

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

Lilian Donatti

**Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-
comportamental em mulheres com endometriose e dor
pélvica crônica**

Versão original



São Paulo
2023

Lilian Donatti

**Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-
comportamental em mulheres com endometriose e dor
pélvica crônica**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do Título de Doutora em
Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. Sergio Podgaec

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Donatti, Lilian
Intervenção psicológica por meio da terapia
cognitivo-comportamental em mulheres com
endometriose e dor pélvica crônica / Lilian Donatti.
-- São Paulo, 2023.
Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.
Orientador: Sérgio Podgaec.

Descritores: 1.Endometriose 2.Terapia cognitivo-
comportamental 3.Comportamento adaptativo
4.Depressão 5.Estresse 6.Dor pélvica crônica
7.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-314/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

Dedico esse trabalho a todas as pacientes que aceitaram estar comigo nesta jornada e que tive o prazer de conhecer cada funcionamento psíquico e guiá-las em importantes transformações rumo ao aprofundamento do autoconhecimento e a melhora da qualidade de vida.

Dedico à todas as pacientes com endometriose que precisam de apoio especializado no campo emocional.

Dedico ao meu filho e aos meus pais que sempre me apoiaram e incentivaram, sem eles eu não teria conseguido seguir em frente.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Sergio Podgaec, pela excelência e precisão em sua orientação, pelo incentivo e apoio na construção desta pesquisa, pelos ensinamentos e ricos direcionamentos.

Agradeço ao Prof. Dr. Edmund Baracat, Professor Titular da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, pela oportunidade em abrir as portas para falarmos da parte emocional da endometriose e sempre incentivar esse caminho.

Agradeço à todos os coordenadores e residentes que atuaram no Hospital das Clínicas ao longo do tempo da pesquisa e que me auxiliaram no encaminhamento das pacientes que aqui participaram.

Agradeço à todos os enfermeiros e funcionários da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas que sempre foram solícitos às minhas necessidades durante o tempo de coleta de dados.

Agradeço à todos os professores das disciplinas do Doutorado que me auxiliaram a aprimorar e construir novas ideias.

Agradeço ao apoio imprescindível da administração, secretaria, biblioteca e suporte, em especial através dos nomes de Lucinda Cristina Pereira e Claudia Vieira, estendendo-se a todos que fazem parte destas importantes áreas.

Sumário

Sumário	6
1 Introdução	1
1.1 Como a endometriose afeta o emocional	1
1.2 Tratamentos psicológicos na endometriose	8
2 Objetivos	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. Método	14
3.1 Tipo de estudo e Participantes	14
3.1.1 Critérios de inclusão	14
3.1.2 Critérios de exclusão	14
3.2 Cálculo amostral	15
3.3 Procedimentos e Instrumentos	15
3.4 Dinâmica do estudo	18
3.5 Detalhamento das atividades de cada encontro	18
3.6 Análise estatística	21
3.6.1 Variáveis qualitativas e quantitativas	21
3.6.2 Descritivas por grupo e tempo	22
3.6.2 Descritivas por grupos e tempos	23
3.6.2 Comparações entre grupos quanto aos deltas	24
4 Resultados	25
4.1 Caracterização da amostra	25
4.2 <i>Coping</i> (Formas de Enfrentamento)	28
4.3 Depressão	31
4.4 Stress	33
4.5 Dismenorreia e dor pélvica crônica	35
4.6 Qualidade de Vida	37
5 Discussão	43
6 Conclusões	51
7 Anexos	52
8 Referências	77

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
bMBI	breve Intervenção Baseada em <i>Mindfulness</i>
DBT	Terapia Comportamental Dialética
EHP-30	Endometriosis Health Profile Questionnaire
EVA	Escala Visual Analógica
FIV	fertilização in vitro
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
LDM	Lista de dificuldades e metas
RPD	Registro de Pensamentos Automáticos
TCC	Terapia Cognitivo-comportamental
TREC	Terapia Racional Emotiva Comportamental

Lista de Figura

Figura 1	Dinâmica do estudo.....	17
----------	-------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1	Dados demográficos gerais e clínicos das pacientes no grupo controle e intervenção.....	24
Tabela 2	Idade, idade da menarca e quadro clínico dos grupos controle e intervenção.....	25
Tabela 3	Informações sobre tratamentos atuais ou já realizados no grupo controle e intervenção.....	25
Tabela 4	Tipos de <i>coping</i> no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) e estratégia de <i>coping</i> mais usada nos grupos.....	27
Tabela 5	Comparação dos estilos de <i>Coping</i> (focado no problema, adaptativo focado na emoção e desadaptativo focado na emoção) entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível e a estratégia mais usada.....	28
Tabela 6	Comparação da mudança atingida na utilização dos estilos de <i>coping</i> entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção	30
Tabela 7	Grau de Depressão no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)	31
Tabela 8	Comparação dos níveis de depressão entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a melhor resposta possível (mínimo/leve)	31
Tabela 9	Comparação da mudança atingida nos níveis de depressão entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção.....	32
Tabela 10	Estágios e Fases do Stress no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)	32
Tabela 11	Comparação dos níveis de stress entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a	

	chance de não stress em algum quadro (Q1: um dia, Q2: uma semana ou Q3: um mês)	33
Tabela 12	Comparação da mudança atingida nos níveis e fases do stress entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção.....	34
Tabela 13	Comparação do nível de dor pélvica crônica entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível (sem dor/dor severa)	36
Tabela 14	Comparação da mudança atingida no nível de dor pélvica crônica entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)	36
Tabela 15	Comparação nos oito domínios do SF 36 (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental) entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível.....	38
Tabela 16	Comparação da diferença estimada na melhora dos domínios do SF36 entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos dois grupos.....	40

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Grau severo de dismenorreia em ambos os grupos e nos dois tempos. Ao final da intervenção houve leve alteração na escala de dor.....	34
Gráfico 2	Grau severo de dor pélvica crônica em ambos os tempos do grupo controle. No grupo intervenção, após o programa (tempo 2) houve alteração da percepção de dor.....	35
Gráfico 3	Resultado do SF36 nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) do grupo controle.....	37
Gráfico 4	Resultado do SF36 nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) no grupo intervenção.....	37
Gráfico 5	Apresentação geral dos dados na perspectiva de mudanças: o que e quanto houve de melhora ao comparar grupo controle e grupo intervenção.....	41

Resumo

Donatti L. Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: A Endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero e acomete aproximadamente 10 a 15% da população feminina durante o período em que menstruam. É uma doença que pode trazer uma série de intercorrências na vida da paciente como dores crônicas, dificuldade na relação sexual e infertilidade, além de alterações emocionais como depressão, ansiedade e estresse, ocasionando considerável queda na qualidade de vida. Diversos artigos sugerem que a endometriose afeta o campo emocional, porém também apontaram que mais estudos precisam ser feitos para encontrar um caminho eficaz de intervenção. Os atuais estudos nos apontam que no campo do tratamento psicológico da endometriose ainda não existe um consenso e estudos suficientes para a validação das técnicas utilizadas. Poucos são os estudos que mostram protocolos de aplicação, sendo assim ainda não há a possibilidade de replicação e comparação entre técnicas e abordagens psicológicas. **Objetivo:** Esse estudo visa verificar a eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) na melhora das estratégias de coping, depressão, estresse, percepção de dor e qualidade de vida das mulheres com endometriose. Diante de possíveis resultados positivos, apresentar de modo precursor, um protocolo de atendimento psicológico individual para as mulheres com endometriose baseado nas técnicas da terapia cognitivo-comportamental passível de replicação por outros psicólogos especialistas em TCC. **Método:** Estudo prospectivo com 52 pacientes divididas em grupo intervenção (n=25) e controle (n=27), ambos formados por mulheres entre 18 e 45 anos, diagnosticadas com endometriose, em tratamento no setor de endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os dados foram coletados entre 2019 e 2023. As 52 pacientes preencheram os instrumentos Cope Breve, Depressão de Beck, ISSL, EVA e SF-36 em dois momentos: início e ao final dos 4 meses. As pacientes do grupo controle foram acompanhadas na parte médica clínica em tratamento convencional. As pacientes do grupo intervenção passaram por 16 sessões individuais semanais de 50 minutos de duração onde foram utilizadas as estratégias e técnicas da terapia cognitivo-comportamental. Os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais, um modelo de regressão logística multinomial ordinal com efeito aleatório foi utilizado para comparar grupos e tempos quanto às variáveis categóricas ordinais, para as

variáveis binárias foi utilizado um modelo de regressão logístico com efeitos aleatórios e para os escores do SF36 foi proposto o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Para uma maior precisão, ao final as comparações entre grupos ainda foram avaliadas quanto aos deltas das variáveis. **Resultados:** Ao término do programa de intervenção (4 meses), foi possível observar significativa mudança positiva em todas as variáveis estudadas no grupo intervenção quando comparado com o grupo controle. Quanto ao estilo de coping, o grupo intervenção apresentou cerca de 16 vezes maior chance de usar uma melhor estratégia de coping assertiva ($p < 0,01$); na depressão, estimou-se que a chance de atingir o nível mínimo/leve de depressão foi 13 vezes a mais após a finalização da intervenção em Terapia-cognitivo comportamental ($p < 0,01$); Ao final do programa, 60% das pacientes que vivenciaram a intervenção psicológica com TCC passaram a ser classificadas sem stress, enquanto 92,59% do grupo controle, ao final dos 4 meses, apresentou stress em algum tempo mensurado; No grupo intervenção, a chance de atingir o nível sem dor pélvica crônica foi 14 vezes a mais após a finalização da intervenção em comparação ao controle ($p < 0,01$). Quanto a qualidade de vida, houve considerável melhora nos escores aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. **Conclusão:** O atual estudo propôs um protocolo de tratamento psicológico que trabalha a adequação da forma de enfrentamento utilizando técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental. Diante do desenvolvimento do enfrentamento adaptativo, houve melhora nos escores de depressão, stress, qualidade de vida, percepção de dor e sofrimento emocional, podendo inferir que a Terapia Cognitivo-comportamental é benéfica na melhora do quadro emocional geral da mulher com endometriose.

Palavras-chave: Endometriose. Terapia cognitivo-comportamental. Comportamento Adaptativo. Depressão. Estresse. Dor pélvica crônica. Qualidade de vida.

Abstract

Donatti L. Psychological intervention through cognitive-behavioral therapy in women with endometriosis and chronic pelvic pain [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introduction: Endometriosis is a chronic inflammatory disease characterized by the presence of tissue similar to the endometrium outside the uterus and affects approximately 10 to 15% of the female population during the period in which they menstruate. It is a disease that can bring a series of interurrences in the patient's life, such as chronic pain, difficulty in sexual intercourse and infertility, in addition to emotional changes such as depression, anxiety and stress, causing a considerable drop in quality of life. Several articles suggest that endometriosis affects the emotional field, but also point out that more studies need to be done to find an effective path of intervention. Current studies indicate that in the field of psychological treatment of endometriosis there is still no consensus and sufficient studies to validate the techniques used. There are few studies that show application protocols, so there is still no possibility of replicating and comparing psychological techniques and approaches. **Objective:** This study aims to verify the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in improving coping strategies, depression, stress, pain perception and quality of life of women with endometriosis. Faced with possible positive results, present, in a precursory way, an individual psychological care protocol for women with endometriosis based on cognitive-behavioral therapy techniques that can be replicated by other psychologists specializing in CBT. **Method:** Prospective study with 52 patients divided into intervention (n=25) and control (n=27) groups, both formed by women between 18 and 45 years old, diagnosed with endometriosis, undergoing treatment in the endometriosis sector of the Division of the Gynecological Clinic of the Hospital das Clínicas de São Paulo, Faculty of Medicine, University of São Paulo. Data were collected between 2019 and 2023. The 52 patients completed the Cope Breve, Beck Depression, ISSL, VAS and SF-36 instruments at two moments: beginning and at the end of the 4 months. The patients in the control group were followed up in the medical clinic under conventional treatment. The patients in the intervention group underwent 16 individual weekly sessions of 50 minutes each, where cognitive-behavioral therapy strategies and techniques were used. Data were described using absolute and percentage frequencies, an ordinal multinomial logistic regression model with random effect was used to compare groups and times regarding ordinal categorical variables, a logistic regression model with random effects was used for binary variables, and for the SF36 scores a linear regression model with mixed effects was proposed (random and fixed effects). For greater precision, at the end the comparisons between

groups were still evaluated regarding the deltas of the variables. **Results:** At the end of the intervention program (4 months), it was possible to observe a significant positive change in all variables studied in the intervention group when compared to the control group. As for coping styles, the intervention group was about 16 times more likely to use a better assertive coping strategy ($p < 0.01$); in depression, it was estimated that the chance of reaching the minimum/mild level of depression was 13 times more after the completion of the Cognitive-Behavioral Therapy intervention ($p < 0.01$); At the end of the program, 60% of the patients who underwent the psychological intervention with CBT were classified without stress, while 92.59% of the control group, at the end of the 4 months, presented stress at some measured time; In the intervention group, the chance of reaching the level without chronic pelvic pain was 14 times more after the end of the intervention compared to the control ($p < 0.01$). As for quality of life, there was a considerable improvement in scores for physical aspects, pain, general health, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health. **Conclusion:** The current study proposed a psychological treatment protocol that works on adapting the way of coping using Cognitive-Behavioral Therapy techniques. In view of the development of adaptive coping, there was an improvement in the scores of depression, stress, quality of life, perception of pain and emotional suffering, which may infer that Cognitive-Behavioral Therapy is beneficial in improving the general emotional condition of women with endometriosis.

Keywords: Endometriosis. Cognitive-behavioral therapy. Coping. Depression. Stress. Chronic pelvic pain. Quality of life.

1 Introdução

1.1 Como a endometriose afeta o emocional

A Endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido semelhante ao endométrio fora do útero e acomete aproximadamente 10 a 15% da população feminina durante o período em que menstruam. Estima-se que a prevalência varia de 2 a 11% entre mulheres assintomáticas, 5 a 50% entre mulheres inférteis e 5 a 21% entre as mulheres hospitalizadas por dor pélvica (Zondervan et al.,2020), podendo trazer uma série de intercorrências na vida da paciente como dor crônica, dificuldade na relação sexual e infertilidade, além de alterações emocionais como depressão, ansiedade e estresse, ocasionando considerável queda na qualidade de vida (Donatti et al., 2017; Carbone et al., 2021; Delanerolle et al.,2021; Casalechi et al.,2021).

Pesquisas apontam que o tratamento da endometriose deve ser multidisciplinar, incluindo médico, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista (Podgaec, 2014; Zondervan et al., 2020; Carbone et.al, 2021). Nesse contexto, recentes estudos, revisões sistemáticas e meta-análises buscaram explorar como o campo emocional é afetado na endometriose.

Carbone et al. (2021) analisaram estudos que relacionaram elementos neuropsiquiátricos e endometriose, a fim de identificar informações clínicas relevantes para o tratamento multidisciplinar personalizado para as pacientes. Os autores afirmam que a presença de dor pélvica crônica e sintomas psiquiátricos constituem uma condição multifacetada e complexa, caracterizada por necessidade que nova abordagem transversal e múltipla seja fundamentada em uma perspectiva diagnóstica e terapêutica em termos de gestão e tratamento da endometriose. O tratamento ginecológico e de controle da dor não podem ser separados de um tratamento cuidadoso em termos da avaliação psiquiátrica em eficácia clínica e prognóstica. Essas observações reafirmaram a necessidade de uma equipe multiprofissional em saúde, envolvendo, quando necessário,

ginecologistas, psicoterapeutas, psiquiatras, especialistas em *dual disorder*¹, algologistas e sexólogos. Esses profissionais devem trabalhar unidirecionalmente para detectar, analisar e, se possível, quebrar o círculo vicioso da doença, destacando um tratamento personalizado e direcionado.

Nesse sentido, Casalechi et al., (2021) apontaram evidências sobre a associação da endometriose com estresse crônico, ansiedade e depressão. Identificaram que mulheres com sintomas dolorosos apresentaram maiores índices de estresse e menor qualidade de vida quando comparado com as saudáveis. Um importante ponto foi a constatação de que a depressão e a ansiedade são mais prevalentes em mulheres com endometriose; já a presença de transtornos psiquiátricos se correlaciona mais com a gravidade da dor atribuída à endometriose do que com outras características da doença. O tratamento médico da endometriose melhorara o estresse percebido, a ansiedade e os sintomas depressivos. Os distúrbios psicológicos presentes devido à dor precisam ser tratados de modo eficaz para reduzir a própria carga emocional da doença.

