

**RODRIGO DE PINHO SEPULCRI**

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS,  
ANSIOSOS E DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES  
COM ENDOMETRIOSE PÉLVICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vivian Ferreira do  
Amaral**

**Coordenador: Prof. Dr. Roberto Pecoits Filho**

**CURITIBA**

**2007**

Sepulcri, Rodrigo de Pinho

S479a Avaliação de sintomas depressivos, ansiosos e da qualidade de vida em  
2007 mulheres com endometriose pélvica / Rodrigo de Pinho Sepulcri ; orientadora,  
Vivian Ferreira do Amaral ; coordenador, Roberto Pecoits Filho . – 2007.  
xii, 106 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2007  
Inclui bibliografia

1. Endometriose. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Anticoncepcionais orais  
combinados. I. Amaral, Vivian Ferreira do. II. Pecoits Filho, Roberto.  
III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação  
em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDD 20. ed. – 618.1075  
616.85223  
616.8527  
613.9432



**"Aquele que possa curar enfermidades é Médico. Nem os imperadores, nem os Papas, nem as academias podem criar médicos. Poderão conferir privilégios e autorizar matar impunemente, porém, não podem outorgar o poder de curar. Ninguém poderá ser médico verdadeiro se antes não foi ordenado por Deus, pois, só Ele dá a sabedoria médica que não se encontra na experiência dos livros."**

*(Paracelso)*

*Aos meus amados Anelise (esposa), Ana Maria e João Paulo (filhos), sentido de minha vida. Aos meus pais Odílio e Luiza, que não mediram esforços na minha formação. A meu irmão Leonardo, que sempre vibra com minhas conquistas.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vivian Ferreira do Amaral, orientadora, que com muita dedicação e afeto, serviu-me de seus conhecimentos, para que esta pesquisa fosse realizada.

Ao Prof. Dr. Roberto Pecoits Filho, Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da PUCPR, pelo seu incansável trabalho frente à direção do programa.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Gisele Richter Minhoto, mestre e amiga. Em seu exemplo e brilhantismo traço meu caminho na Academia.

À equipe de funcionários do Ambulatório de Infertilidade, dor pélvica crônica e endometriose da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, pelo apoio à realização da pesquisa.

Aos colegas médicos de Cascavel PR, em especial a equipe do Hospital e Maternidade Dr. Lima, pelo apoio e encaminhamento de pacientes para realização da pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, em especial a secretária Alcione Slugovieski, pelo seu empenho e dedicação aos alunos.

Às mulheres, que não hesitaram em participar deste estudo, mesmo em momento de dor e sofrimento com a doença.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>NOTA EXPLICATIVA</b> .....	xi
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	6
<b>3. AVALIAÇÃO DO PERFIL EMOCIONAL EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE PÉLVICA – ROTINA OU EXCEÇÃO?</b> .....	7
3.1 RESUMO.....	9
3.2 ABSTRACT.....	10
3.3. INTRODUÇÃO.....	11
3.4 ENDOMETRIOSE E TRANSTORNOS MENTAIS.....	13
3.5 TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE E SINTOMAS PSÍQUICOS.....	17
3.6 ENDOMETRIOSE E QUALIDADE DE VIDA.....	20
3.7 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	21
3.8 CONCLUSÕES.....	22
3.9 LEITURAS SUPLEMENTARES.....	23
<b>4. DEPRESSIVE SYMPTOMS, ANXIETY, AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH PELVIC ENDOMETRIOSIS</b> .....	26
4.1 CONDENSATION.....	28
4.2 ABSTRACT.....	29
4.3 INTRODUCTION.....	30
4.4 METHODS.....	31
4.5 RESULTS.....	33
4.6 COMMENT.....	36
4.7 REFERENCES.....	41
4.8 LEGENDS.....	45
4.9 ANNEXES.....	46
<b>5. CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE</b> .....	47
5.1 RESUMO.....	49
5.2 ABSTRACT.....	50
5.3 INTRODUÇÃO.....	51
5.4 MÉTODOS.....	52
5.5 RESULTADOS.....	54
5.6 DISCUSSÃO.....	56
5.7 CONCLUSÕES.....	58
5.8 REFERÊNCIAS.....	59
5.9 FIGURA E TABELAS.....	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	64
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	66
<b>8. REFERÊNCIAS</b> .....	67
<b>9. ANEXOS</b> .....	70
9.1 APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP.....	71
9.2 TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	72

9.3 QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E PSICOSSOCIAL .....	75
9.4 ESCALA DE BECK.....	79
9.5 ESCALA IDATE.....	82
9.6 ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO.....	85
9.7 ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDADE.....	89
9.8 ESCALA WHOQOL BREF.....	91
9.9 COMENTÁRIOS E INTERPRETAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS.....	95

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ASRM – Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva

BDI – Escala de auto-avaliação de sintomas depressivos – inventário de depressão de  
BECK

CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

GnRH – hormônio liberador de gonadotrofina

IDATE – Escala de auto-avaliação de sintomas ansiosos

IDATE-1 – Escala que avalia estado ansioso

IDATE-2 – Escala que avalia traço ansioso

HAM-A – Escala de Hamilton para avaliação de sintomas ansiosos

HAM-D – Escala de Hamilton para avaliação de sintomas depressivos

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

WHOQOL-bref – Escala de auto-avaliação da qualidade de vida

## RESUMO

Introdução: A endometriose pélvica é uma doença benigna que afeta 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. A demora diagnóstica pode gerar sentimentos de isolamento e frustração. O estresse e a ansiedade são fatores que podem piorar o prognóstico, pois não há relação entre extensão da doença e sintomas. Objetivos: Avaliar a ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e qualidade de vida de mulheres com endometriose pélvica. Casuística e Métodos: Foram avaliadas 104 mulheres, com diagnóstico de endometriose pélvica. Para avaliação de sintomas depressivos foram utilizadas as escalas de BECK e Hamilton-D, para sintomas ansiosos as escalas de IDATE traço e estado e Hamilton-A, e para qualidade de vida a escala da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). Resultados: Das 104 mulheres, observou-se que 86,6% apresentaram sintomas depressivos, em 23,1% leves a moderados, 37,5% moderados a graves, e 26% graves; 24% apresentaram ansiedade menor e 63,5% ansiedade maior. A qualidade de vida mostrou-se prejudicada em relação a escores de mulheres saudáveis. Houve associação significativa entre a idade e sintomas depressivos nas escalas Beck ( $p=0,013$ ) e HAMILTON-D ( $p=0,037$ ). Houve correlação positiva entre intensidade da dor atual e sintomas ansiosos (IDATE traço-estado:  $p=0,009$  e  $p=0,048$ ) e HAMILTON-A ( $p<0,0001$ ). As limitações físicas foram mais frequentes quanto maior a intensidade da dor ( $p=0,017$ ). Houve correlação inversa entre o tempo de tratamento e a qualidade de vida ( $p=0,017$ ). Conclusões: A abordagem racional da endometriose deverá incluir a avaliação do perfil emocional e da qualidade de vida, com tratamento especializado quando necessário, o qual deverá diminuir sobremaneira o prejuízo funcional que a doença ocasiona.

## ABSTRACT

Introduction: Pelvic endometriosis is a disease that affects 10 to 15% of women in reproductive age. Diagnostic delay can generate feelings of isolation and frustration. Stress and anxiety are conditions that can worsen the prognosis; therefore there is no relation between extension of the illness and symptomatology. Objectives: To assess depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with pelvic endometriosis. Methods: 104 women with diagnosis of pelvic endometriosis were evaluated. For evaluation of depressive symptoms the scales of BECK and Hamilton-D were used; for anxious symptoms the IDATE scales trace and state and Hamilton-A; and for quality of life the scale of the World Health Organization (WHOQOL-bref) were applied. Results: Of the 104 patients, 86.6% presented depressive symptoms, mild to moderate in 23.1%, moderate to severe in 37.5% and in 26% severe; 24% presented minor anxiety and 63.5% severe anxiety. The quality of life revealed substandard than that in healthy women. There was significant association between age and depressive symptoms in the scales Beck ( $p=0,013$ ) and HAMILTON-D ( $p=0,037$ ). There was positive correlation between current intensity of pain and anxious symptoms (IDATE trace-state:  $p=0,009$  and  $p=0,048$ ) and HAMILTON-A ( $p=0,0001$ ). The physical limitations increased with the intensity of pain ( $p=0,017$ ). It had inverse correlation between time of treatment and quality of life ( $p=0,017$ ). Conclusions: Endometriosis care must include an emotional profile evaluation and quality of life, with a specialized treatment, when necessary, what will certainly decrease the functional damage that the illness causes.

## NOTA EXPLICATIVA

Este trabalho será apresentado sob a forma de três artigos enviados para publicação seguindo as normas editoriais dos respectivos periódicos:

1) O primeiro é um artigo de revisão, publicado na Revista FEMINA (ISSN: 0100-7254), intitulado “Avaliação do Perfil Emocional em Mulheres com Endometriose Pélvica – Rotina Ou Exceção?” Femina, v. 33, n. 5, p. 353-357, 2005;

2) O segundo é um artigo original, dentro das normas editoriais da Revista EUROPEAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY AND REPRODUCTIVE BIOLOGY (ISSN: 0301-2115), intitulado “Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis.”;

3) O terceiro é um artigo original, dentro das normas editoriais da Revista da Associação Médica Brasileira (ISSN 0104-4230), intitulado “Contraceptivos Hormonais Orais e Sintomas Psíquicos de Mulheres com Endometriose”.

A introdução, os objetivos e as conclusões são breves, pois estarão inseridos no texto dos artigos originais.

O desenho metodológico, os resultados e a discussão estão inseridos nos dois artigos originais. Como o espaço disponível para o texto da publicação de artigos científicos é pequeno, optamos por suprimir dos artigos explicações detalhadas sobre as escalas de avaliação psiquiátrica e sua interpretação, uma vez que são amplamente utilizadas por todo mundo. Assim, nos anexos inserimos texto com as devidas explicações e referências.

As conclusões e as considerações finais sobre as três publicações são apresentadas após os artigos desta dissertação.

## 1. INTRODUÇÃO

A endometriose pélvica é conceituada como um implante de tecido endometrial extra-uterino, seja ele de epitélio glandular ou de estroma endometrial. É uma doença crônica e progressiva, que pode provocar lesões no aparelho reprodutor<sup>1</sup>. As principais manifestações clínicas são: dor pélvica, dispareunia e infertilidade, mas pode ser totalmente assintomática<sup>2</sup>. A doença pode influenciar diferentes aspectos da vida da mulher, como capacidade de trabalho, vida social e familiar<sup>3</sup>.

A *US National Health Interview Survey*, estima que os Estados Unidos da América, em 1992, tiveram custo de \$579 milhões com a endometriose. Quando associada à infertilidade ou à dor pélvica crônica, os custos chegaram a \$2,8 bilhões anuais, e um aumento indireto de \$600 milhões<sup>4</sup>. No Brasil, em consulta pública, o Ministério da Saúde já começou a estabelecer protocolos clínicos e gerenciamento de custos da doença. O elevado custo, a alta prevalência na população feminina e o efeito incapacitante dos sintomas, tornam a endometriose uma doença de saúde pública, justificando o estudo de métodos, técnicas e tratamentos que minimizem a morbidade e melhorem o prognóstico<sup>5</sup>.

Embora seja descrita desde o século XVII, a endometriose é uma entidade de etiologia ainda desconhecida. Entretanto, duas teorias predominam: menstruação retrógrada e metaplasia celômica. Evidências recentes indicam que o estresse e alterações do humor podem provocar alterações imunológicas levando a um aumento da susceptibilidade a certas doenças como endometriose<sup>6</sup>. A doença, nos tempos atuais, é analisada do ponto de vista biopsicossocial, pois pode evoluir cronicamente, com recidivas frequentes<sup>7</sup>.

Estima-se que pelo menos 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva sejam portadoras de endometriose pélvica<sup>4</sup>. Atribui-se o aumento do número de casos nos últimos

anos à melhora dos recursos diagnósticos, especialmente a videolaparoscopia. Observa-se também que, nos dias atuais, a natalidade é menor, sendo que as mulheres apresentam mais menstruações durante sua vida, as mesmas têm ocorrido mais precocemente e as gestações são mais tardias<sup>7</sup>.

Além disso, a endometriose pélvica é responsável por 40% das queixas de dor pélvica crônica, e por 35% dos casos de infertilidade feminina. A freqüente demora para o seu diagnóstico pode levar a sentimentos de frustração e isolamento. A depressão e a ansiedade são vistos como fatores que também poderiam contribuir para o desenvolvimento da endometriose, como também cronificar o processo<sup>8</sup>. A própria cronicidade da doença pode levar a alterações significativas na qualidade de vida das mulheres.

Nas mulheres com sintomas dolorosos, considera-se que a dor pélvica crônica por si só possa causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário da paciente com suas rotinas até então estabelecidas. Acredita-se que o fator psicológico possa estar presente de forma isolada ou concomitante em até 60% dos casos, sendo mais comum os sintomas de depressão e ansiedade<sup>9</sup>.

Ainda, o próprio humor comprometido por sua vez pode interferir na interpretação e no relato da dor. Tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização, e assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica<sup>10</sup>. Novas pesquisas relacionam a presença da dor, sua interpretação e cronicidade com a neurotransmissão, sendo que antidepressivos vêm sendo utilizados e até desenvolvidos para tratamento desta condição<sup>11</sup>. Além da hipótese monoaminérgica tradicional, outros mecanismos farmacológicos de ação vêm

sendo estudados: os antidepressivos atuam no sistema opióide, interagem com receptores NMDA e inibem a atividade de canais iônicos levando a analgesia<sup>12,13</sup>.

A endometriose por si só parece ser fator de risco para sintomas psíquicos. Waller & Shaw, em 1995<sup>14</sup>, estudando 49 casos de endometriose pélvica, investigaram se existem diferenças psicológicas entre pacientes com endometriose leve sintomática e assintomática. Compararam os resultados com mulheres com dor pélvica crônica de outras etiologias e pelve normal. Verificou-se que os grupos de dor pélvica e endometriose sintomática apresentaram sintomas depressivos significativos. O grupo com endometriose assintomática apresentou sintomas depressivos, embora menores que os grupos anteriores, mas diferente das pacientes com pelve normal.

A classificação mais aceita da endometriose é a da *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM, 1997), que leva em consideração o tamanho, a profundidade, a localização e a coloração dos implantes de endometriose, além da presença de aderências<sup>5,15</sup>. Paradoxalmente, a severidade dos sintomas não se correlaciona com a extensão da doença<sup>16</sup>.

Da mesma forma, não há relação estabelecida entre extensão da doença e sintomas psíquicos, embora alguns estudos sugiram uma possível relação entre a personalidade da mulher com endometriose e sua manifestação dolorosa como um sintoma<sup>17</sup>. Entretanto, os estudos que relacionam a endometriose pélvica a doenças mentais ainda são escassos. Os sintomas psíquicos relacionados à doença ainda são controversos.

O diagnóstico da endometriose depende da realização da videolaparoscopia e confirmação anatomopatológica. A cirurgia também pode ser o tratamento inicial de eleição para a condição, com exérese dos focos endometrióticos. Estudo de Low et al., em 1993<sup>10</sup>, analisando 37 pacientes submetidas a tratamento laparoscópico da endometriose pélvica,

verificaram melhora significativa nos sintomas psicológicos e na dor em três meses de seguimento pós-operatório, embora o estudo não possua grupo controle.

Elcombe et al. (1997)<sup>18</sup> também sugeriram que a própria laparoscopia diagnóstica pode ser benéfica para estas pacientes, em função de mecanismos psicológicos pouco esclarecidos.

