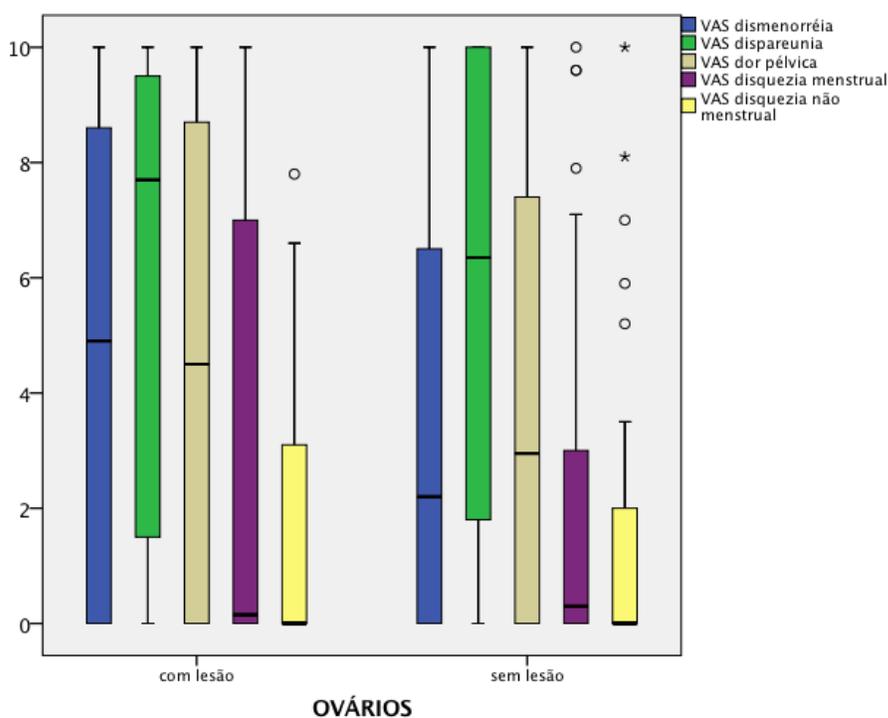
	Com lesão (n=38)					Sem lesão (n=34)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	21	26	35	43	52	27	29	36	43	46	0,165
Número total de sítios acometidos*	1	2	7	11	14	1	1	5	12	17	0,062
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,857
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	9 (23,7%)					9 (26,5%)					
Ensino superior completo	29 (76,3%)					24 (70,6%)					
Não responderam	0					1 (2,9%)					
Raça											0,471
Branca	30 (79%)					24 (70,6%)					
Negra	0					0					
Parda	5 (13,2%)					6 (17,6%)					
Amarela	0					2 (5,9%)					
Indígena	1 (2,6%)					0					
Não anotado	2 (5,2%)					2 (5,9%)					
Parceiro sexual											0,189
Sim	29 (76,3%)					30 (88,2%)					
Não	9 (23,7%)					4 (11,8%)					
Tabagismo											0,150
Fuma	4 (10,5%)					0					
Nunca fumou	30 (79%)					30 (88,2%)					
Ex-tabagista	4 (10,5%)					4 (11,8%)					

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 10. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ovários em relação à dor.

	Com lesão (n=38)					Sem lesão (n=34)					P valor
	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	
EVA dismenorréia	0	0	4,9	10	10	0	0	2,2	8,1	10	0,227
EVA dispareunia	0	0	7,7	10	10	0	0	6,4	10	10	0,657
EVA dor pélvica	0	0	4,5	9,5	10	0	0	3	9,8	10	0,968
EVA disquezia menstrual	0	0	0,2	9,6	10	0	0	0,3	8,8	10	0,707
EVA não menstrual	0	0	0	6,4	8	0	0	0	6,5	10	0,990
SF36 Dor	0	12	56	85,6	100	10	26	61,5	100	100	0,630
EHP30 Dor	0	0	35,2	75	80	0	4,6	36,4	72,7	100	0,821

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



● *Outliers*

* extremos

Figura 10. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ovários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

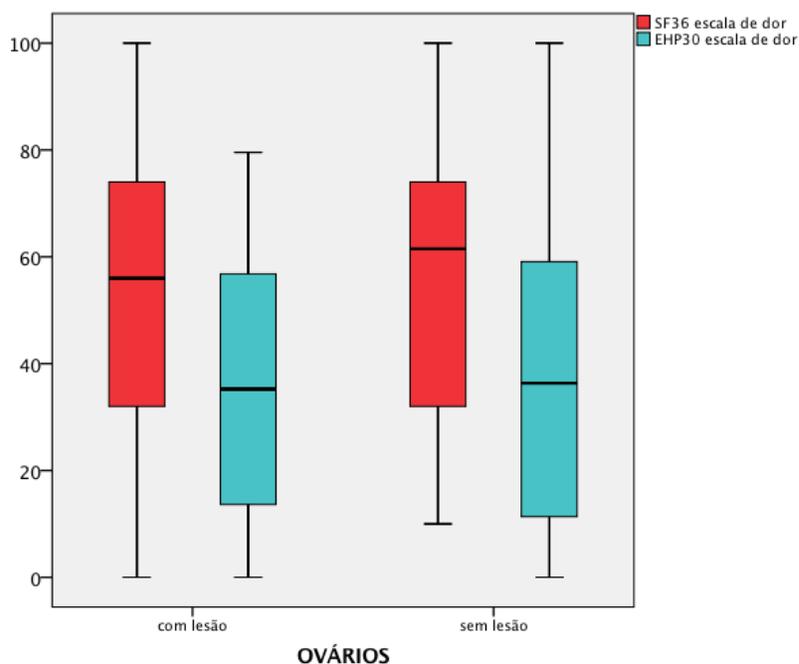


Figura 11. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ovários.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.4 Retossigmóide

As lesões neste compartimento tiveram uma prevalência de 47,2%, sendo a quarta localização mais afetada pela endometriose em nossa amostra.

Houve diferença estatística entre os grupos com e sem lesão no retossigmóide em relação à idade ($P=0,045$) e ao número total de sítios acometidos ($P=0,046$) (Tabela 10). A mediana de idade do grupo com lesão (37 anos) foi maior que no grupo sem lesão (35 anos), com uma maior dispersão no grupo sem lesão. A mediana do número total de sítios acometidos no grupo com lesão no retossigmóide (7 sítios) foi maior que no grupo sem lesão (5 sítios), assim como o máximo de sítios acometidos.

Tabela 11. Comparação entre o grupos com e sem lesão no retossigmóide relação às características da amostra.

	Com lesão (n=34)					Sem lesão (n=38)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	24	30	37	43	46	21	27	35	43	52	0,045
Número total de sítios acometidos*	1	3	7	11	17	1	1	5	11	14	0,046
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,248
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	11 (32,4%)					6 (15,8%)					
Ensino superior completo	22 (64,7%)					31 (81,6%)					
Não responderam	1 (2,9%)					1 (2,6%)					
Raça											0,704
Branca	25 (73,5%)					29 (76,3%)					
Negra	0					0					
Parda	5 (14,7%)					6 (15,8%)					
Amarela	1 (2,9%)					1 (2,6%)					
Indígena	0					1 (2,6%)					
Não anotado	3 (8,8%)					1 (2,6%)					
Parceiro sexual											0,189
Sim	30 (88,2%)					29 (76,3%)					
Não	4 (11,8%)					9 (23,7%)					
Tabagismo											0,240
Fuma	3 (8,8%)					1 (2,6%)					
Nunca fumou	29 (85,3%)					31 (81,6%)					
Ex-tabagista	2 (5,9%)					6 (15,8%)					

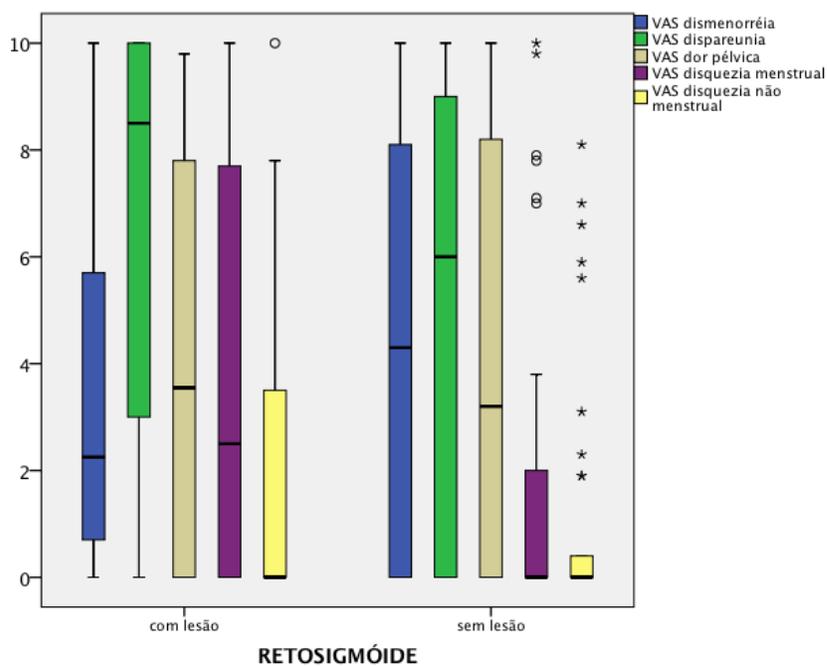
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A relação entre a presença de lesão no retossigmóide e a dor foi significativa para a intensidade da disquezia menstrual ($P=0,009$), onde o grupo com lesão apresentou intensidade mediana maior que o grupo sem lesão (Tabela 11). Podemos notar também que a dispersão é maior e mais proporcional no grupo com lesão (Figura 12).

