

QUADRO CLÍNICO E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA¹

CLINICAL PICTURE AND LIFE QUALITY OF WOMEN WITH PELVIC ENDOMETRIOSIS

Suely de Jesus Rosário²
Robson Rui Cotrim Duete³

A endometriose pélvica é uma patologia freqüente entre mulheres, de causas que ainda necessitam de confirmação, e ainda sem cura; muitas mulheres desconhecem os sintomas e ignoram serem portadoras da mesma. Tais aspectos ressaltam a importância da realização de mais estudos. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer o quadro clínico e a qualidade de vida de mulheres portadoras da endometriose pélvica no município de Cruz das Almas. Para isso realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. As participantes foram cinco mulheres atendidas por uma médica ginecologista em uma clínica particular do município de Cruz das Almas. Os instrumentos de coleta dos dados foram um roteiro contendo as informações a serem transcritas dos prontuários e o questionário WHOQOL SF – 36 PESQUISAS EM SAÚDE. A pesquisa foi realizada na clínica médica, onde foram consultados os prontuários, e na residência das mulheres, onde foram aplicados os questionários de qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada a partir dos cálculos do Raw Scale (para os dados obtidos no questionário SF – 36); as informações constantes dos prontuários foram organizadas em categorias de respostas associadas à freqüência absoluta e/ou relativa. As pacientes M2 e M4 informaram que após a realização do tratamento da endometriose pélvica, a qualidade de vida melhorou 86,5% e 84,62 %, respectivamente. As pacientes M1 e M3 acham que após submissão ao tratamento da endometriose pelvica suas qualidades de vida melhoraram 69,29 % e 42,48 %, respectivamente. E a paciente M5 considerou ter melhorado, 30,69 %.

Palavras-chave: Endométrio. Mulher. Doença ginecológica.

Endometriosis is a frequent pelvic pathology among women that has no cure and its causes must still be confirmed. Many women are unaware of the symptoms and do not know they carry the disease. Hence the importance of undertaking more studies on the subject. The aim of this research was to analyze the clinical picture and the life quality of women with pelvic endometriosis in Cruz das Almas, Bahia, Brazil. In order to achieve those objectives, a descriptive qualitative research was carried out with 5 gynecological patients of a private health center. Data were collected from the medical records at the center and by means of the WHOQOL SF – 36 health questionnaire at the women's homes. The questionnaire data were analyzed using the Raw Scale, and the information obtained from the medical records was organized in categories associated to absolute and relative frequencies. Patients M2 and M4 reported that life quality improved 86.5% and 84.62%, respectively after pelvic endometriosis treatment. Patients M1 and M3 reported an improvement of 69.29% and 42.48%, respectively after treatment, while patient M5 showed the lowest improvement (30.69%).

Keywords: Endometrium. Woman. Gynecological disease.

¹ Extraído da monografia da primeira autora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

² Bacharela em Enfermagem pela FAMAM, suelylegal@yahoo.com.br

³ Professor Orientador, Adjunto na FAMAM; Rodovia BR 101 – km 215 – Zona Rural Sungaia – Governador Mangabeira – BA – CEP: 44350-000; rrcduete@oi.com.br

1 INTRODUÇÃO

A endometriose pélvica foi descrita primeiramente em 1860 por Rokitanski, porém somente a partir de 1920 surgiram trabalhos mais detalhados com a nomenclatura de endometriose. De acordo com Fernandes et al. (2003), naquele mesmo ano, Sampson publicou relato a respeito das graves alterações e distúrbios da endometriose, despertando o interesse mundial pela doença e propiciou, assim, o surgimento de novas pesquisas e estudos na área. Devido ao grande aumento da ocorrência desta doença, pouco se sabe sobre sua epidemiologia, principalmente com a dificuldade metodológica por tratar de uma patologia de definição e etiologia desconhecidas.

Conforme Bellelis et al. (2010), esta patologia representa uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo e até 3%-5% na fase pós-menopausa. Estima-se que o número de mulheres com endometriose seja de 7 milhões nos EUA e de mais de 70 milhões no mundo. Em países industrializados, é uma das principais causas de hospitalização ginecológica. A prevalência estimada varia de 4% entre mulheres assintomáticas a cerca de 50% entre adolescentes com dismenorreia incapacitante (FERNANDES et al., 2003).