Ainda, nesse mesmo caminho, a revisão sistemática de Delanerolle et al., (2021) buscou examinar a prevalência de sintomas e distúrbios psiquiátricos em pacientes com endometriose. Para tal, foi desenvolvido um protocolo de revisão sistemática cuja estratégia de pesquisa foi o uso de múltiplos termos-chave relacionados à saúde mental para mapear estudos relevantes que observavam tal temática no contexto da endometriose. Foram incluídos 34 artigos na revisão sistemática e 15 na meta-análise. Como principal observação sugerem a presença de sintomas de ansiedade e depressão como resultados de saúde mental mais comumente relatados no quadro da endometriose e que tais escores são ainda maiores quando estão presentes dor pélvica crônica e dispareunia.

Recente estudo de Maulitz et al. (2022) postulou que pelo menos um terço das pacientes com endometriose sofrem de transtornos mentais (principalmente depressão ou ansiedade) e requerem apoio psiquiátrico ou psicoterapêutico. Por meio da neuroimagem, foi possível identificar regiões cerebrais ativas

¹ Diagnóstico duplo como um transtorno mental somado a uma comorbidade.

relacionadas não apenas ao processamento da dor em pacientes com endometriose, mas também à emoção, cognição, autorregulação e recompensa, o que chamaram de possível constituição do “cérebro da endometriose”. Esse é um importante estudo postulando a inter-relação corpo e mente diante do convívio com a endometriose.

Outro estudo recente exploratório de Dowding et al., (2022) buscou estabelecer a relação temporal entre fatores psicológicos e relacionados à dor em análise prospectiva de 12 meses com 208 mulheres australianas com endometriose. Foi possível entender que a presença de sofrimento emocional, ao invés de dor, é o mais importante preditor de sofrimento futuro e incapacidade em mulheres com endometriose. Quando não cuidadas, as mulheres que apresentam sintomas de sofrimento podem estar em maior risco físico e psicológico após 12 meses.

van Barneveld et al., (2022) ao utilizarem os termos depressão, ansiedade e endometriose nos bancos de dados Embase, PubMed, Web-of-science e PsycINFO encontraram 1.837 registros. Após minuciosa análise identificando os artigos que descreviam associação entre pacientes com endometriose e sintomas de depressão ou ansiedade avaliados por ferramentas validadas, entrevistas psiquiátricas estruturadas ou diagnóstico documentado, 47 artigos foram selecionados. Destes, 17 estudos foram elegíveis para meta-análise. O resultado encontrado foi que pacientes com endometriose experimentaram significativamente mais sintomas de depressão e ansiedade em comparação com controles saudáveis e tais sintomas ocorrem frequentemente em pacientes com a doença associada a dor pélvica crônica.

Já o estudo transversal de Geller et al., (2021) considerou 247 mulheres em Israel com idade entre 20 e 50 anos. Grupo experimental e controle foram divididos com base no autorrelato das condições médicas existentes. Mulheres com endometriose foram divididas em dois grupos: 73 mulheres apenas com endometriose e 62 com endometriose e outra doença crônica adicional (como por exemplo hipertensão, diabetes, doença cardíaca, asma, doença do intestino irritável, dentre outras). O estudo identificou que mulheres com endometriose apresentaram níveis mais elevados de depressão e estresse quando

relacionadas com mulheres sem endometriose. Observou-se ainda que mulheres com endometriose e outra doença crônica apresentaram risco ainda maior de estresse e sofrimento psicológico. De modo geral, o sofrimento psicológico pode ser proveniente de preocupações relacionadas à imagem corporal, autocrítica e intensidade da dor.

Em Volker & Mills (2022) também foi possível observar que o grupo com endometriose demonstrou uma imagem corporal significativamente pior quando comparado ao grupo controle e a dor pélvica relacionada à endometriose mostrou correlação negativa com a imagem corporal, evidenciando a necessidade de abordagens psicológicas que contemplem mais esse tema.

Um conceito até então não mencionado no campo da endometriose foi estudado por Mallorqui et al., (2022), a anedonia (diminuição da motivação e sensibilidade a estímulos prazerosos). Como as pacientes com endometriose geralmente sofrem episódios de dor menstrual aguda e cíclica por longo período da vida, torna-se este um campo emocional propício para comprometer a saúde mental e comportamental. A anedonia pode desempenhar papel relevante nas taxas de depressão entre pacientes com endometriose, mantendo estados afetivos negativos ao longo do tempo ou mesmo levando a formas mais generalizadas de depressão. A complexa interação entre atitudes negativas em relação à doença (catastrofização), afeto negativo elevado, foco excessivo na atenção à dor e motivação diminuída para se engajar em atividades prazerosas, pode levar, de modo progressivo, ao desenvolvimento silencioso de um sistema hedônico embotado (sistema prazer e recompensa). Deste modo, intervenções terapêuticas para liberação de dor no quadro da endometriose seriam mais desafiadoras em pacientes com anedonia mais alta, pois essa condição pode impedir que as pacientes explorem e descubram experiências compensatórias que possam ajudá-las a se desconcentrar da dor persistente. Propostas de tratamentos cognitivos para a dor crônica que se baseiam na desfocalização da dor e reorientação da atenção podem melhorar as chances de sucesso terapêutico.

Evans et al., (2022) buscaram compreender a relação entre fatores psicossociais, incluindo saúde mental, cognição da dor e suporte social

associados à intensidade da dor menstrual em mulheres com endometriose. A catastrofização da dor (especificamente a subescala de desamparo) foi um componente determinante no mecanismo psicológico de mulheres com dismenorréia. Entende-se que intervenções para reduzir o desamparo da dor podem ser benéficas no apoio a mulheres com esse tipo de dor.

O estudo genético e fenotípico de Koller et al., (2023) ampliou o entendimento de que a endometriose além de estar associada à possibilidade de desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade, pode também aumentar a chance de emergir transtornos alimentares.

Além da dor, Buggio et al., (2017) também apontaram outros fatores no quadro geral da endometriose que podem ter um impacto generalizado negativo sobre a saúde psicológica das mulheres, como as questões que envolvem a infertilidade e a imagem/identidade ferida do feminino, pontos que podem levar ao aumento da ansiedade e depressão. Desta forma, sugeriram que as intervenções psicológicas em pacientes com endometriose não devem ser focadas exclusivamente na dor e sim em intervenção psicoterapêutica adequada para ajudar as mulheres a integrarem a doença em suas próprias histórias. Os autores comentaram que, no entanto, não há pesquisa sistemática explorando a eficácia da psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental ou psicodinâmica) em mulheres com endometriose. De modo geral, com base na prática clínica e pesquisa anterior, os autores sugeriram que as mulheres poderiam se beneficiar de intervenções psicoterapêuticas expressivas de apoio (intervenções individuais ou em grupo), visando facilitar a expressão de pensamentos e sentimentos mais profundos sobre a endometriose, bem como fortalecer sua identidade feminina. Ensaios adequadamente concebidos são necessários para definir a magnitude do benefício das intervenções psicoterapêuticas em diferentes condições clínicas. Para eles, ficou evidente a importância de equipe multidisciplinar, incluindo terapeuta sexual e psicólogo, para lidar adequadamente com todas as repercussões multifacetadas que as mulheres com endometriose frequentemente experimentam, mas podem ser relutantes em descrever e abordar. A este respeito, a abordagem de cada mulher deve ser

individualizada, propondo as melhores opções de tratamento com base nos diferentes sintomas e problemas que a afligem.

Ainda, Brasil et al., (2020) publicaram revisão sistemática relacionando endometriose e estresse. Para mapear o estresse utilizaram termos como estresse, estresse psicológico, esgotamento, fadiga mental, distímia e angústia. Um total de 15 estudos envolvendo 4.619 mulheres com endometriose foram inicialmente selecionados, sendo que, destes, nove estudos forneceram dados para estimativa de prevalência de estresse entre pacientes com endometriose compreendendo 3.962 pacientes. Outros seis estudos forneceram o nível médio bruto agrupado de estresse de toda a amostra, compreendendo 1027 pacientes com endometriose. Destes 15 estudos, três permitiram a meta-análise num total de 370 pacientes. Os resultados validaram a associação entre endometriose e estresse psicológico. A taxa de prevalência geral de níveis de estresse psicológico leve e alto em endometriose envolvendo 4619 mulheres foi de 68% (IC 95%: 57-79%). É um estudo que forneceu mais evidências para um papel importante do estresse no aumento dos mecanismos inflamatórios e de dor que podem resultar em maior morbidade de pacientes com endometriose que estão expostas a estresse crônico. Desta forma, evidenciaram que a atitude da equipe médica em reconhecer o estresse psicológico das pacientes pode afetar positivamente o seu tratamento. Existe a necessidade do manejo interdisciplinar da doença ser ampliado também no suporte à saúde mental, nas estratégias de regulação da emoção, na melhoria da vida profissional e sexual além do cuidado da dor. A mudança na atitude dos membros da equipe médica, fornecendo informações adequadas, contribuindo para compartilhar a decisão, individualizando planos de tratamento para melhor ajustá-lo às necessidades das pacientes, reconhecendo sofrimento psicológico e demonstrando empatia pode ajudar a reduzir o desgaste psicológico, afetando positivamente o tratamento.

Morán-Sánchez et al., (2021) desenvolveram estudo caso-controle em hospital terciário da Espanha entre setembro de 2014 e maio de 2015 onde foi possível explorar outros aspectos do bem-estar psicológico de mulheres com endometriose, além de ansiedade e depressão, como o otimismo. Até então este

aspecto somente havia sido avaliado no contexto de síndrome do ovário policístico e tratamentos de fertilização in vitro onde tais estudos concluíram que a resposta aos tratamentos de fertilização in vitro pode ser prejudicada por características de personalidade. Evidências sugerem que perfis de personalidade podem ser modificados diante do convívio com dor crônica e que a psicoterapia pode auxiliar no reequilíbrio emocional. Fatores como fertilidade ou intensidade da dor podem afetar o otimismo e, neste sentido, formulou-se a hipótese de que a mera consciência de ter endometriose pode estar associada com menor otimismo devido à carga de uma condição crônica caracterizada por incerteza. Como o otimismo está relacionado à percepção da dor, ao risco de psicopatologia e diminuição da resposta a tratamentos, considerou-se que abordar corretamente o tratamento da endometriose exige conduta integrada, combinando intervenções médicas e psicológicas, como avaliação de personalidade. Os autores reforçaram ainda que a abordagem à toda mulher com endometriose deve ser individualizada, propondo melhores opções de tratamento com base nos diferentes sintomas, nos problemas angustiantes e levando em consideração as prioridades e preferências das pacientes.

A correlação entre variáveis psicológicas também foi observada por nosso grupo (Donatti et al., 2017), onde 171 mulheres em tratamento no setor de endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da FMUSP (HCFMUSP) preencheram escalas de *coping* (COPE BREVE), depressão (BECK-II), estresse (ISSL-Lipp) e dor (Escala Visual Analógica - EVA). Relacionou-se o emprego de estratégias positivas de *coping* com a diminuição da depressão e do estresse. Ambos apareceram interligados, de modo que, quanto maior o quadro de estresse, mais grave a manifestação da depressão e vice-versa, correlação que levou ao estresse psicológico. Quanto ao quadro de dor, observou-se que, mesmo sem depressão ou sem estresse, a dor ainda se fez presente em boa porcentagem das pacientes, porém, quando houve dor severa, prevaleceram níveis mais graves de depressão e o estresse psicológico. Tendo encontrado correlação positiva entre as variáveis estudadas, foi possível entender que uma intervenção que atue no desenvolvimento de estratégias positivas de enfrentamento da doença junto à essas pacientes,

poderia auxiliar na diminuição do estresse e da depressão e ainda contribuiria para a melhora na percepção da dor.

Diversos artigos sugerem que a endometriose afeta o campo emocional, porém também apontaram que mais estudos precisam ser feitos para encontrar um caminho eficaz de intervenção (Marqui, 2014; Pope et al., 2015; Donatti et al., 2017; Fairbanks et al., 2017; Buggio et al., 2017; Carbone et al., 2021; Kalfas et al., 2022).

1.2 Tratamentos psicológicos na endometriose

Ao aprofundar a observação de quais tratamentos psicológicos já estão estruturados e sendo aplicados, deparamo-nos com poucos estudos, distintas abordagens e dificuldade de replicação de alguns dos métodos apresentados.

A revisão sistemática que realizamos (Donatti et al., 2022) identificou inicialmente 129 estudos indicando intervenção psicológica em pacientes com endometriose, porém após leitura e seleção, apenas 5 utilizavam as técnicas da Terapia Cognitivo-comportamental como estratégia de tratamento. Dentre os 5 estudos, a utilização da psicoeducação, técnicas de relaxamento e *mindfulness*, estratégias de *coping*, resolução de problemas e técnicas cognitivas em programas de intervenção psicológica de pacientes com endometriose e dor pélvica crônica proporcionaram a melhora dos escores de dor e depressão, houve normalização dos níveis de cortisol, o que parece ter auxiliado na redução da percepção do stress, melhorou a sensação de vitalidade e funcionalidade no dia-a-dia, aumentou a sensação de bem estar e melhorou o índice de qualidade de vida.

Em estudo chinês, Wu e colaboradores (2022) buscaram observar a eficácia da Terapia cognitivo-comportamental diante da depressão, ansiedade e estresse no pós-cirúrgico de mulheres com endometriose. Foram recrutadas pacientes entre 18 e 50 anos com endometriose programadas para cirurgia e randomizadas em dois grupos: grupo caso ou intervenção (n=48) receberam cuidados habituais (artes marciais chinesas) com TCC (uma sessão de TCC pré-cirúrgica e seis sessões de TCC pós-cirúrgica) e o grupo controle (n=48) apenas

cuidados habituais (artes marciais chinesas). No pós-internação, os índices de depressão, stress e ansiedade diminuíram em ambos os grupos. No grupo intervenção os escores estavam mais baixos que no grupo controle. O estudo descreve os objetivos gerais da intervenção cognitiva e comportamental, porém o protocolo específico da TCC descrita para a endometriose ainda não foi publicado.

Ao buscar entender como a dor induzida pela endometriose é tratada para além das abordagens convencionais, Marqui (2014) encontrou 61 estudos, porém selecionou apenas 7 onde mencionavam a acupuntura, massagem e Terapia Cognitivo-Comportamental. Todos mostraram eficácia das técnicas utilizadas para melhorar a dor crônica na endometriose, porém ficou claro que o conhecimento sobre o assunto é escasso, sugerindo a necessidade de estudos adicionais.

Tais esforços também foram avaliados positivamente em outra meta-análise (Grossman et al., 2004). Os autores pontuam que quando os problemas causados pela endometriose envolvem principalmente a dor pélvica, o tratamento médico (que deve ser direcionado ao alívio sintomático) pode não ser suficiente, sugerindo que essas pacientes podem se beneficiar significativamente com as intervenções psicológicas. A este respeito, há evidências da eficácia das intervenções baseadas em grupo e no *mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental. Os autores encorajam estudos adicionais sobre este tipo de intervenção para mulheres com endometriose.

Os estudos de Kold et al. (2012) e Hansen et al. (2017) demonstraram efeitos significativos e duradouros diante da aplicação da intervenção psicológica baseada em *mindfulness* sob o nível de dor, bem-estar e capacidade de lidar com as questões da vida diária. Resultados que se mantiveram ao longo das reavaliações em 12 meses e posteriormente em 6 anos, indicando ser uma técnica muito relevante para as mulheres com endometriose com potencial para melhorar a qualidade de vida de modo duradouro. Moreira, Gamboa & Oliveira (2022) também demonstraram que os efeitos de uma breve Intervenção Baseada em *Mindfulness* (bMBI) foi benéfica para gerenciar a dor relacionada à endometriose e restaurar o bem-estar psicológico das pacientes do estudo.

Friggi Sebe Petrelluzzi et al. (2012) avaliaram a eficácia da submissão de mulheres com endometriose e dor pélvica crônica a um protocolo terapêutico envolvendo terapia física e psicológica (TCC – psicoeducação e *coping*). Os resultados foram eficazes na redução do estresse percebido, normalizando os níveis de cortisol, aumentou a vitalidade, melhorou o papel emocional e saúde mental, melhorou o funcionamento social e físico.