Tabela 12. Comparação entre o grupos com e sem lesão no retossigmóide em relação à dor.

	Com lesão (n=34)					Sem lesão (n=38)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
EVA dismenorréia	0	0	2,3	8,7	10	0	0	4,3	9,6	10	0,330
EVA dispareunia	0	0	8,5	10	10	0	0	6	10	10	0,194
EVA dor pélvica	0	0	3,6	9,6	10	0	0	3,2	10	10	0,827
EVA disquezia menstrual	0	0	2,5	9,6	10	0	0	0	7,8	10	0,009
EVA disquezia não menstrual	0	0	0	6,5	10	0	0	0	6	8	0,126
SF36 Dor	10	21	61	92	100	0	12	61,5	100	100	0,790
EHP30 Dor	0	5,7	36,4	70,5	100	0	2	35,2	75,2	95	0,710

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



○outliers

*extremos

Figura 12. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no retossigmóide.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

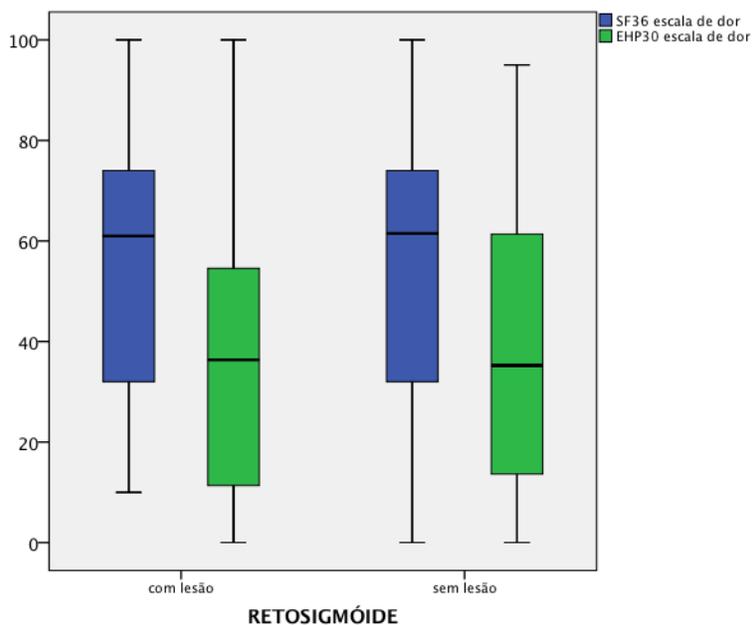


Figura 13. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no retossigmóide.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.5 Ligamentos redondos

A prevalência de lesões nos ligamentos redondos atingiu 38,9%. Não houve diferença estatística entre os grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos, exceto pelo número total de sítios anatômicos afetados que foi maior no grupo com lesão (9 sítios) do que no grupo sem lesão (4 sítios) (Tabela 12).

Os grupos que tinham lesão e os que não tinham lesão nos ligamentos redondos não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV (domínio Dor) nos dois questionários, assim como em relação à intensidade de nenhum dos sintomas dolorosos avaliados (Tabela 13, Figuras 14 e 15).

Tabela 13. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos em relação às características da amostra.

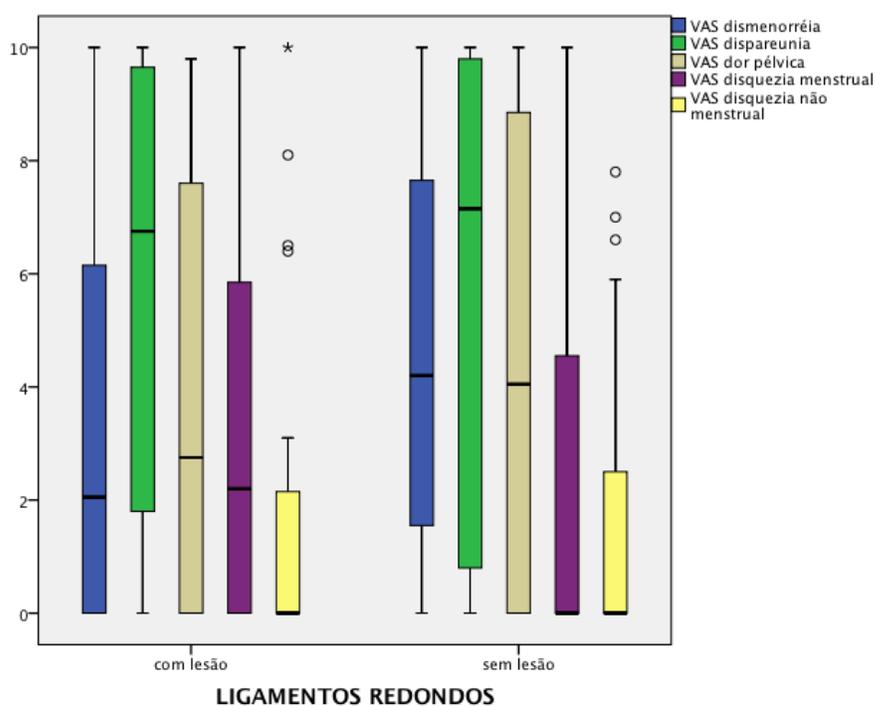
	Com lesão (n=28)					Sem lesão (n=44)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	27	27	35	41	43	21	27	35	45	52	0,588
Número total de sítios acometidos*	4	5	9	12	17	1	1	4	8	11	<0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,918
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	7 (25%)					10 (22,7%)					
Ensino superior completo	20 (71,4%)					33 (75%)					
Não responderam	1 (3,6%)					1 (2,3%)					
Raça											0,357
Branca	20 (71,4%)					34 (77,3%)					
Negra	0					0					
Parda	6 (21,4%)					5 (11,4%)					
Amarela	0					2 (4,5%)					
Indígena	1 (3,6%)					0					
Não anotado	1 (3,6%)					3 (6,8%)					
Parceiro sexual											0,507
Sim	24 (85,7%)					35 (79,5%)					
Não	4 (14,3%)					9 (20,5%)					
Tabagismo											0,688
Fuma	2 (7,1%)					2 (4,5%)					
Nunca fumou	22 (78,6%)					38 (86,4%)					
Ex-tabagista	4 (14,3%)					4 (9,1%)					

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 14. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos em relação à dor.