Quanto ao tratamento medicamentoso da endometriose, é realizado preferencialmente a base de hormônios. Estes agem causando atrofia ou decidualização do endométrio, podendo contribuir para surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, sendo a melhora na qualidade de vida questionável<sup>19</sup>. A ação sobre receptores de membrana teria papel significativo na síntese, liberação e metabolismo de neurotransmissores, como a noradrenalina, dopamina, serotonina e a acetilcolina, importantes na fisiopatologia dos transtornos do humor. Os estrógenos também têm uma ação inibidora da enzima monoamino-oxidase, o que promove a liberação de triptofano e facilita sua conversão em serotonina. A progesterona tem ação negativa sobre o humor<sup>20</sup>.

A queda abrupta dos níveis hormonais ocasionada por estes tratamentos pode resultar em sintomas físicos e psíquicos. Estudos notaram prejuízo funcional devido a manifestação do humor e ansiedade<sup>21</sup>. Outras queixas como disforia, perda da memória de curto prazo, diminuição da libido, dor de cabeça e instabilidade emocional são relatados por 10 a 20% das mulheres. Ganho de peso e acne estão também entre os efeitos colaterais mais comuns<sup>3</sup>.

Além de provável prejuízo psíquico, os efeitos da medicação hormonal para tratamento da doença são ainda controversos, sendo eficazes no alívio da dor pélvica crônica, mas se discute o efeito na infertilidade relacionada à endometriose pélvica<sup>22,23</sup>. Estudos como o do *Canadian Collaborative Group on Endometriosis*<sup>24</sup> e o *Gruppo Italiano*

*per lo Studio dell-Endometriosi*<sup>25</sup> apresentam dados discordantes para endometriose leve e infertilidade.

Recentemente alguns autores têm discutido o prejuízo funcional que a endometriose pélvica ocasiona. Foram desenvolvidos dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida em pacientes com endometriose pélvica até então<sup>21</sup>, ainda não validados para o português-Brasil.

Assim, embora a literatura ainda seja escassa, o estudo dos sintomas psíquicos em mulheres com endometriose, e seu tratamento adequado, pode alterar a história natural da doença e contribuir sobremaneira para qualidade de vida destas mulheres.

## 2. OBJETIVOS

### **Objetivo geral:**

Avaliar a presença, qualitativa e quantitativamente, de sintomas psíquicos em mulheres com endometriose pélvica.

### **Objetivos específicos:**

- Avaliar a presença e intensidade dos sintomas depressivos em mulheres com endometriose pélvica;
- Avaliar a presença e intensidade de sintomas ansiosos em mulheres com endometriose pélvica, sendo esta avaliação inédita para população brasileira;
- Avaliar a qualidade de vida destas mulheres;
- Avaliar possíveis fatores de confusão nesta avaliação, especialmente uso ou não de medicação contraceptiva hormonal oral combinada.

**3. AVALIAÇÃO DO PERFIL EMOCIONAL EM MULHERES COM  
ENDOMETRIOSE PÉLVICA – ROTINA OU EXCEÇÃO?**

Artigo de revisão publicado na Revista Femina – vol. 33(2):353-58, 2005

ISSN. 0100-7254

**AVALIAÇÃO DO PERFIL EMOCIONAL EM MULHERES COM  
ENDOMETRIOSE PÉLVICA – ROTINA OU EXCEÇÃO?**

**EMOTIONAL PROFILE EVALUATION IN PATIENTS WITH PELVIC  
ENDOMETRIOSIS – EXCEPTION OR ROTINE?**

**Rodrigo de Pinho Sepulcri<sup>1</sup>, Vivian Ferreira do Amaral<sup>2</sup>**

**Pontifícia Universidade Católica do Paraná**

**Curitiba – Paraná – Brasil**

1. Médico Psiquiatra.
2. Médica Ginecologista, Doutora em Ginecologia, Professora Adjunta – Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

**Endereço para correspondência:**

Prof. Dr. Vivian Ferreira do Amaral

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Rua: Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho

Cep: 80.215-901 Curitiba - Paraná – Brasil

E-mail: [v.amaral@pucpr.br](mailto:v.amaral@pucpr.br)

Tel.: (41) 271-2285 / Fax:(41) 271-1657

### **3.1 Resumo:**

Conceitua-se endometriose pélvica como um implante de tecido endometrial extra-uterino, seja ele de epitélio glandular ou de estroma endometrial. A endometriose pélvica é um problema relevante por diversos aspectos: é uma doença progressiva, que pode provocar lesões no aparelho reprodutor, e, como resultado disso, manifestação dolorosa e infertilidade. É responsável por cerca de 40% das queixas de dor pélvica crônica e 35% dos casos de infertilidade. Estima-se que pelo menos 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva sejam portadoras de endometriose pélvica. A etiologia da doença permanece incerta.

O diagnóstico definitivo depende da videolaparoscopia com posterior confirmação anatomopatológica. A demora diagnóstica pode gerar sentimentos de isolamento e frustração nas pacientes. Além disso, o estresse e a ansiedade são fatores que podem piorar o prognóstico, pois não há relação entre extensão da doença e seus sintomas.

A supressão ovariana pode levar a sintomas depressivos, e embora ocorra diminuição da dor pélvica decorrente da doença, poderá ocasionar em algumas pacientes, incapacidade funcional com prejuízo na qualidade de vida.

Assim, a abordagem racional da endometriose deverá incluir além do exame físico, tratamento medicamentoso e cirúrgico, a avaliação do perfil emocional e qualidade de vida, com tratamento especializado quando necessário.

**Palavras – Chave:** Endometriose, tratamento, depressão.

### **3.2 Abstract:**

Endometriosis is described as an extra uterus endometrial tissue, being of glandular epithelial or of the endometrial stroma. Endometriosis is a relevant disease because of various aspects: it is a progressive disease that may cause injuries in the reproductive organs, painful manifestation and infertility consequences. It is responsible for about 40% of chronic pelvic pain and 35% of infertility cases. The frequency of women in reproductive age is 10 to 15%. The etiology of pelvic endometriosis remains uncertain.

The final diagnosis is determined by videolaparoscopy with posterior anatomopathological confirmation. The delay to diagnosis may cause patients' isolation and frustration feelings. By the way, stress and anxiety are factors that may worsen the prognosis. There is no relation between disease extension and intensity of symptoms.

The prolonged deletion ovary may lead up to depressive symptoms and, although the pelvic pain symptoms of the disease occurs, it could cause, in some patients, functional failure with impairment in life quality.

So, endometriosis rational approach must include physical examination, medication and surgical treatment, the emotional profile evaluation and quality of life, with a specialized treatment, when necessary.

**Key Words** - endometriosis, treatment, depression.

### **3.3 Introdução:**

A endometriose pélvica é conceituada como um implante de tecido endometrial extra-uterino, seja ele de epitélio glandular ou de estroma endometrial. É uma doença crônica e progressiva, que pode provocar lesões no aparelho reprodutor, e, como resultado disso, manifestação dolorosa e infertilidade (Pinto Neto et al., 1990). A doença pode influenciar diferentes aspectos da vida da mulher, como capacidade de trabalho, vida social e familiar (Bergqvist & Theorell, 2001).

Estima-se que pelo menos 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva sejam portadoras de endometriose pélvica. Atribui-se o aumento do número de casos nos últimos anos à melhora dos recursos diagnósticos, especialmente a videolaparoscopia. Observa-se também que, nos dias atuais, a natalidade é menor, sendo que as mulheres apresentam mais menstruações durante sua vida, as mesmas têm ocorrido mais precocemente e as gestações são mais tardias (Lorençatto et al., 2002).

A etiologia da doença é incerta, entretanto duas teorias predominam: menstruação retrógrada e metaplasia celômica. A doença nos tempos atuais é analisada do ponto de vista biopsicossocial, pois pode evoluir cronicamente, com recidivas freqüentes (Lorençatto et al., 2002).

A endometriose pélvica é responsável por 40% das queixas de dor pélvica crônica e por 35% dos casos de infertilidade feminina. A freqüente demora para o seu diagnóstico pode levar a sentimentos de frustração e isolamento. O estresse e a ansiedade são vistos como fatores que também poderiam contribuir para o desenvolvimento da endometriose, como também cronificar o processo (Lorençatto et al., 2002). Outra questão intrigante é que não há relação entre extensão da doença e sintomas psíquicos e dolorosos (Abrão et al., 2000).

O tratamento medicamentoso da endometriose, com análogos de GnRH pode contribuir para surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, sendo a melhora na qualidade de vida questionável (Warnock et al., 2000).

Visando introduzir tais questões, destacamos quatro aspectos principais que devem ser considerados: a relação entre endometriose e psicopatologia; o efeito do tratamento em relação a sintomas psíquicos; a avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose pélvica e a importância da relação médico-paciente.

### **3.4 Endometriose e Transtornos Mentais:**

Os estudos que relacionam a endometriose pélvica a doenças mentais são escassos. Os sintomas psíquicos relacionados à doença ainda são controversos.

Nas pacientes com sintomas dolorosos, considera-se que a dor pélvica crônica por si só possa causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário da paciente com suas rotinas até então estabelecidas. Acredita-se que o fator psicológico possa estar presente de forma isolada ou concomitante em até 60% dos casos, sendo mais comum os sintomas de depressão e ansiedade (Lampe, 2000).

O humor comprometido por sua vez pode interferir na interpretação e no relato da dor. Tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização, e assim como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica (Low et al., 1993).

Em 1977, observou-se que mulheres sem causa demonstrável para sua dor pélvica possuíam maior tendência à neurose além de apresentarem atitudes negativas em relação a si e seus parceiros (Waller & Shaw, 1995).

Vários estudos prévios buscaram verificar a ocorrência de depressão em pacientes com dor crônica, e foi possível comprovar que a maioria dessas pacientes apresenta sintomas depressivos (Lorençatto et al., 2002).

Alguns estudos sobre a questão foram realizados em pacientes com endometriose pélvica, uma das causas de dor pélvica crônica, sendo que foram observadas algumas particularidades neste grupo.

Estudo de Peveler et al., em 1996, comparou 51 mulheres portadoras de endometriose pélvica com 40 mulheres com dor pélvica de etiologia desconhecida.

Percebeu-se que as mulheres com endometriose pélvica apresentaram maior nível sócio-econômico, maior disfunção social e dor pélvica mais acentuada. Não houve diferença quantos aos sintomas de humor e características da personalidade.

Low et al., em 1993, avaliaram 81 mulheres com dor pélvica, sendo 40 casos de endometriose e 41 de outras doenças ginecológicas. As pacientes com endometriose pélvica apresentaram índices mais elevados de introversão e ansiedade quando comparadas ao outro grupo.

Sugeriu-se a existência de uma desordem na personalidade destas pacientes devido à falta de correlação entre a presença dos sintomas e extensão da doença (Lorençatto et al., 2002).

Alguns traços de personalidade de mulheres com endometriose pélvica foram delineados através de um estudo exploratório conduzido por Abrão et al., em 2000. Estes autores afirmam que pode existir um perfil emocional característico em comum nas mulheres portadoras da referida moléstia.

Em estudo de Gomibuchi et al., em 1993, foram avaliadas 58 mulheres com endometriose pélvica. Concluem que a personalidade afeta a expressão da dor. A dor causada pela endometriose foi influenciada pelo tipo de personalidade entre as pacientes com a doença.

Além disso, observou-se que a endometriose por si só parece ser fator de risco para sintomas psíquicos. Waller & Shaw, em 1995, estudando 49 casos de endometriose pélvica, investigaram se existem diferenças psicológicas entre pacientes com endometriose leve sintomática e assintomática. Compararam os resultados com mulheres com dor pélvica crônica de outras etiologias e pelve normal. Verificou-se que os grupos de dor pélvica e endometriose sintomática apresentaram sintomas depressivos significativos. O grupo com

endometriose assintomática apresentou sintomas depressivos, embora menores que os grupos anteriores, mas diferente das pacientes com pelve normal.

Em estudo realizado por Lorençatto et al. (2002) foram avaliadas 50 mulheres com diagnóstico de endometriose e dor pélvica crônica, aplicando o inventário de Beck para depressão. Encontraram sintomas compatíveis com depressão em 92% da amostra, sendo 56% das entrevistadas com quadro de intensidade moderada a grave.

Entretanto, existem questionamentos para alta prevalência de sintomas psíquicos encontrada nestes estudos. Segundo Simon (1988) os transtornos psiquiátricos estão relacionados a maior relato de sintomas físicos e maior procura por serviços médicos. Estas pacientes apresentam diminuição da tolerância a dor e aumento da percepção sensorial das sensações corporais. Estariam assim, mais presentes nos ambulatórios especializados.

Outros fatores podem contribuir para sintomas psíquicos nas pacientes que apresentam dor pélvica crônica. História de abuso sexual na infância é fator de risco para o problema. Lampe et al., em 2000 relacionaram a dor pélvica crônica a abuso sexual especialmente quando este ocorre antes dos 15 anos de idade. Existem pesquisas que demonstram que o estresse pós-traumático que ocorre nas situações de abuso leva a alterações permanentes no funcionamento do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, com conseqüências importantes para estas mulheres (Lampe et al., 2000).

Além disso, alguns fatores psicossociais estão sendo reconhecidos. Roth et al. (2001), em estudo com 187 pacientes verificaram que baixa escolaridade é fator de risco para dor pélvica crônica, e referem que baixo nível sócio-econômico pode contribuir também

Enfim, a própria infertilidade ocasionada pela endometriose pélvica também pode contribuir para sintomas psíquicos. Bergqvist & Theorell (2001) em estudo comparativo de

mulheres com endometriose e infertilidade com mulheres saudáveis sem problemas de infertilidade, baseado em questionário de autoavaliação mostraram que 50% das pacientes do primeiro grupo tinham procurado o psiquiatra nas últimas quatro semanas ou expressaram a necessidade desta avaliação.

### **3.5 Tratamento da Endometriose e Sintomas Psíquicos:**

O diagnóstico da endometriose depende da realização da videolaparoscopia e confirmação anatomopatológica. A cirurgia também pode ser o tratamento inicial de eleição para a condição, com exérese dos focos endometrióticos. Estudo de Low et al., em 1993, analisando 37 pacientes submetidas a tratamento laparoscópico da endometriose pélvica, verificaram melhora significativa nos sintomas psicológicos e na dor em três meses de seguimento pós-operatório, embora o estudo não possua grupo controle.

Elcombe et al. (1997) também sugeriram que a própria laparoscopia diagnóstica pode ser benéfica para estas pacientes, em função de mecanismos psicológicos pouco esclarecidos.

Quanto ao tratamento medicamentoso, os agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) são muito utilizados para endometriose moderada a grave (Jones et al., 2002). Entretanto o uso deste medicamento pode ocasionar efeitos colaterais resultantes da supressão ovariana, diminuindo a síntese e liberação de FSH e LH, com resultante hipostrogenismo importante (Damario & Rock, 1994). Acredita-se que os estrógenos sejam importantes para sintomas psíquicos pela interação com receptores de núcleo e de membrana celulares. Sua ligação aos receptores nucleares possibilitaria uma ação ativadora/inibitória genética bastante diversificada. Já a ação sobre receptores de membrana teria papel importante na síntese, liberação e metabolismo de neurotransmissores, como a noradrenalina, dopamina, serotonina e a acetilcolina, importantes na fisiopatologia dos transtornos do humor. Os estrógenos também têm uma ação inibidora da enzima monoamino-oxidase, o que promove a liberação de triptofano e facilita sua conversão em serotonina (Soares et al., 2002).