Lorençatto et al. (2007) estudaram 128 mulheres do Ambulatório de Endometriose do CAISM/UNICAMP com o objetivo de avaliar os escores de dor e depressão antes e depois da intervenção multiprofissional em grupo em mulheres com a doença. A intervenção foi estruturada em dez encontros semanais, com duração de 2h30, sendo a primeira hora destinada à intervenção fisioterapêutica e, as demais, à intervenção psicológica definida e estruturada com base nos princípios da terapia cognitiva comportamental, atividades lúdicas e ocupacionais e materiais psicoeducativos, como leituras complementares sobre o tema abordado. Foram também consideradas as experiências relatadas de outras intervenções multidisciplinares de dor crônica, tendo como principal objetivo transmitir informações sobre a endometriose e promover a reabilitação do bem-estar físico, emocional e social das mulheres com a doença. A intervenção psicológica seguiu um cronograma estruturado (porém não uniforme) em temas definidos em: autoconhecimento (correlação entre corpo e mente), aceitação, significado e enfrentamento da doença e da dor, estresse, teoria e manejo dos sintomas, endometriose (conceitos atuais e tratamentos disponíveis) e sexualidade. Também foram realizadas discussões sobre relacionamentos afetivos (familiares e sociais) e estratégias de resolução de problemas. Foi identificada diminuição significativa dos escores de dor e depressão ao final da intervenção em grupo. As mulheres que não participaram dos grupos de apoio mostraram escores maiores de dor quando comparadas aos escores iniciais das participantes dos grupos. Já os escores de depressão foram menores no grupo sem intervenção. Foi identificada correlação positiva entre dor e depressão em ambos os grupos. Concluiu-se que a intervenção em grupo foi eficaz na diminuição da dor e depressão das mulheres com endometriose, podendo ser incorporada ao tratamento convencional oferecido às portadoras dessa doença.

Dydyk & Gupta (2020) apontaram que a terapia cognitivo-comportamental desempenhou um papel importante no tratamento integral da endometriose proporcionando a diminuição da dor e do estresse na medida em que auxilia o paciente no processo de enfrentamento e compreensão da dor. Também apontaram *mindfulness* como uma importante ferramenta utilizadas neste contexto.

A diretriz oficial (2020/2021) publicada e coordenada pela Sociedade Alemã de Ginecologia e Obstetrícia em cooperação com a Sociedade Austríaca e a Sociedade Suíça de Ginecologia e Obstetrícia orienta que a avaliação psicológica primária para ansiedade e depressão em pacientes com endometriose deve ocorrer no contexto do cuidado psicossomático básico. Pacientes com endometriose e alto estresse devido a sintomas mentais, devem ser encaminhadas para psicoterapia, se possível dentro de um conceito de tratamento multimodal, visto que a endometriose pode estar associada a transtornos mentais, como aumento da ansiedade e/ou depressão.

Muitas pacientes não conhecem ou não têm acesso sobre o funcionamento de um tratamento psicológico e de como acontece a mudança psíquica. Se essas informações são inacessíveis acabam sendo também inatingíveis para elas. À medida que acontece o contato com a psicoterapia e os benefícios começam a ser percebidos, esse conceito se modifica e a paciente acaba, com o tempo, se tornando capaz de administrar suas próprias emoções, perceber seus pensamentos e transformar seus comportamentos em prol de uma melhor qualidade de vida.

Os atuais estudos nos apontam que, no campo do tratamento psicológico da endometriose, ainda não existe consenso e estudos suficientes para a validação das técnicas utilizadas. Poucos são os estudos que mostram protocolos de aplicação, sendo assim ainda não há a possibilidade de replicação e comparação entre técnicas e abordagens psicológicas.

A presente pesquisa vem contribuir com tal lacuna na medida que tem como objetivo verificar a eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental na melhora das estratégias de *coping*, depressão, estresse, percepção de dor e qualidade de vida das mulheres com endometriose. Diante de resultados

positivos, apresentar de modo precursor, um protocolo de atendimento psicológico para as mulheres com endometriose baseado nas técnicas da terapia cognitivo-comportamental passível de replicação por outros psicólogos capazes de aplicar as técnicas da TCC.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com endometriose e dor pélvica crônica.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental:

- a) na forma de enfrentamento (*coping*)
- b) nos níveis de depressão
- c) nas fases e no tipo de estresse
- d) na qualidade de vida
- e) no nível de dor pélvica

3. Método

3.1 Tipo de estudo e Participantes

Este estudo prospectivo foi desenvolvido com dois grupos, um experimental (n=25) e um controle (n=27), ambos formados por mulheres entre 18 e 45 anos, diagnosticadas com endometriose, em tratamento no setor de endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

3.1.1 Critérios de inclusão

- (a) faixa etária entre 18 e 45 anos
- (b) ter o diagnóstico de endometriose confirmado clinicamente e/ou por exames específicos de imagem (Ultrassom pélvico e transvaginal com preparo intestinal ou Ressonância magnética de pelve)
- (c) dor pélvica moderada a grave (Escala Visual Analógica de dor ≥ 5)
- (d) interesse e disponibilidade de horário para o encontro individual semanal (16 encontros em 4 meses) para a participação nas sessões de intervenção psicológica em Terapia Cognitivo-comportamental.

3.1.2 Critérios de exclusão

- (a) apresentar previamente algum diagnóstico psiquiátrico ou quadro psicológico grave como depressão, transtorno bipolar e transtorno de ansiedade generalizada, entre outros
- (b) apresentar previamente alguma co-morbidade física grave como fibromialgia, síndrome do intestino irritável, artrite, artrose, entre outras
- (c) estar atualmente em processo de psicoterapia
- (d) estar atualmente tomando medicação psiquiátrica

3.2 Cálculo amostral

Com base na literatura, observou-se que a variabilidade no domínio de dor no questionário de qualidade de vida SF-36 de pacientes com endometriose foi de 22,4 pontos (Marques, 2002). Visando melhora de pelo menos 20 pontos na escala, com poder de 80% e confiança de 95%, a amostra necessária para a realização do estudo foi de 20 pacientes em cada grupo. Esperando 20% de perda de seguimento, foram avaliadas, ao menos, 24 pacientes em cada grupo.

3.3 Procedimentos e Instrumentos

O estudo foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Anexo A) e a coleta de dados realizada no setor de endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

As pacientes que se encaixavam nos critérios de inclusão foram divididas de modo aleatório para a participação nos grupos intervenção e controle. Com o aceite e a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexos B e C), as pacientes do grupo intervenção foram agendadas para atendimentos semanais de 50 minutos no ambulatório do hospital. As pacientes do grupo controle agendadas para o preenchimento dos instrumentos de avaliação (Anexo D). Diante das restrições e protocolos advindos da pandemia pelo Coronavírus-19 não foi possível seguir o atendimento apenas no modo presencial, havendo alteração dos atendimentos para o formato online, sem mudança no conteúdo das sessões/avaliações. O processo de intervenção foi realizado em 16 encontros, os quais percorreram em um total de 4 meses. O grupo experimental finalizou após a intervenção realizada com 25 pacientes, tendo o total de todos os atendimentos acontecido entre 2019 e 2023, período em que também se formou o grupo controle.

A base para análise e comparação dos dois grupos (instrumental e controle) foi construído por meio da aplicação dos instrumentos:

- a) COPE BREVE (Brasileiro et al., 2016): inventário usado para investigar as diferentes formas de como as pessoas respondem a situações estressantes. O COPE BREVE foi desenvolvido na tentativa de diminuir a sobrecarga dos respondentes, dada a existência de instrumentos relativamente longos. Esta versão reduzida é constituída por 28 itens e composta por 14 escalas. 1) Coping ativo: iniciar uma ação ou fazer esforços para remover o estressor; 2) Planejamento: pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de coping ativo; 3) Suporte instrumental: procurar ajuda, informações ou conselhos sobre o que fazer; 4) Suporte emocional: conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; 5) Religiosidade: aumento de participação em atividades religiosas; 6) Reinterpretação positiva: fazer o melhor da situação, crescendo com base nela, ou vendo-a de um modo mais favorável; 7) Autoculpa: culpar e criticar a si mesmo pelo que aconteceu; 8) Aceitação: aceitar o fato que o evento estressante ocorreu, e é real; 9) Desabafo: aumento da consciência do estresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos; 10) Negação: tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante; 11) Autodistração: desinvestimento mental do objetivo com que o estressor está interferindo; 12) Desinvestimento comportamental: desistir ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o estressor está interferindo; 13) Uso de substâncias: utilizar álcool ou outras drogas, que podem até ser medicamentos, como um meio de se afastar do estressor; e 14) Humor: fazer piadas sobre o estressor. O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida. É avaliado por escala ordinal variando de um a quatro, entre “nunca faço isto” até “sempre faço isto”, os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida maior é o uso de determinada estratégia de coping.
- b) Escala de Depressão de Beck (Beck, 2011): o BDI-II é considerado um instrumento de autoavaliação composto de 21 itens, referentes a sintomas e atitudes da depressão, identificando: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3)

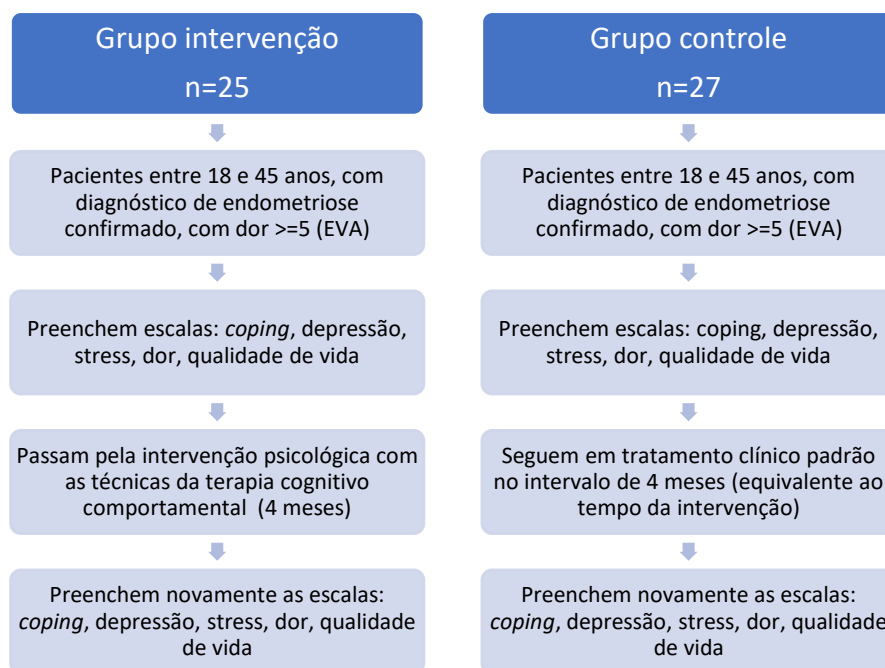
- sensação de fracasso; 4) falta de satisfação; 5) sensação de culpa; 6) sensação de punição; 7) autodepreciação; 8) autoacusações; 9) ideias suicidas; 10) crises de choro; 11) irritabilidade; 12) retração social; 13) indecisão; 14) distorção da imagem corporal; 15) inibição para o trabalho; 16) distúrbio do sono; 17) fadiga; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupação somática; 21) diminuição de libido. Será identificada a presença ou ausência de depressão, mediante os resultados obtidos na escala, encontrando-se: 0 a 13 = sem depressão ou depressão mínima, de 14 a 19 = depressão leve, de 20 a 28 = depressão moderada, e de 29 a 63 = depressão grave.
- c) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2005): este inventário foi desenvolvido por Marilda Emmanuel Novaes Lipp, para a população brasileira, sendo possível a aplicação em pessoas acima de 15 anos. O inventário se divide em três blocos e avalia um grupo de sintomas experimentados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O resultado classificará o estresse em fases designadas como alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Será também identificado o tipo de estresse: físico, psicológico, físico-psicológico. A utilização dessa escala tem o propósito de identificar como as pacientes do presente estudo percebem a vivência do estresse na sua vida cotidiana e como avaliam esses episódios.
- d) SF-36 (Ciconelli, 1999): instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão, é multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde.
- e) Escala Visual Analógica da Dor – EVA (Huskisson, 1974): por meio de uma escala de 0 a 10, as pacientes indicam a sensação de dor, durante e fora do período menstrual. A dor é considerada ausente, quando

assinalado zero; média, quando assinalados os escores entre 1 e 3; moderada, de 4 a 7, e severa, de 8 a 10.

3.4 Dinâmica do estudo

A intervenção foi composta por 16 sessões, com um encontro por semana, em um total de 4 meses de intervenção por paciente (n=25). No grupo controle foram inclusas 27 pacientes com os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Neste grupo, elas não foram submetidas à intervenção, porém acompanhadas normalmente em tratamento clínico padrão no ambulatório. Ambos os grupos preencheram os instrumentos de avaliação em dois momentos distintos: no primeiro contato e após 4 meses (Figura 1).

Figura 1 – Dinâmica do estudo



3.5 Detalhamento das atividades de cada encontro

Encontro 1 – ambientalização e preenchimento dos instrumentos: a) apresentação da pesquisa, esclarecimento do objetivo, funcionamento, regras, forma de conduta dos encontros; b) checagem do grau de entendimento sobre a endometriose e levantamento dos aspectos individuais sobre a convivência e

enfrentamento da endometriose; c) aspectos da história de vida relevantes do contexto atual (para Formulação do caso); d) aplicação e preenchimento das escalas – Cope Breve, depressão, estresse, dor, sf-36 (instrumentos citados no item 3.3).

Encontro 2 – LDM: identificando dificuldades e metas: a) aspectos da história de vida relevantes do contexto atual (continuação – para formulação do caso); b) lista de dificuldades e metas; c) definição de metas viáveis de intervenção.

Encontro 3 – Identificando a influência dos pensamentos sobre as emoções e comportamentos: a) Desenho da representação de si (autoconceito) com termômetro da emoção; b) desenho da representação da doença com termômetro da emoção; c) psicoeducação do modelo cognitivo; d) levantamento de características individuais: pensamentos, emoções, comportamento e reações fisiológicas.

Encontro 4 – RPD – Registro de Pensamentos Automáticos: a) reconhecimento e identificação dos pensamentos automáticos. b) treino para registro de pensamentos disfuncionais.

Encontro 5 – Questionando pensamentos disfuncionais: a) identificação das evidências a favor e contra os pensamentos disfuncionais; b) identificação das possibilidades de flexibilização dos pensamentos desadaptados; c) identificando pensamentos alternativos e emoções envolvidas.

Encontro 6 – Lista de comportamentos desadaptativos e adaptativos: a) identificação e reconhecimento de comportamentos desadaptativos: vantagens e desvantagens.

Encontro 7 – Treino de assertividade: a) formas de enfrentamento; b) situações específicas X formas de enfrentamento; c) flexibilização.

Encontro 8 – Relaxamento e Mindfulness: a) aprendendo a utilizar a técnica de relaxamento e mindfulness para impulsionar e/ou aprimorar o autoconhecimento, as mudanças de pensamento, emoções, comportamento, reações fisiológicas/percepção corporal.

Encontro 9 – Identificando situações desencadeantes/gatilhos e modificadores: a) identificação de fatores/situações atuais que, quando presentes, aumentam a

probabilidade de manifestação da dificuldade; b) identificação de fatores do contexto que interferem na severidade das dificuldades quando elas ocorrem, ou que alteraram o curso de evolução da dificuldade.

Encontro 10 – Desenvolvendo habilidades de solução de problemas: a) identificar e implementar estratégias positivas de enfrentamento das situações problema. b) flexibilização de crenças disfuncionais para funcionais.

Encontro 11 – Desafiando crenças e identificando vulnerabilidade com a paciente: a) identificação das crenças que são desencadeadas nesse processo (flecha descendente); b) identificação de fatores de vulnerabilidade ou experiência tardia que tenham contribuído para o desenvolvimento da dificuldade (objetivo de conscientização).

Encontro 12 – Processos de Manutenção: a) identificação dos mecanismos que mantêm a dificuldade: situações ambientais, reações emocionais e fisiológicas, comportamento, consequências.

Encontro 13 – Reestruturação cognitiva: a) antes e depois: reavaliando pensamentos e crenças. Vantagens e desvantagens da modificação dos pensamentos disfuncionais para pensamentos mais funcionais.

Encontro 14 – Reconhecendo mudanças: a) identificação de situações que tenham mudado no dia a dia, reconhecendo pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas. b) na ausência de mudanças, retomar e/ou reformular estratégias.

Encontro 15 – Preditores de recaída: a) identificação de situações que possam vir a ser preditores de recaída, sejam elas ambientais ou constituintes do modo de funcionamento da paciente; b) cartões de enfrentamento; c) identificação e escolha de um símbolo deste processo (como preditor de recaída).

Encontro 16 – Fechamento: a) Desenho da representação de si (autoconceito) com termômetro da emoção; b) desenho da representação da doença com termômetro da emoção; c) comparando antes e depois; d) aplicação e preenchimento das escalas – Cope Breve, depressão, estresse, dor, sf-36; e) feedback final.

3.6 Análise estatística

3.6.1 Variáveis qualitativas e quantitativas

Todos os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas).