	Com lesão (n=28)					Sem lesão (n=44)					P valor
	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	
EVA dismenorréia	0	0	2,1	10	10	0	0	4,2	9,4	10	0,167
EVA disporeunia	0	0	6,8	10	10	0	0	7,2	10	10	0,893
EVA dor pélvica	0	0	2,8	8,7	10	0	0	4,1	9,9	10	0,437
EVA disquezia menstrual	0	0	2,2	9,6	10	0	0	0	9,4	10	0,261
EVA não menstrual	0	0	0	6,7	10	0	0	0	5,9	8	0,842
SF36 Dor	10	21,8	62	100	100	0	12	61	84	100	0,451
EHP30 Dor	0	4,1	30,7	73	95	0	3,4	38,6	72,7	100	0,290

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



● outliers

*extremos

Figura 14. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

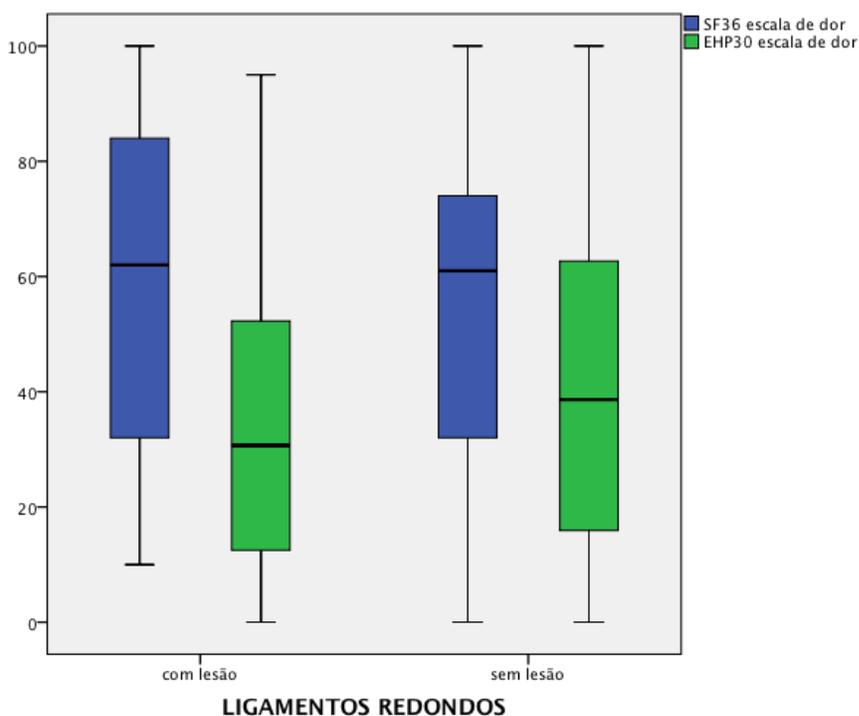


Figura 15. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos ligamentos redondos.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.6 Compartimento anterior ao útero

Este compartimento teve uma prevalência de ocorrência de lesão de 34,7%, onde as lesões no FDS anterior foram presentes em 29,2% das pacientes e as lesões na bexiga em 19,4%.

Os grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero tiveram diferença estatística em relação ao número total de sítios acometidos ($P < 0,001$) e à escolaridade das pacientes ($P = 0,046$). O número total de sítios acometidos foi maior no grupo com lesão (9 sítios) do que no grupo sem lesão (4 sítios). O grupo com lesão apresentou escolaridade superior em relação ao grupo sem lesão (Tabela 14).

Tabela 15. Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero em relação às características da amostra.

	Com lesão (n=25)					Sem lesão (n=47)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	27	27	35	42	45	21	28	35	44	52	0,283
Número total de sítios acometidos*	1	3	9	13	17	1	2	4	8	11	<0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,046
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	3 (12%)					14 (29,8%)					
Ensino superior completo	20 (80%)					33 (70,2%)					
Não responderam	2 (8%)					0					
Raça											0,537
Branca	19 (76%)					35 (74,5%)					
Negra	0					0					
Parda	4 (16%)					7 (14,9%)					
Amarela	0					2 (4,3%)					
Indígena	1 (4%)					0					
Não anotado	1 (4%)					3 (6,4%)					
Parceiro sexual											0,330
Sim	22 (88%)					37 (78,7%)					
Não	3 (12%)					10 (21,3%)					
Tabagismo											0,783
Fuma	2 (8%)					2 (4,3%)					
Nunca fumou	20 (80%)					40 (85,1%)					
Ex-tabagista	3 (12%)					5 (10,6%)					

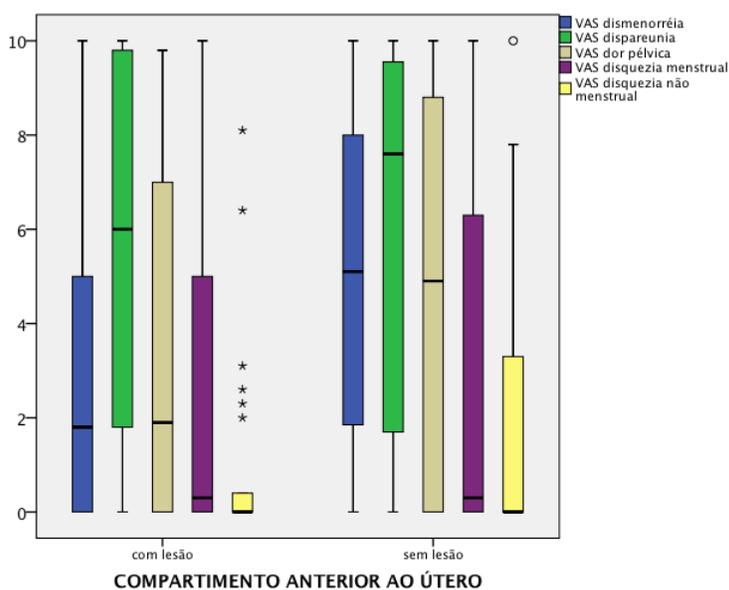
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Uma associação significativa foi identificada entre a intensidade da dismenorréia e a ocorrência de lesão no compartimento anterior ao útero ($P=0,019$), com uma maior intensidade mediana no grupo sem lesão no compartimento anterior ao útero (5,1) do que no grupo com lesão (1,8) (Tabela 15, Figura 16).

Tabela 16. Comparação entre o grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero em relação à dor.

	Com lesão (n=25)					Sem lesão (n=47)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
EVA dismenorréia	0	0	1,8	8,9	10	0	0	5,1	9,4	10	0,019
EVA dispareunia	0	0	6	10	10	0	0	7,6	10	10	0,872
EVA dor pélvica	0	0	1,9	8,2	10	0	0	4,9	9,8	10	0,106
EVA disquezia menstrual	0	0	0,3	8,6	10	0	0	0,3	9,6	10	0,945
EVA disquezia não menstrual	0	0	0	4,4	10	0	0	0	6,5	8	0,380
SF36 Dor	10	21,2	62	100	100	0	12	61	87,2	100	0,518
EHP30 Dor	0	2,7	27,3	73,6	95	0	4,1	38,6	73,2	100	0,256

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



○ outliers

* extremos

Figura 16. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

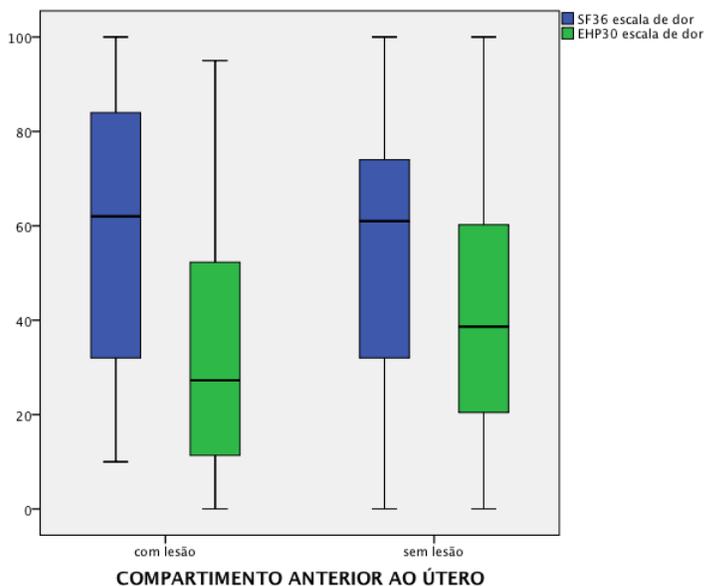


Figura 17. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no compartimento anterior ao útero.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.7 Peritônio pélvico

Identificamos 25 pacientes com lesão no peritônio pélvico (prevalência de 34,7%). Dentre os grupos com e sem lesão no peritônio, houve diferença significativa somente em relação ao número total de sítios acometidos ($P=0,001$), com uma mediana maior no grupo com lesão (Tabela 16).

Os grupos que tinham lesão e os que não tinham lesão no peritônio pélvico não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV nos dois questionários, assim como em nenhuma escala dos sintomas dolorosos (Tabela 17, Figuras 18 e 19).

Tabela 17. Comparação entre o grupos com e sem lesão no peritônio pélvico em relação às características da amostra.

