

CAROLINA LORENÇATTO BASSANI

**INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GRUPO ÀS
MULHERES COM ENDOMETRIOSE: RELATO DE
EXPERIÊNCIA E AVALIAÇÃO DE DOR E DEPRESSÃO**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**Unicamp
2007**

CAROLINA LORENÇATTO BASSANI

**INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GRUPO ÀS
MULHERES COM ENDOMETRIOSE: RELATO DE
EXPERIÊNCIA E AVALIAÇÃO DE DOR E DEPRESSÃO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**Unicamp
2007**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Unicamp**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

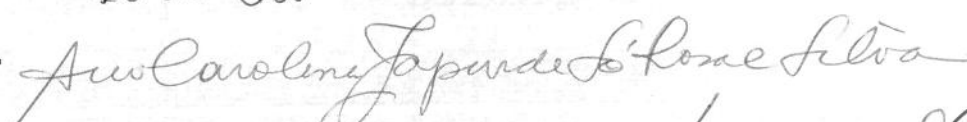
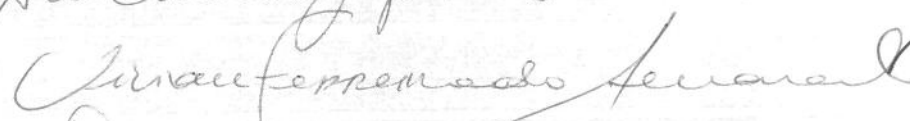
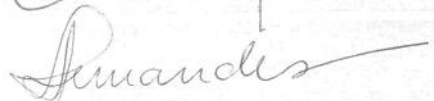
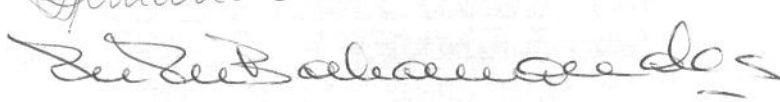
B293i	Bassani, Carolina Lorençatto Intervenção multiprofissional em grupo as mulheres com endometriose: relato de experiência e avaliação de dor e depressão / Carolina Lorençatto Bassani. Campinas, SP: [s.n.], 2007. Orientador: Carlos Alberto Petta Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Endometriose. 2. Dor pélvica. 3. Depressão. 4. Grupos de Auto-Ajuda. 5. Qualidade de vida. I. Petta, Carlos Alberto. II. Univerrrsidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	---

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: CAROLINA LORENÇATTO BASSANI

Orientador: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 11/06/2007

200740226

Dedico este trabalho...

... Aos meus pais, Ademir e Maria, minha gratidão e orgulho.

... Ao meu irmão Rodolfo, por sua amizade, admiração e ajuda oportuna.

... Ao meu esposo Alexandre,

... À minha luz, minha alegria de todas as horas, Maria Fernanda.

Agradecimentos

A todas as mulheres com endometriose do Ambulatório de Endometriose do CAISM, que, através de seu sofrimento físico e emocional tornaram possível a idealização e realização deste trabalho. Obrigada pelo conhecimento adquirido e colaboração a este estudo.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Petta, pela confiança e paciência ao longo desta jornada; pela disponibilidade, atenção e ensinamentos. Minha admiração por sua dedicação profissional, atitude humana com as mulheres com endometriose e por acreditar no trabalho multiprofissional.

À querida Maria José, pessoa admirável por suas qualidades profissionais e pessoais. Esteve presente desde o começo, apoiando, incentivando e colaborando para a realização deste trabalho. Obrigada pela oportunidade de estar ao seu lado construindo este projeto e também uma grande amizade.

À Profa. Dra. Cristina Laguna Benetti-Pinto pela disponibilidade em ajudar, confiança e estímulo. Valiosos foram seus ensinamentos e correções.

Aos colegas da pós-graduação, Nicole, Daniela, Karina, Maurício e Manuel, pela troca de informações e companheirismo.

À Margarete, pela ajuda em momentos oportunos, sempre disponível.

À equipe do Serviço de Psicologia do CAISM, pelo espaço e troca de informações.

À equipe do Serviço de Fisioterapia do CAISM pelo apoio e colaboração. Em especial, à querida Andréa Marques pela parceria, confiança e amizade.

À equipe do Ambulatório de Endometriose CAISM, que de alguma forma contribuiu para a realização deste trabalho.

À estatística Sirlei, pela ajuda na finalização deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente acompanharam e ajudaram a tornar possível esta conquista. Agradeço a todos, pacientes, funcionárias(os) do CAISM, CEMICAMP e colegas, que, em algum momento, estiveram presentes durante estes 6 anos em que pude aprender e amadurecer profissional e pessoalmente.

Agradeço também à minha mãe e ajudantes que estiveram com minha pequena para que eu pudesse finalizar este trabalho. Muito difíceis foram os momentos em que tive que trocá-la pelo computador, mas sei que o esforço valerá a pena.

Sumário

Resumo	xiii
Summary	xv
1. Introdução	17
2. Objetivos	33
2.1. Objetivo Geral	33
2.2. Objetivos Específicos	33
3. Sujeitos e Métodos.....	35
3.1. Desenho.....	35
3.2. Tamanho amostral.....	36
3.3. Seleção de sujeitos.....	36
3.3.1. Grupo de apoio	36
3.3.2. Grupo sem intervenção.....	37
3.4. Variáveis e conceitos.....	38
3.4.1. Variáveis Independentes.....	38
3.4.2. Variáveis Dependentes	38
3.4.3. Variáveis de controle.....	39
3.5. Técnicas, testes e exames	40
3.5.1. Grupo de Apoio	40
3.5.2. Grupo sem intervenção.....	50
3.6. Instrumentos de coleta de dados.....	51
3.7. Coleta de dados.....	51
4. Publicação.....	53
5. Conclusões	83
6. Referências Bibliográficas.....	85
7. Bibliografia de Normatizações	95
8. Anexos	97
8.1. Anexo 1 – Folder de divulgação do grupo de apoio	97
8.2. Anexo 2 – Fluxograma do encaminhamento das participantes	100
8.3. Anexo 3 – Ficha de identificação: avaliação inicial GAPFAME.....	101
8.4. Anexo 4 – Inventário de Depressão Beck (BDI).....	103
8.5. Anexo 5 – Diário da Dor	105
8.6. Anexo 6 – Avaliação do Diário da Dor (exemplo).....	106
8.7. Anexo 7 – Questionário de Auto-Avaliação GAPFAME	107
8.8. Anexo 8 – Descrição das Atividades Psicológicas e Materiais do GAPFAME.....	108
8.9. Anexo 9 – Instrumento para coleta de dados.....	131
8.10. Anexo 10 – Questionário (Grupo sem intervenção)	132
8.11. Anexo 11 – Escala Visual Analógica (EVA)	133
8.12. Anexo 12 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	134

Resumo

O objetivo do estudo foi descrever a experiência com grupos de apoio às mulheres com endometriose e verificar diferenças entre os escores de dor pélvica crônica e depressão antes e depois dessa intervenção, bem como compará-los com os escores de mulheres que não participaram do grupo. Foram avaliadas e distribuídas igualmente em dois grupos - o que recebeu e o que não recebeu a intervenção - 128 mulheres do Ambulatório de Endometriose CAISM/Unicamp. O grupo de apoio foi estruturado em 10 encontros semanais, com intervenções psicológicas e fisioterapêuticas. As mulheres que participaram desse grupo foram avaliadas no início e final da intervenção. As mulheres do grupo sem intervenção foram avaliadas uma única vez. Todas preencheram o Inventário de Depressão de Beck e a Escala Visual Analógica. Para análise estatística foram utilizados os testes de Mann-Whitney, exato de Fisher, Qui-Quadrado, Wilcoxon pareado, Kruskal-Wallis e a análise de variância de Friedman. Os resultados mostraram diminuição significativa dos escores de dor e depressão ao final da intervenção em grupo. No grupo sem intervenção, o escore de dor foi maior e o da depressão foi menor quando comparados aos escores iniciais do grupo de apoio. Foi identificada correlação positiva entre dor e depressão em ambos os grupos.

Das características sociodemográficas e da condição clínica da endometriose, apenas a frequência do sintoma doloroso esteve correlacionado ao escore de dor. Conclui-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.

Summary

The aim of this study was to describe the experience with support groups for women with endometriosis and evaluate chronic pelvic pain and depression scores before and after this intervention, as well as compare the intervention scores with those of women who were not participants in the support group. A total of 128 women from the CAISM/Unicamp Endometriosis Outpatient Facility were assessed and distributed equally into two groups: women who received the intervention or those that did not. The support group was structured around 10 weekly meetings, with psychological and physical therapy interventions. Women who participated in this group were assessed at the beginning and end of the intervention. The women from the group without intervention were assessed only once. All women completed the Beck Depression Inventory and the Analogic Visual Scale. For statistical analysis the following tests were used: Mann-Whitney, Fisher's Exact, Chi-Square, paired Wilcoxon, Kruskal-Wallis and Friedman analysis of variance. The results showed a significant decrease in pain and depression scores at the end of group intervention. In the group without intervention, the pain score was higher and the depression score was lower when compared to the initial scores of the support group. A positive correlation was identified between

pain and depression in both groups. Of the social demographic and clinical characteristics of endometriosis, only the frequency of pain symptom was correlated to pain score. It is concluded that group intervention was efficient in diminishing pain and depression in women with endometriosis and may be incorporated into the conventional treatment administered to patients with this disease.

1. Introdução

A endometriose é considerada uma doença crônica em ginecologia e atinge de 5% a 15% das mulheres em idade reprodutiva. É uma doença progressiva que provoca lesões no aparelho reprodutor, caracterizada pelo implante ectópico de tecido endometrial fora da cavidade uterina, tendo como principais sintomas a dismenorréia, dispareunia, dor pélvica crônica e infertilidade, podendo apresentar alterações cíclicas intestinais e urinárias. Todavia, calcula-se que 40% dos casos de endometriose possam ser assintomáticos (Barbosa e Cordts, 1998; Abrão et al., 2000a;2000b), da mesma forma que não existe relação clínica observável entre a intensidade da dor e o grau de lesão orgânica (Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi, 2001).

A maior exposição à menstruação retrógrada - teoria inicialmente proposta para explicar a endometriose - devido à menarca precoce e atualmente ao menor número de gestações, seria considerada como uma das causas do aumento da incidência da doença (Urbanetz e Andraus, 1999; Abrão et al., 2000b). Contudo, estima-se que 90% das mulheres apresentam fluxo menstrual retrógrado, sendo

que apenas 10% a 15% desenvolvem a endometriose (Halme et al., 1984). Outras linhas de pesquisas têm procurado apresentar fatores associados à etiopatogenia, entre eles os ambientais (exposição a toxinas), familiares (hereditariedade) e imunológicos. O estresse também é considerado um fator que contribuiria para o desenvolvimento da doença, além de dificultar seu tratamento (Abrão et al., 2000 a,b).

A endometriose atinge principalmente mulheres da raça branca, nulíparas, normolíneas, ansiosas, com nível econômico médio, grau de instrução mais elevado, que retardam o casamento e a concepção e que relatam história prévia de dor pélvica. No geral, o diagnóstico é realizado em mulheres na faixa etária de 30 a 40 anos, mas atinge mulheres em todas as idades (Urbanetz e Andraus, 1999; Abrão et al., 2000a, b).

O tratamento da endometriose tem como principal objetivo o alívio das queixas e sintomas de acordo com as necessidades individuais das mulheres. Em geral, busca-se o alívio da dor e a recuperação da fertilidade através de medicação hormonal e/ou cirurgia. Apesar de todo conhecimento atual, ainda não existe um tratamento ideal, sem recidiva de sintomas. Muitas mulheres mantêm a queixa de dor ou de perda da fertilidade mesmo depois de se submeterem às diversas intervenções, na maioria das vezes com marcante desgaste emocional resultante do longo caminho percorrido entre o início dos sintomas, diagnóstico e várias tentativas de tratamento (Damario e Rock, 1995; Valle e Sciarra, 2003; Arruda et al., 2003; Cox et al., 2003a,b; Denny, 2004).

Em estudo realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), foi verificado que a mediana de tempo total transcorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de endometriose foi de sete anos (Arruda et al., 2003). Outros estudos também descreveram que o diagnóstico é demorado e pode significar para as mulheres prejuízos emocionais e físicos, uma vez que acreditam que a doença torna-se progressivamente mais severa, sendo mais difícil tratá-la, e que parte do sofrimento com os sintomas poderiam ter sido evitados, sem tantos prejuízos para o bem-estar geral (Kennedy, 1991; Denny, 2004; Huntington e Gilmour, 2005).

A dificuldade de se chegar ao diagnóstico e encontrar alívio para o sofrimento físico torna a endometriose uma doença de impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, suas relações familiares, afetivas e sexuais, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima (Jones, 1988; Kennedy, 1991; Christian, 1993; Damario e Rock, 1995; Denny, 2004; Marques et al., 2004; Huntington e Gilmour, 2005).

Em um estudo sobre a experiência de mulheres com endometriose, foram identificados relatos de insatisfação frente à atuação dos profissionais de saúde, que muitas vezes consideraram os sintomas e as queixas persistentes como “triviais” ou “normais”. Perda de emprego e ruptura do casamento foram associadas à doença pelas mulheres, devido ao fato da difícil convivência com alguém que está sempre doente. Sentimentos de raiva e ódio foram descritos frente às limitações e diferenciações sentidas quando comparadas a outras mulheres sem endometriose. Entre aquelas com infertilidade, foi percebida a crença de que não eram realmente

mulheres ou que tinham falhado no papel de mulher. Todas essas experiências foram relacionadas como fator causal de períodos depressivos, descritos pelas mulheres como uma “montanha russa” emocional (Cox et al., 2003a,b).

Alguns estudos já buscaram verificar a associação entre endometriose e depressão. Em pesquisa realizada recentemente, encontrou-se presença desse transtorno afetivo em 86% das mulheres com dor pélvica crônica e em 38% nas mulheres sem dor (Lorençatto et al., 2006). Dados também encontrados anteriormente mostram que a depressão parece estar associada à queixa de dor na endometriose (Gomibuchi et al., 1993; Waller e Shaw, 1995).

A depressão foi descrita e definida pela *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR™, 2002) como transtorno do humor que envolve um grupo heterogêneo de sintomas: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuídos, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar e pensamentos de morte recorrentes. Dependendo da frequência e intensidade desses sintomas, a depressão é classificada em leve, moderada ou grave, sendo que para o diagnóstico efetivo é necessário um período mínimo de duas semanas, nas quais predomina o humor deprimido ou a perda de interesse por quase todas as atividades (DSM-IV-TR™, 2002).

A prevalência do transtorno depressivo na população em geral é estimada entre 5% a 9% para mulheres e entre 2% a 3% para homens adultos, não

apresentando relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (DSM-IV-TR™, 2002). Idade mais jovem, entre 25 a 45 anos, e sexo feminino são os principais fatores de risco para a depressão. Estudos mostram que essa condição é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, o que pode ser justificado pelos aspectos biopsicossociais, como as oscilações hormonais, o estresse diário e a sobrecarga de tarefas profissionais e familiares que muitas vezes comprometem a qualidade de vida das mulheres, propiciando ou desencadeando um episódio depressivo (Bernik e Vieira Filho, 1998; Bernik, 1999; DSM-IV-TR™, 2002).

A depressão pode manifestar-se isoladamente ou associada a uma doença. No contexto médico não psiquiátrico, comumente encontram-se pessoas com quadros depressivos, que podem existir antes do adoecer ou ter sido gerados pela própria doença e seu tratamento. A relação entre depressão e algumas doenças já é conhecida, como em casos de câncer, fibromialgia, dor crônica, síndrome de Cushing, hipo e hipertireoidismo, entre outros. A prevalência neste contexto varia de 18% a 83%, dependendo da metodologia da pesquisa e da condição médica envolvida (Kamerow, 1988; Spitzer et al., 1995; McQuaid et al., 1999; Galizzi, 2000; Fráguas Júnior e Figueiró, 2000; Cassano e Fava, 2002, DSM-IV-TR™, 2002;).

Portadores de doenças e sintomas crônicos são os que mais apresentam quadros depressivos, sendo essa condição um dos fatores psicológicos mais pesquisados em pessoas com dor crônica, independentemente da doença associada a esse sintoma. A prevalência de depressão em dor crônica é estimada em até 78%, sendo que alguns autores sugerem a depressão como uma consequência direta da dor; porém não existe um consenso ao afirmar qual condição precede

a outra. (Ford, 1986; Barbosa et al., 1989; Doan e Wadden, 1989; Wade et al., 1992; Gomibuchi et al., 1993; Fishbain et al., 1997; Figueiró, 1999; Pimenta, 1999; Angelotti, 2001).

Diversas teorias buscaram explicar o mecanismo da dor. Inicialmente, o clássico modelo Cartesiano afirmava que a percepção da dor era resultado direto do trauma, sendo a intensidade do sintoma correspondente ao tamanho da lesão sofrida. Apesar de auxiliar no diagnóstico e tratamento de alguns casos de dor aguda, esse conceito foi abandonado por ser restritivo e simplista demais para a compreensão de outras condições, como a dor crônica (Milburn et al., 1993).

A compreensão da dor através da Teoria do “Gate Control” propôs então que os impulsos nervosos evocados por lesões seriam influenciados na espinha por outras células nervosas que atuam como portões, impedindo ou facilitando a passagem desses impulsos. Os processos cognitivos, como as emoções, memórias e experiências, seriam ativados por condutores nervosos e influenciariam as propriedades moduladoras desse mecanismo do portão da dor (Melzack e Wall, 1965; Milburn et al., 1993; Guimarães, 1999).

A partir dessa teoria abrangente que leva em consideração atividades fisiológicas, cognitivas e comportamentais, a dor foi conceituada pela International Association for Study of Pain (IASP) como uma manifestação subjetiva, vivida através da experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo (IASP, 1979; Guimarães, 1999; Pimenta, 1999).

Devido às diferentes etiologias e às respostas individuais que desencadeia, a dor é um sintoma de difícil compreensão e tratamento. É uma condição afetada pelos estados subjetivos, que dificilmente são medidos, envolvendo mecanismos pessoais como nível de atenção, estado emocional, personalidade e experiências passadas, servindo como sintoma e defesa contra o estresse psicológico. Ganhos secundários, sociais e financeiros podem exacerbar o comportamento de dor, modificando as percepções e sensações dolorosas. Dessa forma, não se trata apenas de uma condição de estímulo-resposta, como inicialmente proposto pela teoria cartesiana, sendo a reação à dor multifatorial (Kaplan et al., 1997).

A dor pélvica crônica é uma queixa clínica constante na prática ginecológica, sendo freqüentemente refratária à terapêutica medicamentosa ou cirúrgica. É definida como dor constante ou intermitente que persiste por pelo menos seis meses, incluindo dismenorréia, dor intermenstrual e dispareunia profunda; atingindo de 14% a 24% das mulheres em idade reprodutiva, com impacto direto em sua vida conjugal, social e profissional (Milburn et al., 1993; Howard, 1996; Mathias et al., 1996; Reinter 1998; Moore e Kennedy, 2000; Howard, 2003; Nogueira et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, em 1997 houve 1,8 milhão de consultas ginecológicas e aproximadamente 300 mil internações hospitalares de mulheres entre 15 e 69 anos, com queixas compatíveis com a dor pélvica crônica (Ravsky, 2001). Ao pesquisar doenças e/ou problemas de saúde de mulheres trabalhadoras em São Paulo, dentre as queixas principais, 13% referiam-se à dor abdominal e pélvica (Gomes e Tanaka, 2003). Não se conhece ao certo qual é a real prevalência

da dor pélvica crônica no Brasil, o que não impede que essa condição seja considerada um sério problema de saúde pública (Nogueira et al., 2006).

A etiologia da dor pélvica crônica nem sempre é conhecida, sendo que muitas mulheres ficam sem o diagnóstico e tratamento específico. Pode associar-se a doenças ginecológicas, porém existem inúmeros fatores que podem desencadeá-la. Entre as causas mais comuns encontra-se a endometriose, identificada em até 80% das laparoscopias por dor pélvica (Koninckx et al., 1991; Carter, 1994; Balasch et al., 1996; Mathias et al., 1996).

A diversidade de queixas envolvidas na endometriose, principalmente provocadas pelos sintomas de dor e infertilidade, torna o tratamento dessa doença multiprofissional. Ações isoladas de medicações e cirurgias nem sempre são suficientes para recuperar a qualidade de vida das mulheres com endometriose. Há um consenso entre os ginecologistas e demais profissionais de saúde sobre a necessidade de suporte psicológico para essas mulheres, porém a maioria dos relatos encontrados refere-se a estudos exploratórios sobre aspectos emocionais, como personalidade, humor, auto-estima e as mudanças provocadas pela doença (Weinstein, 1988; Jones, 1988; Gomibuchi et al., 1993; Waller e Shaw, 1995; Damario e Rock, 1995; Abrão et al., 2000a,b; Cox et al., 2003a,b; Denny, 2004; Marques et al., 2004; Wang, 2004; Huntington e Gilmour, 2005; Audebert, 2005).

Em contrapartida, foram encontrados vários estudos sobre intervenções multiprofissionais para tratamento específico da dor crônica, mostrando a eficácia dos programas estruturados em grupo, que combinaram tratamentos médicos,

atividades psicológicas, físicas e ocupacionais. Alguns descrevem intervenções de centros multiprofissionais no tratamento da dor, que envolvem diversas etiologias (dor músculo-esquelética, neuropática, cefaléias) e outros descrevem grupos mais homogêneos como os de dor pélvica crônica (com alguns casos de endometriose). Em geral, os estudos relatam grupos com um tempo de atividades de 7 a 10 sessões, uma vez por semana, com duração de duas a três horas (Turk e Meichenbaum, 1989; Kames et al., 1990; Tunks e Merskey, 1990; Wood et al., 1990; Flor et al., 1992; Milburn et al., 1993; Rosenthal, 1993; Jensen et al., 1994; Lynch et al., 1996; Caudill, 1998; Albert, 1999; Talo et al., 2001; Vandenberghe, 2005; Norrbrink Budh et al., 2006).