COPE breve:

- a) Estratégia de coping mais usada (Adaptativo Focado na Emoção, Desadaptativo Focado na Emoção ou Focado no problema)
- b) Classificação de cada estratégia (entre nenhuma, pouca, média e sempre)

BDI:

- a) classificado mínimo, leve, moderado e grave e depois agrupado em mínimo/leve e moderado/grave:

0-13: Mínimo

14-19: Leve

20-28: Moderado

29-63: Grave

ISSL:

- a) estresse para cada quadro (sim/não)
- b) tipo de estresse (psicológico, físico e ambos)
- c) nível de estresse (sem stress, resistência, quase exaustão e exaustão)

SF36: 8 domínios quantitativos

EVA: Nível de dor antes e Nível de dor mens

- a. classificada em sem dor, média, moderada e severa:

0: Sem dor

1 a 3: Médio

4 a 7: Moderado

8 a 10: Severo

3.6.2 Descritivas por grupo e tempo

As mudanças de um tempo para o outro foi classificada da seguinte forma:

COPE breve:

- a. Estratégia de *coping*: considerando como melhora qualquer mudança de nível;
- b. Focado no problema: considerando como melhora qualquer mudança de nível, sendo o "nunca" a pior resposta possível e "sempre" a melhor resposta possível
- c. Adaptativo Focado na Emoção: considerando como melhora qualquer mudança de nível, sendo o "nunca" a pior resposta possível e "sempre" a melhor resposta possível
- d. Desadaptativo Focado na Emoção: considerando como melhora qualquer mudança de nível, sendo o "sempre" a pior resposta possível e "nunca" a melhor resposta possível

BDI: melhora é passar do moderado/grave para mínimo/leve;

ISSL:

- a. Estresse: melhora é passar do sim para não
- b. Nível de estresse: considerando como melhora qualquer mudança de nível

SF36: diferença absoluta entre os escores pós e pré

EVA: considerando como melhora qualquer mudança de nível

Inicialmente os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas)

3.6.2 Descritivas por grupos e tempos

Para comparar grupos e tempos quanto às variáveis categóricas ordinais (tipo de *coping*, classificação de cada tipo, fase do estresse, e nível de dor fora o período menstrual) foi proposto um Modelo de regressão logística multinomial ordinal com efeito aleatório (considerando a presença de medidas repetidas).

Este modelo permite associar variáveis independentes com uma variável resposta, sendo esta do tipo categórica ordinal com mais de dois níveis. Já para a comparação quanto ao tipo de estresse foi utilizado uma regressão logística multinomial com efeito aleatório, considerando a característica nominal da variável de desfecho.

A comparação quanto às variáveis binárias nível de depressão (agrupado em mínimo/leve e moderado/grave) e estresse em algum quadro (sim/não) foi analisada através de um modelo de regressão logístico com efeitos aleatórios.

Para as comparações entre grupos e tempos envolvendo os escores do SF36 foi proposto o modelo de regressão linear com efeitos mistos (efeitos aleatórios e fixos). Os modelos lineares de efeitos mistos são utilizados na análise de dados em que as respostas estão agrupadas (mais de uma medida para um mesmo indivíduo) e a suposição de independência entre as observações num mesmo grupo não é adequada (Schall, 1991). Esses modelos têm como pressuposto que seus resíduos tem distribuição normal com média 0 e variância σ^2 constante, e foram analisados por meio de gráficos pertinentes como histograma, quantil-quantil e dispersão. Para as comparações foi utilizado o pós-teste por contrastes ortogonais.

3.6.2 Comparações entre grupos quanto aos deltas

Para as comparações entre grupos quanto aos deltas das variáveis (mudança: pós - pré), considerando melhora/manteve bom *versus* não melhora/piora, quanto às variáveis binárias (mudança na classificação focado no problema, mudança na classificação adaptativo focado na emoção, mudança na classificação desadaptativo focado na emoção, mudança na estratégia de *coping*, mudança na depressão, mudança no stress em algum quadro, mudança na fase do stress, mudança no nível de dor fora o período menstrual) foi utilizado um modelo de regressão logística. Já a comparação quanto à mudança nos escores do SF36 foram analisadas por meio do teste t *Student*.

Todas as análises apresentadas foram feitas com o auxílio do software SAS 9.4. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%.

4 Resultados

4.1 Caracterização da amostra

As tabelas a seguir trazem dados, informações e características gerais das pacientes do grupo controle e intervenção (Tabelas 1 a 3).

Tabela 1 – Dados demográficos gerais e clínicos das pacientes no grupo controle e intervenção

Descritivas gerais		
Variável	Controle (n=27)	Intervenção (n=25)
	n (%)	n (%)
<i>Estado civil</i>		
Casada	12 (44,44%)	12 (48%)
Divorciada	2 (7,41%)	2 (8%)
Solteira	12 (44,44%)	11 (44%)
União Estável	1 (3,7%)	0 (0%)
<i>Tem filhos?</i>		
Não	21 (77,78%)	13 (52%)
Sim	6 (22,22%)	12 (48%)
<i>Se tem filhos, quantos são?</i>		
1	2 (40%)	8 (66,67%)
2	3 (60%)	4 (33,33%)
Missings	1	0
<i>Etnia</i>		
Branco	16 (59,26%)	10 (40%)
Negro	5 (18,52%)	6 (24%)
Pardo	6 (22,22%)	9 (36%)
<i>Escolaridade</i>		
Ensino Médio	11 (40,74%)	11 (44%)
Pós - Graduação	6 (22,22%)	7 (28%)
Superior	10 (37,04%)	7 (28%)
<i>Renda familiar</i>		
01 Salário Mínimo	4 (14,81%)	3 (12%)
Até 02 Salários Mínimos	8 (29,63%)	5 (20%)
De 02 a 04 salários mínimos	10 (37,04%)	6 (24%)
De 04 a 05 salários mínimos	3 (11,11%)	4 (16%)
Superior a 05 salários mínimos	2 (7,41%)	7 (28%)

N= número, % = porcentagem

Tabela 2 - Idade, idade da menarca e quadro clínico dos grupos controle e intervenção

Variável	Controle			Intervenção		
	n	Média (DP)	Mediana (Mín - Máx)	n	Média (DP)	Mediana (Mín - Máx)
Idade	27	32 (7,41)	33 (17 - 43)	25	36,64 (6,66)	39 (22 - 45)
Idade da menarca	26	11,81 (1,55)	12 (9 - 15)	25	11,44 (1,69)	11 (9 - 15)
Há quanto tempo foi diagnosticada com endometriose? (anos)	26	5,4 (4,78)	4 (0,02 - 15)	25	11,92 (6,17)	11 (2 - 24)
Dor pélvica crônica	27	7,07 (1,94)	7 (5 - 10)	25	6,68 (2,19)	7 (0 - 10)
Dismenorréia	27	8,3 (2,91)	10 (0 - 10)	25	8,12 (2,01)	8 (0 - 10)
Dispareunia de profundidade	27	5,93 (3,49)	7 (0 - 10)	25	6,2 (2,92)	7 (0 - 10)
Disúria no período menstrual	27	2,56 (3,36)	1 (0 - 10)	25	2,04 (2,75)	1 (0 - 8)
Dor à evacuação no período menstrual	27	5,67 (3,08)	6 (0 - 10)	25	4,2 (3,03)	3 (0 - 10)

n= número; DP= desvio padrão

Tabela 3 – Informações sobre tratamentos atuais ou já realizados no grupo controle e intervenção.

Descritivas gerais		
Variável	Controle (n=27)	Intervenção (n=25)
	n (%)	n (%)
<i>Já foi operada devido a endometriose?</i>		
Não	14 (51,85%)	5 (20%)
Sim	13 (48,15%)	20 (80%)
<i>Está no aguardo para cirurgia da endometriose?</i>		
Não	22 (81,48%)	22 (88%)
Sim	5 (18,52%)	3 (12%)
<i>Tem indicação cirúrgica</i>		
Não	8 (36,36%)	6 (27,27%)
Sim	14 (63,64%)	16 (72,73%)
<i>Toma alguma medicação/hormônio para endometriose?</i>		
Não	7 (25,93%)	10 (40%)
Sim	20 (74,07%)	15 (60%)
<i>Realiza atividade física</i>		
Não	7 (25,93%)	9 (36%)
Sim	12 (44,44%)	14 (56%)
Sim, mas já parei	8 (29,63%)	2 (8%)
<i>Faz acompanhamento com nutricionista</i>		
Não	16 (59,26%)	24 (96%)
Sim	7 (25,93%)	1 (4%)
Sim, mas já parei	4 (14,81%)	0 (0%)
<i>Fisioterapia Pélvica</i>		
Não	20 (74,07%)	25 (100%)
Sim	3 (11,11%)	0 (0%)
Sim, mas já parei	4 (14,81%)	0 (0%)
<i>Acupuntura</i>		
Não	20 (74,07%)	24 (96%)
Sim	3 (11,11%)	0 (0%)
Sim, mas já parei	4 (14,81%)	1 (4%)
<i>Meditação</i>		
Não	23 (85,19%)	24 (96%)
Sim	2 (7,41%)	1 (4%)
Sim, mas já parei	2 (7,41%)	0 (0%)

N= número, % = porcentagem

Alguns dados complementares ainda foram possíveis serem identificados: em ambos os grupos, a maioria das pacientes sempre sentiu dores desde a

menarca (grupo controle=88,89% e grupo intervenção=88%). No grupo controle 40,74% cita ter infertilidade atual e 56% no grupo intervenção. Das pacientes que tiveram filhos, a gestação foi natural em 100% das pacientes (n=5) do grupo controle e apenas 1 paciente do grupo intervenção a gestação foi por meio da FIV (n=12), tendo êxito apenas na terceira tentativa. Duas pacientes do grupo intervenção fizeram a primeira tentativa de FIV sem sucesso e uma paciente do grupo intervenção realizou duas tentativas de FIV sem sucesso. A maioria das pacientes de ambos os grupos citam ter endometriose profunda (controle=88,89% e intervenção=84%). Em ambos os grupos a maioria das pacientes consideraram que passavam por alguma situação estressante na vida (controle=96,3% e intervenção=96%).

4.2 Coping (Formas de Enfrentamento)

Conforme observado na Tabela 4, em ambos os grupos, a maior parte das pacientes já utilizava a estratégia de *coping* “focada no problema”, considerada a mais adaptativa, onde os problemas/situações são vividos e resolvidos de modo assertivo. Usar “poucas vezes” esta estratégia é considerado ruim e usar “sempre” é considerado bom. É possível observar o aumento do índice de pacientes que, ao término da intervenção (intervenção tempo 2) passou a sempre utilizar o *coping* estilo “focado no problema” (84%), quando comparado com o tempo 2 do grupo controle (44,44%). Ao observar todos os tipos possíveis de respostas, nota-se que o estilo “focado no problema” passou a ser usado por 96% dos participantes pós intervenção psicológica com TCC (classificação média ou sempre).

Tabela 4 – Tipos de *coping* no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) e estratégia de *coping* mais usada nos grupos

Cope	Controle		Intervenção	
	Tempo 1 (n=27)	Tempo 2 (n=27)	Tempo 1 (n=25)	Tempo 2 (n=25)
<i>Classificação (focado no problema)</i>				
Pouca	4 (14,81%)	3 (11,11%)	6 (24%)	1 (4%)
Média	12 (44,44%)	12 (44,44%)	9 (36%)	3 (12%)
Sempre	11 (40,74%)	12 (44,44%)	10 (40%)	21 (84%)
<i>Classificação (Adaptativo Focado na Emoção)</i>				
Pouca	8 (29,63%)	5 (18,52%)	1 (4%)	1 (4%)
Média	18 (66,67%)	20 (74,07%)	21 (84%)	13 (52%)
Sempre	1 (3,7%)	2 (7,41%)	3 (12%)	11 (44%)
<i>Classificação (Desadaptativo Focado na Emoção)</i>				
Nunca	3 (11,11%)	4 (14,81%)	1 (4%)	8 (32%)
Pouca	15 (55,56%)	13 (48,15%)	10 (40%)	15 (60%)
Média	6 (22,22%)	9 (33,33%)	9 (36%)	1 (4%)
Sempre	3 (11,11%)	1 (3,7%)	5 (20%)	1 (4%)
<i>Estratégia de coping mais usada</i>				
Adaptativo Focado na Emoção	1 (3,7%)	1 (3,7%)	5 (20%)	0 (0%)
Desadaptativo Focado na Emoção	6 (22,22%)	6 (22,22%)	6 (24%)	1 (4%)
Focado no problema	19 (70,37%)	20 (74,07%)	13 (52%)	24 (96%)
Focado no problema e adaptativo	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)

N= número, % = porcentagem, tempo 1 controle= ao ingressar na pesquisa, tempo 2 controle= após o período de 4 meses, tempo 1 intervenção= ao iniciar a intervenção, tempo 2 intervenção= ao término das sessões psicológicas com TCC.

Ao comparar a utilização dos estilos de *coping* entre os grupos e os tempos, evidenciou-se que há uma melhora na utilização do tipo "focado no problema", que é o mais esperado, uma vez que, estima-se que a chance de melhor resposta no grupo intervenção no tempo 2 seja cerca de 8 vezes maior do que no tempo 1 deste mesmo grupo ($p < 0,01$). Além disso, estima-se que, em média, o grupo intervenção tenha cerca de 16 vezes maior chance de usar uma melhor estratégia de coping no tempo 2 quando comparado ao tempo 1 (considerando a utilização do estilo "focado no problema" como a melhor resposta possível e o "desadaptativo focado na emoção", a pior resposta esperada) ($p < 0,01$) (Tabela 5). Para o estilo Adaptativo focado na emoção e Desadaptativo focado na emoção também foi evidenciada uma melhora entre os tempos 1 e 2 no grupo intervenção. No grupo controle não foram encontradas diferenças entre os tempos.

Tabela 5 – Comparação dos estilos de *Coping* (focado no problema, adaptativo focado na emoção e desadaptativo focado na emoção) entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível e a estratégia mais usada

COPE breve				
Classificação (focado no problema): estimando a chance de melhor resposta, sendo o "nunca" a pior resposta possível e "sempre" a melhor resposta possível				
Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	8,88	2,85	27,68	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,20	0,52	2,78	0,68
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,80	0,28	2,26	0,68
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	5,96	1,68	21,16	<0,01
Classificação (Adaptativo Focado na Emoção): estimando a chance de melhor resposta, sendo o "nunca" a pior resposta possível e "sempre" a melhor resposta possível				
Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	4,18	1,26	13,83	0,02
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,95	0,66	5,76	0,23
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	5,15	1,60	16,61	<0,01
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	11,03	2,50	48,68	<0,01
Classificação (Desadaptativo Focado na Emoção): estimando a chance de melhor resposta, sendo o "sempre" a pior resposta possível e "nunca" a melhor resposta possível				
Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	10,48	3,91	28,13	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,08	0,57	2,03	0,82
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,40	0,14	1,13	0,08
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	3,87	1,32	11,34	0,01
Estratégia de coping mais usada: estimando a chance de melhor resposta, sendo "Desadaptativo Focado na Emoção" a pior resposta possível e "focado no problema" a melhor resposta possível				
Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	16,97	2,21	130,57	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,05	0,41	2,69	0,91
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,54	0,17	1,71	0,30
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	8,72	0,997	76,20	0,05

Para uma análise ainda mais precisa (Tabela 6), ao comparar a mudança entre os dois grupos e não apenas a diferença entre os tempos de cada grupo, observa-se também diferença significativa na mudança da estratégia de *coping* focado no problema e desadaptativo focado na emoção. Em relação à estratégia “focado no problema”, estima-se que o grupo intervenção tenha uma chance 5 vezes maior de melhorar ou manter boa a sua utilização quando comparado ao grupo controle ($p > 0,01$). Já quanto à estratégia “desadaptativo

focado na emoção”, estima-se que o grupo intervenção tenha uma chance 4 vezes maior de melhorar ou manter boa a sua utilização quando comparado ao grupo controle ($p=0,02$). Não houve evidência de diferença quanto à melhora no tipo de estratégia de *coping* ($p=0,05$) e nem quanto à utilização do “adaptativo focado na emoção” ($p=0,06$).

Tabela 6 – Comparação da mudança atingida na utilização dos estilos de coping entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção

COPE breve					
Variável	Comparação	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
MUDANÇA NA CLASSIFICAÇÃO FOCADO NO PROBLEMA	Intervenção vs Controle	5,65	1,53	20,93	<0,01
MUDANÇA NA CLASSIFICAÇÃO ADAPTATIVO FOCADO NA EMOÇÃO	Intervenção vs Controle	3,23	0,97	10,72	0,06
MUDANÇA NA CLASSIFICAÇÃO DESADAPTATIVO FOCADO NA EMOÇÃO	Intervenção vs Controle	4,22	1,32	13,49	0,02
MUDANÇA NA ESTRATÉGIA DE COPING	Intervenção vs Controle	8,47	0,96	75,08	0,05

considerando melhora/manteve bom *versus* não melhora/piora

4.3 Depressão

Como descrito, o grau de depressão (mínimo, leve, moderado ou grave) foi mensurado conforme a Escala de Depressão de Beck (Beck, 2011): 0 a 13 = sem depressão ou depressão mínima, de 14 a 19 = depressão leve, de 20 a 28 = depressão moderada, e de 29 a 63 = depressão grave. Observa-se que no tempo 1, a depressão moderada/grave apresentou-se similar nos dois grupos: controle=62,96%; intervenção=64%. Ao término dos 4 meses, no grupo controle a depressão moderada/grave atingiu 55,56%, enquanto no grupo intervenção, após as sessões com TCC, diminuiu para 12% (Tabela 7).