Apesar de tudo que está sendo divulgado e publicado sobre essa patologia, o tempo para seu diagnóstico, a partir do início dos sintomas, é ainda muito longo. A idade mediana das mulheres no início do diagnóstico é de 20,5 anos e de 33 anos na ocasião do diagnóstico. A demora ainda é maior em mulheres cujos sintomas sugestivos de endometriose tiveram início ainda na adolescência, sendo o tempo mediano para o diagnóstico superior a dez anos. Entretanto esse fato seguramente aumenta a responsabilidade do ginecologista e do imaginologista.

Caraça et al. (2011) informam que foram

propostas três teorias para explicar a histogênese da endometriose: Transplante ectópico de tecido endometrial; metaplasia celônica e a teoria da indução.

O mesmo Caraça et al. (2011) enfatiza que a teoria da metaplasia celônica propõe que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas.

Ainda de acordo com eles, a disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica. Já a teoria da indução propõe que um fator bioquímico endógeno pode induzir a transformação de células peritoniais indiferenciadas em tecido endometrial.

Bellelis et al. (2010) mencionam a teoria da menstruação retrograda, que postula o implante de células endometriais provenientes do refluxo do sangue menstrual pelas trompas para a cavidade abdominal, que ocorreria pela influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminariam tais células deste local impróprio.

A endometriose pélvica ocorre devido à presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora do útero, mais frequentemente nas vísceras pélvicas e no peritônio. O aspecto de endometriose varia de algumas lesões mínimas em órgãos pélvicos sem outras alterações. Estima-se que ocorra em 7% das mulheres em idade fértil e, frequentemente, está associada à dor pélvica e a infertilidade (CARAÇA et al., 2011).

De acordo com Febrasgo (2010) a endometriose pode ser classificada em estágios que leva em consideração o tamanho, a profundidade e a localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências. Há quatro estágios, sendo o estágio 4, o de maior extensão da doença.

Não há, entretanto, correlação entre o estágio da doença, prognóstico e nível de dor. A dor é influenciada pela profundidade do implante endometriótico e sua localização em áreas com maior inervação.

Estágio 1 (doença mínima): implantes isolados e sem aderências significantes; Estágio 2 (doença leve): implantes superficiais com menos de 5cm, sem aderências significantes; Estágio 3 (doença moderada): múltiplos implantes, aderências peritubárias e periovarianas evidentes; Estágio 4 (doença grave): múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes. (FEBRASGO, 2010, p.30)

Apesar de não haver sintomas característicos da endometriose, dificultando assim sua detecção, os sintomas freqüentes são: a dismenorreia (distúrbios menstruais), dores agudas acentuadas muitas vezes comparadas à rotura da gravidez ectópica ou à apendicite (VILA et al., 2010).

De acordo com Fernandes et al. (2003), a dor pélvica, como o quadro de esterilidade, são situações que podem interferir na qualidade de vida das mulheres, ou até levar a incapacidade para o trabalho por períodos variáveis de tempo. A literatura também apresenta dados gerais que relatam que mulheres com endometriose tendem a viver com péssima qualidade de vida física e emocional (MARQUES et al., 2004).

A mulher com endometriose pode enfrentar dor psicológica em grau elevado em conseqüência dos outros sintomas clínicos. Também como conseqüência desse quadro patológico a qualidade de vida das portadoras fica comprometida. Ao vivenciar essas mudanças e experimentar esses sentimentos, a mulher pode desenvolver quadro de depressão que não corretamente diagnosticado e tratado, prejudica o tratamento da endometriose e pode agravar com o decorrer do tempo (MATTA e MULLER, 2006).

A qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais relacionados com uma doença ou tratamento em particular (COLWELL et al., 1998).

Nesse sentido, cada mulher tem uma representação de sua doença que é única, tendo suas próprias crenças sobre a sua identidade, causa, duração e até mesmo cura. Essas representações refletem a resposta cognitiva da paciente para os sintomas e a doença. Há casos de endometriose que os médicos não conseguiram diagnosticar, não encontrar causas para dor, encaminharam a paciente para um serviço psiquiátrico. Esses fatos podem gerar, para a paciente, sentimento de aversão a qualquer interpretação psicológica que pode ser feita da sua doença e, a partir daí, cada associação com aspectos emocionais é amplamente desqualificada (MATTA e MULLER, 2006).