Esses programas de controle da dor foram estruturados em avaliações iniciais, tratamento e avaliações finais (“follow up”). Inicialmente os participantes preencheram questionários com dados de identificação (idade, estado civil, número de filhos, ocupação, entre outros) e da doença (origem, sintomas, tratamentos clínicos e cirúrgicos, entre outros), e também inventários psicológicos, sendo os mais comuns testes de personalidade, ansiedade e depressão. Para avaliação e acompanhamento da dor, foram utilizadas escalas numéricas simplificadas como a Escala Visual Analógica (VAS) (Huskisson, 1974) e também o McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Melzack, 1975), que permite uma avaliação mais abrangente, com descrição de componentes sensitivos e afetivos da dor (Turk e Meichenbaum, 1989; Kames et al., 1990; Tunks e Merskey, 1990; Wood et al., 1990; Flor et al., 1992; Milburn et al., 1993; Rosenthal, 1993; Jensen et al., 1994;

Lynch et al., 1996; Caudill, 1998; Albert, 1999; Talo et al., 2001; Vandenberghe, 2005; Norrbrink Budh et al., 2006).

Os tratamentos foram realizados de formas diversas, de acordo com os objetivos de cada estudo, sendo a maioria baseada em atividades físicas e psicoeducativas, como exercícios físicos, alongamento, relaxamento, meditação, recreação, palestras educativas a respeito da doença envolvida, dos mecanismos psicofisiológicos da dor e psicoterapia breve. Foram mencionados em alguns estudos o uso de acupuntura, bloqueio anestésico, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), antidepressivos, analgésicos e hormônios em mulheres com dor pélvica crônica (Kames et al., 1990; Wood et al., 1990; Flor et al., 1992; Milburn et al., 1993; Jensen et al., 1994; Lynch et al., 1996; Albert, 1999; Talo et al., 2001; Norrbrink Budh et al., 2006).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) foi a abordagem psicológica mais empregada nesses programas, pois, segundo relatos da literatura, é a que apresenta melhores resultados no controle da dor, em curto prazo. Essa teoria apresenta uma concepção integrada da análise experimental do comportamento, da terapia comportamental e da terapia cognitiva, sendo seus principais autores Albert Ellis e Aaron T. Beck. O pressuposto teórico é a compreensão da natureza e do desenvolvimento do comportamento através dos processos cognitivos que o acompanham. Acredita-se que o modo como a pessoa estrutura o mundo é determinante na construção do afeto e comportamento, sendo a personalidade formada por valores centrais (chamados de crenças centrais) que se desenvolvem

desde o nascimento, como resultado de fatores presentes no seu ambiente (Dattilio e Freeman, 1998; Reinter, 1998; Rangé, 2001; Eccleston, 2001; Falcone, 2001).

Os problemas psicológicos são entendidos na TCC como derivados de aprendizagem defeituosa ou interpretação incorreta da realidade. Com base em suposições erradas, denominadas por Beck como esquemas ou padrões de pensamento, a pessoa constrói uma distorção da experiência que é mantida através de um tipo de mecanismo de transformação que modula os dados que chegam para adaptar e reforçar as idéias já preconcebidas. Esses erros sistemáticos do raciocínio formam então as distorções cognitivas que servem de base aos distúrbios psicológicos (Dattilio e Freeman, 1998; Falcone, 2001; Rangé, 2001).

O modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos influencia afeto e comportamento, ocasionando uma resposta mal adaptativa às situações da vida. As intervenções na TCC objetivam corrigir essas distorções cognitivas, através de técnicas que levam a pessoa ao conhecimento de sua maneira incorreta de avaliar e interpretar os eventos da vida e a construção de atitudes mais assertivas e adaptativas (Dattilio e Freeman, 1998; Falcone, 2001; Rangé, 2001).

Por sua característica estruturada e diretiva, a TCC pode ser aplicada em diferentes situações, com bons resultados. Nas intervenções psicológicas em dor crônica, essa teoria focaliza seu interesse na natureza e na modificação de pensamentos, sentimentos, crenças e comportamentos da pessoa com dor. Algumas técnicas, como a reestruturação cognitiva, são utilizadas para identificar emoções negativas, pensamentos disfuncionais e erros cognitivos relacionados com a dor e

com eventos estressantes. Essa técnica auxilia a pessoa a controlar melhor seus pensamentos e sentimentos relacionados à experiência e manejo da dor. Acredita-se que os efeitos incapacitadores da dor crônica diminuem quando a pessoa começa a interpretar a dor como uma condição controlável e não mais como uma catástrofe. Esse estilo de pensamento mais racional valoriza as evidências a fim de evitar distorções, proporcionando comportamentos e emoções mais positivas (Turk e Meichenbaum, 1989; Wood et al., 1990; Milburn et al., 1993; Reinter 1998; Romano e Turner, 1999; Eccleston, 2001; Vandenberghe, 2005).

O treino de assertividade e resolução de problemas são técnicas utilizadas para melhorar as relações familiares e sociais, uma vez que a pessoa com dor tende ao isolamento, devido ao mal-estar provocado pelo sintoma e depressão. Essas técnicas implicam a identificação das situações-problema, seguida pela modelação de respostas mais apropriadas e eficazes (Turk e Meichenbaum, 1989; Wood et al., 1990; Milburn et al., 1993; Romano e Turner, 1999; Vandenberghe, 2005).

As estratégias de enfrentamento utilizadas no controle da dor são trabalhadas através das técnicas de distração, diários da dor e relaxamento físico e mental. A distração consiste em envocar mentalmente imagens ou situações agradáveis com o objetivo de desviar a atenção do foco doloroso. Também são utilizadas atividades rítmicas, como contar ou cantar músicas. Os diários da dor consistem em registros da experiência dolorosa, desde uma atribuição numérica para a intensidade da dor, até a descrição da situação, pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos. Esses registros auxiliam no reconhecimento das emoções e de fatores que podem interferir na sensação dolorosa. As técnicas de relaxamento

são muito utilizadas, pois diminuem e evitam espasmos, reduzem e controlam a tensão muscular e ajudam no controle de outros mecanismos fisiológicos envolvidos no estímulo do sistema nervoso e na produção da dor, além de melhorar a ansiedade, o sono e proporcionar distração do foco da dor (Turk e Meichenbaum, 1989; Wood et al., 1990; Milburn et al., 1993; Romano e Turner, 1999; Angelotti, 2001; Range, 2001; Vandenberghe, 2005).

O treino de controle do estresse é realizado através das técnicas cognitivas já descritas e também com a sugestão de atividades físicas. Além de interferir na sensação dolorosa e prejudicar o estado emocional, o estresse reduz a qualidade de vida e diminui a sensação de bem-estar e felicidade. Por esse motivo, a maioria dos trabalhos em dor crônica sugere a administração do estresse juntamente com as outras modalidades de tratamento (Turk e Meichenbaum, 1989; Kames et al., 1990; Wood et al., 1990; Milburn et al., 1993; Romano e Turner, 1999; Range, 2001; Vandenberghe, 2005).

A combinação das diferentes técnicas e abordagens profissionais mostraram-se eficazes na maioria dos estudos de intervenções multiprofissionais para o controle da dor, sendo relatados redução significativa na queixa de dor, melhor controle da doença de base, diminuição de ansiedade e depressão, diminuição da procura por atedimentos médicos, e principalmente melhora na qualidade de vida. Também foram descritos retorno ao trabalho, melhora nas atividades e relacionamentos sociais e sexuais (Turk e Meichenbaum, 1989; Kames et al., 1990; Tunks e Merskey, 1990; Wood et al., 1990; Flor et al., 1992; Milburn et al.,

1993; Rosenthal, 1993; Jensen et al., 1994; Caudill, 1998; Albert, 1999; Talo et al., 2001; Vandenberghe, 2005; Norrbrink Budh et al., 2006).

Entre os trabalhos que mostraram resultados significativos no controle da dor, encontra-se a descrição de um programa onde participaram 22 mulheres com queixa de dor pélvica crônica (sendo destas 9 casos de endometriose) que já haviam sido submetidas aos tratamentos ginecológicos convencionais sem melhora dos sintomas. As mulheres preencheram testes psicológicos – de personalidade, ansiedade e depressão – e também escalas de avaliação da dor. O tratamento seguiu um protocolo estruturado em oito semanas, sendo que as participantes receberam acupuntura duas vezes e psicoterapia uma vez por semana. Os medicamentos utilizados pelas mulheres foram antidepressivos (em 50% dos casos) e antiinflamatórios. A psicoterapia seguiu os conceitos cognitivos-comportamentais com atividades de controle de estresse, autocontrole através do relaxamento e hipnose, controle de ansiedade e depressão, educação sexual e administração de atividades. Algumas técnicas cognitivas foram utilizadas para diminuir os pensamentos e sentimentos negativos que poderiam exacerbar a dor. Os indicadores avaliados através dos testes psicológicos mostraram redução significativa dos escores ao final do programa, representando melhora dos aspectos físico e emocional (Kames, et al., 1990).

Dotados desse referencial teórico e das diversas queixas observadas na prática clínica com mulheres com endometriose foi estabelecido no Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp um atendimento em grupo envolvendo médicos, psicólogas e fisioterapeutas com o objetivo transmitir informações e

promover a reabilitação do bem-estar físico, emocional e social das mulheres com essa doença. Esse programa de intervenção grupal é realizado desde 2001, sendo possível observar, até então, bons resultados no estado emocional das mulheres que participaram desses grupos.

Devido à necessidade de maiores informações sobre resultados de tratamentos multiprofissionais na endometriose, este estudo consistiu em descrever a experiência desse tipo de intervenção oferecido no CAISM/Unicamp e identificar possíveis diferenças entre os escores de dor e depressão das mulheres que participaram ou não desses grupos.

Os atendimentos multiprofissionais proporcionam melhores resultados na adesão e tratamento de doenças crônicas, uma vez que abrangem a pessoa como um todo e não apenas em partes adoecidas. Oferecer um atendimento complementar aos procedimentos usuais às mulheres com endometriose, que atenda às demandas psicológicas, poderá trazer benefícios ao controle da doença, além de melhorar o bem-estar físico e emocional dessas mulheres.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Descrever a experiência com grupos de apoio às mulheres com endometriose e verificar diferenças entre os escores de dor e depressão das mulheres que receberam ou não esse tipo de intervenção.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e as condições clínicas da endometriose das mulheres que participaram dos grupos de apoio.
- Comparar o escore de dor inicial do grupo de apoio com o escore de dor do grupo sem intervenção, bem como comparar o escore de dor ao longo do tempo da intervenção (inicial, quinta semana, nona semana).
- Comparar os escores de depressão no início e final do grupo de apoio, bem como comparar o escore inicial do grupo de apoio com o escore de depressão do grupo que não recebeu intervenção.

- Correlacionar os escores de dor com os escores de depressão em ambos os grupos.
- Correlacionar os fatores sociodemográficos e as condições clínicas (idade, ocupação, estado civil, tempo de diagnóstico, tempo do sintoma doloroso, frequência da dor, entre outros) aos escores de dor e depressão dos grupos com e sem intervenção.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Desenho

Foram utilizados dois grupos de estudo, o grupo de apoio (mulheres que receberam a intervenção multiprofissional) e o grupo sem intervenção (mulheres que não participaram do grupo de apoio).

Para o grupo de apoio foi realizada uma análise secundária de dados de um ensaio clínico.

Para o grupo sem intervenção foi realizado um estudo analítico, de corte-transversal.

O projeto de pesquisa deste trabalho foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

3.2. Tamanho amostral

Pela dificuldade de se encontrar referências com objetivos similares a este estudo, optou-se por utilizar dois cálculos referentes à depressão e dor pélvica crônica em grupos de tratamentos.

Para o cálculo referente à dor, os determinantes utilizados foram média estimada do escore da dor no início $2,9 \pm 2,0$ e diferença aceitável entre as médias dos escores inicial e final da dor igual a 1,0 (Albert, 1999). Considerando $\alpha=0,05$ e $\beta=0,20$, obteve-se o tamanho amostral de 63 mulheres.

Para o cálculo referente à depressão, os determinantes foram média estimada do escore de depressão no início $12,5 \pm 11,8$ e diferença aceitável entre as médias dos escores inicial e final de depressão igual a 6,0 (Kames et al., 1990). Considerando $\alpha=0,05$ e $\beta=0,20$, obteve-se o tamanho amostral de 61 mulheres.

O tamanho amostral deste estudo foi definido a partir desses cálculos em 64 mulheres, para ambos os grupos analisados.

3.3. Seleção de sujeitos

3.3.1. Grupo de apoio

Foram selecionados os prontuários e registros psicológicos de todas as mulheres que participaram do Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às Mulheres com Endometriose (GAPFAME) no período de março de 2001 a outubro de 2005. Foram incluídos no estudo os 64 primeiros prontuários e registros das

mulheres que preencheram os critérios de inclusão mencionados adiante. Essas mulheres foram avaliadas segundo protocolo próprio de Serviço de Psicologia e Fisioterapia do CAISM, antes de iniciar a intervenção e ao final desta.

■ **Crítérios de inclusão**

- Diagnóstico cirúrgico de endometriose.

Referentes ao GAPFAME:

- Ter apresentado queixa de dor pélvica crônica no início do programa.
- Ter participado de, no mínimo, 7 encontros (semanas).
- Ter preenchido por completo as avaliações clínicas e psicológicas no início e final do programa.
- Ter preenchido o registro diário da dor (Escala Visual Analógica).

3.3.2. Grupo sem intervenção

Foram selecionadas e entrevistadas, nesse grupo, mulheres vinculadas ao Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp. No período de junho a dezembro de 2005 foram incluídas as 64 primeiras mulheres que preencheram os critérios de inclusão e exclusão para esse grupo. O contato inicial foi feito na sala de espera do ambulatório mencionado e a entrevista em ambiente privativo, estando presentes somente a pesquisadora e a participante. Os dados foram coletados em uma única entrevista, antes ou depois da consulta médica.

- **Critérios de inclusão**

- Queixa de dor pélvica crônica.
- Presença de dor no dia da entrevista.
- Não ter participado do GAPFAME.

- **Critérios de exclusão**

- Ter recebido algum tipo de intervenção psicológica nos últimos seis meses da entrevista.

3.4. Variáveis e conceitos

3.4.1. Variáveis Independentes

- *Grupo de apoio*: intervenção em grupo, nomeada de Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às Mulheres com Endometriose (GAPFAME), realizada pelo Serviço de Psicologia e Fisioterapia do Ambulatório de Endometriose CAISM/Unicamp; grupo de apoio ou grupo sem intervenção.
- *Intervenção*: momento do atendimento no grupo de apoio, estratificada em inicial, primeira a terceira semana, quinta semana, nona semana (final).

3.4.2. Variáveis Dependentes

- *Dor*: referida como “*a dor constante ou intermitente, cíclica ou acíclica, que persiste por pelo menos seis meses, incluindo dismenorréia, dor intermenstrual e dispareunia profunda*” (Almeida, 2001). Quantificada de zero a 10 através da Escala Visual Analógica (EVA) (Huskisson, 1974).
- *Depressão*: variável definida pela presença de um grupo heterogêneo de sintomas, sendo algumas manifestações comuns como humor deprimido,

diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, perda ou aumento significativo no peso, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor e fadiga, entre outros (Pimenta, 1999). Avaliada através do instrumento Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), resultando em um número de zero a 63, denominado de escore (Beck et al., 1997; Gorestein e Andrade, 1998; Cunha, 2001).

3.4.3. Variáveis de controle

- Idade - em anos completos.
- Cor da pele - cor segundo autotclassificação do sujeito em branca, negra, parda/mulata e outras.
- Estado marital - situação conjugal segundo autotclassificação dos sujeitos em: com união e sem união.
- Número de filhos vivos - número de filhos que estão vivos e estratificada em nenhum, 1 a 2, 3 a 5, 6 ou mais.
- Escolaridade - último período ou fase escolar completada na escola: nenhuma, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior.
- Ocupação - definida como a atividade profissional exercida pelo sujeito e classificada em atividade não remunerada e atividade remunerada.
- Tempo de diagnóstico de endometriose - tempo em meses decorrido entre o diagnóstico cirúrgico de endometriose e a data da entrevista.
- Grau de endometriose - estágio de invasão e comprometimento dos órgãos pélvicos, avaliado através de procedimento cirúrgico, segundo prontuário médico, e classificados em estadio I, II, III ou IV, Extrapélvis ou Ignorado, segundo critérios definidos pela American Society for Reproductive Medicine em 1996 (ASRM, 1997).

- Tempo do sintoma de dor pélvica crônica - tempo decorrido entre o início do sintoma de dor pélvica e a data da entrevista; em meses.
- Frequência da dor - ocorrência do sintoma doloroso classificado como esporádica, associada à menstruação ou diária.
- Dispareunia - presença de dor na relação sexual, classificada como sim ou não.
- Infertilidade - incapacidade de um casal, em idade reprodutiva e em convívio sexual, de engravidar após um ano de relações sexuais sem uso de métodos anticoncepcionais (Who, 1975), classificada como sim ou não.
- Tempo de infertilidade – tempo, em meses, decorrido entre o início de infertilidade e a data da entrevista.
- Uso de medicação hormonal - medicação hormonal combinada prescrita para tratamento clínico da endometriose e classificada em: sim (pílula anticoncepcional oral, AMP-D, análogo do GnRH), ou não.
- Outra condição médica - presença de alguma outra doença que poderia gerar um sintoma doloroso além da endometriose (por exemplo: fibromialgia, doenças musculares, entre outras), conhecida e referida pela participante e classificada em sim ou não.
- Outra medicação em uso - uso semanal de outra medicação não hormonal, classificado em sim (analgésicos, antidepressivos e homeopatia) ou não.

3.5. Técnicas, testes e exames

3.5.1. Grupo de Apoio

As mulheres do grupo de apoio, cujos prontuários foram selecionados, foram avaliadas e tratadas de acordo com o protocolo de atendimento do GAPFAME,

elaborado e realizado pelo Serviço de Psicologia e Fisioterapia do Ambulatório de Endometriose CAISM/Unicamp. Esse serviço é disponibilizado a todas as mulheres do Ambulatório de Endometriose, fazendo parte do conjunto de intervenções oferecidas pela instituição, além dos atendimentos individuais realizados pela equipe multiprofissional.

A idéia de um atendimento em grupo às mulheres com endometriose surgiu inicialmente da necessidade de esclarecer e fortalecer informações sobre a doença e procedimentos oferecidos pela instituição, como consultas, exames, medicação de alto custo e cirurgia. Foi então elaborado um projeto de grupo, realizado sempre antes das consultas médicas, com duração de 30 minutos, participando mulheres com diagnóstico cirúrgico de endometriose agendadas para primeira consulta no ambulatório. Em média, os grupos eram formados por três mulheres e coordenados por uma profissional (assistente social, psicóloga, ou enfermeira). As mulheres relatavam a trajetória da doença, alguns dados de sua vida pessoal e recebiam as informações através de recurso audiovisual e folhetos explicativos.

Apesar de satisfazer inicialmente a necessidade levantada, percebeu-se que as mulheres apresentavam outras demandas não contempladas em virtude do objetivo e tempo disponível para o grupo. Muitas participantes apresentavam-se chorosas, relatando as dificuldades enfrentadas em virtude dos sintomas físicos e emocionais. A partir daí, nasceu a idéia de oferecer um espaço onde fosse possível acolher e atender melhor esses conteúdos emocionais, necessidades físicas e proporcionar uma troca de experiência mais profunda entre as mulheres com endometriose.

Dotados do referencial teórico de intervenções multiprofissionais em dor crônica e das experiências de atendimentos anteriores, as profissionais de psicologia e fisioterapia, sob coordenação do médico responsável pelo Ambulatório de Endometriose, elaboraram o projeto do GAPFAME, que vem sendo realizado desde março de 2001, com avaliações e atividades fisioterapêuticas e psicológicas.

O objetivo geral do grupo é transmitir informações sobre a doença, aumentar o comprometimento com o tratamento e promover a reabilitação do bem-estar físico, emocional e social das mulheres com endometriose.

Os objetivos específicos do grupo são divididos em:

- a) Informar sobre a endometriose e mecanismos da dor, suas conseqüências físicas, sociais e componentes emocionais envolvidos.
- b) Refletir sobre o significado da dor (físico, social e emocional).
- c) Reconhecer crenças e pensamentos disfuncionais que podem manter ou agravar o episódio doloroso.
- d) Propiciar o manejo do estresse através de técnicas de controle comportamentais e de relaxamento.
- e) Proporcionar autoconhecimento suficiente para adquirir um controle emocional e físico sobre a dor (comportamentos assertivos).
- f) Acompanhar cada participante na reestruturação de estratégias para o enfrentamento da dor, facilitando sua administração e controle, capacitando-a para agir em benefício próprio.
- g) Promover empatia entre o grupo, buscando otimizar a humanização e qualidade no atendimento prestado a essas mulheres.

Os encaminhamentos para o GAPFAME são realizados pela equipe multiprofissional do Ambulatório de Endometriose, na primeira consulta ou nos demais retornos médicos. É distribuído um folheto explicativo sobre os objetivos e funcionamento do grupo (Anexo 1) e, aquelas mulheres que manifestam o desejo de participar, são inscritas pela equipe de psicologia e posteriormente convocadas através de carta enviada pelo correio, nas semanas que antecedem o início dos grupos (Anexo 2).

