

Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, estresse e dor pélvica

Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain

Lilian Donatti¹, Denise Gimenez Ramos¹, Marina de Paula Andres², Leigh Jonathan Passman³, Sérgio Podgac^{2,4}

RESUMO

Objetivo: Observar a correlação entre estratégias de enfrentamento, depressão, níveis de estresse e percepção de dor em pacientes com endometriose. **Métodos:** Estudo prospectivo e exploratório, que incluiu 171 mulheres em tratamento por endometriose entre abril e agosto de 2014. Foram utilizadas as escalas: COPE Breve, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e a Escala Visual Analógica. Os dados clínicos foram coletados do prontuário eletrônico. **Resultados:** Pacientes com endometriose que utilizaram estratégias positivas de enfrentamento apresentaram melhor adaptação ao estresse ($p < 0,004$) e menos depressão ($p < 0,004$). A presença e a intensidade da depressão, do estresse e da dor pélvica estiveram diretamente associadas ($p < 0,05$). A intensidade da dismenorreia foi associada com o grau de depressão ($p < 0,001$), enquanto a intensidade da dor pélvica acíclica esteve associada com o grau de depressão ($p < 0,001$), nível de estresse ($p < 0,001$) e tipo de estresse ($p < 0,001$). **Conclusão:** Houve associação positiva entre *coping*, níveis de depressão, tipo e níveis de estresse e intensidade da dor nas pacientes com endometriose. A utilização de estratégias de *coping* desadaptativa focada na emoção está correlacionada com o aumento da depressão e do estresse.

Descritores: Endometriose; Adaptação psicológica; Depressão; Estresse psicológico; Dor pélvica

ABSTRACT

Objective: To determine the correlations between coping strategies, depression, stress levels and pain perception in patients with endometriosis. **Methods:** This prospective and exploratory study

included 171 women undergoing treatment for endometriosis between April and August 2014. The questionnaires used were Brief COPE, Beck Depression Inventory, Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults and Visual Analogue Scale. Clinical data were collected from electronic medical records. **Results:** Patients with endometriosis who used positive coping strategies had better adaptation to stress ($p < 0.004$) and less depression ($p < 0.004$). The presence and intensity of depression, stress and acyclic pelvic pain were directly associated ($p < 0.05$). The intensity of dysmenorrhea was associated with the degree of depression ($p < 0.001$), whereas acyclic pelvic pain was associated with the degree of depression ($p < 0.001$), stress level ($p < 0.001$) and stress type ($p < 0.001$). **Conclusion:** We found a positive association between coping, depression levels, type and levels of stress and pain intensity in patients with endometriosis. The use of maladaptive coping strategies focused on emotion is correlated with increase in depression and stress.

Keywords: Endometriosis; Adaptation, psychological; Depression; Stress, psychological; Pelvic pain

INTRODUÇÃO

Endometriose é uma doença inflamatória crônica caracterizada pela presença de células endometriais fora da cavidade uterina. A prevalência exata da endometriose é desconhecida e acomete de 2 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, podendo chegar a aproximadamente 50% naquelas com dor pélvica.^(1,2) O diagnóstico e a convivência com a doença podem envolver diversos

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade da Califórnia, Los Angeles, CA, Estados Unidos.

⁴ Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Marina de Paula Andres – Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – Cerqueira César – CEP: 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil – Tel.: (11) 2661-6209 – E-mail: marina.dpandres@gmail.com

Data de submissão: 7/11/2016 – Data de aceite: 28/1/2017

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3911

âmbitos da vida da mulher: físico,⁽³⁻⁵⁾ emocional,^(6,7) conjugal, sexual,^(8,9) profissional^(10,11) e psicológico.^(3-5,12-14)

A comprovação da doença é, sem dúvida, um divisor de águas na vida emocional destas mulheres, sendo fundamental um diagnóstico rápido e preciso, a fim de abreviar o sofrimento e a angústia da espera por respostas e planos de tratamento. Para isto, a avaliação clínica, seguida por exames específicos de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, permite aos especialistas a definição da estratégia terapêutica adequada.⁽¹⁵⁾

