

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE MEDICINA**

ALINE MACHADO CARNEIRO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM
MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE
TERAPIA HORMONAL**

JOÃO PESSOA

2023

ALINE MACHADO CARNEIRO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM
MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE
TERAPIA HORMONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Paraíba.

Orientador: Profa. Dr. Carolina Bandeira
Domiciano.

JOÃO PESSOA

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C289a Carneiro, Aline Machado.

Análise da qualidade de vida sexual em mulheres com endometriose em uso de terapia hormonal / Aline Machado Carneiro. - João Pessoa, 2023.
37 f.

Orientação: Carolina Bandeira Domiciano.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Endometriose. 2. Terapia Hormonal. 3. Função Sexual. 4. Transtornos Sexuais. I. Domiciano, Carolina Bandeira. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 618.1(043.2)

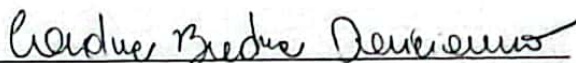
ALINE MACHADO CARNEIRO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL
EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM
USO DE TERAPIA HORMONAL**

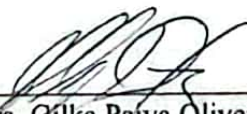
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Medicina pela Universidade
Federal da Paraíba.

Aprovado em: 25/07/23.

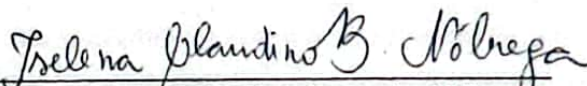
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carolina Bandeira Domiciano (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profa. Dra. Gilka Paiva Oliveira Costa
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Profa. Esp. Iselena Claudino Bernardes Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

À todas as mulheres com endometriose que, assim como eu, enfrentam constantes desafios ao lidar com essa condição ginecológica bastante ampla.

AGRADECIMENTOS

Ao meu maior mestre, meu Senhor Jesus, por deixar sua misericórdia me alcançar a cada dia e por me guiar pelos caminhos da luz e sabedoria. À Nossa Senhora por ser o melhor colo nos dias difíceis e a melhor intercessora para as causas que meu coração limitado considera impossíveis.

Agradeço a minha mãe Dolores de Fátima Guedes Machado, grande mulher, que sempre me incentivou nos estudos, dando-me força para conquistar meus sonhos. Que seu exemplo de vida seja minha bússola. À minha irmã Amanda Machado Carneiro pelo apoio constante e por seu amor, por vezes, maternal. Ao meu noivo Caio Roberto Nunes Paixão por todo companheirismo ao longo desses 12 anos de história juntos, sei que meus sonhos são, em parte, seus também. Ao meu cunhado Carlos Henrique Madruga Barbosa pelo afeto disfarçado de implicância, sei que do nosso modo conseguimos ser uma só família.

Aos meus avós maternos Guilherme Batista Machado (*in memorian*) e Josefa Guedes Machado pelos cuidados e ensinamentos passados ao longo de toda a minha vida. Seria uma das minhas maiores alegrias ter o meu avô Guilherme junto a mim nessa reta final da graduação, pois o seu exemplo de amor foi meu combustível em muitos desafios.

Aos meus amigos da vida, especialmente Fabrícia Silva, Mayara Sousa, Bruno Vinícius, Débora Soares e Augusto César, por me acompanharem desde o Ensino Fundamental e serem meus parceiros em todos os desafios. Aos amigos que construí ao longo da faculdade, em especial Isaac Gomes e Erivar Moisés, vocês me inspiram e fizeram parte da construção do meu lado profissional.

Aos pacientes que cruzaram meu caminho durante a formação médica. Cada um, da sua maneira, ensinou-me algo que, certamente, não poderia aprender em livros. Obrigada por me fazerem crescer como pessoa, mostrando-me que ser instrumento de amor e cura é, de fato, minha missão aqui na terra.

À minha orientadora Dra. Carolina Bandeira Domiciano por aceitar o convite de embarcar comigo nesta pesquisa e contribuir com seu imenso saber. Sua trajetória profissional me inspira. À minha banca examinadora, composta por Profa. Andrea Larissa Ribeiro Pires e Profa. Iselena Claudino Bernardes Nóbrega, por serem exemplos de profissionais e aceitarem estar comigo neste momento importante de minha formação.

Aos professores do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba e preceptores do Hospital Universitário Lauro Wanderley, que contribuíram ao longo desses anos, por meio das disciplinas e discussões clínicas, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos funcionários do ambulatório de Ginecologia do HULW, especialmente Guia, pela prestatividade durante a aplicação dos questionários nesse setor.

“Amor é para sempre. Sexo também. Sexo é do bom. Amor é do bem.”

(Rita Lee, 2003. Amor e Sexo)

RESUMO

A endometriose é definida pela implantação ectópica de fragmentos de endométrio, com prevalência mundial entre 6% a 10% no total de mulheres na menacme e pode representar até 50% dos casos de dor pélvica crônica ou infertilidade. Regiões pélvicas acometidas podem gerar a dispareunia profunda com alteração do desejo, excitação e resposta sexual. Este trabalho teve como objetivo avaliar o impacto da terapia controladora de sintomas na vida sexual e identificar a presença de disfunções sexuais nas pacientes com endometriose do ambulatório de ginecologia do HULW, além de classificar a satisfação sexual após início da terapia hormonal pelo Quociente Sexual – Versão Feminina, analisar a prevalência de disfunções sexuais de acordo com o Manual Estatístico de Doenças Mentais, 5ª Ed. e associar esses transtornos à idade, sintomas e terapia utilizada. Trata-se de um estudo transversal, com aplicação de questionários à 155 mulheres com endometriose atendidas no ambulatório de ginecologia do HULW sobre os sintomas sexuais antes e após seis meses do uso da terapia hormonal. A análise dos dados foi realizada através do software SPSS, com utilização do Teste de Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher e Teste de Wilcoxon para verificar associações estatisticamente significativas, adotando um IC = 95%. A média de idade foi de 30,21 anos. O Dienogeste estava em uso por 56,12% das mulheres, seguido dos AHOC, Goserelina e Danazol, usados por 36,12%, 5,16% e 2,58%, respectivamente. O grau médio de dispareunia após seis meses de terapia hormonal caiu de 2,89 para 0,38, o de dismenorreia foi de 4,83 para 0,21 e o grau de dor pélvica crônica foi de 2,11 para 0,04, sendo estatisticamente significante ($p < 0,01$). Na classificação do QS-F, 51,0% consideraram sua vida sexual nos últimos seis meses como Regular a Bom, 47,7% como Bom a Excelente e 1,3% como Desfavorável a Regular. Do total, 65 mulheres referiram algum transtorno sexual, sendo o Transtorno de Desejo Sexual referido por 20,6%, o Transtorno de Excitação Sexual por 8,4%, Transtorno Sexual Doloroso por 7,7% e o Transtorno do Orgasmo por 5,2%. Os AHOC estavam mais associados ao Transtorno de Excitação (46,2%) e ao Transtorno Sexual Doloroso (58,3%) e o Dienogeste ao Transtorno do Orgasmo (62,5%). O presente estudo revelou melhora estatisticamente significante dos graus álgicos após uso da terapia medicamentosa, evidenciando bom controle sintomatológico ao uso desses métodos, assim como em outros estudos da literatura. As evidências demonstram boa eficácia do Dienogeste antes e após a cirurgia, com vantagens sobre os AHOC. A comunicação ineficiente entre médico e paciente pode interferir na forma de lidar com a dor. Conclui-se que a quantidade reduzida de estudos com essa temática é uma limitação à interpretação desta pesquisa. O receio em falar sobre sexo impõe uma barreira ao acesso de informações precisas. Estimular a produção científica é uma ferramenta para gerar uma melhor assistência às mulheres e envolver os parceiros no tratamento da endometriose pode melhorar a qualidade do apoio fornecido.