São realizados dois grupos por ano: o primeiro, de março a maio, e o segundo, de agosto a outubro. O programa é estruturado em 10 encontros semanais, com duração de 2 horas e 30 minutos, sendo a primeira hora destinada à intervenção fisioterapêutica e, as demais à intervenção psicológica. Em todos os encontros são realizadas as duas atividades profissionais. O médico responsável pelo Ambulatório de Endometriose é convidado a participar em uma das atividades da psicologia para responder e esclarecer as dúvidas das mulheres sobre a doença.

■ ***Materiais Avaliativos***

São utilizados alguns instrumentos avaliativos durante o grupo, preenchido pelas participantes em três momentos: na avaliação inicial, semanal e final.

A avaliação inicial é composta de Ficha de Identificação com perguntas de identificação pessoal e condições clínicas da endometriose e de saúde (Anexo 3) e Inventário Beck de Depressão (BDI) (Cunha, 2001) (Anexo 4).

O primeiro instrumento foi formulado pela equipe de profissionais para o GAPFAME. Já o BDI é um modelo de auto-avaliação amplamente utilizado no contexto médico, sendo um dos mais citados tanto em pesquisa como em prática clínica, que permite discriminar os sintomas depressivos. Foi traduzido e validado em diferentes países, inclusive no Brasil (Gorestein e Andrade, 1998; Cunha, 2001). A escolha desse instrumento também se deu pela necessidade de avaliar o sintoma depressivo, condição freqüente em pessoas com dor e também na endometriose.

O BDI é composto de 21 itens que se referem à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada item apresenta quatro afirmações, quantificados de 0 a 3, permitindo obter um escore final que é posteriormente classificado de acordo com os critérios de corte pré-definidos (Gorestein e Andrade, 1998).

De acordo com a validação do instrumento para a população brasileira, os pontos de cortes para o BDI são: 0 a 11 = sem depressão ou depressão mínima, de 12 a 19 = depressão leve, de 20 a 35 = depressão moderada e de 36 a 63 = depressão grave (Cunha, 2001).

A avaliação inicial é realizada durante a entrevista individual que antecede o início do grupo, onde são aplicados os dois instrumentos descritos. O primeiro é aplicado pela equipe de profissionais (psicólogas e fisioterapeutas) e em

seguida pede-se que a participante responda o BDI, que possui um cabeçalho explicativo de como preenchê-lo, escolhendo a afirmação que melhor lhe pareça com sua situação atual.

A avaliação semanal é composta de um Diário de Dor (Anexo 5) preenchido diariamente pela participante e que foi elaborado pela coordenação do grupo com base nos roteiros tradicionais para a mensuração da dor. Esse instrumento utiliza a Escala Visual Analógica (EVA), onde se orienta que a pessoa marque, em uma linha de 10cm, onde acredita estar a intensidade da dor existente. Em uma das extremidades da linha lê-se “sem dor” e na outra “a pior dor existente” (Huskisson, 1974; Caudill, 1998; Pimenta, 1999).

Mesmo sendo a dor uma manifestação subjetiva e seu relato estar associado aos fatores emocionais, é possível, através de instrumentos confiáveis e com boa correlação entre si, quantificá-la (Pimenta, 1999). Essa escala é amplamente utilizada em pesquisas por ser prática e de fácil entendimento. Sua sensibilidade foi analisada e comprovada em estudos internacionais, o que garante a confiabilidade do instrumento (Huskisson, 1974; Campbell e Lewis, 1990).

Juntamente com a nota de dor do dia pede-se que a participante faça uma pequena descrição de como foi seu dia, identificando e nomeando situações que agravam a dor, bem como situações que trazem alívio ao sintoma. Orienta-se também que registrem os sentimentos vivenciados naquele dia.

A utilização desse instrumento permite, a cada semana, obter uma média de dor que é calculada a partir da soma dos escores diários divididos pelo

número de dias registrados. Os diários são entregues para preenchimento e recolhidos no encontro seguinte. Quando preenchido corretamente, é possível obter-se o total de nove médias semanais de dor.

No decorrer dos encontros, os dados obtidos dos diários norteiam as discussões, facilitando o conhecimento de como a dor interfere no dia-a-dia, proporcionando melhor controle dos fatores que podem agravar ou melhorar esse sintoma. Ao final da intervenção é realizada uma devolutiva em grupo para as participantes, com uma tabela e gráfico da evolução da dor (Anexo 6), de acordo com os registros entregues no decorrer dos encontros.

A avaliação final é realizada no último encontro do grupo, sendo aplicado novamente o BDI e um questionário de auto-avaliação (Anexo 7), com o objetivo de registrar a opinião das participantes sobre o trabalho realizado pela equipe de profissionais (sobre a estrutura do grupo: temas escolhidos e técnicas e recursos utilizados, sugestões) e auto-avaliação da mulher sobre sua experiência no grupo.

Nessa avaliação final é possível comparar os escores finais do BDI com os escores iniciais e perceber se houve alguma melhora quanto aos sintomas de depressão. Através da auto-avaliação é possível perceber o quanto o grupo pode ajudar as participantes a enfrentarem a doença, melhorarem a auto-estima e a qualidade de vida. Os dados retirados desses questionários trazem valiosas informações que norteiam a prática profissional na realização de outros grupos.

■ **Atividades realizadas**

– **Fisioterapia**

A intervenção fisioterapêutica é coordenada e realizada pela responsável do Serviço de Fisioterapia do Ambulatório de Endometriose, com a participação de alunas do curso de aprimoramento desse serviço, sendo, no geral, conduzidas por duas fisioterapeutas.

As atividades seguem um protocolo de atendimento específico para mulheres com endometriose com dor pélvica crônica, abrangendo pompagem lombar (a fim de tornar a postura adequada para o início dos exercícios), percepção corporal, exercícios respiratórios (conscientização respiratória em relação ao ritmo, frequência, profundidade, quantidade de ar inspirado e expirado, direcionamento do ar inspirado e reeducação respiratória), alongamento muscular (ênfase em músculos encurtados devido à constante postura antálgica), exercício ativo livre, visando à manutenção ou aumento da amplitude de movimento (ADM) articular, dissociação de cinturas pélvica e escapular, exercícios específicos para região pélvica, fortalecimento de períneo, massagem corporal (região cervical, pé), automassagem, eletroterapia, utilizando-se “Estimulação Nervosa Transcutânea” (TENS) e técnicas de relaxamento (Metzger, 1998).

Os exercícios são realizados em diferentes posições (dorsal, lateral, sentado ou em pé), utilizando-se, certas vezes, materiais como bolas, almofadas e bastões e sempre com música ao fundo. É incentivada pela equipe de fisioterapia a realização

de exercícios físicos programados como caminhadas, natação, com o objetivo de aumentar a liberação de beta-endorfinas e melhorar o aspecto físico.

– Psicologia

A intervenção psicológica é coordenada e realizada pela responsável do Serviço de Psicologia do Ambulatório de Endometriose, com a colaboração de pós-graduanda do Departamento de Tocoginecologia do CAISM/Unicamp. Algumas vezes recebe participações de alunas do curso de aprimoramento em psicologia clínica.

O planejamento das atividades psicológicas baseou-se principalmente na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e também em alguns conceitos fundamentais da psicologia hospitalar, cujo objetivo principal é minimizar o sofrimento emocional provocado pelo adoecer e hospitalização, através de recursos e técnicas disponíveis na psicologia (Camon, 1995).

O termo 'grupo de apoio', utilizado amplamente para nomear intervenções psicológicas no contexto hospitalar, tem sua origem nas atividades das psicoterapias breves, focais e de apoio, desenvolvidas a partir dos trabalhos de Balint, Malan e Mann, entre outros. Essas formas de psicoterapias objetivam resultados mais imediatos, são orientadas para problemas atuais (no caso, a doença) com mais objetividade, podendo ser conduzidas por diferentes profissionais da saúde (Figueiredo et al., 2002).

Também chamado de grupo de auto-ajuda, o grupo de apoio compartilha objetivos dos grupos operativos terapêuticos, que visam à melhora da situação emocional e física da pessoa adoecida. Esse tipo de grupo é formado por pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si, e se unem na tentativa de ajudar-se reciprocamente. São reconhecidos os benefícios psicoterápicos dos grupos de ajuda em adictos, hipertensos, obesos, infartados, mutilados, portadores de deficiência física, pacientes crônicos e terminais, entre outros. Geralmente, esses grupos seguem uma abordagem de intervenção centrada na tarefa, ou seja, em temas centrais a serem abordados e discutidos durante os encontros. Esses temas são trabalhados de diferentes formas, seja através de relato verbal, atividade ocupacional, dinâmica, vivência, entre outros (Zimmerman, 1997).

Orientada pela estrutura dos grupos operativos, as atividades psicológicas realizadas no GAPFAME seguem um roteiro de temas que norteiam as discussões dos encontros semanais, definidos em autoconhecimento – correlação entre corpo e mente, aceitação, significado e enfrentamento da doença e dor, estresse: teoria e manejo dos sintomas, endometriose: conceitos atuais e tratamentos disponíveis e vivências da sexualidade. Também são incluídas discussões sobre relacionamentos afetivos (familiares e sociais) e estratégias de resolução de problemas. Os temas são abordados através de técnicas cognitivas comportamentais, atividades lúdicas e ocupacionais e materiais psicoeducativos como leituras complementares (Kames et al., 1990; Wood et al., 1990; Milburn et

al., 1993; Platts, 1997; Caudill, 1998; Mendonça, 1998; Albert, 1999; Greenberger e Padesky, 1999; Romano e Turner, 1999; Lipp, 2001).

Em anexo estão descritos os dados mais detalhados das atividades psicológicas e também apresentados os materiais utilizados e textos distribuídos para as participantes (Anexo 8).

Vale ressaltar que as mulheres que participam do GAPFAME continuam a receber as intervenções médicas usuais do Ambulatório de Endometriose, como consultas periódicas, exames, procedimentos cirúrgicos e terapia medicamentosa, quando necessários. Ao final do grupo algumas mulheres são orientadas a continuar com atendimentos psicológicos e fisioterapêuticos individuais, no próprio ambulatório. Permite-se também que participem de mais de uma vez do grupo, se assim o desejarem.

3.5.2. Grupo sem intervenção

As mulheres que não receberam a intervenção grupal preencheram, no dia da entrevista no Ambulatório de Endometriose, um questionário formulado previamente pela pesquisadora com dados das condições sociodemográficas e condições clínicas da endometriose. Para avaliar a depressão foi utilizado o BDI e para a dor a EVA; aplicados uma única vez.

3.6. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados referente às participantes do grupo de apoio, foi desenvolvida uma ficha (Anexo 9) onde foram anotados os dados retirados dos prontuários e registros psicológicos das participantes do grupo.

Os dados das mulheres do grupo sem intervenção foram colhidos em:

- Questionário formulado pela pesquisadora responsável, com perguntas sobre as condições sociodemográficas e condições clínicas da endometriose. Esse instrumento foi formulado com base na entrevista inicial do grupo de apoio e pré-testado em mulheres do Ambulatório de Endometriose (Anexo 10).
- BDI – Inventário de Depressão de Beck (Anexo 4).
- EVA – Escala Visual Analógica (Anexo 11).

3.7. Coleta de dados

Para coletar os dados do grupo de apoio, inicialmente a pesquisadora responsável listou todas as mulheres que participaram do GAPFAME, anotando o nome e o registro hospitalar (HC), de acordo com os registros do Serviço de Psicologia e Fisioterapia do CAISM/Unicamp. Em seguida, consultou os prontuários e registros psicológicos para selecionar quais participantes poderiam ingressar na pesquisa, de acordo com a seleção de sujeitos, descrita anteriormente. Após a seleção das participantes, a pesquisadora registrou os dados utilizados em fichas formuladas para tal finalidade (Anexo 9).

Vale ressaltar que, por se tratar de uma análise secundária de dados de um ensaio clínico, não foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido no grupo de apoio. Todavia, o sigilo das fontes foi respeitado.

O grupo que não recebeu intervenção foi selecionado e avaliado pela pesquisadora responsável no Ambulatório de Endometriose (CAISM/Unicamp) na primeira consulta neste ambulatório ou nos demais retornos. As possíveis participantes foram triadas e selecionadas na sala de espera do ambulatório. Aquelas que foram incluídas nesse grupo leram e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 12) e responderam o questionário com dados sociodemográficos e das condições clínicas da endometriose (Anexo 10); o BDI (Anexo 4) e a EVA (Anexo 11).

4. Publicação

Enviado para a Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB)

AUTOR
:: Crie novos Artigos/Manuscritos ou selecione um Artigo/Manuscrito para visualizar! Ajuda?

Voltar Novo Artigo/Manuscrito

Pesquisa : ID Ok

Ordenar por : ☒ ID ☐ Título

ID	Título	Data Prazo	Status
6685	Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose que participaram ou não de intervenção multiprofissional em grupo.		Aguardando Aprovação

Status : Aguardando Aprovação

ID : 6685

Tipo : ☒ Artigo Original

Título : Avaliação de dor e depressão em mulheres

Resumo :
Objetivo: Avaliar os escores de dor e depressão antes e depois da intervenção multiprofissional em grupo

Abstract :
Objective: Evaluate the pain and depression scores before and after multiprofessional intervention in group to the

Área de Conhecimento : Ginecologia / Psicologia

Entidade onde foi Desenvolvida : Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher

Fonte de Financiamento : Não há

Autores Secundários : Maria José Navarro Vieira , Andréa Marques, Cristina Laguna Benetti-Pinto, Carlos

Descritores/Unitermos : endometriose, dor pélvica crônica, depressão, grupo de apoio

Conflito de Interesses : não há

Keywords : endometriosis, chronic pelvic pain, depression, self-group.

Enviar

Arquivo Download

Controle de Arquivos
Data Arquivo
10/04/2007 22:30:13

Enviado Por
Carolina Lorençatto

Publicação 53

Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose que participaram ou não de intervenção multiprofissional em grupo.

Evaluation of pain and depression in women with endometriosis who had participated or not of multiprofessional intervention in group.

Carolina Lorençatto, Maria José Navarro Vieira, Andréa Marques, Cristina Laguna Benetti-Pinto, Carlos Alberto Petta.

Trabalho realizado no Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP / Brasil.

Rua Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz", Barão Geraldo - Campinas – SP / Cep 13084-971

Endereço para correspondência:

Carlos A Petta

Caixa Postal 6181 – Cep: 13084-971 – Campinas – Brasil

E-mail: cpetta@attglobal.net

Resumo

Objetivo: Avaliar os escores de dor e depressão antes e depois da intervenção multiprofissional em grupo às mulheres com endometriose, bem como verificar as diferenças entre aquelas que não participaram dessa atividade. **Métodos:** Participaram deste estudo 128 mulheres do Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp, distribuídas igualmente em dois grupos: que recebeu ou não a intervenção em grupo. Todas preencheram o Inventário de Depressão de Beck e a Escala Visual Analógica. **Resultados:** Foi identificada diminuição significativa dos escores de dor e depressão ao final da intervenção em grupo. No grupo sem intervenção, o escore de dor foi maior e da depressão foi menor quando comparado aos escores iniciais do grupo de apoio. Foi identificada correlação positiva entre dor e depressão em ambos os grupos. **Conclusão:** 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.

Unitermos: endometriose, dor pélvica crônica, depressão, grupo de apoio.

Summary

Objective: Evaluate the pain and depression scores before and after multiprofessional intervention in group to the women with endometriosis, as well as evaluate the differences between women who were not participants of this activity. **Methods:** 128 women from CAISM/Unicamp Endometriosis Outpatient Facility were assessed and distributed equally into two groups: women who received the intervention or those that did not. All women completed the Beck Depression Inventory and the Analogic Visual Scale. **Results:** The results showed a significant decrease in pain and depression scores at the end of group intervention. In the group without intervention, the pain score was higher and the depression score was lower when compared to the initial scores of the support group. A positive correlation was identified between pain and depression in both groups. **Conclusion:** Group intervention was efficient in diminishing pain and depression in women with endometriosis and may be incorporated into the conventional treatment administered to patients with this disease.

Key Words: endometriosis, chronic pelvic pain, depression, self-group.

Introdução

Atualmente o tratamento da endometriose tem como principal objetivo o alívio das queixas e sintomas de acordo com as necessidades individuais das mulheres. No geral, busca-se o alívio da dor pélvica crônica e a recuperação da fertilidade através de tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico. Apesar de todo conhecimento atual sobre a endometriose, ainda não existe um tratamento ideal, sem recidiva de sintomas. Muitas mulheres mantêm a queixa de dor ou de perda da fertilidade mesmo depois de se submeterem a diversas intervenções, gerando assim, um desgaste emocional devido ao longo caminho percorrido entre o início dos sintomas, diagnóstico e várias tentativas de tratamento da endometriose ^[1-5].

Além do sofrimento físico causado pelos sintomas, a endometriose provoca um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima ^[1,6-9].

A relação entre a endometriose e depressão já foi identificada, sendo que níveis mais elevados são encontrados em mulheres com dor crônica ^[10-12].

Devido à diversidade de queixas, atualmente busca-se um tratamento multiprofissional que atenda as demandas físicas e psicológicas das mulheres com endometriose. Há um consenso entre os ginecologistas e demais profissionais de saúde sobre a necessidade de suporte psicológico para essas mulheres, porém há poucos relatos que descrevem a realização e resultados desse tipo de atendimento ^[1-15].

Entre os trabalhos disponíveis na literatura, sugere-se um atendimento em grupo de apoio às mulheres com endometriose, onde seja possível realizar

esclarecimentos sobre a doença e sintomas, além de fornecer o suporte psicológico para as demandas emocionais ^[4-6,16].

Buscando preencher essa lacuna, foi estabelecido no Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp um atendimento em grupo envolvendo médicos, psicólogas e fisioterapeutas, nomeado Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às Mulheres com Endometriose (GAPFAME). O presente estudo teve como objetivo avaliar os escores de dor e depressão antes e depois do GAPFAME, bem como verificar se há diferenças entre aquelas que não participaram do grupo de apoio.

Métodos

Participaram deste estudo 128 mulheres do Ambulatório de Endometriose, Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brasil. Essas mulheres foram divididas igualmente em dois grupos: o que recebeu ou não a intervenção em grupo.

Ao serem incluídas no Ambulatório de Endometriose, na primeira consulta, todas as mulheres receberam informações sobre as rotinas médicas, exames, procedimentos e atendimentos oferecidos por esse serviço. Foram distribuídos folhetos explicativos sobre a doença e os sintomas e também sobre o GAPFAME. Essa intervenção foi oferecida a todas as mulheres, na primeira consulta ou no seu retorno médico. Foram encaminhadas ao grupo aquelas que manifestaram o desejo de participar, sendo realizada inscrição prévia pela equipe de psicologia e posteriormente a convocação através de carta enviada pelo correio, nas semanas que antecederam o início dos grupos. Foi observado entre aquelas que aceitaram participar, relatos de sofrimento emocional acentuado e

dificuldades nos relacionamentos afetivos e sociais devido a cronicidade da doença e sintomas.

Entre as mulheres que não se interessaram em participar, foram relatados como principais motivos o trabalho e/ou estudo, e dificuldades referente à distância e transporte, visto que neste serviço atendem-se pessoas de diversos municípios do estado de São Paulo e de outros estados. Também foi observado pelas psicólogas que algumas mulheres apresentaram resistência quanto ao grupo pelo pensamento de que a equipe de profissionais não estaria acreditando em sua dor e atribuindo a origem e intensidade da mesma ao fator emocional.

Foram analisados e selecionados registros psicológicos e prontuários médicos de mulheres que participaram de 10 grupos (realizados semestralmente) de março de 2001 a outubro de 2005. Nesse período, um total de 170 mulheres foram inscritas e convocadas, sendo que apenas 113 compareceram ao início dos grupos. Dessas, 74 concluíram e 39 perderam seguimento, por motivos variados (desinteresse, alteração na condição financeira, dificuldade de transporte, horário de trabalho, cirurgia, entre outros ignorados).

Das mulheres que concluíram o grupo, 64 foram incluídas nesse estudo de acordo com os seguintes critérios: diagnóstico cirúrgico de endometriose, ter queixa de dor pélvica crônica no início do grupo, ter participado de no mínimo 7 encontros, ter preenchido por completo as avaliações clínicas e psicológicas e ter preenchido o registro diário da dor. Foram excluídas aquelas que haviam participado mais de uma vez do GAPFAME.

O grupo que não recebeu intervenção foi selecionado e entrevistado no Ambulatório de Endometriose. Participaram da triagem 98 mulheres no período

de junho a dezembro de 2005, sendo incluídas neste grupo as 64 primeiras que preencheram o critério de inclusão: diagnóstico cirúrgico de endometriose, ter queixa de dor pélvica crônica, presença de dor no dia da entrevista, não ter participado do grupo de apoio e não ter recebido algum tipo de intervenção psicológica nos últimos seis meses da entrevista. As mulheres foram avaliadas em uma única entrevista, no dia da consulta ou retorno médico no ambulatório.

O projeto de pesquisa desse trabalho foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. As mulheres incluídas no grupo sem intervenção assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, pois a coleta de dados foi prospectiva. Devido à análise dos dados do grupo de apoio ser retrospectiva, pois o mesmo faz parte da rotina do serviço do Ambulatório de Endometriose, não se utilizou o termo de consentimento, sendo respeitado o sigilo das fontes de dados.

Materiais Avaliativos

As participantes dos dois grupos preencheram um questionário com dados referente a aspectos sociodemográficos, condição clínica da endometriose e do sintoma de dor, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) ^[17] e a Escala Visual Analógica (EVA) ^[18]. As mulheres do grupo de apoio preencheram o registro diário da dor durante o período de intervenção: um instrumento formulado com a finalidade de obter a média semanal de dor calculada a partir da soma dos escores diários dividido pelo número de dias registrados. Ao final do grupo, o BDI foi novamente aplicado.