Outra alternativa medicamentosa é o uso de progestágenos. Porém, por promoverem o surgimento de irritabilidade e sintomas disfóricos, diversos autores atribuem à progesterona um papel negativo sobre o humor. O mecanismo pelo qual isto ocorre permanece indefinido, embora se especule que esteja relacionado à ação agonista sobre receptores GABA (Soares et al., 2002).

A queda abrupta dos níveis hormonais ocasionada por estes tratamentos resulta em sintomas físicos e psíquicos. Estudos notaram prejuízo funcional devido a manifestação do humor e ansiedade (Jones et al., 2002). Outras queixas como disforia, perda da memória de curto prazo, diminuição da libido, dor de cabeça e instabilidade emocional são relatados por 10 a 20% dos pacientes. Ganho de peso e acne estão também entre os efeitos colaterais mais comuns (Bergqvist & Theorell, 2001).

Steingold et al., em 1987, estudando 16 pacientes com endometriose, notaram que 12 pacientes recebendo análogos do GnRH apresentaram depressão. Um pequeno estudo realizado por Newton et al., em 1996, mostrou que prejuízo de memória é um efeito colateral comum do tratamento com agonistas de GnRH. Verificou-se que 44% das 16 pacientes avaliadas relataram moderado a importante prejuízo da memória por pelo menos oito semanas em comparação com controle.

Porém, estudo de Burry em 1992 verificou que o uso de análogos do GnRH mostrou melhora significativa na produção laboral e também melhora global na qualidade de vida.

Bergqvist & Theorell (2001) em estudo avaliando 48 mulheres com endometriose pélvica, verificaram que uso de acetato de medroxiprogesterona ou nafarelin pode melhorar a qualidade de vida das pacientes. Notaram que embora o tratamento hormonal da endometriose tenha efeitos colaterais o efeito total na qualidade de vida é positivo e permanece por pelo menos seis meses após completo o tratamento. Ressaltam que quando o

tratamento hormonal para endometriose é considerado, é importante se verificar a história psicológica prévia.

Então, visando esclarecer o impasse, Warnock et al., em 2000 realizaram estudo duplo-cego controlado, verificando que o uso de sertralina é efetivo no tratamento dos sintomas depressivos, sugerindo associação rotineira de antidepressivos ao tratamento de supressão ovariana.

Assim, pode-se notar que a literatura é inconclusiva nestes aspectos. O tratamento com a supressão ovariana é importante para melhora dos sintomas da endometriose pélvica, em especial os dolorosos. Entretanto a paciente deve ser rigorosamente acompanhada pelo clínico uma vez que poderá desenvolver depressão, necessitando de tratamento.

### **3.6 Endometriose e Qualidade de Vida:**

Recentemente alguns autores têm discutido o prejuízo funcional que esta condição clínica ocasiona. Embora em pequeno número, alguns estudos têm referido o impacto da endometriose pélvica na qualidade de vida. Quase todos eles têm utilizado instrumentos de avaliação de qualidade de vida com propriedades psicométricas estabelecidas.

Uma limitação de se usar medidas genéricas é que elas podem não ser sensíveis o suficiente para se avaliar mudanças em uma determinada doença, uma vez que foram desenhadas para medir o estado de saúde em ampla variedade de doenças. Por sua vez, os questionários específicos para doenças contém itens especialmente desenvolvidos para um grupo apropriado de pacientes, devendo ser mais específicos às alterações do estado de saúde. Foram desenvolvidos dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida em pacientes com endometriose pélvica até então (Jones et al., 2002).

Estudo de MARQUES et al. (2004) avaliou mulheres com diagnóstico de endometriose pélvica, encontrando baixa qualidade de vida. O instrumento utilizado foi a escala SF 36. Não houve relação entre qualidade de vida e intensidade da dor, uso de medicamentos ou com situação conjugal da paciente. Observou-se que entre as mulheres que se exercitavam regularmente, os escores na escala foram mais altos.

### **3.7 Relação Médico-Paciente:**

A relação médico paciente pode estar prejudicada na condição. A demora para o diagnóstico, que ocorre muitas vezes, pode levar a sentimentos de frustração e isolamento prejudicando sobremaneira a relação (Jones, 1988).

Como pacientes com endometriose podem apresentar uma grande variedade de sintomas psíquicos, cabe ao médico desenvolver habilidades específicas para manejo destas questões emocionais. Jones (1988) refere que a postura do médico nestes casos não deve ser de colocar a paciente em posição de vítima, comum nestas situações, quando a mesma solicita ao profissional que decida tudo, entregando-se ao mesmo. Da mesma forma quando este não é o entendimento da paciente, não deve conduzi-la à decisão de fazer o que o médico quer, mas sim um tratamento com participação ativa da mesma, certificando-se de que entenda o processo patológico, oferecendo-se opções terapêuticas com riscos e benefícios, buscando que a paciente desenvolva a percepção de que conduz o tratamento. O autor refere também que os principais fatores que dificultam a relação são a dor pélvica crônica, infertilidade e a dismenorréia.

Conforme referido pela própria paciente Kate Weinstein (1998): “Mulheres com endometriose precisam mais do que serviços médicos, elas estão procurando uma abordagem holística para o tratamento da endometriose – médicos que estão interessados em ajudar as pacientes não somente a manejar os sintomas da doença, mas as crises que esta provoca. As pacientes precisam de amplo suporte emocional para lidar com uma doença que pode ser não somente fisicamente debilitante, mas para mulheres gravemente acometidas, é financeiramente, sexualmente, psicologicamente e socialmente devastadora.”

### **3.8 Conclusões:**

Em função da alta prevalência, da etiopatogenia incerta, cronicidade e morbidade do quadro, muitos pesquisadores têm desenvolvido estudos no campo psicológico buscando melhor entendimento da endometriose e suas conseqüências, além de novas modalidades de tratamento para melhorar o prognóstico e evitar recidivas da doença.

A literatura atual reconhece a importância do tratamento multidisciplinar, em especial o psiquiátrico no manejo destas pacientes. Assim, estudos desenvolvem-se no intento de estabelecer estes mecanismos psicopatológicos em pacientes com endometriose pélvica.

A supressão ovariana pode ocasionar sintomas depressivos, devendo-se considerar o uso de antidepressivos nestas situações.

Ainda não há consenso na literatura quanto a melhor técnica psicoterápica para tratamento destas pacientes. Nas pacientes com endometriose pélvica e sintomas psíquicos, o que se preconiza até então é avaliação rotineira, com diagnóstico e tratamento adequados da comorbidade.

### 3.9 Leituras Suplementares:

1. Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW & Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose.  
In: Abrão MS, editor. Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000b. p. 249-58.
2. Bergqvist A & Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:628-637.
3. Burry KA. Nafarelin in the management of endometriosis: quality of life assessment. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 735-9.
4. Damario MA & Rock JA. Goserelin (Zoladex) versus danazol for endometriosis: The North American experience. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(suppl 10):13-18.
5. Elcombe S, Gath D, Day A. The Psychological Effects of Laparoscopy on Women With Chronic Pelvic Pain. *Psychol Med* 1997, 27:1041-50.
6. Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, Kohda K, Takei T, Kimura Y, Liang S & Kaibara M. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993; 196(3):723-5.
7. Jones G, Kennedy SH & Jekinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(2):501-11.
8. Jones KP. Emotional Aspects of Endometriosis: A Physician's Perspective. *Clin Obstet Gynecol* 1988; 31(4):874-82.

9. Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G & Söllner W. Chronic Pelvic Pain and Previous Sexual Abuse. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6):929-33.
10. Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB & Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3): 217-21.
11. Low WY, Edelmann RJ & Sutton C. A Psychological Profile of Endometriosis Patients in Comparison to Patients With Pelvic Pain of Other Origins. *J Psychosom Res* 1993; 37(2):111-116.
12. Low WY, Edelman RJ & Sutton C. Short term psychological outcome of surgical intervention for endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100:191-92.
13. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM & Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004, 49(2):115-20.
14. Newton C, Slota D, Yuzpe AA & Tummon IS. Memory complaints associated with the use of gonadotropin-releasing hormone agonist: a preliminary study. *Fertil Steril* 1996; 65:1253-5.
15. Peveler R, Edwards J, Daddow J & Thomas E. Psychosocial Factors and Chronic Pelvic Pain: A Comparison of Women With Endometriosis and With Unexplained Pain. *J Psychosom Res* 1996; 3:305-15.
16. Pinto Neto AM, Nicolau MA, Paiva LHSC, Petta CA, Bueno JGR & Marussi EF. Aspectos clínicos e anatomopatológicos da adenomiose. *Rev ginecol obstet* 1990; 1(1):39-42.

17. Roth RS, Margaret RP & Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 2001, 51:563-69.
18. Simon G. Psychiatric Disorder and Endometriosis. *Am J Psychiatry* 1988; 145(8):1040-1.
19. Soares CN, Prouty J, Poitras J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):48-54.
20. Steingold KA, Cedars M, Lu JK, Randle D, Judd HL & Meldrum DR. Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. *Obstet Gynecol* 1987, 69:403-11.
21. Waller KG & Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995; 63(4):796-800.
22. Warnock JK, Bundren JC & Morris DW. Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertility Steril* 2000; 74(5):984-86.
23. Warnock JK, Bundren JC & Morris DW. Sertraline in the Treatment of Depression Associated with Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Therapy. *Biol Psychiatry* 1998; 43:464-465.
24. Weinstein K. The Emotional Aspects of Endometriosis: What the Patient Expects from Her Doctor. *Clin Obstet Gynecol* 1988, 31:866-73.

**4. DEPRESSIVE SYMPTOMS, ANXIETY, AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN  
WITH PELVIC ENDOMETRIOSIS**

Artigo original enviado para Revista European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology Obstetrics & Gynecology

(ISSN: 0301-2115)

**DEPRESSIVE SYMPTOMS, ANXIETY, AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN  
WITH PELVIC ENDOMETRIOSIS**

Rodrigo de P. Sepulcri<sup>a</sup>, Vivian F. do Amaral<sup>b,\*</sup>

This study was conducted in Curitiba, Paraná, Brazil.

*<sup>a</sup>Graduate studies in Health Sciences, Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, Brazil*

*<sup>b</sup>Adjunct Professor of the Graduate Program in Health Sciences, Pontifícia Universidade  
Católica do Paraná, Curitiba, Brazil*

\*Corresponding author.

Vivian Ferreira do Amaral, MD; PhD

Post-Graduation Program in Health Science, Centre for Health and Biological Sciences of  
the Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Rua Imaculada Conceição, 1155

Prado Velho - CEP: 80215-901

Curitiba, Paraná, Brazil

Tel.: +55 41 3271 2285, fax +55 41 3271 1657.

E-mail address: [v.amaral@pucpr.br](mailto:v.amaral@pucpr.br) (V.F. Amaral).

**4.1 Condensation: Depression, anxiety, and impaired quality of life are highly prevalent in women with pelvic endometriosis. Evaluating these conditions could alter the prognosis.**

## 4.2 Abstract

*Objective:* To assess depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with pelvic endometriosis.

*Study design:* A prospective study of 104 women diagnosed with pelvic endometriosis. The Beck Depression Inventory (BDI) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) were used to evaluate depressive symptoms; the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) to evaluate anxiety symptoms; and the short (26-item) version of the World Health Organization Quality Of Life instrument (WHOQOL-BREF) to evaluate quality of life.

*Results:* Of the patients evaluated, 86.6% presented depressive symptoms (mild to moderate in 23.1%, moderate to severe in 37.5%, and severe in 26%), and 87.5% presented anxiety (minor in 24% and major in 63.5%). Quality of life was found to be substandard. Age correlated positively with depressive symptoms, as determined using the BDI ( $P = 0.013$ ) and HAM-D ( $P = 0.037$ ). There was positive correlation between current pain intensity and anxiety symptoms, as assessed using the STAI (state,  $P = 0.009$ ; trait,  $P = 0.048$ ) and HAM-A ( $P = 0.0001$ ). The complaints related to physical limitations increased in parallel with the intensity of pain ( $P = 0.017$ ). There was an inverse correlation between duration of treatment and quality of life ( $P = 0.017$ ). There was no correlation between psychiatric symptoms and endometriosis stage.

*Conclusions:* A rational approach to endometriosis should include an evaluation of the emotional profile and quality of life. Such an approach would certainly reduce the functional damage caused by this disease.

*Keywords:* Endometriosis; anxiety; depression; emotional profile

### **4.3. Introduction**

Endometriosis is a chronic and progressive disease that results in lesions of the reproductive tract, pain and infertility [1]. The disease might impair work capacity, social interaction, and family life [2].

Women suffering from this disease present greater susceptibility to mental disorders. Diagnosis is often delayed, leading to frustration. Depression and anxiety also play a role in the development and chronicity of pelvic endometriosis [3].

It is estimated that 10 to 15% of women of reproductive age suffer from pelvic endometriosis. Despite its prevalence, this disease remains poorly understood [4]. It has been demonstrated that there is no relationship between the extent of this disease, its painful and psychic symptoms [5].

The aetiology of pelvic endometriosis is as yet unknown. However, it is known that stress and mood disorders affect the immune system, increasing susceptibility to inflammatory diseases [6]. Endometriosis is currently analyzed from a biopsychosocial point of view, characterized by recurrence and impaired quality of life [3]. There have been few studies correlating endometriosis with mental disorders.

The objective of the present study was to evaluate the prevalence of depressive and anxiety symptoms, as well as quality of life, in women with endometriosis.

#### 4.4. Methods

This was a prospective study involving 104 women treated between July of 2004 and December of 2006 at the two hospitals: the *Pontifícia Universidade Católica do Paraná* (PUCPR, Pontifical Catholic University of Paraná) *Santa Casa de Misericórdia* Hospital, located in Curitiba, Brazil; and at the Dr. Lima Hospital in Cascavel, Brazil. All of the women evaluated presented surgically diagnosed, histopathologically confirmed pelvic endometriosis. The minimum age was 18 years old. None of the women selected had used non-steroidal anti-inflammatory drugs, anxiolytics, or antidepressants within the previous three months. Patients diagnosed with any condition that might increase the risk of depression or anxiety, such as fibromyalgia and irritable bowel syndrome, were excluded. All participating patients signed informed consent. The study was approved by the PUCPR Ethics Committee. None of the patients dropped out of the study.

All of the subjects completed a questionnaire developed by the authors. The questionnaire was composed of questions regarding demographic, health, and psychosocial factors. The presence and location of pain were determined, and the intensity of the pain was quantified using the visual analogue scale (0–10 points). The endometriosis was staged in accordance with the guidelines established by the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) in 1997 [7]. The Beck Depression Inventory (BDI) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) were used for the evaluation of depressive symptoms. In order to evaluate anxiety symptoms, the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) were applied. The short (26-item) version of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQOL-BREF) was used in order to evaluate quality of life. The BDI has two parts,

one for the evaluation of somatic issues and another for mood issues. The STAI evaluates actual anxiety (state, STAI-1) and permanent anxiety (trait, STAI-2). The WHOQOL-BREF questionnaire is subdivided into four domains: physical, psychological, social relations, and environment. All of the instruments used have been translated to Brazilian Portuguese and previously validated for use in Brazil [8, 9, 10, and 11]. This was a descriptive study, and the sample size was determined through evaluating the scores of previous clinical patients and through out a pilot study. The study did not include a control group, since the patterns of normality are well established for all of the scales employed.

A descriptive analysis of the results was carried out. The cut-off values for the scales were established according to the results of studies involving validation for their use in Brazil. In order to confirm the objectives, Pearson's correlation coefficient and the parametric Student's t-test were used, together with the non-parametric Mann-Whitney test, the chi-square test, and Fisher's exact test (using Epi Info). The level of significance was set at  $< 5\%$  ( $P < 0.05$ ).