Palavras-Chave: Endometriose. Terapia Hormonal. Função sexual. Transtornos sexuais.

ABSTRACT

Endometriosis is defined by the ectopic implantation of fragments of the endometrium, with a worldwide prevalence between 6% and 10% of all women in menacme and may represent up to 50% of cases of chronic pelvic pain or infertility. Affected pelvic regions can generate deep dyspareunia with altered desire, arousal, and sexual response. This study aimed to evaluate the impact of symptom-controlling therapy on sexual life and to identify the presence of sexual dysfunctions in patients with endometriosis at the gynecology outpatient clinic of HULW, besides classifying sexual satisfaction after the beginning of hormone therapy by Sexual Quotient - Female Version, analyzing the prevalence of sexual dysfunctions according to the Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. and associating these disorders to age, symptoms and therapy used. This is a cross-sectional study, with application of questionnaires to 155 women with endometriosis seen at the gynecology clinic of HULW about sexual symptoms before and after six months of hormone therapy use. Data analysis was performed using SPSS software, with use of the Chi-square Test, Fisher's Exact Test and Wilcoxon's Test to verify statistically significant associations, adopting a CI = 95%. The mean age was 30.21 years. Dienogest was in use by 56.12% of women, followed by AHOC, Goserelin and Danazol, used by 36.12%, 5.16% and 2.58%, respectively. The mean degree of dyspareunia after six months of hormone therapy dropped from 2.89 to 0.38, that of dysmenorrhea was 4.83 to 0.21, and the degree of chronic pelvic pain was 2.11 to 0.04, being statistically significant ($p < 0.01$). In the QS-F classification, 51.0% considered their sexual life in the last six months as Fair to Good, 47.7% as Good to Excellent, and 1.3% as Poor to Fair. Of the total, 65 women reported some sexual disorder, with Sexual Desire Disorder being reported by 20.6%, Sexual Arousal Disorder by 8.4%, Painful Sexual Disorder by 7.7%, and Orgasm Disorder by 5.2%. AHOCs were more associated with Excitation Disorder (46.2%) and Painful Sexual Disorder (58.3%) and Dienogest with Orgasm Disorder (62.5%). The present study showed statistically significant improvement in pain degrees after the use of drug therapy, evidencing good symptomatic control when using these methods, as well as in other studies in the literature. Evidence shows good efficacy of Dienogest before and after surgery, with advantages over AHOCs. Ineffective communication between physician and patient may interfere with pain management. We conclude that the small number of studies on this theme is a limitation to the interpretation of this research. The fear of talking about sex imposes a barrier to the access of accurate information. Stimulating scientific production is a tool to generate better assistance to women, and involving partners in the treatment of endometriosis can improve the quality of the support provided.

Keywords: Endometriosis. Hormone therapy. Sexual function. Sexual disorders.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 – Classificação dos resultados do QS-F.	19
Gráfico 2 – Frequência dos tipos de transtornos sexuais.	20
Tabela 1 – Grau algico em região pélvica antes e depois da terapia clínica.	18
Tabela 2 - Terapia hormonal utilizada de acordo com a faixa etária.	19
Tabela 3 – Frequência da classificação dos resultados do questionário QS-F.	20
Tabela 4 – Transtornos sexuais de acordo com a faixa etária.	21
Tabela 5 – Transtornos sexuais de acordo com a terapia hormonal utilizada.	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
AHOC	Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
USGTV	Ultrassonografia Transvaginal
QS-F	Quociente Sexual Versão Feminina
DSM-V	Manual Estatístico de Doenças Mentais, 5ª Ed
EVA	Escala Visual Analógica

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
±	Mais ou menos
<	Menor que
≥	Maior que

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	METODOLOGIA	16
4	RESULTADOS.....	18
5	DISCUSSÃO.....	22
6	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
	ANEXO A – QUOCIENTE SEXUAL FEMININO.....	32
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE DUSFUNÇÕES SEXUAIS	34
	ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	35

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma condição ginecológica benigna definida pela implantação ectópica de fragmentos de endométrio, causando, frequentemente, um quadro de dor pélvica crônica e distúrbios de fertilidade. É uma doença que apresenta efeitos negativos na qualidade de vida das mulheres devido a abrangência dos sintomas apresentados, englobando fatores de ordem física e emocional (LASMAR, et al., 2017).

A prevalência mundial dessa doença varia entre 6% a 10% no total de mulheres na menacme e pode representar até 50% dos casos de dor pélvica crônica ou problemas de fertilidade (SAUNDERS; HORNE, 2021). Ademais, o impacto social e psicológico aliado a essa condição de saúde gera problemas significativos na qualidade de vida da mulher, especialmente na qualidade de vida sexual, a qual tem o poder de interferir em outras zonas da vivência feminina (POLL, et al., 2020).

A presença de dor durante o ato sexual, designada dispareunia, é consequência da inflamação crônica gerada pela endometriose e pode ser verificada em até 47% das mulheres com esse diagnóstico. Regiões pélvicas acometidas por focos de endométrio podem gerar a dispareunia profunda, ou seja, incômodo considerável durante o intercursos sexual profundo (CARVALHO, 2019). Desse modo, esse sintoma contribui para o desenvolvimento de disfunções sexuais, uma vez que há possibilidade de alteração do desejo, excitação e resposta sexual. Além disso, a sensação antecipatória e o medo da dor contribuem para esses sintomas, assim como provoca hipertonia do assoalho pélvico que potencializa a insatisfação sexual (DE GRAAF et al., 2016; LIMA, 2018).

Essa interferência na qualidade de vida sexual ocorre sobretudo no estágio de endometriose profunda, considerada como sendo a presença de implantes de glândulas de estroma endometriais localizados além de 5 mm do peritônio. Esses implantes no ligamento uterossacros, fundo de saco de Douglas, septo vaginal e paredes da vagina estão comumente relacionados com o aparecimento de dispareunia profunda (WAHL, et al., 2021).

O entendimento de que a endometriose é uma condição crônica de saúde tem importância na medida que evidencia a presença rotineira da dor pélvica, que eleva as chances de surgimento desses tipos de disfunções sexuais. Além disso, há associações entre a endometriose e hiperalgesia por mecanismo de neuroinflamação e desregulação das sensações transmitidas pelos feixes nervosos, ocasionando amplificação da resposta dolorosa ao ato sexual (MOROTTI et al., 2017).

Outro importante fator de interferência da endometriose é a relação em casal, pois há redução considerável da comunicação e um menor entendimento do parceiro a respeito do quadro clínico apresentado pela mulher, incluindo a dispareunia (PLUCHINO et al., 2016).

Dessa forma, o desenvolvimento de disfunções sexuais impacta na sensação subjetiva do prazer sexual, além de interferir na tolerância conjugal sobre a qualidade das relações sexuais, tornando-as mais incômodas e menos prazerosas (DE GRAAF et al., 2016; BIEN, 2020).

Normalmente, as mulheres com queixas de distúrbios sexuais na presença do diagnóstico de endometriose são candidatas potenciais ao tratamento cirúrgico dos focos de endométrio (BARCELLOS et al., 2016; MARINO, 2016). No entanto, a utilização da terapia controladora de sintomas, através de métodos hormonais ou não, é uma realidade comum na ausência da terapia cirúrgica, sobretudo em serviços públicos de saúde (MATASARIU et al., 2017).

Independente do quadro clínico apresentado, a endometriose costuma progredir rapidamente em cerca de 60% das mulheres no período de um ano, por isso a importância do início precoce do tratamento (BEREK, 2014). As terapias hormonais permitem interromper a progressão da doença, sem caráter curativo, apresentando eficácias semelhantes, dependendo da heterogenicidade dos receptores hormonais e da tolerância de cada paciente (BRICHANT, et al., 2021). Nesse contexto, o uso da terapia farmacológica de alívio dos sintomas sexuais em comparação com a intervenção cirúrgica apresenta menos reconhecimento em publicações acadêmicas, apesar de ser a terapêutica mais acessível (LUKIC et al., 2016).