Descrição da intervenção em grupo de apoio

O GAPFAME é realizado desde março de 2001 e é oferecido a todas as mulheres do Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp como tratamento complementar aos demais atendimentos e procedimentos usuais (clínico e cirúrgico). Foi definido e estruturado com base nos princípios da Terapia Cognitiva Comportamental e também nas 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 essa doença ^[19-23].

O grupo foi estruturado em 10 encontros semanais, com duração de 2 horas e 30 minutos, sendo a primeira hora destinada a intervenção fisioterapêutica e as demais, a intervenção psicológica. O número de participantes variou de acordo com as convocações e presenças; o mínimo foi de 4 e o máximo de 12 mulheres.

Foram objetivos da intervenção fisioterapêutica promover uma maior harmonização postural e aumento do metabolismo na região pélvica. Para isso, foram utilizados exercícios isométricos e isotônicos que visavam atuar nos encurtamentos musculares e retrações provocadas pela posição antálgica. Os encontros buscavam também elevar a liberação de beta-endorfinas através de exercícios de deslocamentos e atividades lúdicas que proporcionavam um clima de descontração e relaxamento, sempre associando música e movimento. Na etapa final eram propostos alguns exercícios respiratórios e técnicas de mentalização ^[24].

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 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. Em um dos encontros realizados o médico responsável pelo Ambulatório de Endometriose esteve presente, respondendo e esclarecendo dúvidas sobre a doença.

Os temas foram abordados através de técnicas cognitivas comportamentais, atividades lúdicas e ocupacionais e materiais psicoeducativos como leituras complementares sobre o tema abordado.

O tamanho amostral foi calculado com base em dois estudos de grupos de intervenção com mulheres com dor crônica. Para o cálculo referente à dor, com uma diferença aceitável entre as médias dos escores inicial e final da dor igual a 1,0 e $\alpha=0,05$ e $\beta=0,20$ obteve-se o tamanho amostral de 63 mulheres^[25]. Para o cálculo de depressão, com diferença aceitável entre as médias dos escores inicial e final de depressão igual a 6,0 e $\alpha = 0,05$ e $\beta = 0,20$ obteve-se o tamanho amostral de 61 mulheres^[26]. Dessa forma, o tamanho amostral foi definido a partir desses cálculos em 64 mulheres, para ambos os grupos.

De acordo com a validação do instrumento para a população brasileira, os pontos de cortes utilizados para a correção do BDI foram: 0 a 11 = sem depressão ou depressão mínima; de 12 a 19 = depressão leve; de 20 a 35 = depressão moderada e de 36 a 63 = depressão grave^[17].

Análise estatística

As associações entre os grupos com e sem intervenção com as características sociodemográficas, grau de endometriose e infertilidade foram avaliadas através dos testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher. Para avaliar a EVA entre os grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A evolução da EVA durante o tempo da intervenção e a comparação entre momentos do grupo foram avaliadas através de ANOVA com medidas repetidas de Friedman seguida de teste de Wilcoxon pareado.

A correlação entre EVA e BDI foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Spearman. A associação entre EVA e características sociodemográficas foi avaliada pelo teste de Kruskal-Wallis seguido de Mann-Whitney. O *software* utilizado foi o SAS versão 8.2 ($\alpha = 0,05$).

Resultados

As mulheres que participaram do grupo de apoio tinham em média $34,7 \pm 7,6$ anos; e no grupo sem intervenção $32,8 \pm 6,7$ anos. Em ambos os grupos, eram em sua maioria brancas, com união estável (casadas ou amasiadas), com ensino fundamental e exercendo atividade remunerada. Diferenças foram encontradas entre os grupos apenas no que se referiu ao número de filhos, sendo 56% sem filhos no grupo sem intervenção e 31% no grupo de apoio ($p=0,017$) (Tabela 1).

O tempo médio do diagnóstico da endometriose foi de $36,0 \pm 40,5$ meses no grupo de apoio e de $41,0 \pm 40,1$ meses no grupo sem intervenção ($p=0,58$). O tempo médio do sintoma doloroso foi de $98,3 \pm 77,5$ meses no grupo de apoio e

de $92,6 \pm 83,5$ meses no grupo sem intervenção ($p=0,43$) e o tempo médio da infertilidade foi de $58,0 \pm 45,1$ meses no grupo de apoio e de $66,4 \pm 41,5$ meses no grupo sem intervenção ($p=0,51$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos referentes a essas variáveis.

Quanto ao grau da endometriose, a maioria das mulheres de ambos os grupos apresentavam graus III e IV (Tabela 2), de acordo com o relatório da última cirurgia realizada, utilizando a classificação da *American Society for Reproductive Medicine* em 1996 ^[27]. A queixa de infertilidade foi maior no grupo sem intervenção ($p=0,003$), conforme mostra a Tabela 2.

Algumas características de condição clínica da endometriose foram verificadas apenas no grupo de apoio, onde se encontrou que 47% das mulheres apresentavam dor diária, 77% queixavam de dispareunia, 44% estavam sem uso de medicação hormonal, 94% sem outra condição médica que provocasse sintoma doloroso e 58% declararam uso de outra medicação, tais como: analgésicos, antidepressivos e homeopatia (Tabela 2).

A EVA média inicial do grupo de apoio foi $4,2 \pm 3,3$, e do grupo sem intervenção $6,6 \pm 2,4$ ($p=0,0002$). A EVA avaliada semanalmente no grupo de apoio, a partir dos registros diários da dor, mostrou-se significativamente menor ao longo do tempo da intervenção ($p<0,0001$), e também no final da intervenção ($p=0,0007$), conforme mostra a Tabela 3.

Quanto à depressão, o escore médio inicial do grupo de apoio foi de $22,8 \pm 10,2$ e final de $17,0 \pm 10,2$ ($p<0,0001$). Quanto ao grupo sem intervenção o escore médio foi de $17,5 \pm 9,9$; significativamente menor quando comparado ao escore médio inicial do grupo que recebeu a intervenção ($p=0,0049$) (Tabela 4).

Foi identificada correlação positiva entre EVA e BDI em ambos os grupos; quanto maior o valor da EVA maior o escore do BDI ($p < 0,05$).

No que se referiu à frequência da dor, foi observado maior escore de EVA entre aquelas com dor diária ($6,2 \pm 2,5$), do que associada à menstruação ($3,0 \pm 3,2$) e esporádica ($0,6 \pm 1,1$) ($p < 0,0001$). Não foi identificada outra associação significativa entre as características sociodemográficas e demais condições clínicas da endometriose com os escores de EVA e BDI.

Discussão

As mulheres avaliadas neste trabalho apresentaram condições sociodemográficas semelhantes às descritas em literatura nacional sobre aspectos da epidemiologia da endometriose^[3,8,13,14,28]. Diferenças entre os grupos analisados só foram encontradas no que se referiu ao número de filhos e queixa de infertilidade. Todas as mulheres desse estudo foram selecionadas no Ambulatório de Endometriose (CAISM/Unicamp), onde o único critério de inclusão é ter diagnóstico cirúrgico da doença. Dessa forma, são observadas queixas principais referentes à dor e/ou infertilidade; porém não necessariamente os dois sintomas concomitantes. Não foi utilizado nenhum critério durante a seleção das participantes que pudesse justificar essa diferença encontrada entre os grupos.

Apesar do longo tempo da dor em ambos os grupos, não foi observada associação significativa dessa variável e das demais avaliadas como tempo do diagnóstico, grau da doença, infertilidade, dispareunia, uso de medicação hormonal, outra condição médica e uso de outros medicamentos, com a EVA e o BDI. Apesar de alguns relatos descritos sobre a relação significativa entre o

uso de medicamentos hormonais e a depressão, especialmente os análogos do GnRH^[29,30], essa associação não foi observada nesse estudo.

A frequência da dor relatada pelas mulheres que participaram do grupo de apoio esteve significativamente associada com a EVA; sendo que aquelas que sentiam dor diariamente apresentaram escores mais elevados na escala de dor em todos os momentos avaliados (pré-intervenção, 5.º semana e 9.º semana). Não foram encontrados estudos com relatos semelhantes de tal associação, significativos ou não. Contudo, esse achado já era esperado ao correlacionar a frequência com a intensidade da dor, visto que a pessoa com dor diária apresenta-se mais queixosa e com maior probabilidade de exacerbar o relato da dor do que aquelas com dor esporádica^[31,32].

A comparação entre os grupos: que recebeu ou não a intervenção – permitiu observar diferenças significativas entre os escores de dor e depressão das mulheres avaliadas nesse estudo. A média de dor encontrada no grupo sem intervenção foi maior do que a relatada pelas mulheres no início do grupo de apoio. Em recente estudo realizado em nosso meio, a EVA obtida na pré-intervenção medicamentosa foi de $7,3 \pm 0,3$ ^[33], valor aproximado da média encontrada no grupo que não recebeu a intervenção. Não houve nenhum critério específico na seleção dos grupos, que justificasse a diferença encontrada referente a EVA. Sabemos que por mais confiável que seja, a mensuração da dor por meio de escalas apresenta limitações, pois esse sintoma trata-se de uma manifestação subjetiva multifatorial influenciada pelo estado emocional da pessoa^[34].

Referente a depressão, o grupo sem intervenção apresentou escores mais baixos do que o escore inicial do grupo de apoio. Essa diferença, já esperada,

mostrou que as mulheres que aceitaram e/ou procuraram participar do grupo de apoio apresentavam mais sintomas depressivos; isto é, possivelmente sentiam-se em pior estado emocional, mesmo apresentando escores mais baixos de dor, do que aquelas avaliadas no ambulatório que não receberam a intervenção. Dados semelhantes foram descritos quanto ao estresse percebido, onde se concluiu que as mulheres que se sentiam piores procuravam auxílio complementar ao tratamento convencional^[28].

De acordo com a classificação dos escores do BDI proposta para a população brasileira^[17], a média encontrada no grupo sem intervenção corresponde à depressão leve, ao passo que a média inicial do grupo de apoio corresponde à depressão moderada. Em recente pesquisa, foi detectada a presença de depressão em 86% das mulheres com endometriose e dor pélvica crônica e em 38% das mulheres sem dor. Referente a distribuição em graus, entre aquelas com dor, 34% era leve e 52% moderada a grave, não sendo identificada associação entre a dor e o grau da depressão^[12].

As análises realizadas entre os momentos do grupo de apoio, referente à EVA e o BDI, mostraram melhora das mulheres, com redução significativa dos escores de dor e depressão. Tanto a comparação de mudança ao longo do tempo como a comparação entre os momentos (inicial, 5ª e 9ª semanas) foram significativas. Esse dado assemelha-se ao descrito em literatura referentes aos grupos de intervenção multiprofissional para a dor crônica^[19,20,22,23,25,26].

Embora a diminuição da intensidade da dor tenha sido um evento significativo, o alívio total não ocorreu na maioria das participantes, o que já era esperado. A proposta do grupo de apoio não é extinguir o sintoma doloroso,

visto que o tratamento da dor na endometriose envolve também o uso de medicações hormonais e intervenções cirúrgicas. Porém, a redução na intensidade da dor pode representar melhora no bem-estar físico e emocional dessas mulheres, uma vez que as tornam menos incapacitadas para a realização de suas tarefas e funções, recuperando parte da vitalidade perdida com a persistência da dor. Ao final dos grupos freqüentemente observavam-se relatos de melhoras referentes ao aspecto físico e emocional associados a diminuição da dor.

A intervenção psicológica e fisioterapêutica proposta no grupo de apoio foi delineada justamente com esse objetivo, de melhorar a qualidade de vida das mulheres com endometriose. Através das técnicas realizadas, as mulheres puderam aprender a identificar o mecanismo da dor e a associação de alguns fatores como cansaço, estresse, ansiedade, depressão, pensamentos e crenças inadequadas na intensidade e duração do sintoma doloroso. Também foi possível observar que as mulheres apresentavam mais estratégias de enfrentamento da dor no final do grupo, o que as tornavam mais assertivas e menos queixosas.

A média de depressão também se mostrou significativamente menor no final do grupo. Inicialmente o escore médio correlacionava-se ao grau moderado de depressão, ao passo que no final, reduziu ao grau leve. Apesar de não chegar ao grau mínimo, considera-se significativa essa queda, visto que a melhora na qualidade de vida das mulheres no final do grupo justifica-se também pela melhora dos sintomas depressivos. O efeito de intervenções como essa descrita nesse trabalho, tem sido relatado por diversos autores, principalmente no que diz respeito ao estado emocional^[19,20,22,23,25,26,35].

A presença da depressão no final da intervenção pode ser devida ao fato de que algumas queixas dolorosas são semelhantes às queixas depressivas, o que pode exacerbar o diagnóstico da depressão em pessoas com dor crônica. Na escala do BDI, são descritos alguns itens como fadiga, distúrbios do sono, inibição para o trabalho, diminuição da libido, preocupação somática entre outros, comuns no relato da pessoa com dor, sem que necessariamente esteja com depressão. Alguns autores sugerem que o ponto de corte do BDI seja no mínimo 20 pontos para população do contexto médico, para evitar a superestimação dos sintomas depressivos^[36,37]. Nesse caso, o escore médio final não seria considerado como presença de depressão.

A relação entre endometriose e depressão já foi demonstrada^[12], sendo que neste estudo escores mais elevados da dor estiveram diretamente associados à intensidade da depressão. Essa associação já foi identificada anteriormente, sendo que alguns autores apontam a depressão como uma consequência direta da dor, porém não há um consenso nesta questão temporal ao definir qual condição precede a outra^[21,34,38,39]. É possível afirmar, no entanto, que as duas condições coexistem e uma agrava a experiência da outra^[21].

O impacto de uma doença crônica como a endometriose associado ao sintoma doloroso persistente traz mudanças significativas; inicialmente ocorre a perda de um corpo saudável e ativo, que pode gerar um estado de dependência e limitações. Comportamentos inadequados e ganhos secundários a dor se instalam e a pessoa tende ao isolamento e/ou vitimização. Os relacionamentos em geral ficam prejudicados, pois geralmente as pessoas em volta se cansam de tantas queixas; é comum o relato de que são taxadas como “*Maria das dores*”.

As mudanças provocadas pela queda do desempenho físico muitas vezes levam essas mulheres a perdas no fator econômico. As percepções cognitivas alteradas pelo estresse crônico provocado pela doença geram na maioria dos casos, sentimentos de desvalia e incapacidade, favorecendo então a reação depressiva. Sabe-se que tanto o estresse como os transtornos de humor acarretam déficits imunológicos, propiciando um aumento da susceptibilidade a doenças ^[13,40]. A presença da depressão pode prejudicar não somente a adesão ao tratamento da endometriose como também pode conduzir a resultados insatisfatórios no controle da doença.

O modelo cognitivo da depressão explica esse transtorno psicológico como resultante de interpretações distorcidas dos diversos acontecimentos da vida, determinadas pelos esquemas (padrões cognitivos) formulados diferentemente em cada pessoa, com base em suas experiências anteriores. Em grande parte, as distorções cognitivas geram uma visão negativa de si, do mundo e do futuro, que formam o que se denominou de tríade cognitiva da depressão. A partir daí, instala-se o círculo vicioso da depressão, onde a pessoa tende a cada vez mais interpretar todas as suas experiências como negativas, produzindo os chamados pensamentos negativos e autodestrutivos, que são freqüentemente observados em portadores de dor crônica ^[32,41].

No que se refere à predisposição para a depressão, esse modelo cognitivo sugere que as experiências iniciais da pessoa provêem a base para formar a tríade cognitiva da depressão. Esses conceitos negativistas podem estar latentes e serem ativados por incidentes críticos, que nem sempre estão relacionados à atitude negativa em si. Qualquer evento estressor, como uma doença, por exemplo,

poderia ativar essas crenças disfuncionais que provocariam o círculo vicioso da depressão^[32,41].

A maioria das intervenções multiprofissionais a pessoas com dor crônica, de diversas origens, baseia-se nesses conceitos cognitivistas e comportamentais; que já mostraram serem eficazes na diminuição da dor e da depressão^[19,20,22,23,25,26].

Apesar de não proporcionar alívio total das queixas de dor e depressão, o modelo utilizado no grupo de apoio às mulheres com endometriose também se mostrou eficaz, concordando com os relatos descritos anteriormente.

Conclusão

Foi verificado que as mulheres que buscaram o grupo de ajuda sentiam-se piores emocionalmente, isto é, apresentavam escores mais elevados de depressão.

Os resultados desse estudo confirmam a necessidade do atendimento multiprofissional que ofereça suporte psicológico para as mulheres com endometriose e dor pélvica crônica. O grupo de apoio realizado mostrou ser um bom aliado no tratamento convencional oferecido às portadoras dessa doença, uma vez que proporcionou redução nos escores de dor e depressão.

Referências Bibliográficas

1. Damario MA, Rock JA. Pain recurrence: a quality of life issue in endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;50:S27-42.
2. Valle RF, Sciarra JJ. Endometriosis: treatment strategies. *Ann N Y Acad Sci.* 2003;997:229-39.
3. Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod* 2003;18:756-9.
4. Cox H, Henderson L, Andersen N, Cagliarini G, Ski C. Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. *Int J Nurs Pract* 2003;9:2-9.
5. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004;46:641-8.
6. Jones KP. Emotional aspects of endometriosis: a physician's perspective. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31:874-82.
7. Christian, A. The relationship between women's symptoms of endometriosis and self-esteem. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22:370-6.
8. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004;49:115-20.
9. Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs* 2005;14:1124-32.

10. Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, et al. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:723-5.
11. Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995;63:796-800.
12. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:88-92.
13. Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão MS. *Endometriose – Uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.249-57.
14. Abrão MS, Nogueira AP, Petta CA, Ferriani RA. Novas teorias sobre a etiopatogenia da endometriose. *Femina* 2000;28:429-34.
15. Audebert A. La femme endométriosique est-elle différente?. *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:239-246.
16. Greco CD. Management of adolescent chronic pelvic pain from endometriosis: a pain center perspective. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:S17-9.
17. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
18. Huskisson E. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-31.

19. Turk DC, Meichenbaum DH. A cognitive-behavioural approach to pain management. In: Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1989. p.1001-9.
20. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain 1992;49:221-30.
21. Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am 1993;20:627-42.
22. Wood DP, Wiesner MG, Reiter RC. Psychogenic chronic pelvic pain: diagnosis and management. Clin Obstet Gynecol 1990;33:179-95.
23. Caudill MA. Controle a dor antes que ela assumo o controle: um programa clinicamente comprovado. São Paulo: Ed. Summus, 1998.
24. Metzger D. An integrated approach to the management of endometriosis. In: Steege J, Metzger D, Levy B. Chronic Pelvic Pain an integrated approach. Philadelphia: Saunders Company, 1998. p.126-34.
25. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. J Psychosom Obstet Gynecol 1999;20:216-25.
26. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. Pain 1990;41:41-6.
27. American Society For Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. Fertil Steril 1997;67:817-21.

28. Petrelluzzi KFS. Dor, estresse e qualidade de vida em mulheres com endometriose:avaliação de um protocolo de intervenção [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.
29. Steingold KA, Cedars M, Lu JK, Randle D, Judd HL, Meldrum DR. Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. *Obstet Gynecol* 1987;69:403-11.
30. Warnock JK, Bundren JC, Morris DW. Sertraline in the treatment of depression associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Biol Psych* 1998;43:464-5.
31. Oliveira JT de. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2000;58:360-5.
32. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicol Reflex Crit* 2005;18:47-54.
33. Petta CA, Ferriani RA, Abrão MS, Hassan D, Rosa E Silva JC, Podgaec S, et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20:1993-8.
34. Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ (org.). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus;1999.p.31-46.
35. Norrbrink Budh C, Kowalski J, Lundeberg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2006;38:172-80.

36. Kalichman SC, Sikkema KJ, Somlai A. Assessing persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection using the Beck Depression Inventory: disease processes and other potential confounds. *J Pers Assess* 1995;64:86-100.
37. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin* 1998;25:245-50.
38. Doan BD, Wadden N. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain* 1989;36:75-84.
39. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associates depression: antecedent or consequence of chronic pain? a review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37.
40. Olff M. Stress, Depression and Immunity: the Role of Defense and Coping Syles. *Psychiatr Res* 1999;85:7-15.
41. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

Tabela 1 – Distribuição percentual das mulheres que participaram ou não do grupo de intervenção segundo as características sociodemográficas

Características	Grupo de apoio		Grupo sem intervenção		p
	n	%	n	%	
Cor					0,79*
Branca	37	57,8	40	62,5	
Negra	6	9,4	4	6,3	
Parda/mulata	20	31,3	18	28,1	
Outra	1	1,6	2	3,1	
Estado Civil					0,40 [#]
Com união	52	81,3	47	73,4	
Sem união	12	18,8	17	26,6	
Filhos					0,017 [#]
Nenhum	20	31,3	36	56,3	
1 a 2 filhos	32	50,0	21	32,8	
3 a 5 filhos	12	18,8	7	10,9	
Escolaridade					0,87 [#]
Ensino fundamental	29	45,3	27	42,2	
Ensino médio	26	40,6	26	40,6	
Ensino superior	9	14,1	11	17,2	
Atividade					0,26 [#]
Não remunerada	18	28,1	24	37,5	
Remunerada	46	71,9	40	62,5	

*Teste Qui-Quadrado;

[#]Teste exato de Fisher.