Diversas são as pesquisas que abordam o tema da endometriose, porém observa-se que há uma lacuna no aspecto psicológico da doença.⁽¹⁾ No entanto, sabemos que tratar os sintomas emocionais junto dos físicos pode trazer grandes benefícios, tornando o resultado terapêutico mais assertivo.⁽¹²⁾ Baseando-se na teoria da psicossomática, é sabido que não é possível dissociar a influência que a mente causa no corpo e vice-versa, em uma proporção única e indissolúvel.⁽¹²⁾ Assim, há uma tendência para se considerarem psicossomáticas todas as doenças, na medida em que elas envolvem a inter-relação contínua entre corpo e mente em sua origem, desenvolvimento e cura.

Estudos que abordam o lado psicológico da endometriose tratam de questões como baixa qualidade de vida das pacientes,^(10,14,16-18) incluindo prejuízo nas relações interpessoais e afetivas;^(6,16) dificuldades na sexualidade;^(9,19) perdas profissionais;^(10,11) depressão e ansiedade;^(3,7,20) sofrimento diante do reconhecimento da dificuldade de cura;⁽²¹⁾ formas de enfrentamento da doença;⁽⁴⁾ presença constante da dor e estresse;^(4,5,22,23) importância da terapia e do apoio em grupo;^(3,5,12-14) e outras terapias complementares, as quais visam amenizar a dor e a ansiedade, como acupuntura e técnicas de relaxamento,^(24,25) exercícios físicos⁽²⁶⁾ e mudança de hábitos alimentares.⁽¹⁾

Entender como as pacientes convivem com a endometriose e conhecer suas formas de enfrentamento parece ser o início de um importante caminho, a fim de desenvolver um tratamento integral, dando subsídio para futuras intervenções.

OBJETIVO

Observar a correlação entre estratégias de enfrentamento, depressão, níveis de estresse e percepção de dor em pacientes com endometriose.

MÉTODOS

Este foi um estudo prospectivo e exploratório, com abordagem metodológica quantitativa. A pesquisa foi apro-

vada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o parecer 701.681/2014, número do CAAE: 26209813.7.0000.5482, assim como pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com parecer 741.946/2014, número do CAAE: 26209813.7.3001.0068.

Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2014, no ambulatório do setor de endometriose do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas. Os critérios de inclusão foram mulheres com idade entre 18 e 45 anos, com imagem sugestiva de lesão de endometriose por meio da ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal ou ressonância magnética de pelve, realizada no Hospital das Clínicas por equipe especializada, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram erros no preenchimento dos questionários e prontuários incompletos.

Durante o período de estudo, foram atendidas 523 pacientes no ambulatório de endometriose. Destas, foram selecionadas 191 pelos critérios de inclusão, as quais responderam os questionários, todos aplicados presencialmente pela mesma pesquisadora e, após aplicados os critérios de exclusão, 171 pacientes foram incluídas no estudo.

Os dados epidemiológicos e clínicos foram levantados do prontuário eletrônico. Os sintomas típicos relacionados à presença da doença (dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia de profundidade, alteração intestinal cíclica, alteração urinária cíclica e infertilidade) foram graduados de zero a 10, através da Escala Visual Analógica (EVA).⁽²⁷⁾ A intensidade da dor foi classificada de leve (1 a 3 pontos), moderada (4 a 7 pontos) ou severa (8 a 10 pontos). O tipo de endometriose foi classificado como superficial (quando identificadas apenas lesões com infiltração menor que 5mm do peritônio), ovariana (na presença da endometriose cística ovariana e ausência de lesão profunda) ou profunda (lesões com infiltração maior que 5mm).⁽²⁸⁾