Embora a cirurgia de retirada dos implantes ectópicos de endométrio revele-se como um método rápido e eficaz de alívio dos sintomas, o uso da terapia clínica também apresenta potencial impacto nos sintomas sexuais. Os meios medicamentosos de controle sintomático disponíveis para a endometriose incluem analgésicos, anti-inflamatórios e supressores hormonais com a finalidade de induzir amenorreia. A determinação de qual terapia utilizar, hormonal ou não-hormonal ou ambas, varia de acordo com a individualidade dos sintomas apresentados, grau de acometimento pélvico pelos implantes endometriais e resposta clínica (SHENEIDER et al., 2020).

Analisar a terapia clínica empregada em mulheres diagnosticadas com endometriose, levando em consideração a presença e o tipo de disfunção sexual apresentada, bem como o desempenho e satisfação sexual, é uma forma de avaliar a qualidade da assistência disponível para essas mulheres em um serviço de saúde (YELA et al., 2020). Dessa forma, é possível verificar o impacto de uma conduta no controle sintomatológico e, conseqüentemente, na qualidade de vida das mulheres com endometriose e, assim, melhorar os serviços ofertados para esse grupo de pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da terapia controladora de sintomas na vida sexual e identificar a presença de disfunções sexuais nas pacientes com endometriose acompanhadas no ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Classificar o desempenho/satisfação sexual das pacientes após início da terapia hormonal, utilizando o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F,2009);
- Analisar a prevalência de disfunções sexuais nas pacientes com endometriose, classificando-as de acordo com o Manual Estatístico de Doenças Mentais, 5ª Ed. (DSM – V,2014) em: transtorno de desejo, transtorno de excitação, transtorno sexual doloroso ou transtorno de orgasmo;
- Associar as disfunções sexuais apresentadas com:
 - A idade da paciente;
 - O quadro clínico referido;
 - O tipo de terapia hormonal utilizada.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, realizado no período de maio de 2022 a março de 2023, mediante aplicação de questionários às mulheres com endometriose atendidas no ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) sobre os sintomas sexuais antes do início do uso da terapia controladora de sintomas e após seis meses de uso desse tipo de terapia. A amostragem foi não probabilística, por conveniência.

Foram incluídas as pacientes diagnosticadas com endometriose por critérios clínicos ou através de exames complementares, com vida sexual ativa, com penetração vaginal, idade entre 18 e 45 anos e que estivessem em uso de terapia hormonal para endometriose há, pelo menos, seis meses. As pacientes foram recrutadas no ambulatório de Ginecologia do HULW e o convite para participar da pesquisa foi feito antes do atendimento médico. Nesse momento, foram explicados os objetivos, os riscos e os benefícios da pesquisa, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram consideradas as pacientes que se recusaram a assinar o TCLE, mulheres pós-menopausa, histórico recente de trauma físico em região pélvica, lactantes e aquelas com perda de seguimento após início da terapia farmacológica.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um questionário sobre os sintomas da endometriose antes e após seis meses de uso da terapia hormonal. As seguintes variáveis foram analisadas: idade, paridade, método diagnóstico da endometriose, presença de dispareunia, dismenorreia e dor pélvica crônica, que foram quantificadas através de uma escala visual analógica (EVA), sendo avaliada como leve (pontuação de 0 a 2), moderada (pontuação de 3 a 7) ou intensa (pontuação de 8 a 10), e o tipo de terapia clínica utilizada (Apêndice A).

Ademais, foram utilizados o questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F, 2009) para classificar o desempenho/satisfação sexual das mulheres em uso da terapia controladora de sintomas e o Manual Estatístico de Doenças Mentais, 5ª Ed., para classificar o possível tipo de disfunção sexual apresentada por essas mulheres através da forma reduzida dos seus critérios diagnósticos (Anexos A e B). Quanto à classificação da disfunção sexual, foram levados em consideração a presença de sinais e sintomas característicos de transtorno sexual de desejo hipoativo, transtorno de excitação, transtorno sexual doloroso ou transtorno de orgasmo. Para cada categoria foram avaliados de dois a três fatores inerentes ao ato sexual, como cita o DSM-V.

O Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F, 2009) é um questionário elaborado e validado no Brasil, composto por 10 questões, cada uma devendo ser respondida numa escala de 0 a 5, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual. São contempladas por esse questionário as seguintes indagações sobre a vida sexual: pensamentos sobre sexo, interesse,

preliminares, lubrificação, estímulo, relaxamento vaginal, envolvimento, orgasmo e satisfação. O resultado final é composto da soma dos valores referentes a cada questionamento e a posterior multiplicação por 2, resultando em um valor entre 0 e 100. O valor da sétima questão, no entanto, segue a lógica de subtrair a resposta dada do valor 5 para que, posteriormente, possa ser realizada a soma total e a classificação geral em: bom a excelente (82 – 100 pontos); regular a bom (62 – 80 pontos); desfavorável a regular (42 – 60 pontos); ruim a desfavorável (22 – 40 pontos); nulo a ruim (0 – 20 pontos) (ABDO, 2009).

Todos os instrumentos de coleta de dados citados acima foram aplicados em local reservado no ambulatório de Ginecologia do HULW com a devida liberdade para não responder questões consideradas constrangedoras pela paciente. Além disso, no momento da aplicação houve atenção aos sinais verbais e não verbais de desconforto e a expressa garantia de confidencialidade, proteção da imagem e não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

A análise dos dados coletados foi realizada através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Para verificar possíveis associações estatisticamente significativas entre as variáveis categóricas foram utilizados o Teste de Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher. Para investigar possíveis diferenças entre amostras pareadas, como o grau de dispareunia, dismenorreia e dor pélvica crônica antes e após a terapia controladora de sintomas, foi realizado o Teste de Wilcoxon.

Os tipos de disfunções sexuais e as demais variáveis qualitativas avaliadas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, dividindo-se a amostra em dois grupos em relação à idade, considerando-se a média registrada: < 30 anos e $\geq$ 30 anos. O nível de significância adotado em todas as análises foi igual a 5% ($\alpha = 0,05$) e o Intervalo de Confiança (IC) de 95%, e foram considerados estatisticamente significantes resultados finais com valores de $p \leq 0,05$.

A presente pesquisa faz parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas, conforme o parecer n. 5.356.497 (Anexo C). Os preceitos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a respeito dos aspectos éticos e legais das pesquisas com seres humanos.

4 RESULTADOS

Foram convocadas 168 mulheres com endometriose, porém 11 não preencheram os critérios de inclusão e 2 mulheres não aceitaram assinar o TCLE, mesmo após a explicação inicial e garantia de segurança e sigilo dos dados, sendo a amostra final composta por 155 mulheres. A idade entre as entrevistadas variou entre 22 e 40 anos, com média de idade de $30,21 \pm 4,34$ anos. Do total, 55 (35,48%) mulheres tiveram o diagnóstico de endometriose através da Ressonância Nuclear Magnética (RNM), 53 (34,19%) via Ultrassonografia Transvaginal (USGTV), 46 (29,67%) via diagnóstico clínico e 1 (0,64%) por anatomopatológico.

Entre os métodos de terapia controladora de sintomas, o Dienogeste estava em uso por 87 (56,12%) mulheres, seguido dos Anticoncepcionais Hormonais Orais Combinados (AHOC), Goserelina e Danazol, usados por 56 (36,12%), 8 (5,16%) e 4 (2,58%), respectivamente. O grau de dispareunia apresentado antes do início da terapia farmacológica apresentou uma média de intensidade de $2,89 \pm 1,53$, enquanto o grau de dismenorreia verificado nesse mesmo período foi de $4,83 \pm 1,81$ e o grau de dor pélvica crônica foi de $2,11 \pm 1,76$. Após seis meses de uso regular da terapia de controle sintomatológico verificou-se uma média do grau de dispareunia de $0,38 \pm 0,93$ ($p < 0,001$), além de $0,21 \pm 0,50$ ($p < 0,001$) de média de dor dismenorreia e $0,04 \pm 0,20$ ($p < 0,001$) de dor pélvica crônica. O teste de Wilcoxon para análises pareadas revelou um p -valor $< 0,05$ (0,001) evidenciando, portanto, que há significância estatística entre os graus álgicos antes e depois do tratamento clínico estabelecido (Tabela 1).