Tabela 2 – Distribuição percentual das mulheres que participaram ou não do grupo de intervenção segundo as condições clínicas da endometriose

Características	Grupo de apoio		Grupo sem intervenção		p
	n	%	n	%	
Grau da endometriose					0,21*
I	17	26,6	16	25,0	
II	8	12,5	10	15,6	
III	6	9,4	12	18,8	
IV	30	46,9	22	34,4	
Extrapélvis	3	4,7	1	1,6	
Ignorado	0	0,0	3	4,7	
Infertilidade					0,003**
Sim	11	17,2	26	40,6	
Não	53	82,8	38	59,4	
Frequência da dor[#]					
Esporádica	8	12,5			
Assoc. a menstruação	26	40,6			
Diária	30	46,9			
Dispareunia[#]					
Sim	49	76,6			
Não	15	23,4			
Medicação[#]					
Não uso	28	43,8			
Pílula combinada	15	23,4			
AMP-D ⁽¹⁾	17	26,6			
Análogo do GnRH	4	6,3			
Outra condição médica?^{#(2)}					
Não	60	93,8			
Fibromialgia	2	3,1			
Artrite / artrose	2	3,1			
Outra medicação?[#]					
Não uso	27	42,2			
Uso	37	57,8			

*Teste exato de Fisher,

**Teste Qui-Quadrado;

[#]Características avaliadas apenas no grupo de apoio;

⁽¹⁾Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMP-D);

⁽²⁾Outra condição médica que gerasse o sintoma doloroso.

Tabela 3 – Distribuição e comparação da média de EVA das mulheres que participaram ou não do grupo de apoio segundo os momentos de avaliação

	Grupo de apoio		Grupo sem intervenção		p
	n	Média (±DP)	n	Média (±DP)	
EVA Inicial	64	4,2±3,3	64	6,6±2,4	0,0002[#]
EVA 1ª. Semana*	60	3,9±2,5			
EVA 2ª. Semana*	61	3,8±2,7			
EVA 3ª. Semana*	63	3,6±2,7			
EVA 4ª. Semana*	53	3,2±2,7			
EVA 5ª. Semana*	55	3,2±2,8			
EVA 6ª. Semana*	55	3,3±2,5			
EVA 7ª. Semana*	48	3,2±2,9			
EVA 8ª. Semana*	50	2,6±2,5			
EVA 9ª. Semana*	51	2,6±2,6			

Comparação de mudança da EVA ao longo do tempo do grupo

<0,0001⁽¹⁾

Comparação entre os momentos do grupo

EVA Inicial x EVA 5ª. Semana*

<0,0001⁽²⁾

EVA Inicial x EVA 9ª. Semana*

0,0007⁽²⁾

EVA 5ª. Semana* x EVA 9ª. Semana*

<0,0001⁽²⁾

*EVA referente à média semanal de dor obtida através do registro diário da dor preenchida apenas pelas mulheres do grupo de apoio;

[#] Teste de Mann-Whitney: comparação EVA inicial: grupo de apoio x grupo sem intervenção;

⁽¹⁾ Análise de variância de Friedman;

⁽²⁾ Teste de Wilcoxon pareado.

Tabela 4 – Distribuição e comparação da média dos escores do BDI das mulheres que participaram ou não do grupo de apoio segundo os momentos de avaliação

	Grupo de apoio		Grupo sem intervenção		p
	N	Média (±DP)	n	Média (±DP)	
BDI Inicial	64	22,8±10,2	64	17,5±9,9	0,0049*
BDI Final	64	17,0±10,2			

Comparação BDI entre momentos do grupo

BDI Inicial x BDI Final	<0,0001**
-------------------------	---------------------

*Teste de Mann-Whitney: comparação BDI Inicial: grupo de apoio x grupo sem intervenção;

**Teste de Wilcoxon pareado.

5. Conclusões

- As mulheres que participaram do grupo de apoio tinham em média $34,7 \pm 7,6$ anos, eram em sua maioria brancas, com união, de um a dois filhos, com ensino fundamental e exercendo atividade remunerada. Quanto à endometriose, o tempo médio do diagnóstico foi de $36,0 \pm 40,5$ meses, da dor pélvica crônica de $98,3 \pm 77,5$ meses e da queixa de infertilidade de $58,0 \pm 45,1$ meses. A maioria apresentava endometriose estádios III e IV, sem queixa de infertilidade, dor diária, dispareunia, sem medicação hormonal em uso, sem outra condição médica conhecida que gerasse sintoma doloroso e uso de outra medicação, tais como analgésicos, antidepressivos e homeopatia.
- O escore de dor inicial do grupo de apoio foi significativamente menor do que o escore de dor do grupo que não recebeu a intervenção. A comparação entre os momentos do grupo mostrou que o escore de dor sofreu redução significativa ao longo do tempo da intervenção e também no final; quando comparado com o escore inicial.
- O escore de depressão mostrou-se significativamente menor no final da

intervenção. A comparação dos escores de depressão entre os grupos mostrou que o escore inicial do grupo de apoio foi significativamente maior do que o escore do grupo que não recebeu intervenção.

- Foi identificada correlação positiva entre os escores de EVA com os escores do BDI, em ambos os grupos.
- Foi identificada apenas associação significativa entre a frequência de dor e o escore de dor no grupo que recebeu a intervenção. As mulheres com dor diária apresentaram maiores escores de dor, em todos os momentos avaliados.

6. Referências Bibliográficas

Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão MS. Endometriose – Uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000a. p.249-57.

Abrão MS, Nogueira AP, Petta CA, Ferriani RA. Novas teorias sobre a etiopatogenia da endometriose. *Femina* 2000b;28(8):429-34.

Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999;20:216-25.

Almeida FM. A prática invasiva na dor pélvica. *Femina* 2001;29(3):149-50.

American Society For Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67(5):817-21.

Angelotti G. Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: Camon VAA (org). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira; 2001. p.113-29.

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

Audebert A. La femme endométriosique est-elle différente?. Gynecol Obstet Fertil 2005;33(4):239-46.

Balasch J, Creus M, Fabregues F, Carmona F, Ordi J, Martinez-Roman S, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. Hum Reprod 1996;11(2):387-91.

Barbosa CP, Cordts EB. Endometriomas Ovarianos. Femina 1998;26(10):805-10.

Barbosa CP, Moreira HNC, Kuke R, Leitão SRMC, Strufald R. Algia pélvica crônica. Femina 1989;17:38-40.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-71.

Bernik MA, Vieira Filho AHG. Depressão na mulher. Rev Bras Med 1998;5(10):771-80.

Bernik, V. Depressão. Rev Bras Med 1999;56(5):347-64.

Campbell WI, Lewis S. Visual analogue measurement of pain. The Ulster Medical Society 1990;59(2):149-54.

Camon VAA. O psicólogo no hospital. In: Camon VAA (org). Psicologia Hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1995. p.15-8

Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1994;2(1):43-7.

Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. J Psychosom Res 2002;53(4):849-57.

Caudill MA. Controle a dor antes que ela assuma o controle: um programa clinicamente comprovado. São Paulo: Ed. Summus, 1998.

Christian, A. The relationship between women's symptoms of endometriosis and self-esteem. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1993;22(4):370-6.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética 1996;4:15-25.

Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. Complement Ther Nurs Midwifery. 2003a;9(2):62-8.

Cox H, Henderson L, Andersen N, Cagliarini G, Ski C. Focus group study of endometriosis: Struggle, loss and the medical merry-go-round. Int J Nurs Pract 2003b;9(1):2-9.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Damario MA, Rock JA. Pain recurrence: a quality of life issue in endometriosis. Int J Gynaecol Obstet 1995;50(Suppl 1):S27-42.

Dattilio FM, Freeman A. Introdução à terapia cognitiva. In: Freeman A., Dattilio FM. (orgs). Compreendendo a terapia cognitiva. Campinas, Editorial Psy, 1998. p.19-28.

Denny E. Women's experience of endometriosis. J Adv Nurs 2004;46(6):641-8.

Doan BD, Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. Pain 1989;36(1):75-84.

DSM-IV-TR™ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ªed., Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Eccleston C. Role of psychology in pain management. Br J Anaesth. 2001;87(1):144-52.

Falcone E. Psicoterapia cognitiva. In: Rangé B. (Org.). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais, Porto Alegre: ArtMed, 2001. p.49-61.

Figueiredo JH, Giglio JS, Botega NJ. Tratamentos Psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, meditação. In: Botega NJ (org). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.405-18.

Figueiró JAB. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Carvalho MMMJ (org.). Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p.140-58.

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, et al. Chronic pain-associates depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. Clin J Pain 1997;13(2):116-37.

Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain. 1992;49(2):221-30.

Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics 1986;27(5):327-37.

Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições. São Paulo: Atheneu, 2000. p.3-9.

Galizzi HR. Depressão nas diversas especialidades. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições. São Paulo: Atheneu 2000. p.97-108.

Gomes KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2003;37(1):75-82.

Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, Yoshida K, Mizukawa H, Kaneko M, et al. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(3):723-5.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin* 1998;25:245-50.

Greco CD. Management of adolescent chronic pelvic pain from endometriosis: a pain center perspective. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16(3 Suppl):S17-9.

Greenberger DG, Padesky CA. *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001;16(12):2668-71.

Guimarães SS. Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho MMMJ. (org.). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. p.13-30.

Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1984;64(2):151-4.

Howard, FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;4(1):85-94.

Howard, FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101(3):594-611.

Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs* 2005;14(9):1124-32.

Huskisson E. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2(7889):1127-31.

IASP - International Association for the Study of Pain. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6(3):249.

Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(1):172-9.

Jones KP. Emotional aspects of endometriosis: a physician's perspective. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31(4):874-82.

Kalichman SC, Sikkema KJ, Somlai A. Assessing persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection using the Beck Depression Inventory: disease processes and other potential confounds. *J Pers Assess* 1995;64(1):86-100.

Kamerow D. Anxiety and depression in the medical setting: an overview. *Med Clin North Am* 1988;72(4):745-51.

Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain* 1990;41(1):41-6.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ªed., Porto Alegre: Artmed, 1997.

Kennedy S. What is important to the patient with endometriosis? *Br J Clin Pract. Symp* 1991;72(Suppl):8-101.

Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;55(4):759-65.

Lipp M (org). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Editora Contexto, 2001.

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

Lynch RT, Agre J, Powers JM, Sherman J. Long-term follow-up of outpatient interdisciplinary pain management with a no-treatment comparison group. *Am J Phys Med Rehabil* 1996;75(3):213-22.

Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004;49(2):115-20.

Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87(3):321-7.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, Maccahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999;55(1):1-10.

Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965; 150(699):971-9.

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975(1):277-99.

Mendonça E. Um enigma chamado endometriose. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998.

Metzger D. An integrated approach to the management of endometriosis. In: Steege J, Metzger D, Levy B. *Chronic Pelvic Pain an integrated approach*. Philadelphia: Saynders Company, 1998. p.126-34.

Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(4):643-61.

Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(3):389-402.

Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(12):733-40.

Norrbrink Budh C, Kowalski J, Lundeberg T. A comprehensive pain management programme comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2006;38(3):172-80.

Olf M. Stress, Depression and Immunity: the Role of Defense and Coping Syles. *Psychiatr Res* 1999;85(1):7-15.

Oliveira JT de. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2000;58(2):360-5.

Petrelluzzi KFS. Dor, estresse e qualidade de vida em mulheres com endometriose:avaliação de um protocolo de intervenção [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Petta CA, Ferriani RA, Abrão MS, Hassan D, Rosa E Silva JC, Podgaec S, et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20(7):1993-8.

Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ (org.). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999. p.31-46.

Platts DE. *Autodescoberta divertida*. 2ª.ed. São Paulo: Triom, 1997.

Rangé B. (Org.). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais, Porto Alegre: ArtMed, 2001.

Ravski A. Dor pélvica crônica. In: Camargo A, Melo V. Ginecologia ambulatorial. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p.293-301.

Reinter RC. Evidence-based management of chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1998;41(2):422-35.

Romano JM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy. In: Bonica JJ. The management of pain, 2a.ed. Philadelphia: Lea&Febiger; 1990. p.1711-21. v II.

Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am 1993;20(4):627-42.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. JAMA 1995; 274(9):1511-17.

Steingold KA, Cedars M, Lu JK, Randle D, Judd HL, Meldrum DR. Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. Obstet Gynecol 1987;69(3):403-11.

Talo S, Forssell H, Heikkonen S, Puukka P. Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. Int J Rehabil Res 2001;24(1):25-33.

Tunks ER, Merskey H. Psychotherapy in the management of chronic pain. In: Bonica JJ. The management of pain, 2a.ed. Philadelphia: Lea&Febiger, 1990. p.1751-6. v.II.

Turk DC, Meichenbaum DH. A cognitive-behavioural approach to pain management. In: Wall PD, Melzack R. Textbook of pain, 2a.ed. London: Churchill Livingstone, 1989. p.1001-9.

Urbanetz AA., Andraus AM. Endometriose: epidemiologia e aspectos clínicos. *Femina* 1999;27(3):249-55.

Valle RF, Sciarra JJ. Endometriosis: treatment strategies. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;997:229-39.

Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicol Reflex Crit* 2005;18(1):47-54.

Wade JB, Dougherty LM, Hart RP, Cook DB. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain* 1992;48(1):37-43.

Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995;63(4):796-800.

Wang CY. Coping with endometriosis. *Lancet* 2004;364(9447):1800.

Warnock JK, Bundren JC, Morris DW. Sertraline in the treatment of depression associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Biol Psych* 1998;43(6):464-5.

Weinstein K. The emotional aspects of endometriosis: what the patient expects from her doctor. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31(4):866-73.

Wood DP, Wiesner MG, Reiter RC. Psychogenic chronic pelvic pain: diagnosis and management. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33(1):179-95.

World Health Organization. The epidemiology of infertility: report of a WHO Scientific Group. *WHO Technical Report Series* 1975;582.

Zimmerman DE. Classificação geral dos grupos. In: Zimmerman DE, Osório LC (org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: ArtMed, 1997. p.74-81.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, Unicamp. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada
2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Folder de divulgação do grupo de apoio

Ambulatório de Endometriose do CAISM
(DTG/FCM / Unicamp)

Opiniões de quem já participou do grupo:

“antes de começar o grupo eu me sentia uma folha em preto e branco, agora sou uma folha colorida”

“antes de começar o grupo eu me



sentia sozinha, agora faço parte de um grupo, onde estamos todas juntas”

Venha !!

***Estamos contando com
sua presença.***

Telefone para contato:

(19) **3788-9347** – Ambulatório de
Ginecologia

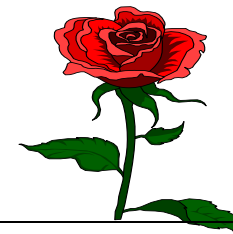
Contato com as Psicólogas

(19) **3788-9428** – Fisioterapia
Contato com Marisa (secretária)

Anotações

Material elaborado por Carolina Lorençatto
com a colaboração de Maria José Navarro
Vieira e Andréa Marques, vinculadas ao

***Grupo de Apoio
Psicológico e
Fisioterapêutico às
Mulheres com
Endometriose
(GAPFAME)***



CAISM / Unicamp

O que é o GAPFAME ?

É um trabalho desenvolvido por profissionais da área de psicologia e fisioterapia que buscam auxiliar a mulher recuperar suas atividades diárias, entender e controlar sua dor podendo se conhecer melhor.

Devido ao grande número de pacientes que sofrem com os sintomas da endometriose a equipe de profissionais dessa instituição (CAISM/Unicamp) criou este grupo de apoio para melhorar a qualidade de vida das pacientes.

Sabemos que uma dor, de qualquer natureza, interfere na vida da pessoa mudando seu dia a dia e diminuindo suas atividades de rotina. Neste programa, o objetivo principal é desenvolver formas

emocionais e físicas para lidar com a dor, acreditando que cada uma possa assumir um papel mais ativo no controle de sua dor e em sua maneira de viver.

Estamos dispostos a auxiliar em sua melhora emocional e física, fornecendo suporte e apoio para enfrentar esse sintoma tão doloroso.

Eu preciso participar?

A decisão quanto à participação no grupo é somente sua. O grupo existe para ajudar você neste momento que a dor está visitando sua vida.

Os encontros semanais irão ajudar a compreender melhor o que está acontecendo com você.

Além disso, você irá encontrar outras mulheres com vidas e experiências diferentes da sua, mas que também sofrem com a endometriose. **Você irá perceber que não está sozinha.** Além do apoio que receberá dos profissionais terá oportunidade de conhecer

outras pessoas que enfrentam dificuldades emocionais e físicas como você.

Caso seja necessário, quando terminar o programa proposto poderão ser marcados atendimentos psicológicos e fisioterapêuticos individuais.

Como é estruturado esse programa?

O programa estabelece 10 encontros, que ocorrerão semanalmente – toda quarta-feira, das 13h às 15h30.

Nesse período de 2h30 serão desenvolvidas atividades propostas pela equipe de profissionais de psicologia e exercícios físicos.

Como eu faço para participar?

Dê seu nome e forma de contato (telefone, endereço) no ambulatório de endometriose para uma das psicólogas, ou na entrada da fisioterapia com a secretária.

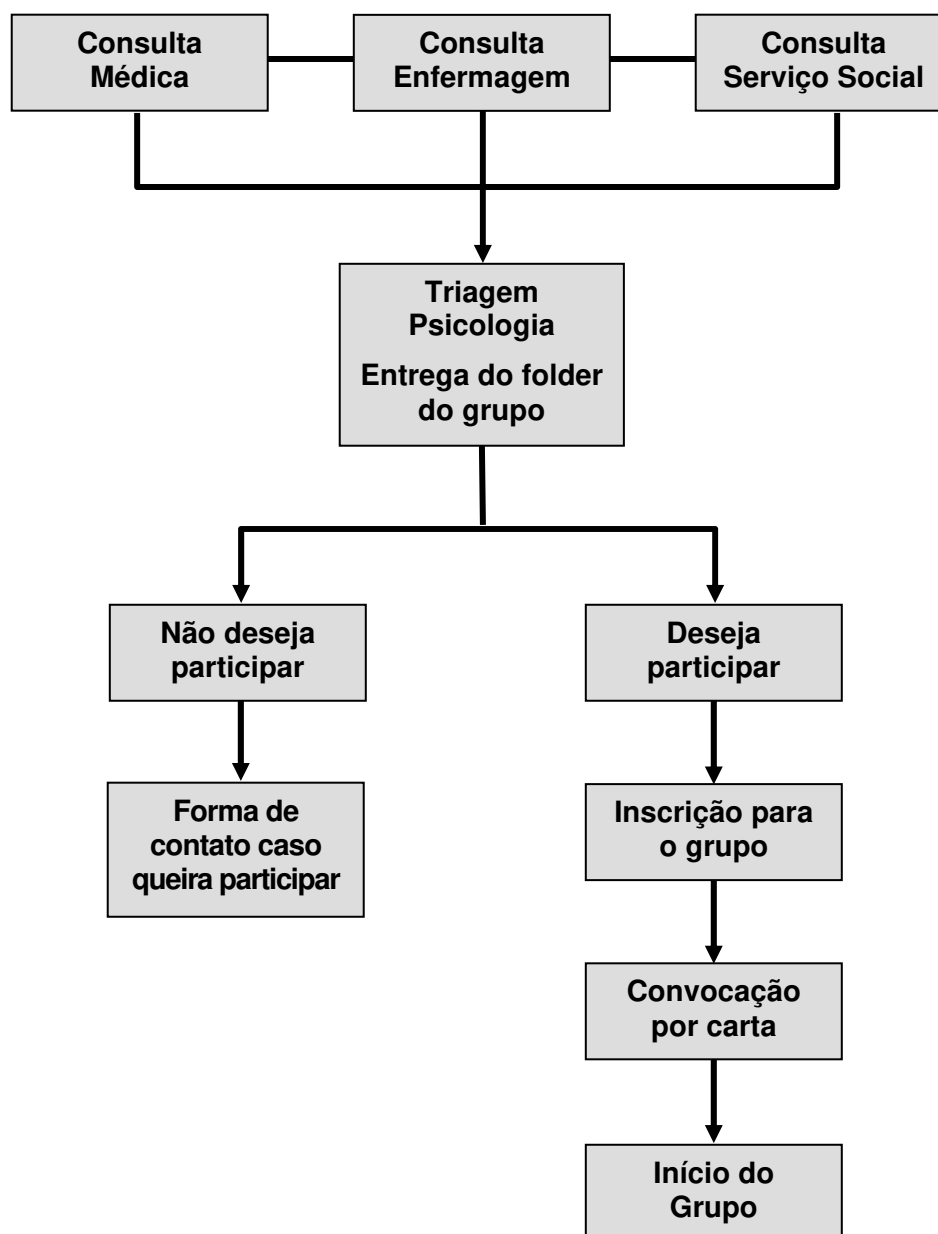
Profissionais Responsáveis:

Maria José N. Vieira (Psicóloga)

Carolina Lorençatto (Psicóloga)

Andréa Marques (Fisioterapeuta)

8.2. Anexo 2 – Fluxograma do encaminhamento das participantes



8.3. Anexo 3 – Ficha de identificação: avaliação inicial GAPFAME



**Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico
às mulheres com endometriose (GAPFAME)**
CAISM - Unicamp

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ Profissional: _____ Grupo: _____

Nome: _____

HC: _____ Idade: _____ anos Ocupação: _____

Cor: () branca () negra () parda/mulata () índia () amarela

Estado Civil: _____ Filhos: _____

Escolaridade: _____

Endereço atual (Residência): _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefones: _____

CONDIÇÃO CLÍNICA

- Quando foi o procedimento realizado para o diagnóstico da endometriose?
(mês e ano) _____
- Grau de endometriose: () I () II () III () IV IGN () (Pasta)
- Você tem dor na barriga por causa da endometriose?
() sim () não

Há quanto tempo sente essa dor? (contar mesmo antes do diagnóstico): _____

Essa dor vem: () raramente () todos os dias
() está sempre associada a menstruação (antes/durante/após)

Qual é sua nota de dor hoje?:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor										pior dor

- **Você tem dor na relação sexual?** (dispareunia):
() sim Tempo: _____ () não
- **Você está tentando engravidar e não consegue?** (infertilidade):
() sim Tempo: _____
() não
- **Você tem outras queixas ou sintomas da endometriose além destes já falados?**
() sim () não Qual(is)? _____
- **Você está utilizando alguma medicação para tratamento da endometriose?**
() sim Qual: _____
Quanto tempo faz que está tomando? _____
() não
- **Você tem algum outro problema de saúde além da endometriose?**
(p.ex: diabetes, pressão alta, etc.) () sim Qual: _____ () não
- **Você toma algum (outro) medicamento diariamente ou com frequência?**
() sim () não Qual: _____
Tempo de uso: _____ meses
- **Você já fez acompanhamento psicológico ou fisioterapêutico antes?**
() sim () não Onde? Com quem? _____

8.4. Anexo 4 – Inventário de Depressão Beck (BDI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. 2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. 3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. 4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. 5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. 6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.	8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. 9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. 10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. 11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar. 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. 13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

*Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio.	19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.	20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.	
18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.	