Angelotti (2007) explica que as pacientes acometidas por dor crônica reagem de forma estressante, produzindo efeitos nos comportamentos diários que se prolongam ao passar do tempo, tornando-as impotentes e sem habilidades para controlar a intensidade de seu problema. Também os fatores psicológicos que fazem parte da síndrome dolorosa, como a mudança no humor e a ansiedade, podem contribuir para melhorar ou piorar o estado da paciente. A doença pode ser agravada ou amenizada de acordo com o estado emocional da paciente, até mesmo afetando sua vida sexual em função do comprometimento da patologia.

Figueiredo e Nascimento (2008) avaliando a qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose, antes da inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg), observaram que 70% delas sentiam-se sempre ou freqüentemente deprimidas. Ainda de acordo com esses mesmos autores, os sintomas normalmente associados à endometriose – dor pélvica crônica, dismenorreia, dor na defecação, dispaurenia e infertilidade podem

ter um impacto negativo sobre parâmetros psico-sociais e levar a uma redução significativa na qualidade de vida (relacionada à saúde).

Conforme Lorençatto et al. (2007), além do sofrimento físico causado pelos sintomas, a endometriose provoca um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima.

Minson et al. (2012) concluíram que a qualidade de vida deve ser um aspecto observado no tratamento de pacientes com EDM, principalmente quando se consideram os estudos que apresentam pontos de corte preditivos para melhora dessa dimensão em pacientes submetidos a laparoscopia.

Contrastando com a importância desta patologia, os estudos que buscam avaliar a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica são inexistentes no Recôncavo baiano, o que estimulou a realização desta pesquisa, que objetivou tipificar a portadora da mencionada doença; relatar os principais sintomas apresentados por elas; apresentar as morbidades que podem estar ocorrendo simultaneamente e/ou, possivelmente, associadas à endometriose e avaliar a qualidade de vida das portadoras da endometriose pélvica.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza retrospectiva, fenomenológica (porque se refere ao estudo de fenômenos, acontecimentos ou fatos, em um cenário natural, buscando a compreensão da ocorrência e os fatores envolvidos nesta dinâmica); e descritiva (porque o fenômeno, fato ou acontecimento é descrito) e de abordagem qualitativa, pois as informações coletadas, para a compreensão do fenômeno estudado são de natureza não-numérica.

As participantes deste estudo foram cinco portadoras de endometriose pélvica, que estavam sendo acompanhadas por profissional médico ginecologista. Tal amostra é de natureza não probabilística do tipo intencional.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, que aconteceu em uma clínica particular especializada em ginecologia, localizada em Cruz das Almas foram coletadas informações em prontuários. A segunda etapa ocorreu nas residências de quatro das participantes, no município de Cruz das Almas e na residência da outra, no município de Governador Mangabeira.

Os instrumentos de coleta dos dados foram: um formulário contendo as informações que foram transcritas à partir dos prontuários, e o outro instrumento foi o questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36.

Os dados coletados nos prontuários foram: idade, exames e queixas. Este procedimento foi realizado em uma sala apropriada existente na clínica particular.

O preenchimento do questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36 foi realizado pela própria mulher, em sua residência. Este é formado por duas partes. A primeira parte é composta por 14 questões, sendo 6 subjetivas e as demais objetivas. A subjetiva foi, apenas, idade; as objetivas foram escolaridade, procedência, religião, situação profissional e renda familiar. A segunda parte é formada por 11 questões objetivas, que permitem avaliar a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica.

Este estudo preserva todos os aspectos éticos previstos na Resolução 466/12 da Conep/CNS/MS. Sua realização só foi possível depois da autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza através do PARECER CONSUBSTANCIADO nº 61/2013.

Os dados referentes à caracterização sócio-demográfica-cultural das participantes da pesquisa são apresentados na forma de

quadro (técnica de estatística descritiva).

Com as informações referentes à segunda parte do questionário de qualidade de vida SF – 36, procedeu-se, inicialmente, ao cálculo do escore descrito por Bettarello e Saut (2006). Em seguida, procedeu-se ao cálculo do Raw Scale, também descrito por Bettarello e Saut (2006).