	Com lesão (n=25)					Sem lesão (n=47)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	27	27	33	43	52	21	28	36	43	46	0,253
Número total de sítios acometidos*	2	3	8	13	17	1	1	5	10	12	0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,800
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	5 (20%)					12					
Ensino superior completo	19 (76%)					34					
Não responderam	1 (4%)					1					
Raça											0,138
Branca	21 (84%)					33 (70,2%)					
Negra	0					0					
Parda	1 (4%)					10 (21,3%)					
Amarela	0					2 (4,3%)					
Indígena	1 (4%)					0					
Não anotado	2 (8%)					2 (4,3%)					
Parceiro sexual											0,741
Sim	21 (84%)					38 (80,9%)					
Não	4 (16%)					9 (19,1%)					
Tabagismo											0,476
Fuma	2 (8%)					2 (4,3%)					
Nunca fumou	19 (76%)					41 (87,2%)					
Ex-tabagista	4 (16%)					4 (8,5%)					

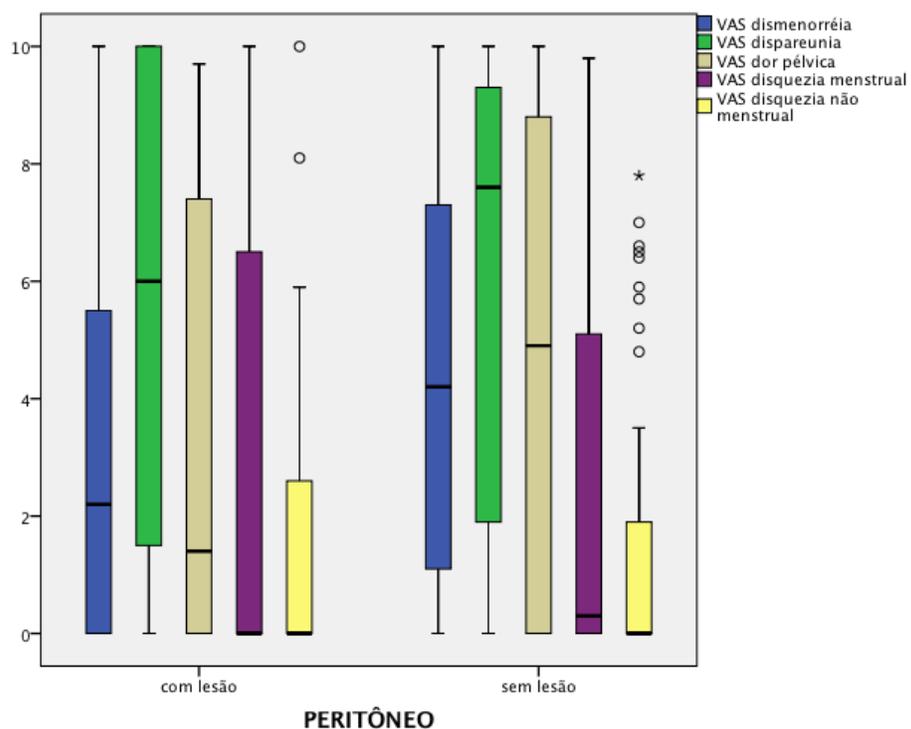
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 18. Comparação entre o grupos com e sem lesão no peritônio pélvico em relação à dor.

	Com lesão (n=25)	Sem lesão (n=47)	P valor
--	------------------	------------------	---------

	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
EVA dismenorréia	0	0	2,2	10	10	0	0	4,2	9,4	10	0,361
EVA dispareunia	0	0	6	10	10	0	0	7,6	10	10	0,650
EVA dor pélvica	0	0	1,4	8,8	10	0	0	4,9	9,8	10	0,153
EVA disquezia menstrual	0	0	0	9,8	10	0	0	0,3	9,3	10	0,666
EVA não menstrual	0	0	0	6,8	10	0	0	0	6,4	8	0,984
SF36 Dor	12	31	62	100	100	0	12	61	84	100	0,109
EHP30 Dor	0	1,4	38,6	75	95	0	4,6	34,1	70,5	100	0,619

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



● Outliers

* extremos

Figura 18. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão no peritônio pélvico.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

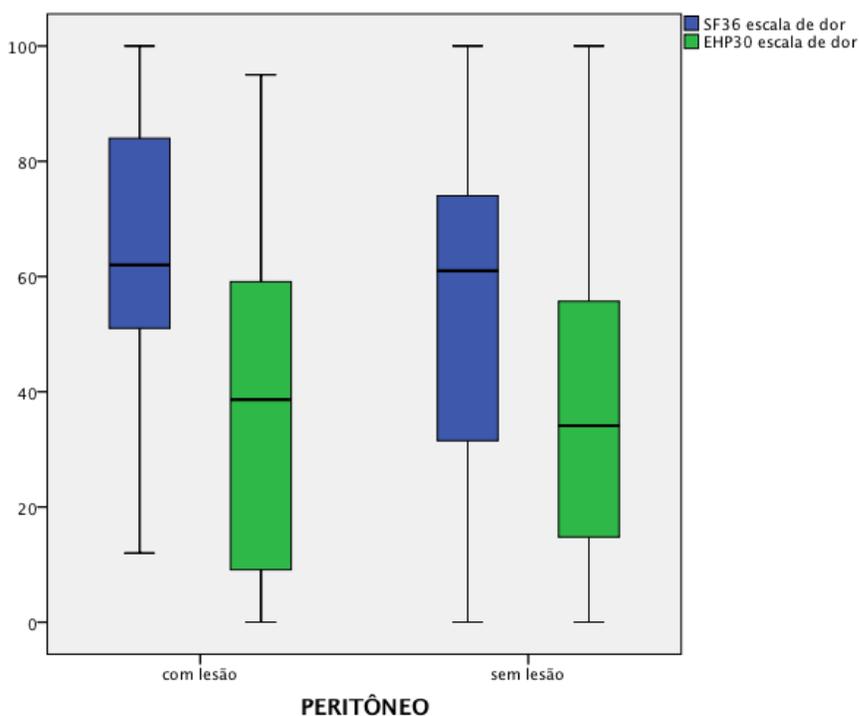


Figura 19. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão no peritônio pélvico.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.8 Paramétrios

A prevalência de lesão nos paramétrios foi de 29,2%, onde o lado esquerdo teve uma prevalência de 23,6%, e o lado direito de 13,9%.

Os grupos com e sem lesão nos paramétrios tiveram uma diferença estatisticamente significativa em relação ao número total de sítios acometidos ($P < 0,001$) e limítrofe em relação à escolaridade ($P = 0,050$). O número total de sítios foi maior no grupo com lesão (8 sítios) do que no grupo sem lesão (5 sítios) (Tabela 18).

Tabela 19. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos paramétrios em relação às características da amostra.

	Com lesão (n=21)					Sem lesão (n=51)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	24	27	35	45	46	21	27	35	43	52	0,567
Número total de sítios acometidos*	4	4	8	13	17	1	1	5	10	12	<0,001
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,050
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	3 (14,3%)					14 (27,5%)					
Ensino superior completo	16 (76,2%)					37 (72,5%)					
Não responderam	2					0					
Raça											0,926
Branca	16 (76,2%)					38 (74,5%)					
Negra	0					0					
Parda	3 (14,3%)					8 (15,7%)					
Amarela	1 (4,8%)					1 (2,0%)					
Indígena	0					1 (2,0%)					
Não anotado	1 (4,8%)					3 (5,9%)					
Parceiro sexual											0,888
Sim	17 (81%)					42 (82,4%)					
Não	4 (19%)					9 (17,6%)					
Tabagismo											0,199
Fuma	0					4 (7,8%)					
Nunca fumou	20 (95,2%)					40 (78,4%)					
Ex-tabagista	1 (4,8%)					7 (13,7%)					

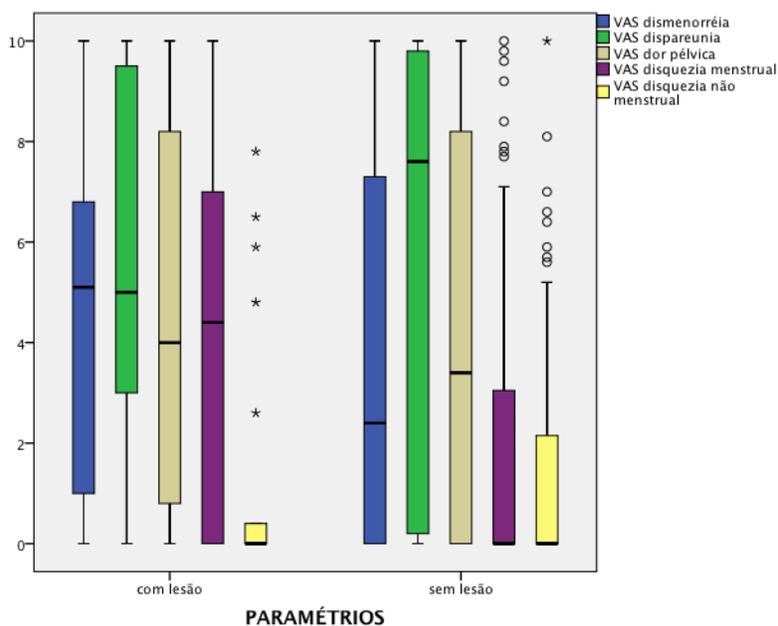
Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Houve diferença estatística entre os grupos com e sem lesão nos paramétrios em relação à intensidade (EVA) da disquezia menstrual (P=0,017). Essa foi maior no grupo com lesão nos paramétrios (4,4) que no grupo se lesão (0,0) (Tabela 19, Figura 20).

