

MESTRADO INTEGRADO
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Qualidade de vida, ansiedade e apoio social na vivência de Endometriose

Ana Paula da Silva Rocha

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E APOIO SOCIAL NA
VIVÊNCIA DE ENDOMETRIOSE**

Ana Paula da Silva Rocha

Julho 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Mariana Veloso Martins* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

À Professora Mariana pela dedicação, orientação, praticidade e por conceder e promover a autonomia exigida neste processo.

À Doutora Paula Norinho pelo mote desta temática.

A todas as pessoas que participaram e divulgaram este estudo para que pudesse concretizar-se.

À Leandra, companheira de todas as horas nesta caminhada final.

A todos/as os/as Professores/as por terem contribuído para a minha formação profissional e pessoal ao longo deste percurso. Obrigada, especialmente, pelo profissionalismo, paixão e inspiração!

Às minhas Amigas pelo companheirismo, partilhas e discussões que têm tanto de enriquecedoras como de divertidas.

À minha Família pelo Amor. Por serem a minha base segura. Pelas raízes e pelas asas.

Ao meu Namorado pelo suporte, incentivo, benquerer e admiração mútuos. Por existires.

Aos meus quatro Avós pela semente. Dedico-vos esta dissertação como símbolo da finalização e/ou início de mais uma etapa. Sei que estariam orgulhosos.

Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

A endometriose é uma condição ginecológica que afeta cerca de 10% a 15% das pessoas com útero em idade reprodutiva. O presente estudo propôs-se a analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida, a ansiedade e o apoio social, explorando ainda o papel moderador do apoio social nas primeiras variáveis a partir de uma amostra de 430 participantes com uma idade compreendida entre os 20 e os 56 anos. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e os instrumentos *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) e *Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30). Os resultados indicaram uma associação negativa entre a percepção da qualidade de vida e a ansiedade, uma associação positiva entre a percepção da qualidade de vida e o apoio social percebido, e a inexistência de efeito moderador do apoio social. Os dados obtidos confirmam que se trata de uma condição clínica que influencia e é influenciada pelas variáveis em análise, compreendendo tanto fatores de risco como de proteção na adaptação à doença.

Palavras-chave: Endometriose; Qualidade de vida; Ansiedade; Apoio social.

Abstract

Endometriosis is a gynecological condition that affects approximately 10% to 15% of people with a uterus in reproductive age. This study aimed to analyze the relationship between perceived quality of life, anxiety and social support, while exploring the moderating role of social support in the first variables from a sample of 430 participants aged between 20 and 56 years. A sociodemographic questionnaire and the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) and *Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30) instruments were applied. The results indicated a negative association between perceived quality of life and anxiety, a positive association between perceived quality of life and perceived social support, and no moderating effect of social support. The data obtained confirms that this is a clinical condition which influences and is influenced by the variables under analysis, comprising both risk and protective factors in the adaptation to the disease.

Keywords: Endometriosis; Quality of life; Anxiety; Social support.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento concetual.....	2
2.1. Definição e prevalência	2
2.2. Impacto da endometriose na qualidade de vida.....	4
2.3. Endometriose e ansiedade	5
2.4. Endometriose e apoio social.....	6
2.5. Qualidade de vida, ansiedade e apoio social	7
2.6. Objetivos e hipóteses.....	8
3. Método.....	9
3.1. Procedimento e participantes.....	9
3.2. Materiais	9
3.3. Análise estatística	10
4. Resultados.....	12
4.1. Descrição da amostra.....	12
4.2. Análise das hipóteses.....	14
4.2.1. Associações entre perceção da qualidade de vida na vivência de endometriose, ansiedade e apoio social.....	14
4.2.2. Efeito moderador do apoio social na relação entre a qualidade de vida e a ansiedade	14
5. Discussão	18
6. Conclusão	22
7. Referências bibliográficas	24

1. Introdução

A endometriose é uma condição de saúde associada ao ciclo menstrual e pode interferir na forma como este se manifesta. De um modo geral, qualquer sintoma – como um ciclo doloroso e/ou irregular – deve ser um sinal de alerta e não ser normalizado no sentido de ser inerente a um corpo que nasce com vagina, útero e ovários. A desvalorização de sintomas ocorre por parte da pessoa, da sua dimensão sociocultural e ainda pelos profissionais de saúde. Daí a importância de abordar esta temática com o principal objetivo de deixar de perpetuar o “mundo desconhecido” no que toca à literacia do corpo e à saúde através de sensibilização pública e divulgação de informação.