A seguir, foram aplicados os questionários COPE Breve,⁽⁶⁾ Inventário de Depressão de Beck (BDI - *Beck Depression Inventory*):⁽²⁹⁾ e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL).⁽³⁰⁾ O COPE Breve⁽⁶⁾ é um questionário com 28 questões de múltipla escolha, medindo a frequência com que a paciente executa ou não determinados comportamentos descritos, e cujo resultado culmina em apresentar seu modo de enfrentamento (*coping*), que pode ser “focado no problema” (o que é considerado positivo); “adaptativo focado na emoção” (também positivo, mas as emoções podem

afetar a ação) ou “desadaptativo focado na emoção” (considerado negativo, pois há comportamento de fuga ou esquiva dos problemas). O BDI⁽²⁹⁾ é um instrumento de autoavaliação composto de 21 itens referentes a sintomas e atitudes que identificam a presença ou a ausência de depressão. O resultado é apresentado em pontuação, que pode ser de zero 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). O ISSL⁽³⁰⁾ é um instrumento que se divide em três blocos e que avalia um grupo de sintomas experimentados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês. O resultado classifica o estresse em fases, designadas como alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão; e ainda a qualidade deste estresse, podendo ser físico, psicológico ou físico-psicológico.

Análise estatística

Os dados obtidos foram processados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Cada uma das escalas aplicadas foi corrigida de acordo com seus respectivos manuais, obtendo-se resultados gerais expressos de acordo com as categorias indicadas pelos autores. As variáveis qualitativas foram comparadas com o teste χ^2 . O nível de significância adotado foi de 0,05 para todas as variáveis.

RESULTADOS

A média etária das pacientes incluídas foi $35,9 \pm 5,6$ anos, sendo a maioria delas casadas (44,4%) e com Ensino Médio completo (48,2%). O acometimento da endometriose foi superficial em 2,9%, ovariano em 18,2% ou profundo em 78,8% dos casos. Dentre os sintomas apresentados, 42,7% tinham infertilidade, 87,1% dismenorrea e 90,6% dor pélvica crônica, sendo esta última classificada como severa ($EVA > 7$) em 39,8%.

Quanto ao aspecto emocional, a maioria nunca passou por tratamento psicológico (93,6%) ou psiquiátrico (87,1%). Dentre as pacientes incluídas, 66,3% (n=108) utilizaram uma estratégia positiva de *coping* “focada no problema”, 26,9% (n=44) *coping* adaptativo focado na emoção e 6,7% (n=11) *coping* desadaptativo focado na emoção. A maioria das mulheres (53,8%) tinha algum grau de depressão, sendo mínimo/leve em 68,4% e moderado/grave em 31,6%. De forma semelhante, a maioria delas apresentava estresse (62,5%) e 41,5% demonstraram estresse do tipo psicológico.

No intuito de verificar como as formas de enfrentamento influenciaram na depressão, no estresse e na dor por conta da endometriose, foram realizados cruzamentos entre as variáveis estudadas, a fim de observar a existência de associação entre elas.

Ao analisar a tabela 1, entende-se que o estresse em nível grave influenciou na ação e na tomada de decisões no enfrentamento das situações do cotidiano. As pacientes mais estressadas foram aquelas que se utilizaram mais de uma estratégia desadaptativa no enfrentamento das situações, enquanto as menos estressadas resolveram suas questões focando no problema ($p < 0,004$). Já quanto às variáveis *coping* e depressão, observou-se que quanto mais deprimida a paciente, mais ela adotava uma estratégia desadaptativa para lidar com os problemas do dia a dia ($p < 0,004$).

Tabela 1. Associação do *coping* com níveis de estresse e depressão em mulheres com endometriose

Característica	COPE breve			Valor de p
	Focado no problema (n=108)	Adaptativo focado na emoção (n=44)	Desadaptativo focado na emoção (n=11)	
Nível de estresse*				
Sem estresse (n=62)	43 (69,4)	18 (29,0)	1 (1,6)	<0,004 [†]
Alerta/resistência (n=83)	56 (67,5)	22 (26,5)	5 (6,0)	
Exaustão/quase exaustão (n=18)	9 (50,0)	4 (22,2)	5 (27,8)	
Nível de depressão [‡]				
Mínimo/leve (n=112)	83 (76,9)	28 (63,6)	1 (9,1)	<0,004 [§]
Moderado/grave (n=51)	25 (23,1)	16 (36,4)	10 (90,9)	

* Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; [†] teste χ^2 : 15,364; [‡] Inventário de Depressão de Beck; [§] teste χ^2 : 22,043.