Nessa fase os valores das questões foram transformadas em notas de oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde zero é o pior e 100 é o melhor resultado para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

1. Capacidade Funcional (CF)

2. Limitação por Aspectos Físicos (LAF)

3. Dor (D)

4. Estado Geral de Saúde (EGS)

5. Vitalidade (V)

6. Aspecto Social (AS)

7. Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)

8. Saúde Mental (SM)

Aplicou-se a seguinte fórmula para cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$$

Nas fórmulas os valores de limite inferior e variação (Score Ranger) são fixos e estão estipulados no quadro que se segue

Quadro 1 – Elementos utilizados para o cálculo das notas de oito domínios que descrevem a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica

Domínio	Pontuação da (s) questão (ões) correspondente (s)	Limite inferior	Variação (Score Range)
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por Aspectos Físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado Geral de Saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a+e+g+i)	4	20
Aspectos Sociais	06+10	2	8
Limitação por Aspectos Emocionais	05	3	3
Saúde Mental	09 (somente os itens b+c+d+f+h)	5	25

Os valores dos domínios (%) e os resultados referentes à percepção das participantes da pesquisa em relação à saúde em geral agora (questão 02 do questionário SF – 36) foram apresentados na forma de quadro (método da estatística descritiva).

Com as informações obtidas nos prontuários foram criadas categorias de respostas. Cada categoria foi associada ao número de respondentes, ou freqüências absoluta e/ou relativa. Os diferentes valores associados às categorias serviram para comparar as intensidades dos fenômenos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico é subdividido em três subtópicos referentes à caracterização das participantes da pesquisa; quadro clínico das mesmas e qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E CULTURAL DAS PARTICIPANTES

Observam-se no quadro 02 algumas características das cinco participantes da pesquisa. Estas apresentaram idade que variou de 30 a 38 anos, sendo que 02 não revelaram a idade.

O nível de escolaridade é variado, desde o fundamental incompleto até o superior incompleto; este último corresponde ao grau de instrução com maior quantidade de participantes do estudo. A importância do grau de instrução é que ele está associado ao conhecimento e esclarecimento dessas mulheres. Aquelas mais instruídas terão mais autonomia na busca de ajuda de profissionais de saúde para realizar tratamento. E, conseqüentemente, as menos esclarecidas terão mais dificuldades de buscar ajuda e compreender as informações divulgadas nos meios de comunicação.

Quanto à religião, a maioria é católica. Com relação à situação profissional, quatro delas estão inseridas no mercado de trabalho.

Com relação à renda familiar, observa-se uma variação, conforme o quadro 2. Duas mulheres têm renda familiar entre 1,1-2 salários mínimos e outras duas entre 2,1-4 salários mínimos. Esta informação assume importância, pois a existência de renda financeira define o acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade e recursos para

custear o tratamento. Aquela participante desempregada e que recebe menos que um salário mínimo tem dificuldades financeiras para adquirir os medicamentos, fato comprovado pela aquisição dos remédios obtidos através de doação.

Com relação à idade e escolaridade da maioria das participantes da pesquisa, vê-se que coincidem com o estudo de Minson et al. (2012), no qual 130 pacientes apresentaram idade entre 21 e 54 anos, sendo que 87% delas tinham terceiro grau completo. As idades das participantes deste estudo são próximas daquelas relatadas por Andrade et al. (2010), que não observaram diferença significativa entre os grupos avaliados (controle, endometriose, endometriose I/II e endometriose III/IV) com relação à média de idade ($33,3 \pm 3,9$; $32,9 \pm 3,7$; $32,6 \pm 3,8$; $33,4 \pm 3,6$, respectivamente). Também se aproximam da média de idade das pacientes, envolvidas no estudo de Vilarino et al. (2011) que foi de $35,0 \pm 3,8$ anos de desvio padrão. Isto mostra que as voluntárias dessa pesquisa desenvolveram a endometriose na mesma

Quadro 2 – Principais características das participantes da pesquisa, em Cruz das Almas, 2013

CARACTERÍSTICAS	NUM. RESPONDENTES
Idade (anos)	
30	1
34	1
38	1
Nd	2
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	1
Ensino superior incompleto	2
Religião	
Católica	3
Evangélica	1
Outras	1
Situação profissional	
Empregado	2
Autônomo liberal	2
Desempregado	1
Renda familiar (num. salários mínimos)	
Menos de 1	1
De 1,1 a 2	2
De 2,1 a 4	2

faixa etária que as de outros estudos.

Não se observou nenhum testemunho da interferência da opção religiosa na adesão ou não ao tratamento de saúde. De acordo com Aquino e Zago (2007), a espiritualidade é uma construção da personalidade de cada ser humano – uma expressão da sua identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração. É por isso que a religião produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença.