Tabela 7 – Grau de Depressão no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)

Nível de Depressão	Controle		Intervenção	
	Tempo 1 (n=27)	Tempo 2 (n=27)	Tempo 1 (n=25)	Tempo 2 (n=25)
Mínimo	5 (18,52%)	6 (22,22%)	3 (12%)	22 (88%)
Leve	5 (18,52%)	6 (22,22%)	6 (24%)	0 (0%)
Moderado	6 (22,22%)	4 (14,81%)	6 (24%)	2 (8%)
Grave	11 (40,74%)	11 (40,74%)	10 (40%)	1 (4%)
Moderado/Grave	17 (62,96%)	15 (55,56%)	16 (64%)	3 (12%)
Mínimo/Leve	10 (37,04%)	12 (44,44%)	9 (36%)	22 (88%)

N= número, %=porcentagem

Ao comparar a depressão entre grupos e tempo, observou-se a melhora no escore de depressão. Estima-se que a chance de atingir o nível mínimo/leve de depressão seja 13 vezes a mais após a finalização da intervenção em Terapia cognitivo comportamental ($p < 0,01$). Quando se observa o tempo 2 dos grupos intervenção e controle, estima-se que no grupo intervenção exista 9 vezes a mais de chance de alcançar o nível mínimo/leve em comparação ao controle ($p < 0,01$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparação dos níveis de depressão entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a melhor resposta possível (mínimo/leve)

Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	13,04	3,72	45,76	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,36	0,75	2,46	0,31
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,96	0,31	2,96	0,94
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	9,17	2,20	38,12	<0,01

Na Tabela 9 apura-se a mudança na depressão em 9 vezes a mais na chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p < 0,01$).

Tabela 9 – Comparação da mudança atingida nos níveis de depressão entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção

BDI					
Variável	Comparação	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
MUDANÇA NA DEPRESSÃO	Intervenção vs Controle	9,17	2,20	38,12	<0,01

considerando melhora/manteve bom *versus* não melhora/piora na depressão

4.4 Stress

Os estágios do estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e tipo de stress (físico, físico-psicológico, psicológico, sem stress) foram mensurados conforme o ISSL - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2005). Nota-se (Tabela 10) que o stress do tipo psicológico é o mais prevalente em ambos os grupos no tempo 1 (controle=74,07% e intervenção=72%). No tempo 2, o grupo controle se manteve similar com 72% e no grupo intervenção o índice diminuiu para 24%. A fase de stress mais prevalente em ambos os grupos no tempo 1 é a “fase resistência” (controle:44,44% e intervenção: 52%), onde a sensação do stress está presente em tempo indeterminado trazendo desgaste e cansaço (Lipp, 2005). No tempo 2 do grupo controle, o índice sobe para 52%. No tempo 2 do grupo intervenção, esse índice cai para 24%. Ao final do programa, 60% das pacientes que vivenciaram a intervenção psicológica com TCC passaram a ser classificadas sem stress, enquanto 92,59% do grupo controle, ao final dos 4 meses, apresentou stress em algum tempo mensurado.

Tabela 10 – Estágios e Fases do Stress no grupo controle e no grupo intervenção nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)

ISSL	Controle		Intervenção	
	Tempo 1 (n=27)	Tempo 2 (n=27)	Tempo 1 (n=25)	Tempo 2 (n=25)
<i>TIPO DE STRESS</i>				
FÍSICO	3 (11,11%)	5 (18,52%)	2 (8%)	4 (16%)
FÍSICO-PSICOLÓGICO	0 (0%)	2 (7,41%)	3 (12%)	0 (0%)
PSICOLÓGICO	20 (74,07%)	18 (66,67%)	18 (72%)	6 (24%)
SEM STRESS	4 (14,81%)	2 (7,41%)	2 (8%)	15 (60%)
<i>FASE DO STRESS</i>				
SEM STRESS	4 (14,81%)	2 (7,41%)	2 (8%)	15 (60%)
ALERTA	0 (0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)
RESISTÊNCIA	12 (44,44%)	18 (66,67%)	13 (52%)	6 (24%)
QUASE-EXAUSTÃO	9 (33,33%)	6 (22,22%)	7 (28%)	2 (8%)
EXAUSTÃO	2 (7,41%)	0 (0%)	3 (12%)	2 (8%)
<i>STRESS Q1</i>				
Não	20 (74,07%)	20 (74,07%)	14 (56%)	22 (88%)
Sim	7 (25,93%)	7 (25,93%)	11 (44%)	3 (12%)
<i>STRESS Q2</i>				
Não	6 (22,22%)	2 (7,41%)	2 (8%)	16 (64%)
Sim	21 (77,78%)	25 (92,59%)	23 (92%)	9 (36%)
<i>STRESS Q3</i>				
Não	9 (33,33%)	10 (37,04%)	11 (44%)	19 (76%)
Sim	18 (66,67%)	17 (62,96%)	14 (56%)	6 (24%)
<i>STRESS EM ALGUM QUADRO</i>				
Não	4 (14,81%)	2 (7,41%)	2 (8%)	15 (60%)
Sim	23 (85,19%)	25 (92,59%)	23 (92%)	10 (40%)

ISSL=Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; N=número; %=porcentagem; Q1=stress sentido em 24h; Q2=stress sentido dentro de uma semana; Q3=stress sentido dentro de um mês. Tempo 1= ao ingressar na pesquisa, tempo 2= após o período de 4 meses; Intervenção: tempo 1= ao iniciar a intervenção, tempo 2 = ao término das sessões de intervenção psicológica com TCC.

Estima-se que a chance de atingir o nível sem stress seja 17 vezes a mais após a finalização da intervenção em Terapia-cognitivo comportamental ($p<0,01$). Quando se observa o tempo 2 dos grupos intervenção e controle, estima-se que no grupo intervenção exista 18 vezes a mais de chance de alcançar o nível sem stress em comparação ao controle ($p<0,01$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Comparação dos níveis de stress entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de não stress em algum quadro (Q1: um dia, Q2: uma semana ou Q3: um mês)

Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	17,25	3,95	75,29	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	0,46	0,10	2,13	0,32
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,50	0,08	3,00	0,45
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	18,75	3,61	97,40	<0,01

Na Tabela 12 apura-se a mudança para o nível do stress saudável em 18 vezes a mais na chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p < 0,01$) e da fase de stress em 9 vezes a mais em comparação ao controle ($p < 0,01$).

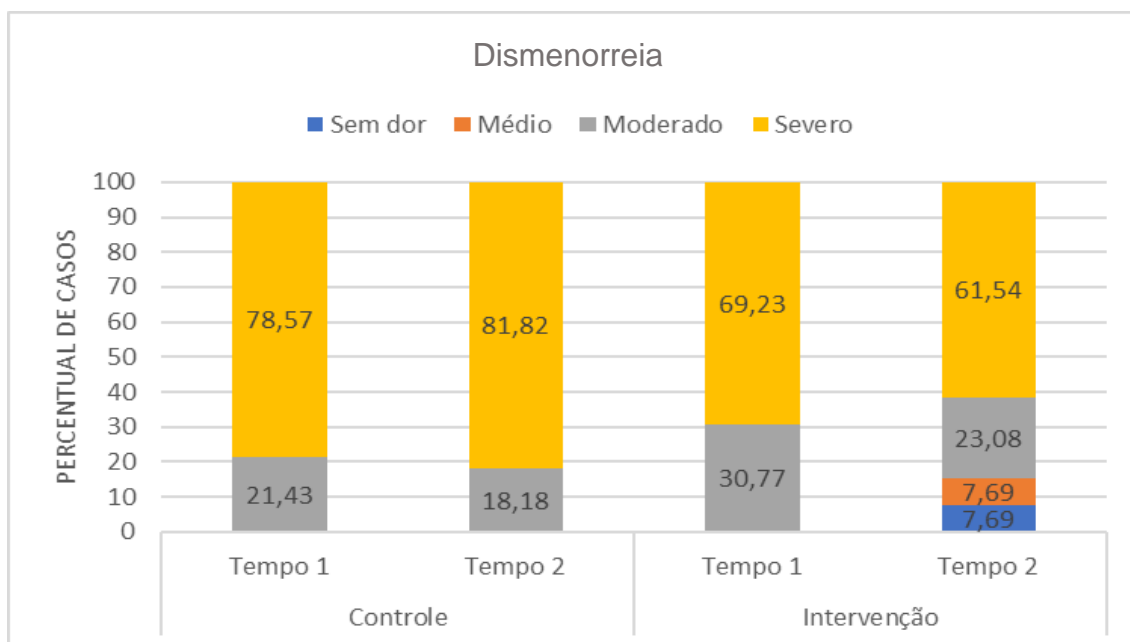
Tabela 12 – Comparação da mudança atingida nos níveis e fases do stress entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos grupos controle e intervenção

Variável	Comparação	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)	Valor-p	
MUDANÇA NO STRESS EM ALGUM QUADRO	Intervenção vs Controle	18,75	3,61	97,40	<0,01
MUDANÇA NA FASE DO STRESS	Intervenção vs Controle	9,05	2,57	31,84	<0,01

4.5 Dismenorreia e dor pélvica crônica

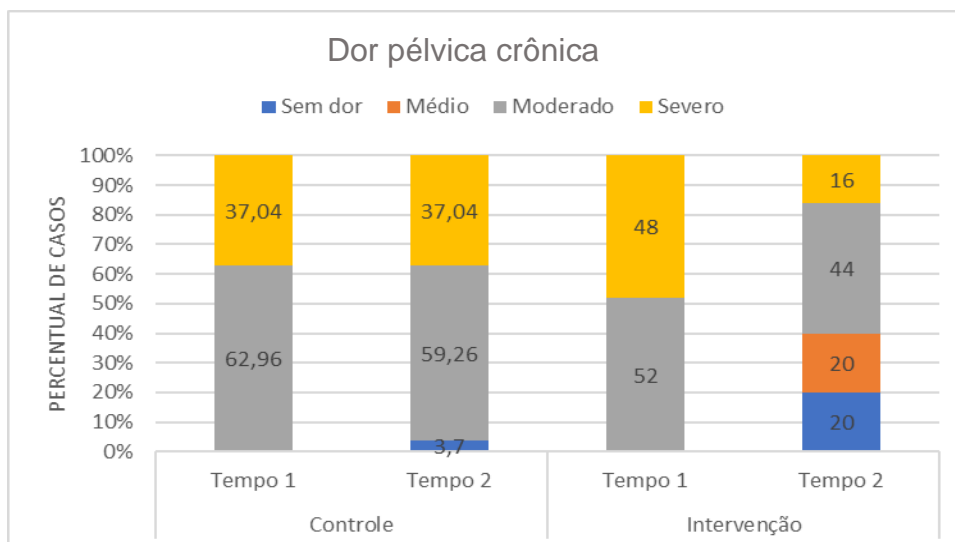
Dismenorreia e dor crônica foram aferidas através da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) (Huskisson, 1974) e classificada em sem dor (0), média (1-3), moderada (4-7) e severa (8-10). Como critério de inclusão foram consideradas as pacientes que classificavam a dor ≥ 5 (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 – Grau severo de dismenorreia em ambos os grupos e nos dois tempos. Ao final da intervenção houve leve alteração na escala de dor



Controle - tempo 1: preenchimento da EVA no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento da EVA após 4 meses). Intervenção - tempo 1: preenchimento da EVA no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento da EVA após a intervenção psicológica com TCC

Gráfico 2 – Grau severo de dor pélvica crônica em ambos os tempos do grupo controle. No grupo intervenção, após o programa (tempo 2) houve alteração da percepção de dor



Controle - tempo 1: preenchimento da EVA no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento da EVA após 4 meses). Intervenção - tempo 1: preenchimento da EVA no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento da EVA após a intervenção psicológica com TCC

Estima-se que a chance de atingir o nível sem dor seja 14 vezes a mais após a finalização da intervenção em Terapia-cognitivo comportamental ($p < 0,01$). Quando se observa o tempo 2 dos grupos intervenção e controle, estima-se que no grupo intervenção exista 8 vezes a mais de chance de alcançar o nível sem dor em comparação ao controle ($p < 0,01$) (Tabela 13).

Tabela 13 – Comparação do nível de dor pélvica crônica entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível (sem dor/dor severa)

Comparação	Bruto			Valor-p
	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	14,27	3,18	64,00	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	1,09	0,62	1,94	0,76
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	0,68	0,25	1,86	0,45
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	8,81	2,17	35,69	<0,01

A Tabela 14 evidencia a mudança do nível de dor pélvica em 17 vezes a mais na chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p < 0,01$).

Tabela 14 – Comparação da mudança atingida no nível de dor pélvica crônica entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo)

Variável	Comparação	Odds ratio	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
MUDANÇA NO NÍVEL DE DOR PELVICA CRÔNICA	Intervenção vs Controle	17,00	3,93	73,58	<0,01

4.6 Qualidade de Vida

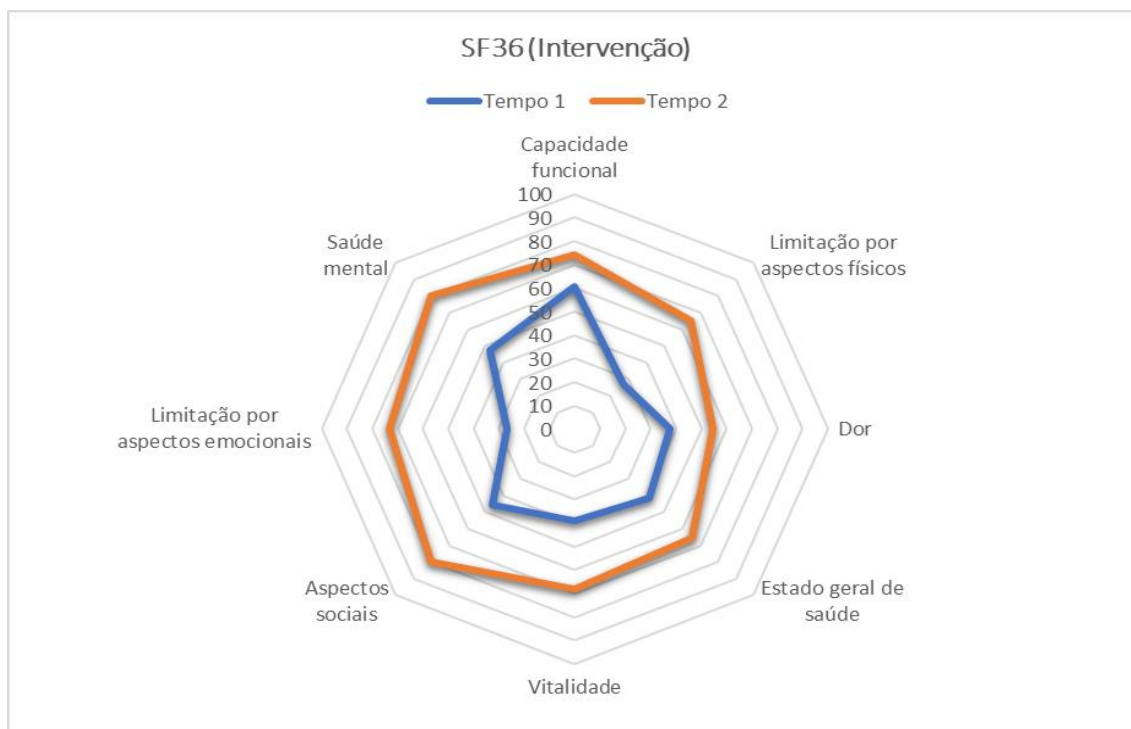
No grupo controle houve discreta mudança entre os escores dos tempos 1 e 2 (Gráfico 3) piora dos aspectos emocionais e leve melhora em limitação dos aspectos físicos, capacidade funcional e dor. No grupo intervenção o gráfico demonstra considerável mudança em praticamente todos os escores do SF-36 (Gráfico 4) capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental.

Gráfico 3 – Resultado do SF36 nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) do grupo controle



Controle - tempo 1: preenchimento do SF36 no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento do SF36 após 4 meses).

Gráfico 4 – Resultado do SF36 nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) no grupo intervenção



Intervenção - tempo 1: preenchimento do SF36 no momento da inclusão no estudo e tempo 2: preenchimento do SF36 após a intervenção psicológica com TCC.

É possível observar mudança positiva nos 8 domínios do SF36 conforme descrito detalhadamente na Tabela 15.