Direcionando a atenção para a população de pessoas com endometriose, destacam-se os desafios que esta doença crónica acarreta, em parte, por ser uma condição de saúde da qual (ainda) não existe consenso por parte da comunidade científica quanto à sua origem e tratamentos, e também por poder causar sofrimento a quem dela padece e, porventura, a quem consigo convive. A endometriose pode ter impacto na saúde física e mental, nos relacionamentos interpessoais, no desempenho em contexto laboral e em outras dimensões que contribuem para a perceção da qualidade de vida.

Posto isto, o presente estudo procura analisar a relação entre a perceção da qualidade de vida, a ansiedade e o apoio social, explorando ainda o papel moderador do apoio social nas primeiras variáveis. Tem também como finalidade contribuir para a prática clínica em Psicologia intervindo nos fatores de adaptação à doença e ser um contributo para a sensibilização e divulgação desta temática.

2. Enquadramento concetual

2.1. Definição e prevalência

A endometriose é uma condição ginecológica benigna e crónica caracterizada pela presença de tecido endometrial no exterior da cavidade uterina sob a forma de nódulos ou de aderências a outros órgãos (Kennedy et al., 2005), denominando-se como focos ou lesões. Estas apresentam-se predominantemente nos ovários, trompas de Falópio, ligamentos, cavidade pélvica e abdominal, peritoneu, septo retovaginal, bexiga e intestinos, embora possa afetar outros órgãos mais distantes (Campos et al., 2008; Kennedy et al., 2005). O tecido endometrial prolifera na fase folicular e sofre hemorragia na fase menstrual, ocorrendo uma reação inflamatória nos tecidos afetados pelas aderências (Campos et al. 2008).

Esta patologia afeta cerca de 10% a 15% das pessoas com útero em idade reprodutiva (Chopra & Syal, 2020), 30% a 80% de pessoas com dor pélvica, havendo também comorbilidade com a infertilidade, estimada entre 25% a 50% (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2012). A sua prevalência é de difícil determinação, uma vez que para ter um diagnóstico definitivo de endometriose é necessária a realização de cirurgia (*ibidem*). É relevante salientar que a hipótese de esta patologia condicionar a fertilidade não está claramente estabelecida, no entanto, poderá existir uma associação, uma vez que as aderências de tecido endometrial tendem a provocar alterações morfológicas que poderão dificultar a conceção. De todo o modo, a sua eliminação através de cirurgia poderá favorecer a função reprodutiva, ainda que temporariamente, visto que os focos podem reaparecer (*ibidem*).

Não é conhecida a etiopatogenia da endometriose, todavia estão implicados múltiplos fatores no surgimento, evolução e agravamento da patologia, como as componentes genética, imunológica, ambiental (como *stress*, poluição atmosférica e alimentar, dioxina, tamoxifeno) e hormonal (com a predominância do nível de estrogénio sobre a progesterona, o que faz da endometriose uma condição estrogénio-dependente; Cabrita et al., 2004). Devido à inespecificidade do quadro clínico (e.g., endometriose ligeira com sintomatologia intensa; endometriose profunda com sintomatologia leve ou ausente; sintomas comuns com outras patologias e/ou em órgãos distantes; comorbilidades) e/ou à normalização, desvalorização ou desconhecimento dos sintomas por parte dos profissionais de saúde e,

num primeiro momento, pelas pacientes (o que resulta numa procura tardia de consulta de ginecologia e, consequentemente, num agravamento da condição clínica ao longo do tempo), podem decorrer entre oito a dez anos desde o surgimento dos primeiros sintomas até ao diagnóstico de endometriose (Hudelist et al., 2012). Este é confirmado definitivamente a partir de laparoscopia e análise histopatológica, uma vez que os dados clínicos, os exames de anatomia patológica e de imagiologia, apesar de auxiliarem na identificação desta condição clínica, não se afiguram suficientes devido à natureza não diacrítica desta patologia (Cabrita et al., 2004). Continuam a ser estudadas outras formas de diagnóstico não invasivas, incluindo a imagiologia, testes genéticos e biomarcadores (Kiesel & Sourouni, 2019).