A inserção da mulher no mercado de trabalho aumenta a predisposição destas em adoecerem. Neste grupo de participantes, observou-se que quatro delas desempenham tarefas fora do lar. Simões e Hashimoto (2012) comentam que mulheres modernas exercem atividades remuneradas, participam do mercado de trabalho, dividem tarefas e responsabilidades, competem socialmente com o homem, conquistam direitos políticos, vivenciam o estresse da vida cotidiana. Porém, esse estilo de vida predispõe as mulheres a mais doenças. Entretanto, este trabalho assalariado pode respaldar os tratamentos de saúde.

Pode-se observar que a renda auferida com seus trabalhos ainda é baixa, variando de

menos de um até quatro salários mínimos. Essas rendas não garantem o acesso à assistência médica, exames complementares e aquisição de medicamentos, pois, são utilizadas para custear as despesas básicas do lar.

Entretanto, conforme Moreira et al. (2005) vários autores já demonstraram que as mulheres que têm endometriose tendem a apresentar status sócio-econômico e grau de instrução mais elevado.

QUADRO CLÍNICO DAS PARTICIPANTES

As condições clínicas das participantes foram avaliadas através de “principais exames realizados” e “principais queixas” relatadas durante a consulta médica.

Considerando os exames realizados, observa-se, no quadro 3, que os mais freqüentemente realizados por todas as mulheres foram hemograma completo, sumário de urina e CA 125. Hemograma completo e sumário de urina foram mais requisitados porque é uma avaliação rotineira e o CA 125 II por ser um dos marcadores que vai identificar a endometriose. A videolaparoscopia, procedimento cirúrgico foi realizada, apenas, em duas clientes, porque o

Quadro 3 – Principais exames realizados pelas participantes da pesquisa, no município de Cruz das Almas, 2013

EXAME	F abs.
CA 125 II	5
USG abdominal	1
USG pélvica com doppler	1
USG transvaginal	3
Hemograma completo	5
Sumario de urina	5
USG transvaginal com doppler	1
Colodoscopia	1
USG pélvica	2
Ressonância magnética da pélvica	1
Videolaparoscopia procedimento cirúrgico	2
FSH	1
Testosterona	1

tratamento medicamentoso realizado não foi suficiente. Três mulheres fizeram a USG transvaginal, que é um exame de imagem de alta definição do útero, endométrio, dos ovários e das trompas, porém não detecta a doença.

A USG pélvica foi realizada em duas mulheres; este exame é utilizado quando a cliente se queixa de muita dor, e através do mesmo pode-se visualizar o agente causal da dor. Os demais exames foram realizados cada um deles em uma só participante da pesquisa, e a aplicação dos mesmos está relacionado ao estágio da doença, ou quadro sintomatológico da mulher.

De acordo com Febrasgo (2010), para comprovação da endometriose é necessária uma análise ginecológica e de exames de imagem minuciosos feitos por médicos experientes em tratar a doença. Em pacientes com sintomas de endometriose realiza-se o exame ginecológico e por meio do toque vaginal. Pode ser possível sentir um nódulo no fundo da vagina ou um cisto no ovário que podem ser sugestivos da doença. Porém, exames de imagem como ultrassom transvaginal com preparo intestinal e ressonância magnética são fundamentais para a confirmação da suspeita do diagnóstico

da endometriose.

Relatam Marinho et al. (2003), que no diagnóstico complementar o mais utilizado é o CA-125, que é um importante marcador para diagnosticar a endometriose. Ultra-som pélvico transvaginal apresenta validade apenas na presença de cistos anexiais crônicos. Porém, possui dificuldade para diagnosticar em estádios iniciais e a impossibilidade de se firmar diagnóstico colocam essa modalidade propedêutica como método adjuvante para a doença. Laparoscopia é o método diagnóstico para a endometriose além de permitir seu tratamento.

Piato (2002) comenta que após a suspeita clínica, os exames mais indicados para comprovação diagnóstica são: laparoscopia (visualizar as lesões e obter material para o estudo histológico); ultrasonografia tanto pélvica como transvaginal (detecção e acompanhamento de endometriomas nos ovários); ressonância nuclear eletromagnética (visualizar lesões endometrióticas ocultas a laparoscopia, por aderências pélvicas); e dosagens de marcadores séricos (principalmente o CA-125).