## 4.5. Results

The demographic evaluation revealed the following: the mean age was  $34.6 \pm 6.3$  years (range, 19–48 years); 38.5% of the subjects had completed high school; 54.8% were married; and 65.4% had children. The median per capita income was 1.2 times the minimum wage.

We observed that 58.7% of the women had been diagnosed with at least one condition in addition to endometriosis, principally arterial hypertension (10.6%). We observed that 70.2% of the women were sedentary, according to the American College of Sports Medicine criteria [12].

When questioned regarding the use of psychoactive substances, 73.1% were non-smokers. Of the women evaluated, 50% reported having a previous history of use of psychiatric medications. Only 15.4% of the women reported having been abused physically or sexually.

The evaluation of the data related to endometriosis revealed that 80.8% had undergone up to two surgical procedures. There were 42 women (40.4%) in ASRM initial stages (I or II), compared with 62 (59.6%) in ASRM advanced stages (III or IV).

We observed that 80.8% of the women evaluated presented pelvic pain, and the mean intensity of current pain on the visual analogue scale was 5. Half of the women (50,0%) reported prolonged difficulty in conceiving (mean, 7.5 years).

The mean age at onset of typical endometriosis complaints was 21 years. The mean interval between the onset of symptoms and diagnosis, as well as the mean time in treatment prior to the study outset, was 5 years.

The BDI scores revealed that 86.6% of the women presented depression, which was moderate to severe in 63.5% (Table 1).

The STAI scores revealed that, among the women evaluated, state-anxiety was of medium intensity (median STAI-1 score, 44.5), and trait-anxiety was high (median STAI-2 score, 52).

The Statistical Package for the Social Sciences program was used to evaluate the WHOQOL-BREF data. The results revealed that the women classified their quality of life as medium in both the psychological and social domains (median score, 50). The physical domain scores were slightly below average (median score, 48.2), whereas the environmental domain scores were slightly above average (median score, 54.7).

Based on the HAM-D and HAM-A scores, respectively, 31, 7% presented moderate depression, 32,7% severe depression and 63,5 % a high level of anxiety (Table 2).

There was a statistically significant correlation between advanced age and a higher BDI score ( $P = 0.013$ ). The STAI and WHOQOL-BREF scores were not found to correlate significantly with age. There was a significant correlation between a higher HAM-D score and advanced age ( $P = 0.037$ ).

The duration of typical endometriosis complaints (probable time since onset of the disease) did not correlate significantly with any of the scales employed.

Using the WHOQOL-BREF instrument, we found that duration of treatment correlated significantly and negatively with quality of life in the physical domain, lower scores translating to moderately impaired quality of life ( $P = 0.017$ ).

The current intensity of pain correlated significantly with the STAI-1 score ( $P = 0.009$ ) and moderately with the STAI-2 score ( $P = 0.048$ ), the STAI scores increasing in parallel with the intensity of the pain. The current intensity of pain also correlated significantly and

negatively with the WHOQOL-BREF score, especially in the physical domain ( $P = 0.017$ ), the score, and therefore the quality of life, decreasing as the intensity of the pain increased. A correlation was also observed between greater pain intensity and higher HAM-A score ( $P < 0.0001$ ).

A positive correlation was observed between the HAM-D and BDI scores ( $P < 0.0001$ ), as well as between the HAM-A and STAI scores, demonstrating the internal validity of the study, since the physician observed the same aspects reported by the women (Fig. 1).

None of the scales employed were found to correlate significantly with the initial stages (I and II) or the advanced stages (III and IV) of endometriosis. No difference in the results of scales was found when analysing the subgroup of women with pain, comparing with those with infertility, and with those with no one of the conditions.

#### 4.6 Comment

Certain factors can contribute to the development of mental disorders in women with chronic pelvic pain. In 2000, Lampe et al. found that chronic pelvic pain was related to sexual abuse, which permanently alters the function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis [13].

In 2001, Roth et al. studied a sample of 187 women [14]. The authors determined that a low level of education is a risk factor for chronic pelvic pain, and that low socioeconomic status can also contribute. However, the data in the literature are contradictory. In 1996, Peveler et al. conducted a comparative study involving 51 women with pelvic endometriosis and 40 women with pelvic pain of unknown aetiology [15]. Those with pelvic endometriosis presented higher socioeconomic status, greater social dysfunction, and more pelvic pain.

The infertility caused by pelvic endometriosis can also contribute to the development of mental disorders. In 2001, Bergqvist and Theorell compared infertile women with endometriosis to fertile women and found that 50% of the women in the former group had sought psychiatric help, or expressed a need for such help, within the preceding four weeks [2].

Factors related to emotional suffering (socioeconomic condition; history of physical or sexual abuse; and domestic violence) did not correlate significantly with any of the psychiatric scales employed. Nor were other factors, such as being married and having children, both of which have been suggested to be protective against emotional suffering, found to correlate with psychological symptoms. In addition, none of the scales employed correlated with, level of education and infertility. As suggested in other studies,

endometriosis, per se, appeared to be the factor principally responsible for mental suffering among the women evaluated in the present study.

In the present study, there was a significant association between age and depressive symptoms. We concluded that advancing age increases the severity of the emotional suffering caused by the disease, which manifests as depressive symptoms.

We determined that there was no relationship between the staging/extent of endometriosis and the painful psychic symptoms, a finding that is in agreement with other studies [16].

In 2006, Lorençatto et al. [17], evaluating 100 Brazilian women with endometriosis, identified depression in 86% of those with chronic pelvic pain, compared with 38% of those without such pain. In a similar study employing the BDI to evaluate depression in women with endometriosis [18], a lower prevalence of depression was observed: 23.5% of those in the group with pain; and 13% of those in the group without pain. In the present study, 86.6% of the women evaluated presented depression, which ranged from moderate to severe in the 63.5%.

In 1995, Waller and Shaw used the STAI to evaluate anxiety in women with endometriosis [18]. The authors observed no difference between the groups in terms of the STAI scores. Women with mild symptomatic endometriosis presented greater depression and more often suffered from sexual dysfunction. These results differ from those obtained in a study conducted by Renaer et al. [19], who demonstrated higher anxiety levels in the women with endometriosis-related pain. In the present study, the median state-anxiety score was 44.5, and the median trait-anxiety score was 52. Anxiety scores were higher than those estimated for women with other pathologies: mean state-anxiety score,  $42.4 \pm 13.7$ ; and mean trait-anxiety score  $41.9 \pm 12.7$  [20].

Although depression in women with chronic pelvic pain has been the target of many studies, it continues to be under-diagnosed and inadequately treated. The effect of pain at its onset in women with endometriosis is not clear [17]. There is evidence that depression is a consequence of chronic pelvic pain, although there is no consensus as to which is the cause and which is the effect [21]. It is possible that the intensity of the pain is related to the degree of depression and anxiety [22].

In 1993, Low et al. evaluated 81 women with pelvic pain: 40 with endometriosis and 41 with other gynaecological diseases [23]. The authors found that introversion and anxiety were more prevalent among the women with pelvic endometriosis.

In the present study, the current intensity of pain correlated significantly with anxiety symptoms, as quantified using the STAI and HAM-A. We also calculated the probability of a correlation between pain intensity and the depressive symptoms identified using the BDI and HAM-D.

The high prevalence of depressive and anxiety symptoms found in the present study corroborates the observations made by Barsky in 1979 [24]. This high prevalence can be explained by the fact that women with anxiety and depression demonstrate less tolerance to pain, present greater sensitivity to physical sensations in general, and more often seek treatment [25]. In 1988, Simon [26] also reported that psychiatric disorders are related to greater number and severity of physical symptoms reported, as well as to higher rates of treatment-seeking behaviour.

Few studies have evaluated the interval between the onset of symptoms and diagnosis. This delay affects such women negatively [27]. In 2003, Arruda et al. found that the mean time to diagnosis in a group of 200 Brazilian women with endometriosis was 7 years [28].

In the present study, the mean interval between the onset of typical endometriosis complaints and diagnosis was 5 years.

Endometriosis has a considerable impact on patient quality of life. Of the few studies on the subject, virtually all have employed generic instruments of evaluation. Although two specific quality of life questionnaires for endometriosis have been developed [29], neither has yet been validated in Brazil.

In 2004, Marques et al. evaluated 60 Brazilian women with pelvic endometriosis and found that their quality of life was below standard [30]. The authors found that women who exercised regularly presented higher quality of life scores.

In the present study, quality of life was found to be impaired in comparison with that of the general population. This impairment was greater in the physical domain of the WHOQOL-BREF. In addition, duration of treatment and intensity of the pain both correlated with impaired quality of life. Physical exercise was not found to correlate with any of the scales applied. The majority of the women evaluated had been referred from the public health care system and presented low socioeconomic status, which, especially in a developing country such as Brazil, can also contribute to impaired quality of life.

On potential limitation of our study is that the patient sample might not be representative of the entire population of Brazilian women with pelvic endometriosis, since the study was conducted in referral centres that typically treat the more complex cases.

Due to the high prevalence, uncertain aetiopathogenesis, chronicity, and morbidity of endometriosis, a great deal of research has been done in the mental health area in attempts to gain a better understanding of the disease and its consequences, as well as to find new treatment modalities to improve prognosis and avoid recurrence.

In developing countries, little research has been conducted. In our cohort study, pelvic endometriosis had a negative impact on the quality of life of Brazilian women, leading to significant depressive and anxiety symptoms. Further studies should be carried out in order to elucidate these aspects.

#### 4.7 References

- [1] Pinto Neto AM, Nicolau MA, Paiva LHSC, Petta CA; Bueno JGR, Marussi EF. Aspectos clínicos e anatomopatológicos da adenomiose. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1990;1(1):39-42.
- [2] Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:628-637.
- [3] Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(3): 217-21.
- [4] ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005;120(10): 2698–2704.
- [5] Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, Kohda K, Takei T, Kimura Y, Liang S, Kaibara M. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993;196(3):723-5.
- [6] Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res* 1999;85:7-15.
- [7] Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67:817–21.
- [8] Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck : Propriedades Psicométricas da Versão em Português. *Rev Psiq Clín* 1998;25(5):245-50.

- [9] Andrade, L.; Gorenstein, C. Aspectos geral das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clín* 1998; 25(6):285-290.
- [10] Moreno RA, Moreno DH. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiq Clin* 1998; 25(5):262-272.
- [11] Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(2):178-83.
- [12] Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araujo T, Andrade E, de Oliveira LC et al. Promotion of physical activity in a developing country: the Agita Sao Paulo experience. *Public Health Nutr* 2002;5(1A):253-261.
- [13] Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Söllner W. Chronic Pelvic Pain and Previous Sexual Abuse. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):929-33.
- [14] Roth RS, Margaret RP, Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 2001;51:563-69.
- [15] Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial Factors and Chronic Pelvic Pain: A Comparison of Women with Endometriosis and with Unexplained Pain. *J Psychosom Res* 1996;3:305-15.
- [16] Stewart, DE. Chronic Gynecologic Pain. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18(4):230-237.
- [17] Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obst Gynecol* 2006;85,88-92.
- [18] Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995;63(4):796-800.

- [19] Renaer M, Vertommen H, Nijs P, Wagemans L, Van Hemelrijck T. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134, 75-80.
- [20] Spielberger CD, Gorsuch RLE, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
- [21] Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associates depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37.
- [22] Doan BD, Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain* 1989;36:75-84.
- [23] Low WY, Edelmann RJ, Sutton C. A Psychological Profile of Endometriosis Patients in Comparison to Patients With Pelvic Pain of Other Origins. *J Psychosom Res* 1993;37(2):111-116.
- [24] Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med* 1979;91:63-70.
- [25] Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok JR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145:75-80.
- [26] Simon G. Psychiatric Disorder and Endometriosis. *Am J Psychiatry* 1988;145(8):1040-1.
- [27] Kennedy SH. What is important to the patient with endometriosis? *Br J Clin Pract Sump Suppl* 1991;72, 8-10.
- [28] Arruda M, Petta CA, Abrão MS, Benetti Pinto C. Time elapsed from the initial complaints to the diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod* 2003;18,756-759.

- [29] Jones G, Kennedy SH, Jekinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(2):501-11.
- [30] Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004;49(2):115-20.

## 4.8 Legends

Table 1: Results - Beck Depression Inventory

Table 2: Results – Hamilton Scales of Depression and Anxiety

Figure 1: Correlation between the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) and the Beck Depression Inventory (BDI)

## 4.9 Annexes

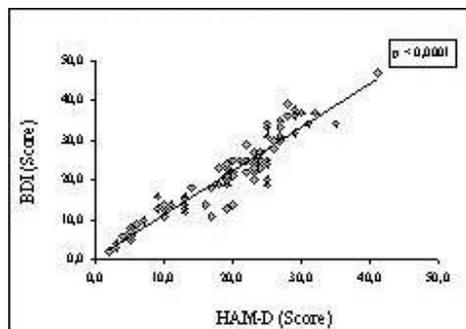
**Table 1**

Degree of Depression	Patients	
	N	%
None Or Minimal	14	13.4
Mild To Moderate	24	23.1
Moderate To Severe	39	37.5
Severe	27	26.0
Total	104	100.0

**Table 2**

Hamilton Scale	Patients (N = 104)	
	N	%
<b>Depression</b>		
▪ None	14	13.5
▪ Mild	23	22.1
▪ Moderate	33	31.7
▪ Severe	34	32.7
<b>Anxiety</b>		
▪ None	13	12.5
▪ Minor	25	24.0
▪ Major	66	63.5

**Figure 1**



**5. CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE  
MULHERES COM ENDOMETRIOSE**

Artigo original enviado para Revista da Associação Médica Brasileira ISSN. 0104-4230.

**CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS E SINTOMAS PSÍQUICOS DE  
MULHERES COM ENDOMETRIOSE**

**HORMONAL ORAL CONTRACEPTIVES AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF  
WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS**

Rodrigo de Pinho Sepulcri<sup>1</sup>; Vivian Ferreira do Amaral<sup>2,\*</sup>.

*<sup>1</sup>Mestrando do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia  
Universidade Católica do Paraná*

*<sup>2</sup>Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia  
Universidade católica do Paraná*

*Rua: Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho 80.215-901 Curitiba - Paraná – Brazil*

---

\* Corresponding author:

Vivian Ferreira do Amaral, MD; PhD

Post-Graduation Program in Health Science, Center for Health and Biological Sciences of  
the Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CCBS-PUCPR)

Rua Imaculada Conceição, 1155

Prado Velho - CEP: 80215-901

Curitiba, Paraná, Brazil

Tel.: +55 41 3271 2285, fax +55 41 3271 1657.

E-mail address: [v.amaral@pucpr.br](mailto:v.amaral@pucpr.br) .

## 5.1 Resumo

**Introdução:** A supressão ovariana é utilizada para tratamento da endometriose, sendo seus efeitos psíquicos controversos. O uso de contraceptivos hormonais orais combinados é alternativa barata e com menos efeitos negativos para humor e ansiedade. A ciclagem hormonal aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos em mulheres. A endometriose per si pode contribuir para tais sintomas. **Objetivos:** Avaliar o efeito do uso de contraceptivo hormonal oral nos sintomas psíquicos de mulheres com endometriose pélvica. **Métodos:** Foram avaliadas 85 mulheres com diagnóstico de endometriose pélvica, divididas em dois grupos – não usuárias e usuárias de anticoncepcional hormonal oral. O grupo não usuárias foi composto de 41 mulheres sem uso de medicação hormonal nos últimos seis meses, e o grupo usuárias, caracterizado por 44 mulheres que faziam uso de contraceptivos hormonais orais - pílulas com 20 a 30  $\mu\text{g}$  de *etinilestradiol* associado a progestágeno, de forma contínua, nos últimos seis meses. Para a avaliação da sintomatologia psíquica foram utilizadas as escalas de BECK e Hamilton-D (depressão); IDATE e Hamilton-A (ansiedade) e WHOQOL-bref (qualidade de vida). **Resultados:** Do total de pacientes avaliadas, 87,8% das não usuárias e 88,6% das usuárias apresentaram depressão; 26,8% das não usuárias e 29,5% das usuárias apresentam ansiedade menor; e 61% das não usuárias e 61,4% das usuárias ansiedade maior. A qualidade de vida mostrou-se prejudicada em ambos os grupos. Na comparação entre os dois grupos não houve diferenças significativas em todas as análises. **Conclusão:** Não houve influência do uso de anticoncepcionais hormonais orais na sintomatologia psíquica.

