FLÁVIA FAIRBANKS LIMA DE OLIVEIRA MARINO

**Aspectos da sexualidade em mulheres com
endometriose**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Podgaec

Coorientadora: Profa. Dra. Carmita Helena
Najjar Abdo

**SÃO PAULO
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Marino, Flávia Fairbanks Lima de Oliveira

Aspectos da sexualidade em mulheres com endometriose / Flávia Fairbanks
Lima de Oliveira Marino. -- São Paulo, 2016.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientador: Sérgio Podgaec.

Coorientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Endometriose 2.Sexualidade 3.Disfunção sexual fisiológica
4.Qualidade de vida 5.Comportamento sexual 6.Sexo

USP/FM/DBD-182/16

Dedico este trabalho

Ao meu **pai**, meu exemplo, meu melhor amigo, grande incentivador de todos os meus passos e desafios, hoje e sempre.

À minha **mãe**, minha apoiadora incondicional, minha grande amiga da vida toda, sem a qual nada disso teria sido possível.

AGRADECIMENTOS

Seria impossível agradecer, adequadamente, a todas as pessoas que, de alguma maneira, contribuíram para a execução deste estudo. Por isso, antecipadamente, peço desculpas pelo esquecimento de alguém nos agradecimentos abaixo, mas estando certa de que, em meu coração, seus nomes permanecerão gravados eternamente.

Meus agradecimentos especiais

Ao Prof. Dr. **Sérgio Podgaec**, um grande amigo, muito mais que um orientador, que acreditou no potencial desse projeto e na minha pessoa, que me ajudou a vencer os obstáculos, um a um, nessa trajetória, sempre com palavras de incentivo e amizade.

Ao Prof. Dr. **Edmund Chada Baracat**, Professor Titular da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

À Profa. Dra. **Carmita Helena Najjar Abdo**, um exemplo de professora e de profissional, que com grande entusiasmo, apoio e alegria, me guiou durante todas as etapas deste trabalho.

Às equipes do **Setor de Endometriose** da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da FMUSP e do **Projeto de Estudos em Sexualidade Humana** (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP pelo eterno incentivo.

À Dra. **Heloísa Junqueira Fleury**, que contribuiu em diversas etapas dessa obra.

Ao Sr. **Rogério Prado**, pela análise estatística.

À Srta. **Claudia Vieira**, pelo auxílio na diagramação e revisão.

À minha sogra, **Maria Tereza De Crescenzo Marino**, professora de Língua Portuguesa, pela revisão gramatical desta obra.

À minha família, sobretudo ao **Miguel, Letícia e Alexandre**, que compreenderam a importância deste trabalho para mim, e apoiaram-me incondicionalmente.

Às **pacientes** do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Ambulatório de Vila Regina, da Prefeitura do Município de São Paulo, pela participação neste estudo.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação.
Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentações; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Sexualidade Humana	3
1.2 Sexualidade Feminina Funcional e Disfuncional	5
1.3 Endometriose	12
1.4 Atividade Sexual e Endometriose.....	16
1.5 Justificativa do Estudo.....	19
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 MÉTODOS	23
3.1 Cálculo da Amostra	24
3.2 Critérios de Inclusão.....	25
3.3 Questionário para Avaliação da Função Sexual.....	26
3.4 Questionários para Avaliação de Depressão e Ansiedade.....	28
3.5 Dinâmica do Estudo	29
3.6 Análise Estatística	31
4 RESULTADOS	32
5 DISCUSSÃO.....	48
6 CONCLUSÕES.....	60
7 ANEXOS.....	62
8 REFERÊNCIAS	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	- Associação Psiquiátrica Americana
DSM-IV-TR	- Manual estatístico de doenças mentais. 4 ^a Ed.. Texto revisado
DSM-V	- Manual estatístico de doenças mentais. 5 ^a Ed.
ECOS	- Estudo do comportamento sexual no Brasil
EDT	- Endometriose
FSDS	- <i>Female Sexual Distress Scale</i>
FSFI	- <i>Female Sexual Function Index</i>
GnRH	- Hormônio liberador das gonadotrofinas
HCFMUSP	- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
OMS	- Organização Mundial da Saúde
QS-F	- Quociente Sexual - Versão Feminina
SHBG	- Proteína carreadora dos esteroides sexuais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Ciclo de resposta sexual feminino (Adaptado de Basson, 2000).....	6
Figura 2 -	Fluxograma da distribuição das pacientes nos grupos EDT e CONTROLE.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos resultados obtidos com os questionários de Beck de ansiedade e depressão nos grupos Controle e com endometriose (EDT).....	33
Tabela 2 - Descrição dos sintomas das pacientes dos grupos Controle e EDT e resultados dos testes estatísticos.....	35
Tabela 3 - Descrição do número de pacientes que apresentaram disfunção em cada uma das questões do QS-F nos grupos Controle e EDT e resultados dos testes de associação. Considera-se disfunção quando o escore da resposta é ≤ 2	36
Tabela 4 - Resultados das análises dos escores dos domínios do Quociente Sexual Feminino (QSF) e os respectivos diagnósticos das disfunções sexuais comparando-se os grupos Controle e Endometriose (EDT).....	37
Tabela 5 - Resultado do modelo de regressão logística múltipla para verificar as principais variáveis envolvidas nos desfechos disfunções sexuais (por classificação), disfunção sexual geral e endometriose, segundo idade, sintomas e grupo	38
Tabela 6 - Descrição das médias dos resultados das respostas das pacientes às escalas de ansiedade e depressão e dos escores das questões de disfunção sexual quantitativamente segundo grupos e resultado dos testes comparativos	39
Tabela 7 - Descrição dos diagnósticos de disfunções sexuais segundo faixas etárias nas pacientes com EDT	40
Tabela 8 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de dismenorrea, nas pacientes com EDT	41
Tabela 9 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de dispareunia, nas pacientes com EDT	42

Tabela 10 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de algia pélvica crônica, nas pacientes com EDT	43
Tabela 11 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de infertilidade, nas pacientes com EDT	44
Tabela 12 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de alteração intestinal cíclica, nas pacientes com EDT	45
Tabela 13 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de alteração urinária cíclica, nas pacientes com EDT	46
Tabela 14 - Descrição dos resultados da análise estatística do grupo EDT, quanto à presença de disfunção sexual em função do tipo da doença	47

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição do grupo de pacientes com endometriose quanto à presença de Ansiedade e aos resultados dos escores do Quociente Sexual Feminino (QS-F)34
- Gráfico 2 - Distribuição do grupo de pacientes com endometriose quanto à presença de Depressão e aos resultados dos escores do Quociente Sexual Feminino (QS-F)35

RESUMO

Marino FFLO. *Aspectos da sexualidade em mulheres com endometriose* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2016.

INTRODUÇÃO: A endometriose é uma doença com impacto negativo em diversos aspectos da vida da mulher, inclusive na função sexual. Seus principais sintomas, representados por dor e infertilidade, relacionam-se diretamente com prejuízos na atividade sexual, mas aspectos específicos da função sexual dessas mulheres permanecem obscuros, o que motivou a realização deste estudo. **DESENHO DO ESTUDO:** coorte transversal. **LOCAL:** Ambulatório de Endometriose e Ginecologia Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP e Ambulatório da Unidade Básica de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo. **PACIENTES:** 1001 mulheres divididas em 2 grupos, de acordo com a presença ou ausência de endometriose. **INTERVENÇÕES:** avaliação da função sexual, ansiedade e depressão das pacientes, correlacionando os resultados com sintomas, locais e tipos de endometriose e domínios da função sexual comprometidos. Avaliamos 1001 mulheres, consecutivamente, entre abril de 2013 e abril de 2015, sendo que 18 preencheram os formulários incorretamente. 294 mulheres (29,9%) foram excluídas por apresentarem ansiedade e depressão severas e 106 pacientes do grupo controle apresentavam sintomas que poderiam sugerir endometriose, logo também foram excluídas. O grupo final foi composto de 254 pacientes com endometriose e 329 pacientes sem a doença. Aplicamos os questionários para avaliação do escore da função sexual (Quociente Sexual Feminino - QSF), além dos inventários de Beck para ansiedade e depressão. Os dados foram tabulados e analisados através da aplicação dos testes estatísticos apropriados (Qui-quadrado, T de Student e Mann-Whitney). **RESULTADOS:** Nossos resultados mostraram que as pacientes com endometriose tiveram acometimento em todas as fases da resposta

sexual, com significância estatística: desejo sexual, excitação sexual, dor na relação sexual e orgasmo/satisfação sexual. Na avaliação geral, 43,3% das pacientes com endometriose apresentaram disfunções sexuais, enquanto na população sem a doença as disfunções sexuais ocorreram em 17,6% das mulheres. Os fatores isolados que se correlacionaram à ocorrência de disfunções sexuais em geral foram a idade superior a 35 anos (OR = 1,97), dismenorreia (OR = 1,91), dispareunia (OR= 2,48) e algia pélvica crônica (OR = 1,88), refletindo a importância da sintomatologia da endometriose como desencadeante de disfunções sexuais. **CONCLUSÃO:** Pacientes com endometriose têm mais que o dobro de disfunções sexuais em relação à população sem a doença.

Descritores: Endometriose. Sexualidade. Disfunção sexual. Qualidade de vida. Comportamento sexual. Sexo.

ABSTRACT

Marino FFLO. *Sexual aspects in women with endometriosis* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

INTRODUCTION: Endometriosis is a disease that negatively affects several aspects of a woman's life, including sexual function. The main symptoms of endometriosis – pain and infertility – are directly related to losses of sexual function, but which specific aspects of sexual function remains unclear.

STUDY DESIGN: cross-sectional. **SETTING:** The outpatient clinics of the Endometriosis and General Gynecology Services of the *Hospital das Clínicas* of the USP School of Medicine and the Vila Regina (São Paulo) Municipal Primary Care Clinic. **PATIENTS:** 1001 women divided into two groups, according to the presence or absence of endometriosis. **INTERVENTIONS:** We assessed sexual function, anxiety and depression of patients and correlated these findings with symptoms, locations and types of endometriosis and the affected domains of sexual function. We recruited 1001 women seen consecutively between April 2013 and April 2015; 18 completed the forms incorrectly. 294 women (29.9%) were excluded due to severe anxiety and depression. 106 patients had symptoms that could have any relation to endometriosis, so they were also excluded. The final cohort was composed of 254 patients with endometriosis and 329 patients without the disease. Sexual function score was assessed using the Female Sexual Quotient (QSF); Beck inventories were used to assess anxiety and depression. The data were tabulated and analyzed by applying the appropriate statistical tests (Chi-square, Student's t and Mann-Whitney).

RESULTS: Our results showed that patients with endometriosis were affected in all phases of sexual response, with statistical significance in three of them: sexual arousal, genital-pelvic pain/ penetration and orgasm/ sexual satisfaction. In the overall assessment, 43.3% of patients with endometriosis

had sexual dysfunction, while the population without endometriosis sexual dysfunction occurred in 17.6% of women. Endometriosis conferred a relative risk of 52% (OR = 1.52) for the occurrence of sexual dysfunctions.

CONCLUSION: Patients with endometriosis have double the sexual dysfunction as compared to women without the disease.

Descriptors: Endometriosis. Sexuality. Sexual dysfunction, physiological. Quality of life. Sexual behavior. Sex.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a situação de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença (1986). Apesar da dificuldade no encontro de estado tão sublime de perfeição, motivo de críticas à definição (Segre e Ferraz, 1997), ela ainda se mostra atual no que tange a abranger a saúde sexual como um pilar básico.

A sexualidade, conjunto de fenômenos sexuais dos indivíduos com fins reprodutivos e eróticos, portanto, é parte integrante e fundamental do conceito de saúde. A Saúde Sexual, segundo a OMS, seria a integração dos aspectos psicológico, afetivo, intelectual e social de um ser sexual, numa maneira de que, desses aspectos, resultasse um enriquecimento e desenvolvimento da personalidade humana, da comunicação e do amor (Mahler, 1986; Segre e Ferraz, 1997; Sadana, 2002).

O estudo dos papéis sexuais associa-se à história das sociedades humanas em suas variedades. Um fato, entretanto, as aproxima: a grande importância que sempre é atribuída ao sexo. Ora o sexo é valorizado por representar força, riqueza e fecundidade, ora é condenado quando deixa de cumprir sua função reprodutora (Seixas, 1998).

As doenças crônicas, como é o caso da endometriose, podem afetar a atividade sexual da mulher em diversos aspectos. Já se reconhece que o impacto psicológico vivido nessas circunstâncias, representado por insatisfação

pessoal e/ou conjugal, depressão em seus variados graus e modificações objetivas ou subjetivas da autoimagem corporal possam estar associadas ao surgimento ou desenvolvimento de disfunções sexuais (Rosen *et al.*, 2006). Além disso, a própria doença tem características relacionadas aos aspectos de sua fisiopatologia e história natural que também levam, em maior ou menor grau, a prejuízos físicos e anatômicos, comprometendo a atividade sexual (Moradi *et al.*, 2014). O impacto da doença orgânica na experiência sexual e no comportamento do indivíduo é, frequentemente, pouco avaliado e pouco estudado, além de, em muitos casos, a doença não ser a única responsável pelas alterações da atividade sexual do paciente (McInnes, 2003).

Esse estudo destina-se a avaliar aspectos da função sexual feminina em pacientes com endometriose. A escassez de pesquisas que investiguem as alterações sexuais experimentadas pelas mulheres com endometriose e a ampla prevalência das disfunções sexuais femininas e da endometriose realçam a importância deste projeto.

1.1 Sexualidade Humana

A sexualidade humana é regida pela busca do prazer, além da procriação para a manutenção da espécie. As diversas religiões, criadoras de dogmas e doutrinas orientadoras do comportamento das populações há milhares de anos, aproximaram a atividade sexual humana daquela exercida por espécies animais irracionais, fazendo com que se acreditasse na finalidade exclusiva do encontro sexual para a reprodução e considerando inadequada qualquer prática que buscasse exclusivamente o prazer e a satisfação (Ramadan e Abdo, 2010).