Quadro 4 - Principais queixas relatadas à Médica, por as participantes da pesquisa, em Cruz das Almas, 2013

QUEIXAS	F abs.
Desconforto abdominal	3
Cólicas menstruais excessiva mais de 15 dias	2
Dores nos membros inferiores	5
Dor pélvica	5
Dismenorréia excessiva	1
Cefaléia	2
Diarréia	2
Diminuição da libido	1
Desanimo	2
Dor emocional	1
Cansaço	1
Depressão	1
Insônia	1
Câimbra	1

Considerando as queixas, conforme se pode observar no quadro 4, as mais freqüentes foram dores nos membros e dor pélvica, em seguida as dores abdominais, cólicas excessivas, cefaléia e diarréia. Percebe-se que a dor é um dos piores problemas enfrentados pelas mulheres com diagnóstico de endometriose, afetando sua vida em muitos aspectos. Das cinco mulheres participantes do estudo, somente duas não foram na emergência em algum momento em função da dor.

As queixas e/ou sintomas decorrentes da presença da endometriose pélvica, conforme pode ser visualizado no quadro 4, são diversificadas, o que encontra respaldo nos autores que se seguem.

Segundo Freitas et al.(2006), o sintoma mais comum é a dor pélvica que, na maioria das vezes, é cíclica e exacerba-se no período perimenstrual, podendo irradiar-se para membros inferiores ou região lombar. Conforme comentários de Navarro, Barcelos e Silva (2006), várias mulheres tem depressão, angústia, irritabilidade, tristeza, enfim, os mais variados sentimentos, dismenorrea: dores em cólica de forte intensidade, dispareunia; dor na relação sexual, cefaléia, diarréia, diminuição do libido, câimbra durante este período.

Reação inflamatória promove alterações anatômicas e funcionais locais que clinicamente se refletem no surgimento de dor pélvica, nos membros inferiores e infertilidades (FREITAS et al., 2006).

QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida segundo os domínios

O termo "Qualidade de vida" abrange muitos fatores que, em conjunto, oferecem ao ser humano condições de vida consideradas satisfatórias. Boa educação, boas condições de moradia, bons empregos, bom convívio social, bem-estar integral, ou seja, fatores que aumentam a expectativa de vida e

transformam a sobrevivência em algo prazeroso.

No questionário de qualidade de vida SF – 36 Pesquisa em Saúde, a avaliação é feita à partir de oito domínios, que podem ser visualizados no quadro 4. Para isso, os valores dos mesmos são expressos em Raw Scale (%), que é adimensional, onde 100 indica melhor resultado e 0 pior resultado.

Neste sentido, apenas os seguintes domínios exibiram nota máxima: "Aspectos sociais" três notas 100, enquanto "Limitação por aspectos emocionais" e "Limitação por aspectos físicos" tiveram duas notas 100, cada uma deles. Por outro lado, "Capacidade funcional" exibiu uma nota 100. Os domínios "Limitações" exibiram, ainda, duas notas zero.

Analisando-se as notas obtidas por cada uma das participantes da pesquisa, observa-se, ainda no quadro 5, que M2 obteve quatro notas 100, exibindo a maior média 86,5. A paciente M4 apresentou três notas 100, o que resultou na segunda maior média. E M1 apresentou apenas uma nota 100, conferindo-lhe média igual a 69,29. A paciente M5 que apresentou duas notas 0, alcançou a menor média, 30,69.

Considerando a média de todos os domínios para cada uma das participantes, pode-se observar, ainda no quadro 5, que as melhores condições de qualidade de vida, após o tratamento da endometriose pélvica, foi nas opiniões de M2 e M4, seguidas por M1; e as piores foram avaliadas por M3 e M5.

De fato, a participante M5, a que percebeu que sua qualidade de vida melhorou apenas 30,69% após se submeter ao tratamento da endometriose pélvica, não apresentou 100% em nenhum dos domínios. De forma análoga, a participante M3 também não obteve índice Raw Scale máximo, o que permite entender que, segundo ela, sua qualidade de vida melhorou apenas, 42,84% após o tratamento da patologia.

Afirmam Lorençatto, Vieira e Maia (2002) que além dos conflitos emocionais, com o passar do tempo a mulher portadora de

Quadro 5 – Valores (%) dos domínios utilizados para avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose pélvica, em Cruz das Almas, 2013

DOMÍNIOS	PARTICIPANTES DA PESQUISA				
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5
Capacidade funcional	65	100	70	95	45
Limitação por aspectos físicos	75	100	50	100	0
Dor	51	72	52	94	22
Estado geral de saúde	52	67	37	77	40
Vitalidade	90	65	45	55	45
Aspectos sociais	100	100	12,5	100	37,5
Limitação por aspectos emocionais	33,3	100	33,3	100	0
Saúde mental	88	88	40	56	56
MÉDIA	69,29	86,5	42,48	84,62	30,69

endometriose pélvica acaba transformando sua rotina de acordo com a presença da dor, deixando velhos hábitos e adotando novos comportamentos, podendo, ainda, se afastar do convívio social, sentindo que é difícil falar com as pessoas ao seu redor sobre sua doença e sofrimento, tendo dificuldade em manter os laços afetivos entre familiares e amigos.