Tabela 1: Grau álgico em região pélvica antes e depois da terapia clínica

Variável	Antes da Terapia Hormonal		Depois da Terapia Hormonal		p-valor*
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
Grau de Dispareunia	2,89	1,53	0,38	0,93	<0,001
Grau de Dismenorreia	4,83	1,81	0,21	0,50	<0,001
Grau de Dor Pélvica	2,11	1,76	0,04	0,20	<0,001

Fonte: Próprio autor.

*p-valor obtido com o teste de Wilcoxon.

Considerando os tipos de terapia hormonal elencadas, o Dienogeste estava em uso por 37 mulheres com idade < 30 anos (42,5%), enquanto no grupo ≥ 30 anos foi referido por 50 mulheres (57,5%). Os AHOC apresentou um uso maior no grupo < 30 anos (53,6%) em comparação com o outro grupo (46,4%). A Goserelina apresentou uma taxa de uso igual a 75% nas mulheres mais jovens (< 30 anos) e 25% nas faixas etárias maiores. O Danazol, em contrapartida, não apresentou diferença entre as taxas de uso em relação à idade das pacientes, sendo utilizado por 2 mulheres (50%) de cada grupo etário. Foi utilizado o teste Exato de Fisher

e o de Qui-quadrato para obter um p-valor igual a 0,254 entre as duas amostras, não revelando, dessa forma, significância estatística (Tabela 2).

Tabela 2: Terapia hormonal utilizada de acordo com a faixa etária

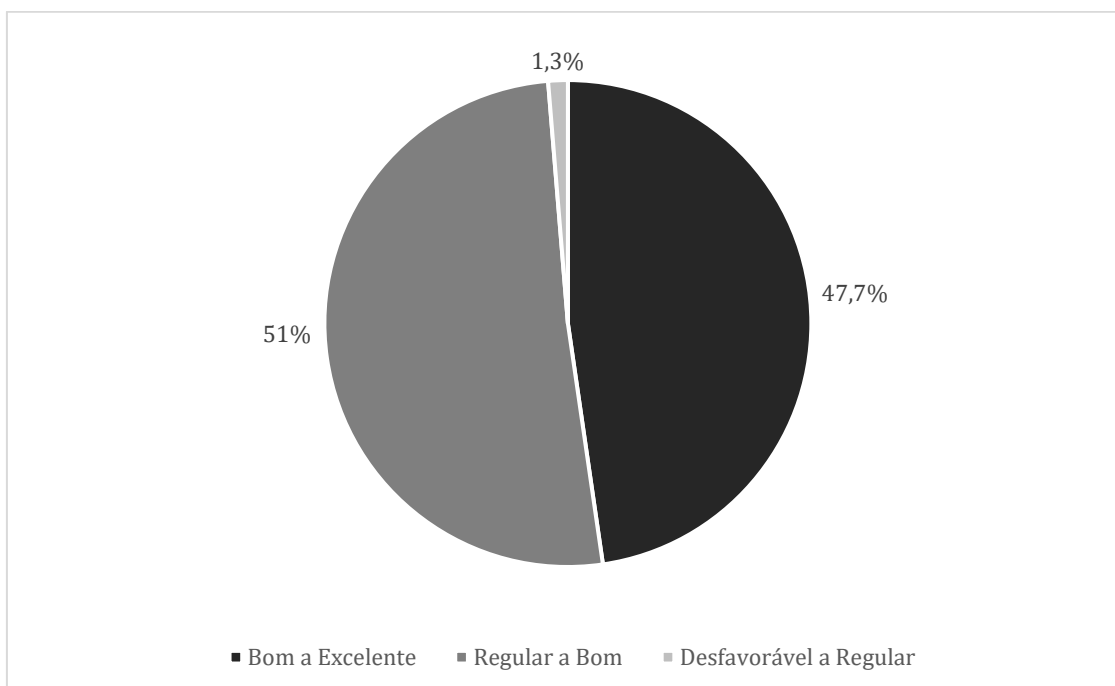
Variável		Idade		p-valor*
		<30 anos	≥30 anos	
Terapia Hormonal Utilizada	ACHO	30 (53,6%)	26 (46,4%)	0,254
	DANAZOL	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
	DIENOGESTE	37 (42,5%)	50 (57,5%)	
	ZOLADEX	6 (75,0%)	2 (25,0%)	

Fonte: Próprio autor.

*p-valor obtido com o teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher.

A pontuação do questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F, 2009) variou entre o valor mínimo de 46 e o valor máximo de 98, com média de $79,96 \pm 8,70$. Quando analisamos a frequência da classificação dos resultados do QS-F observamos que 79 (51,0%) mulheres consideraram sua vida sexual nos últimos seis meses como Regular a Bom, outras 74 (47,7%) classificaram em Bom a Excelente e 2 (1,3%) como Desfavorável a Regular (Gráfico 1). No grupo de mulheres com ≥ 30 anos houve maiores pontuações classificadas em Regular a Bom (53,2%), diferença não verificada nas outras classificações, com um p-valor de 0,925 obtido através do teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher (Tabela 3).

Gráfico 1: Classificação dos resultados do QS-F



Fonte: Próprio autor

Tabela 3: Frequência da classificação dos resultados do questionário QS-F em relação à faixa etária

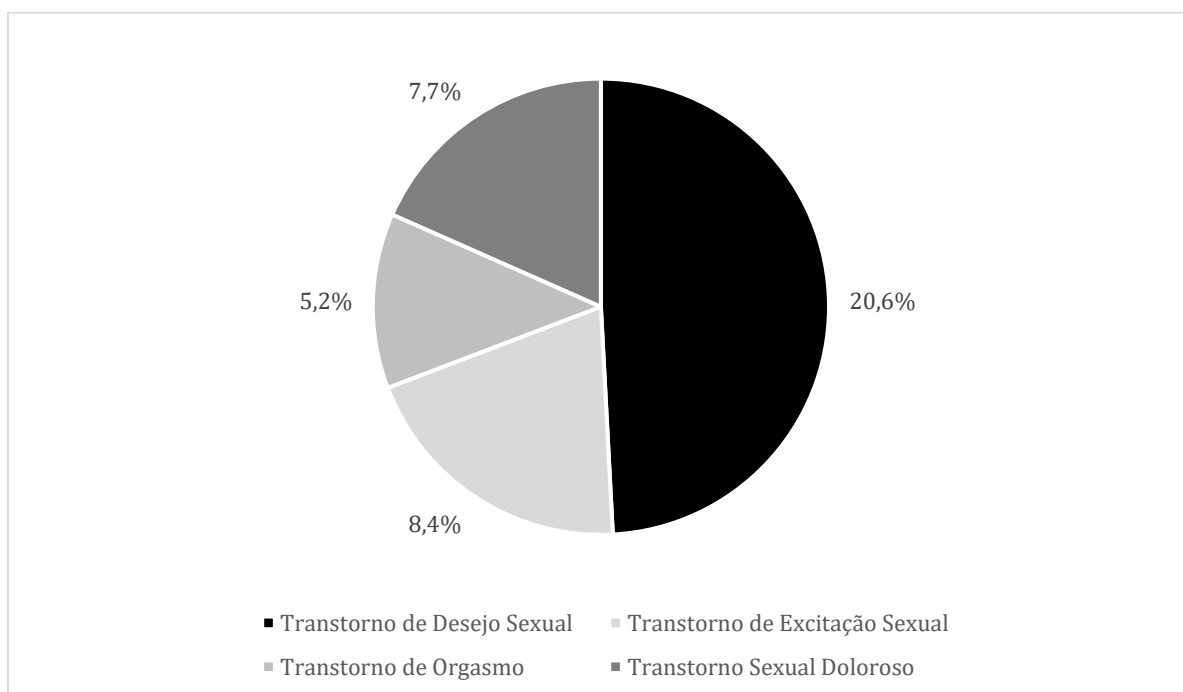
Resultado QS-F	Idade		p-valor*
	< 30 anos	≥ 30 anos	
Desfavorável a Regular	1 (50%)	1 (50%)	
Regular a Bom	37 (46,8%)	42 (53,2%)	0,925
Bom a Excelente	37 (50%)	37 (50%)	
Total	155 (100,0%)		

Fonte: Próprio autor.