Em relação à depressão e ao estresse, houve associação entre o nível de estresse e o grau de depressão ($p < 0,001$; tabela 2). O estresse psicológico teve prevalência de 66,7% naquelas que apresentavam depressão moderada/grave e de 29,9% naquelas com depressão mínima/leve, mostrando associação significativa entre o tipo de estresse com o grau de depressão ($p < 0,0001$).

Tabela 2. Associação entre tipo/nível do estresse e níveis de depressão em mulheres com endometriose

Estresse*	Níveis de depressão [†]		Total (n=171)	Valor de p
	Mínimo/leve (n=117)	Moderado/grave (n=54)		
Tipo				
Sem estresse	59 (50,4)	5 (9,2)	64 (37,4)	<0,0001 [‡]
Físico	19 (16,2)	5 (9,2)	24 (14,0)	
Psicológico	35 (29,9)	36 (66,8)	71 (41,5)	
Físico e psicológico	4 (3,4)	8 (14,8)	12 (7,0)	
Nível				
Sem estresse	59 (50,4)	5 (9,2)	64 (37,4)	<0,001 [§]
Alerta/resistência	53 (45,2)	36 (66,8)	89 (52,0)	
Exaustão/quase exaustão	5 (4,2)	13 (24,0)	18 (10,5)	

* Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); [†] Inventário de Depressão de Beck; [‡] Teste χ^2 : 33,734; [§] Teste χ^2 : 36,871.

Quanto aos sintomas da doença, a intensidade da dor da dismenorrea esteve diretamente relacionada com a presença e a gravidade da depressão. Em 91,7% das pacientes com dor severa (EVA>7), esteve presente um quadro depressivo moderado ou grave ($p<0,001$; tabela 3).

A presença de dor pélvica crônica também esteve associada com as fases, os tipos do estresse e a depressão (Tabela 4). Apenas 20,3% das mulheres com dor pélvica crônica em qualquer intensidade apresentaram estresse, no entanto, quando a dor foi classificada como severa, a prevalência chegou a 78,2%. Além disso, foi observado que quanto mais grave o estresse, maior a pontuação na escala analógica de dor ($p<0,001$).

Todas as pacientes com endometriose e depressão grave apresentaram queixa clínica de dor pélvica e, quanto mais grave foi o quadro de depressão, maior foi a percepção da dor crônica ($p<0,001$).

Tabela 3. Associação entre nível de dismenorrea e depressão em mulheres com endometriose

Dismenorrea (EVA)*	Níveis de depressão [†]			Valor de p [‡]
	Mínimo/leve (n=104)	Moderado/grave (n=48)	Total (n=152)	
Não	3 (2,9)	0 (0)	3 (2,0)	
Leve/moderada	27 (26,0)	4 (8,3)	31 (20,4)	<0,001
Severa	74 (71,2)	44 (91,7)	118 (77,6)	

* EVA: 1-3 pontos para dor leve; 4-7 pontos para dor moderada; 8-10 pontos para dor severa; [†] Inventário de Depressão de Beck; [‡] teste χ^2 : 24,178. EVA: Escala Visual Analógica.

Tabela 4. Associação entre dor pélvica crônica, nível de depressão, nível e tipo de estresse em mulheres com endometriose