Tabela 15 – Comparação nos oito domínios do SF 36 (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental) entre grupos (intervenção e controle) e tempos (tempo 1: início do protocolo e tempo 2: final do protocolo) estimando a chance de melhor ou pior resposta possível

Capacidade funcional: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	13,20	5,40	21,00	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	5,00	-2,50	12,50	0,19
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	8,58	-4,20	21,36	0,18
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	16,78	4,00	29,56	0,01

Limitação por aspectos físicos: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	38,00	21,63	54,37	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	11,11	-4,64	26,87	0,16
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	1,07	-19,29	21,44	0,92
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	27,96	7,60	48,33	<0,01

Dor: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	17,28	9,74	24,82	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	3,44	-3,81	10,70	0,34
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	7,26	-4,04	18,56	0,20
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	21,09	9,79	32,40	<0,01

Estado geral de saúde: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	23,88	17,24	30,52	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	0,56	-5,84	6,95	0,86
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	4,55	-5,50	14,60	0,37
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	27,88	17,82	37,93	<0,01

Vitalidade: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	29,00	19,49	38,51	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	0,00	-9,15	9,15	0,99
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	10,11	-0,90	21,12	0,07
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	39,11	28,10	50,12	<0,01

Aspectos sociais: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	34,00	24,24	43,76	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	0,93	-8,47	10,32	0,84
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	5,72	-7,57	19,01	0,39
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	38,80	25,51	52,09	<0,01

Limitação por aspectos emocionais: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	46,67	31,51	61,82	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	-6,17	-20,76	8,41	0,40
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	-2,96	-22,66	16,73	0,76
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	49,88	30,18	69,57	<0,01

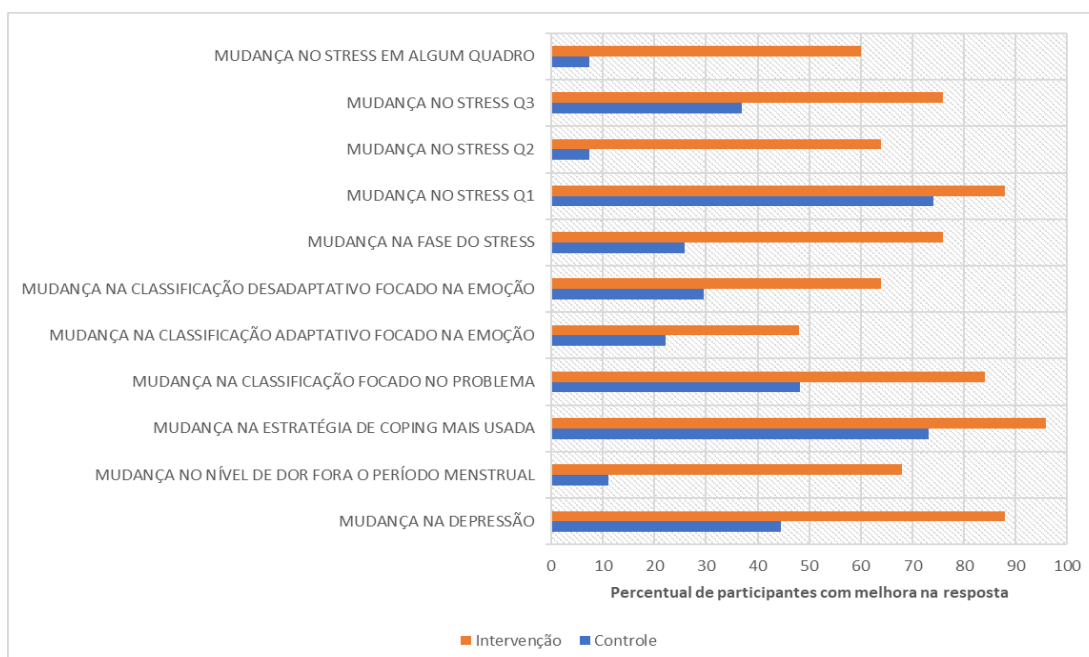
Saúde mental: comparando médias				
Comparação	Bruto			
	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Intervenção (Tempo 2 vs Tempo 1)	32,48	25,60	39,36	<0,01
Controle (Tempo 2 vs Tempo 1)	2,07	-4,55	8,70	0,53
Tempo 1 (Intervenção vs Controle)	7,68	-3,40	18,76	0,17
Tempo 2 (Intervenção vs Controle)	38,09	27,00	49,17	<0,01

A Tabela 16 mostra a mudança estimada em cada domínio do SF 36 nos tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo): mudança na limitação por aspectos físicos em 26 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p=0,02$); dor em 13 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p=0,01$); estado geral da saúde em 23 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,01$); vitalidade em 29 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,01$); aspectos sociais em 33 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,01$); limitação por aspectos emocionais em 52 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,01$); saúde mental em 30 vezes mais chance de melhora do grupo intervenção em comparação ao grupo controle ($p<0,01$) (Gráfico 5).

Tabela 16 – Comparação da diferença estimada na melhora dos domínios do SF36 entre os tempos 1 (início do protocolo) e 2 (final do protocolo) nos dois grupos

Variável	Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
Mudança na Capacidade funcional	Intervenção vs Controle	8,20	-2,85	19,25	0,14
Mudança na Limitação por aspectos físicos	Intervenção vs Controle	26,89	4,17	49,61	0,02
Mudança na Dor	Intervenção vs Controle	13,84	2,97	24,70	0,01
Mudança na Estado geral de saúde	Intervenção vs Controle	23,32	13,83	32,82	<0,01
Mudança na Vitalidade	Intervenção vs Controle	29,00	15,39	42,61	<0,01
Mudança nos Aspectos sociais	Intervenção vs Controle	33,07	19,22	46,93	<0,01
Mudança na Limitação por aspectos emocionais	Intervenção vs Controle	52,84	31,80	73,88	<0,01
Mudança na Saúde mental	Intervenção vs Controle	30,41	20,85	39,96	<0,01

Gráfico 5 – Apresentação geral dos dados na perspectiva de mudanças: o que e quanto houve de melhora ao comparar grupo controle e grupo intervenção



Q3=dentro do período de 1 mês no instrumento de Lipp (2005); Q2=dentro do período de 1 semana no instrumento de Lipp (2005); Q1=dentro do período de 24 horas no instrumento de Lipp (2005).

5 Discussão

Este estudo apresentou importantes mudanças positivas na saúde emocional da mulher com endometriose após a participação em programa de tratamento psicológico estruturado e conduzido por meio das estratégias e técnicas da terapia cognitivo-comportamental. Os resultados apresentados na melhora da forma de enfrentamento, escores de depressão, nível e tipo de stress, diminuição da percepção da dor crônica e melhora em aspectos da qualidade de vida, demonstraram que o uso da TCC é eficaz no tratamento psicológico das pacientes com endometriose. Tais resultados contribuem com lacunas até então apontadas em diversos estudos.

A revisão sistemática de Ruzala et al., (2022) apurou que a falta de satisfação na vida cotidiana é principalmente devido à dor constante. O processo de adaptação a uma vida com a endometriose está associado a emoções negativas, tendo muitas vezes, como consequências psicológicas, a depressão, ansiedade, impotência, culpa, violência autodirigida e deterioração das relações interpessoais. É necessário um cuidado multidisciplinar baseado em evidências. A doença pode tirar a capacidade de ser fisicamente ativo, impactando ações do cotidiano como estudar, trabalhar continuamente e interagir com os amigos. Os autores apontam o apoio social e a terapia cognitivo-comportamental como importantes ferramentas para o reequilíbrio emocional.

No atual estudo, foi possível observar que após a intervenção com TCC, verificou-se grande mudança nos domínios do SF36 (Tabela 15): capacidade funcional (16 vezes mais chance de melhora no grupo intervenção em relação ao grupo controle ($p > 0,01$)); limitação por aspectos físicos e saúde geral (ambos em 27 vezes mais chance de melhora no grupo intervenção em relação ao grupo controle ($p > 0,01$)); vitalidade (39 vezes mais chance de melhora no grupo intervenção em relação ao grupo controle ($p > 0,01$)); aspectos sociais (38 vezes mais chance de melhora no grupo intervenção em relação ao grupo controle ($p > 0,01$)).

A revisão sistemática de Kalfas et al., (2022) que explorou fatores psicossociais em relação à dor e qualidade de vida na endometriose, indicou que a catastrofização e a ansiedade estão associadas a maior dor, enquanto ansiedade e depressão estão relacionadas a pior qualidade de vida, sugerindo que tais fatores psicossociais precisam estar presentes no tratamento da endometriose, uma vez que melhorar o funcionamento emocional pode levar a melhorias na dor e na qualidade de vida desta população.

No atual estudo foi possível observar que a mudança no estilo de enfrentamento proporcionou considerável melhora no quadro psicológico geral. Pós-intervenção houve cerca de 16 vezes maior chance das pacientes utilizarem a estratégia de coping “focado no problema” em comparação ao grupo controle ($p < 0,01$) (Tabela 5), o que significa desenvolver uma atitude mais ativa e assertiva diante do próprio tratamento, imprimindo importante transformação na forma como as pacientes se percebiam e conduziam suas vidas, apesar da endometriose.

Rees, Kiemle & Slade (2022) estudaram as variáveis psicológicas e qualidade de vida nas mulheres com endometriose. A percepção das mulheres sobre sua capacidade de lidar com a dor e o quão incertas elas se sentiam sobre sua condição, foram fatores importantes na queda da qualidade de vida, principalmente no domínio físico. Conviver com a incerteza que a doença traz como o prognóstico, a possível infertilidade, tratamentos diversos e a dificuldade de lidar com a dor culminam no desenvolvimento da sensação de desamparo ou fracasso, sentindo-se incapazes de controlar tais aspectos. Como a alta incerteza da doença está associada a uma baixa autoeficácia da dor e queda na qualidade de vida, os autores entenderam que cuidar destes fatores em programas de psicoterapia são altamente indicados.

Durante a intervenção com as técnicas da TCC, nosso estudo teve enfoque em aspectos como fortalecimento da capacidade de lidar com a atual condição da endometriose, psicoeducação do modelo cognitivo e da endometriose e manejo da dor. Após os 4 meses do programa, foi possível verificar significativa mudança na melhora da qualidade de vida no grupo intervenção em comparação ao grupo controle, como por exemplo no domínio

'limitação por aspectos emocionais' e 'saúde mental' do SF36, onde estima-se a chance de melhora em 49 vezes ($p < 0,01$), e 38 vezes ($p < 0,01$), respectivamente, no tempo final diante da participação na intervenção psicológica (Tabela 15).

O estudo qualitativo de Márki et al., (2022) através de um trabalho focal com 4 grupos de mulheres com endometriose, conduzido por especialistas médicos e psicólogos, também constatou que a incerteza e a falta de informação sobre a endometriose são pontos de desafio trazendo dificuldades e significativo impacto na vida da mulher. Além da sobrecarga física, as pacientes relataram que as consequências psicológicas do convívio com a endometriose como a ansiedade, o estresse e a sensação de desamparo, por vezes se tornavam até mais desafiadores do que os próprios sintomas físicos. Em um quadro crônico, o estado emocional negativo moldou de modo prejudicial a maneira de pensar e conduzir a vida cotidiana, trazendo a sensação de impotência diante da saúde física-emocional. Os autores denotam que mudar o estilo de vida e assumir um papel ativo no autocuidado diante do quadro geral da endometriose é necessário para a recuperação emocional destas pacientes. Estratégias de enfrentamento ativas e focadas na solução, apoiadas por experiências médicas positivas, informações confiáveis e apoio social eficaz parecem ser a melhor diretriz. Programas de promoção da saúde e grupos de apoio gerenciados para facilitar o enfrentamento e crescimento pós-traumático em mulheres com endometriose são benéficos. O cumprimento dessas recomendações permitiria às mulheres viver uma vida assintomática, fértil e equilibrada diante da endometriose.

Além da melhora no estilo de enfrentamento encontrado em nosso estudo, os índices de estresse também alcançaram melhora no grupo intervenção. No início da coleta de informações nos grupos, foi possível observar que o stress do tipo psicológico era o mais prevalente em ambos os grupos no tempo 1 (controle=74,07% e intervenção=72%) (Tabela 10), porém após a intervenção (tempo 2 dos grupos intervenção e controle), este grupo atingiu 18 vezes mais a chance de alcançar o nível sem stress em comparação ao controle ($p < 0,01$) (Tabela 11). É possível inferir que a melhora no estilo de enfrentamento apresentou papel ativo na amenização do stress nas pacientes do grupo

intervenção, assim como nas demais variáveis: depressão, percepção da dor pélvica crônica e qualidade de vida (Gráfico 10).

O breve relatório de Broc & Porro (2022) apontou a necessidade de mais investigações longitudinais e prospectivas a fim de contribuir com o avanço em programas que auxiliem na diminuição da carga psicológica no convívio com a endometriose. Para os autores, a adaptação psicológica à endometriose depende muito do reconhecimento dos profissionais de saúde e familiares diante da dor e sofrimento das mulheres. Acreditam que combinar a clínica centrada no paciente com abordagens como a terapia cognitivo-comportamental se mostra promissor, assim como a capacitação e treinamento médico para identificar o sofrimento psíquico e encaminhar prontamente para tratamento psicológico visando mudança de comportamento, prevenção e cuidado da fadiga, mudança do estilo de vida, além de orientação nutricional, campanhas preventivas e de conscientização.

Em Brooks et al., (2021) identificaram que a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de aceitação e compromisso e as terapias de atenção plena foram mais comumente usadas por clínicos de saúde mental que trabalhavam com mulheres com condições persistentes de dor pélvica, apesar dos autores apontarem evidências severamente limitadas pela falta de estudos sobre o uso dessas intervenções psicológicas nesse grupo de clientes.

Acreditamos que os resultados gerais encontrados neste estudo auxiliem os próximos passos de desenvolvimento de um programa psicológico baseado nas estratégias e técnicas da TCC em vista das evidências de melhora nos aspectos citados e que possa guiar os profissionais de saúde neste encaminhamento e assegurar quanto a possibilidade positiva de mudança e fortalecimento emocional das pacientes beneficiadas.

O estudo prospectivo de 12 meses de Dowding et al., (2022) avaliou o bem-estar de mulheres australianas com dismenorreia, buscando entender o componente do impacto biopsicológico da dor pélvica. Os efeitos temporais de fatores psicológicos relacionados à dor na endometriose mostraram que o sofrimento emocional basal foi a única variável para prever a catastrofização da dor ($\beta = 0,24$, $p < 0,01$), incapacidade funcional da dor ($\beta = 0,16$, $p < 0,05$) e

sofrimento emocional concomitante ($\beta = .55$, $p < .001$) 12 meses depois, ajustando para idade e doença crônica. Os resultados sugerem que a presença de sofrimento emocional, ao invés de dor, é o mais importante preditor de sofrimento futuro e incapacidade em mulheres com endometriose.

A dor pélvica crônica e dismenorreia contribuem em grande parte com a piora da qualidade de vida e saúde emocional das pacientes. Neste estudo foi possível verificar que houve mudança em relação à dor pélvica crônica após a intervenção com as técnicas da TCC. No grupo intervenção 68% das pacientes apresentaram melhora na dor pélvica crônica, enquanto apenas 11% no grupo controle (Gráfico 10).

O sofrimento emocional também se evidencia e um dos aspectos que se destaca é a presença da depressão inicialmente em mais de 60% em ambos os grupos (Tabela 7), porém após a finalização da intervenção em TCC, o grupo intervenção atingiu 13 vezes mais o nível mínimo/leve de depressão em relação ao grupo controle ($p < 0,01$) (Tabela 8).

Em estudo clínico multicêntrico randomizado e controlado (Hansen et al., 2023), cinquenta e oito pacientes foram aleatoriamente designadas em três grupos - (1) Intervenção psicológica específica baseada em mindfulness e aceitação chamado "Mind Your ENDOmetriosis" (MY-ENDO), (2) Intervenção psicológica não específica que correspondia ao MY-ENDO em fatores como empatia, terapêutica de melhora, mas não incluindo mindfulness, (3) Grupo controle de lista de espera. O objetivo foi avaliar o efeito das intervenções psicológicas sobre a dor pélvica crônica e a qualidade de vida em mulheres com endometriose. O programa "MY-ENDO" foi desenvolvido especificamente para endometriose, constituído por 10 sessões de grupo semanais de 3 horas com educação do paciente sobre temas relacionados à endometriose, terapia de grupo focando nas experiências dos pacientes e nos mecanismos de enfrentamento em relação a esses temas. As estratégias utilizadas estavam baseadas na redução do estresse por meio do uso de mindfulness (MBSR) em combinação com terapia de aceitação e compromisso (ACT). Durante as sessões eram aplicadas uma variedade de exercícios de mindfulness e ioga, além disso, os participantes receberam um conjunto de apostilas e foram

encorajados a praticar 30-45 min de *mindfulness* e ioga em casa entre cinco e sete dias por semana. Neste estudo, a intervenção psicológica não reduziu a dor pélvica em mulheres que sofrem de endometriose, mas levou a melhorias na qualidade de vida como 'controle e impotência' ($P = 0,019$, $d = 0,78$), 'bem-estar emocional' ($P = 0,003$, $d=1,01$) e 'apoio social' ($P=0,042$, $d=0,66$), e melhora nos sintomas relacionados à endometriose como disquezia ($P = 0,047$, $d=0,43$), constipação ($P=0,045$, $d=0,47$) e náusea ($P=0,016$, $d=0,47$), apesar de uma experiência contínua de dor pélvica crônica grave.