_____ Subtotal da Página 2

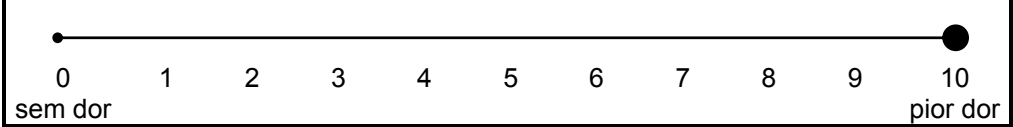
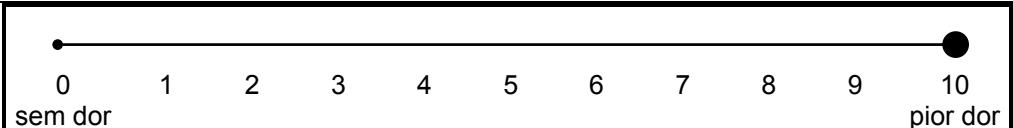
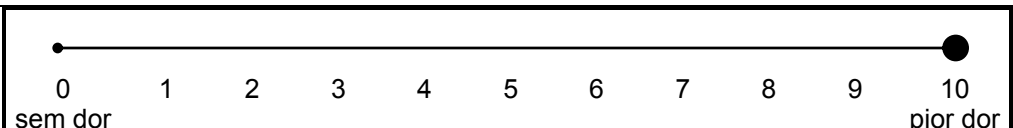
_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

8.5. Anexo 5 – Diário da Dor

Diário semanal de registros para o controle da dor

Nome: _____ semana _____

TERÇA – FEIRA	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
QUARTA – FEIRA	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
QUINTA – FEIRA	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
SEXTA – FEIRA	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
SÁBADO	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
DOMINGO	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____
SEGUNDA – FEIRA	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sem dor pior dor Como foi seu dia? _____

8.6. Anexo 6 – Avaliação do Diário da Dor (exemplo)

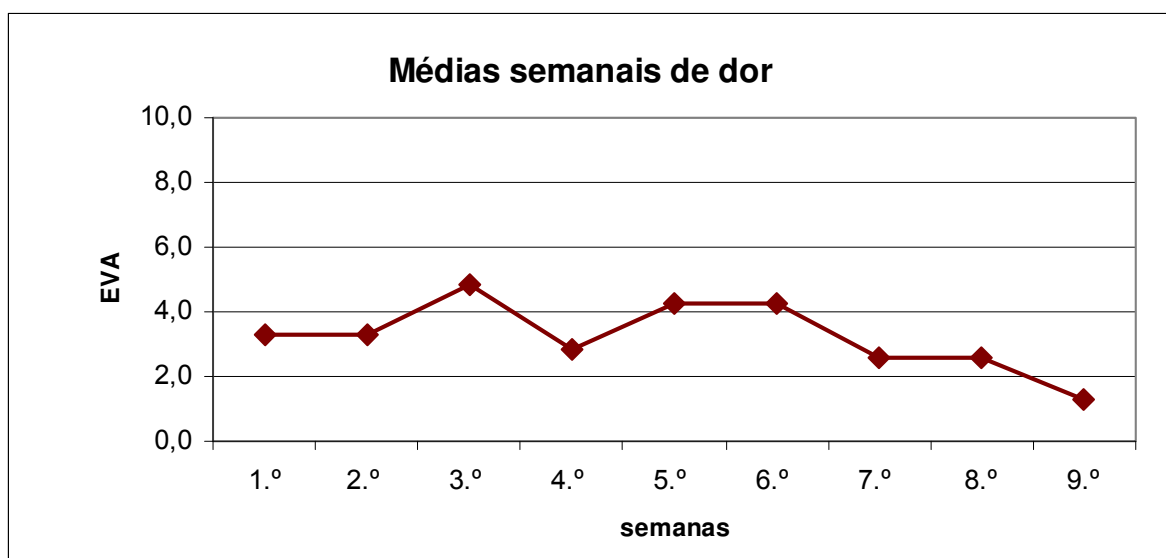


Diário semanal de registos para o controle da dor

Nome: Maria

Grupo: 2G / 2005

Semana		Nota de dor							Média Semanal
		Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	Segunda	
23 a 29/08	1.º	3	4	6	3	2	1	4	3,3
30/08 a 05/09	2.º	3	5	4	4	2	2	3	3,3
06 a 12/09	3.º	4	2	2	5	10	7	4	4,9
13 a 19/09	4.º	1	0	2	3	8	5	1	2,9
20 a 26/09	5.º	9	8	6	4	2	0	1	4,3
27/09 a 03/10	6.º	1	2	4	5	7	7	4	4,3
04 a 10/10	7.º	3	1	1	0	2	6	5	2,6
11 a 17/10	8.º	3	6	5	3	1	0	0	2,6
18 a 24/10	9.º	0	0	1	1	3	1	3	1,3



8.7. Anexo 7 – Questionário de Auto-Avaliação GAPFAME

Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às mulheres com Endometriose (GAPFAME) CAISM – Unicamp

Chegamos ao fim do grupo, mas sabemos que esses encontros serão lembrados e o que trabalhamos poderá ser praticado por você. Para avaliar nosso trabalho, montamos algumas perguntas que gostaríamos que você respondesse com toda a liberdade e sinceridade. Às vezes precisamos receber críticas para melhorar nosso trabalho, por isso fique a vontade para dizer o que achou. Você não precisa se identificar, por isso não coloque seu nome. Se não quiser responder alguma questão, pode deixar em branco, mas lembre-se: sua opinião é muito importante!!.

1. Descreva o que achou do grupo:
2. O que foi mais importante para você nesses 10 encontros?
3. O que achou das atividades e dinâmicas realizadas?
4. Você leu os materiais informativos entregues no grupo? E o que achou?
5. O que você achou dos diários?
6. Você encontrou dificuldades para preencher os diários? Se sim, diga qual foi.
7. O que o diário significou para você nessas 10 semanas?
8. Você acha que foi possível perceber ou aprender alguma coisa com o diário? Qual foi?
9. Você tem alguma sugestão para o diário, alguma coisa que gostaria de complementar?
10. O que achou dos assuntos discutidos no grupo? Gostaria de sugerir algum tema para ser discutido?
11. O que achou dos exercícios físicos propostos pela fisioterapia?
12. Qual foi a atividade desenvolvida pela fisioterapia que você mais gostou?
13. Qual foi a atividade desenvolvida pela fisioterapia que você menos gostou?
14. Você se sente diferente do que quando começou o grupo? Se sim, explique o por que.
15. Você acha que o grupo ajudou você? Se sim, explique no que o grupo ajudou.
16. Você pode usar esse espaço se quiser escrever mais alguma coisa.

8.8. Anexo 8 – Descrição das Atividades Psicológicas e Materiais do GAPFAME

As atividades da psicologia seguem um roteiro de temas pré-definidos e divididos ao longo dos 10 encontros:

Roteiro de Atividades Psicologia - GAPFAME	
1	TRIAGEM – entrevista inicial / Apresentação participantes e programa.
2	Autoconhecimento: aceitar e assumir a posse da dor / Dar e receber ajuda / Relação entre dor e emoções
3	Significado da doença e sintomas (trabalho com a Argila)
4	Enfrentamento da doença e sintomas
5	Estresse – definições – relação com a endometriose
6	Identificando fontes de estresse (desenho do palhaço)
7	Endometriose – Filme + material informativo. Preparar questões;
8	Encontro com o médico
9	Sexualidade (Gertrudes)
10	Encerramento – avaliação final e devolutiva

A seguir, são apresentadas descrições das atividades e relatos de experiências obtidas nos grupos realizados.

1º Encontro

Conteúdo e estratégias: Realizada entrevista individual, com a aplicação do questionário (Anexo 3) e o BDI (Anexo 4). Após as entrevistas, inicia-se a atividade em

grupo com a apresentação das participantes e profissionais através da dinâmica da bexiga (Anexo 8.1.1), sendo possível trabalhar as expectativas das mulheres quanto ao grupo de apoio. É solicitado e garantido o sigilo das informações devido à troca de experiências individuais, e apresentado a estrutura (local, datas e horários) e objetivos do trabalho. É entregue o diário semanal da dor (Anexo 5) e explicado a forma correta de preenchê-lo.

Relato de experiência: Ao apresentar-se ao grupo, as mulheres relatam sua trajetória da doença, desde o início dos sintomas e tratamentos realizados até a chegada no grupo de apoio. Esses relatos foram percebidos como uma forma de desabafo frente às limitações e frustrações impostas pela doença e pela insatisfação de não encontrar uma solução definitiva para o problema. Encontrar outras mulheres com queixas semelhantes mostrou ser importante para as participantes, que reconheceram que não eram só elas que sofriam com a endometriose: “(...) sinto agora que não estou mais sozinha com essa coisa (endometriose)”. As principais expectativas colocadas pelas mulheres quanto ao trabalho do grupo foram: “em busca de solução”, “aliviar o estresse e a depressão”, “aprender a conviver com o problema”, “entender e aceitar a endometriose”; “melhorar emocionalmente”, “conhecer mulheres com o mesmo problema que o meu”, entre outros.

2º Encontro

Conteúdo e estratégias: São trabalhados os temas de autoconhecimento e a aceitação da doença, baseados na proposta de Caudill (1998), que orienta que a pessoa com dor tem que “assumir a posse da sua dor”, isto é, tem que reconhecer que a dor existe e parar de negar o problema, ou atribuir a culpa de sua existência a outras pessoas. Através da dinâmica da estátua (Anexo 8.1.2) são enfatizados o significado de dar e receber ajuda, o autocuidado, e o reconhecimento dos limites do corpo para agir em benefício próprio. A relação entre dor e emoções também é discutida para reconhecer e controlar a influência do aspecto emocional na vivência do sintoma doloroso. O encontro é finalizado com a atividade da folha em branco (Anexo 8.1.3) com a mensagem de que mesmo com a endometriose é possível viver bem, valorizando os aspectos positivos e mantendo a qualidade de vida.

Relato de experiência: Frequentemente as mulheres mostraram atitudes de negar ou enfrentar agressivamente o sintoma doloroso e as limitações físicas que ele provoca, persistindo em manter atividades que prejudicam a experiência dolorosa. A idéia de aceitar os limites colocados pela dor significou para muitas, perder o controle de suas próprias vidas,

como se estivessem “entregando os pontos”. Entre as mulheres com infertilidade, foi comum a queixa de sentirem-se incompletas, inferiorizadas por não serem capazes de gerar um filho. Nessas mulheres foram percebidos sentimentos de raiva e sentimentos de desvalia com a própria vida, principalmente entre aquelas que não tinham nenhum filho.

Foram comuns relatos de que a doença traz mudanças significativas nos comportamentos e nas relações vividas, pois as mulheres se tornaram mais limitadas e dependentes. Esse fato para algumas, foi muito ameaçador pois demonstraram traços de personalidade mais estruturados, empreendedoras e independentes nas ações e atitudes. Foi muito comum a queixa de que não podiam mais fazer as coisas como antes e sentiam-se muito mal em depender dos outros para atividades que realizavam com autonomia. Reconheceram por sua vez, que exerciam atividades e acumulavam responsabilidades superiores à capacidade física e emocional, agravando o estado físico e dificultando o bem-estar. Dados esses que foram relatados durante a discussão da dinâmica da estátua, sendo que a maioria das mulheres preferiu ser escultor a ser estátua, demonstrando a dificuldade de receber o toque, a ajuda de outra pessoa. Atitude que pode significar autodefesa e dificuldade de manter o tratamento proposto. Essa reflexão tornou possível melhorar o autoconhecimento de suas atitudes ao adoecer, permitindo reestruturar a relação de auto-ajuda.

A dinâmica da folha em branco facilitou uma imagem mais positiva de si mesmo, uma vez que observamos demonstrações de baixa auto-estima, com relatos de que “já não sirvo pra nada com essa doença”, “já tiraram tudo da minha barriga, sobrou só essa coisa (dor)”, entre outros.

3º Encontro

Conteúdo e estratégias: Nesse encontro é trabalhado o significado da doença e sintomas, através de trabalho com argila. As mulheres são convidadas a fazer uma reflexão sobre a representação da doença com essa técnica manual. É solicitado que expressem através de um objeto, situação, o que a endometriose significa em suas vidas.

Relato de experiência: A modelação com argila agradou a maioria das participantes dos grupos. Poucas mulheres demonstraram dificuldade de representar a dor, ou resistência em fazer a atividade. Nesses casos percebíamos que a dificuldade era pela descarga emocional que a tarefa provocava ou pela confusão de sentimentos e pensamentos sobre a doença. Uma dessas mulheres, ao apresentar que não havia feito nada, apenas ficou amassando um pedaço grande de argila disse: “não fiz nada, não pensei em nada. Acho

que me sinto assim com a endometriose, um grande monte de nada (...)”. As representações comuns no grupo foram da figura humana sendo agredida por objetos pontiagudos (como faca, agulha) na barriga, expressões faciais entristecidas ou raivosas, corações feridos, escada com muitos degraus (representando o caminho percorrido), paisagens com dois momentos (antes e depois) da doença, cestas cheias de pedras de diversos tamanhos (representando o útero com endometriose) casas, crianças, entre outras.

Ao apresentar o trabalho realizado, muitas mulheres se emocionaram, demonstrando sentimentos de tristeza, raiva, inconformismo em virtude do comprometimento físico e das mudanças impostas pela doença, como a dificuldade de engravidar, crises e separações conjugais, perda de emprego, entre outras. Nessas discussões, as coordenadoras atuaram ajudando as mulheres a interpretar o trabalho realizado, buscando atribuir um significado mais positivo para a doença. Para simbolizar esse re-significado da doença, as mulheres eram convidadas a jogar a modelagem no lixo ou levar para casa, caso desejassem.

4º Encontro

Conteúdo e estratégias: Em continuidade do encontro anterior é resgatado o trabalho com a argila e discutido o enfrentamento da endometriose e sintomas. As coordenadoras realizam uma apresentação oral sobre teoria e significados da dor baseado no trabalho de Caudill (1998) e alguns conceitos-chaves sobre a etiologia e fisiologia da dor na endometriose e os diversos fatores sob quais esse sintoma é influenciado. A infertilidade é discutida buscando re-significar o sentido da maternidade e o papel da mulher – que diferente do que essas mulheres pensam, não se restringe apenas à capacidade de gerar. Novamente é enfatizada a importância do autocuidado no tratamento do sintoma doloroso, reconhecendo e respeitando os limites do corpo. No fechamento do encontro são utilizadas duas técnicas reflexivas: a metáfora da vidraça suja e a figura da velha e da moça (Anexos 8.1.4 e 8.1.5) propiciando a re-estruturação de pensamentos negativos sobre a doença e sintomas, adotando atitudes mais assertivas no enfrentamento e controle da doença.

Relato de experiência: A discussão da argila foi retomada com relatos das mulheres sobre o encontro anterior. A apresentação teórica foi bem recebida e as participantes relataram suas experiências sobre a percepção da dor. Também verbalizaram as situações cotidianas, os problemas no trabalho e em casa, nas relações em geral. Apesar de ser focalizado na doença e sintomas, o grupo de apoio teve esse espaço para que as mulheres trouxessem as dificuldades do dia-a-dia e pudessem receber ajuda de como enfrentá-las. As

discussões sempre foram mediadas pelas psicólogas, porém a troca de informações e experiências entre as mulheres foi muito terapêutica.

5º Encontro

Conteúdo e estratégias: Nesse encontro são apresentadas as definições de estresse e a relação com a endometriose. É entregue um material (Anexo 8.2), que é apresentado pelas coordenadoras, iniciando a discussão sobre o tema proposto. O conceito de estresse é transmitido, bem como seus sintomas e implicações físicas, psicológicas e a relação com a endometriose e sintomas. Ao final, é entregue texto complementar sobre o estresse para discutir no próximo encontro (Lipp, 2001).

Relato de experiência: As mulheres apresentaram relatos sobre o estresse vinculados principalmente ao estado afetivo, sentimentos de raiva, irritabilidade excessiva e descontrole emocional em função dos sintomas da endometriose. Por sua vez, mostraram compreender a relação entre o estresse e endometriose e a dificuldade de administrá-lo no dia-a-dia. Foi apresentado pelas coordenadoras o material sobre o tema: seus conceitos e implicações. Foi enfatizada a importância do controle do estresse para melhora da doença e sintomas, bem como para a melhora da qualidade de vida.

Algumas mulheres relataram as dificuldades encontradas no relacionamento conjugal e/ou com filhos por falta de paciência, irritação, cansaço, entre outros sintomas associados ao quadro de estresse crônico. Algumas sugestões foram oferecidas pelas colegas de grupo, além da intervenção das psicólogas, mediando a discussão.

6º Encontro

Conteúdo e estratégias: em continuidade do encontro anterior, são trabalhadas as fontes de estresse (estressores) e apresentadas algumas técnicas para o controle dessa condição. Para tal, é utilizada uma atividade lúdica, o desenho do palhaço (Anexo 8.3), onde as participantes são instruídas a identificar e escrever dentro de cada bola do desenho as fontes de estresse. Ao final da atividade, os desenhos são trocados para serem analisados e comentados por uma colega do grupo. A leitura complementar entregue no encontro anterior é resgatada, discutindo principalmente o manejo do estresse.

Relato de experiência: A realização desse desenho do palhaço proporcionou um momento de descontração ao grupo. Inicialmente as mulheres escreveram as fontes de

estresse e em seguida coloriram o desenho. Não foi identificada nenhuma recusa ou dificuldade com a atividade, sendo que foram feitos desenhos bem alegres e coloridos. Com a troca de desenhos foi possível que as próprias participantes fizessem análises e sugestões para as colegas do grupo. Atitude essa bem aceita e com valor terapêutico. Os estressores citados nos desenhos foram: dor, doença, depressão, problemas em casa, problemas financeiros, dificuldade em relacionamentos, preocupações com o corpo, saúde, infertilidade, entre outros. Foram trabalhados conceitos da administração do estresse através do autocontrole e de técnicas como a respiração, relaxamento, atividades prazerosas, além da reestruturação de comportamentos inadequados e inassertivos. Novamente foi enfatizada a importância do autocuidado para melhora da dor e do estresse, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

7º Encontro

Conteúdo e estratégias: É realizada nesse encontro uma apresentação sobre a endometriose, com a conceitualização, sintomas e tratamentos. Um vídeo foi utilizado, com imagens educativas sobre a etiologia e técnicas cirúrgicas. Também é elaborado um roteiro de perguntas para o encontro com o médico. Ao final, é distribuído um material informativo sobre a endometriose (Anexo 8.4) e divulgadas informações sobre a Associação Brasileira de Endometriose (ABEND).

Relato de experiência: Percebemos ao longo dos grupos realizados que as mulheres apresentaram conhecimento inadequado ou insuficiente sobre a endometriose, que muitas vezes foram transmitidos e interpretados erroneamente. Nesse encontro foi possível transmitir informações sobre a doença e solucionar algumas dúvidas que emergiram durante a discussão, tais como: a relação da endometriose com o câncer, dificuldade de engravidar, retirada dos órgãos reprodutores, cirurgias, intensidade da dor e grau da doença, medicamentos hormonais, entre outras.

8º Encontro

Conteúdo e estratégias: Encontro com o médico responsável pelo Ambulatório de Endometriose do CAISM/Unicamp, respondendo e solucionando as dúvidas, através do roteiro elaborado anteriormente e também de algumas colocações das mulheres.

Relato de experiência: Observamos que o uso do roteiro de perguntas foi muito útil para desconstruir a discussão, uma vez que algumas mulheres mostraram-se inibidas para perguntar diretamente suas dúvidas. Além dos temas já apresentados, as perguntas referiram-se principalmente a conduta de tratamento em busca do alívio dos sintomas. As mulheres no geral apresentaram ao médico suas insatisfações com a doença e questionaram sobre a solução para a mesma. Além de responder as questões levantadas, o médico apresentou informações atualizadas sobre a doença, fortalecendo a importância do autocuidado para o sucesso do tratamento.

9º Encontro

Conteúdo e estratégias: O tema desse encontro é a vivência da sexualidade na endometriose. Através da Boneca Gertrudez (que apresenta a localização dos órgãos sexuais) é trabalhado o aspecto anatômico do corpo feminino, como localização e funcionamento. Posteriormente o tema é discutido, sendo as mulheres convidadas a expor suas experiências.

Relato de experiência: A escolha do final do grupo para trabalhar o tema da sexualidade foi pela intimidade e confiança que se estabeleceu ao longo do tempo, que permite discutir melhor esse conteúdo sem muitas resistências. As mulheres relataram sobre suas experiências sexuais, colocando suas dificuldades e insatisfações. A dispareunia foi uma queixa freqüente, sendo que algumas delas já não mantinham relacionamento sexual em virtude da dor. As participantes foram estimuladas a se preparar melhor para as relações sexuais através do conhecimento do próprio corpo e de seus limites físicos. Foram orientadas sobre a importância do diálogo para uma vida sexual satisfatória, demonstrando ao companheiro seus desejos e limitações. Essa discussão foi importante para as mulheres, pois além de tratar-se de um assunto íntimo que dificilmente é comentado nas consultas médicas, foi proporcionado um espaço de troca entre as participantes e também de orientações de como ter uma vida sexual satisfatória mesmo com dor.