Ainda no quadro 5 observa-se que três das cinco participantes (M1, M3 e M5) apresentaram os menores escores de “Dor”, o que significa que tal sintoma é mais intenso, provocando desconforto físico e emocional. A participante M2 apresenta um escore para este sintoma menos intenso que as outras três. E, apenas M4 informou apresentar melhor qualidade de vida em relação a “Dor”.

Os sintomas normalmente associadas à endometriose - dor pélvica crônica, dismenorrea, dor na defecação, dispareunia e infertilidade podem ter um impacto negativo sobre parâmetros psico-sociais e levar a uma redução significativa na qualidade de vida (relacionada à saúde). Dessa forma, a endometriose, com todos os seus sintomas, influenciam a vida das mulheres afetadas, das carreiras aos relacionamentos, até os planos futuros para a concepção. E com o diagnóstico, possivelmente essas mulheres experimentam uma série de frustrações e

conflitos emocionais como raiva, angústia, ansiedade, medo – sentimentos comuns em todas as pessoas que se descobrem com alguma doença crônica, mais significativamente quando esta é pontuada por quadros álgicos que podem se tornar importantes (FIGUEIREDO e NASCIMENTO, 2008).

De acordo com Matta e Muller (2006), qualidade de vida e dor estão em associação imediata para as participantes que ainda sofrem com as dores provocadas pela endometriose. Fernandes et al. (2003) confirmam que a dor pélvica crônica, como o quadro de esterilidade, são situações que podem interferir na qualidade de vida das mulheres ou até levar à incapacidade para o trabalho por períodos variáveis de tempo. A literatura também apresenta dados gerais que relatam que mulheres com endometriose tendem a viver com péssima qualidade de vida física e emocional (MARQUES et al., 2002).

Em consonância com os últimos relatos, Romão (2008) concluiu que pacientes com dor pélvica crônica apresentam escores de depressão e ansiedade mais elevados que os pacientes sem DPC; como consequência, os portadores da dor apresentavam escores de qualidade de vida menores que os pacientes sem DPC. Pacientes com ansiedade também apresentavam depressão.

Percepção sobre a saúde atual

As respostas à questão nº2 do questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36 não são utilizadas para o cálculo do Raw Scale, por isso, são apresentadas individualmente, o que pode ser visualizado no quadro 6.

Duas participantes declararam que sua saúde em geral é “Muito melhor agora do que antes do tratamento”. Outras duas informaram “Quase a mesma coisa do que antes do tratamento” e, apenas uma “Um pouco melhor agora do que antes do tratamento”.

Confrontando tais informações com as médias dos domínios por paciente, encontradas no quadro 5, pode-se afirmar que as duas primeiras são, possivelmente, M2 e M4. As outras duas M3 e M5. A que se sente “Um pouco melhor agora do que antes do tratamento”, é, provavelmente, M1.

Minson et al. (2012), ao estudarem a importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose, relataram que os resultados sugeriram que o estadiamento da doença não é determinante da intensidade da dor. Por um lado, o tempo de manifestação dos sintomas também não apresentou relação com a intensidade da dor e com os escores do SF-36. Por outro lado, a intensidade da dor apresentou associação com menores escores em algumas escalas do SF-36. Os autores concluíram que: “As pacientes com endometriose apresentaram escores de qualidade de vida inferiores ao da população em geral e inferiores a algumas outras patologias.”.

De acordo com a classificação da endometriose pélvica proposta por Febrasgo (2010), a cliente M 1, que está no “estágio leve”, apresentou média da qualidade de vida igual a 69,29; a M 2, no “estágio moderado”, teve a percepção que a sua qualidade de vida melhorou 86,5%; enquanto M 3, que se encontra no “estágio moderado”, exibiu média de 42,48 %; por outro lado, M 4, cuja patologia está no “estágio médio”, apresentou 84,62 % de melhoria na qualidade de vida. E, M 5 portadora de endometriose “estágio severo” informou ter melhorada a qualidade de vida, após o tratamento, em apenas 30,69 %.