n (%)	Dor pélvica crônica (EVA)*			Valor de p	
	Sem dor (n=16)	Leve/moderada (n=87)	Severa (n=68)		
Nível do estresse [†]					
Sem estresse	64 (37,4)	13 (20,3)	34 (53,1)	17 (26,6)	
Alerta/resistência	89 (52,0)	3 (3,4)	49 (55,1)	37 (41,6)	<0,001 [‡]
Exaustão/quase exaustão	18 (10,5)	0 (0)	4 (22,2)	14 (77,8)	
Tipo de estresse [†]					
Sem estresse	64 (37,4)	13 (20,3)	34 (53,1)	17 (26,6)	
Físico	24 (14,0)	1 (4,2)	11 (45,8)	12 (50,0)	<0,001 [§]
Psicológico	71 (41,5)	2 (2,8)	32 (45,1)	37 (52,1)	
Físico/psicológico	12 (7,0)	0 (0)	10 (83,3)	2 (16,7)	
Depressão [†]					
Mínimo/leve	117 (68,4)	16 (13,7)	66 (56,4)	35 (29,9)	<0,001
Moderado/grave	54 (31,6)	0 (0)	21 (38,9)	33 (61,1)	

* EVA: 1-3 pontos para dor leve; 4-7 pontos para dor moderada; 8-10 pontos para dor severa; [†] Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; [‡] teste χ^2 : 26,996; [§] teste χ^2 : 24,178; ^{||} teste χ^2 : 18,656. EVA: Escala Visual Analógica.

DISCUSSÃO

Até aonde temos conhecimento, este é o primeiro estudo que correlaciona *coping*, depressão, estresse e dor pél-

vica na endometriose. Mello⁽³¹⁾ estudou *coping* em 30 pacientes com endometriose e encontrou 60% delas fazendo uso de estratégias assertivas de *coping*. Em nossos dados, encontramos 66,3% das mulheres utilizando-se de estratégias de *coping* assertivas focadas no problema. Os índices são bastante próximos e apontam semelhança na atitude destas pacientes.

A prevalência anual de depressão na população geral varia entre 3 e 11%.⁽³²⁾ Em pacientes de cuidados primários em saúde, este número fica em 10% e, em pacientes internados por qualquer doença física, varia entre 22 e 33%. Observa-se ainda que a prevalência de depressão é de duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens.⁽³²⁾ Em pesquisas que relacionaram endometriose e depressão, dois estudos mostraram índices semelhantes em pacientes com endometriose e dor pélvica: o primeiro⁽²⁰⁾ encontrou frequência de 86% de depressão, sendo 52% moderada/grave; o segundo⁽⁷⁾ observou prevalência de 86,5% de depressão, sendo 63,5% moderada/grave. No presente estudo, a prevalência de pacientes com depressão foi 53,8%, sendo 31,6% de depressão moderada ou grave. A diferença pode estar relacionada ao fato destas pacientes estarem sendo assistidas em um centro terciário no tratamento da endometriose e aproximadamente 80% delas apresentarem lesões do tipo profunda, que é a forma mais agressiva da doença.

Não foi encontrada nenhuma pesquisa que utilizasse o questionário de Lipp⁽³⁰⁾ para medir o estresse em pacientes com endometriose, mas há estudos que, utilizando-se de outros métodos, também evidenciaram alto índice de estresse nestas mulheres.^(14,22,23) Neste estudo, observamos que 62,2% das mulheres incluídas apresentaram estresse, sendo o do tipo psicológico predominante em 41,5% dos casos.

Quanto à dor, diversos estudos abordam o binômio deste sintoma com endometriose. Martin et al.⁽⁴⁾ estudaram 115 mulheres com endometriose e dor pélvica crônica, e avaliaram dor, qualidade de vida e os fatores psicossociais que incluíam o estilo de enfrentamento catastrófico. No geral, 43,5% das participantes pontuaram nível moderado a grave em “catastrofização”. O grau de catastrofização foi um preditor significativo de dor durante o seguimento: entre as mulheres que apresentavam catastrofização severa na avaliação inicial, o grau de dor foi maior no início e término do estudo, em comparação aos graus moderado e leve de catastrofização. Além disso, apenas aquelas com os graus leve ($p<0,001$) e moderado ($p<0,001$) de catastrofização tiveram redução dos sintomas dolorosos em 1 ano.