A sociedade humana, nas últimas décadas, passou por uma grande revolução: a separação formal da sexualidade com fins reprodutivos, daquela com finalidade erótica. Houve redução expressiva nas taxas de nascimentos, mas a frequência de atividade sexual se manteve inalterada nas populações sexualmente saudáveis (Morin *et al.*, 2014). O interesse na sexualidade humana remonta ao século XIX, mas estudos mais rigorosos, focados na satisfação sexual e nas práticas sexuais, começaram, somente, um século mais tarde (Gray, 2013).

O ciclo de resposta sexual é mais uniforme no homem do que na mulher; inicialmente acreditou-se num modelo único, linear, proposto por Masters e Johnson na década de 1960, que seria aplicável a ambos os gêneros e composto por quatro fases (excitação, platô, orgasmo e resolução). Com o avanço dos conhecimentos em fisiologia sexual e melhor observação da resposta sexual da mulher, Helen Kaplan afirmou, em finais da década de 1970, que antecedendo à excitação viria o desejo, de importância primordial em todas as fases subsequentes (Kaplan, 1977). Finalmente, em 2000, Basson propôs um novo modelo de resposta sexual feminina, segundo o qual a mulher pode sair de uma situação de neutralidade e experimentar a plena satisfação sexual por meio da estimulação subjetiva (que se tornaria progressivamente mais objetiva), sendo que, durante essa transição, adviria o desejo. Esse novo conceito revolucionou o entendimento da atividade sexual nas mulheres, que não mais precisavam encaixar-se nos moldes estanques previamente propostos para que fossem consideradas sexualmente saudáveis.

1.2 Sexualidade Feminina Funcional e Disfuncional

A sexualidade feminina exhibe aspectos peculiares, relacionados direta ou indiretamente às características próprias do gênero feminino como um todo (Abdo e Fleury, 2006). Elementos como história de vida, iniciação sexual, relacionamentos prévios e situação conjugal atual, situação hormonal e principalmente as crenças, mitos e tabus que acompanham a mulher em relação à sexualidade influenciam seu papel sexual e são determinantes para que a qualidade de vida e prática sexuais sejam mais ou menos saudáveis (Abdo, 2000). O bem-estar sexual é determinado tanto pelo ato sexual, em si, quanto pela própria dinâmica do relacionamento conjugal, além de características próprias do indivíduo. A qualidade da comunicação do casal, o nível de satisfação na relação e a duração do relacionamento podem interferir na avaliação global da qualidade da vida sexual (McCabe, 2001; Hayes, 2008; Timm e Keiley, 2011).

Leiblum (1999) propôs que algumas mulheres manifestavam excitação em resposta ao estímulo da parceria antes de experimentarem o desejo consciente e não poderiam, por essa razão, serem consideradas disfuncionais. Este conceito foi ampliado por Basson (2000) que afirmou que muitas mulheres iniciavam a atividade sexual buscando a intimidade, antes que a sensação erótica as envolvesse. Desta maneira, estabelecia-se um princípio fundamental da diferença entre a sexualidade masculina e a feminina, onde esta última não necessariamente deveria obedecer à sequência desejo → excitação → orgasmo → resolução para ser considerada adequada e saudável. Atualmente, um dos modelos mais aceitos sobre a sexualidade feminina é o modelo circular de Basson (2000). Nele considera-se que a ausência de desejo sexual espontâneo

no início da atividade sexual não significa disfunção e corrobora-se a ideia de que o desejo tem papel primordial na resposta sexual feminina. O ciclo de resposta sexual feminino seria, então, composto por cinco fases (Basson, 2000), conforme demonstrado na Figura 1.

- 1 - início da atividade sexual por motivo não necessariamente sexual, com ou sem consciência do desejo;
- 2 - excitação subjetiva e resposta física desencadeadas pelo estímulo erótico;
- 3 - sensação de excitação progressiva e consciência do desejo;
- 4 - aumento gradativo da excitação e do desejo atingindo ou não o orgasmo;
- 5 - satisfação física e emocional com receptividade para futuros atos.

Figura 1 - Ciclo de resposta sexual feminino (Adaptado de Basson, 2000)

Em relação às disfunções sexuais femininas, caracteriza-se como disfunção sexual a falta ou excesso, desconforto ou dor na expressão ou desenvolvimento do ciclo de resposta sexual (APA, 2000). O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 5^a ed. (DSM-V) (APA, 2013) classifica as disfunções sexuais como grupo heterogêneo de distúrbios que provocam alteração clinicamente significativa na habilidade do indivíduo responder sexualmente ou experimentar prazer sexual. Ressalta, como fatores relevantes para a etiologia e tratamento, aqueles relativos à parceria, ao relacionamento, à vulnerabilidade individual e às comorbidades psiquiátricas (www.dsm5.org). A maioria dos autores concorda com a necessidade de se identificar o sofrimento como fator-chave para que determinado problema seja caracterizado como disfunção, visto que, em alguns casos, quando não traz sofrimento pessoal, mesmo com alguns parâmetros que se distanciem da média populacional, o indivíduo pode ser considerado sexualmente saudável (Latif e Diamond, 2013).

As disfunções sexuais femininas são problema frequente e complexo. Diversos fatores, biológicos (saúde ou presença de doenças), psicológicos e sócio-demográficos podem exercer influência na função sexual (Amato, 2006). A mulher experimenta oscilações hormonais durante várias etapas do ciclo menstrual, bem como nas diferentes fases da vida reprodutiva (puberdade, menacme, climatério) que acarretam diferentes posturas em relação à prática sexual (Thomas e Thurston, 2016). Já na adolescência algumas condições podem favorecer, futuramente, o surgimento de disfunção sexual, motivo pelo qual o atendimento cuidadoso a esse público, visando ao encontro de sinais ou sintomas específicos – como dismenorreia

severa, dispareunia, infecções genitais, dores pélvicas, sintomas ansiosos e depressivos – deve ser minuciosamente realizado. Há grande dificuldade, na literatura, em se conduzir estudos exclusivamente com a população adolescente no que tange à função sexual, logo os resultados de pesquisas com a população adulta costumam ser extrapolados à faixa abaixo de 18 anos (Greydanus e Matytsina, 2010).

A classificação das disfunções sexuais femininas varia entre diferentes grupos. A Associação Psiquiátrica Americana, através da 4^a ed., Texto Revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), em 2002, propôs uma classificação, na qual três categorias destacavam-se: distúrbio do desejo sexual hipoativo, dispareunia e disfunção orgásmica (APA, 2000).

Transtornos do desejo sexual

- Transtorno do desejo sexual hipoativo: deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de ter atividade sexual.
- Transtorno de aversão sexual: aversão e esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual.

Transtornos da excitação sexual

- Transtorno da excitação sexual feminina: incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação da atividade sexual.
- Transtorno erétil masculino: incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.

Transtornos do orgasmo

- Transtorno do orgasmo feminino: atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
- Transtorno do orgasmo masculino: atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual.
- Ejaculação precoce: início persistente ou recorrente de orgasmo e ejaculação com estimulação mínima antes, durante ou logo após a penetração e antes que o indivíduo o deseje.

Transtornos sexuais dolorosos

- Dispareunia (feminina e masculina): dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso.
- Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

Disfunção sexual devida a uma condição médica geral: presença de disfunção sexual clinicamente significativa, considerada exclusivamente decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Disfunção sexual induzida por substância: disfunção sexual clinicamente significativa que tem como resultado um acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal, plenamente explicada pelos

efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento ou exposição à toxina).

Disfunção sexual sem outra especificação: disfunções sexuais que não satisfazem os critérios para qualquer disfunção sexual específica.

A mesma associação, em maio de 2013, publicou o DSM-V, onde alguns conceitos foram revistos e classes de disfunções foram reagrupadas; uma mudança significativa foi a união dos transtornos de desejo e excitação femininos em uma única classe (transtorno do interesse/excitação sexual femininos), pois compreendeu-se que essas fases estariam vinculadas no ciclo de resposta sexual da mulher. Além disso, os transtornos sexuais dolorosos, anteriormente separados em dispareunia e vaginismo, também foram reunidos sob a denominação “transtornos de dor genitopélvica/à penetração”. A comunidade científica já apresentou críticas a essa nova classificação, que vem sendo revista (McCabe *et al.*, 2016).

Estudos populacionais, em geral, mostram alta prevalência de disfunção sexual em todas as faixas etárias e segmentos populacionais, atingindo cifras entre 43,0 a 50,9% (Laumann *et al.*, 1999; Abdo *et al.*, 2004). O estudo *Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates* (PRESIDE), conduzido por Shifren *et al.* (2008), avaliou 31581 mulheres entre 18 e 65 anos; além da prevalência geral de 44,2% de uma ou mais disfunções sexuais nas pacientes estudadas, em todas as faixas verificou-se que a diminuição do desejo sexual foi a mais frequente.

Diversas causas podem contribuir ou agravar as disfunções sexuais femininas, sendo algumas fisiológicas, como o puerpério ou o próprio

envelhecimento e outras atribuídas às condições patológicas. As queixas sexuais estão entre as mais comuns das mulheres na transição menopáusica; no início do climatério cerca de 42% das mulheres têm alguma queixa sexual, mas no final desta fase, em torno dos 65 anos de idade, mais de 85% da população feminina refere alguma disfunção sexual (Dennerstein *et al.*, 2003; Prairie *et al.*, 2015).

Na esfera ginecológica, algumas doenças, como a endometriose e os miomas uterinos, podem apresentar disfunções sexuais associadas. Nelas, a dispareunia de profundidade constitui uma das principais queixas (Ertunc *et al.*, 2009; Bellelis *et al.*, 2010). Na miomatose isolada, sem coexistência de outras doenças, a localização dos miomas pode ter impacto na intensidade da dispareunia, mas não causam piora na função sexual, que se apresenta similar a grupos controles. Mas, se houver doença pélvica associada, como endometriose, aderências ou doença inflamatória pélvica, após correção de eventuais vieses, pode-se responsabilizar a miomatose por prejuízo na função sexual (Ferrero *et al.*, 2006).

Há ainda, condições clínicas de dor pélvica constante, como a síndrome da bexiga dolorosa e a doença inflamatória intestinal, cujas pacientes apresentam dispareunia como uma das maiores queixas álgicas, com sérias repercussões na função sexual, além da perda de desejo sexual e menores índices de satisfação (Nickel *et al.*, 2008; Marin *et al.*, 2013). Em grande estudo envolvendo mais de 140 mil pacientes com queixas miccionais, entrevistadas via telefone sobre aspectos da sua vida sexual, as mulheres apresentaram taxas de 88% de queixas, mostrando que a doença, altamente debilitante, causa severos prejuízos na qualidade de vida sexual

(Bogart *et al.*, 2011). As pacientes com síndrome da bexiga dolorosa, no entanto, consideram a recuperação da função sexual uma das etapas primordiais do tratamento da doença (Webster, 1997; Liu *et al.*, 2014).

Causas iatrogênicas também podem determinar disfunções sexuais. Desde a prescrição de medicamentos das mais diversas classes, até cirurgias pélvicas, ginecológicas ou não-ginecológicas, como a histerectomia ou a correção de incontinência urinária, podem ser responsáveis pelo desencadeamento de problemas na esfera sexual (Zobbe *et al.*, 2004; Levin *et al.*, 2016).

Assim, a importância da avaliação da função sexual, nas doenças crônicas, é primordial e deve ser incentivada junto aos profissionais de saúde, pois, dados atuais refletem ser essa, ainda, uma questão pouco investigada e diagnosticada (McInnes, 2003; Trompeter *et al.*, 2016).

1.3 Endometriose

A endometriose caracteriza-se pelo implante, crescimento e desenvolvimento de glândula e/ou estroma endometriais em localização extrauterina (D'Hooghe *et al.*, 2003). Estima-se que 10% da população feminina na menacme apresentam essa doença (Missmer e Cramer, 2003) e, quando são estudadas populações específicas de mulheres com dor pélvica ou infertilidade, a prevalência pode atingir até 47% dos casos (Kennedy *et al.*, 2005; Bulun, 2009; De Ziegler *et al.*, 2010).

A doença pode ser classificada sob vários aspectos. Quanto à profundidade de invasão no tecido, Cornillie *et al.* (1990) propuseram as

denominações “superficial”, “intermediária” e “profunda” quando a invasão atingisse menos que 1 mm, entre 2 e 4 mm de profundidade e mais que 5 mm de profundidade, respectivamente. Já em 1991, reconheceu-se a associação entre a forma profunda e maior gravidade da doença (Koninckx *et al.*, 1991). Atualmente, emprega-se a classificação de Nisolle e Donnez (1997) que separa as três classes histológicas: endometriose superficial, endometriose ovariana e doença profunda.

Diversos estudos defendem que o enfoque multidisciplinar é fundamental na abordagem da paciente com endometriose, priorizando, além de aspectos médicos, o acompanhamento psicológico das mesmas, pois têm risco elevado de síndromes ansiosas e depressivas, provavelmente devido às dores crônicas (Belaisch e Allart, 2006; Schleedoorn *et al.*, 2106). Butler *et al.*, em 2006, reconheceram essa condição de favorecimento à depressão e ansiedade em portadoras de dor pélvica e, para abordá-las adequadamente, postularam a necessidade de abordagem conjunta do binômio dor-transtorno psiquiátrico, sem a qual não haveria progresso na condução do tratamento da dor.

Os principais sintomas relacionados à doença envolvem a dor pélvica, em suas múltiplas facetas (dismenorreia, dispareunia e dor pélvica crônica) e a infertilidade, além de alterações dos hábitos intestinal e urinário durante o período menstrual. Nem sempre há relação entre a extensão ou estadiamento da doença e severidade do quadro doloroso, de modo que algumas pacientes com doença inicial podem apresentar quadros álgicos mais exuberantes que outras com graus mais avançados de endometriose (Podgaec e Abrão, 2005).