10º Encontro

Conteúdo e estratégias: É realizada a avaliação final, onde as participantes respondem o questionário de auto-avaliação (Anexo 7) e o BDI (Anexo 4). Em seguida, é entregue a avaliação do diário da dor (Anexo 6) e realizada uma devolutiva verbal

sobre a participação e evolução de cada participante. As mulheres são convidadas a relatar sua experiência participando do grupo e os resultados que alcançaram.

Relato de experiência: Percebemos que a análise dos diários da dor foi importante principalmente para propiciar o autoconhecimento. As mulheres comentaram essa atividade associando a oscilação da dor aos diversos fatores sob quais essa condição é afetada (a menstruação, estresse, depressão, irritação, excesso de trabalho, entre outros). Essas mulheres mostraram ter obtido certo controle sobre a doença, conseguindo agir em benefício próprio. Isso foi percebido através da redução nos escores da dor ao longo do grupo, e dos relatos de melhora nos aspectos físico e emocional, observado também pela diminuição do escore de depressão na avaliação final. Nesse encerramento as mulheres puderam comentar suas mudanças, fazendo uma auto-avaliação da participação no grupo, sendo o resultado na maioria das vezes positivo. Houve alguns casos onde as mulheres relataram pouca ou nenhuma melhora da dor ou do aspecto emocional, sendo associados casos de problemas familiares, perda de emprego, cirurgia, entre outros. Para elas, foram realizados encaminhamentos para atendimento psicológico e/ou fisioterapêutico individual. As demais foram orientadas a procurar os atendimentos quando fosse necessário, ou em acompanhamento dos retornos médicos no ambulatório.

Considerações sobre os grupos realizados:

A falta de assiduidade foi a maior dificuldade enfrentada ao longo dos grupos, resultando em faltas e até desistências. Apesar de não ter sido realizada uma pesquisa formal sobre as causas, observamos que os principais motivos foram: resistência quanto à intervenção psicológica, dificuldades com transporte, questão financeira, emprego, coincidência com consultas médicas ou cirurgias agendadas para o mesmo dia e horário.

A motivação em continuar esse trabalho deve-se tanto pelo empenho das participantes em freqüentar o grupo e participar das atividades propostas, traduzindo o reconhecimento de que as atividades resultavam em benefício, como também pelos resultados alcançados que foram semelhantes aos descritos em literatura referentes aos grupos de intervenção multiprofissional para a dor crônica.

Nossa experiência com os grupos de apoio mostrou ser possíveis e eficazes a combinação das intervenções psicológicas e fisioterapêuticas na endometriose, aliadas aos tratamentos convencionais já disponíveis.

Relatos finais da pesquisadora:

Gostaria de deixar aqui registrada minha experiência como participante do processo de implantação e desenvolvimento dos grupos de apoio as mulheres com endometriose. Não poderia deixar de agradecer inicialmente a oportunidade de participar desse trabalho e dizer o quanto foi importante para meu crescimento profissional atuar junto à Maria José e a Andréa Marques, que afetuosamente me acolheram e receberam meus planos de pesquisa.

O trabalho com as mulheres com endometriose me envolveu desde o começo do meu estágio no CAISM, em agosto de 2000. Logo de início recebi a proposta de aplicar o BDI nas mulheres do ambulatório, para verificar a presença de depressão associada ao sintoma doloroso. Esse presente que recebi das mãos da Maria José foi orientado pacientemente pelo Dr. Carlos A. Petta, tornando possível construir meu projeto de mestrado. Em seguida, desenvolvendo as atividades de pesquisa, juntamente aos atendimentos no ambulatório, foi surgindo a idéia de registrar e tornar o trabalho realizado no grupo de apoio em projeto de doutorado.

Participar desse trabalho foi muito importante e gratificante. De um lado, estava realizando meu plano de formação acadêmica, e de outro aprimorando habilidades profissionais através dos atendimentos realizados às mulheres com endometriose. A cada grupo iniciado, sentia imensa vontade de ajudar aquelas mulheres com sofrimento tão acetuado, e a cada grupo finalizado minha sensação era de “dever cumprido”, baseada dos relatos e agradecimentos que recebia das participantes.

A concretização deste trabalho de doutorado significa o registro da minha participação no ambulatório de endometriose, que vivi com dedicação e, sobretudo onde pude aprender e trocar experiências com os profissionais e mulheres atendidas por esse serviço.

Anexo 8.1. Descrição das dinâmicas e metáforas realizadas no grupo

8.1.1. Dinâmica da bexiga

Em roda, são distribuídas bexigas coloridas e um pedaço de papel para as participantes. Pede-se que escrevam seu nome no papel e coloquem dentro do balão. Feito isso, devem enchê-lo e jogá-lo para o alto sem deixar cair no chão. Os balões devem ser misturados, sendo que a coordenadora orienta que o importante é não deixá-los cair. Após um tempo de brincadeira, cada uma pega um balão, que não deve ser o seu. A participante deve estourar a bexiga e tentar adivinhar quem era a dona do balão através do nome escrito no papel. Quando a mulher se apresentar deve falar a expectativa que trouxe ao grupo de apoio e dar sequência a dinâmica, estourando seu balão.

8.1.2. Dinâmica da estátua

Em dupla, as participantes são orientadas a: uma ser a estátua e a outra o escultor. A estátua não deve se mexer, obedecendo às modelagens que o escultor fizer. O escultor por sua vez deve respeitar os limites do corpo da estátua. É dado um tempo de 5 minutos para a modelagem e depois orienta que o escultor limpe sua estátua, como se estivesse lavando ou tirando o pó. As estátuas ficam paradas enquanto os escultores passeiam pela sala olhando as esculturas dos outros escultores. Feito isso, pede-se que troquem os papéis: quem foi estátua passa a ser escultor e vice e versa.

8.1.3. Dinâmica da folha em branco

É distribuída uma folha em branco (sulfite) para cada participante, pedindo que balance e percebam o barulho que ela faz. Depois é orientado que amassem a folha fazendo uma bola, apertando bem. A bola deve então ser desfeita, tentando desamassar a folha para voltar a sua forma original. Novamente pede-se que balance a folha para perceber o barulho. Com a percepção de que não faz o mesmo barulho e seu aspecto está diferente, a coordenadora pergunta sobre as utilidades da folha, então, se deve jogar fora. Ao final transmite-se a mensagem de que somos iguais à folha, que mesmo passando por transformações e perdendo sua forma original, continua a ter utilidade. Tudo depende da maneira que é interpretada.

8.1.4. Metáfora da vidraça suja

Um casal, recém-casados, mudou-se para um bairro muito tranquilo.

Na primeira manhã que passavam na casa, enquanto tomavam café, a mulher reparou através da janela em uma vizinha que pendurava lençóis no varal e comentou com o marido:

- Que lençóis sujos ela está pendurando no varal! - Está precisando de um sabão novo. Se eu tivesse intimidade perguntaria se ela quer que eu a ensine a lavar as roupas!

O marido observou calado.

Alguns dias depois, novamente, durante o café da manhã, a vizinha pendurava lençóis no varal e a mulher comentou com o marido:

- Nossa vizinha continua pendurando os lençóis sujos! Se eu tivesse intimidade perguntaria se ela quer que eu a ensine a lavar as roupas!

E assim, a cada dois ou três dias, a mulher repetia seu discurso, enquanto a vizinha pendurava suas roupas no varal. Passado um mês a mulher se surpreendeu ao ver os lençóis muito brancos sendo estendidos, e empolgada foi dizer ao marido:

– Veja, ela aprendeu a lavar as roupas, Será que a outra vizinha ensinou??? Porque eu não fiz nada.

O marido calmamente respondeu:

– Não, hoje eu levantei mais cedo e lavei os vidros da nossa janela!

E assim é. Tudo depende da janela, através da qual observamos os fatos.

8.1.5. Figura da velha e da moça



Anexo 8.2. Texto sobre Estresse e Dor Crônica (5.º encontro)



Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às mulheres com Endometriose (GAPFAME) CAISM – Unicamp

Estresse Crônico e Dor Crônica

A maneira como você se sente (feliz, triste, zangada) pode influenciar e ser influenciada pelos processos corporais. Por exemplo, você talvez tenha percebido que num dia em que sua dor está ruim, você tem problemas de concentração ou perde o apetite. Você também pode ter notado que quando está intensamente concentrada numa atividade (assistindo a uma novela ou conversando com sua melhor amiga), a dor foge da consciência.

Como a relação mente e corpo é estreita, **a experiência de estresse** – definida como a percepção de uma ameaça física ou psicológica e a percepção de não estar preparado para lidar com ela – pode estar associada tanto a sintomas físicos quanto emocionais. Os seres humanos são biologicamente aparelhados com uma **resposta automática à percepção de ameaça ou perigo**, chamada de “**resposta de luta ou fuga**”. Ela é provocada pela liberação de adrenalina do sistema nervoso simpático, e outros hormônios. As mudanças no corpo, que constituem a resposta de luta ou fuga (aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da pressão sanguínea, mudança do fluxo sanguíneo para os músculos etc.), são provocadas para criar um poderoso sistema temporário para enfrentar o desafio de ameaça ou perigo. Contudo, quando se está constantemente estressado, o corpo pode ser forçado além de sua capacidade para restabelecer a homeostase (equilíbrio). As capacidades de recuperação podem ficar exauridas, contribuindo para o surgimento de inúmeros sintomas:

Redução da imunidade a doenças / Diarréia e / ou constipação / Distúrbios do sono / Fadiga / Dores de cabeça / Falta de concentração / Falta de ar / Perda / ganho de peso / Aumento da tensão muscular / Ansiedade / depressão.

A dor crônica encaixa-se na definição de **estresse crônico adverso**. Os efeitos do estresse crônico são considerados como o resultado **de uma prolongada resposta de luta ou fuga**. Além do estresse físico provocado pela dor crônica, **a experiência dolorosa pode aumentar ou diminuir de acordo com a maneira de perceber a**

própria capacidade de lidar com a dor. Se, como resultado da dor, o paciente sente-se sobrecarregado e não faz algo para equilibrar os efeitos estressantes da dor, provavelmente, terá outros sintomas relacionados ao estresse, como os acima mencionados. Por essa razão, as técnicas de administração do estresse podem ser muito úteis para lidar com a dor crônica.

Técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios:

“O relaxamento tem como objetivo aliviar tanto o corpo dos sintomas de tensão como também proporcionar alívio mental ou bem-estar emocional, o que em muito contribuirá para o alívio da dor. (...) Neste tipo de exercício, é importante focalizar as funções físicas e principalmente as funções mentais. É importante que, durante os exercícios de relaxamento, você se concentre na parte ou na região do corpo que você quer curar”

É importante você determinar um horário do dia para descansar sua mente e corpo (mesmo se estiver sem dor). Procure relaxar fazendo atividades prazerosas como ler um livro, ouvir uma música, pintar, bordar, ou simplesmente deitar. Lembre-se que você está fazendo algo de bom para si mesma, e curta esse momento!



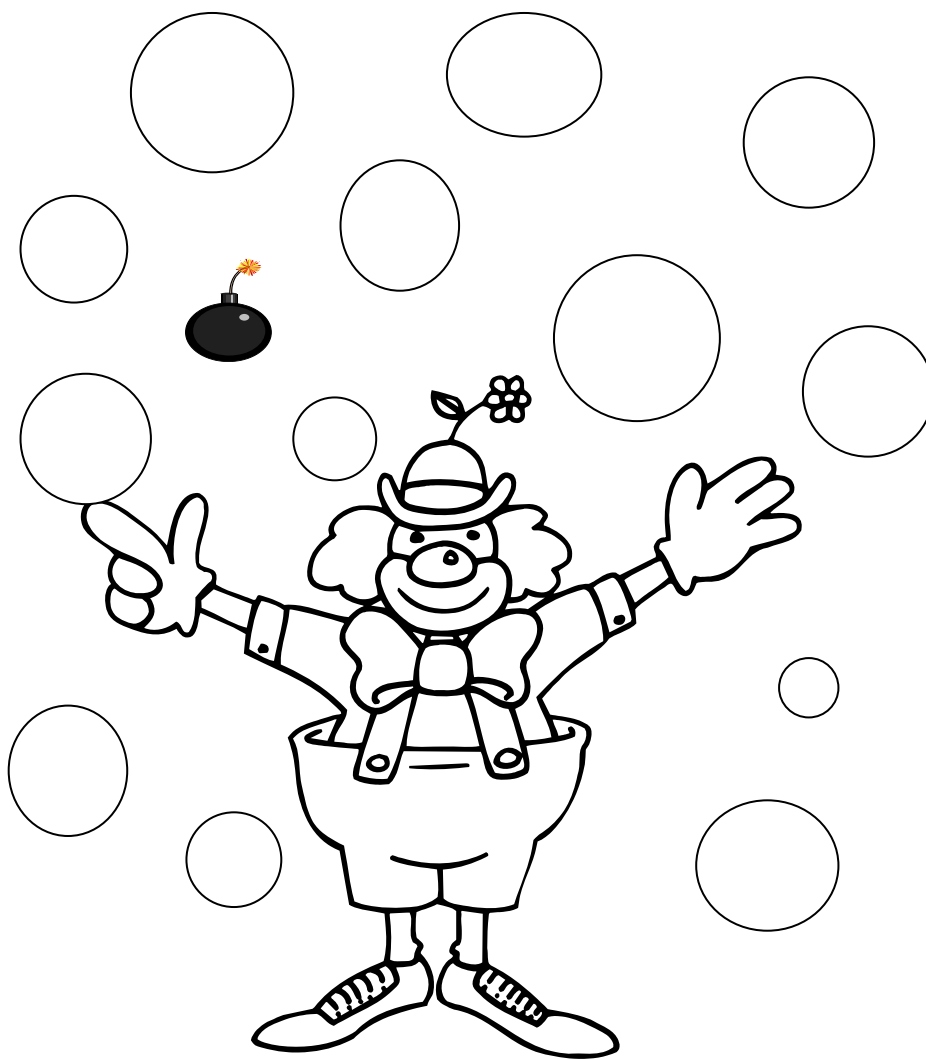
Boa Sorte !!

Dica de leitura:

Livro: **"O stress está dentro de você "**

Autora: Marilda Lipp - Ed. Contexto.

Anexo 8.3. Desenho do Palhaço (6º Encontro)



Anexo 8.4. Material Informativo sobre a endometriose (7.º encontro)



Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às mulheres com Endometriose (GAPFAME) CAISM – Unicamp

ENDOMETRIOSE

A endometriose caracteriza-se pela presença e crescimento de tecidos semelhantes ao endométrio fora da cavidade uterina. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mas quase sempre se limita à cavidade pélvica. A endometriose chega a acometer uma em cada 10 a 15 mulheres na idade reprodutiva.

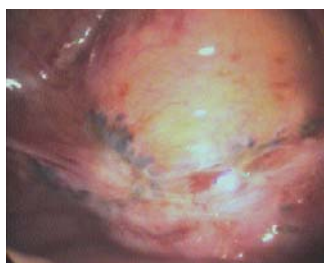
Durante o ciclo menstrual normal, o endométrio, que é uma camada de glândulas que fica na parte interna do útero vai se desenvolvendo e se espessando. Este processo acontece pela influência dos hormônios produzidos pelo ovário, o estrógeno e a progesterona. A função do endométrio é nutrir uma possível gravidez, já que é aí que o embrião se implantará. Caso a mulher não engravide, os níveis hormonais caem e o endométrio descama e é eliminado. Este fenômeno é a menstruação.

Endometriose é o endométrio fora de seu lugar original, que seria dentro da cavidade uterina. O endométrio ectópico, isto é, a endometriose possui receptores hormonais, da mesma maneira que o endométrio normal e por isso respondem à ação dos hormônios como o estrógeno e a progesterona. Por esta razão também passa por processo de aumento (proliferação) e descamação, numa intensidade em geral menor que o endométrio normal, mas com a mesma ciclicidade.

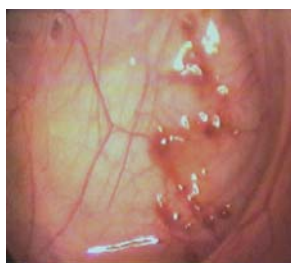
A lesão da endometriose tem um caráter evolutivo, e suas mudanças cíclicas podem causar dor por inflamação local, ou por reação cicatricial e fibrose.

A endometriose em geral não ocorre antes da menarca ou depois da menopausa a menos que seja administrado estrogênio exógeno.

1. A endometriose é uma doença que pode causar queixas e sintomas variáveis de uma mulher para outra. A endometriose é considerada como várias doenças em uma só, devido ao fato de que seu comportamento varia de acordo com o local acometido (peritônio, ovário ou septo reto-vaginal) e a quantidade das lesões. As lesões também chamadas de focos ou implantes podem aparecer como pequenas lesões negras, que são chamados focos típicos ou como lesões avermelhadas, marrons e até esbranquiçadas (Figura 1-3)



Lesões negras

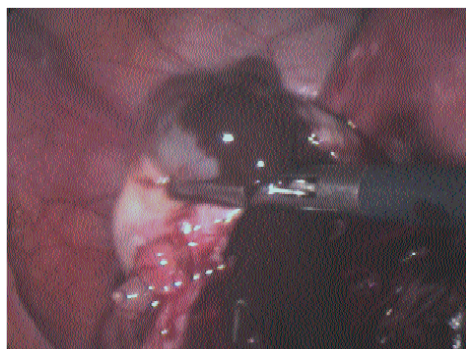


Lesões vermelhas

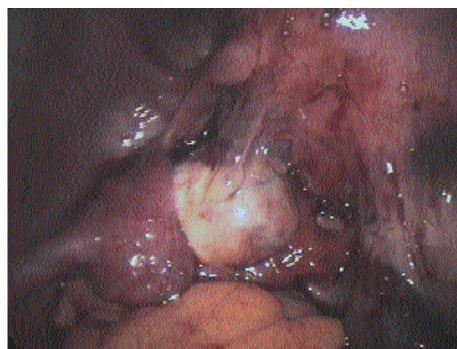


Lesão branca

Uma lesão característica são os endometriomas, que são os cistos de ovário provocados pela endometriose. Dentro deles existe um líquido espesso, constituído de sangue antigo, de cor escura, razão pela qual são chamados de cistos de chocolate (figura 4). Os cistos podem ser pequenos (até 1cm de diâmetro), médios (de 1 a 3cm), ou grandes quando tem mais de 3cm. Eventualmente estes cistos podem atingir tamanhos acima de 10cm de diâmetro.



Endometrioma (cisto de chocolate)



Grandes aderências provocadas pela endometriose

O local mais comum para ocorrência de endometriose – 2 de cada 3 pacientes com esta moléstia – é nos ovários ou perto deles. Os ligamentos útero-sacrais (ligamentos de fixação do útero) e o peritônio pélvico (revestimento externo do útero) também são locais onde a endometriose se desenvolve com frequência. A figura 1 mostra locais pélvicos onde a endometriose geralmente se desenvolve.

O desenvolvimento de implantes e cistos endometriais frequentemente resulta em reação inflamatória intensa nos tecidos circundantes. Isso leva à formação de crescimentos membranosos de tecidos cicatriciais chamados aderências.

Esses tecidos podem unir órgãos pélvicos, restringindo suas funções. Em casos de endometriose grave os tecidos cicatriciais podem cobrir ou envolver completamente as estruturas pélvicas. Nesses casos a associação entre endometriose e infertilidade é compreensível.

Entretanto, na endometriose mínima ou leve, onde as estruturas pélvicas são normais, a associação com infertilidade é menos clara. Alguns dados sugerem que lesões endometrióticas podem estar ativas na secreção de elementos essenciais que podem interferir na [fertilização de oócitos](#) pelo esperma ou que podem afetar a sobrevivência ou mesmo a implantação do embrião. Pesquisas ainda estão em curso para saber se a endometriose é a causa principal da infertilidade ou se as mulheres que sofrem de infertilidade estão mais susceptíveis ao desenvolvimento da moléstia.

Etiologia

A etiologia (causa) da endometriose é incerta, mas várias teorias têm sido propostas:

Refluxo da menstruação

A teoria mais comum é que a endometriose é causada pelo refluxo da menstruação. Essa teoria sugere que o fluxo menstrual volta pelas tubas uterinas e é derramado na cavidade pélvica, permitindo que as células endometriais se unam e cresçam nas superfícies peritoniais.

2. Esta é uma das teorias de maior aceitação, já que o refluxo menstrual é um fenômeno bastante comum entre as mulheres e explicaria as localizações mais comuns da endometriose. Entretanto, esta teoria não explica como os implantes chegam em locais mais distantes. Outro problema é o fato de que apenas uma pequena porcentagem das mulheres desenvolve endometriose sendo que ao redor de 90% das mulheres podem ter este refluxo. Por isso a endometriose é considerada uma doença multifatorial, isto é, vários fatores participam para que a mulher desenvolva endometriose.

Imperfeição imunológica

Uma outra explicação possível sugere que uma imperfeição hereditária no sistema imunológico permite que células endometriais perdidas se desenvolvam, desimpedidas, na cavidade pélvica e em outros órgãos.

3. Esta teoria tem sido bastante estudada e a participação do sistema imune no aparecimento da endometriose freqüentemente demonstrada.