**Palavras-Chave:** Endometriose; ansiedade; depressão; tratamento; anticoncepcionais orais combinados.

## 5.2 Abstract

**Introduction:** Ovarian suppression with hormonal medication is used to treat endometriosis, and its psychological effects are controversial. The use of combined oral hormonal contraceptives is a cheaper alternative with less negative effects on mood and anxiety. The hormonal cycle increases the risk of developing depressive and anxiety disorders in women. Endometriosis per se can contribute to the development of these symptoms. **Objectives:** To elucidate the effect of the use of oral contraceptives on psychological symptoms in women with pelvic endometriosis. **Methods:** We evaluated 85 women with surgical diagnosis of endometriosis, separated into two groups – non-users and users of oral hormonal contraceptives. The non-user group consisted of 41 women without use of oral contraceptive medication in the last six months, and the user group consisted of 44 women who used oral contraceptive medication – pills with 20 to 30  $\mu\text{g}$  of ethinylestradiol and a progestin, continuously in the last six months. We used the scales of BECK and Hamilton-D (depression), STAI and Hamilton-A (anxiety), and WHOQOL-bref (quality of life). **Results:** Of the patients evaluated, 87,8% of non-users and 88,6% of users presented depression; 26,8% of non-users and 29,5% of users presented minor anxiety; and 61% of non-users and 61,4% of users presented major anxiety. Quality of life was found to be substandard in both groups. Comparing the two groups, there was no significant difference in all analyses. **Conclusion:** There was no influence of the use of oral hormonal contraceptives on psychological symptoms.

**Key-words:** Endometriosis; anxiety; depression; treatment; oral combined contraceptives.

### **5.3 Introdução**

A endometriose pélvica é uma doença crônica e progressiva, que pode ocasionar dor, infertilidade e massas anexiais<sup>1</sup>. Diferentes aspectos da vida da mulher podem ser influenciados, como capacidade de trabalho, vida social e familiar<sup>2</sup>. Devido à ciclagem hormonal, as mulheres apresentam maior prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, em relação aos homens<sup>3</sup>.

Estudos sugerem que o tratamento medicamentoso, através da supressão ovariana, pode contribuir para o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos, sendo a melhora na qualidade de vida questionável<sup>4,5,6</sup>. Devido a este efeito das medicações supressivas, em especial análogos de GnRH, os contraceptivos hormonais orais combinados, seguros e mais acessíveis, têm sido novamente estudados como alternativa para tratamento medicamentoso da endometriose. O objetivo deste estudo foi comparar a sintomatologia depressiva, ansiosa e qualidade de vida em mulheres com endometriose pélvica, usuárias e não usuárias de anticoncepcional hormonal oral combinado.

#### 5.4 Métodos

Foram avaliadas, prospectivamente, 85 mulheres, atendidas nos Serviços de Endometriose, dor Pélvica Crônica e Infertilidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Aliança Saúde - Pontifícia Universidade Católica do Paraná (ISCM- PUCPR), e Hospital Dr. Lima - Cascavel - Paraná. As mulheres selecionadas foram divididas em dois grupos - não usuárias e usuárias de anticoncepcional hormonal oral combinado (CHO). O grupo não usuárias foi composto de 41 mulheres sem uso de medicação hormonal nos últimos seis meses, e o grupo usuárias, caracterizado por 44 mulheres que faziam uso de CHO - pílulas com 20 a 30  $\mu\text{g}$  de *etinilestradiol associado a progestágeno* - utilizado para tratamento da endometriose, de forma contínua, há pelo menos seis meses. Foram critérios de inclusão de ambos os grupos, a idade mínima de 18 anos, o diagnóstico cirúrgico de endometriose pélvica, e a assinatura do termo de consentimento. Foram excluídas as mulheres em uso de antiinflamatórios não-hormonais, outros medicamentos hormonais, e ansiolíticos ou antidepressivos, nos últimos três meses. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da PUCPR. O estudo foi realizado no período de julho de 2.004 a dezembro de 2.006.

Foi elaborado um protocolo específico contendo dados demográficos e sobre a doença. Foi avaliada a presença e a intensidade de dor pélvica atual através da escala visual analógica (EVA)<sup>7</sup>. A endometriose foi classificada de acordo com a *American Society for Reproductive Medicine*<sup>8</sup>, no primeiro procedimento cirúrgico das pacientes. Para avaliação de sintomas depressivos, foram aplicados o inventário de depressão de Beck (BDI), e a escala de depressão de Hamilton (HAM-D). Para avaliação de sintomas ansiosos, foram aplicados o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE 1 e 2), e a escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A). Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário da Organização Mundial de Saúde, em sua forma simplificada (WHOQOL-bref). O BDI apresenta duas partes, uma que avalia questões somáticas (sintomas físicos de depressão), e outra de humor (sintomas psíquicos de depressão). A IDATE avalia ansiedade no momento (1 - Estado), e permanente (2 - Traço). O questionário WHOQOL-bref é subdividido em quatro domínios da qualidade de vida - físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Este é um estudo descritivo e o tamanho da amostra foi determinado através dos escores prévios em pacientes clínicos do sexo feminino e mesma faixa etária.

Para todas as escalas, estão bem estabelecidos padrões de normalidade, e os valores de corte foram de acordo com estudos de validação para o Brasil. Para a comprovação dos objetivos foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson e os testes paramétrico “t de Student” e os não-paramétricos “Mann-Whitney”, “Qui-Quadrado” e “Exato de Fisher” (pelo Epi-Info). O nível de significância adotado foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5.5 Resultados

A intensidade da dor pélvica atual mensurada pela EVA<sup>7</sup> foi considerada moderada em ambos os grupos – score 5. Quanto ao estadiamento<sup>8</sup>, 41,5 % (n=17) das não usuárias e 43,2% (n=19) das usuárias encontravam-se nos estádios mínimo/leve; e 24 mulheres não usuárias (58,5%) e 25 mulheres usuárias (56,8%), nos estágios moderado/grave.

Na avaliação de sintomas depressivos pela BDI, verificou-se depressão leve a moderada em 24,4% das não usuárias e 27,3% das usuárias e de moderada a grave em 39% das não usuárias e 36,3% das usuárias (tabela 1). Na avaliação de sintomas ansiosos pela IDATE, observa-se que as mulheres apresentam um quadro de ansiedade atual (IDATE 1) médio (score mediano de 43,0 e 46,0 para cada grupo, respectivamente) e um traço ansioso (IDATE 2) elevado (score mediano de 48,0 e 52,5). Na avaliação da qualidade de vida, pela escala WHOQOL-bref, observou-se que as mulheres classificaram sua qualidade de vida como média, constatado tanto no domínio psicológico (score mediano de 50,0 e 52,1) como no social (score mediano de 50,0 para ambos os grupos). Em relação ao físico é um pouco abaixo da média (score mediano de 46,4 e 48,2) e no ambiente um pouco acima da média no grupo de usuárias (score mediano de 50,0 e 59,4). A tabela 2 demonstra os resultados das escalas de HAMILTON em relação aos dois grupos. Nota-se que 61% das pacientes em ambos os grupos apresentaram ansiedade maior (grave). Na comparação entre os dois grupos não foram observadas diferenças significativas nas variáveis analisadas com relação às escalas psiquiátricas.

No grupo não usuárias (n = 41), em relação a idade, observou-se que houve correlação positiva com a escala WHOQOL-bref – domínio Ambiente (p=0,014). Houve correlação negativa entre o tempo de tratamento para endometriose e os domínios Físico (p=0,017) e Psicológico (p=0,026) da WHOQOL, ou seja, quanto maior o tempo de tratamento menor é a escala. Na escala HAM-A, foi observada correlação positiva (p=0,017), indicando que quanto menor o tempo de tratamento, menor é a ansiedade. Quanto à intensidade da dor, ainda no grupo não usuárias, houve correlação significativa com a porção Somática da BDI (p=0,023); e com a escala HAM-A (p=0,032), ou seja, conforme a redução da intensidade da dor, diminuem os sintomas somáticos da depressão e a ansiedade.

Já no grupo usuárias (n = 44), houve correlação significativa entre Idade e parte

somática da BDI, quanto mais idade, maior o escore do BDI-Somática ( $p=0,019$ ). Quanto à intensidade da dor, na HAM-A, foi observado correlação positiva ( $p=0,042$ ), ou seja, conforme a redução da intensidade da dor, a ansiedade diminui (Figura 1).

Os resultados obtidos nas escalas de avaliação de depressão e ansiedade, em ambos os grupos, foi semelhante, ou seja, demonstrou que o que é relatado pelas mulheres (escalas auto-aplicáveis), é também observado pelo médico (escalas aplicadas pelo pesquisador), sendo o  $p<0,0001$ . Não houve relação entre os níveis de depressão, ansiedade e qualidade de vida com o estadiamento da endometriose, quando comparados os estádios iniciais (I/II) e avançados (III/ IV) da endometriose, nos dois grupos estudados.

A análise comparativa de todos os resultados entre os dois grupos estudados não demonstrou diferenças significativas.

## 5.6 Discussão

Os estrógenos são importantes para sintomatologia psíquica, pela interação com receptores de núcleo e de membrana celulares. Sua ligação aos receptores nucleares possibilita uma ação ativadora/inibitória genética bastante diversificada. Já a ação sobre receptores de membrana tem papel importante na síntese, liberação, e metabolismo de neurotransmissores, como a noradrenalina, dopamina, serotonina e a acetilcolina, importantes na fisiopatologia dos transtornos do humor. Os estrógenos também têm uma ação inibidora da enzima monoamino-oxidase, o que promove a liberação de triptofano e facilita sua conversão em serotonina<sup>9</sup>.

A prevalência de transtornos depressivos e ansiosos é maior no sexo feminino, ao longo da vida. Curiosamente, essa diferença se acentua à medida que homens e mulheres avançam no processo de maturação sexual e passam a estar expostos a diferentes concentrações/flutuações hormonais ao longo da vida. Com o início da puberdade, por exemplo, ocorre uma mudança drástica na prevalência de transtornos depressivos e de quadros ansiosos, que se tornam duas a três vezes mais frequentes entre as mulheres devido à flutuação hormonal<sup>3,10</sup>.

Outros estudos sugerem também que alguns subgrupos de mulheres são particularmente vulneráveis ao surgimento de sintomas depressivos durante fases de intensa flutuação dos hormônios sexuais, como os períodos pré-menstruais, o puerpério e a transição menopausal<sup>11,12,13</sup>.

Dados de recente estudo comunitário nos EUA sugerem o papel potencial dos hormônios reprodutivos femininos e do seu ciclo no desenvolvimento, curso e prognóstico dos transtornos ansiosos em mulheres<sup>14,15</sup>.

O tratamento medicamentoso da endometriose é controverso. A supressão ovariana é muito utilizada para endometriose sintomática<sup>6</sup>. Entretanto, pode ocasionar efeitos colaterais, diminuindo a síntese e liberação de FSH e LH, com hipoestrogenismo severo<sup>4</sup>. Outras queixas como disforia, perda da memória de curto prazo, diminuição da libido, dor de cabeça e instabilidade emocional são relatados por 10 a 20% das mulheres. Ganho de peso e acne, também estão entre os efeitos colaterais mais comuns<sup>2</sup>.

A utilização de CHO combinados<sup>16</sup>, de forma contínua ou intermitente, visando atrofia progressiva do tecido endometrial, é prática utilizada no tratamento da endometriose

pélvica. É um tratamento acessível e bem tolerado. Foi demonstrado que seu uso a longo prazo, de forma contínua, propicia o alívio dos sintomas dolorosos, especialmente da dor relacionada aos ciclos menstruais<sup>17</sup>. Outro benefício desta medicação é que seu uso prolongado diminui consideravelmente o risco de câncer epitelial ovariano, alto na população com endometriose<sup>18</sup>.

O uso de CHO combinados não afeta o humor e ansiedade, o que seria vantajoso em relação aos outros hormônios supressivos<sup>19</sup>. Estudo de Joffe *et al.*<sup>20</sup>, avaliando 976 mulheres verificou que o uso de contraceptivo hormonal oral teve efeito negativo para o humor daquelas mulheres com história prévia de depressão e positivo para aquelas com história prévia de transtorno disfórico pré-menstrual e dismenorréia. Entretanto, o uso cíclico ou contínuo destes medicamentos tem efeito positivo nos sintomas do transtorno pré-menstrual e melhora a qualidade de vida nestas mulheres<sup>21,22,23</sup>.

Neste estudo, das 85 mulheres, 88,8% apresentaram depressão, das quais 62,3% moderada a grave. Nas mulheres não usuárias, houve correlação significativa entre a intensidade da dor e a porção Somática da BDI ( $p=0,023$ ), aferida pela escala visual analógica<sup>7</sup>. Nesta amostra, a ansiedade-estado média foi de 44, e traço de 51. Os escores para ansiedade foram maiores que aqueles estimados para mulheres com outras patologias – estado média de 42,4 +/- 13,7 e traço 41,9 +/- 12,7<sup>24</sup>. Houve correlação significativa entre intensidade da dor atual e sintomas ansiosos, nas escalas IDATE-traço e HAM-A nos dois grupos de estudo.

A endometriose apresenta considerável impacto na qualidade de vida da mulher. Há poucos estudos sobre a questão<sup>6</sup>. Neste estudo, houve significativo prejuízo da qualidade de vida em relação à população normal. Ainda, este foi maior na dimensão física da escala. Quanto maior a intensidade da dor, menor a qualidade de vida nos dois grupos do estudo.

O ESHRE *guideline*<sup>25</sup>, publicado em 2005, refere que não há preferência para escolha de um tratamento hormonal, sendo que todos apresentam a mesma eficácia, diferindo em custos e efeitos adversos. Estas medicações, segundo o consenso, são importantes para alívio dos sintomas dolorosos podendo ser utilizadas antes ou depois do diagnóstico cirúrgico, por pelo menos seis meses.

## **5.7 Conclusões**

Neste estudo de coorte, a endometriose pélvica apresentou impacto negativo na qualidade de vida de mulheres brasileiras, levando a sintomas depressivos e ansiosos proeminentes. O tratamento clínico com contraceptivos hormonais orais não demonstrou alterar a sintomatologia psíquica, o que sugere vantagem, neste aspecto, em relação a outras formas de supressão ovariana. Ainda são necessários outros estudos semelhantes para melhor compreensão destes aspectos.

## 5.8 Referências

1. Pinto Neto AM, Nicolau MA, Paiva LHSC, Petta CA; Bueno JGR, Marussi EF. Aspectos clínicos e anatomopatológicos da adenomiose. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1990;1(1):39-42.
2. Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:628-637.
3. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
4. Damario MA & Rock JA. Goserelin (Zoladex) versus danazol for endometriosis: The North American experience. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(suppl 10):13-18.
5. Warnock JK, Bundren JC & Morris DW. Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertility Steril* 2000; 74(5):984-86.
6. Jones G, Kennedy SH, Jekinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(2):501-11.
- 7; Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2,1127-31.
8. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997 May;67(5):817-21.
9. Soares CN, Prouty J, Poitras J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):48-54.
10. Born L, Steiner M. The relationship between Menarche and Depression in Adolescence. *CNS Spectrums* 2001;6:126-38.
11. Soares CN, Cohen LS, Otto MW, Harlow BL. Characteristics of women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) who did or did not report history of depression. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(9):873-8.
12. Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, Cox JL. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981;3:317-26.

13. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:418-24.
14. Shear MK. Anxiety disorders in women: gender-related modulation of neurobiology and behavior. *Semin Reprod Endocrinol.* 1997;15(1):69-76.
15. Redmond G. Mood disorders in the female patient. *Int J Fertil Womens Med.* 1997;42(2):67-72.
16. Crosignani P; Olive D; Bergqvist A; Luciano A. Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Hum Reprod Update* 2006;12(2):179-89.
17. Vercellini P; Frontino G; De Giorgi O; Pietropaolo G; Pasin R; Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. *Fertil Steril* 2003; 80(3):560-3.
18. Modugno F; Ness RB; Allen GO; Schildkraut JM; Davis FG; Goodman MT. Oral contraceptive use, reproductive history, and risk of epithelial ovarian cancer in women with and without endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):733-40.
19. Rapkin AJ; Morgan M; Sogliano C; Biggio G; Concas A. Decreased neuroactive steroids induced by combined oral contraceptive pills are not associated with mood changes. *Fertil Steril* 2006;85(5):1371-8
20. Joffe H; Cohen LS; Harlow BL. Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of improvement and deterioration. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1523-30
21. Borges LE; Andrade RP; Aldrighi JM; Guazelli C; Yazlle ME; Isaia CF; Petracco A; Peixoto FC; Camargos AF. Effect of a combination of ethinylestradiol 30 microg and drospirenone 3 mg on tolerance, cycle control, general well-being and fluid-related symptoms in women with premenstrual disorders requesting contraception. *Contraception* 2006; 74(6):446-50.
22. Coffee AL; Kuehl TJ; Willis S; Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(5):1311-9.

23. Borenstein J; Yu HT; Wade S; Chiou CF; Rapkin A. Effect of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and drospirenone on premenstrual symptomatology and health-related quality of life. *J Reprod Méd* 2003;48(2):79-85.
24. Spielberger CD, Gorsuch RLe, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
25. ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005; 120(10):2698–2704.

### 5.9 Figura e Tabelas:

TABELA 1 – ESCORE DE DEPRESSÃO CONFORME A ESCALA DE BECK NOS GRUPOS NÃO USUÁRIAS e USUÁRIAS RESPECTIVAMENTE.

ESCALA (DEPRESSÃO)	GRUPO NÃO USUÁRIAS		GRUPO USUÁRIAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem depressão ou mínima	05	12,2	05	11,4	10	11,8
Leve a Moderada	10	24,4	12	27,3	22	25,9
Moderada a Grave	16	39,0	16	36,3	32	37,6
Grave	10	24,4	11	25,0	21	24,7
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

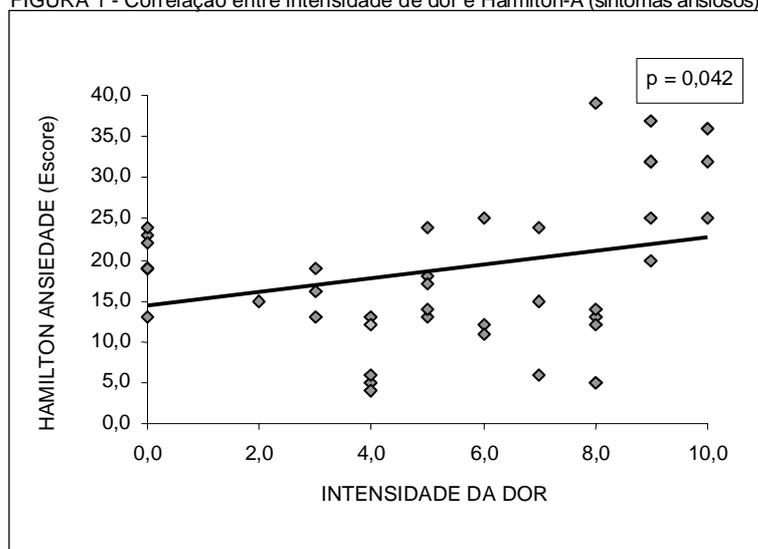
p = 0,989 (Qui-Quadrado).

TABELA 2 – AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE CONFORME A ESCALA DE HAMILTON NOS GRUPOS NÃO USUÁRIAS E USUÁRIAS

HAMILTON	GRUPO NÃO USUÁRIAS (n = 41)		GRUPO USUÁRIAS (n = 44)		TOTAL (n = 85)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>DEPRESSÃO</b>						
• Sem Depressão	05	12,2	05	11,4	10	11,8
• Leve	09	21,9	11	25,0	20	23,5
• Moderada	17	41,5	11	25,0	28	32,9
• Grave	10	24,4	17	38,6	27	31,8
<b>ANSIEDADE</b>						
• Sem Ansiedade	05	12,2	04	9,1	09	10,6
• Ansiedade Menor	11	26,8	13	29,5	24	28,2
• Ansiedade Maior	25	61,0	27	61,4	52	61,2

Depressão → p = 0,362; Ansiedade → p = 0,883 (Qui-Quadrado).

FIGURA 1 - Correlação entre intensidade de dor e Hamilton-A (sintomas ansiosos) no Grupo usuárias



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS

Em função da alta prevalência, etiopatogenia incerta, cronicidade e morbidade da endometriose pélvica, pesquisas têm sido desenvolvidas no campo psicológico, buscando melhor entendimento da endometriose e suas conseqüências, além de novas modalidades de tratamento para melhorar o prognóstico e evitar recidivas. Os sintomas psíquicos geram sofrimento para as mulheres e seus familiares, além de ônus social e econômico.

Este estudo de coorte comprova o impacto negativo da endometriose pélvica na qualidade de vida de mulheres brasileiras, levando a sintomas depressivos e ansiosos proeminentes. Em se tratando de população de mulheres brasileiras com endometriose, este é o primeiro estudo a avaliar ansiedade. Observou-se traço ansioso elevado, o que denota ansiedade permanente nestas mulheres, de início na adolescência, como muitas vezes ocorre com a endometriose. Ainda, estas mulheres apresentam sofrimento permanente e progressivo, ou seja, observou-se correlação entre idade das pacientes e sintomas depressivos. Não houve diferença significativa nos sintomas psíquicos devido ao uso de contraceptivos hormonais orais.

Apesar de inúmeros estudos sobre tratamento cirúrgico e medicamentoso, permanece uma lacuna na literatura quando se discutem conseqüências psíquicas da endometriose e formas de minimizar o sofrimento e melhorar o prognóstico da doença. Em países em desenvolvimento, o conhecimento das características regionais e da epidemiologia é ainda mais pobre. A avaliação e tratamento de sintomas psíquicos é simples, de baixo custo, pode ser independente de especialistas, e as terapias são eficazes e de fácil aquisição.

São necessários outros estudos semelhantes para melhor compreensão destes aspectos e desenvolvimento de programas multidisciplinares de tratamento.

## 7. CONCLUSÕES

1. Houve alta prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres com endometriose pélvica.
2. A qualidade de vida das mulheres com endometriose pélvica mostrou-se muito prejudicada em relação a normalidade e inferior a de mulheres com outras doenças crônicas.
3. Não houve diferença nos resultados, comparando os estágios iniciais e avançados da endometriose pélvica.
4. As mulheres em uso de contraceptivo hormonal oral combinado não apresentaram resultados diferentes nas escalas de avaliação psíquica, quando comparadas àquelas sem uso de qualquer medicação hormonal nos últimos seis meses.

## 8. REFERÊNCIAS:

- 1 - Pinto Neto AM, Nicolau MA, Paiva LHSC, Petta CA, Bueno JGR & Marussi EF. Aspectos clínicos e anatomopatológicos da adenomiose. Rev ginecol obstet 1990; 1(1):39-42.
- 2 - Valle RF. Endometriosis: current concepts and therapy. Int J Gynaecol Obstet 2002; 78(2): 107-119.
- 3 - Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:628-637.
- 4 - Weir E. The public health toll of endometriosis. CMAI 2001; 164(8):1201.
- 5 – Ministério da Saúde, Secretaria de ciências, tecnologias, insumos estratégicos. Consulta pública nº 1, 15/07/2003. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- 6 - Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. Psychiatry Res 1999;85:7-15.
- 7 - Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. Rev Assoc Med Bras 2002,48(3): 217-21.
- 8 - Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. Acta Obst Gynecol 2006;85,88-92.
- 9 - Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G & Söllner W. Chronic Pelvic Pain and Previous Sexual Abuse. Obstet Gynecol 2000; 96(6):929-33.

- 10 - Low WY, Edelman RJ & Sutton C. A Psychological Profile of Endometriosis Patients in Comparison to Patients With Pelvic Pain of Other Origins. *J Psychosom Res* 1993; 37(2):111-116.
- 11 - Perahia DG, Pritchett YL, Desai D, Raskin J. Efficacy of duloxetine in painful symptoms: an analgesic or antidepressant effect? *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21(6):311-7.
- 12 - Coluzzi F, Mattia C. Mechanism-based treatment in chronic neuropathic pain: the role of antidepressants. *Curr Pharm Des* 2005;11(23):2945-60.
- 13 - Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003;163(20):2433-45.
- 14 - Waller KG & Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995; 63(4):796-800.
- 15 - Kuivasaari P, Hippelainen M, Antthila M & Heinonen S. Effect of endometriosis on IVF/ICSI outcome: stage III/IV endometriosis worsens cumulative pregnancy and live-born rates. *Hum reprod.* 2005; 20(11): 3130 – 5.
- 16 - Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002; 78: 719 – 26.
- 17 - Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, Kohda K, Takei T, Kimura Y, Liang S, Kaibara M. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993;196(3):723-5.
- 18 - Elcombe S, Gath D, Day A. The Psychological Effects of Laparoscopy on Women With Chronic Pelvic Pain. *Psychol Med* 1997, 27:1041-50.

- 19 - Warnock JK, Bundren JC & Morris DW. Depressive mood symptoms associated with ovarian suppression. *Fertility Steril* 2000; 74(5):984-86.
- 20 - Soares CN, Prouty J, Poitras J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):48-54.
- 21 - Jones G, Kennedy SH & Jekinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(2):501-11.
- 22 - Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR et al. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, volume 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 23 - Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, volume 2, 2005. Oxford: Update Software.
- 24 - Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997; 337(4): 217-222.
- 25 - Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999; 14(5): 2447-8.

## **9. ANEXOS**

## 9.1 ANEXO 1 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Curitiba, 03 de dezembro de 2004.

Of. 452/04/CEP-PUCPR

**Ref. "Avaliação de sintomas depressivos, ansiosos e qualidade de vida em mulheres com endometriose pélvica".**

Prezado (a) Pesquisador (es),

Venho por meio desta informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia 01 de dezembro do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado **"Avaliação de sintomas depressivos, ansiosos e qualidade de vida em mulheres com endometriose pélvica"**, pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP n° 390 e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Emílio José Scheer Neto.

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa



Ilmo Sr.

Rodrigo de Pinho Sepulcri

## 9.2 ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### **TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ENDOMETRIOSE**

Este é um convite para você participar voluntariamente de um projeto avaliação da ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de endometriose. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre este documento pergunte ao pesquisador.

#### **OBJETIVO DO ESTUDO**

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a ocorrência de sintomas depressivos, ansiosos e qualidade de vida em pacientes com endometriose pélvica.

#### **✓ PROCEDIMENTOS**

Se você participar deste estudo, deverá responder alguns questionários a seguir.

#### **RISCOS**

Não haverá nenhum risco biológico para sua saúde na participação deste projeto.

#### **✓ BENEFÍCIOS**

Este projeto poderá trazer benefício direto à sua saúde, uma vez que se os questionários tiverem resultado positivo, você será encaminhada para tratamento adequado, caso seja de sua vontade.

Além disso você está contribuindo para o progresso da Medicina.

#### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua participação neste estudo é *voluntária*. Mesmo que você decida participar, terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para você.

#### **✓ ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS**

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo.

✓ **IDENTIFICAÇÃO**

A sua identificação será mantida **confidencial**. Os resultados do estudo serão publicados **sem revelar sua identidade em hipótese alguma**. Os questionários respondidos serão armazenados pelo pesquisador de forma a garantir o sigilo das informações e não permitir acesso de terceiros ao material.

✓ **REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

Para a realização da pesquisa se fará necessária revisão pelo pesquisador das informações contidas em seu prontuário médico. Assinando este consentimento você autorizará esta revisão. O pesquisador se responsabiliza pelos dados coletados, os quais **serão utilizados somente para a pesquisa científica** sem divulgar sua identidade.

Diante do exposto acima eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinada, declaro que fui esclarecida sobre os objetivos do presente estudo, sobre os procedimentos para sua realização, assim como sobre os benefícios que poderão resultar do mesmo. Concedo meu acordo de participação de livre e espontânea vontade. Foi-me assegurado o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, se eu assim o desejar. Declaro também não possuir nenhum grau de dependência profissional ou educacional com os pesquisadores envolvidos neste projeto. Autorizo também a consulta de meu prontuário médico pelo pesquisador.

**Curitiba,.....de.....de 200....**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**RG:.....**

\_\_\_\_\_  
**Dr. Rodrigo de Pinho Sepulcri**

**CRM-PR 18.371**

**INFORMAÇÃO IMPORTANTE:**

Se necessário, ou caso tenha alguma dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador:

**Dr. Rodrigo de Pinho Sepulcri**

Médico Psiquiatra – CRM Pr 18371

Rua Maranhão, 790 sl. 205 – Edifício Green

CEP 85801-050

Bairro: Centro Cascavel – Paraná – Brasil

Fone/fax: (45) 30374344 ou (45) 9105-0516

E-mail: [rpsepulcri@terra.com.br](mailto:rpsepulcri@terra.com.br)

*Guarde a sua cópia do consentimento informado, você poderá precisar dela futuramente, e estaremos a disposição para os esclarecimentos necessários.*

### 9.3 ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E PSICOSSOCIAL

**POR FAVOR PREENCHA AS INFORMAÇÕES ABAIXO:**

Nome:.....Escolaridade:.....

Estado civil:..... Profissão:.....Ocupação atual:.....

Data de nascimento:.....Telefone:.....Número de filhos:.....

Religião:..... Pratica a religião: .....

Renda familiar: .....

Se você é casada ou amigada, seu relacionamento é bom ou está passando por dificuldades?

.....

Por quê?

.....

Você está satisfeita com sua ocupação atual?

.....

Por quê?

.....

Você tem alguma doença? Qual?.....

Você toma algum remédio? Qual? Quanto por dia?.....

Você já tomou ou toma medicamentos para sistema nervoso, depressão ou ansiedade? Quais? Por quanto tempo?.....

Você atualmente ou alguma vez já fumou, bebeu bebida alcoólica ou usou drogas? Quanto? Por quanto tempo?

.....

Se já usou, está ainda usando algum destes no momento?

.....

Você faz atividade física?

(        ) sim                (        ) não

Se positivo, com que frequência? .....

Qual atividade? .....

Há quanto tempo você apresenta queixa ginecológica?

.....

Qual doença você tem?

.....

Há quanto tempo descobriu a sua doença?

.....

O que é esta doença para você?

.....

Há quanto tempo faz tratamento?.....

Você acha que sua doença é grave?

(        ) sim                (        ) não

Porque acha isso?

.....

Você acredita que melhorou?

.....

Você acredita que vai melhorar ainda mais?