Tratando-se de uma doença crônica, com reconhecida morbidade física e emocional, a endometriose pode determinar impacto negativo na qualidade de vida (Marques *et al.*, 2004; De Graaff *et al.*, 2013). A redução das atividades, o isolamento social, a interferência nas relações afetivas e familiares, além de graus diversos de dor e a infertilidade, que pode atingir até 50% das pacientes, determinam um cenário que pode favorecer depressão, baixa autoestima e perda da qualidade de vida em geral (Fauconnier e Chapron, 2005; Mengarda *et al.*, 2008). Para ter uma abordagem mais profunda sobre o tema, em nosso meio, Minson *et al.* (2012) estudaram 130 pacientes com endometriose comprovada por biópsias colhidas durante videolaparoscopia e nelas aplicaram o questionário SF-36, constituído de 36 itens que avaliam, primordialmente, dois grandes grupos de sintomas (físicos e mentais) e, secundariamente, oito subgrupos entre eles, envolvendo análises de autopercepção corporal, funcionamento orgânico em geral, vitalidade e aspectos socioemocionais. Os resultados mostraram que as pacientes com endometriose tiveram menores índices de vitalidade que a população geral e que a intensidade da dor teve correlação positiva com menores escores de qualidade de vida.

Como cursa, frequentemente, com dor pélvica crônica, Tripoli *et al.* (2011) avaliaram a qualidade de vida, em geral, e a função sexual de 49 pacientes com endometriose e 35 pacientes com dor pélvica crônica, comparando-as a outras com dor pélvica crônica de diferentes etiologias. Não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mas ambos se mostraram mais afetados (com escores inferiores) do que um grupo controle composto por mulheres saudáveis.

Em pacientes submetidas a tratamento cirúrgico, estudos visando à avaliação da qualidade de vida pré e pós-operatória também foram realizados. Aplicando o questionário SF-36 em 151 mulheres submetidas a ressecção segmentar intestinal entre 2002 e 2009, Bassi *et al.* (2011) encontraram melhora superior a 90% nos escores anteriores ao procedimento cirúrgico e após 12 meses do mesmo. Confirmaram, assim, que a abordagem cirúrgica para esses casos alcançara o propósito básico do tratamento de melhorar, globalmente, a qualidade de vida. Já outro estudo, conduzido por Porto *et al.* (2015), analisou a correlação entre a classificação histológica da endometriose, local da doença e qualidade de vida, aplicando o questionário SF-36 no pré e pós-operatório de pacientes com endometriose glandular mista e glandular indiferenciada, cujas lesões se localizavam no peritônio, intestino e ligamentos uterossacros. Seus resultados mostraram que, após o tratamento cirúrgico laparoscópico, houve melhora dos escores de qualidade de vida nas pacientes com endometriose indiferenciada peritoneal, mas não se encontraram diferenças nesses escores em pacientes com endometriose intestinal.

Além dos sintomas já mencionados, a endometriose também envolve aspectos psicológicos e emocionais. Características como enfrentamento à doença, em si, e aos tratamentos necessários, podem ser alteradas em mulheres acometidas pela endometriose, conforme demonstrado por Eriksen *et al.* (2008) num estudo em que foram avaliadas 63 pacientes com doença comprovada por laparoscopia. Dentre elas, 20 eram assintomáticas, e comparadas entre si quanto aos aspectos psicológicos primordiais (enfrentamento, ansiedade, depressão e inibição emocional), o enfrentamento

foi a característica mais afetada, sugerindo que isso tivesse alguma implicação no tratamento da doença. No entanto, esse estudo não conseguiu comprovar associação da dor com aumento de sintomas ansiosos ou depressivos.

Há, portanto, impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com endometriose, sendo os domínios de dor e desempenho psicossocial (atividades diárias, relacionamento íntimo, planejamento, maternidade, educação, trabalho, saúde geral, saúde mental e bem-estar emocional) mais comprometidos (Culley *et al.*, 2013).

1.4 Atividade Sexual e Endometriose

O interesse na avaliação da atividade sexual de pacientes com endometriose é recente. Em 1995, Montgomery e Pereira publicaram o primeiro trabalho que tratava da questão em nosso meio. Avaliaram 26 pacientes com diagnóstico prévio de endometriose, as quais foram tratadas com análogos do GnRH (goserelina) por oito meses e contraceptivos orais combinados por mais 12 meses, além de psicoterapia de apoio. Não havia desejo de gestação em nenhuma das pacientes tratadas, e, apesar do hipoestrogenismo induzido pela goserelina, que determinava menor lubrificação vaginal à estimulação sexual, 21 mulheres (80,7%) referiram melhora significativa da vida sexual após o tratamento.

Dentre as queixas sexuais mais comuns relacionadas à endometriose destaca-se a dispareunia, que pode ser fruto de alteração anatômica pélvica e da presença de nódulos da doença profunda, ter natureza inflamatória, com acometimento do peritônio local ou também ser causada por transtorno

psicológico (Brauer *et al.*, 2009). Afirma-se que cerca de 15% das mulheres, em geral, sofram de dispareunia crônica, sendo uma entidade pouco compreendida e de difícil manejo clínico (Weijmar *et al.*, 2005). A elevada incidência de dispareunia de profundidade nas mulheres com endometriose pode ser responsável por prejuízos na vida particular e conjugal das pacientes e merece enfoque multidisciplinar durante o acompanhamento terapêutico especializado (Vercellini *et al.*, 2011).

Diversos centros especializados no atendimento a pacientes com endometriose propuseram-se, ao longo das últimas décadas, a avaliar a função sexual dessas mulheres. Ferrero *et al.* (2004) compararam portadoras da doença com outras pacientes com dispareunia de profundidade, concluindo que o principal fator relacionado à piora de qualidade da vida sexual na endometriose estava relacionado ao local de acometimento da doença, fundamentalmente aos focos localizados nos ligamentos uterossacros, que dificultavam a penetração profunda e, muitas vezes, impediam a prática sexual. O mesmo grupo de pesquisadores investigou, em 2006, outras doenças ginecológicas benignas altamente prevalentes, como os miomas uterinos, e a qualidade de vida sexual; mesmo em miomas grandes e numerosos não se encontraram diferenças significativas em relação às queixas de dispareunia e satisfação sexual. O resultado mostrou que o tipo de doença em questão, quando comparadas miomatose e endometriose, estava diretamente relacionado com a possibilidade de satisfação sexual e ressaltou que, na endometriose, dadas as próprias características inflamatórias da doença, já se esperava um maior prejuízo nos indicadores de qualidade de vida sexual.

A avaliação dos resultados dos estudos envolvendo as características da função sexual das portadoras de endometriose revela, em maior ou menor grau, sentimentos de baixa autoestima, insatisfação, piores índices de qualidade de vida, deterioração de relacionamentos e, por vezes, abandono completo da atividade sexual (Denny e Mann, 2007; Ter Kuille *et al.*, 2010; Souza *et al.*, 2011; Fritzer *et al.*, 2013; Evangelista *et al.*, 2014). A experiência dolorosa trazida de relações sexuais prévias teria sido o principal marcador de limitação da função sexual no presente.

Estudos comparando a eficácia de determinadas modalidades terapêuticas sobre a função sexual nas mulheres com endometriose também foram conduzidos por diversos pesquisadores. Apesar de casuísticas distintas, os resultados mostraram, de forma consistente, benefícios no tratamento cirúrgico da endometriose profunda, por via laparoscópica, permitindo que muitas mulheres retomassem uma atividade sexual mais satisfatória (Mabrouk *et al.*, 2012; Setälä *et al.*, 2012; Kossi *et al.*, 2013). Esses autores comprovaram o benefício da nodulectomia vaginal na qualidade de vida dessas mulheres, principalmente nos quesitos de desconforto no ato sexual ou dispareunia, além de domínios da qualidade de vida em geral, como vitalidade e estresse.

Fritzer *et al.* (2013), avaliando a função sexual de 125 pacientes distribuídas em oito centros terciários especializados em endometriose na Áustria e na Alemanha, também encontraram índices elevados de disfunção sexual (32%) e sofrimento atribuído ao sexo (77%). A exploração pormenorizada de características desse profundo desconforto associado à vida sexual permitiu-lhes perceber que a paciente com endometriose não

restringia sua insatisfação sexual apenas à dispareunia, mas, sobretudo a baixo número de intercursos sexuais mensais, sentimentos de culpa em relação a fracassos no relacionamento conjugal, perda da feminilidade e, após algum tempo, limitação da atividade sexual com finalidade reprodutiva. O mesmo grupo de pesquisadores publicou, em 2014, uma meta-análise do impacto do tratamento cirúrgico da endometriose na qualidade de vida em geral e na função sexual, reforçando o conceito benéfico da cirurgia para melhora da dor crônica e da dispareunia, e consequente restabelecimento de melhores parâmetros de qualidade de vida e atividade sexual.

1.5 Justificativa do Estudo

Em recente revisão bibliográfica no PubMed (junho/2016) foram encontrados de mais de 22000 artigos sobre endometriose. No entanto, especificamente sobre o tema “Sexualidade e Endometriose”, encontraram-se apenas 112 artigos indexados, correspondentes a 0,5% do total de trabalhos publicados.

O quadro completo da mulher com endometriose é preocupante sob diversos aspectos e ainda mal compreendido. Em todas as queixas relacionadas à dor pélvica e à infertilidade pode haver prejuízo da função sexual, que se torna mais incômoda e menos prazerosa. A sexualidade da paciente com endometriose é influenciada por fatores de ordem orgânica (anatômica e funcional, relacionadas aos sítios de acometimento da doença), bem como por fatores psicológicos e/ou psiquiátricos, podendo compor um quadro crônico de dor e depressão em seus variados graus, com

implicação direta no sucesso terapêutico. A presente pesquisa procura elucidar alguns pontos ainda obscuros no entendimento da complexa relação entre sexualidade e endometriose e tem como propósito final auxiliar no manejo clínico e na melhora da qualidade de vida dessas pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar a presença de disfunções sexuais nas pacientes com endometriose.

2.2 Objetivos Específicos

a) Avaliar a prevalência de diferentes disfunções sexuais nas pacientes com endometriose, classificando-as de acordo com as principais disfunções reconhecidas, de acordo com o Manual Estatístico de Doenças Mentais, 4^a ed., texto revisado (DSM-IV-TR, 2000):

- transtorno do desejo;
- transtorno da excitação sexual feminina;
- transtornos sexuais dolorosos;
- transtorno do orgasmo feminino.

b) Correlacionar as disfunções sexuais em portadoras de endometriose com:

- a idade da paciente;
- o quadro clínico referido;
- os tipos de doença: peritoneal superficial, ovariana e profunda.

3 MÉTODOS

Esse estudo foi realizado no Ambulatório do Setor de Endometriose da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no Ambulatório de Ginecologia Geral do mesmo serviço e no Ambulatório da Unidade Básica de Saúde Jardim Regina da Prefeitura do Município de São Paulo. Foram respeitados os princípios éticos, práticos e de biossegurança estipulados pelo Ministério da Saúde e pelas Comissões de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das instituições, bem como os protocolos técnicos do hospital e dos médicos envolvidos. O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de ambas as Instituições, conforme documentos em anexo (Anexo A). Todas as pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos B e C).

3.1 Cálculo da Amostra

O cálculo do tamanho amostral foi baseado em estudos realizados em nosso meio, os quais observaram que a prevalência de disfunção sexual na população geral feminina é de cerca de 40% (Bancroft *et al.*, 2003; Abdo *et al.*, 2010). Tendo em vista as alterações inflamatórias e anatômicas presentes na pelve de pacientes com endometriose, que podem provocar quadro clínico algico importante, esperava-se que essas mulheres apresentassem prevalência maior que esse percentual, em torno de 50%.

Usando confiança de 95% e poder de 95%, a amostra calculada foi de 247 pacientes em cada grupo do estudo. Respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão, confirmados apenas após o preenchimento dos questionários, verificou-se a necessidade de ampliação substancial da amostra, para que se chegasse ao número de pacientes almejado no cálculo amostral.

Assim, foram estudadas, inicialmente, 1001 pacientes, divididas em dois grupos: pacientes com endometriose (grupo EDT) e pacientes sem a doença (grupo CONTROLE). Após as entrevistas realizadas pela pesquisadora, foram aplicados os três questionários (Quociente Sexual Feminino [QSF], Inventário de Beck para ansiedade e Inventário de Beck para depressão) (Anexos D, E e F).

A amostra definitiva, portanto, envolveu 583 pacientes, sendo 254 pacientes no grupo endometriose (grupo EDT), e 329 mulheres no grupo CONTROLE.

3.2 Critérios de Inclusão

Foram considerados critérios de inclusão para ambos os grupos:

- idade entre 18 e 45 anos;
- vida sexual ativa nos últimos seis meses;
- ausência de depressão e ansiedade severas, comprovada mediante avaliação através dos questionários de Beck específicos para ansiedade e para depressão;
- ausência de quadro clínico de climatério ou falência ovariana prematura;

- capacidade de responder aos questionários.

Para o grupo EDT, além disso, era necessária a presença de endometriose comprovada por ultrassonografia especializada com preparo intestinal, ressonância magnética da pelve ou videolaparoscopia e biópsia.

Para o grupo CONTROLE era necessária a ausência de suspeita clínica de endometriose, considerada relevante quando eram referidos dois ou mais dos seguintes sintomas: dismenorreia com escala visual analógica ≥ 7 , dor pélvica crônica com escala visual analógica ≥ 7 , dispareunia de profundidade com alteração no exame de toque vaginal do fundo-de-saco posterior (presença de nódulos ou espessamentos), infertilidade, alteração intestinal ou urinária cíclicas caracterizadas por dor ou sangramento na evacuação ou na diurese.

3.3 Questionário para Avaliação da Função Sexual

A função sexual feminina pode ser avaliada por instrumentos confiáveis disponíveis na literatura. O Quociente Sexual - Versão Feminina é um instrumento de autorresposta, desenvolvido e validado no Brasil, com 10 questões que avaliam diferentes dimensões da atividade sexual feminina (desejo, excitação, dor, orgasmo e satisfação sexual), no qual a paciente toma como base a atividade sexual ocorrida nos seis últimos meses. Cada questão deve ser respondida numa escala de pontos, que variam de “nunca” (0) a (5) “sempre”. O resultado final do QSF é dado pela soma de todos os itens multiplicada por dois. Assim, o escore total varia de 0 a 100. O resultado da atividade sexual, segundo o escore obtido, é assim considerado:

- 0 a 20 = quociente sexual nulo a ruim;
- 22 a 40 = quociente sexual ruim a desfavorável;
- 42 a 60 = quociente sexual desfavorável a regular;
- 62 a 80 = quociente sexual regular a bom;
- 82 a 100 = quociente sexual bom a excelente.