*p-valor obtido com o teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher.

Em relação aos transtornos sexuais, 65 (41,93%) mulheres apresentaram sintomas típicos de algum tipo das disfunções consideradas. O Transtorno de Desejo Sexual foi referido por 32 (20,6%) dessas mulheres, o Transtorno de Excitação Sexual por 13 (8,4%), Transtorno Sexual Doloroso por 12 (7,7%) e o Transtorno do Orgasmo por 8 (5,2%). Dentro do Transtorno de Desejo Sexual, o subtipo Deficiência de Desejo Sexual foi apresentado por 14 pacientes, representando 9% do total, enquanto a Deficiência de Fantasia Sexual foi referida por 18 mulheres, 11,6% do total (Gráfico 2).

Gráfico 2: Frequência dos tipos de transtornos sexuais



Fonte: Próprio autor.

De acordo com a faixa etária, a incidência do Transtorno de Excitação Sexual (61,5%) e Transtorno Sexual Doloroso (75%) foi maior nas pacientes com < 30 anos, com um p-valor igual a 0,322 e 0,051, respectivamente. Em contrapartida, o Transtorno de Desejo Sexual foi referido por mais mulheres com ≥ 30 anos, com taxa de incidência de 51,3% e um p-valor de

0,503 entre os grupos. O Transtorno de Orgasmo, por sua vez, não apresentou diferença entre os grupos, sendo relatado por 4 (50%) mulheres de cada faixa etária considerada, com um p-valor de 0,604. O p-valor de cada análise pareada foi obtido através do teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher (Tabela 4).

Ao associar os tipos de transtornos sexuais e a terapia controladora de sintomas em uso pelas pacientes foi possível evidenciar que os AHOC e o Dienogeste estão relacionados a uma taxa maior de Transtorno Sexual de Desejo, sendo apresentado por 14 (43,8%) mulheres que usam cada um deles. O Transtorno de Excitação Sexual foi mais prevalente no grupo de mulheres que estavam em uso de AHOC (46,2%), assim como o Transtorno Sexual Doloroso (58,3%). Todavia, o Transtorno do Orgasmo foi referido, principalmente, por mulheres que usavam o Dienogeste (62,5%). Os valores absolutos e relativos de cada associação estão evidenciados na tabela a seguir, bem como os respectivos p-valor (Tabela 5).

Tabela 4: Transtornos sexuais de acordo com a faixa etária

Transtornos Sexuais		Idade		p-valor*
		<30 anos	≥30 anos	
Transtorno de Desejo Sexual	Sim	15 (46,9%)	17 (53,1%)	0,503
	Não	60 (48,8%)	63 (51,2%)	
Transtorno de Excitação Sexual	Sim	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,322
	Não	67 (47,2%)	75 (52,8%)	
Transtorno do Orgasmo	Sim	4 (50%)	4 (50%)	0,604
	Não	71 (48,3%)	76 (51,7%)	
Transtorno Sexual Doloroso	Sim	9 (75%)	3 (25%)	0,051
	Não	66 (46,2%)	77 (53,8%)	

Fonte: Próprio autor.

*p-valor obtido com o teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher.

Tabela 5: Transtornos sexuais de acordo com a terapia hormonal utilizada

Transtorno Sexual		Terapia Hormonal Utilizada				p-valor
		AHOC	Danazol	Dienogeste	Zoladex	
Transtorno de Desejo Sexual	Não	42 (34,1%)	3 (2,4%)	73 (59,3%)	5 (4,1%)	0,364
	Sim	14 (43,8%)	1 (3,1%)	14 (43,8%)	3 (9,4%)	
Transtorno de Excitação Sexual	Não	50 (35,2%)	3 (2,1%)	82 (57,7%)	7 (4,9%)	0,424
	Sim	6 (46,2%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	
Transtorno do Orgasmo	Não	54 (36,7%)	3 (2,0%)	82 (55,8%)	8 (5,4%)	0,312
	Sim	2 (25,0%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	0 (0,0%)	
Transtorno Sexual Doloroso	Não	49 (34,3%)	4 (2,8%)	83 (58,0%)	7 (4,9%)	0,261
	Sim	7 (58,3%)	0 (0,0%)	4 (33,3%)	1 (8,3%)	

Fonte: Próprio autor.

*p-valor obtido com o teste de Qui-quadrado.

5 DISCUSSÃO

A endometriose pode afetar diferentes aspectos da vida, incluindo a satisfação sexual e, conseqüentemente, está associada a relacionamentos afetivos com maior nível de sofrimento (DONATO et al., 2014). Os estudos sugerem que, de fato, a endometriose pode impactar negativamente as relações íntimas e sexuais (FACCHIN et al., 2021). A sexualidade inclui fatores psicológicos, sociais e fisiológicos que afetam diretamente a saúde física e o bem-estar geral das mulheres (VENTRIGLIO; BHUGRA, 2019). O interesse pela pesquisa dos impactos da endometriose nas diversas esferas da vida de uma mulher tem aumentado, ainda que pouco, o número de estudos com essa temática (KAVALIERATOS et al., 2022).

A análise da função sexual feminina é influenciada por diversos fatores, dentre eles a idade, as mudanças hormonais fisiológicas, o uso de medicação, saúde mental e aspectos psicossociais (RIBEIRO; MAGALHÃES; MOTA, 2022). A média de idade das pacientes consideradas neste estudo foi de 30,21 anos, compatível com a faixa etária de mulheres em idade reprodutiva observada em outros estudos. (LOVKVIST et al, 2016; LORENÇATTO et al, 2022). Em relação as diferentes fases hormonais ao longo da vida da mulher, estudos demonstram que a prevalência da endometriose é rara antes da menarca e tende a reduzir a sintomatologia após a menopausa, embasando a escolha dos critérios de exclusão desta pesquisa (SZYLLO et al., 2021).

O diagnóstico da endometriose é, frequentemente, estabelecido tardiamente devido à negligência dos sintomas cardinais dessa patologia ou a ausência deles. O exame vaginal pode ser útil para investigar enrijecimento doloroso da vagina e ligamentos útero-sacros, assim como dor a mobilização uterina. A USGTV tem maior sensibilidade e especificidade para determinar a presença de endometriomas (83% e 89%, respectivamente). A RNM é mais precisa para diagnóstico de focos endometriais profundos em ligamentos útero-sacrais (85% e 88%), em vagina (77% e 70%) e em segmento colorretal (88% e 92%) (DELLA CORTE et al., 2020; ROLLA, 2022). A laparoscopia, por sua vez, pode ser indicada em caso de suspeita de endometriose, sabendo que uma mulher com infertilidade ou dor crônica tem 50% de probabilidade de ter endometriose típica e mais de 70% de ter lesões sutis. (KONINCK et al., 2021).