Os sintomas variam nos graus de intensidade – sendo que esta é singular para cada indivíduo e mesmo em cada ciclo menstrual –, gravidade e extensão da doença, não existindo necessariamente uma correlação entre estes aspetos devido à variabilidade de apresentação da patologia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2015). Além de dismenorreia, é frequente a dispareunia, a dor pélvica (com pelo menos seis meses de evolução), disúria, disquézia, hemorragia uterina anómala, fluxo menstrual abundante e/ou irregular, inchaço abdominal acentuado, fadiga, diminuição da satisfação sexual, infertilidade (Nnoaham et al., 2011; Sinaii et al., 2008; SPG, 2015) e sintomatologias ansiosa e depressiva (Facchin et al., 2015). Quando há comprometimento de órgãos adjacentes causados por aderências poderá haver dor nesses órgãos sobretudo na fase menstrual, bem como, por exemplo, sangue nas fezes, náuseas, vômitos, alterações gastrointestinais (no caso de existência de focos no intestino), sangue na urina, vontade frequente de urinar, infeções urinárias recorrentes e outros sintomas similares aos de uma infeção urinária (aquando da presença de focos na bexiga; SPG, 2015). Tendencialmente, esta sintomatologia é erroneamente associada a outras patologias o que contribui para o atraso no diagnóstico (*ibidem*). Há ainda que ressaltar que o quadro clínico é variável, existindo a possibilidade de esta patologia se desenvolver de forma assintomática (Kennedy et al., 2005).

No que concerne ao tratamento, este deve considerar não só a patologia como a pessoa na sua integridade a partir de um contexto multidisciplinar que integre o quadro clínico, o objetivo terapêutico e também o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida do indivíduo (*ibidem*). O tratamento farmacológico tem por base diminuir ou inibir o crescimento do tecido endometrial provocando hipoamenorreia ou amenorreia (SPG, 2015), diminuindo o fluxo menstrual ou simulando quimicamente a menopausa com vista a mitigar eventuais sintomas e a prevenir a progressão da doença, uma vez que esta é uma condição estrogénio-dependente. Por sua vez, o tratamento cirúrgico recorre,

preferencialmente, a laparoscopia com o intuito de remover lesões e, assim, controlar sintomas (*ibidem*). O tratamento da endometriose depende de fatores como sintomas, localização e extensão da lesão, comorbilidades, desejo de engravidar, paridade e idade (Cabrita et al., 2004). É de salientar que os tratamentos são sintomáticos e não curativos, tendo como objetivo suprimir temporariamente a doença (ou os sintomas), podendo ocorrer recidivas (SPG, 2015).

Sendo uma doença crónica, complexa, idiopática, imprevisível (no sentido em que as crises de dores ou outros sintomas podem surgir inesperadamente) e idiossincrática é expectável que tenha “um acentuado impacto tanto na saúde física como mental (...), afetando a vida laboral, familiar e social e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida” (*ibidem*, p.10). A endometriose está comumente associada a debilidade física e psicológica decorrente da dor crónica, eventual isolamento social, interferência nas relações interpessoais, entre outros fatores que tendem a comprometer a qualidade de vida (*ibidem*).

2.2. Impacto da endometriose na qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), a qualidade de vida é um conceito multidimensional e subjetivo que não se refere meramente à ausência de doença, mas ao estado de bem-estar em que se inclui a saúde física e mental, as relações sociais, o nível de independência, as crenças do indivíduo e a perceção da satisfação das necessidades individuais, interligando-se com os contextos sociocultural, ambiental e económico. Configura-se ainda o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde especificamente para a população de pessoas com doença crónica que, além destes parâmetros, compreende aspetos diretamente relacionados com o estado de saúde ou com a doença, tratamentos e respetivo impacto nos domínios físico, psicológico, emocional e social (Vinaccia & Orozco, 2005).