Escores menores ou iguais a 60 indicam disfunção sexual em geral (Abdo, 2006).

Os domínios acometidos da função sexual podem ser identificados separadamente. A interpretação desses resultados segue a tabulação:

- diminuição do desejo sexual mulheres que atingem pontuação ≤ 2 nas questões 1 e 2;
- problemas de excitação quando atingem escores ≤ 2 nas questões 3 e 4;
- presença de dor durante a relação sexual quando a pontuação for > 2 na questão 7;
- dificuldade de orgasmo quando o escore for ≤ 2 na questão 9;
- insatisfação sexual quando o escore for ≤ 2 na questão 10.

Assim, as pacientes foram avaliadas por meio do QS-F e seus resultados refletiram a base das disfunções sexuais presentes em ambos os grupos, conforme ilustrado no Anexo D.

3.4 Questionários para Avaliação de Depressão e Ansiedade

O Inventário de Depressão Beck é uma escala de autoavaliação reconhecida mundialmente para detectar sintomas depressivos. O inventário contém 21 itens que devem ser respondidos com base nos fatos vivenciados na última semana. O escore final é obtido pela soma da pontuação de cada item e varia de 0 a 63. A classificação da depressão é assim representada:

- ausência de depressão: escore de 0 a 14 pontos;
- depressão leve ou disforia: escore de 15 a 19 pontos;
- depressão moderada: escore de 20 a 29 pontos;
- depressão severa: escores de 30 a 63 pontos.

Indivíduos que atingem escores maiores que 20 (equivalente aos níveis de depressão moderada ou grave) são considerados deprimidos (Beck, 1961) (Anexo E).

Já o Inventário de Ansiedade Beck é uma escala de autoavaliação constituída por 21 itens nos quais são atribuídos pontos que refletem níveis de gravidade crescentes de cada sintoma comum da ansiedade. O paciente deve assinalar “absolutamente não”, “levemente: não me incomodou muito”, “moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar” ou “gravemente: difícil de suportar” para cada um dos sintomas de ansiedade apresentados. O escore total é o resultado da soma dos escores de cada item. A pontuação total permite a seguinte classificação:

- ansiedade mínima: escore de zero a 7 pontos;
- ansiedade leve: escore de 8 a 15 pontos;
- ansiedade moderada: escore de 16 a 25 pontos;
- ansiedade grave: escore de 26 a 63 pontos.

Indivíduos são considerados ansiosos quando os escores são maiores ou iguais a 16 (Beck *et al.*, 1988) (Anexo F).

3.5 Dinâmica do Estudo

As pacientes acompanhadas nos Setores de Endometriose (grupo EDT) e Ambulatórios de Ginecologia Geral da Unidade Básica de Saúde Jardim Regina ou do Hospital das Clínicas da FMUSP (grupo CONTROLE), no período de abril de 2013 a abril de 2015, foram submetidas à anamnese visando confirmar os critérios de inclusão.

Os seis sintomas clínicos mais característicos da endometriose foram questionados (dismenorreia, dispareunia de profundidade, dor pélvica crônica, infertilidade, alterações intestinais cíclicas e alterações urinárias cíclicas). Aplicou-se a escala visual analógica para os sintomas dolorosos, considerando-os significativos quando seu valor foi maior ou igual a sete.

As pacientes com endometriose foram classificadas segundo o tipo de doença: peritoneal superficial, ovariana (quando houvesse doença ovariana associada ou não à doença superficial) e doença profunda (quando os implantes de endometriose fossem ≥ 5 mm de profundidade, associados ou não às categorias anteriormente mencionadas). O critério de gravidade foi crescente e respeitou a sequência doença superficial peritoneal < doença ovariana < doença profunda.

Nesse momento, além da comprovação da endometriose para o grupo EDT e da ausência da suspeita clínica para o CONTROLE, foram aplicados o QS-F, para avaliar a função sexual, e os questionários de

depressão e de ansiedade de Beck para verificar a presença de sintomas dessas doenças. Pacientes com depressão e/ou ansiedade severas foram excluídas do estudo.

A dinâmica do estudo está representada na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma da distribuição das pacientes nos grupos EDT e CONTROLE

3.6 Análise Estatística

Os diferentes transtornos de sexualidade e demais características qualitativas, avaliados pelo questionário, foram descritos segundo grupos com uso de frequências absolutas e relativas e verificada a associação com os grupos com uso de testes qui-quadrado ou teste exato de Fisher (Kirkwood e Sterne, 2006). Foram utilizados os *softwares* Excel 2003 e SPSS 20.0.

As idades das pacientes e os escores de ansiedade, depressão e QS-F foram descritos quantitativamente, segundo grupos com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e comparados com uso de testes t-Student ou testes Mann-Whitney (Kirkwood e Sterne, 2006).

Foi criado o modelo de regressão logística múltipla (Hosmer e Lemeshow, 2000) para explicar a presença de disfunção sexual segundo idade, sintomas e grupo e para verificar se, independentemente dessas características, as pacientes com EDT apresentam diferenças nas taxas de disfunção.

As categorias de disfunção e escalas de ansiedade e depressão nas pacientes com EDT foram descritas segundo características pessoais de interesse e sintomas ginecológicos, com uso de frequências absolutas e relativas, e verificadas as associações com uso de testes qui-quadrado ou testes exatos de Fisher ou teste da razão de verossimilhanças.

Os testes foram realizados com nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que os graus de ansiedade e depressão foram estatisticamente maiores nas pacientes com EDT ($p < 0,001$), sendo que quase 7% das mulheres apresentaram depressão severa e mais de 20% das mulheres apresentaram ansiedade severa.

Tabela 1 - Descrição dos resultados obtidos com os questionários de Beck de ansiedade e depressão nos grupos Controle e com endometriose (EDT)

Variável	Grupo				Total		p
	Controle		EDT				
	n	%	n	%	n	%	
Depressão							< 0,001
Ausente	430	70,3	209	56,3	639	65,0	
Mínima	70	11,4	55	14,8	125	12,7	
Moderada	82	13,4	69	18,6	151	15,4	
Severa	30	4,9	38	10,2	68	6,9	
Total	612	100	371	100	983	100	
Ansiedade							< 0,001
Ausente	193	36,0	90	24,8	283	31,5	
Mínima	150	28,0	100	27,5	250	27,8	
Moderada	100	18,7	74	20,4	174	19,4	
Severa	93	17,4	99	27,3	192	21,4	
Total	536	100	363	100	899	100	

Teste Mann-Whitney

Os Gráficos 1 e 2 mostram a dispersão das pacientes quando comparados os resultados entre os escores do QS-F e os escores dos inventários de Beck para ansiedade e depressão, respectivamente. Existe clara associação entre o aumento dos escores de ansiedade e depressão com a diminuição dos escores do QS-F, refletindo piora da função sexual em geral.

Gráfico 1 - Distribuição do grupo de pacientes com endometriose quanto à presença de Ansiedade e aos resultados dos escores do Quociente Sexual Feminino (QS-F)

Gráfico 2 - Distribuição do grupo de pacientes com endometriose quanto à presença de Depressão e aos resultados dos escores do Quociente Sexual Feminino (QS-F)

Pela Tabela 2, verifica-se que os seis sintomas mais frequentemente associados à endometriose foram significativamente mais prevalentes nas pacientes do grupo EDT ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Descrição dos sintomas das pacientes dos grupos Controle e EDT e resultados dos testes estatísticos

Sintomas	Grupo		Total (N = 583)	p
	Controle (N = 329)	EDT (N = 254)		
Dismenorreia ($EVA \geq 7$)	29/329 (8,8)	128/254 (50,4)	157/583 (26,9)	< 0,001
Dispareunia de profundidade	48/329 (14,6)	149/253 (58,9)	197/582 (33,8)	< 0,001
Algia pélvica crônica	19/328 (5,8)	152/254 (59,8)	171/582 (29,4)	< 0,001
Infertilidade	17/328 (5,2)	85/253 (33,6)	102/581 (17,6)	< 0,001
Alteração intestinal cíclica	24/329 (7,3)	121/254 (47,6)	145/583 (24,9)	< 0,001
Alteração urinária cíclica	0/329 (0)	38/254 (15)	38/583 (6,5)	< 0,001

Teste qui-quadrado

Conforme a classificação dos tipos de doença, a casuística estudada mostrou que a endometriose superficial foi encontrada em 9 pacientes (3,8%), a doença ovariana foi encontrada em 42 pacientes (17,5%) e a doença profunda foi a mais frequente nessas pacientes, atingindo 189 mulheres (78,8%).

A Tabela 3 mostra que as médias de respostas às questões sobre disfunção sexual e os escores de disfunção sexual foram estatisticamente superiores nas pacientes com EDT ($p < 0,05$), demonstrando que todos as fases da resposta sexual das pacientes com endometriose estavam comprometidas.

Tabela 3 - Descrição do número de pacientes que apresentaram disfunção em cada uma das questões do QS-F nos grupos Controle e EDT e resultados dos testes de associação. Considera-se disfunção quando o escore da resposta é ≤ 2

Variável	Grupo		Total N (%)	p
	Controle N (%)	EDT N (%)		
Disfunção na questão QS-F1	163 (49,5)	151 (59,4)	314 (53,9)	0,017
Disfunção na questão QS-F2	71 (21,6)	99 (39)	170 (29,2)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F3	28 (8,5)	50 (19,7)	78 (13,4)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F4	39 (11,9)	78 (30,7)	117 (20,1)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F5	34 (10,3)	70 (27,6)	104 (17,8)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F6	31 (9,4)	73 (28,7)	104 (17,8)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F7	53 (16,1)	116 (45,7)	169 (29)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F8	72 (21,9)	86 (33,9)	158 (27,1)	0,001
Disfunção na questão QS-F9	78 (23,7)	100 (39,4)	178 (30,5)	< 0,001
Disfunção na questão QS-F10	53 (16,1)	89 (35)	142 (24,4)	< 0,001

Teste qui-quadrado

Disfunção em cada questão quando escore individual ≤ 2 pontos na questão

A Tabela 4 mostra que as pacientes com endometriose apresentam maiores índices de disfunção sexual em todos os domínios da função sexual feminina: desejo sexual, excitação sexual, dor à relação sexual, orgasmo e satisfação sexual, bem como o escore total do QS-F. Todos foram significativamente alterados nas mulheres com endometriose, sendo que, no escore geral, 17,6% das mulheres sem endometriose e 43,3% das pacientes com a doença apresentaram disfunção sexual.

Tabela 4 - Resultados das análises dos escores dos domínios do Quociente Sexual Feminino (QSF) e os respectivos diagnósticos das disfunções sexuais comparando-se os grupos Controle e Endometriose (EDT)

Categoria de disfunção	Controle n = 329 N (%)	EDT n = 254 N (%)	Total n = 583 N (%)	p
Transtorno do desejo sexual	52 (15,8)	63 (24,8)	115 (19,7)	0,007
Transtorno da excitação sexual	13 (4,0)	40 (15,7)	53 (9,1)	< 0,001
Transtornos sexuais dolorosos	53 (16,1)	116 (45,7)	169 (29)	< 0,001
Transtorno do orgasmo e/ou satisfação sexual	43 (13,1)	75 (29,5)	118 (20,2)	< 0,001
Disfunção sexual geral (escore QSF)	58 (17,6)	110 (43,3)	168 (28,8)	< 0,001

Teste qui-quadrado

A Tabela 5, por meio de modelo de regressão logística, mostra que os principais fatores relacionados à ocorrência de endometriose, bem como à ocorrência de disfunção sexual, nesta casuística, foram os sintomas classicamente atribuídos à endometriose (dismenorreia, dispareunia de profundidade e algia pélvica crônica). Ressalta-se a associação entre

dispareunia e transtornos sexuais dolorosos (OR = 9,54), dor pélvica crônica e transtornos de orgasmo e satisfação sexual (OR = 3,33), bem como a relação entre os sintomas de algia pélvica crônica e infertilidade com o diagnóstico de endometriose (OR = 9,13 e OR = 9,86, respectivamente).

Tabela 5 - Resultado do modelo de regressão logística múltipla para verificar as principais variáveis envolvidas nos desfechos disfunções sexuais (por classificação), disfunção sexual geral e endometriose, segundo idade, sintomas e grupo

Desfecho	Variável	OR	IC (95%)		p
			Inferior	Superior	
Transtornos no desejo sexual	Idade (> 35 anos)	1,74	1,14	2,65	0,011
	Dispareunia	2,17	1,42	3,32	< 0,001
Transtornos na excitação sexual	Dismenorreia (EVA $\geq$ 7)	3,03	1,61	5,72	0,001
	Alteração intestinal cíclica	2,77	1,47	5,21	0,002
Transtornos sexuais dolorosos	Dispareunia	9,54	6,10	14,91	< 0,001
	Alteração urinária cíclica	2,11	1,31	3,40	0,002
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	Idade (> 35 anos)	1,59	1,03	2,46	0,035
	Algia pélvica crônica	3,33	2,16	5,12	< 0,001
Disfunção sexual geral	Idade (> 35 anos)	1,97	1,32	2,94	0,001
	Dismenorreia (EVA $\geq$ 7)	1,91	1,20	3,04	0,006
	Dispareunia	2,48	1,57	3,91	< 0,001
	Algia pélvica crônica	1,88	1,17	3,03	0,009
EDT	Idade (> 35 anos)	1,70	1,05	2,74	0,031
	Dismenorreia (EVA $\geq$ 7)	6,02	3,29	11,05	< 0,001
	Dispareunia	1,91	1,09	3,36	0,024
	Algia pélvica crônica	9,13	4,82	17,29	< 0,001
	Infertilidade	9,86	4,75	20,49	< 0,001
	Alteração intestinal	3,14	1,62	6,10	0,001

Regressão logística múltipla

Pela Tabela 6, tem-se que, assim como os diagnósticos de depressão e ansiedade, os escores quantitativos do QS-F também foram estatisticamente maiores nas pacientes com EDT ($p < 0,05$). Os escores de disfunção sexual também foram estatisticamente menores nas pacientes com EDT ($p < 0,05$), exceção apenas das questões 1 e 8 ($p = 0,255$ e $p = 0,091$).