Tabela 20. Comparação entre o grupos com e sem lesão nos paramétrios em relação à dor.

	Com lesão (n=21)					Sem lesão (n=51)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
EVA dismenorréia	0	0	5,1	9,3	10	0	0	2,4	9,6	10	0,774
EVA dispareunia	0	0,3	5	10	10	0	0	7,6	10	10	0,886
EVA dor pélvica	0	0	4	9,7	10	0	0	3,4	9,7	10	0,596
EVA disquezia menstrual	0	0	4,4	9,7	10	0	0	0	8,3	10	0,017
EVA não menstrual	0	0	0	6,4	8	0	0	0	6,3	10	0,674
SF36 Dor	0	10	62	100	100	12	22	61	84	100	0,995
EHP30 Dor	0	5	38,6	70,5	75	0	2,7	31,8	74,6	100	0,752

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



Outliers

* extremos

Figura 20. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem lesão nos paramétrios.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

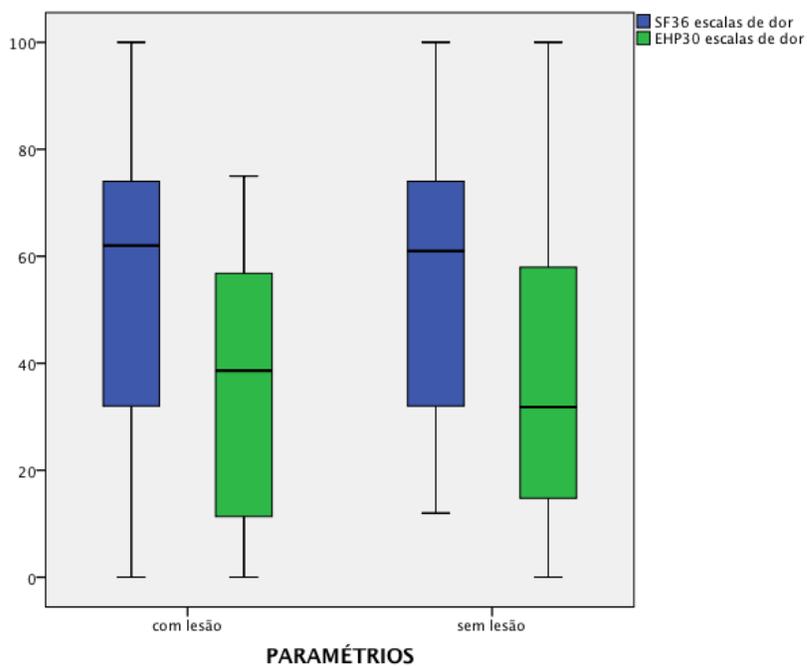


Figura 21. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem lesão nos paramétrios.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1.9 Adenomiase

A adenomiase, independentemente de ser difusa ou nódulo único, teve uma prevalência total de 22,2% na amostra.

Os grupos com e sem adenomiase foram diferentes estatisticamente em relação à idade ($P=0,006$), parceiro sexual ($P=0,033$) e tabagismo ($P=0,014$). A idade mediana das pacientes no grupo com lesão (38 anos) foi maior do que no grupo sem lesão (34 anos). No grupo com adenomiase, todas as pacientes tinham parceiros sexuais, enquanto nas 56 pacientes do grupo sem adenomiase, houve 13 pacientes sem parceiros sexuais. A proporção de mulheres não tabagistas foi maior no grupo sem adenomiase (Tabela 20).

Os grupos que tinham adenomiase e os que não tinham adenomiase não foram diferentes estatisticamente em relação à escala de dor de QV nos dois questionários, assim como em nenhuma intensidade dos sintomas dolorosos (Tabela 21, Figuras 22 e 23).

Tabela 21. Comparação entre o grupos com e sem lesão na adenomiase em relação às características da amostra.

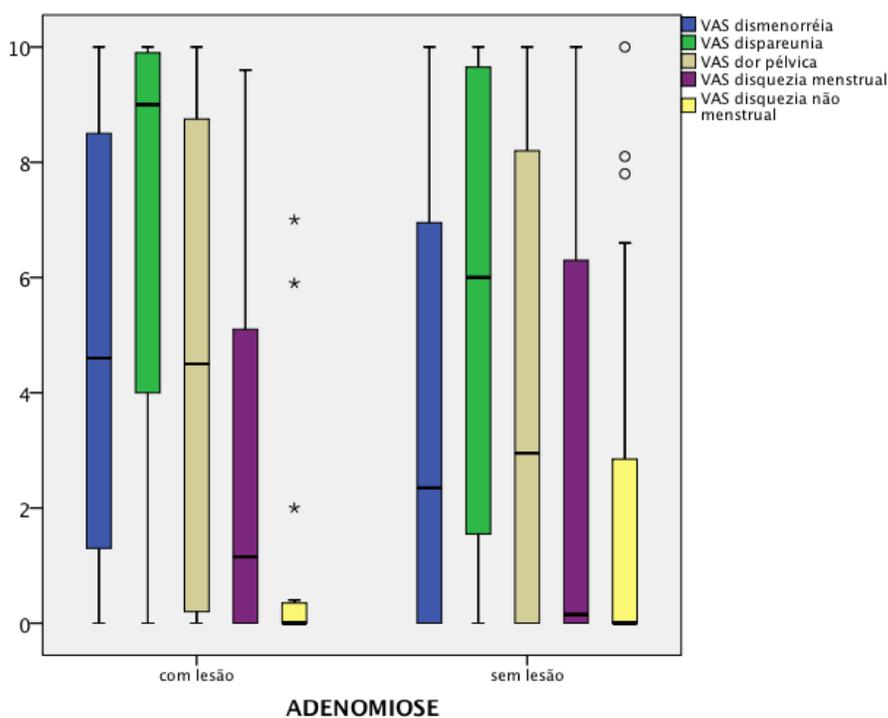
	Com lesão (n=16)					Sem lesão (n=56)					P valor
	Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					Min. - P ₁₀ - Mediana - P ₉₀ - Max.					
Idade*	29	33	38	48	52	21	27	34	43	46	0,006
Número total de sítios acometidos*	1	1	8	11	12	1	2	5	11	17	0,247
	N (%)					N (%)					
Escolaridade											0,614
Ensino médio incompleto	0					0					
Ensino médio completo	4 (25,0%)					13 (23,2%)					
Ensino superior completo	11 (68,8%)					42 (75,0%)					
Não responderam	1 (6,2%)					1 (1,8%)					
Raça											0,470
Branca	10 (62,5%)					44 (78,6%)					
Negra	0					0					
Parda	3 (18,8%)					8 (14,3%)					
Amarela	1 (6,2%)					1 (1,8%)					
Indígena	0					1 (1,8%)					
Não anotado	2 (12,5%)					2 (3,6%)					
Parceiro sexual											0,033
Sim	16 (100%)					43 (76,8%)					
Não	0					13 (23,2%)					
Tabagismo											0,014
Fuma	1 (6,2%)					3 (5,4%)					
Nunca fumou	10 (62,5%)					50 (89,2%)					
Ex-tabagista	5 (31,3%)					3 (5,4%)					

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Tabela 22. Comparação entre o grupos com e sem lesão em adenomiose em relação à dor.

	Com lesão (n=16)					Sem lesão (n=56)					P valor
	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	Min.	P ₁₀	Mediana	P ₉₀	Max.	
EVA dismenorréia	0	0	4,6	10	10	0	0	2,4	9,1	10	0,381
EVA dispareunia	0	0	9	10	10	0	0	6	10	10	0,296
EVA dor pélvica	0	0	4,5	10	10	0	0	3,0	9,5	10	0,419
EVA disquezia menstrual	0	0	1,2	7,8	10	0	0	0,2	9,6	10	0,731
EVA não menstrual	0	0	0	6,2	10	0	0	0	6,4	10	0,474
SF36 Dor	0	21,7	56	84	84	10	17,6	61,5	100	100	0,709
EHP30 Dor	2	8,6	36,4	62,7	66	0	3,2	34,1	75	100	0,946

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.