CONCLUSÕES

As participantes da pesquisa e portadoras de endometriose pélvica exibiram diversificados valores (%) dos domínios utilizados para avaliação da qualidade de vida o que permitiu afirmar que M2 e M4 informaram que após a realização do tratamento da endometriose pélvica, a qualidade de vida melhorou 86,5% e 84,62 %, respectivamente. As pacientes M1 e M3 acham que após submissão ao tratamento da endometriose pelvica suas qualidades de vida melhoraram 69,29 % e 42,48 %, respectivamente. E a paciente M5 considerou ter melhorado, apenas, 30,69 %.

De acordo com a classificação da endometriose pélvica proposta por a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a cliente M1, está no “estágio leve”; a M2 e M3, no “estágio

Quadro 6 - Percepção de mulheres em relação à própria saúde, antes e depois do tratamento da endometriose pélvica

Comparada ao período antes do tratamento, como você classificaria sua saúde em geral, agora?	
Muito melhor agora do que antes do tratamento.	2
Um pouco melhor agora do que antes do tratamento.	1
Quase a mesma coisa do que antes do tratamento.	2
Um pouco pior agora do que antes do tratamento.	--
Muito pior agora do que antes do tratamento.	--

moderado”; por outro lado, M4, está no “estágio médio” e M5 é portadora de endometriose “estágio severo”.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. Z de. et al. Marcadores séricos de estresse oxidativo em mulheres inférteis com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2010; 32(6), 279-285.
- ANGELOTTI, G. **Terapia Cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade**. Casa do Psicólogo, 2007.
- AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino americana de Enfermagem**. 2007; v.15, n.1; on-line.
- BELLELLIS, P. et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica – uma serie de casos. **Rev Assoc Med Bras**. 2010; v.56, n.4, p.467-71.
- BETTARELLO, P de A.; SAUT, T. B. **Análise dos resultados do questionário sobre qualidade de vida – SF 36, após aplicação do Lian Gong em 18 terapias e de ginástica laboral, em funcionários do setor de editoração do Centro Universitário Claretiano de Batatais – SP**. 2006. 74f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Claretiano, São Paulo, 2006.
- CARAÇA, D. B.; et al. Mecanismos fisiopatológicos da dor pélvica na endometriose profunda. **Diagn. Tratamento**. 2011; v.16, n.2, p.57-61.
- COLWELL, H. H.; et al. Hhealth-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. **Am J Obstet Gynecol**. 1998; 179(1):47-55.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Manual de Orientação em Endometriose**. 2010. 139p.
- FERNANDES, A. et al. Demora para diagnosticar a endometriose pélvica em serviço público de ginecologia em Campinas. **Revista de Ciências Médicas**, 2003; v. 12, n.2, 123-129.
- FIGUEIREDO, J de; NASCIMENTO, R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). **Arquivos Catarinenses de Medicina**; v.37, n.4, 2008. p. 20-26.
- FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.
- LORENCATTO, C. et al . Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 48, n. 3, Sept. 2002 . p.217-221.
- LORENÇATTO, C.; et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2007; v.53, n.5, p.433-438.
- MARINHO, R. M. et al. **Ginecologia Endócrina: Manual de Orientação**. São Paulo: Ponto, 2003.
- MARQUES, A.; et al. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. **Journal of Reproductive Medicine**, 2004, 49(2), 115-120.
- MATTA, A. Z da.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde e doenças**, vol. 7, n. 1, p. 57-72, 2006.
- MINSON, F. P.; et al. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2012; v.34, n.1, p.11-15.
- MOREIRA et al, **Estresse e função reprodutiva feminina**. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.
- NAVARRO, P.A de A. S.; BARCELOS, I. D. S.; ROSAE SILVA, J. C. Tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [online]. 2006, vol.28, n.10 [citado 2014-12-17], pp. 612-623 .
- PIATO, S. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- ROMÃO, A. P. M. S. **O impacto da ansiedade e depressão na Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica**. Ribeirão Preto, 2008. 89p.: II. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de

Concentração Biologia da Reprodução.

SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas. 2012. n.2, ano 1, 25p.

VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. de

A. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psic. Saúde & Doenças**, v.11, n.2, 2010. p.

VILARINO, F. L.; *et al.* Análise do polimorfismo Fok1 do gene VDR em mulheres inférteis com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2011; v.33, n. 2, p.65-69.