Tabela 6 - Descrição das médias dos resultados das respostas das pacientes às escalas de ansiedade e depressão e dos escores das questões de disfunção sexual quantitativamente segundo grupos e resultado dos testes comparativos

Variável	Grupo	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Escore de depressão	Controle	7	0	29	329	< 0,001
	EDT	10	0	28	254	
Escore de ansiedade	Controle	9	0	25	329	0,010
	EDT	11	0	25	254	
QSF1	Controle	2	0	5	329	0,255
	EDT	2	0	5	254	
QSF2	Controle	4	0	5	329	< 0,001
	EDT	3	0	5	254	
QSF3	Controle	5	0	5	329	0,001
	EDT	4	0	5	254	
QSF4	Controle	4	0	5	329	0,002
	EDT	4	0	5	254	
QSF5	Controle	4	0	5	329	< 0,001
	EDT	4	0	5	254	
QSF6	Controle	4	0	5	329	< 0,001
	EDT	4	0	5	254	
QSF7	Controle	1	0	5	329	< 0,001
	EDT	2	0	5	254	
QSF8	Controle	4	0	5	329	0,091
	EDT	3	0	5	254	
QSF9	Controle	4	0	5	329	0,017
	EDT	3	0	5	254	
QSF10	Controle	4	0	5	329	< 0,001
	EDT	4	0	5	254	
QSF	Controle	76	2	100	329	< 0,001
	EDT	66	0	98	254	

Teste Mann-Whitney

A Tabela 7 mostra que pacientes com endometriose com idade acima de 35 anos apresentaram maior frequência de disfunção no desejo sexual. Houve tendência (apesar de não ser significativamente demonstrada) da disfunção sexual global em mulheres acima de 35 anos ($p = 0,056$).

Tabela 7 - Descrição dos diagnósticos de disfunções sexuais segundo faixas etárias nas pacientes com EDT

Variável	Faixa etária		Total (n = 254) N (%)	p
	≤ 35 anos	> 35 anos		
	(n = 112) N (%)	(n = 142) N (%)		
Transtorno do desejo sexual	21 (18,8)	42 (29,6)	63 (24,8)	0,047
Transtorno da excitação sexual	15 (13,4)	25 (17,6)	40 (15,7)	0,360
Transtornos sexuais dolorosos	51 (45,5)	65 (45,8)	116 (45,7)	0,970
Transtorno do orgasmo e satisfação sexual	27 (24,1)	48 (33,8)	75 (29,5)	0,093
Disfunção sexual geral	41 (36,6)	69 (48,6)	110 (43,3)	0,056

Teste qui-quadrado

A Tabela 8 mostra que mulheres com endometriose e dismenorreia apresentaram maior grau de depressão ($p < 0,001$) e transtornos sexuais dolorosos ($p = 0,004$).

Tabela 8 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de dismenorreia, nas pacientes com EDT

Variável	Dismenorreia		Total (n = 254) N (%)	p
	Não (n = 126) N (%)	Sim (n = 128) N (%)		
Depressão	20 (15,9)	50 (39,1)	70 (27,6)	< 0,001
Ansiedade	77 (61,1)	88 (68,8)	165 (65)	0,202
Transtorno do desejo sexual	30 (23,8)	33 (25,8)	63 (24,8)	0,716
Transtornos na excitação sexual	16 (12,7)	24 (18,8)	40 (15,7)	0,186
Transtornos sexuais dolorosos	46 (36,5)	70 (54,7)	116 (45,7)	0,004
Transtornos do orgasmo e satisfação sexual	34 (27)	41 (32)	75 (29,5)	0,378
Disfunção sexual geral	47 (37,3)	63 (49,2)	110 (43,3)	0,055

Teste qui-quadrado

Pela Tabela 9, tem-se que os diagnósticos de depressão ($p = 0,001$), disfunção do desejo sexual ($p = 0,005$), disfunção sexual dolorosa ($p < 0,001$), disfunção no orgasmo e satisfação sexual ($p = 0,037$) e disfunção sexual em geral ($p < 0,001$) foram estatisticamente mais frequentes nas mulheres com endometriose com sintomas de dispareunia de profundidade.

Tabela 9 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de dispareunia, nas pacientes com EDT

Variável	Dyspareunia de profundidade		Total (N = 253) N (%)	p
	Não (n = 104) N (%)	Sim (n = 149) N (%)		
Depressão	17 (16,3)	53 (35,6)	70 (27,7)	0,001
Ansiedade	61 (58,7)	103 (69,1)	164 (64,8)	0,086
Transtornos no desejo sexual	16 (15,4)	46 (30,9)	62 (24,5)	0,005
Transtornos na excitação sexual	11 (10,6)	28 (18,8)	39 (15,4)	0,075
Transtornos sexuais dolorosos	14 (13,5)	102 (68,5)	116 (45,8)	< 0,001
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	23 (22,1)	51 (34,2)	74 (29,2)	0,037
Disfunção sexual geral	28 (26,9)	81 (54,4)	109 (43,1)	< 0,001

Teste qui-quadrado

A Tabela 10 mostra que mulheres com endometriose com sintoma de algia pélvica crônica apresentaram estatisticamente maior frequência de depressão ($p < 0,001$), ansiedade ($p = 0,001$), transtornos sexuais dolorosos ($p < 0,001$), transtorno de orgasmo e satisfação sexual ($p = 0,002$) e disfunção sexual em geral ($p < 0,001$).

Tabela 10 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de algia pélvica crônica, nas pacientes com EDT

Variável	Algia pélvica crônica		Total (n = 254) N (%)	p
	Não (n = 102) N (%)	Sim (n = 152) N (%)		
Depressão	13 (12,7)	57 (37,5)	70 (27,6)	< 0,001
Ansiedade	54 (52,9)	111 (73)	165 (65)	0,001
Transtornos no desejo sexual	21 (20,6)	42 (27,6)	63 (24,8)	0,203
Transtornos na excitação sexual	11 (10,8)	29 (19,1)	40 (15,7)	0,075
Transtornos sexuais dolorosos	25 (24,5)	91 (59,9)	116 (45,7)	< 0,001
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	19 (18,6)	56 (36,8)	75 (29,5)	0,002
Disfunção sexual geral	29 (28,4)	81 (53,3)	110 (43,3)	< 0,001

Teste qui-quadrado

A Tabela 11 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa nos índices de disfunção sexual entre as pacientes com endometriose que apresentavam infertilidade, quando comparadas às pacientes com endometriose e sem infertilidade.

Tabela 11 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de infertilidade, nas pacientes com EDT

Variável	Infertilidade		Total (n = 253) N (%)	p
	Não	Sim		
	(n = 158) N (%)	(n = 85) N (%)		
Depressão	44 (26,2)	25 (29,4)	69 (27,3)	0,587
Ansiedade	110 (65,5)	54 (63,5)	164 (64,8)	0,759
Transtornos no desejo sexual	41 (24,4)	22 (25,9)	63 (24,9)	0,797
Transtornos na excitação sexual	23 (13,7)	17 (20)	40 (15,8)	0,194
Transtornos sexuais dolorosos	73 (43,5)	43 (50,6)	116 (45,8)	0,282
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	51 (30,4)	24 (28,2)	75 (29,6)	0,727
Disfunção sexual geral	70 (41,7)	40 (47,1)	110 (43,5)	0,414

Teste qui-quadrado

Pela Tabela 12, tem-se que a depressão e a ansiedade foram estatisticamente mais graves nas mulheres com endometriose com sintoma de alteração intestinal ($p < 0,05$). Todas as modalidades de disfunção sexual foram estatisticamente mais incidentes nesse grupo, conforme pode-se observar quanto à disfunção do desejo sexual, excitação, transtornos de dor à relação sexual, orgasmo e satisfação sexual ($p = 0,02$, $p = 0,006$, $p < 0,001$, $p = 0,045$, respectivamente).

Tabela 12 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de alteração intestinal cíclica, nas pacientes com EDT

Variável	Alteração intestinal cíclica		Total	p
	Não (n = 133) N (%)	Sim (n = 121) N (%)		
Depressão	22 (16,5)	48 (39,7)	70 (27,6)	< 0,001
Ansiedade	76 (57,1)	89 (73,6)	165 (65)	0,006
Transtornos no desejo sexual	25 (18,8)	38 (31,4)	63 (24,8)	0,020
Transtornos na excitação sexual	13 (9,8)	27 (22,3)	40 (15,7)	0,006
Transtornos sexuais dolorosos	39 (29,3)	77 (63,6)	116 (45,7)	<0,001
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	32 (24,1)	43 (35,5)	75 (29,5)	0,045
Disfunção sexual geral	46 (34,6)	64 (52,9)	110 (43,3)	0,003

Teste qui-quadrado

A Tabela 13 mostra que o diagnóstico de depressão, ansiedade e as disfunções na excitação sexual, transtornos de dor à relação sexual e no total do QS-F foram estatisticamente mais frequentes nas mulheres com EDT com sintoma de alteração urinária cíclica ($p < 0,05$).

Tabela 13 - Descrição dos diagnósticos de depressão, ansiedade e disfunções sexuais, segundo presença de alteração urinária cíclica, nas pacientes com EDT

Variável	Alteração urinária cíclica		Total	p
	Não (n = 216) N (%)	Sim (n = 38) N (%)		
Depressão	51 (23,6)	19 (50)	70 (27,6)	0,001
Ansiedade	135 (62,5)	30 (78,9)	165 (65)	0,050
Transtornos no desejo sexual	50 (23,1)	13 (34,2)	63 (24,8)	0,145
Transtornos na excitação sexual	29 (13,4)	11 (28,9)	40 (15,7)	0,015
Transtornos sexuais dolorosos	86 (39,8)	30 (78,9)	116 (45,7)	< 0,001
Transtornos no orgasmo e satisfação sexual	62 (28,7)	13 (34,2)	75 (29,5)	0,493
Disfunção sexual geral	86 (39,8)	24 (63,2)	110 (43,3)	0,007

Teste qui-quadrado

A Tabela 14 mostra que, nas pacientes com endometriose, o tipo de doença, segundo a classificação em superficial, ovariana e profunda, não mostrou correlação estatística com o desenvolvimento de disfunção sexual.

Tabela 14 - Descrição dos resultados da análise estatística do grupo EDT, quanto à presença de disfunção sexual em função do tipo da doença

Pacientes EDT (n = 254)	Disfunção sexual			p
	Não N (%)	Sim N (%)	Total N (%)	
EDT superficial	99 (42,9)	3 (33,3)	102 (42,5)	0,737
EDT ovário	86 (43,4)	16 (38,1)	102 (42,5)	0,525
EDT profunda	19 (37,7)	73 (46,8)	109 (43,1)	0,393

5 DISCUSSÃO

A endometriose, como doença multifatorial, pode ter interferência na qualidade de vida, na qualidade dos relacionamentos e na função sexual das mulheres acometidas. Caso a questão sexual não seja abordada de forma adequada no contexto de uma doença crônica, diversos malefícios, por vezes irrecuperáveis, podem se instalar na vida do paciente (Araújo *et al.*, 2010). Nas avaliações da função sexual, alguns estudos mostram escores piores que aqueles observados entre mulheres da população geral, maiores índices de insatisfação sexual e resultados menos satisfatórios nos tratamentos específicos do que os encontrados em mulheres saudáveis (Culley *et al.*, 2013, De Graaf *et al.*, 2013). As amostras desses estudos, no entanto, são pequenas, normalmente inferiores a 100 indivíduos. Como a prevalência de disfunção sexual na população feminina em geral é de aproximadamente 40% das mulheres (Leiblum, 1999), o cálculo do tamanho amostral requer um número de participantes elevado para que, de fato, possam ser encontrados resultados relevantes.

Este estudo envolveu, inicialmente, 1001 mulheres, baseado num cálculo amostral que previa uma exclusão de quase 50% da amostra e, mesmo assim, chegaria às 494 pacientes necessárias, distribuídas entre os grupos com endometriose (EDT) e Controle.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à idade, sendo a média etária das pacientes do grupo Controle de

33,6 anos e a do grupo EDT de 35,8 anos ($p < 0,001$), provavelmente porque as pacientes do grupo Controle eram constituídas por mulheres que procuravam a assistência básica de saúde, portanto, com frequência anual, demanda espontânea e fácil acesso ao serviço de saúde. Já as pacientes do grupo EDT eram representadas por mulheres com sintomatologia e confirmação imagenológica e/ou histopatológica da endometriose, fato que, como já foi amplamente demonstrado por outros autores, representa grande atraso diagnóstico, com média de 8,1 anos para confirmação do mesmo (Arruda *et al.*, 2003; Moradi *et al.*, 2014; Staal *et al.*, 2016). Apesar de significativa do ponto de vista estatístico, a diferença absoluta de dois anos não representa fator de interferência na função sexual, pois o risco efetivo de disfunção sexual relacionado à idade, nas mulheres, associa-se à menopausa, que não ocorre, rotineiramente, entre os 33 e 35 anos de idade (Thomas e Thurston, 2016).

Pacientes com endometriose têm muitas características que podem ser atribuídas à piora da qualidade de vida e da função sexual. Tratando-se de uma doença crônica, com reconhecida morbidade física e emocional, a endometriose pode determinar impacto negativo na qualidade de vida (Marques *et al.*, 2004, De Graaf *et al.*, 2013).