○ Outliers

* extremos

Figura 22. Intensidade dos sintomas dolorosos nos grupos com e sem adenomiose.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

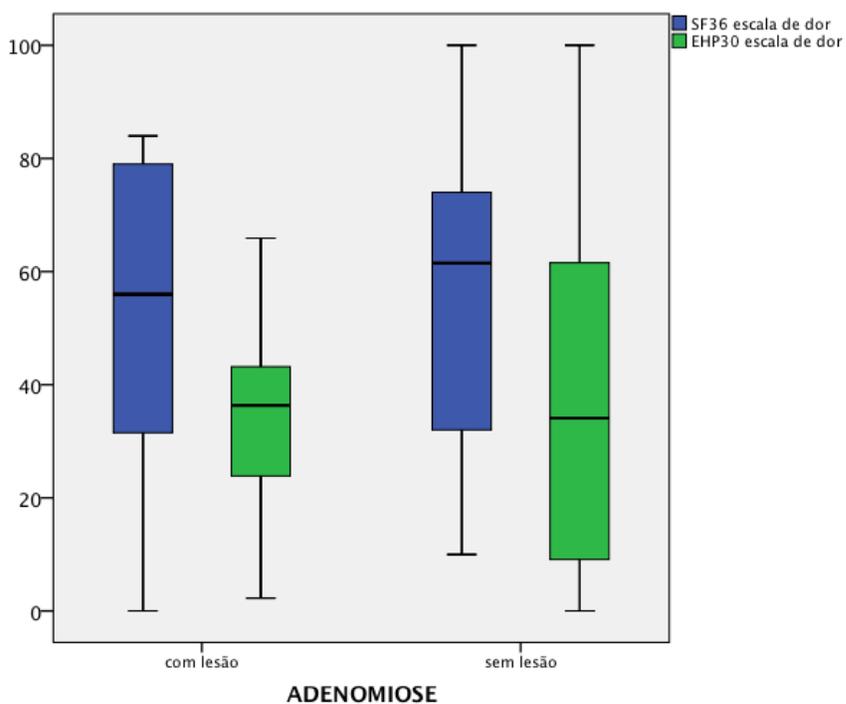


Figura 23. Distribuição das escalas de dor do SF36 e EHP30 nos grupos com e sem adenomiose.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

As associações entre cada compartimento anatômico e as diferentes escalas relacionadas à dor e à qualidade de vida estão resumidas na Tabela 22.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os principais achados deste estudo incluem a associação positiva entre a intensidade da disquezia menstrual e a presença de lesão no retossigmóide e nos paramétrios e, paradoxalmente, a associação negativa entre a ocorrência de lesão de endometriose no compartimento anterior ao útero e a intensidade da dismenorréia. Em paralelo, não foi verificada associação entre os escores de QV referentes à dor e a ocorrência de lesão de endometriose em nenhum dos compartimentos anatômicos avaliados.

Como limitação, verifica-se que a amostra deste estudo foi representada predominantemente por pacientes caucasianas, com nível intelectual alto, nulíparas, não tabagistas e com parceiros sexuais, características estas não representativas da população geral da cidade do Rio de Janeiro e suas circunvizinhanças. Em contraponto, como conseqüência, a amostra incluiu mulheres com boa capacidade de fornecer informações e de preencher os questionários, proporcionando maior acurácia aos dados.

Ainda no que diz respeito a limitações, não foram incluídos dados possivelmente relevantes, tais como o uso de terapias hormonais, índice de massa corporal e uso de analgésicos, os quais podem reduzir ou aumentar a intensidade da dor.

Visto que a infertilidade está associada a menor intensidade de dismenorréia (Chapron *et al.*, 2003), uma importante variável não considerada neste estudo foi a indicação da cirurgia, ou seja, se esta foi motivada por dor, infertilidade, ambas ou somente por um achado radiológico.

O número de pacientes não permitiu a avaliação de alguns sítios anatômicos com representatividade mínima. A compartimentalização dos sítios anatômicos permitiu o aumento do número de casos em alguns compartimentos, mas em outros a prevalência continuou baixa. Logo, o poder do teste pode não ter sido suficiente para responder algumas das perguntas, em especial, considerando a grande amplitude dos escores das diferentes escalas. Nesta amostra, o número total de sítios acometidos foi alto, com mediana de 5 sítios com lesão por paciente, confirmando a característica multifocal da doença. Diante deste fato, estudos posteriores deverão idealmente buscar o controle destas variáveis através da exclusão de indivíduos com lesão em múltiplos locais (o que dificultará a obtenção de uma amostra com tamanho mínimo) ou do emprego de estatística multivariada (o que exigira um número de indivíduos muito maior).

Não se pode descartar a possibilidade de um viés de informação a partir do momento em que o diagnóstico da endometriose feito com base nas observações do cirurgião é, por definição, examinador dependente. O cirurgião pode, apesar da larga experiência, subestimar ou superestimar o diagnóstico visual por não estar cego em relação, por exemplo, à dor referida pela paciente durante a anamnese que antecedeu a cirurgia. Sabe-se que a sensibilidade do diagnóstico laparoscópico é grande, mas a especificidade é pequena e, além disto, pode ser tendenciosa. A frequência de confirmação histopatológica, nos estudos envolvendo localização da endometriose e dor, variou entre 72,9 e 75,6% das lesões características (Hsu *et al.*, 2011, Fauconnier *et al.*, 2002). Apesar disso, um ponto favorável é o achado de Stegmann *et al.* (2008), que verificaram a existência de uma maior chance de acerto diagnóstico quando as lesões têm mais de 5 mm de profundidade (característica da nossa amostra de portadoras de EP) e localizadas no FDS posterior e LUS (maiores prevalências de presença de lesão nestes sítios em nossa amostra).

No presente estudo, não foi considerado o tamanho do nódulo ou o grau de profundidade da infiltração que, como visto em alguns estudos, podem ter relação com a intensidade da dor (Vercellini *et al.*, 2007, Fauconnier *et al.*, 2002). Também não consideramos a presença de aderências, que podem influenciar a percepção de dor, já que se identificou relação entre a extensão das aderências anexiais e a intensidade da dismenorréia (Fauconnier e Chapron, 2005, Chapron *et al.*, 2003).

A ausência de informações acerca do período preciso durante o qual a paciente estava ou está sob bloqueio hormonal também pode ter tido influência na análise da dismenorréia. As pacientes em amenorréia não relatariam dor no período menstrual ou até alguma alteração recente no padrão desta dor. Da mesma forma, a dispareunia pode não ter sido adequadamente avaliada em pacientes sem parceiro sexual (18.1%), o que diminuiria a mediana e a frequência de ocorrência para valores menores do que o real.

Das 88 participantes, 16 (22,2%) foram excluídas do estudo por não completar algum dos três questionários, não ter todos os dados cirúrgicos referentes à ocorrência de lesão de endometriose nos sítios anatômicos considerados ou não possuir algum dado da anamnese. Como não foi possível realizar uma comparação detalhada entre o grupo de excluídas e o grupo que permaneceu no estudo, não se pode descartar totalmente a possibilidade de viés de

seleção. A única variável que possibilitou esta comparação foi a idade, a qual não diferenciou significativamente as participantes excluídas das não excluídas.

O sintoma mais prevalente foi a dispareunia, diferente do que foi visto em outros estudos, nos quais a dismenorréia foi mais prevalente. Comparando nossos resultados com as pacientes de EP no estudo de Chêne *et al.* (2008), tivemos uma prevalência menor de dismenorréia (73,6% X 88,2%) e uma prevalência maior de dispareunia (79,2% X 54,5%), de dor pélvica (66,7% X 47%) e de disquezia (52,8% X 25,5%). Chêne *et al.* (2008) avaliaram também a presença de disúria que apresentou uma prevalência de 7.1%. A disparidade entre as prevalências de sintomas encontradas no nosso estudo em comparação às verificadas por Chêne *et al.* (2008) pode ser justificada pela diferença de frequência de lesão no FDS posterior (66.7% no presente estudo e 18.9% no estudo de Chêne *et al.*), já que este foi o sítio anatômico que revelou, por exemplo, uma associação positiva com a dispareunia.

A prevalência de lesão nos LUS, retossigmóide e paramétrios foram condizentes com os achados da literatura. Os sítios anatômicos que apresentaram uma prevalência menor do que o esperado foram a parede vaginal posterior, os ovários, o septo retrovaginal, o peritônio pélvico e os ureteres. As lesões vesicais foram, além do FDS posterior, mais prevalentes do que o relatado previamente (19.4%). O diagnóstico de adeniose pode ter sido subestimado na laparoscopia já que nos casos de pacientes inférteis não é realizada a histerectomia, ou seja, a retirada do útero, e portanto não há confirmação da presença de lesão neste órgão.