Neste estudo, a maioria das mulheres (35,48%) receberam o diagnóstico por RNM, revelando a predileção pela escolha de um exame mais sensível e específicos para focos profundos. Em contrapartida, o diagnóstico clínico foi realizado em 29,67% dos casos, evidenciando que a ausência dos sintomas típicos ou nenhum sintoma pode atrapalhar a suspeição clínica e o estabelecimento imediato do tratamento (DELLA CORTE et al., 2020). O diagnóstico anatomopatológico foi registrado em uma paciente (0,64%) que foi submetida a

uma appendicectomia em julho de 2021. Esse local de implantação de foco endometrial ocorre em cerca de 19% dos casos de endometriose intestinal e que tem seus sintomas mascarados por outras patologias associadas, como apendicite, e alterações do hábito intestinal (VENTURINI et al., 2018).

A terapia controladora de sintomas e a cirurgia são opções terapêuticas para dor pélvica crônica e problemas de fertilidade relacionados à endometriose. O presente estudo revelou melhora estatisticamente significativa dos graus álgicos (dispareunia, dismenorreia e dor pélvica crônica) após, pelo menos, seis meses de uso da terapia medicamentosa (AHOC, Dienogeste, Goserelina ou Danazol), evidenciando bom controle sintomatológico ao uso desses métodos, assim como em outros estudos. Harada et al. (2017) observaram melhora das dores associadas à endometriose e redução do tamanho dos endometriomas com o uso contínuo de contraceptivos combinados orais em comparação ao placebo. Gokmen et al. (2023) evidenciam, em um estudo observacional prospectivo, diminuição significativa dos sintomas de dismenorreia e dispareunia nos primeiros três meses de uso do dienogeste, considerando-se uma boa opção de tratamento, especialmente em pacientes jovens com desejo de fertilidade.

A dispareunia é definida como presença de dor relacionada ao ato sexual. Esse sintoma pode se manifestar de diversas formas: dispareunia profunda, dispareunia introital, dor durante e/ou após a relação sexual, dor no orgasmo e dor posicional. Na endometriose, a forma mais comum é a dispareunia profunda, intimamente ligada a presença de focos de endométrio infiltrantes no fundo de saco de Douglas, ligamentos úterossacrais, fórnice vaginal posterior e parede retal anterior (FACCHIN et al., 2021). Entre as mulheres entrevistadas neste estudo, a média do grau de dispareunia apresentado foi de 2,89, considerando uma escala analógica de dor graduada de 0 a 10. Com o uso contínuo da terapia controladora de sintomas por, no mínimo, seis meses o grau médio de dispareunia reduziu para 0,38, revelando uma boa resposta clínica.

Estudos recentes mostram que mulheres com endometriose que apresentam dispareunia adotam estratégias para lidar com essa realidade, como evitar relações sexuais pelo medo do sexo doloroso ou encontrar determinadas posições não dolorosas ou outros recursos sexuais que não envolvam penetração (FACCHIN et al., 2018). A incidência de problemas psicológicos nesse grupo de mulheres é, conseqüentemente, maior e afeta diretamente o bem-estar e a qualidade de vida (BUTT, 2017). Além disso, a presença de dor impacta negativamente as relações íntimas e pode se apresentar como barreira em relações conjugais (BUTT; CHESLA, 2017; FACCHIN et al., 2020). González et al. (2021) revelaram que o pouco entendimento sobre o assunto por parte dos parceiros sexuais também contribui para relacionamentos fragilizados e sobrecarga psicológica da mulher, justamente por não receberem o apoio devido.

A relação entre dor e satisfação sexual também pode ser respaldada pela teoria do modelo cognitivo de expectativa negativa de experiências sexuais, a qual afirma que

experiências repetidas de dor reforçam os sintomas e reduz o prazer sexual. Ademais, a teoria da sensibilização central explica a condição autônoma e recorrente da dor, mesmo na ausência de estimulação periférica, em pacientes com endometriose (FRITZER et al., 2013). Nesse contexto, Chapron et al. (2019) propõem que a sensação dolorosa durante o sexo está associada à experiência da doença por completo e não somente a presença de dispareunia.

Abdulai et al. (2022) demonstra, por meio de um estudo transversal, que a comunicação ineficiente entre médico e paciente pode interferir na forma de lidar com a dor, uma vez que muitos profissionais da saúde tendem a minimizar as queixas álgicas apresentadas pelas mulheres, além de haver relutância em discutir questões sexuais. Na presente pesquisa, houve um certo grau de constrangimento por parte das mulheres em responder os questionários propostos, especialmente nas partes em que termos como “penetração”, “desejo sexual” e “orgasmo” estavam presentes, mesmo estando em sala reservada e com a garantia de sigilo médico expressamente resguardado.

A satisfação sexual feminina, por sua vez, ainda é pouco explorada na literatura acerca de sua complexidade que envolve fatores biopsicossocioculturais em cada etapa da vida (3,6). Nesta pesquisa, foi utilizado o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F, 2009) para avaliar os diferentes domínios da sexualidade nos últimos seis meses, evidenciando uma pontuação média de 79,96, classificada como Regular a Bom, sem diferença estatisticamente significativa entre mulheres com < 30 anos e ≥ 30 anos. Segundo Abdo (2009), tal instrumento auxilia a abordar a sexualidade de forma objetiva, oferecendo recursos para o raciocínio clínico a fim de ofertar uma terapêutica direcionada. Diante dos aspectos relacionados a endometriose, a questão sete do QS-F deve ganhar uma atenção especial, pois avalia a presença de dispareunia, fator que pode influenciar, consideravelmente, as demais questões (MELIS et al., 2015).

Nesse contexto, é necessário entender se o comprometimento da qualidade de vida sexual dessas mulheres está relacionada com questões ligadas ao desejo e interesse sexual, excitação pessoal e sintonia com o parceiro, conforto durante o sexo e/ou orgasmo e satisfação (NIMBI et al., 2021). De acordo com Fairbanks et al. (2017), pacientes com endometriose têm mais que o dobro de disfunções sexuais em comparação com mulheres sem a doença. Dessa forma, a incorporação dessa abordagem subjetiva às consultas ginecológicas pode representar um importante aliado no acompanhamento integral dessas pacientes.

Sobre os transtornos sexuais presentes na população estudada, o Transtorno de Desejo Sexual foi o mais prevalente (20,6%), sendo 11,6% relacionado a Deficiência de Fantasia Sexual e 9% a Deficiência de Desejo Sexual. Em algumas mulheres esse tipo de disfunção sexual pode ser expresso como falta de interesse pelo sexo, ausência de pensamentos eróticos e/ou relutância em fazer sexo, incapacidade de ficar excitada e/ou ausência de sinais de excitação sexual física (DSM-V, 2014). Mark et al. (2016) evidenciaram que o tipo de contraceptivo pode afetar o desejo sexual solitário e em casal; no entanto, os fatores contextuais

parecem ser preditores mais fortes do desejo sexual para mulheres do que o tipo de contracepção.

O Transtorno de Excitação sexual foi apresentado por 8,4% das mulheres com algum tipo de disfunção sexual e está relacionado, principalmente, pela ausência ou redução acentuada do interesse ou da excitação sexual (DSM-V, 2014). Frequentemente está associado a problemas em atingir o orgasmo, dispareunia, pouca frequência de atividade sexual e desejo não compatível entre o casal (NETZL et al., 2022). O Transtorno do Orgasmo envolve a presença/ausência, frequência, retardo e intensidade das sensações orgásmicas, sendo apresentada por 8 mulheres (5,2%) nesta pesquisa e apresentando íntima ligação com os outros tipos de disfunções sexuais (DSM-V, 2014).

O Transtorno Sexual Doloroso (7,7%), por sua vez, manifesta-se, além da dor propriamente dita, com medo ou ansiedade antecipatória a penetração vaginal e/ou tensão muscular na região pélvica antes, durante ou após a penetração (DSM-V, 2014). Em alguns casos, mulheres com esse tipo de transtorno também recebem diagnóstico de outras patologias, como a endometriose, sendo o tratamento dessas causas primárias/secundárias resolutivas, na maior parte das vezes, quanto os sintomas da dor gênito-pélvica/penetração (FAIRBANKS et al., 2017). Verificou-se neste estudo que o sintoma de dispareunia teve uma boa resposta após seis meses de uso da terapia farmacológica e esteve mais prevalente em mulheres com < 30 anos (75%), podendo significar a inexperiência em adotar estratégias para lidar com a sensação dolorosa citadas anteriormente.