Diversas podem ser as causas que levam a paciente com endometriose à depressão. A presença da dor crônica representa um dos elos dessa cadeia, mas a ocorrência de infertilidade associada, ou mesmo a demora diagnóstica que pode ser superior a sete anos, podem gerar sentimentos de isolamento e frustração (Eriksen *et al.*, 2008). O estresse crônico e a ansiedade podem também piorar o prognóstico da doença, visto não haver correlação entre a

extensão da mesma e a intensidade da sintomatologia (Sepulcri e Amaral, 2005). A redução das atividades, o isolamento social, a interferência nas relações afetivas e familiares, além de graus diversos de dor e a infertilidade, que atingem até 50% das pacientes, acentuam o cenário que favorece depressão, baixa auto-estima e perda da qualidade de vida em geral (Fauconnier e Chapron, 2005; Mengarda *et al.*, 2008). A depressão também pode anteceder o aparecimento da endometriose, ou mesmo as duas doenças podem apenas coexistir (Eriksen *et al.*, 2008). Os instrumentos utilizados nesse estudo não puderam avaliar a ordem cronológica de aparecimento da endometriose e dos sintomas ansiosos e depressivos que, conforme já mencionado, acometeram muitas pacientes, inclusive atingindo a classificação de “severos” em um terço das mulheres inicialmente entrevistadas.

Os sintomas mais comuns apresentados pelas pacientes com endometriose são a dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade, algia pélvica crônica, infertilidade, alterações intestinais cíclicas (disquezia, puxo, tenesmo e enterorragia) e alterações urinárias cíclicas (disúria, hematúria, frequência), conforme já amplamente relatado na literatura (Bellelis *et al.*, 2010). Na presente casuística, os seis sintomas mais prevalentes também se mostraram mais comuns nas pacientes do grupo EDT, conforme demonstrado na Tabela 2, com resultados estatisticamente significativos ($p < 0,001$) para todos eles.

O estudo de cada sintoma, isoladamente, objetivou averiguar qual ou quais deles seriam primordiais no desencadeamento de disfunções sexuais em mulheres com endometriose. Encontraram-se resultados relevantes do ponto de vista estatístico. Os sintomas dispareunia de profundidade, algia

pélvica crônica, alteração intestinal cíclica e alteração urinária cíclica correlacionaram-se com a ocorrência de disfunções sexuais ($p < 0,05$); a dismenorreia, apesar de não ter exibido resultados significativos do ponto de vista estatístico, também mostrou uma forte tendência a ser correlacionada com a ocorrência de disfunções sexuais ($p = 0,055$). Na literatura, existem poucos estudos que tentaram analisar somente os sintomas em relação ao surgimento de disfunção sexual, já que a maioria deles trata a sintomatologia da endometriose de modo agrupado e a correlaciona com qualidade de vida sexual em geral (Dubuisson *et al.*, 2013). Resultado que se destacou foi a ausência de correlação entre a infertilidade e as disfunções sexuais nas pacientes com endometriose; contrariamente ao que se encontra na literatura, em que grande parte dos estudos mostra existir relação positiva entre infertilidade e disfunção sexual (Winkelman *et al.*, 2016), nossa casuística comportou-se não encontrou essa associação ($p = 0,414$). A confirmação desses resultados pretende ser feita em estudos futuros, visto discordarem do restante da literatura.

A amostra inicial deste trabalho, composta por 983 pacientes efetivamente incluídas, apresentou índices de depressão e ansiedade severos muito elevados (294/983, 29,9% do total de entrevistadas), motivo pelo qual essas mulheres precisaram ser excluídas. Sabidamente, há forte relação entre depressão e ansiedade severas e disfunção sexual (Leiblum e Wiegel, 2002), logo esse poderia ser um fator de viés caso as referidas pacientes tivessem sido mantidas na amostra. Em nosso meio, Lorençatto *et al.* (2006) estudaram 100 pacientes submetidas à videolaparoscopia por dor pélvica. Dentre aquelas que tiveram o diagnóstico de endometriose, encontraram 86%

de depressão, utilizando o inventário de Beck. O mesmo grupo de pesquisadores, em 2002, já tinha estudado a prevalência de depressão associada à endometriose num grupo menor, composto por 50 mulheres, encontrando 92% de pacientes com sintomas depressivos, sendo que, em 56% desses, já poderiam ser considerados moderados ou severos. Como era preciso avaliar o papel da endometriose, em si, na função sexual feminina, e nessa doença os índices de depressão e ansiedade também são elevados, a exclusão de quase um terço da amostra inicial fez-se necessária.

Sabe-se, todavia, que na prática assistencial diária, essas mulheres não podem ser negligenciadas. Mulheres com endometriose e psicopatias severas associadas compõem um número significativo das pacientes atendidas e, em última análise, a própria terapêutica da endometriose pode ser comprometida caso a psicopatologia concomitante não seja corretamente abordada e tratada (Lorençatto *et al.*, 2006; Pope *et al.*, 2015). Apesar de numerosos estudos apontarem a necessidade de acompanhamento psicológico para essas pacientes (Dick, 2004; Audebert, 2006), ainda não é consenso e não está disponível em todos os serviços especializados este tipo de atendimento.

Com a exclusão do eventual viés causado pelas psicopatias já mencionadas, pode-se avaliar, com maior rigor, como de fato se apresenta a função sexual das portadoras de endometriose. Este estudo, após a aplicação do modelo de regressão logística (Tabela 4), permitiu observar que a endometriose sintomática pode ser responsabilizada pelo aumento significativo da chance de ocorrência de uma disfunção sexual. Sendo assim, de modo efetivo e com uma amostra numérica bastante significativa,

percebeu-se que a paciente com endometriose sintomática tem grande prejuízo na sua função sexual, globalmente e também em todos os domínios específicos (desejo sexual, excitação, dor, orgasmo e satisfação prejudicadas). As cifras deste estudo mostraram mais que o dobro de disfunções sexuais exclusivamente atribuídas à doença nessas pacientes, quando comparadas à população geral (43,3% versus 17,6%).

Doenças ginecológicas altamente prevalentes, como a miomatose uterina, também podem apresentar algum prejuízo na qualidade de vida global, mas seu impacto seria de menor importância na função sexual, quando comparadas à das mulheres afetadas e à da população feminina em geral, não havendo correlação direta no prejuízo da função sexual e presença da doença (Ferrero *et al.*, 2006). Outras doenças, como o próprio câncer de mama, também podem afetar severamente a função sexual feminina; pacientes com câncer de mama apresentam cerca de 52% de queixas de disfunções sexuais (Bober e Varela, 2012; Safarinejad *et al.*, 2013). Esses dados mostram a importância da consideração da avaliação de função sexual no atendimento global às mulheres, inclusive no cenário oncoginecológico.

A escolha do questionário para avaliação da função sexual foi criteriosa. Existem vários questionários que objetivam estudar a função sexual feminina, entre eles o *Female Sexual Function Index* (FSFI), o Estudo do comportamento sexual no Brasil (ECOS), a Escala Modificada de McCoy, o *Female Sexual Distress Scale* (FSDS) e o QSF. Todos constituem instrumentos de autorresposta, facilmente aplicados e com respostas breves; a grande maioria, com exceção do FSDS, avalia todos os domínios da

função sexual, logo podem ser considerados equivalentes (Lima *et al.*, 2010). A existência de tantos questionários com a mesma função remete à ideia de que, provavelmente, não exista consenso na literatura sobre qual seria o melhor instrumento a ser aplicado. Como o QSF é amplamente empregado em nosso meio, o que facilitou a técnica, além de ser considerado tão satisfatório quanto os outros, foi selecionado para o presente estudo (Lara e Abdo, 2015 e 2016).

O estudo dos domínios específicos da função sexual feminina também pôde ser realizado através da análise das respostas a cada questão do QSF. De acordo com as Tabela 4 – que permitiu agrupar as respostas isoladas, em busca do domínio sexual efetivamente comprometido – demonstrou-se que as pacientes com endometriose apresentaram todos os domínios da função sexual afetados, sendo os resultados significativos, do ponto de vista estatístico: desejo sexual, excitação sexual, dor à relação sexual, orgasmo e satisfação sexual e para a análise da disfunção sexual global, representada pelo escore total do QSF inferior ou igual a 60 pontos. Em 2013, a Associação Psiquiátrica Americana publicou a quinta edição do DSM (DSM-V), que reuniu os transtornos de desejo e excitação femininos em um só grupo chamado transtornos do interesse/excitação sexual feminino. Sob essa nova classificação, reagrupando as incidências já significativas dos transtornos sexuais encontrados nas mulheres com endometriose para as categorias isoladas (desejo e excitação), pode-se supor que os resultados desta análise pudessem ser ainda mais exacerbados quanto às diferenças na função sexual de mulheres com e sem endometriose. Nosso projeto de estudo foi aprovado e coleta dos dados iniciada em abril de 2013, antes da

publicação da quinta edição do DSM, motivo pelo qual foi utilizada a nomenclatura do DSM-IV TR na classificação das disfunções sexuais encontradas nas pacientes com endometriose. Como a literatura vem discutindo essa classificação, criticando o agrupamento dos transtornos de desejo sexual e excitação sexual femininos – alguns autores voltaram a defender que se tratam de situações distintas – e já se pensa em elaborar a revisão desta quinta edição do DSM, julga-se que a adoção da nomenclatura mais tradicional, que separava os transtornos sexuais de desejo, excitação, dor, orgasmo e satisfação sexual possa ser mais adequada (McCabe *et al.*, 2016).

Estudos gerais de disfunção sexual feminina mostram que os distúrbios do desejo sexual costumam ser os mais frequentes (Hayes *et al.*, 2007; Maserejian *et al.*, 2010). Buster, em 2013, publicou uma ampla revisão sobre disfunções sexuais femininas que considera o transtorno do desejo sexual hipoativo como o maior desafio no campo sexual, pois, segundo o autor, seria o motor para as demais disfunções (distúrbios da excitação, do orgasmo e dispareunia); por outro lado, em grande parte das vezes, sua solução facilitaria o tratamento das outras disfunções mais comuns. Como não se encontraram estudos semelhantes a este na literatura, até o presente momento, há que se comparar os resultados aqui encontrados com pacientes de grupos gerais, com a ressalva de que, ao que se analisou, na endometriose todos os domínios da função sexual estão afetados.

Trabalhos disponíveis na literatura não permitem comparação direta, uma vez que o número de pacientes por eles analisado é pequeno (inferior a 100 mulheres), os questionários de avaliação da função sexual utilizados

são diferentes, não houve exclusão de psicopatias severas concomitantes, além de sua abordagem direcionar-se, na maioria dos casos, à comparação entre qualidade de vida sexual pré e pós-operatória, diferindo do presente estudo em que se avaliou uma população geral de pacientes que convivem com a endometriose em suas diferentes apresentações e estádios.

Mesmo assim, de maneira geral, todos os trabalhos que avaliaram a atividade sexual de mulheres com endometriose, inclusive o trabalho aqui apresentado, apontam para prejuízos na função sexual dessas pacientes (Binik *et al.*, 2002; Fritzer *et al.*, 2013; Di Donato *et al.*, 2014; Fritzer *et al.*, 2016). O arsenal terapêutico clássico disponível para o tratamento da endometriose compõe-se de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios e supressores hormonais, além de cirurgias por vezes complexas, todos com potencial de interferir, em maior ou menor grau, na resposta sexual (Fritzer *et al.*, 2013). Sabe-se, por exemplo, que os androgênios facilitam o interesse pelo sexo; estudos mostram que as taxas de testosterona nas mulheres são mais elevadas na terceira década de vida e apresentam declínio a partir da quarta década (Leão *et al.*, 2005). Sabidamente, quando se impõe um bloqueio sobre o eixo hormonal, como é o caso dos esteroides sintéticos, componentes dos contraceptivos orais, amplamente empregados no tratamento da endometriose, há ativação de uma série de mecanismos endógenos que modificam a resposta sexual normal. Um deles é o aumento da produção hepática da proteína carreadora dos esteroides sexuais (SHBG), que reduz a fração livre de androgênios e estrogênios; o outro mecanismo primordial é o bloqueio do pico pré-ovulatório de estradiol e dos androgênios. Ambos os mecanismos, no ciclo menstrual espontâneo, são

facilitadores da resposta sexual, mas, se bloqueados, como ocorre frequentemente em pacientes com endometriose, podem ter influência negativa sobre a mesma (Lonsdorf *et al.*, 2015).

Em resumo, a terapia atual da doença envolve o uso de métodos de bloqueio hormonal, indução de amenorreia, cirurgias, tratamentos para infertilidade, mas, via de regra, não se estabelece, como rotina, a avaliação da vida sexual. Os índices elevados de depressão e ansiedade encontrados entre essas pacientes também merecem destaque; sabidamente, enquanto não tratados corretamente, pioram o prognóstico dos quadros de dor crônica e da perspectiva de vida em geral.

Em nossa opinião, muito há que se avançar para que a assistência à mulher com endometriose seja, de fato, completa: a inclusão da avaliação psicológica permanente, não só no início do acompanhamento, mas durante todo o processo terapêutico, bem como a avaliação contínua das questões relacionadas à função sexual que são de primordial importância para o sucesso no tratamento e para o restabelecimento de uma qualidade de vida adequada, que atenda aos princípios da OMS.

Há pontos de fragilidade neste estudo que devem ser considerados. A avaliação da função sexual deve abranger, sempre que possível, os dois membros do casal, pois, comprovadamente, a disfunção sexual em um deles pode comprometer a função sexual da parceria (Abdo, 2000). Esta amostra pretendeu, num primeiro momento, avaliar concomitantemente os dois indivíduos do casal; no entanto, dada a dificuldade na obtenção das respostas masculinas, uma vez que se fazia necessária a presença *in loco* do parceiro sexual (para que respondesse ao questionário masculino), e o mesmo

raramente comparecia às consultas, optou-se pela avaliação feminina exclusiva, sendo que as pacientes envolvidas responderam à questão sobre a funcionalidade da parceria sexual. Dessa maneira, em alguns casos, a falta da avaliação masculina específica pode ter impactado nos resultados encontrados. Há necessidade de se avaliar, em uma amostra semelhante, o casal simultaneamente, para permitir a comparação dos resultados. Além disso, sabe-se, baseados em dados da literatura, que 10% das mulheres em idade reprodutiva têm endometriose, logo pode-se entender que no grupo controle, apesar dos critérios de ausência de sintomas, essa porcentagem também deva ser encontrada (Missmer e Cramer, 2003). Claramente há impossibilidade de submeter mulheres assintomáticas a procedimentos videolaparoscópicos apenas para garantir a ausência de endometriose, logo a possibilidade deste viés foi aceita pelos pesquisadores. Por fim, a análise pormenorizada dos tipos de tratamento clínico oferecidos às pacientes e seu impacto sobre a função sexual também merece ser estudada, no intuito de oferecer à equipe assistencial opções terapêuticas mais individualizadas, de acordo com a função sexual prévia da paciente e sua evolução durante o acompanhamento especializado.