A intensidade da dismenorréia apresentou uma relação negativa com a ocorrência de lesão no compartimento anterior ao útero. Embora desconheçamos estudos que tenham demonstrado esta relação, a frequência de dispareunia foi significativamente menor em mulheres com envolvimento vesical no estudo de Fauconnier *et al.* (2002). Em nosso estudo, a ocorrência de lesão no compartimento anterior ao útero teve associação significativa apenas com a ocorrência de lesão nos ligamentos redondos, os quais não mostraram nenhuma relação com os escores dos sintomas dolorosos ou com os domínios Dor dos questionários de QV. Como este estudo inclui somente portadoras de endometriose, as pacientes que não têm lesão no compartimento anterior ao útero certamente a terão em outro(s) compartimento(s). Desta forma, podemos inferir que a ocorrência de lesões de endometriose no compartimento anterior está associada a uma menor intensidade de dismenorréia quando comparada à ocorrência de lesões em outros compartimentos.

A intensidade da disquezia menstrual mostrou-se relacionada a lesões no reto sigmoides e nos paramétrios. O sintoma é esperado quando há lesões intestinais presentes, porém não há relatos de associação com lesão de paramétrio. Os dois compartimentos, na verdade, estão intimamente relacionados, podendo então a coexistência de lesões influenciar o resultado. Seracchioli *et al.* (2008), também encontraram relação entre disquezia e lesão no reto sigmoides, porém este sintoma também estava associado a lesão no septo retrovaginal e parede vaginal posterior, diferentemente do achado do presente estudo. A relação entre a disquezia menstrual e a ocorrência de lesão nos paramétrios também pode ser explicada pelo processo inflamatório cíclico causado pela endometriose neste local, que levaria à irritação do reto sigmoides e/ou de sua inervação, e conseqüentemente provocaria a disquezia menstrual.

As pacientes não foram questionadas sobre a presença de disúria, que é o sintoma mais presente nas lesões de trato urinário inferior (bexiga e FDS anterior). As lesões neste compartimento são mais raras, mas em nosso estudo as lesões de bexiga e FDS anterior foram mais prevalentes do que as relatadas previamente por outros estudos, justificando ainda mais a investigação futura deste dado.

No que diz respeito à qualidade de vida, não houve associação significativa entre a ocorrência de lesão de endometriose em nenhum compartimento anatômico e as escalas do domínio Dor dos questionários SF36 e do EHP30. Os dois estudos (Roman *et al.*, 2012, Chêne *et al.*, 2008) que realizaram a mesma análise também não encontraram associação. Esperava-se que ao menos o questionário EHP30, por ser mais específico, pudesse ter sua escala de domínio dor relacionada à ocorrência de lesão em alguns sítios anatômicos, mas essa hipótese não foi confirmada.

6. CONCLUSÕES

A dispareunia foi o sintoma mais prevalente e também o que mostrou a intensidade mais alta dentre os principais sintomas dolorosos de endometriose.

Os domínios Dor dos questionários de QV tiveram escores que caracterizavam uma depleção da qualidade de vida, já que as escalas estão mais próximas da extremidade que aponta uma pior qualidade de vida.

O sitio anatômico com maior prevalência de ocorrência de lesão de endometriose foi o FDS posterior. Após o agrupamento, o compartimento posterior ao útero foi o mais prevalente.

Os grupos com e sem lesão para cada compartimento avaliado foram diferentes em relação ao número total de sítios acometidos pela endometriose, exceto pelos ovários e adenomiose.

A intensidade da dismenorréia foi significativamente associada a não existência de lesão no compartimento anterior ao útero e a intensidade da disquezia menstrual foi significativamente associada a lesões no retossigmóide e nos paramétrios. Os outros sintomas dolorosos não foram significativamente associados à ocorrência de lesões nos compartimentos anatômicos.

As escalas de dor dos questionários de qualidade de vida não foram relacionadas com a ocorrência de lesão em nenhum compartimento anatômico.

Em alguns dos compartimentos anatômicos, verificou-se uma associação de ocorrência de lesão entre um e outro. A exemplo, existe relação entre a ocorrência de lesão no retossigmóide e nos paramétrios.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações identificadas em nosso estudo deverão ser confirmadas posteriormente com o aumento da amostra e a realização de uma análise multivariada, considerando a influência de possíveis confundidores.

A finalidade desta investigação é identificar relações entre a queixa algica da paciente e o local afetado pela doença, e conseqüentemente, conduzir um diagnóstico pré-operatório e cirúrgico mais preciso.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Anaf V, Simon P, El Nakadi I, Fayt I, Buxant F, Simonart T, Peny MO, Noel JC. Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Hum Reprod.* 2000 Aug; 15(8):1744-50.
- * Ballester M, Santulli P, Bazot M, Coutant C, Rouzier R, Daraï E. Preoperative evaluation of posterior deep-infiltrating endometriosis demonstrates a relationship with urinary dysfunction and parametrial involvement. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011 Jan-feb; 18(1):36-42.
- * Ballester M, Dehan P, Béliard A, Brichant G, Nisolle M. Role of genetic and environmental factors in the development of endometriosis. *Rev Med Liege.* 2012 May-Jun; 67(5-6):374-80.
- * Benbara A, Fortin A, Martin B, Palazzo L, Le Tohic A, Madelenat P, Yazbeck C. Surgical and functional results of rectosigmoidal resection for severe endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008 Dec; 36(12): 1191-201.
- * Brievik et al. 2008
- * Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Bréart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod.* 2003 Apr; 18(4):760-6.
- * Chêne G, Jaffeux P, Lasnier C, Aublet-Cuvelier B, Matsuzaki S, Jardon K, Mage G, Pouly JL, Canis M. [Are there anatomical and clinical correlations between minimal and deep endometriosis? First results of Auvergne's Registry of Endometriosis]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008 Jan; 36(1):17-22.
- * Dai Y , Leng JH, Lang JH, Li XY, Zhang JJ. Anatomical distribution of pelvic deep infiltrating endometriosis and its relationship with pain symptoms. *Chin Med J.* 2012 Jan; 125(2):209-13.
- * Daraï E, Ballester M, Chereau E, Coutant C, Rouzier R, Wafo E. Laparoscopic versus laparotomic radical en bloc hysterectomy and colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc.* 2010; 24:3060–3067.

- * Daraï E, Bazot M, Rouzier R, Houry S, Dubernard G. Outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Aug;19(4):308-13.
- * Donnez J, Nisolle M, Gillerot S, Anaf V, Clerckx-Braun F, Casanovas-Roux F. Ovarian endometrial cysts: the role of gonadotropin-releasing hormone agonist and/or drainage. *Fertil Steril*. 1994 Jul; 62(1):63-6.
- * Fauconnier A and Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2005 Nov-Dec; 11(6):595-606.
- * Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2002 Oct; 78(4):719-26.
- * Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update*. 2009; 15:441–461.
- * Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. 2011 Aug; 118(2 Pt1):223-30.
- * Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res*. 2004 Apr;13(3):705-13.
- * Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an Endometriosis Quality-of-Life Instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics & Gynecology*. August 2001; 98(2):258-64.
- * Johnson NP, Hummelshoj L; World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*. 2013 Jun; 28(6):1552-68.
- * Lasmar R, Lasmar B, Pillar C. Diagram to map the locations of endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Jul; 118(1):42-6.
- * Lasmar R, Abraão M, Lasmar B, Dewilde R. Simplified approach to the treatment of endometriosis – ECO system. *Minerva Ginecol*. 2012 Aug; 64(4):331-5.

- * Luisi S, Lazzeri L, Ciani V, Petraglia F. Endometriosis in Italy: from cost estimates to new medical treatment. *Gynecol Endocrinol*. 2009 Nov; 25(11):734-40.
- * Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008; 30(8):384-92.
- * Pérez M, Bazán A, Dorrego JM, Hernández A, de Francisco MG, Hernández M, de Santiago J, Barthel J. *Urology*. 2009 Jan; 73(1):47-51.
- * Price D, McGrath P, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983 Sep; 17(1):45-56.
- * Rogers P, D'Hooghe T, Fazleabas A, Gargett C, Giudice L, Montgomery G, Rombauts L, Salamonsen L, Zondervan K. Priorities for Endometriosis Research: Recommendations From an International Consensus Workshop. *Reproductive Sciences*. 2009;16: 335.
- * Roman H, Ness J, Suciu N, Bridoux V, Gourcerol G, Leroi AM, Tuech JJ, Ducrotté P, Savoye-Collet C, Savoye G. Are digestive symptoms in women presenting with pelvic endometriosis specific to lesion localizations? A preliminary prospective study. *Human Reprod*. 2012 Dec; 27(12):3440-9.
- * Seracchioli R, Mabrouk M, Guerrini M, Manuzzi L, Saveli L, Frascà C, Venturoli S. Dyschezia and posterior deep infiltrating endometriosis: analysis of 360 cases. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008 Nov-Dec; 15(6):695-9.
- * Stegmann BJ, Sinaii N, Liu S, Segars J, Merino M, Nieman LK, Stratton P. Using location, color, size, and depth to characterize and identify endometriosis lesions in a cohort of 133 women. *Fertil Steril*. 2008 Jun; 89(6):1632-6.
- * Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. The effect of second-line surgery on reproductive performance of women with recurrent endometriosis: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88:1074–1082.