A estratégia de *mindfulness* também esteve presente no protocolo de atendimento da intervenção deste estudo, a de número 8. De modo geral, foi uma sessão muito importante e aplicada de modo planejado no meio do programa para que as pacientes já pudessem chegar a esta sessão com um bom grau de entendimento do próprio funcionamento psíquico e para que tal sessão pudesse alavancar o processo de autoconhecimento e consciência corporal. É possível dizer que, na grande maioria dos atendimentos, a sessão 8 cumpriu sua função, tendo um resultado muito positivo para a maioria das pacientes que relataram a sensação alcançada nessa sessão.

Utilizando *Mindfulness* - brief *Mindfulness*-Based Intervention (bMBI), o estudo de Moreira et al. (2022) também alcançou um resultado positivo na melhora significativa no desconforto da dor (f de Cohen² = 0,67, NNT = 3,2), dor pélvica (f de Cohen² = 0,16, NNT = 5,3) e disquezia (f de Cohen² = 0,23, NNT = 2,9) imediatamente após o tratamento e diminuição de toda a dor relacionada à endometriose (f de Cohen² variando de 0,20 a 0,60 e NNT variando de 5 a -9) após o seguimento. Os autores também observaram efeito positivo do bMBI na dimensão saúde mental nas medidas de dois pontos de tempo (f de Cohen² = 0,34 e 0,25, NNT = 3,5 e 2,3) e vitalidade (f de Cohen² = 0,22, NNT = 2,1) após o seguimento. Entendendo assim que a utilização de bMBI é útil para gerenciar a dor relacionada à endometriose e restaurar o bem-estar psicológico das mulheres.

Ao complementar a utilização de *mindfulness* com demais técnicas da TCC aplicadas em nosso estudo, foi possível ampliar os efeitos positivos para as outras variáveis estudadas neste atual protocolo como os demais domínios do

SF36, depressão, stress e coping, demonstrando como a TCC foi eficaz em ampla melhora nas pacientes participantes do grupo intervenção.

Importante sugestão se fez presente no estudo de Boersen et al., (2021), onde todas as mulheres participantes dos grupos focais estruturados apontaram que a TCC deveria ser oferecida a pacientes submetidas à cirurgia de endometriose e que este poderia ser um trunfo para melhorar a qualidade de vida após a cirurgia. As participantes preferiram a terapia individual ou em grupo presencial, pontuando ser importante que o tratamento seja personalizado, adaptado individualmente às diferentes necessidades de cada paciente.

Desta forma, diante do levantamento dos atuais artigos e os resultados obtidos em nosso estudo, é possível inferir que a utilização da TCC no tratamento psicológico das mulheres com endometriose é benéfica na melhora das estratégias de enfrentamento (coping), dos sintomas emocionais (depressão e stress), qualidade de vida e percepção da dor pélvica crônica.

Os resultados obtidos abrem caminho para a construção de um modelo de tratamento psicológico passível de replicação neste ambulatório e em demais instituições especializadas no tratamento da endometriose, contribuindo para a melhora de um quadro que tem se mostrado extremamente desafiador no manejo clínico da paciente com endometriose e até então trabalhado de modo pouco estruturado: os aspectos emocionais.

Neste estudo foram utilizadas técnicas padrão da Terapia Cognitivo-comportamental, ponto de sugestão para ampliação de futuros estudos acrescentando estratégias da chamada terceira onda das terapias cognitivo-comportamentais como a DBT (Terapia Comportamental Dialética), TREC (Terapia Racional Emotiva Comportamental), ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso) e Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* para identificar possíveis potencializações de mudanças emocionais. Também foi possível observar que a quantidade de sessões (16 sessões) foi suficiente para a maioria das pacientes, mas é importante ressaltar que alguns atendimentos demandam mais que outros e, eventualmente ampliar o número de sessões pode ser benéfico para o resultado final em algumas situações. A utilização de instrumentos específicos para endometriose também poderia acrescentar

informações relevantes como, por exemplo, o Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30 (Mengarda et.al, 2008). Além disso, seria importante, em próximos estudos, ampliar o número da amostra trabalhada e ainda aplicar este protocolo paralelamente com outras abordagens da psicologia para avaliar os resultados aqui encontrados.

Esse protocolo com sessões estruturadas teve metas bem definidas na sua construção como: aprofundar o autoconhecimento sobre a doença e sobre o funcionamento psíquico da paciente, identificar os aspectos fragilizados do mundo interno, promover a reestruturação cognitiva dos pontos disfuncionais e capacitar as pacientes a continuarem sendo protagonistas das mudanças emocionais e comportamentais dos possíveis momentos difíceis que surgissem em suas vidas.

O cumprimento de tais objetivos durante as sessões, permitiram o desenvolvimento e/ou fortalecimento da sensação de autonomia diante da própria melhora, sendo essa uma das grandes estratégias para que o tratamento se tornasse além de efetivo, duradouro.

O processo de intervenção por meio das técnicas da terapia cognitivo-comportamental conduz a paciente para a ampliação do autoconhecimento, o contato com os aspectos positivos e negativos da personalidade, o entendimento do funcionamento psíquico e com isso, a possibilidade de transformação pessoal e o desenvolvendo de melhores estratégias de enfrentamento diante dessa condição, contribuindo assim com a melhora dos sintomas consequentes da endometriose.

Espera-se que esse novo protocolo de atendimento psicológico por meio da TCC que trouxe melhora nos aspectos emocionais como a forma de enfrentamento, depressão, stress, dor pélvica crônica e qualidade de vida das pacientes com endometriose, contribua para novas pesquisas, uma vez que pode ser replicado e foi construído com base em evidências.

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo brasileiro que avaliou a eficácia da TCC diante da melhora das estratégias de coping em mulheres com endometriose e que apresentou uma estrutura de sessões para atendimento individual utilizando a TCC em pacientes que sofrem com essa doença.

6 Conclusões

De acordo com os resultados de nossa pesquisa, concluímos que:

- a) A utilização da terapia cognitivo-comportamental trouxe resultados positivos mostrando-se benéfica na melhora do quadro emocional geral da mulher com endometriose e dor pélvica crônica.
- b) A terapia cognitivo-comportamental teve efeito positivo na mudança e melhora:
 - a) da forma de enfrentamento (*coping*)
 - b) dos níveis de depressão
 - c) das fases de estresse
 - d) da qualidade de vida
 - e) do nível de dor pélvica

7 Anexos

Anexo A – Aprovação do Projeto



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica.

Pesquisador: Sérgio Podgaec

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93357518.2.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.879.122

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo prospectivo com avaliação de intervenção, com finalidade acadêmica (doutorado) a ser desenvolvido no setor de Endometriose da Divisão da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas de São Paulo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores: "Avaliar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pacientes com endometriose e dor pélvica crônica."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como justificado pelos pesquisadores, o estudo é de risco mínimo, pois envolve a participação em processo de psicoterapia conduzido por profissional preparado e treinado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem delineado em termos de revisão de literatura, justificativa, objetivos e metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos em conformidade com a resolução vigente. TCLE (dois) redigidos de forma clara e em linguagem acessível às participantes.

Recomendações:

Recomenda-se inserir os emails do pesquisador responsável e da pesquisadora executante em

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 2.879.122

ambos TCLEs.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – 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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1102910.pdf	04/07/2018 13:37:19		Aceito
Folha de Rosto	FR_SERGIO_PODGAEC.pdf	04/07/2018 13:35:38	Sérgio Podgaec	Aceito
Outros	cadastro_on_line.pdf	28/06/2018 12:57:47	Sérgio Podgaec	Aceito
Outros	aprovacao_cep.pdf	28/06/2018 12:57:01	Sérgio Podgaec	Aceito
Outros	questionarios_projeto.doc	16/05/2018 09:01:54	Sérgio Podgaec	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CORRIGIDO.doc	16/05/2018 09:01:21	Sérgio Podgaec	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Lilian.doc	16/05/2018 08:50:16	Sérgio Podgaec	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_intervencao.doc	28/03/2018 11:23:46	Sérgio Podgaec	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_controle.doc	28/03/2018 11:23:31	Sérgio Podgaec	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 2.879.122

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:

ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2661-7585

Fax: (11)2661-7585

E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - grupo intervenção

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – grupo intervenção

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

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

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

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA
 Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica.
2. PESQUISADOR: **Lilian Donatti**
CARGO/FUNÇÃO: Pós-Graduanda do Departamento da Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA Nº: 06/65847

UNIDADE DO HCFMUSP: Disciplina de Ginecologia HCFMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 MESES

5. SOBRE A PESQUISA:

5.1 – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA

Você está sendo convidada, de forma voluntária, para participar desta pesquisa que tem como objetivo verificar se o tratamento psicológico ajuda na mudança da forma como a mulher com endometriose convive com esta doença no seu dia-a-dia e se é possível alcançar uma melhor qualidade de vida.

5.2 – PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS:

Você participará de 01 encontro semanal durante 4 meses (serão 16 encontros ao todo), onde no primeiro dia preencherá alguns questionários e nos seguintes será submetida à encontros preparados com técnicas da psicologia (processo de terapia ou psicoterapia). No ultimo dia preencherá novamente os mesmos questionários do início para efeito de comparação dos resultados alcançados.

5.3 – RISCOS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS:

Os riscos de participar de um processo de psicoterapia são mínimos, pois este é conduzido por profissional preparado e treinado.

5.4 –DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS:

A pesquisa não oferece risco ou desconforto. As situações emocionais que surgirão durante o processo serão tratadas no período da pesquisa, tendo a pesquisadora inteira disponibilidade para trabalhar e/ou esclarecer qualquer aspecto que se faça necessário.

5.5 – BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo com a construção de um tratamento psicológico adequado e direcionado às mulheres com endometrioses, ajudando assim a busca da melhora da qualidade de vida de quem passa por essa situação. Você estará ajudando futuras pacientes em seu tratamento psicológico. Concordando em participar do

modo descrito, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Caso não concorde em participar desta pesquisa, sua decisão não influenciará, de modo algum, o seu tratamento. Salientamos ainda, que você tem a liberdade de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízos a seu cuidado e que terá direito de acesso sobre os eventuais resultados desta pesquisa e toda assistência necessária caso assim o desejar. Os pesquisadores estarão à sua disposição para quaisquer esclarecimentos no endereço abaixo especificado. 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: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX:3069-6442ramal26–E-mail:cappesq@hcnet.usp.br

5.6 - CUSTOS:

Você não terá custos ao participar do estudo.

5.7 – TRATAMENTO ALTERNATIVO:

Não existem diferenças nos tratamentos realizados em virtude de sua participação ou não neste estudo.

6 - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Sua participação no presente estudo é voluntária. Você pode optar por não participar ou interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem sanção nem perda de benefícios aos quais pudesse ter direito. Se decidir interromper antes de terminar o estudo, será solicitado voltar ao consultório/hospital para uma visita final.

O pesquisador assegura TOTAL sigilo e privacidade quanto aos dados armazenados e obtidos com este estudo.

A pesquisadora, psicóloga **Lilian Donatti** poderá retirá-la do estudo sem o seu consentimento, caso você deixe de seguir o esquema do estudo.

7. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

A psicóloga **Lilian Donatti** estará à sua disposição, a qualquer momento, para discutir as dúvidas que possa ter a respeito de sua endometriose, este estudo e sua participação. O consultório da psicóloga Lilian Donatti fica na Rua Banco das Palmas, 409, Santana. O

telefone de seu consultório é (11) 2977.2589, durante o horário comercial.

Se o desenho do estudo ou o uso da informação forem alterados ou se surgir alguma descoberta significativa durante o estudo que possam afetar seu desejo em participar, você será informada e será obtido novamente o seu consentimento.

Se tiver quaisquer dúvidas sobre seus direitos como indivíduo de pesquisa ou queixas referentes a este estudo, você deverá telefonar para: Lilian Donatti: Rua Banco das Palmas, 409, Santana, (11) 2977.2589.

8 - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

9 - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, reconheço que li e compreendi a informação precedente descrevendo este estudo. Minhas dúvidas foram satisfatoriamente esclarecidas e estou assinando este termo de consentimento livre e esclarecido indicando meu desejo de participar. Compreendo que receberei uma cópia assinada deste termo.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, não abdiquei de nenhum de meus direitos legais aos quais eu pudesse fazer jus como participante de um estudo de pesquisa.

São Paulo, de de .

Assinatura do paciente/representante
legal

Data ___ / ___ / ___

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - grupo controle

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – grupo controle

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

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

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

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Intervenção psicológica por meio da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica.

2. PESQUISADOR: **Lilian Donatti**

CARGO/FUNÇÃO: Pós-Graduanda do Departamento da Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA Nº: 06/65847

UNIDADE DO HCFMUSP: Disciplina de Ginecologia HCFMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 MESES

5. SOBRE A PESQUISA:

5.1 – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA

Você está sendo convidada, de forma voluntária, para participar desta pesquisa que tem como objetivo verificar se o tratamento psicológico ajuda na mudança da forma como a mulher com endometriose convive com esta doença no seu dia-a-dia e se é possível alcançar uma melhor qualidade de vida.

5.2 – PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS:

No dia agendado, você preencherá alguns questionários sobre depressão, stress, dor, qualidade de vida e forma de enfrentamento de situações no seu dia-a-dia. Após o período de quatro meses será contatada para retornar e preencher outros questionários do mesmo assunto. Esse intervalo se faz necessário para verificar se houve alguma mudança em alguns destes resultados.

5.3 – RISCOS RELACIONADOS AOS PROCEDIMENTOS:

Os riscos de participar do preenchimento destes questionários são mínimos. Você estará sendo acompanhada por profissional preparado e treinado.

5.4 –DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS:

A pesquisa não oferece risco ou desconforto. A pesquisadora terá inteira disponibilidade para esclarecer qualquer aspecto que se faça necessário.

5.5 – BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo com a construção de um tratamento psicológico adequado e direcionado às mulheres com endometrioses, ajudando assim a busca da melhora da qualidade de vida de quem passa por essa situação. Você estará ajudando futuras pacientes em seu tratamento psicológico. Concordando em participar do modo descrito, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos

financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Caso não concorde em participar desta pesquisa, sua decisão não influenciará, de modo algum, o seu tratamento. Salientamos ainda, que você tem a liberdade de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízos a seu cuidado e que terá direito de acesso sobre os eventuais resultados desta pesquisa e toda assistência necessária caso assim o desejar. Os pesquisadores estarão à sua disposição para quaisquer esclarecimentos no endereço abaixo especificado. 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: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX:3069-6442ramal26–E-mail:cappesq@hcnet.usp.br

5.6 - CUSTOS:

Você não terá custos ao participar do estudo.

5.7 – TRATAMENTO ALTERNATIVO:

Não existem diferenças nos tratamentos realizados em virtude de sua participação ou não neste estudo.

6 - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

Sua participação no presente estudo é voluntária. Você pode optar por não participar ou interromper sua participação no estudo a qualquer momento, sem sanção nem perda de benefícios aos quais pudesse ter direito. Se decidir interromper antes de terminar o estudo, será solicitado voltar ao consultório/hospital para uma visita final.

O pesquisador assegura TOTAL sigilo e privacidade quanto aos dados armazenados e obtidos com este estudo.

A pesquisadora, psicóloga **Lilian Donatti** poderá retirá-la do estudo sem o seu consentimento, caso você deixe de seguir o esquema do estudo.

7. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

A psicóloga **Lilian Donatti** estará à sua disposição, a qualquer momento, para discutir as dúvidas que possa ter a respeito de sua endometriose, este estudo e sua participação. O

consultório da psicóloga Lilian Donatti fica na Rua Banco das Palmas, 409, Santana. O telefone de seu consultório é (11) 2977.2589, durante o horário comercial.

Se o desenho do estudo ou o uso da informação forem alterados ou se surgir alguma descoberta significativa durante o estudo que possam afetar seu desejo em participar, você será informada e será obtido novamente o seu consentimento.

Se tiver quaisquer dúvidas sobre seus direitos como indivíduo de pesquisa ou queixas referentes a este estudo, você deverá telefonar para: Lilian Donatti: Rua Banco das Palmas, 409, Santana, (11) 2977.2589.