Os resultados sugerem que fatores biopsicossociais, especificamente a catastrofização, podem desempenhar um papel fundamental na experiência da dor em

mulheres com endometriose associada à dor intratável. Os autores apontam que, dentro da literatura sobre dor, existe um debate se a catastrofização é uma causa ou uma consequência da dor crônica.⁽⁴⁾ Concluem que, até o momento, não existem estudos longitudinais que analisem se a catastrofização é modificada por um estado de dor persistente. Ficou claro ainda que as mulheres com dor pélvica severa muitas vezes têm comorbidades, como dor muscular do assoalho pélvico e uma má qualidade de vida. Por fim, Martin et al. salientam que, devido ao pequeno tamanho da amostra, não puderam investigar as contribuições conjuntas e independentes de outras variáveis psicossociais conhecidas (por exemplo, histórias de trauma e abuso) e indicam que, como os fatores psicológicos tiveram uma influência significativa sobre o relatório de dor, estudos maiores são urgentemente necessários para examinar as contribuições dos domínios neurobiológicos e psicossociais na gênese e no tratamento de estados de dor persistente em mulheres com endometriose.⁽⁴⁾

Na presente análise, 87,1% das pacientes tinham dismenorrea e 90,6% dor pélvica crônica. Encontramos associação entre intensidade da dor e depressão: entre aquelas com depressão moderada ou grave, 91,7% tinham dismenorrea severa ($p < 0,001$) e 61,1% dor pélvica crônica severa ($p < 0,001$). A intensidade dos sintomas dolorosos também se associou com a presença e intensidade de estresse. Além disso, depressão e estresse foram associados entre si, sendo o psicológico o tipo de estresse que prevaleceu nesta relação.

De forma semelhante, Lorençatto et al.⁽³⁾ estudaram 128 mulheres com endometriose e mostraram que 76,6% delas tinham dor associada à depressão. Ao final de uma intervenção formada por dez encontros semanais, que incluíram exercícios de fisioterapia e atividades psicológicas baseadas na abordagem cognitiva comportamental, identificaram uma diminuição significativa dos escores de dor e depressão.

Evidenciamos, em nosso estudo, que pacientes que utilizaram estratégias positivas de enfrentamento da doença tiveram menos estresse e depressão. Isto pode ser devido ao fato de que a depressão e o estresse em níveis mais graves tendem a causar maior vulnerabilidade emocional. Este resultado é de importância clínica relevante, pois sugere que instituir uma intervenção para auxiliar estas pacientes a desenvolverem estratégias de *coping* assertivas pode auxiliar na melhora da depressão e do estresse e, desta forma, trazer melhora no tratamento destas mulheres.

Este estudo apresentou algumas limitações: a instituição em que a pesquisa foi realizada é um centro terciário de referência para o tratamento da endometriose, de modo que a maioria das pacientes incluídas apresentava casos graves da doença, o que poderia ser fator im-

portante de viés nos resultados obtidos. O fato de não haver estudos semelhantes na literatura limita a comparação e extrapolação dos resultados obtidos. Por fim, o tamanho da amostra e o desenho do estudo também são fatores importantes, pelo fato de não contemplarem um grupo controle para comparação das variáveis.

O presente estudo confirma a importância de se tratar a endometriose do ponto de vista psicossomático, pois seus sintomas afetam a paciente em níveis físicos e emocionais, de modo concomitante, como comprovamos por meio da associação entre as variáveis estudadas. A endometriose é uma doença de múltiplas facetas e influencia na vida das pacientes em diversos níveis, devendo, portanto, ser cuidada nesta mesma dimensão.

CONCLUSÃO

Nós observamos uma associação entre *coping*, depressão, tipo e níveis de estresse, e intensidade da dor nas pacientes com endometriose. Desta forma, o tratamento clínico da doença deveria incluir a abordagem psíquica dos sintomas, com intervenção baseada na teoria de *coping* e redução de estresse, contribuindo para a diminuição da depressão e dos sintomas relacionados à endometriose.