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

APÊNDICES:

A) APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Andamento do Projeto http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/extrato_projeto.cfm?V

Andamento do projeto - CAAE - 0035.0.008.000-11

Título do Projeto de Pesquisa
QUALIDADE DE VIDA ANTES E APÓS LAPAROSCÓPIA CITOREDUTORA PARA ENDOMETRIOSE PROFUNDA INFILTRATIVA EM MULHERES DO RIO DE JANEIRO

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	16/05/2011 09:21:02	30/08/2011 11:01:44		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	16/05/2011 09:21:02	Folha de Rosto	0035.0.008.000-11	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	30/05/2011 09:13:59	Folha de Rosto	0035/11	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	30/05/2011 11:01:44	Folha de Rosto	0035/11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	09/05/2011 12:56:03	Folha de Rosto	FR426042	Pesquisador

⓪ Voltar

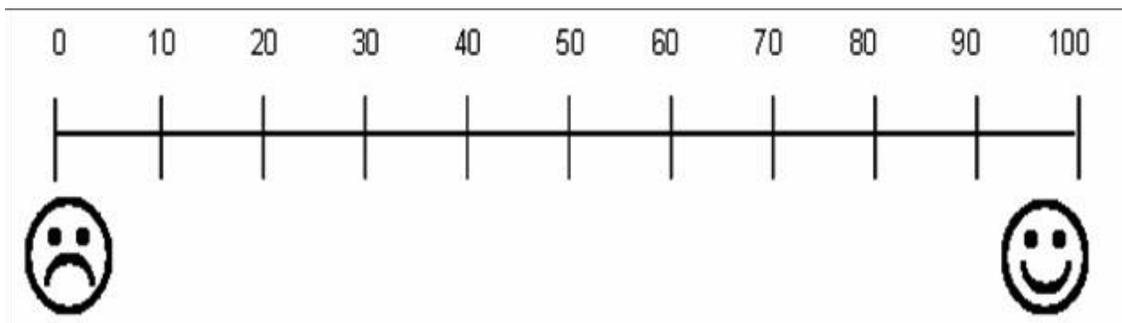
APROVADO
 Valido até 31/10/2015

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIDCRUZ

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIDCRUZ

1 de 1 30/08/2011 11:01:44

B) EVA



C) SF36

Nome: _____ Data ____/____/____

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

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

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

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

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

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

ATIVIDADES	Sim,dificulta muito	Sim, dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividade vigorosa, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esporte árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa passar aspirador de pó, jogar bola, varre a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
E Subir um lance de escada	1	2	3
F Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
H andar vários quarteirões	1	2	3
I Andar um quarteirão	1	2	3
J Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com algumas atividades diárias regular, como consequência de sua saúde física ?

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outra atividade	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Esteve limitado no se tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outra atividade	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria ?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz	1	2

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

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

7 quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

8 Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

De forma nenhuma	1
Um pouco	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

9 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas para cada questão, por favor dê um resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas

ATIVIDADES	Todo tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Um pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido um pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ^	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
H Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
I Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

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

O tempo todo.....	1
A maior parte do tempo.....	2
Alguma parte do tempo.....	3
Uma pequena parte do tempo.....	4
Nenhuma parte do tempo.....	5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

D)

EHP30

Iniciais: Paciente nº: Data:

Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose

- Este questionário foi desenvolvido para medir o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida da mulher.
- Por favor responda todas as questões
- Nós sabemos que você pode ter endometriose há algum tempo. Nós também entendemos que como você se sente agora pode ser diferente de como você se sentia no passado. Entretanto, você poderia, por favor, responder as questões somente em relação ao efeito que a endometriose tem tido em sua vida durante as últimas 4 semanas.
- Não há respostas corretas ou erradas, então selecione a opção que melhor represente seus sentimentos e experiências.
- Devido à natureza pessoal de algumas questões, entenda que você não tem de responder qualquer questão se você preferir que não.
- A informação e as respostas que você dará serão consideradas extremamente confidenciais.
- Se você tiver qualquer problema ou precisar de qualquer ajuda para completar este questionário por favor pergunte que ficaremos satisfeitos em lhe ajudar.

Parte 1: Questionário Central

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência devido a endometriose você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
2. Foi incapaz de fazer os serviços domésticos devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Achou difícil ficar em pé devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
4. Achou difícil sentar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
5. Achou difícil caminhar devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
6. Achou difícil se exercitar ou fazer atividades de lazer que você gosta devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
7. Ficou sem apetite ou ficou incapaz de comer devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
8. Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9. Teve que ir para cama ou deitar-se devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
10. Foi incapaz de fazer as coisas que você queria devido à dor?	<input type="checkbox"/>				
11. Sentiu-se incapaz de lidar com a dor?	<input type="checkbox"/>				
12. Sentiu-se mal de maneira geral?	<input type="checkbox"/>				
13. Sentiu-se frustrada por que seus sintomas não estão melhorando?	<input type="checkbox"/>				
14. Sentiu-se frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
15. Sentiu-se incapaz de esquecer os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>				
16. Sentiu como se os seus sintomas estivessem controlando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando sua vida?	<input type="checkbox"/>				
18. Sentiu-se deprimida?	<input type="checkbox"/>				
19. Sentiu-se chorosa ou com vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>				
20. Sentiu-se muito infeliz?	<input type="checkbox"/>				
21. Teve mudanças de humor?	<input type="checkbox"/>				
22. Sentiu-se mau-humorada ou irritou-se facilmente?	<input type="checkbox"/>				
23. Sentiu-se violenta ou agressiva?	<input type="checkbox"/>				
24. Sentiu-se incapaz de falar com as pessoas sobre como está se sentindo?	<input type="checkbox"/>				
25. Sentiu que os outros não entendem o que você está passando?	<input type="checkbox"/>				
26. Sentiu que as outras pessoas acham que você está reclamando demais?	<input type="checkbox"/>				
27. Sentiu-se sozinha?	<input type="checkbox"/>				
28. Sentiu-se frustrada por nem sempre poder usar roupas que gostaria?	<input type="checkbox"/>				
29. Sentiu que sua aparência foi afetada?	<input type="checkbox"/>				
30. Perdeu a auto-confiança?	<input type="checkbox"/>				

Seção A: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose no seu trabalho. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não esteve empregada nas últimas 4 semanas marque aqui e siga para a **seção B**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Teve que se ausentar do trabalho temporariamente devido a dor?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapaz de fazer suas tarefas no trabalho por causa da dor?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se envergonhada devido aos sintomas?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?	<input type="checkbox"/>				
5. Sentiu-se preocupada em não ser capaz de fazer seu trabalho?	<input type="checkbox"/>				

Seção B: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose na sua relação com seus filhos.

Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não tem filhos, por favor, marque aqui e siga para a **seção C**.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dificuldade de cuidar de seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu-se incapaz de brincar com seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>				

Seção C: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose nas suas relações sexuais. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se isso não for importante marque aqui

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

Seção D: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação aos seus médicos. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu que o(s) seu(s) médico(s) não está(estão) fazendo nada por você?	<input type="checkbox"/>				
2. Sentiu que o seu médico acha que suas queixas são coisas da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se frustrada com a falta de conhecimento do seu médico sobre endometriose?	<input type="checkbox"/>				
4. Sentiu como se você estivesse gastando o tempo do seu médico?	<input type="checkbox"/>				

Seção E: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação ao seu tratamento - qualquer cirurgia ou remédio que você usa ou usou para a endometriose. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se frustrada porque seu tratamento não está funcionando?	<input type="checkbox"/>				
2. Achou difícil lidar com os efeitos adversos do tratamento?	<input type="checkbox"/>				
3. Sentiu-se aborrecida por causa da quantidade de tratamento que você tem que usar?	<input type="checkbox"/>				

Seção F: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos sobre quaisquer dificuldades que você possa ter para engravidar. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

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