8 - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

9 - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, reconheço que li e compreendi a informação precedente descrevendo este estudo. Minhas dúvidas foram satisfatoriamente esclarecidas e estou assinando este termo de consentimento livre e esclarecido indicando meu desejo de participar. Compreendo que receberei uma cópia assinada deste termo.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, não abdiquei de nenhum de meus direitos legais aos quais eu pudesse fazer jus como participante de um estudo de pesquisa.

São Paulo, de de .

Assinatura do paciente/representante
legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Anexo D – Instrumentos

COPE Breve

Estamos interessados em saber a maneira como você está tentando lidar com uma situação difícil. Cada item abaixo refere-se a uma maneira específica de lidar com essa situação. Avalie cada item separadamente, respondendo com as opções 1, 2, 3 ou 4 dentro dos parênteses. Responda as questões da forma mais sincera possível.

1 = Não tenho feito de jeito nenhum

2 = Tenho feito um pouco

3 = Tenho feito mais ou menos

4 = Tenho feito bastante

- () 1. Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para me distrair.
- () 2. Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação na qual me encontro.
- () 3. Tenho dito a mim mesmo(a): “isto não é real”.
- () 4. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me sentir melhor.
- () 5. Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas.
- () 6. Estou desistindo de enfrentar a situação.
- () 7. Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação.
- () 8. Tenho me negado a acreditar que essa situação tenha acontecido.
- () 9. Tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos desagradáveis.
- () 10. Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.
- () 11. Tenho consumido álcool ou outras drogas para me ajudar a superar a situação.
- () 12. Tenho tentado enxergar a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva.
- () 13. Tenho me criticado.
- () 14. Tenho tentado criar uma estratégia em relação ao que fazer.
- () 15. Tenho recebido conforto e compreensão de alguém.
- () 16. Estou desistindo de tentar enfrentar a situação.
- () 17. Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo.
- () 18. Tenho feito piadas sobre a situação.

- () 19. Tenho feito coisas para pensar menos na situação como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado(a), dormir ou ir às compras.
- () 20. Tenho aceitado a realidade do fato acontecido.
- () 21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.
- () 22. Tento tentado encontrar conforto em minha religião ou crenças espirituais.
- () 23. Tenho tentado obter conselho ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.
- () 24. Tenho aprendido a conviver com esta situação.
- () 25. Tenho pensado bastante sobre os passos que irei dar.
- () 26. Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram.
- () 27. Tenho orado ou meditado.
- () 28. Tenho ridicularizado a situação.

BDI-II Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Data: _____

—

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0,1,2,3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

1. Tristeza**0** Não me sinto triste.**1** Eu me sinto triste grande parte do tempo.**2** Estou triste o tempo todo.**3** Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.**2. Pessimismo****0** Não estou desanimada a respeito do meu futuro.**1** Eu me sinto mais desanimada a respeito do meu futuro do que de costume.**2** Não espero que as coisas dêem certo para mim.**3** Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.**3. Fracasso passado****0** Não me sinto uma fracassada.**1** Tenho fracassado mais do que deveria.**2** Quando penso no passado vejo muitos fracassos.**3** Sinto que como pessoa, sou um fracasso total.**4. Perda de prazer****0** Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.**1** Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.**2** Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.**3** Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.**5. Sentimentos de culpa****0** Não me sinto particularmente culpada.**1** Eu me sinto culpada a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.**2** Eu me sinto culpada a maior parte do tempo.**3** Eu me sinto culpada o tempo todo.**6. Sentimentos de punição****0** Não sinto que estou sendo punida.**1** Sinto que posso ser punida.**2** Eu acho que serei punida.**3** Sinto que estou sendo punida.

7. Auto-estima

- 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesma.
- 1 Perdi a confiança em mim mesma.
- 2 Estou desapontada comigo mesma.
- 3 Não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
- 1 Estou sendo mais crítica comigo mesma do que costumava ser.
- 2 Eu me critico por todos os meus erros.
- 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9. Pensamentos ou desejos suicidas

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que chorava antes.
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2 Choro por qualquer coisinha.
- 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

11. Agitação

- 0 Não me sinto mais inquieta ou agitada do que me sentia antes.
- 1 Eu me sinto mais inquieta ou agitada do que me sentia antes.
- 2 Eu me sinto tão inquieta ou agitada que é difícil ficar parada.
- 3 Estou tão inquieta ou agitada que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessada pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritada do que o habitual.
- 1 Estou mais irritada do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritada do que o habitual.
- 3 Fico irritada o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansada ou fatigada do que o habitual.
- 1 Fico cansada ou fatigada mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto cansada ou fatigada para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansada ou fatigada para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessada em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessada em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Emmanuel Novaes Lipp - Casa do Psicólogo - 2005

Nome: _____ Data: _____

QUADRO 1**a) Assinalar com (F 1) os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS**

- () 1. MÃO E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE (muito suor, suadeira)
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA (dificuldade para dormir)
- () 9. TAQUICARDIA (batedeira no peito)
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO (respirar ofegante, rápido)
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA (pressão alta)
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

b) Assinalar com (P 1) os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO
- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

QUADRO 2**a) Assinalar com um (F 2) os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA:**

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (problemas de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (pressão alta)
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2**b) Assinalar com um (P 2) os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA:**

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (sem vontade de sexo)

QUADRO 3**a) Assinalar com um (F 3) os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS:**

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA (dificuldade para dormir)
- () 4. NÁUSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS (problemas de pele)
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE
- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

b) Assinalar com um (P 3) os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS:

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGUSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Data: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral (disposição física, saúde emocional), agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

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

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

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

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

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

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

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

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

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais	1	2	3	4	5

facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

8 Referências

Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

Boersen Z, de Kok L, van der Zanden M, Braat D, Oosterman J, Nap A. Patients' perspective on cognitive behavioural therapy after surgical treatment of endometriosis: a qualitative study. *Reprod Biomed Online*. 2021 Apr;42(4):819-825. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.01.010. Epub 2021 Jan 18. PMID: 33602590.

Brasil DL, Montagna E, Trevisan CM, La Rosa VL, Laganà AS, Barbosa CP, Bianco B, Zaia V. Psychological stress levels in women with endometriosis: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Minerva Med*. 2020 Feb;111(1):90-102. doi: 10.23736/S0026-4806.19.06350-X. Epub 2019 Nov 12. PMID: 31755674.

Brasileiro SV, Orsini MR, Cavalcante JA, Bartholomeu D, Montiel JM, Costa PS, Costa LR. Controversies Regarding the Psychometric Properties of the Brief COPE: The Case of the Brazilian-Portuguese Version "COPE Breve". *PLoS One*. 2016 Mar 23;11(3):e0152233. doi: 10.1371/journal.pone.0152233. PMID: 27007646; PMCID: PMC4805194.

Broc G, Porro B. Psychological adaptation in women with endometriosis: current knowledge and future research perspectives. *Psychol Health Med*. 2023 Feb;28(2):509-516. doi: 10.1080/13548506.2022.2113103. Epub 2022 Aug 17. PMID: 35975949.

Brooks T, Sharp R, Evans S, Baranoff J, Esterman A. Psychological Interventions for Women with Persistent Pelvic Pain: A Survey of Mental Health Clinicians. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Jul 7;14:1725-1740. doi: 10.2147/JMDH.S313109. PMID: 34262286; PMCID: PMC8275108.

Buggio L, Barbara G, Facchin F, Frattaruolo MP, Aimi G, Berlanda N. Self-management and psychological-sexological interventions in patients with endometriosis: strategies, outcomes, and integration into clinical care. *Int J Womens Health*. 2017 May 2;9:281-293. doi: 10.2147/IJWH.S119724. PMID: 28496368; PMCID: PMC5422563.

Carbone MG, Campo G, Papaleo E, Marazziti D, Maremmani I. The Importance of a Multi-Disciplinary Approach to the Endometriotic Patients: The Relationship between Endometriosis and Psychic Vulnerability. *J Clin Med*. 2021 Apr 10;10(8):1616. doi: 10.3390/jcm10081616. PMID: 33920306; PMCID: PMC8069439.

Casalechi M, Vieira-Lopes M, Quessada MP, Arão TC, Reis FM. Endometriosis and related pelvic pain: association with stress, anxiety and depressive

symptoms. *Minerva Obstet Gynecol.* 2021 Jun;73(3):283-289. doi: 10.23736/S2724-606X.21.04704-3. PMID: 34008383.

Ciconelli, R.M. et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure. *Ver Bras Reumatol* (1999) 39.

DAVIDIAN, M.; GILTINAN, D. M. *Nonlinear models for repeated measurement data.* London: Chapman and Hall, 1995. 359p.

Delanerolle G, Ramakrishnan R, Hapangama D, Zeng Y, Shetty A, Elneil S, Chong S, Hirsch M, Oyewole M, Phiri P, Elliot K, Kothari T, Rogers B, Sandle N, Haque N, Pluchino N, Silem M, O'Hara R, Hull ML, Majumder K, Shi JQ, Raymont V. A systematic review and meta-analysis of the Endometriosis and Mental-Health Sequelae; The ELEMI Project. *Womens Health (Lond).* 2021 Jan-Dec;17:17455065211019717. doi: 10.1177/17455065211019717. PMID: 34053382; PMCID: PMC8182632.

Donatti L, Ramos DG, Andres MP, Passman LJ, Podgaec S. Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain. *Einstein (Sao Paulo).* 2017;15(1):65-70. doi: 10.1590/S1679-45082017AO3911. PMID: 28444092; PMCID: PMC5433310.

Donatti L, Malvezzi H, Azevedo BC, Baracat EC, Podgaec S. Cognitive Behavioral Therapy in Endometriosis, Psychological Based Intervention: A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022 Mar;44(3):295-303. English. doi: 10.1055/s-0042-1742406. Epub 2022 May 16. PMID: 35576938.

Dowding C, Mikocka-Walus A, Skvarc D, Van Niekerk L, O'Shea M, Olive L, Druitt M, Evans S. The temporal effect of emotional distress on psychological and physical functioning in endometriosis: A 12-month prospective study. *Appl Psychol Health Well Being.* 2022 Nov 4. doi: 10.1111/aphw.12415. Epub ahead of print. PMID: 36333097.

Dydyk AM, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. 2023 Apr 1. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32119472.

Evans S, Dowding C, Olive L, Payne LA, Druitt M, Seidman LC, Skvarc D, Mikocka-Walus A. Pain catastrophizing, but not mental health or social support, is associated with menstrual pain severity in women with dysmenorrhea: A cross-sectional survey. *Psychol Health Med.* 2022 Jul;27(6):1410-1420. doi: 10.1080/13548506.2021.1948581. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34190659.

Friggi Sebe Petrelluzzi K, Garcia MC, Petta CA, Ribeiro DA, de Oliveira Monteiro NR, Céspedes IC, Spadari RC. Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012 Dec;33(4):191-8. doi: 10.3109/0167482X.2012.729625. Epub 2012 Oct 25. PMID: 23094607.

Fairbanks F, Abdo CH, Baracat EC, Podgaec S. Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients.

Gynecol Endocrinol. 2017 Jul;33(7):544-547. doi: 10.1080/09513590.2017.1302421. Epub 2017 Mar 28. PMID: 28347195.

Geller S, Levy S, Ashkeloni S, Roeh B, Sbiet E, Avitsur R. Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 26;18(7):3453. doi: 10.3390/ijerph18073453. PMID: 33810403; PMCID: PMC8037734.

Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG. Diagnosis and Treatment of Endometriosis. (S2k Level, AWMF Registry Number 015/045, August 2020). *Geburtsh Frauenheilk* 2021; 81: 422–446

Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004 Jul;57(1):35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7. PMID: 15256293.

Hansen KE, Kesmodel US, Kold M, Forman A. Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*. 2017 Apr 3;69(2):100–9.

Hedeker D, Gibbons RD. A random-effects ordinal regression model for multilevel analysis. *Biometrics*. 1994 Dec;50(4):933-44. PMID: 7787006.

Hosmer, D. and Lemeshow, S. (2000) *Applied Logistic Regression* (Second Edition). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*, v. 2, p.1127-1131, 1974.

Kalfas M, Chisari C, Windgassen S. Psychosocial factors associated with pain and health-related quality of life in Endometriosis: A systematic review. *Eur J Pain*. 2022 Oct;26(9):1827-1848. doi: 10.1002/ejp.2006. Epub 2022 Jul 22. PMID: 35802060; PMCID: PMC9543695.

Kold M, Hansen T, Vedsted-Hansen H, Forman A. Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis. *Nordic Psychology*. 2012 Mar 1;64(1):2–16.

Koller D, Pathak GA, Wendt FR, Tylee DS, Levey DF, Overstreet C, Gelernter J, Taylor HS, Polimanti R. Epidemiologic and Genetic Associations of Endometriosis With Depression, Anxiety, and Eating Disorders. *JAMA Netw Open*. 2023 Jan 3;6(1):e2251214. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.51214. PMID: 36652249; PMCID: PMC9856929.

Lipp MEN. *Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Lorençatto C, Vieira MJ, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo [Evaluation of pain and depression in women with endometriosis after a multi-professional group intervention]. *Rev Assoc Med*

Bras (1992). 2007 Sep-Oct;53(5):433-8. Portuguese. doi: 10.1590/s0104-42302007000500020. PMID: 17952353.

Mallorquí A, Martínez-Zamora MA, Carmona F. Anhedonia in endometriosis: An unexplored symptom. *Front Psychol.* 2022 Sep 2;13:935349. doi: 10.3389/fpsyg.2022.935349. PMID: 36118502; PMCID: PMC9481352.

Marques, A. A. Qualidade de vida de mulheres com endometrioses através do SF-36. 2002. 74f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, 2002.

Marqui ABT de. Non-pharmacological approach to pain in endometriosis. *Revista Dor.* 2014;15(4).

Maulitz L, Stickeler E, Stickel S, Habel U, Tchaikovski SN, Chechko N. Endometriosis, psychiatric comorbidities and neuroimaging: Estimating the odds of an endometriosis brain. *Front Neuroendocrinol.* 2022 Apr;65:100988. doi: 10.1016/j.yfrne.2022.100988. Epub 2022 Feb 22. PMID: 35202605.

Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire--EHP-30) [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 Aug;30(8):384-92. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008000800003. PMID: 19142521.

Morán-Sánchez I, Adoamnei E, Sánchez-Ferrer ML, Prieto-Sánchez MT, Arenal-Gonzalo JJ, Casanova-Mompeán V, Carmona-Barnosi A, Mendiola J, Torres-Cantero AM. Is dispositional optimism associated with endometriomas and deep infiltrating endometriosis? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2021 Mar;42(1):50-56. doi: 10.1080/0167482X.2020.1729732. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32081052.

Moreira MF, Gamboa OL, Pinho Oliveira MA. A single-blind, randomized, pilot study of a brief mindfulness-based intervention for the endometriosis-related pain management. *Eur J Pain.* 2022 May;26(5):1147-1162. doi: 10.1002/ejp.1939. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35276031.

Podgaec, S. Coleção Febrasgo: Endometriose. RJ: Elsevier, 2014.

Pope CJ, Sharma V, Sharma S, Mazmanian D. A Systematic Review of the Association Between Psychiatric Disturbances and Endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015 Nov;37(11):1006-15. doi: 10.1016/s1701-2163(16)30050-0. PMID: 26629721.

Rees, M., Kiemle, G., & Slade, P. (2022). Psychological variables and quality of life in women with endometriosis. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 43(1), 58–65. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1784874>.

Ruszała, M.; Dłuski, D.F.; Winkler, I.; Kotarski, J.; Rechberger, T.; Gogacz, M. The State of Health and the Quality of Life in Women Suffering from Endometriosis. *J. Clin. Med.* 2022, 11, 2059. <https://doi.org/10.3390/jcm11072059>

Schall, R. (1991). Estimation in generalized linear models with random effects, *Biometrika*, v. 78, n.4, p. 719-727

The SAS system for Windows. Release 9.4. SAS Inst., Cary, NC. 2013.

van Barneveld E, Manders J, van Osch FHM, van Poll M, Visser L, van Hanegem N, Lim AC, Bongers MY, Leue C. Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022 Feb;31(2):219-230. doi: 10.1089/jwh.2021.0021. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34077695.

Volker C, Mills J. Endometriosis and body image: Comparing people with and without endometriosis and exploring the relationship with pelvic pain. *Body Image*. 2022 Dec;43:518-522. doi: 10.1016/j.bodyim.2022.10.014. Epub 2022 Nov 11. PMID: 36375365.

Wu S, Wang X, Liu H, Zheng W. Efficacy of cognitive behavioral therapy after the surgical treatment of women with endometriosis: A preliminary case-control study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Dec 23;101(51):e32433. doi: 10.1097/MD.00000000000032433. PMID: 36595829; PMCID: PMC9794269.

Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1244-1256. doi: 10.1056/NEJMra1810764. PMID: 32212520.