Indução de Célula Multipotencial

Essa teoria sugere que certas células do sistema reprodutivo feminino têm o potencial de desenvolver-se em diferentes tipos de órgãos. Essas células são estimuladas a desenvolver-se no tecido endometrial depois de expostas a alguns “eventos iniciais” como a existência de resíduos menstruais ou certos níveis plasmáticos de hormônios ovarianos.

Transporte Linfático

Uma possível explicação de como a endometriose ocasionalmente se localiza em locais remotos, como pulmão ou braços, sugere que as células endometriais são transportadas através do sistema linfático.

Predisposição Genética

Finalmente, diversos estudos sugeriram a existência de uma predisposição genética para a endometriose. Mulheres que têm histórico familiar de endometriose parecem ser mais propensas a desenvolver a moléstia do que aquelas cujas parentes mais próximas não apresentam a doença.

4. Outros fatores têm sido envolvidos na etiologia da endometriose, como fatores ambientais, por exemplo, onde substâncias tóxicas como a dioxina que é encontrada no leite e na carne pode estar associada ao desenvolvimento da endometriose.

Sinais e Sintomas

Um dos paradoxos clínicos da endometriose é que a extensão da doença não determina necessariamente a gravidade dos sintomas. Muitas mulheres que tem endometriose não apresentam sintomas e ficam sabendo da doença somente durante uma **laparoscopia** diagnóstica realizada por outras queixas ginecológicas, particularmente a **infertilidade**. Algumas mulheres com endometriomas grandes e fixos podem apresentar apenas sintomas menores, enquanto outras pacientes com poucos e pequenos implantes podem sofrer dores moderadas ou fortes.

5. A dor depende do local que a endometriose acomete, da profundidade e das características dos implantes, além do envolvimento de outros órgãos como intestinos e bexiga.

Daquelas que apresentam sintomas, os mais comuns são:

- Dismenorréia (cólica menstrual)
- Dispareunia
- Dores pélvicas
- Sangramento uterino anormal
- Infertilidade

Ao redor de 80% a 85% das mulheres com endometriose queixam-se de dor.

Dismenorréia

A cólica menstrual pode ser um sintoma de endometriose. A maioria das mulheres que sofrem de dismenorréia, entretanto, não tem endometriose. A dismenorréia **primária**, que ocorre durante os primeiros anos da menstruação e tende a diminuir com a idade e depois da gravidez, geralmente não está relacionada à endometriose. A **dismenorréia secundária**, que ocorre mais tarde e pode aumentar com a idade, pode ser um sinal da desordem.

6. A dismenorréia característica da endometriose é secundária e em geral de caráter progressivo, isto é, tende a piorar, a paciente faz uso cada vez maior de analgésicos e antiinflamatórios que têm eficácia cada vez menor.

Em relação à dismenorréia, que é o sintoma mais freqüente da endometriose, as mulheres suspeitas de ter endometriose são aquelas que tinham dismenorréia e esta está aumentando, ou não tinham e agora queixam deste tipo de dor.

Dispareunia

A dispareunia, causada pela endometriose, é descrita como uma dor na profundidade da pélvis ou em áreas de sensibilidade causada pela penetração sexual profunda. A dor pode ser causada por aderências entre os órgãos pélvicos ou pela pressão de implantes endometriais sensíveis.

Dores Pélvicas

A endometriose pode existir em qualquer dos órgãos da cavidade pélvica, incluindo intestinos, bexiga, vagina e septo reto-vaginal. Aderências resultantes da doença podem unir esses órgãos, limitando a variação de movimento pélvico confortável. Dores na parte inferior das costas, dores durante movimentos intestinais ou dores ao urinar podem ocorrer como resultados de implantes endometriais interferindo com a função e/ ou posição normal do intestino ou da bexiga dentro da cavidade abdominal.

Sangramento Uterino anormal

Padrões irregulares de sangramento uterino costumam ocorrer, freqüentemente, com a endometriose. As menstruações podem ocorrer com maior freqüência, ter maior duração e fluxo excessivo em comparação com os padrões menstruais normais. Menstruação prolongada ou excessiva é conhecida como menorragia. Contudo, muitas mulheres com endometriose experimentam apenas um leve sangramento pré-menstrual. O sangramento uterino associado à endometriose pode ser causado pela alteração da função hormonal ovariana, resultante de lesões endometriais existentes nos ovários.

Infertilidade

Em casos avançados de endometriose, a infertilidade pode ser causada pela presença de aderências ou alterações na anatomia normal das tubas ou dos ovários, que podem coibir a função tubária normal ou ovulação. Em graus mais suaves da doença, presume-se que a endometriose possa causar infertilidade perturbando as interações normais entre óvulos e espermatozoides. Lesões endometrióticas também podem produzir substâncias que prejudicam os oócitos ou embriões, embora não haja provas conclusivas a esse respeito. Muitas vezes, a infertilidade pode ser apenas um sintoma da endometriose. Ao redor de 40% a 60% das mulheres com endometriose apresentam infertilidade.

Complicações

A endometriose avançada pode causar vários distúrbios, dependendo dos tecidos envolvidos. Implantes que se espalham pelos intestinos e pela uretra podem causar obstrução e deterioração da função. Os endometriomas podem se romper e derramar seu conteúdo fluido irritante na cavidade peritoneal, o que ocasiona peritonite química. Os endometriomas podem, ainda, infectar-se, exigindo remoção cirúrgica.

Procedimentos Diagnósticos

O diagnóstico da endometriose não pode ser confirmado apenas pelos sintomas. Um médico pode suspeitar da moléstia quando uma mulher se queixa de fortes cólicas menstruais, dores pélvicas, dores durante a relação ou infertilidade prolongada. Contudo, esses sintomas podem estar associados a várias outras moléstias ou condições ginecológicas. Portanto, um diagnóstico definitivo tem de ser feito. Um exame pélvico pode, muitas vezes, determinar um diagnóstico presumido de endometriose, porém o diagnóstico definitivo só poderá ser feito por [laparoscopia](#) ou laparotomia, através da visualização dos focos e análise anatomopatológica (biópsia) das lesões.

Exame Pélvico

O médico apalpa nódulos ou áreas de hipersensibilidade juntamente com os ligamentos útero-sacros ou ovários. Se o médico achar que o útero ou que os ovários estão em posição fixa ou imóvel, ou se implantes endometriais estiverem visíveis no cérvix ou na vagina, um diagnóstico de endometriose é fortemente indicado.

Laparoscopia

A laparoscopia é um procedimento cirúrgico que permite ao médico visualizar a superfície do útero, as tubas uterinas, os ovários e outros órgãos pélvicos. O uso de um laparoscópio-telescópio fino e iluminado que é inserido na cavidade abdominal através de pequena incisão próxima ao umbigo – permite ao cirurgião confirmar visualmente a presença de endometriose e remover pequena parte do tecido para biópsia. Muitas vezes a biópsia é necessária para confirmar uma suspeita de diagnóstico, se a inspeção visual não for suficiente. Na laparoscopia o médico pode também aferir a extensão da moléstia, em um processo denominado determinação do estágio da moléstia. Esta determinação do estágio a determinar a progressão da moléstia e das opções de tratamento apropriadas para aquele paciente.

Dependendo da extensão da moléstia, os médicos podem optar por realizar uma cirurgia laparoscópica no mesmo ato cirúrgico laparoscópica é uma alternativa à cirurgia convencional. Este procedimento que não requer internação do paciente pode ser apropriado na maioria dos casos, dependendo do estágio da doença.

De acordo com a Revised American Fertility Society Classification of Endometriosis (Classificação Revisada da Endometriose pela Sociedade Americana de Fertilidade) existem quatro estágios reconhecidos da endometriose:

- Estágio I (mínima)
- Estágio II (leve)
- Estágio III (moderada)
- Estágio IV (grave)

A pontuação depende do tamanho e do grau (superficial ou profundo) de endometriose ovariana e peritoneal, da quantidade de inclusão e do grau de aderências ovarianas ou uterinas (fluidas ou densas) e da quantidade (parcial ou total) de obliteração de fundo-de-saco. (O fundo-de-saco posterior é uma bolsa cega na frente do reto, que separa o útero do intestino grosso).

Tratamento

O tratamento da endometriose pode envolver terapia medicamentosa, cirurgia ou uma combinação dos dois procedimentos. As drogas são usadas para suprimir os estímulos hormonais mensais de crescimento do endométrio, provocando regressão das lesões endometriais.

Cirurgicamente, implantes endometriais, tecidos com escaras ou cistos podem ser removidos. A cirurgia convencional ou cirurgia laparoscópica pode ser apropriada, dependendo da extensão da doença.

Para mulheres com queixas de infertilidade, as taxas de gravidez após as diversas formas de terapia variam. Nos casos de endometrioses leves, as taxas de gravidez para mulheres com ou sem tratamento são de 60% a 75%. Para mulheres com a doença em grau moderado, as taxas de gravidez seguidas de tratamento cirúrgico são de 50 a 60% e seguidas de tratamento clínico são de 40% a 60%. As taxas de gravidez para mulheres no estágio grave da doença são inferiores a 40%. Muitas mulheres são submetidas a tratamento clínico e cirúrgico, sendo a terapia medicamentosa usada de modo crescente como um adjunto cirúrgico, em especial nos casos de doença moderada ou grave.

Tratamento Clínico

O estrogênio é o estímulo mais potente para o crescimento da endometriose e nos implantes de endometrioses foram detectados receptores dos hormônios femininos estrogênio e progesterona assim como dos androgênios (hormônios masculinos) em graus variados. Assim, o objetivo das terapias medicamentosas na endometriose é interagir com esses receptores e remover ou suprimir o estímulo hormonal que faz com que o endométrio cresça. As drogas capazes de diminuir o estímulo de estrogênio dos implantes são eficazes para suprimir a proliferação e levar a uma atrofia dos implantes.

Terapia com andrógeno sintético: danazol

O andrógeno sintético danazol trabalha suprimindo a liberação de LH e FSH da glândula hipófise, isto resulta numa inibição da produção ovariana de estrogênios e progestágenos. Além disso, acredita-se que o danazol tenha atividade antiprogestacional e capacidade de aumentar a eliminação metabólica do estradiol.

Neste ambiente hipoestrogênico, hipoprogestogênico, tanto o endométrio normal quanto os implantes de endométrio atrofiam-se, permitindo regressão da moléstia e alívio dos sintomas. Embora eficaz na maioria dos casos de endometriose leve a moderada, o danazol não é uma terapia curativa.

7. Nos casos de endometriose mínima ou leve, a eficácia do danazol é praticamente a mesma que a dos análogos, porém nos casos moderados e especialmente nos graves, o uso dos análogos promove uma melhor redução e atrofia dos implantes.

Além disso, até 80% dos pacientes apresentam efeitos colaterais. Estes efeitos incluem, mas não estão limitados a:

- Fogachos
- Vaginite atrófica
- Instabilidade emocional
- Retenção hídrica
- Ganho de peso
- Enxaquecas
- Acne
- Hirsutismo
- Engrossamento da voz
- Alterações no colesterol sanguíneo

A maioria dos efeitos colaterais experimentados com terapia de danazol desaparece quando a droga é descontinuada, porém alguns, como engrossamento da voz e hirsutismo, podem ser permanentes.

Parece muito complexo para os representantes reescrever de maneira mais simples.

Análogos do GnRH

O GnRH é o hormônio produzido no hipotálamo (sistema nervoso central) da mulher e que estimula a hipófise a produzir as gonadotrofinas (FSH e LH), que por sua vez vão estimular o ovário a produzir o estrógeno e a progesterona. O GnRH tem uma característica interessante, pois pode tanto estimular a produção dos outros hormônios ou inibi-la. Para estimular o organismo da mulher libera pequenas doses do GnRH em pulsos com intervalos de poucas horas. O mesmo GnRH liberado de forma constante ao invés de ser em pulsos, inibe todo o eixo hormonal da hipófise e ovário.

Como os implantes de endometriose são estimulados pelo estrógeno, uma maneira lógica de se fazer o tratamento é suprimir o estímulo para a produção deste hormônio.

Os análogos do GnRH são substâncias sintéticas que exercem uma função parecida com o hormônio original. Como os análogos são administrados de forma constante e não em pulsos, inibem a produção das gonadotrofinas e dos hormônios ovarianos causando na mulher uma menopausa química ou induzida, onde as características são os baixos níveis de estrógeno circulante.

No início da administração dos análogos existe um mecanismo de dessensibilização gradativa dos receptores do GnRH e pode levar até 4 semanas para que os estrógenos estejam nos níveis adequados para o tratamento da endometriose. Como a endometriose, o endométrio normal localizado dentro do útero também não está sendo estimulado, por isso espera-se que a mulher entre em amenorréia, isto é, deixe de menstruar após os níveis de estrógeno terem alcançado um nível baixo (< 30). A presença da amenorréia é um dos parâmetros clínicos que indicam que a medicação está agindo.

Enquanto o útero possui uma camada basal que produz endométrio quando estimulada com estrógeno, a endometriose não possui esta camada. A idéia, então, é que após um período de falta de estímulo (4 a 6 meses) e atrofia dos implantes, a endometriose não volte a proliferar, mesmo depois de terminado o tratamento e com os ovários produzindo novamente o estrógeno.

Como os análogos provocam uma menopausa temporária, os efeitos colaterais da medicação são as mesmas queixas e alterações observadas na menopausa e que incluem:

- Fogachos
- Secura vaginal
- Diminuição da libido
- Perda de cálcio ósseo
- Instabilidade emocional

Tratamento Cirúrgico

O tratamento da endometriose inicia com um procedimento cirúrgico adequado. Além disso, tecidos cicatriciais, grandes endometriomas e alguns implantes endometriais podem não responder à terapia clínica. Quando isso ocorre, o tratamento cirúrgico tenta estirpar ou destruir toda endometriose presente, removendo todas as aderências e restaurando as relações anatômicas pélvicas normais. Os médicos podem usar análogos do GnRH antes de operações para provocar a regressão de lesões endometriais, facilitando assim o procedimento cirúrgico. Os análogos do GnRH também podem ser usados como adjunto no período pós-operatório, quando várias lesões multifocais não podem ser removidas de forma segura, pois estão sobre estruturas vitais.

Cirurgias conservadoras implicam na manutenção do útero e de, pelo menos, um ovário e uma tuba uterina. É o tratamento de escolha para aquelas mulheres que ainda estão em fase fértil e para aquelas que apresentam infertilidade.

Cirurgia estirpativa envolve remoção do útero e geralmente também dos ovários. As candidatas a este tipo de abordagem incluem pacientes que já ultrapassaram seu período fértil ou aquelas cujas moléstias não responderam às várias tentativas de controle mais conservadoras, incluindo tanto terapias clínicas quanto terapias cirúrgicas conservadoras. Esta abordagem mais radical quase sempre cura a endometriose. Ela é, contudo, reservada como o último recurso, pela natureza agressiva do tratamento, extensão da cirurgia envolvida e óbvia perda do potencial de gestação.

Tratamento Clínico e Cirúrgico Concomitante

A terapia medicamentosa (ou seja, drogas) pode ser combinada com procedimentos cirúrgicos para o controle da endometriose. O tratamento pré-operatório com análogos do GnRH, como o Synarel ou Danazol, pode ser benéfico para facilitar a cirúrgica de lesões endometriais. Tratamentos pós-operatórios com danazol parecem não trazer benefícios. Tratamentos pós-operatórios com análogos de GnRH podem, contudo, suprimir o crescimento de *focos* que permanecem escondidos para o laparoscópio ou que não podem ser tratados cirurgicamente.

O tratamento combinado é uma das grandes indicações do uso dos análogos, que são usados como uma complementação do tratamento cirúrgico. Como a endometriose é uma doença que sempre tem chance de voltar, tenta-se fazer um tratamento o mais completo possível para eliminar todos os focos, para diminuir ao máximo a chance da recidiva, além da melhora da dor ou aumento da fertilidade, dependendo de cada caso.

Fonte: www.reproducaohumana.com.br

8.9. Anexo 9 – Instrumento para coleta de dados

PESQUISA: DOR E DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GRUPO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA

Pesquisadora: Carolina Lorençatto Bassani

Nº sujeito pesquisa: _____

- 1) Idade: _____
- 2) Cor da pele: () branca () negra () parda/mulata () outras
- 3) Estado marital: () com união () sem união
- 4) Número de filhos vivos: () nenhum () 1 a 2 () 3 a 5 () 6 ou mais
- 5) Escolaridade: () nenhuma () ensino fundamental
() ensino médio () ensino superior incompleto
- 6) Ocupação: () atividade remunerada () atividade não remunerada
- 7) Tempo de diagnóstico de endometriose: _____ meses
- 8) Grau de endometriose: () I () II () III () IV () Extra-pélvis.
- 9) Tempo do sintoma de dor pélvica crônica: _____ meses
- 10) Frequência da dor: () esporádica () associada a menstruação () diária
- 11) Dispareunia: () sim () não
- 12) Infertilidade: () sim () não
- 13) Tempo de infertilidade: _____ meses
- 14) Uso de medicação hormonal: () não () sim:
() pílula combinada () AMP-D () análogo do GnRH
- 15) Outra condição médica presente: () não () sim: _____
- 16) Outra medicação em uso: () não () sim: _____
- 17) Escore do BDI:
Início do grupo: _____ Final do Grupo: _____
- 18) EVA: (médias semanais):

Semanas:								
1. ^o	2. ^o	3. ^o	4. ^o	5. ^o	6. ^o	7. ^o	8. ^o	9. ^o

8.10. Anexo 10 – Questionário (Grupo sem intervenção)

PESQUISA: DOR E DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GRUPO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA

Pesquisadora: Carolina Lorençatto Bassani

GRUPO SEM INTERVENÇÃO

Nº sujeito pesquisa: _____

1.1 Quantos anos completos você tem? _____ anos

1.2 Qual você considera que é a cor de sua pele?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ branca | ☐ parda/mulata |
| ☐ negra | ☐ outra |

1.3 Atualmente, você está:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ solteira | ☐ casada | |
| ☐ amasiada | ☐ separada / divorciada | ☐ viúva |

1.4 Quantos filhos vivos você tem?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ nenhum | ☐ 1 a 2 filhos |
| ☐ 3 a 5 filhos | ☐ 6 ou mais filhos |

1.5 Qual a última série que completou na escola?

- ☐ nenhuma
☐ ensino fundamental
☐ ensino médio
☐ ensino superior

1.6 Você exerce alguma atividade remunerada?

- ☐ sim ☐ não

Agora vamos falar um pouco sobre a endometriose

2.1 Quanto tempo faz que foi realizado o diagnóstico cirúrgico da endometriose?

_____ meses

2.2 Qual é o grau da endometriose? Retirado do prontuário médico

- ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ EP ☐ IG

2.3 Quanto tempo faz que você sente a dor pélvica crônica (dor na barriga por causa da endometriose)?

_____ meses

2.4 Você tem queixa atual de infertilidade (quer engravidar mas não consegue)?

- ☐ sim ☐ não – pular a 2.5.

2.5 Quanto tempo faz que você tem infertilidade (que tenta ter filhos e não consegue)?

_____ meses

8.11. Anexo 11 – Escala Visual Analógica (EVA)

Olhando para essa linha que vai de 0 a 10, marque onde está sua dor:



A horizontal line with dots at each end, representing a scale from 0 to 10. Below the left dot is the text "(0) SEM DOR". Below the right dot is the text "(10) PIOR DOR EXISTENTE".

(0) SEM DOR

(10) PIOR DOR EXISTENTE

8.12. Anexo 12 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA: DOR E DEPRESSÃO: INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM GRUPO EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA

Pesquisadora: Carolina Lorençatto Bassani

Orientador Responsável: Dr. Carlos Alberto Petta

Nome: _____

Idade: _____ anos RG (nº): _____

Endereço: _____

Registro Hospitalar (HC): _____ Nº Pesquisa: _____

Fui convidada para participar deste estudo que tem como objetivo descrever a experiência com grupos de apoio as mulheres com endometriose e verificar diferenças entre os escores de dor e depressão das mulheres que receberam ou não esse tipo de intervenção. Fui informada que algumas mulheres com endometriose queixam-se de sintomas depressivos e por esse motivo a pesquisadora está buscando verificar se a intervenção grupal proporciona redução desse sofrimento psicológico.

Minha participação na pesquisa será responder um questionário com perguntas sobre meus sentimentos e comportamentos relacionados com a endometriose. Essas perguntas serão feitas pela pesquisadora responsável em uma única entrevista, com duração de aproximadamente 20 minutos, antes ou depois da consulta médica, não atrapalhando o serviço de rotina do ambulatório.

Minha participação é totalmente livre. Se eu não quiser participar desta pesquisa, não terei nenhum prejuízo no meu atendimento no ambulatório. Aceitando participar, não terei privilégios adicionais no atendimento. As informações levantadas nessa pesquisa poderão ajudar no futuro outras mulheres com endometriose, mas não trarão nenhum benefício imediato para mim.

Tenho o direito de fazer perguntas para esclarecer minhas dúvidas sobre minha participação em qualquer momento da entrevista, podendo desistir de participar durante ou no final da entrevista.

As informações coletadas na entrevista são consideradas sigilosas, sendo utilizadas de forma que não possam ser identificadas comigo, através do uso das iniciais de meu nome e de um número. Dessa forma, minha identificação não será mostrada para garantir minha privacidade.

Em caso de dúvidas ou se necessitar mais informações, posso entrar em contato com a pesquisadora responsável Carolina Lorençatto Bassani ou com a psicóloga Maria José Navarro, no Ambulatório de Endometriose do CAISM, telefone (19) 3521-9347, de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 16h30.

Poderei também consultar a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa na Unicamp, pelo telefone (19) 3521-8936, para pedir informações ou apresentar alguma reclamação.

Campinas, _____ de _____ de 200__.

Paciente (Voluntária)

Pesquisadora Responsável
Carolina Lorençatto Bassani