(        ) sim                (        ) não

Sua doença para você tem cura?

(        ) sim                (        ) não

Há casos de endometriose na sua família? Se positivo, quem?

.....

Você apresentou história de abuso sexual ou físico?

.....

De que tipo (descrição)?

.....

.....

Quando ocorreu?

.....

Você apresenta dor?

(        ) sim                (        ) não

Aonde se localiza a dor?

(        ) região mediana abdômen inferior

(        ) região direita abdômen inferior

(        ) região esquerda abdômen inferior

(        ) região lombar inferior

(        ) genitais

(        ) cabeça

(        ) outros Quais? \_\_\_\_\_

Quando você sente dor?

(        ) no período menstrual

(        ) na ovulação

(        ) esporadicamente

(        ) constante/maior parte do tempo

(        ) com movimentos intestinais

(        ) durante/após o sexo



#### 9.4 ANEXO 4 – ESCALA DE BECK

**Instruções:** Neste questionário existem grupos de afirmativas que se referem a sentimentos pessoais, não havendo resposta certa ou errada. Leia com atenção cada afirmação e selecione a que melhor descreva como você se sentiu nesta última semana, incluindo hoje. Assinale com um X no parênteses a esquerda da afirmativa que você escolheu. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha. Selecione apenas uma afirmativa de cada grupo. Marque com um X a afirmativa de cada grupo que melhor descreva **como você se sentiu nos últimos 7 dias.** (MARCAR UMA SÓ RESPOSTA PARA CADA NÚMERO)

01. ( ) Não me sinto triste.  
( ) Sinto-me triste  
( ) Sinto-me triste todo o tempo e por mais que eu queira, não consigo deixar de sentir isso.  
( ) Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.
02. ( ) Não estou desencorajado (a) quanto ao meu futuro.  
( ) Sinto-me desencorajado(a) quanto ao meu futuro.  
( ) Sinto não poder esperar mais nada do futuro  
( ) Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
03. ( ) Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.  
( ) Quando olho para trás em minha vida, tudo o que vejo é uma série de fracassos.  
( ) Sinto que falhei mais do que a maioria das outras pessoas.  
( ) Não me sinto fracassado(a).
04. ( ) Obtenho a mesma satisfação que antigamente em todas as coisas que tenho feito.  
( ) Não gosto mais das coisas da maneira que costumava gostar.  
( ) Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.  
( ) Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
05. ( ) Sinto-me culpado(a) o tempo todo.  
( ) Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.  
( ) Sinto-me culpado(a) alguma parte do tempo.  
( ) Não me sinto particularmente culpado(a).
06. ( ) Sinto que estou sendo castigado(a).  
( ) Espero ser castigado(a).  
( ) Sinto que posso ser castigado(a).  
( ) Não sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
07. ( ) Eu me odeio  
( ) Sinto-me infeliz comigo mesmo(a).  
( ) Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

- Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
08.  Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.  
 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.  
 Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.  
 Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
09.  Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.  
 Gostaria de me matar.  
 Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.  
 Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
10.  Não costumo chorar mais do que o normal.  
 Choro mais agora do que antigamente.  
 Atualmente, choro muito frequentemente.  
 Eu costumava chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11.  Me irrita com qualquer problema.  
 Atualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo.  
 Fico molestado(a) ou irritado(a) com mais facilidade do que antigamente.  
 Não me irrita com as coisas mais do que costumava me irritar.
12.  Não perdi o interesse pelas outras pessoas.  
 Interesse-me menos pelas outras pessoas do que costumava fazer.  
 Perdi a maior parte de meu interesse pelas outras pessoas.  
 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13.  Tomo decisões tão bem quanto sempre fiz.  
 Adio minhas decisões mais do que costumava fazer.  
 Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antigamente.  
 Não consigo mais tomar decisão alguma.
14.  Considero-me feio(a).  
 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
 Preocupa-me estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.  
 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
15.  Posso trabalhar tão bem quanto antes.  
 Preciso de um esforço extra para começar a fazer qualquer coisa.  
 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.  
 Não consigo fazer nenhuma atividade.

16.  Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo mais dormir.  
 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldades para voltar a dormir.  
 Não durmo tão bem como antigamente.  
 Durmo tão bem quanto de hábito.
17.  Não fico mais cansado(a) do que de hábito.  
 Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava ficar.  
 Quando faço qualquer coisa sinto-me cansado(a).  
 Eu me sinto muito cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18.  Não tenho mais nenhum apetite (estou insaciável).  
 Atualmente, meu apetite está pior (maior) do que antes.  
 Meu apetite não é como costumava ser.  
 Meu apetite não está pior (maior) do que de costume.
19.  Perdi (ganhei) mais de 7,5 Kg.  
 Perdi (ganhei) mais de 5,0 Kg.  
 Perdi (ganhei) mais de 2,5 Kg.  
 Não perdi (ganhei) muito peso, se é que perdi (ganhei) algum ultimamente.
19. a  Estou deliberadamente tentando perder (ganhar) peso, comendo menos (mais).  
b  Não estou tentando perder (ganhar) peso deliberadamente.
20.  Estou tão preocupado (a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.  
 Estou muito preocupado(a) com meus problemas físicos que é difícil pensar em outras coisas.  
 Preocupo-me com meus problemas físicos, como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.  
 Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
21.  Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
 Estou menos interessado(a) em sexo do que antigamente.  
 Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.  
 Perdi completamente o interesse sexual.

## 9.5 ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO IDATE

### QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO IDATE

#### PARTES I e II

#### INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder. Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever **sentimentos pessoais**. Não há respostas certas ou erradas. Leia com toda atenção cada uma das respostas da **Parte I** e assinale com um círculo **um dos números** (1, 2, 3 ou 4), à direita de cada pergunta, de acordo com a **instrução** do alto da página. Quando terminar, passe para a **Parte II** e proceda do mesmo modo, depois de ler o cabeçalho.

TRABALHE RÁPIDO, PORÉM SEM PRECIPITAÇÃO.

### Parte I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você **se sente agora, neste momento** (circular só um número em cada pergunta).

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que **mais se aproxime** de como você **se sente NESTE MOMENTO**.

<i>Avaliação</i>	
Muitíssimo -----4	Um pouco -----2
Bastante -----3	Absolutamente não ----1
1 - Sinto-me calmo (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
2 - Sinto-me seguro (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
3 - Estou tenso (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
4 - Estou arrependido (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
5 - Sinto-me à vontade (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
6 - Sinto-me perturbado (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
7 - Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
8 - Sinto-me descansado (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
9 - Sinto-me ansioso (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
10 - Sinto-me "em casa" -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
11 - Sinto-me confiante -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
12 - Sinto-me nervoso (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
13 - Estou agitado (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
14 - Sinto-me uma pilha de nervos -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
15 - Estou descontraído (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
16 - Sinto-me satisfeito (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
17 - Estou preocupado (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
18 - Sinto-me superexcitado (a) e confuso (a) -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
19 - Sinto-me alegre -----	1 --- 2 --- 3 --- 4
20 - Sinto-me bem -----	1 --- 2 --- 3 --- 4

## Parte II

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se **GERALMENTE se sente** (circular só um número em cada pergunta).

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que **mais se aproximar** de como você se **GERALMENTE**.

	<i>Avaliação</i>	
	Quase sempre -----4	Às vezes -----2
	Freqüentemente -----3	Quase nunca -----1
1 - Sinto-me bem -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
2 - Canso - me facilmente -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
3 - Tenho vontade de chorar -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
4 - Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
5 - Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente-----		1 --- 2 --- 3 --- 4
6 - Sinto-me descansado (a) -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
7 - Sou calmo (a), ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
8 - Sinto que as dificuldades estão acumulando de tal forma que não as consigo resolver -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
9 - Preocupo-me demais com coisas sem importância -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
10 - Sou feliz -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
11 - Deixo-me afetar muito pelas coisa sem importância -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
12 - Não tenho muita confiança em mim mesmo (a) -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
13 - Sinto - me seguro(a) -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
14 - Evito ter que enfrentar crises ou problemas -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
15 - Sinto - me deprimido (a) -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
16 - Estou satisfeito (a) -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
17 - Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
18 - Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
19 - Sou uma pessoa estável -----		1 --- 2 --- 3 --- 4
20 - Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento -----		1 --- 2 --- 3 --- 4

## 9.6 ANEXO 6 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO (HAM-D)

*Para cada item abaixo, escolha o número que melhor caracteriza o paciente durante a semana que passou e indique o número no SCORE à direita.*

---

### 1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0 = Ausente

1 = Estes estados afetivos indicados apenas ao ser questionado

2 = Estados relatados espontaneamente, verbalmente.

3 = Comunica o sentimento não verbalmente, isto é, através da expressão facial, postura, voz e tendência a chorar.

4 = Paciente relata VIRTUALMENTE APENAS esses estados afetivos em sua comunicação espontânea verbal e não-verbal.

SCORE \_\_\_\_\_

### 2. SENTIMENTOS DE CULPA

0 = Ausente

1 = Auto-reprovação, sente que prejudicou as pessoas

2 = Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou atos pecaminosos

3 = A doença atual é uma punição. Delírios de culpa.

4 = Ouve vozes que o acusam ou denunciam, e/ou experimenta alucinações visuais ameaçadoras

SCORE \_\_\_\_\_

### 3. SUICÍDIO

0 = Ausente

1 = Acha que a vida não vale a pena ser vivida

2 = Deseja estar morto ou quaisquer pensamentos de morrer

3 = Idéias ou gestos suicidas

4 = Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria, classificação)

SCORE \_\_\_\_\_

### 4. INSÔNIA INICIAL

0 = Nenhuma dificuldade em adormecer

1 = Queixa-se de dificuldade ocasional em adormecer, isto é, mais que ½ hora

2 = Queixa-se de dificuldade de adormecer à noite

SCORE \_\_\_\_\_

### 5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0 = Nenhuma dificuldade

1 = Paciente queixa-se de ficar inquieto e perturbado durante a noite

2 = Levanta-se durante a noite - qualquer saída da cama classificar 2 (exceto para ir ao banheiro)

SCORE \_\_\_\_\_

### 6. INSÔNIA TARDIA

0 = Nenhuma dificuldade

1 = Acorda muito cedo pela manhã, mas volta a dormir

2 = Incapaz de adormecer novamente, caso se levante da cama

SCORE \_\_\_\_\_

#### 7. TRABALHO E ATIVIDADES

0 = Nenhuma dificuldade

1 = Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionadas a atividades, trabalho ou passatempos

2 = Perda de interesse nas atividades, passatempos ou trabalho - tanto diretamente relatado pelo paciente, ou indiretamente por apatia, indecisão e vacilação (acha que tem de ser empurrado para o trabalho ou atividades)

3 = Diminuição no tempo gasto em atividades ou diminuição na produtividade. No hospital, classifique 3 se o paciente não gasta pelo menos três horas por dia em atividades (ocupacionais ou recreação)

4 = Parou de trabalhar por causa da doença atual. No hospital classifique 4 se o paciente não se envolve em atividades, ou se o paciente não desempenha as rotinas da enfermagem sem assistência.

SCORE \_\_\_\_\_

#### 8. RETARDAMENTO (Lentidão de pensamento e fala, capacidade prejudicada de concentrar-se, atividade motora diminuída)

0 = Fala e pensamento normais

1 = Leve retardamento na entrevista

2 = Retardamento óbvio na entrevista

3 = Entrevista difícil

4 = Estupor completo

SCORE \_\_\_\_\_

#### 9. AGITAÇÃO

0 = Nenhuma

1 = Nervosismo

2 = Brinca com as mãos, com o cabelo, etc.

3 = Move-se muito, não consegue ficar sentado

4 = Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

SCORE \_\_\_\_\_

#### 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0 = Nenhuma dificuldade

1 = Tensão subjetiva e irritabilidade

2 = Preocupação com assuntos menores

3 = Atitude apreensiva, aparente na face ou fala

4 = Medos expressados mesmo sem ser questionado

SCORE \_\_\_\_\_

#### 11. ANSIEDADE SOMÁTICA

*Acompanhantes fisiológicos da ansiedade, tais como:*

*Gastrointestinais - boca seca, náuseas, indigestão, aerofagia, diarreia, câimbras, eructação*

*Cardiovasculares: palpitações, dores de cabeça*

*Respiratórias: hiperventilação, suspiros*

*Frequência urinária*

***Sudorese***

- 0 = Ausente
- 1 = Suave
- 2 = Moderada
- 3 = Grave
- 4 = Incapacitante

SCORE \_\_\_\_\_

**12. SINTOMAS GASTRINTESTINAS SOMÁTICOS**

- 0 = Nenhum
- 1 = Perda de apetite, mas consegue comer com encorajamento da enfermagem. Sensação de peso no abdômen
- 2 = Dificuldade em comer sem estímulo da enfermagem. Pede ou exige laxantes ou medicação para os intestinos ou medicação para os sintomas GI

SCORE \_\_\_\_\_

**13. SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS**

- 0 = Nenhum
- 1 = Peso nas pernas, costas e cabeça. Dor de cabeça, dor nas costas, dor nos músculos. Perda de energia e fadiga
- 2 = Qualquer sintoma bem definido classifique 2

SCORE \_\_\_\_\_

**14. SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)**

- 0 = Ausentes
- 1 = Suaves
- 2 = Moderados

SCORE \_\_\_\_\_

**15. HIPOCONDRIA**

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupações corporais
- 2 = Preocupação com a saúde
- 3 = Queixas frequentes, pedidos de ajuda
- 4 = Delírios hipocondríacos

SCORE \_\_\_\_\_

**16. PERDA DE PESO Classifique A ou B****A. Quando classificado pela história**

- 0 = Nenhuma perda de peso
- 1 = Provável perda de peso associado com a doença atua
- 2 = Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

SCORE \_\_\_\_\_

**B. Nas avaliações semanais pelo psiquiatra, quando são medidas alterações reais no peso:**

- 0 = Menos de 450 gramas na semana
- 1 = Mais de 450 gramas na semana
- 2 = Mais de 900 gramas na semana

SCORE \_\_\_\_\_

## 17. INSIGHT

0 = Reconhece estar deprimido e doente

1 = Reconhece a doença mas atribui a causa à má-alimentação, clima, excesso de trabalho, vírus, necessidade de descanso, etc

2 = Nega estar doente

SCORE \_\_\_\_\_

## 18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no ítem 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O ítem 18 A não deve ser computado.

## 19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas.

3. Graves.

4. Incapacitantes.

## 20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.

1. Desconfiança.

2. Idéias de referência.

3. Delírio de referência e perseguição.

## 21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.

1. Leves.

2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: \_\_\_\_\_(0-62)

SCORE TOTAL : \_\_\_\_\_

## 9.7 ANEXO 7 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

*Instruções:* Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

- 0 = AUSENTE
- 1 = INTENSIDADE LEVE
- 2 = INTENSIDADE MÉDIA
- 3 = INTENSIDADE FORTE
- 4 = INTENSIDADE MÁXIMA

**1. Humor Ansioso** [ ]

Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.

**2. Tensão** [ ]

Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar, agitação.

**3. Medos** [ ]

De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.

**4. Insônia** [ ]

Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.

**5. Dificuldades Intelectuais** [ ]

Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.

**6. Humor Deprimido** [ ]

Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.

**7. Somatizações Motoras** [ ]

Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.

**Total Parcial** [ ]

**8. Somatizações Sensoriais** [ ]

Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.

**9. Sintomas Cardiovasculares**

[ ]

Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.

**10. Sintomas Respiratórios**

[ ] Pressão ou

constricção no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.

**11. Sintomas Gastrintestinais**

[ ]

Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarréia ou constipação, cólicas.

**12. Sintomas Geniturinários**

[ ]

Polaciúria, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.

**13. Sintomas Neurovegetativos**

[ ]

Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudação, tonturas, cefaléia de tensão, etc.