Sendo assim, pacientes com endometriose têm risco significativamente elevado para o desenvolvimento de disfunções sexuais. O manejo adequado dessa situação é de fundamental importância para que a abordagem terapêutica seja efetiva, pois, como já salientado, a garantia da boa qualidade de vida, em geral, também engloba a manutenção da boa qualidade da vida sexual dessas mulheres.

6 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu-nos concluir que:

a) Pacientes com endometriose apresentaram mais que o dobro de disfunções sexuais quando comparadas às mulheres sem suspeita clínica da doença.

b) Os transtornos de desejo sexual, excitação sexual, transtorno da dor à relação sexual, transtorno do orgasmo e satisfação sexual são mais prevalentes em mulheres com endometriose do que em mulheres sem a doença.

Dentre as mulheres com endometriose, observamos as seguintes conclusões:

a) A faixa etária (acima de 35 anos) foi relevante para a ocorrência de transtorno de desejo sexual.

b) Os sintomas dismenorreia, dispareunia, algia pélvica crônica, alterações intestinais cíclicas e alterações urinárias cíclicas foram significativos, do ponto de vista estatístico, para a ocorrência de disfunções sexuais.

c) A infertilidade não se mostrou significativa, do ponto de vista estatístico, para a ocorrência de disfunção sexual.

d) Os tipos de doença (peritoneal superficial, ovariana e profunda) não se correlacionaram à ocorrência de disfunções sexuais.

7 ANEXOS

Anexo A - Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CAPPesq – HCFMUSP e CEP - PMSP)

Hospital das Clínicas da FMUSP

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: ASPECTOS DA SEXUALIDADE EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE

Pesquisador Responsável: Sergio Podgaec

Versão: 2

Pesquisador Executante: Flávia Fairbanks Lima de Oliveira
Marino

CAAE: 12599013.3.0000.0068

Co-autores: Edmund Chada Baracat

Finalidade Acadêmica: Doutorado

Orientador: Sergio Podgaec

Instituição: HCFMUSP – Instituto Central

Departamento: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 10311

Número do Parecer: 248.015

Data da Relatoria: 17/04/2013

Apresentação do Projeto: A endometriose é uma doença ginecológica considerada benigna, mas de curso crônico e que pode evoluir com quadros algícos progressivos e infertilidade, em que a atividade sexual pode ser afetada. Estima-se que 10% da população feminina no menacme apresentam essa doença e, quando são estudadas populações específicas de mulheres com dor pélvica, dismenorreia ou infertilidade, a prevalência varia de 6 a 58% dos casos. A saúde sexual é um dos pilares básicos da qualidade de vida de homens e mulheres. As disfunções sexuais femininas são problemas comuns e complexos. Diversos fatores, biológicos e psicológicos, podem exercer influência sobre a sexualidade humana. O presente estudo destina-se a estudar aspectos da sexualidade feminina em pacientes com endometriose. Os pesquisadores justificam a realização da pesquisa para elucidar pontos ainda pouco esclarecidos no entendimento dessa complexa relação entre sexualidade e endometriose, objetivando auxiliar no manejo clínico das pacientes e na melhora de sua qualidade de vida. Trata-se de pesquisa prospectiva que pretende incluir 254 mulheres portadoras de endometriose e 254 mulheres sem a doença para constituição do grupo controle. Os critérios de inclusão e exclusão foram apresentados no protocolo, e o cálculo do tamanho da amostra foi justificado. Cada participante deverá responder a 3 questionários: para depressão (Beck), para ansiedade (Beck) e o de quociente sexual feminino.

Objetivo da Pesquisa: Objetivo principal: identificar a presença de disfunções sexuais nas pacientes com endometriose. Objetivos específicos: comparar a prevalência das disfunções sexuais em mulheres com endometriose em relação a outras doenças ginecológicas; avaliar a prevalência de diferentes disfunções sexuais nas pacientes com endometriose; correlacionar as disfunções sexuais em portadoras de endometriose com a faixa etária e o quadro clínico; o estadiamento; os tipos de doença e os órgãos acometidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os riscos envolvem a própria aplicação das entrevistas, que podem revelar sentimentos negativos no relacionamento sexual que necessitarão serem enfrentados. Os benefícios referem-se à possibilidade de serem identificados os distúrbios sexuais, e os pesquisadores informam que se será oferecido tratamento especializado aos que apresentarem as disfunções.

Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, 225 - Prédio da Administração - 5º andar

CEP 05403-010 - São Paulo - SP.

55 11 2661-7585 - 55 11 2661-6442 ramais: 16, 17, 18 | marcia.carvalho@hc.fm.usp.br

Hospital das Clínicas da FMUSP

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de pesquisa em tema relevante, que poderá trazer maior conhecimento sobre área pouco estudada e que poderá contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras de endometriose. Os pesquisadores esclareceram as dúvidas apontadas, aprimoraram o projeto e o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: O TCLE para as participantes portadoras de endometriose está adequado, mas solicita-se que seja incluído o nome do pesquisador responsável no TCLE, sem prejuízo de constar também o nome da aluna de pós-graduação.

Recomendações: Incluir o nome do pesquisador responsável e contato no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Pela aprovação do projeto

Situação do Parecer: APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP: NÃO

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com o item IX.2 da Resolução CNS nº 196/96 – cabe ao pesquisador: **a)** desenvolver o projeto conforme delineado; **b)** elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **c)** apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; **d)** manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; **e)** encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; **f)** justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 17 de Abril de 2013

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa-CAPPesq

FICHA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHOS DE PESQUISA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Coordenadoria Regional de Saúde Sul

Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo

Título do Trabalho de Pesquisa: ASPECTOS DA SEXUALIDADE EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE	
Nome do autor principal: FLÁVIA FAIRBANKS LIMA DE OLIVEIRA MARINO	
E-Mail: Flavia.fairbanks@terra.com.br	Telefone/Celular: 11 984128888
Formação do autor: Médica graduada em 1998 pela FMUSP. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas da FMUSP entre 1999 e 2001. Mestrado em Ginecologia pela FMUSP em 2007. Médica colaboradora do Setor de Endometriose do HCFMUSP desde 2002. Doutoranda da Disciplina de Ginecologia da FMUSP.	
Área de atuação: Ginecologia e Sexualidade Humana	
Unidade de Saúde do pesquisador: Unidades Básicas de Saúde que recebem atuação em parceria da Sociedade Beneficente Israelita Hospital Albert Einstein.	
Supervisão de Saúde:	
Equipamento(s) da Supervisão onde o trabalho será realizado: nenhum	
Autorizo a pesquisa no âmbito da Supervisão de Campo Limpo	
☒ Sim ☐ Não: Justificativa: _____	
Responsável pela análise:
Neusa Pinto G. de Lima RF 550.253.5 CRM 39.004 Médica STSCL	

Recebido
10/07/14
Alessandra Kato Mori
RF 690.414.9-4
AGPP

 Lúcia R. L. de Almeida
 RF 555.253.5
 Supervisora S

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado para pacientes com endometriose

A endometriose é uma doença muito comum. Quase 10% das mulheres têm endometriose. Já sabemos muito sobre a doença, suas principais causas, tipos de tratamentos mais eficazes, entre outros. Porém, ainda temos um longo caminho a seguir até que todas as informações sobre a doença sejam conhecidas. Com a preocupação de melhorar, futuramente, o tratamento das pacientes com endometriose, sentimos a necessidade de conhecer melhor o dia a dia da sexualidade das pacientes e de seus parceiros. Sendo assim, começamos um estudo que pretende entender a vida sexual das pacientes através da aplicação de questionários com perguntas para as pacientes e seus parceiros.

Nosso estudo será feito com as pacientes do Ambulatório de Ginecologia – Setor de Endometriose – do Hospital das Clínicas da FMUSP. Depois de concordarem em participar assinando esse documento as pacientes receberão 3 questionários para serem preenchidos; o ideal é que a paciente complete o questionário por si mesma, mas a pesquisadora (Dra. Flávia) estará presente para ajudá-las em qualquer dúvida. Os dois questionários iniciais (inventários de Beck) terão o objetivo de verificar se a paciente apresenta sinais de depressão ou ansiedade, doenças que, na dependência do grau, podem comprometer a qualidade de vida e a vida sexual. O terceiro questionário (QS-F) estudará a função sexual da paciente. O parceiro sexual será convidado a preencher um questionário que estuda a parte sexual masculina.

A privacidade do casal e os dados obtidos serão mantidos em absoluto sigilo e usados, exclusivamente, para a pesquisa em questão.

Esclarecemos, portanto, através deste documento, que a Senhora e seu parceiro participarão de um estudo realizado no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que pretende melhorar o conhecimento sobre a sexualidade das pacientes com endometriose.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 - 5º andar - tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 - E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

Após essas considerações gerais, solicitamos que preencha os campos abaixo:

Eu, _____, RG _____,

concordo em participar do estudo “Aspectos da Sexualidade em portadoras de Endometriose”. São Paulo, ____/____/20____.

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado para pacientes do Ambulatório de Ginecologia Geral

A endometriose é uma doença ginecológica benigna, bastante comum que afeta cerca de 10% da população feminina. Seus sintomas principais são a cólica menstrual severa, dor abdominal principalmente abaixo do umbigo e nas laterais, dor nas relações sexuais e dificuldade para engravidar. Em nossos dias, já conhecemos muito sobre a doença, suas principais causas, tipos de tratamentos mais eficazes, entre outros. Porém ainda temos um longo caminho a seguir até que todos os aspectos da doença estejam esclarecidos.

Com a preocupação de melhorar, futuramente, o tratamento da paciente com endometriose, sentimos a necessidade de conhecer melhor o dia-a-dia da sexualidade das pacientes e de seus parceiros. Sendo assim, começamos um estudo que pretende entender a vida sexual das pacientes através da aplicação de questionários com perguntas para as pacientes e seus parceiros.

Para podermos entender as diferenças entre as pacientes com endometriose e as mulheres sem essa doença, precisamos estudar dois grupos de mulheres, com e sem endometriose. Para as representantes das mulheres sem endometriose, escolhemos as pacientes do Ambulatório de Planejamento Familiar por já terem filhos, então apresentarem uma chance pequena de ter endometriose. Os dois grupos de pacientes e seus parceiros sexuais responderão questionários aplicados pela equipe médica do hospital, que respeitará a privacidade do casal e manterá os dados obtidos em absoluto sigilo. Serão aplicados os questionários chamados Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) para as mulheres, Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M) para os homens e dois questionários para verificar a existência de depressão e ansiedade nas mulheres, chamados Beck.

Como a sexualidade do casal pode ser afetada por múltiplos fatores, como outras doenças ou medicações usadas habitualmente, será necessária uma avaliação médica de todas as participantes, realizada através de uma consulta com o especialista.

Esclarecemos, através deste documento, que a Senhora e seu parceiro participarão de um estudo realizado no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que pretende melhorar o conhecimento sobre a sexualidade das pacientes com endometriose.

Sua participação é absolutamente voluntária e gratuita. Não haverá qualquer prejuízo em sua assistência médica e hospitalar caso não haja interesse em participar do grupo. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas pela equipe envolvida na pesquisa. Seu contato será feito através da pesquisadora responsável, Dra. Flávia Fairbanks Lima de Oliveira Marino, CRM 93879, que se coloca à disposição nos telefones (11) 3885-3937 e (11) 3885-4194 ou pelo e-mail flavia.fairbanks@terra.com.br.

Após essas considerações gerais, solicitamos que preencha os campos abaixo:

Eu, _____, RG _____,

concordo em participar do estudo “Aspectos da Sexualidade em portadoras de Endometriose”. São Paulo, ____/____/20____.

Anexo D - Quociente Sexual Feminino - QS-F

Responda a este questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = aproximadamente metade das vezes; 4 = a maioria das vezes; 5 = sempre.

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0 1 2 3 4 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0 1 2 3 4 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0 1 2 3 4 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0 1 2 3 4 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0 1 2 3 4 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0 1 2 3 4 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes em outros dias?

0 1 2 3 4 5

Anexo E - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. ☐ 0 = não me sinto triste
☐ 1 = sinto-me triste
☐ 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
☐ 3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar

2. ☐ 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
☐ 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
☐ 2 = sinto que não tenho nada por que esperar
☐ 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar

3. ☐ 0 = não me sinto fracassado(a)
☐ 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
☐ 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
☐ 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa

4. ☐ 0 = obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
☐ 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
☐ 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
☐ 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5. ☐ 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
☐ 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
☐ 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
☐ 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

6. ☐ 0 = não sinto que esteja sendo punido(a)
☐ 1 = sinto que posso ser punido(a)
☐ 2 = espero ser punido(a)
☐ 3 = sinto que estou sendo punido(a)

-
7. ☐ 0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
☐ 1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
☐ 2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)
☐ 3 = eu me odeio
8. ☐ 0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa
☐ 1 = critico minhas fraquezas ou erros
☐ 2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas
☐ 3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem
9. ☐ 0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar
☐ 1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante
☐ 2 = gostaria de me matar
☐ 3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade
10. ☐ 0 = não costumo chorar mais do que o habitual
☐ 1 = choro mais agora do que costumava chorar antes
☐ 2 = atualmente choro o tempo todo
☐ 3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira
11. ☐ 0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época
☐ 1 = fico incomodado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
☐ 2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo
☐ 3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me
12. ☐ 0 = não perdi o interesse nas outras pessoas
☐ 1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
☐ 2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
☐ 3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
13. ☐ 0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época
☐ 1 = adio minhas decisões mais do que costumava
☐ 2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
☐ 3 = não consigo mais tomar decisões

14. ☐ 0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
☐ 1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
☐ 2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
☐ 3 = considero-me feio(a)
15. ☐ 0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
☐ 1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
☐ 2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa
☐ 3 = não consigo fazer trabalho nenhum
16. ☐ 0 = durmo tão bem quanto de hábito
☐ 1 = não durmo tão bem quanto costumava
☐ 2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir
☐ 3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir
17. ☐ 0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito
☐ 1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
☐ 2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa
☐ 3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
18. ☐ 0 = o meu apetite não está pior do que de hábito
☐ 1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser
☐ 2 = meu apetite está muito pior agora
☐ 3 = não tenho mais nenhum apetite
19. ☐ 0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente
☐ 1 = perdi mais de 2,5 kg # estou por vontade própria
☐ 2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso,
☐ 3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: ____ sim ____ não

20. ☐ 0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde
- ☐ 1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre
- ☐ 2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso
- ☐ 3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
-
21. ☐ 0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
- ☐ 1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava
- ☐ 2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente
- ☐ 3 = perdi completamente o interesse por sexo

Anexo F - Inventário de Ansiedade de Beck (Beck-A)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante **A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**.

Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

Ausente = 0

Leve (não me incomoda muito) = 1

Moderado (é desagradável, mas consigo suportar) = 2

Grave (quase não consigo suportar) = 3

1. Dormência ou formigamento
2. Sensações de calor
3. Tremor nas pernas
4. Incapaz de relaxar
5. Medo de acontecimentos ruins
6. Confuso ou delirante
7. Coração batendo forte e rápido
8. Inseguro(a)
9. Apavorado(a)
10. Nervoso(a)
11. Sensação de sufocamento
12. Tremor nas mãos
13. Trêmulo(a)
14. Medo de perder o controle
15. Dificuldade de respirar
16. Medo de morrer
17. Assustado(a)
18. Indigestão
19. Desmaio/"cabeça leve"
20. Rosto quente/enrubescido
21. Suor frio/quente

8 REFERÊNCIAS

Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women-- results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004; 16(2):160-6.

Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010; 17(6):1114-21.

Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiq Clin*. 2006, 33(3):162-7.

Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual - Versão feminina . *Rev Bras Med*. 2006; 63(9):477-82.

Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2ª ed., São Paulo: Lemos, 2000.

Amato P. Categories of female sexual dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006, 33(4): 527-34.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ª ed. Washington, DC: APA, 2013.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Texto revisado, Porto Alegre: Artmed, 2000.

Araújo DB, Borba EF, Abdo CHN, Souza LAS, Goldenstein-Schainberg C, Chahade WH, Silva CAA. Função sexual em doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port*. 2010; 35:16-23.

Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod*. 2003; 18(4):756-9.

Audebert A. Endometriosis coaching. *Gynecol Obstet Fétil*. 2006; 34(4):329-36.

Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav*. 2003; 32(3):193-208.

Bassi MA, Podgaec S, Dias Jr JA, D'Amico Filho N, Petta CA, Abrão MS. Quality of Life after Segmental Resection of the Rectosigmoid by Laparoscopy in Patients with Deep Infiltrating Endometriosis with Bowel Involvement. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011; 18(6):730-33.

Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther*. 2000; 26(1):51-65.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(6):893-7.

Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-71.

Belaisch J, Allart JP. Endometriosis and surviving adolescence. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006; 34 (3):242-7.

Bellelis P, Dias Jr JA, Podgaec S, Gonzalez M, Baracat EC, Abrão MS. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica - Uma série de casos. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(4): 467-71.

Binik YM, Reissing E, Pukall C, Flory N, Payne KA, Khalifé S. The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? *Arch Sex Behav*. 2002, 31(5):425-9.

Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*. 2012; 30(30): 3712-9.

Bogart LM, Suttorp MJ, Elliot MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction among Women with Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis. *Urology*. 2011; 77(3):576-80.

Brauer M, Ter Kuile MM, Laan E, Trimbos B. Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *J Sex Marital Ther*. 2009; 35(1):1-24.

Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009; 360(3):268-79.

Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013; 100(4):905-15.

Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(1):17-31.

Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM, Koninckx PR. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril.* 1990; 53(6):978-83.

Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, Raine-Fenning N. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update.* 2013; 19(6):625-39.

D'Hooghe TM, Debrock S, Meuleman C, Hill JA, Mwenda JM. Future directions in endometriosis research. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003; 30:221-44.

De Graaf AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, WERF EndoCost Consortium, Simoens S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* 2013; 28(10):2677-85.

De Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet.* 2010; 376:730-8.

Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.* 2003, 14:64-82.

Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2007; 33(3) 189-93.

Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, Monti G, Bertoldo V, Mauloni M, Seracchioli R. Do women with endometriosis have to worry about sex? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 179:69-74.

Dick ML. Chronic pelvic pain in women: assessment and management. *Aust Fam Physician*. 2004; 33(12):971-6.

Dubuisson J, Pont M, Roy P, Golfier F, Raudrant D. Female sexuality after surgical treatment of symptomatic deep pelvic endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013; 41(1):38-44

Eriksen HL, Gunnersen KF, Sorensen JA, Munk T, Nielsen T, Knudsen UB. Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological variables. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008; 139(1):100-5.

Ertunc D, Uzun R, Tok EC, Doruk A, Dilek S. The effect of myoma uteri and myomectomy on sexual function. *J Sex Med*. 2009; 6(4):1032-8.

Evangelista A, Dantas T, Zendron C, Soares T, Vaz G, Oliveira MA. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J Sex Med*. 2014; 11(1):140-5.

Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update*. 2005; 11(6):595-606.

Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Parisi M, Ragni N, Remorgida V. Utrine myomas, dyspareunia and sexual function. *Fertil Steril*. 2006; 86(5):1504-10.

Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril*. 2004; 83(3):573-9.

Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, Ulrich U, Fischerlehner G, Sillem M, Hudelist G. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013; 169:392-6.

Fritzer N, Tammaa A, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, Ulrich U, Hudelist G. When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016; 197:36-40.

Gray PB. Evolution and human sexuality. *Am J Phys Anthropol*. 2013; 152(Suppl 57):94-118.

Greydanus ME, Matytsina L. Female sexual dysfunction and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010; 22(5):375-80.

Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril*. 2007; 87:107-12.

Hayes RD. Assessing female sexual dysfunction in epidemiological studies: why is it necessary to measure both low sexual function and sexually-related distress? *Sex Health*. 2008, 5(3):215-8.

Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2ª ed. New York: Wiley, 2000. 320p.

Kaplan HS. *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner Mazel, 1977.

Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E; ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. 2005; 20(10):2698-704.

Kirkwood, B, Sterne J. *Essential medical statistics*. 2ª ed. Massachusetts: Blackwell Science, 2006. p. 502.

Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril*. 1991; 55:759-65.

Kossi J, Setälä M, Mäkinen J, Härkki P, Luostarinen M. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis*. 2013; 15(1):102-8.

Lara LA, Abdo CH. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Dec2 pii: S1083-3188(15)00417-9. doi: 10.1016/j.jpag.2015.11.012. [Epub ahead of print].

Lara LA, Coelho Neto Mde A, Martins Wde P, Ferriani RA, Navarro PA. Assessment of Sexual Function in Infertile Women in a Gynecological Care Setting. *J Sex Med*. 2016; 13(6):938-44.

Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013; 100(4):898-904.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999, 281(6):537-44.

Leão LMCSM, Duarte MPC, Farias MLF. Insuficiência androgênica na mulher e potenciais riscos da reposição terapêutica. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2005; 49(2):205-16.

Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol*. 2002, 20: 127-36.

Leiblum SR. Sexual problems and dysfunction: epidemiology, classification, and risk factors. *J Gend Specif Med*. 1999; 2(5):41-5.

Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). *J Sex Med*. 2016; 13(5):733-59.

Lima SMRR, Silva HFS, Postigo S, Aoki T. Disfunções sexuais femininas: questionários utilizados para avaliação inicial. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010; 55(1):1-6.

Liu B, Su M, Zhan H, Yang F, Li W, Zhou X. Adding a sexual dysfunction domain to UPOINT system improves association with symptoms in women with interstitial cystitis and bladder pain syndrome. *Urology*. 2014; 84(6):1308-13.

Lonsdorf TB, Haaker J, Schumann D, Sommer T, Bayer J, Brassen S, Bunzeck N, Gamer M, Kalisch R. Sex differences in conditioned stimulus discrimination during context-dependent fear learning and its retrieval in humans: the role of biological sex, contraceptives and menstrual cycle phases. *J Psychiatry Neurosci*. 2015; 40(4):140336.

Lorencatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48(3):217-21.

Lorençatto CV, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006, 85(1):88-92.

Mabrouk M, Montanari G, DiDonato N, Del Forno S, Frascà C, Geraci E, Ferrini G, Vicenzi C, Raimondo D, Villa G, Zukerman Z, Alvisi S, Seracchioli R. What is the impact on sexual function of laparoscopic treatment and subsequent combined oral contraceptive therapy in women with deep infiltrating endometriosis? *J Sex Med*. 2012; 9(3):770-8.

Mahler H. International Conference on Health Promotion in industrialized countries. Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. *Can J Public Health*. 1986; 77(6):387-92.

Marin L, Mañosa M, Garcia-Planella E, Gordillo J, Zabana Y, Cabré E, Domènech E. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease; a case-control survey. *J Gastroenterol*. 2013; 48(6):713-20.

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.

Maserejian NN, Shifren JL, Parish SJ, Braunstein GD, Gerstenberger EP, Rosen RC. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Sex Med*. 2010; 7(10):3439-48.

Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Co, 1966.

McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Lewis R, Seagraves RT. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med*. 2016; 13(2):135-43.

McCabe MP. Do we need a new classification system for female sexual dysfunction? A comment on the 1999 classification system. *J Sex Marital Ther*. 2001; 27(2):175-8.

McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust.* 2003; 179(5):263-6.

Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validation of Brazilian Portuguese version of quality of life questionnaire for women with endometriosis (Endometriosis Health Profile Questionnaire--EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(8):384-92.

Minson FP, Abrão MA, Sarda Jr J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FA. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(1):11-5.

Missmer SA, Cramer DW. The epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003; 30:1-19.

Montgomery M, Pereira DH. Uma abordagem psicossomática e sexológica da endometriose. *Reprod Clim.* 1995, 10(3):129-31.

Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D. Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2014; 14:123.

Morin D, Keefe D, Naftolin F. The separation of sexual activity and reproduction in human social evolution. *Adv Exp Med Biol.* 2014; 814:159-67.

Nickel JC, Parsons CL, Forrest J, Kaufman D, Evans R, Chen A, Wan G, Xiao X. Improvement in sexual functioning in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *J Sex Med.* 2008; 5(2):394-9.

Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*. 1997; 68(4):585-96.

Podgaec S, Abrão MS. The role of immunology in the etiopathogenesis, diagnosis and treatment of endometriosis. *Einstein*. 2005, 3 (3):203-6.

Pope CJ, Sharma V, Sharma S, Mazmanian D. A Systematic Review of the Association Between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37(11):1006-15.

Porto BTC, Ribeiro HSAA, Galvão MAL, Sekula VG, Aldrighi JM, Ribeiro PAA. Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37(2):87-93.

Prairie BA, Wisniewski SR, Luther J, Hess R, Thurston RC, Wisner KL, Bromberger JT. Symptoms of depressed mood, disturbed sleep, and sexual problems in midlife women: cross-sectional data from the Study of Women's Health Across the Nation. *J Womens Health*. 2015; 24(2):119-26.

Ramadan ZBA, Abdo CHN. Sexualidade: trâmites, percalços e desvarios. In: Abdo CHN. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 3ª ed.. São Paulo: Leitura Médica, 2010. p. 17-27.

Rosen RC, Barsky JL, Friedman MA. Sexual Dysfunction and Chronic Illness: The Role of Flexibility in Coping. *J Sex Mar Therapy*. 2006; 32:235-53.

Sadana R. Definition and measurement of reproductive health. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(5):407-9.

Safarinejad MR, Shafiei N, Safarinejad S. Quality of life and sexual functioning in young women with early-stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psychooncology*. 2013; 22(6):1242-8.

Schleedoorn MJ, Nelen WL, Dunselman GA, Vermeulen N; EndoKey Group. Selection of key recommendations for the management of women with endometriosis by an international panel of patients and professionals. *Hum Reprod*. 2016; 31(6):1208-18.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(5):538-42.

Seixas AMR. *Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: Senac, 1998.

Sepulcri RP, Amaral VF. Avaliação do perfil emocional em mulheres com endometriose pélvica - Rotina ou exceção? *Femina*. 2005, 33(5):353-7.

Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen K, Kössi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(6):692-8.

Shifren JL, Brigitta U, Russo PA, Segreti A, Johannes C. Sexual problems and distress in united states women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(5) 970-78.

Souza CA, Olivera LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF, Cunha Filho JS. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis - A cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:41-6.

Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest*. 2016 Jan 8. [Epub ahead of print].

Ter Kuille MM, Weijnenborg PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J Sex Med*. 2010; 7(5):1901-10.

Thomas HN, Thurston RC. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: a narrative review. *Maturitas*. 2016; 87:49-60.

Timm TM, Keiley MK. The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: a path analysis. *J Sex Marital Ther*. 2011; 37(3):206-23.

Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araújo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med*. 2011; 8(2):497-503.

Trompeter SE, Bettencourt R, Barrett-Connor E. Metabolic syndrome and sexual function in postmenopausal women. *Am J Med*. 2016 Apr 29. pii: S0002-9343(16)30435-1. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.03.039. [Epub ahead of print]

Vercellini P, Meana M, Hummelshoj L, Somigliana E, Viagnò P, Fedele L. Priorities for endometriosis research: a proposed focus on deep dyspareunia. *Reprod Sci.* 2011; 18(2):114-8.

Webster DC. Recontextualizing sexuality and chronic illness: women and interstitial cystitis. *Health Care Women Int.* 1997, 18(6):575-89.

Weijmar SW, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med.* 2005, 2(3):301-16.

Winkelman WD, Katz PP, Smith JF, Rowen TS; Infertility Outcomes Program Project Group. The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sex Med.* 2016 May 7. pii: S2050-1161(16)30022-8. doi: 10.1016/j.esxm.2016.04.001. [Epub ahead of print].

Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T. Sexuality after total versus subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004, 83(2):191-6.