REFERÊNCIAS

1. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, Hummelshoj L, Prentice A, Saridogan E; ESHRE Special Interest Group for Endometriosis and Endometrium Guideline Development Group. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod.* 2005;20(10):2698-704.
2. Fuldeore MJ, Soliman AM. Prevalence and Symptomatic Burden of Diagnosed Endometriosis in the United States: National Estimates from a Cross-Sectional Survey of 59,411 Women. *Gynecol Obstet Invest.* 2016 Nov 8. [Epub ahead of print].
3. Lorençatto C, Vieira MJ, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of pain and depression in women with endometriosis after a multi-professional group intervention]. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2007;53(5):433-8. Portuguese.
4. Martin CE, Johnson E, Wechter ME, Leserman J, Zolnoun DA. Catastrophizing: a predictor of persistent pain among women with endometriosis at 1 year. *Hum Reprod.* 2011;26(11):3078-84.
5. Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. *Am Psychol.* 2014;69(2):105-18.
6. Thomas E, Moss-Morris R, Faquhar C. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 2006;60(1):109-12.
7. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;142(1):53-6.
8. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res.* 2007;17(5):571-85.
9. Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169(2):392-6.
10. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L; WERF EndoCost Consortium., Simoons S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* 2013;28(10):2677-85.

11. Hansen KE, Kesmodel US, Baldursson EB, Schultz R, Forman A. The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: a study of Danish endometriosis patients in employment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169(2):331-9.
12. Norman SA, Lumley MA, Dooley JA, Diamond MP. For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in a randomised trial among women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med.* 2004;66(2):174-83.
13. Kaatz J, Solari-Twadell PA, Cameron J, Schultz R. Coping with endometriosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(2):220-5; quiz 225-6.
14. Friggi Sebe Petrelluzzi K, Garcia MC, Petta CA, Ribeiro DA, de Oliveira Monteiro NR, Céspedes IC, et al. Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012;33(4):191-8.
15. Goncalves MO, Podgaec S, Dias JA Jr, Gonzalez M, Abrao MS. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers affected in cases of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod.* 2010;25(3):665-71.
16. Fernandez I, Reid C, Dziurawiec S. Living with endometriosis: the perspective of male partners. *J Psychosom Res.* 2006;61(4):433-8.
17. Minson FP, Abrão MS, Sardá Júnior J, Kraychete DC, Podgaec S, Assis FD. [Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(1):11-5. Portuguese.
18. Jia SZ, Leng JH, Shi JH, Sun PR, Lang JH. Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. *J Ovarian Res.* 2012;5(1):29.
19. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from endometriosis. *Qual Health Res.* 2007;17(5):571-85.
20. Lorencatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain]. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2002;48(3):217-21. Portuguese.
21. Skuladottir H, Halldorsdottir S. Women in chronic pain: sense of control and encounters with health professionals. *Qual Health Res.* 2008;18(7):891-901. Review.
22. Cuevas M, Flores I, Thompson KJ, Ramos-Ortolaza DL, Torres-Reveron A, Appleyard CB. Stress exacerbates endometriosis manifestations and inflammatory parameters in an animal model. *Reprod Sci.* 2012;19(8):851-62.
23. Toth B. Stress, inflammation and endometriosis: are patients stuck between a rock and a hard place? *J Mol Med (Berl).* 2010;88(3):223-5.
24. Rubi-Klein K, Kucera-Sliutz E, Nissel H, Bijak M, Stockenhuber D, Fink M, et al. Is acupuncture in addition to conventional medicine effective as pain treatment for endometriosis? A randomised controlled cross-over trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;153(1):90-3.
25. Wayne PM, Kerr CE, Schnyer RN, Legedza AT, Savetsky-German J, Shields MH, et al. Japanese-style acupuncture for endometriosis-related pelvic pain in adolescents and young women: results of a randomized sham-controlled trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21(5):247-57.
26. Bellelis P, Dias JA Jr, Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC, Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis - a case series. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2010;56(4):467-71.
27. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;2(7889):1127-31.
28. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril.* 1997;68(4):585-96. Review.
29. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-94.
30. Lipp ME. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
31. Mello MA. Endometriose: percepção da doença e estratégias de enfrentamento. [Dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
32. Fleck MP, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF; Associação Médica Brasileira. [Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version)]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25(2):114-22. Review.