A maior parte dessas pacientes com Transtorno de Excitação Sexual e Transtorno Sexual Doloroso estava em uso do AHOC (46,2% e 58,3%, respectivamente). Enquanto a maioria com Transtorno Sexual do Orgasmo estava em uso de Dienogeste, um progestágeno de quarta geração que, segundo algumas pesquisas, parece ser superior no controle de sintomas e na melhoria da função sexual quando comparado com o uso isolado de anti-inflamatórios ou AHOC. Porém, ao fazer a comparação com análogos de GnRH os dados disponíveis na literatura são contraditórios (CARUSO et al., 2015; MOROTTI et al., 2017). As evidências demonstram que o Dienogeste é uma alternativa ou adjuvante com boa eficácia antes e após a cirurgia e oferece muitas vantagens sobre os contraceptivos hormonais combinados para o tratamento da endometriose (MURJI et al., 2020). Na presente pesquisa, essa terapia mostrou-se como a mais utilizada pelas mulheres (56,12%), com boa resposta das queixas álgicas após seis meses de uso, sendo a presença de Transtorno de Orgasmo carente de melhor investigação, pois trata-se de uma disfunção multifatorial.

O diagnóstico e tratamento precisos dos transtornos sexuais precisam de uma avaliação minuciosa e individualizada, para caracterizar os sintomas e aplicar os critérios diagnósticos correspondentes, não sendo possível ser realizada durante esta pesquisa. De acordo com o DSM-V (2014), as disfunções sexuais só podem ser estabelecidas como patológicas após seis

meses de experiência sintomatológica, período de tempo estabelecido entre os critérios de inclusão deste estudo, porém sem comparativo prévio que pudesse estabelecer evolução das queixas. Além disso, a sexualidade da mulher precisa ser analisada de forma integral, buscando além da endometriose outras possíveis causas para tais disfunções (NETZL et al., 2022).

O número de estudos sobre a qualidade de vida global das pacientes com endometriose superam, consideravelmente, a quantidade de estudos sobre a qualidade de vida sexual nessas pacientes. Como exposto, a sexualidade é uma entidade ampla e as consequências de uma doença ginecológica, como a endometriose, precisam ser bem estabelecidas nessa população. Os possíveis benefícios desta pesquisa incluem a análise do impacto de uma conduta no controle sintomatológico e, conseqüentemente, na qualidade de vida sexual das mulheres com endometriose a fim de melhorar os serviços ofertados e a possibilidade de disseminar conhecimento capaz de prevenir ou aliviar uma disfunção sexual que influencie o bem-estar das pacientes em questão.

Dessa forma, a quantidade ainda reduzida de estudos que abordem a temática da qualidade de vida sexual de mulheres com endometriose e suas diferentes nuances é uma importante limitação à interpretação desta pesquisa. Ademais, o receio em falar sobre sexo apresentado pela maioria das pacientes impõe uma barreira ao acesso de informações precisas. Nesse contexto, estimular a produção científica acerca da endometriose e suas consequências pode refletir em uma melhor assistência às mulheres e envolver os parceiros no tratamento, bem como no aconselhamento psicológico e sexológico, pode melhorar sua compreensão do sofrimento das mulheres e a qualidade do apoio fornecido.

6 CONCLUSÃO

A maioria das pacientes foi diagnosticada através de exames de imagem (35,48% RNM e 34,19% USGTV), revelando um período de tempo entre a busca de ajuda médica ao diagnóstico final, muitas vezes, sem terapia controladora de sintomas prescrita.

O uso da terapia hormonal foi capaz de amenizar os sintomas álgicos após, pelo menos, seis meses, apresentando uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

A satisfação sexual feminina (QS-F) nesta pesquisa apresentou uma média de 79,96, classificada como Regular a Bom. Houveram dois registros (1,3%) considerados como Desfavorável a Regular.

Sintomas típicos de transtornos sexuais foram observados em 65 pacientes, sendo o Transtorno de Desejo Sexual o mais prevalente (20,6%).

Nesta pesquisa, os AHOC foram a terapia mais associada a presença de transtornos sexuais, especialmente o Transtorno de Excitação Sexual e o Transtorno Sexual Doloroso. O Dienogeste mostrou-se mais associado ao Transtorno do Orgasmo, estando em igualdade percentual aos AHOC no Transtorno de Desejo Sexual.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. **Diagn Tratament**, v. 14, n. 2, p. 89-91, 2009.

ABDULAI, A; HOWARD, A; YONG, P et al. Developing an Educational Website for Women With Endometriosis-Associated Dyspareunia: Usability and Stigma Analysis. **JMIR Hum Factors**, vol. 9, n. 1, 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5ª Ed. Whashington, 2014.

BARCELLOS, Marcio Bezerra et al. Agreement between the preoperative findings and the operative diagnosis in patients with deep endometriosis. **Archives of gynecology and obstetrics**, v. 293, n. 4, p. 845-50, 2016.

BEREK, Jonathan. Berek e Novak: tratado de ginecologia. 15 Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**. p. 392-422, 2014.

BIEN, Agnieszka et al. Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. **Qual Life Res**. v. 29, n. 10, p. 2669-2677, 2020.

BULUN, Serdar E.; YILMAZ, Bahar D.; SISON, Christia et al. Endometriosis. **Endocrine Review**, v. 40, n. 4, p. 1048-1079, 2019.

BUTT, Frances Strzempko; CHESLA, Catherine. Health research chronic pelvic pain from endometriosis. **Qual. Health Res**. vol. 17, p. 571–585, 2017.

BRICHANT, Geraldini; LARAKI, Ines; HENRY, Laurie et al. New therapeutics in endometriosis: A review of hormonal, non hormonal, and non-coding RNA treatments. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 22, n. 19, 2021.

CARUSO, S; IRACI, M; CIANCI, S et al. Quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain when treated with dienogest. **J Endocrinol Invest**, vol. 38, n. 11, p. 1211-1218, 2015.

CARVALHO, Ana Portela; CARMO, Olímpia do. Endometriose e disfunção sexual. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 13, n. 4, p. 228-234, 2019.

CHAPRON, Charles; MARCELLIN, Luís; BORGHESE, Bruno; SANTULLI, P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. **Nat Reviews Endocrinol**. vol. 15, n. 11, p. 666-682, 2019.

DELLA CORTE, Luigi; DI FILIPPO, Claudia; OLIMPIA, Gabrielli et al. The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. **International Journal of Environmental Research and Public Health**,; vol. 17, n. 13, p. 4683, 2020.

DE GRAAFF, A A; VAN, Lankveld; SMITS, L J et al. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. **Hum Reprod.**; v.31, n. 11, p. 2577-2586, 2016.

DONATO, Nadine Di; MONTANARI, Giulia; BENFENATI, Arianna et al. Do women with endometriosis have to worry about sex?. **Euro. Journal of Obstetrics e Gynecology and**

Reproductive Biology, v. 179, p. 69-74, 2014.

FACCHIN, Federica; BUGGIO, Laura; DRIDI, Dhouha et al. The subjective experience of dyspareunia in women with endometriosis: A systematic review with narrative synthesis of qualitative research. **Int. Journal Environ. Res. and Public Health**, v. 18, n. 22, 2021.

FACCHIN, Federica; SAITA, Emanuela.; BARBARA, Giusy. et al. “Free butterflies will come out of these deep wounds”: A grounded theory of how endometriosis affects women’s psychological health. **J. Health Psychol.** vol. 23, p. 538–549, 2018.