**14. Comportamento Durante a Entrevista**

[ ]

**Geral:** tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa, face tensa.

**Fisiológico:** engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.

**Total Geral** [ ]

## 9.8 ANEXO 8 - WHOQOL – ABREVIADO (bref)

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

.....

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **9.9 ANEXO 9 – COMENTÁRIOS E INTERPRETAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS**

### **9.9.1 – INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO**

Segundo BERNIK (1998), as escalas de avaliação de sintomas psiquiátricos, ainda são o principal instrumento de mensuração em pesquisa psiquiátrica<sup>1</sup>. A avaliação dos sintomas depressivos, na verdade, depende das várias categorias de sintomas que são incluídos nos itens de cada escala, sendo exatamente nisso que as mesmas se diferenciam<sup>2</sup>. As principais categorias de sintomas depressivos são:

**1. Humor** – inclui tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor (esta última, às vezes, classificada na categoria de sintomas vegetativos). Essa categoria de sintomas é essencial para o diagnóstico de depressão.

**2. Vegetativos ou somáticos** – inclui alterações no sono (insônia ou hipersonia), no apetite e no peso; há perda de libido, obstipação e fadiga.

**3. Motores** – inclui inibição ou retardo, agitação (mais em idosos), inquietação.

**4. Sociais** – inclui apatia, isolamento, incapacitação para o desempenho das tarefas cotidianas.

**5. Cognitivos** – inclui desesperança, desamparo, idéias de culpa (que podem chegar a delírios de culpa em depressões psicóticas) e de suicídio, indecisão, perda de insight, isto é, do reconhecimento de que está doente.

**6. Ansiedade** – inclui ansiedade psíquica, somática e fóbica (esta última em poucas escalas).

**7. Irritabilidade** – inclui hostilidade, auto e heterodirigida. A auto-agressão associa-se com o risco de suicídio.

No quadro abaixo, observamos a porcentagem de contribuição das categorias de sintomas às duas principais escalas para diagnóstico de depressão – HAMILTON e BECK:

<b>Porcentagem de contribuição das várias categorias de sintomas ao escore máximo possível de cada escala de avaliação de depressão. (Adaptada de Thompsom, 1989; citado por Gorenstein e Andrade, 1998<sup>2</sup>)</b>		
<b>Categoria</b>	<b>HAM-D</b>	<b>BDI</b>
<b>Humor</b>	8	9,5
<b>Vegetativos</b>	28	29
<b>Motores</b>	12	0
<b>Sociais</b>	8	5
<b>Cognitivos</b>	28	52
<b>Ansiedade</b>	16	0
<b>Irritabilidade</b>	0	5

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton é a mais utilizada mundialmente, considerando o número de outras escalas que nada mais são do que modificações da mesma. De fato, essa escala tornou-se o “padrão ouro” para avaliação da gravidade, de modo que as escalas desenvolvidas posteriormente são comparadas a ela quanto à

confiabilidade e à validade. Embora planejada para quantificar a gravidade de um grande número de sintomas depressivos, as manifestações somáticas e os aspectos cognitivos são as categorias de sintomas mais focalizadas, conforme mencionado anteriormente<sup>3</sup>.

Hamilton (1960) identificou originalmente 21 itens, mas concluiu que a avaliação da depressão deveria incluir somente 17 deles, cuja gravidade é anotada em escalas de 3 ou 5 pontos. E isso porque os outros quatro itens (variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranóides e sintomas obsessivos), embora sejam de interesse para a pesquisa, são sintomas que ocorrem com menor frequência e nem sempre correspondem a uma maior gravidade do quadro depressivo. Assim, a variação diurna do humor, ou seja, a piora dos sintomas depressivos pela manhã, é uma característica que pode auxiliar na realização do diagnóstico de depressão, tipo melancólica. Na realidade, nas últimas décadas, a escala de Hamilton vem sendo amplamente utilizada em diversas versões. Uma dessas versões contém 24 itens, incluindo também desesperança, desamparo e autodesvalorização. Outra versão, mais recente, incorporou itens adicionais para avaliação de sintomas “atípicos” (tais como hipersonia; aumento de apetite, de ingestão de carboidratos e de peso; isolamento social; fadiga; variação diurna reversa, i.e., pior no fim do dia). Esses sintomas atípicos têm sido frequentemente observados em pacientes que apresentam um padrão sazonal na recorrência dos episódios. Essa incorporação de itens acompanhou-se da elaboração de um guia para entrevista estruturada com a finalidade de obter informações e preencher a Escala de Hamilton para depressão<sup>3</sup>.

Outro aspecto da Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton merece destaque. O autor não forneceu pontos de corte para o escore total (máximo = 50 para 17 itens), indicativos dos graus de gravidade da depressão: leve, moderada, grave. Apesar disso, tem havido um consenso de que escores maiores do que 25 identificam depressão grave, escores

de 18 a 24 representam a faixa de depressão moderada, escores de 7 a 17 indicam depressão leve, e escores menores que 7 definem remissão do quadro ou ausência de depressão. Contudo, a adequação da utilização do escore total como um índice da gravidade dos sintomas depressivos tem sido questionada<sup>3</sup>.

GORENSTEIN e ANDRADE (1998) referem que o Inventário de Depressão de BECK é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada em pesquisa clínica, tendo alto valor preditivo e sendo traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil pelas autoras. A versão brasileira apresenta validade discriminante pela sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais<sup>2</sup>.

Consiste em uma escala auto-aplicável construída por AARON BECK (1961) e que se propõe a avaliar e quantificar o grau de depressão dos pacientes<sup>4</sup>. É uma escala que consta de 21 questões que abordam diversos sintomas da linha depressiva, como tristeza, desânimo, falta de prazer, culpa; e também alguns sintomas somáticos, como alterações do sono e apetite. Cada pergunta tem quatro opções de resposta numeradas de zero a três, sendo que zero é o normal e três o resultado mais severo para a pergunta. O resultado máximo é, portanto, 63. Sendo assim, quanto maior o resultado, maior o grau de depressão. Observa-se concordância dos itens da escala com os critérios diagnósticos da CID 10 e do DSM-IV.

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando a escala de BECK. Em estudo realizado em 1988, por BECK e colaboradores, foram recomendados, para amostras com transtornos afetivos, os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 =

depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave<sup>5</sup>.

Já para amostras não diagnosticadas as diretrizes são diferentes. STEER (1987) e KENDALL (1987), citados por GORENSTEIN e ANDRADE (1998), recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo “depressão” deve ser apenas utilizado para os indivíduos com escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante<sup>2</sup>.

### **9.9.2 – INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE**

Os transtornos de ansiedade são diagnósticos com expressão fenomenológica muito diversa entre si, como, por exemplo, o transtorno de pânico e o transtorno de ansiedade generalizada, e os objetivos e hipóteses de cada estudo são também específicos para cada pesquisa (NARDI, 1998)<sup>6</sup>.

Assim, algumas escalas tentam cobrir todos os aspectos da ansiedade, mas a maioria enfatiza um ou outro. Quando uma determinada escala é escolhida para medir a ansiedade, deve-se ter em conta quais aspectos a escala em questão estará medindo. Uma outra distinção importante está entre escalas ou instrumentos com finalidade diagnóstica e escalas de quantificação de intensidade ou gravidade em sujeitos já diagnosticados, utilizadas para avaliação de tratamentos. Segundo ANDRADE e GORENSTEIN (1998) a interpretação dos resultados pode ser muito diferente se uma escala ou outra for utilizada. É necessário dispor-se das informações básicas a respeito dos valores normativos em diferentes grupos

(idade, sexo, grupo étnico, presença ou não de diagnóstico) e sensibilidade da escala a mudanças<sup>7</sup>.

Em sujeitos normais e em pacientes, é útil a distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado. A concepção dualística de ansiedade como traço e estado é a base do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de SPIELBERGER – IDATE (1970). A distinção entre ansiedade traço e ansiedade estado pode ser feita tanto em normais como em pacientes. É de particular importância que se determine se uma escala vai medir traço, isto é, uma condição mais permanente, característica do indivíduo, ou se a avaliação do estado ansioso será feita em um determinado instante, diante de determinada situação<sup>8</sup>. Os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo<sup>7</sup>.

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo<sup>8</sup>.

BIAGGIO, NATALICIO e SPIELBERGER (1979) adaptaram, validaram e padronizaram a versão em português do “*State-Trait Anxiety Inventory*“-STAI (SPIELBERGER e colaboradores, 1970), conhecido em nosso meio por IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). Esta escala é um dos instrumentos de auto-avaliação mais utilizados para averiguar ansiedade<sup>9</sup>.

Assim, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é uma escala auto-aplicável construída por SPIELBERGER (1970) e que tem como objetivo a avaliação e

quantificação do nível de ansiedade não só como um estado atual mas também como um traço de personalidade do paciente. Consta de duas escalas, a primeira está relacionada a avaliação da ansiedade no momento em que está sendo respondido o questionário (ansiedade-estado), e a segunda a indícios de comportamento ansioso (ansiedade-traço). Cada escala compõe-se de 20 questões (“sinto-me calmo”, “sinto-me seguro”, etc.) com 4 opções de respostas que vão do “absolutamente não” até “muitíssimo”. Em cada uma das escalas existem perguntas invertidas para aumentar a fidedignidade dos dados obtidos. O escore pior é de 80 em cada uma das escalas. Segundo BIAGGIO (1979), em amostra de população brasileira os resultados médios foram de 35,35 para estado e 37,35 para traço, quando em situação neutra, e de 45,71, para estado e de 37,53 para traço quando os pacientes foram avaliados em situação de tensão. O traço ansioso pode ser classificado, segundo SPIELBERGER (1970), em baixo (menor que 33), médio (33-49) e alto (acima de 49)<sup>8</sup>.

Outra escala relevante para avaliação de ansiedade foi desenvolvida por Hamilton em 1959<sup>10</sup>. A Escala de Hamilton para ansiedade é a escala de avaliação clínica (aplicada pelo entrevistador) mais utilizada em pesquisa, inclusive em estudos com transtornos de pânico. A escala baseia-se unicamente em variáveis clínicas. Sua construção baseia-se no princípio de que quanto mais grave o quadro, maior o número de sintomas. A avaliação não prevê temporalidade dos sintomas, sendo a avaliação prejudicada por esta questão e também pelo fato de que pacientes com sintomas leves ou que melhoraram podem ser avaliados de forma distorcida pelo entrevistador<sup>6</sup>.

É de consenso que a pontuação deve ser realizada da seguinte forma<sup>7</sup>:

- Sem ansiedade – escore < 5
- Ansiedade menor – escore de 6 a 14

- Ansiedade maior – escore >15

### **9.9.3 – INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**

Desde os anos 70, a avaliação de qualidade de vida cresceu de uma atividade relativamente restrita para uma disciplina formal com uma estrutura teórica coesa, métodos consagrados e diversas aplicações. São crescentes os estudos que visam avaliar qualidade de vida em transtornos mentais e doenças clínicas. Tais estudos são úteis para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do paciente. Quando adequadamente mensurada, a qualidade de vida, sob suas várias perspectivas, pode prever prognósticos determinados, distinguir grupos diferentes de pacientes e avaliar efetividade do tratamento. Pode também auxiliar o médico a priorizar problemas, comunicar-se melhor com os pacientes, identificar suas preferências<sup>11</sup>.

Qualidade de vida é um conceito amplo que envolve não somente aspectos médicos como funcionamento físico (habilidade para realizar atividades diárias), mas também funcionamento psicológico (bem-estar emocional e mental), funcionamento social (relacionamento com os outros e participação nas atividades sociais), percepção do estado de saúde, independência, contexto cultural, dor e satisfação global com a vida<sup>12</sup>.

Existem alguns instrumentos que avaliam qualidade de vida, podendo ser divididos em subjetivos (auto-aplicáveis) e objetivos (aplicados pelo entrevistador); genéricos ou doença-específicos (desenvolvidos para uso em determinadas doenças)<sup>11</sup>.

Apesar da crescente importância da avaliação desse desfecho em diferentes áreas da medicina, não havia nenhum instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Assim, foi desenvolvida no BRASIL a partir do instrumento original criado pela Organização Mundial de Saúde, a avaliação de qualidade

de vida com 100 questões (o WHOQOL-100). O desenvolvimento do WHOQOL-100 seguiu metodologia descrita em outras publicações envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas, tendo sido então desenvolvida uma versão brasileira<sup>13</sup>.

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref.

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios. Assim o WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente<sup>13</sup>.

O WHOQOL-100 e o WHOQOL-bref são hoje instrumentos muito utilizados em todo mundo para avaliação de qualidade de vida, sendo dos mais completos existentes na atualidade. Estudo nacional utilizando estas escalas demonstrou que a qualidade de vida é inversamente proporcional a intensidade de sintomas depressivos e ansiosos<sup>14</sup>.

#### **9.9.4 – METODOLOGIA DE CORREÇÃO DAS ESCALAS**

A correção do inventário de BECK foi procedida da seguinte forma: nas questões 1, 2, 4, 8, 10, 12, 13, 15, 17 e 21 considerou-se a ordem direta e nas questões 3, 5, 6, 7, 9, 11,

14, 16, 18, 19, 19a e 20 considerou-se a ordem inversa<sup>2</sup>. Foram utilizadas duas formas de análise dos dados desse inventário: o total de pontos das 21 questões e a divisão entre a parte somática (questões de 15 a 21) e a de humor (questões de 1 a 14).

A correção da escalas de HAMILTON para depressão e ansiedade foi pela soma direta das pontuações de todas as questões (HAMILTON, 1959; MORENO e MORENO, 1998)<sup>3,10</sup>. Optou-se pela escala de depressão de HAMILTON com 21 itens, visando avaliação mais completa das pacientes, em relação a escala de 17 itens.

A correção do IDATE-estado foi realizada da seguinte forma: as questões 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 e 18 receberam pontos de um a quatro em seqüência e nas questões 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 os pontos foram dados em ordem inversa (quatro a um). No IDATE-traço, as questões que receberam pontuação na ordem inversa foram 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19; as demais receberam a pontuação em ordem direta<sup>7</sup>.

A escala WHOQOL-BRIEF foi corrigida através da Sintaxe preparada pelos autores da escala, onde as questões 3, 4 e 26 têm sua pontuação invertida<sup>13,14</sup>.

### **9.9.5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS PARA APLICAÇÃO E CORREÇÃO DAS ESCALAS**

1. BERNIK, M. A. Dificuldades na utilização de escalas de avaliação de sintomas ansiosos em psicofarmacologia clínica e experimental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6):326-330, 1998.
2. GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6):245-250, 1998.
3. MORENO, RA; MORENO, DH. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiq Clin*, 25(5):262-272, set/out. 1998.

4. BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUCH, G. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:53-63, 1961.
5. BECK, A.T.; STEER, R. A.; GARBIN, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8:77-100, 1988.
6. NARDI, AE. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6):331-333, 1998.
7. ANDRADE, L.; GORENSTEIN, C. Aspectos geral das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6):285-290, 1998.
8. SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. E LUSHENE, R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
9. BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Rio de Janeiro: Centro de Psicologia Aplicada, 1979.
10. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-55, 1959.
11. BERLIM, MT; FLECK MPA. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr*, 25(4):249-52, 2003.
12. JONES, G; KENNEDY, SH; JEKINSON, C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 187(2):501-511, ago. 2002.
13. FLECK, MPA; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, 34(2), apr. 2000.

14. FLECK, MPA; LIMA, AFB; LOUZADA, S; SCHESTASKY, G; HENRIQUES, A; BORGES, VR; CAMEYB, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, 36(4):431-438. 2002.