FACCHIN, Federica.; BUGGIO, Laura.; SAITA, Emanuela. Partners’ perspective in endometriosis research and treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. **Jour. Psychosom. Res.** vol. 137, 2020.

FAIRBANKS, Flávia; ABDO, Carmita Helena; BARACAT, Edmund; PODGAEC, Sergio. Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. **Gynecological Endocrinology**, vol. 33, n. 7, p. 544-547, 2017.

FRITZER, N.; HAAS, D.; OPPELT, P. et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. **Euro. Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology**, v. 169, n. 2, 2013.

HARADA, Tasuku; KOSAKA, Saori; ELLIESEN, Joerg et al. Ethinylestradiol 20 µg/drospirenone 3 mg in a flexible extended regimen for the management of endometriosis-associated pelvic pain: a randomized controlled trial. **Fertility and Sterility**. vol. 108, n. 5, p. 798-805, 2017.

KAVALIERATOS, Zara. The lived experience of young women with endometriosis in South Africa: An exploration of chronic pain with regards to physical, psychological, and social wellbeing. **University of the Western Cape**. 2022.

KONINCK, PR; FERNANDES, R; USSIA et al. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. **Front Endocrinol** (Lausanne), 2021.

LASMAR, Ricardo Bassil et al. **Tratado de Ginecologia**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 265-275, 2017.

LIMA, Ryane Vieira et al. Função sexual feminina em mulheres com suspeita de endometriose profunda infiltrante. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 40, n. 3, p. 115-120, 2018.

LORENÇATTO, C et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 85, n. 1, p. 88-92, 2022.

LOVKVIST L, et al. Age-related differences in quality of life in Swedish women with endometriosis. **J Womens Health**, v. 25, p. 646-653, 2016.

MARINO, Flávia Fairbanks Lima de Oliveira. Aspectos da sexualidade em mulheres com endometriose. Tese de doutorado da **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2016.

MARK, KP; LEISTNER, CE; GARCIA, JR. Impact of Contraceptive Type on Sexual Desire of Women and of Men Partnered to Contraceptive Users. **J Sex Med**. vol. 13, n. 9, p. 1359-1368, 2016.

MATASARIU, R. D.; MIHAILA, A.; IACOB, M. et al. Psycho-social aspects of quality of life in women with endometriosis. **Acta Endocrinol**, v. 13, n. 3, 2017.

MATÍAS-GONZÁLEZ, Y; SÁNCHEZ-GALARZA, A N; FLORES-CALDERA, I et al. “Es

que tú eres una changa”: experiências de estigma entre mulheres latinas vivendo com endometriose. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.** vol. 42 , p. 67–74, 2021.

MELIS, I et al. Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. **Int J Sex Health**, v. 27, p. 175-185, 2015.

MOROTTI, Matteo et al. Peripheral changes in endometriosis-associated pain. **Human reproduction update**, v. 20, n. 5, p. 717-36, 2017.

NIMBI, Felipe Maria; BRIKEN, Peer; ABDO, Carmita Helena; CARVALHO, Joana. Editorial: Psychological Dimensions in Human Sexual Health and Behavior. **Front. Psychol. Sec. Health Psychology**. vol. 12, 2021.

PLUCHINO, Nicola et al. Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. **Human reproduction update** v. 22, n. 6, p. 762-774, 2016.

POLL, Van Mikal; BARNEVELD, Esther Van; AERTS, Luca et al. Endometriosis and Sexual Quality of Life. Sexual Medicine. **Original Research Women’s Sexual Health**. v. 8, n. 3, p. 532-544, 2020.

RIBEIRO, Bárbara; MAGALHÃES, Ana Teresa; MOTA, Ivone. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. **Rev Port Med Geral Fam.** vol. 29, n. 1, 2013.
ROLLA, Edgardo. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. **Faculty Rev**: 529 Last updated, 2022.

SAUNERS, Philippa; HORNE, Andrew W. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. **A Cell Press Journal**, v. 184, n. 11, 2021.

SAGLIK, Gokmen; TOPBA, Selcuki NF; AYDIN, A et al. Effects of Dienogest Therapy on Endometriosis-Related Dysmenorrhea, Dyspareunia, and Endometrioma Size. **Cureus**. vol. 24, n. 15, 2023.

SCHNEIDER, Madeline et al. Quality of Life in Adolescent and Young Adult Women With Dyspareunia and Endometriosis. **The Journal of adolescent health; official publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 67, n. 4, p. 557-561, 2020.

SZYLLO, Krzysztof; SMOLARZ, Beata; ROMANOWICZ, Hanna. Endometriose: Epidemiologia, Classificação, Patogênese, Tratamento e Genética (Revisão da Literatura). **Int. J. Mol. Ciência**, 2021.

VENTRIGLIO, Antonio; BHUGRA, Dinesh. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. **East Asian Arch Psychiatry**. vol. 29, p. 30-34, 2019.

VENTURINI, Giovanna Sartorelli; MENDONÇA, Roberta Lais dos Santos; KANNO, Danilo Toshio et al. Endometriose em apêndice cecal e cólon direito - relato de caso e revisão de literatura. **Journal of Coloproctology**. vol. 38, n. 1, p. 72-80, 2018.

WAHL, Kate J.; IMTIAZ, Shermeen; LISONEK, Michelle et al. Dyspareunia in their own words: A qualitative description of endometriosis – Associated sexual pain. **Sexual Medicine**, v. 9, n. 1, 2021.

YELA, Daniela Angerame; QUAGLIATO, Iuri de Paula; BENETTI-PINTO, Cristina Laguna. Qualidade de vida de mulheres com endometriose profunda: Estudo de corte transversal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 42, n.2, 2020.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE TERAPIA HORMONAL

IDADE:		DATA: / /
NÚMERO DE GESTAÇÕES:		
MÉTODO DIAGNÓSTICO:	☐ Clínico ☐ Ultrassonografia ☐ Ressonância magnética ☐ outro: _____	
DISPAREUNIA:	LEVE MODERADA INTENSA	
DISMENORREIA:	LEVE MODERADA INTENSA	
DOR PÉLVICA CRÔNICA:	LEVE MODERADA INTENSA	
TERAPIA UTILIZADA:	☐ Anticoncepcional combinado oral ☐ Progestágeno ☐ Danazol ☐ Gestridona ☐ Análogos de GnRH ☐ outros: _____	

ANEXO A – QUOCIENTE SEXUAL VERSÃO FEMININA (QS-F, 2009)

QUOCIENTE SEXUAL VERSÃO FEMININA (QS-F, 2009)

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE TERAPIA HORMONAL

NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____ DATA: ____/____/____

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

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

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE
DISFUNÇÕES SEXUAIS SEGUNDO O MANUAL
ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS, 5ªEd.
(DSM-V, 2014)**

PROJETO DE PESQUISA: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM
MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE TERAPIA HORMONAL

DATA: ____/____/____

Responda este questionário em relação a sua vida sexual:

Transtornos de Desejo Sexual:

- ☐ Deficiência ou ausência de fantasias sexuais
- ☐ Deficiência ou ausência de desejo de ter relações sexuais
- ☐ Aversão ou esquiva ativa do contato sexual genital com um parceiro sexual

Transtorno de Excitação Sexual:

- ☐ Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual adequada de lubrificação-turgescência até a consumação do ato sexual

Transtorno do Orgasmo:

- ☐ Atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual

Transtorno Sexual Doloroso:

- ☐ Dispareunia - dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercurso.

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA / CCM

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA SEXUAL EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE EM USO DE TERAPIA HORMONAL

Pesquisador: Carolina Bandeira Domiciano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55496021.3.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.356.497

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/CCM, em reunião ordinária realizada em 31 de março de 2022.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de NOTIFICAÇÃO, o Relatório final ao CEP/CCM para emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-CCM torna-se co-responsável.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 18 de Abril de 2022

Assinado por:

MARCIA ADRIANA DIAS MEIRELLES MOREIRA
(Coordenador(a))