Alguns autores apontam para os efeitos negativos da endometriose na qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente a nível físico e da capacidade funcional do indivíduo (Jones et al., 2004). Outros salientam ainda o impacto a nível psicológico, em particular a incerteza, impotência, desesperança, frustração, manifestações de *stress*, sintomatologia psicopatológica e autoimagem; nas relações sexuais e/ou conjugais ou amorosas, relativamente à dor durante ou após penetração, à autoculpabilização e tensão resultantes dessa dor e também à incompreensão e/ou falta de apoio por parte do/a parceiro/a

e à frustração pela eventual infertilidade; a nível social pela redução de contactos e atividades devido a dores incapacitantes, fadiga e outros sintomas, sendo também estes os motivos da renúncia a atividades de lazer, dando origem ao isolamento; no emprego, uma vez que há menor produtividade ou mesmo baixas médicas ou desemprego; a nível financeiro, em virtude dos custos associados às consultas e exames médicos, idas às urgências, medicação, procedimentos cirúrgicos e tratamentos (incluindo os de infertilidade) – comumente despendem valores consideráveis antes da obtenção do diagnóstico (Soliman et al., 2017).

Em síntese, a endometriose tende a comprometer a qualidade de vida do indivíduo em diversas dimensões, o que causa impacto no ajustamento psicológico e na adaptação à doença. É de destacar a heterogeneidade deste processo a partir do contexto e subjetividade de cada indivíduo.

2.3. Endometriose e ansiedade

O ajustamento psicológico não só é influenciado como também influencia a perceção da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2010). Este pode definir-se como uma resposta a uma mudança no meio ambiente – que pode ser adaptativa ou desadaptativa e ocorre ao longo do tempo, não sendo um estado que se atinge (Brennan, 2001) nem “um processo automático, dependendo antes das características do indivíduo e do modo como ele percebe a situação e como a enfrenta” (Pais-Ribeiro et al., 2010, p. 4).

Todavia, a experiência de uma doença crónica é um acontecimento não normativo e pode não passar por um ajustamento psicológico bem-sucedido, expressando-se, por exemplo, através de estados emocionais negativos, como ansiedade e/ou depressão (Pais-Ribeiro et al., 2010). Segundo Hudelist et al. (2012), as pessoas com endometriose tendem a desenvolver comorbilidades – como sintomatologia ansiosa e/ou depressiva –, o que contribui para uma redução significativa da qualidade de vida. Além disso, a presença desta sintomatologia em níveis elevados tende a amplificar a intensidade dos sintomas, nomeadamente da dor pélvica (Laganà et al., 2017). Um estudo de Low et al. (1993) comparou pessoas com diagnóstico de endometriose e pessoas com diagnóstico de outras patologias ginecológicas relacionadas com dor pélvica e concluiu que (1) as portadoras de endometriose obtiveram maiores níveis de ansiedade, (2) não sugeriram sintomatologia depressiva e (3) os grupos não diferiram nos níveis de dor, o que confirma a existência de relação entre dor crónica e ansiedade. O mesmo aspeto é defendido por Márki et al. (2017),

cujos estudos apontam que mais de metade da amostra apresenta sintomatologia ansiosa, em comparação com uma percentagem diminuta com sintomatologia depressiva. Não obstante, é importante salguardar que o facto de as pessoas terem endometriose não significa que percecionam negativamente a sua qualidade de vida e a sua saúde mental (Facchin et al., 2015).

2.4. Endometriose e apoio social

Alguns autores salientam a relevância da percepção positiva do apoio social na adaptação à doença, visto que este tende a constituir um fator protetor da integridade do indivíduo, a facilitar o ajustamento psicológico e a promover a qualidade de vida – por exemplo, através de uma outra perspetiva da sua situação, da elaboração conjunta de estratégias de *coping* eficazes, e de apoio e motivação, o que pode promover comportamentos positivos em relação à sua situação clínica ou, pelo menos, minimizar comportamentos de risco (Stanton et al., 2007; Villalva et al., 2003). O apoio social tem um papel moderador em situações que geram *stress* ao indivíduo e em algumas doenças é até um preditor da recuperação (Villalva et al., 2003). O suporte social baseia-se num processo interativo cuja presença de alguém de confiança para o indivíduo providencia apoio emocional e instrumental (Gottardo & Ferreira, 2015).

Segundo Danny e Mann (2007), os parceiros são a principal fonte de suporte de pessoas com endometriose quando estas consideram estar numa relação estável. Não obstante, estes relatam sentimentos negativos relativamente ao diagnóstico de endometriose, ao não envolvimento no processo (por falta de apoio dos profissionais de saúde) e à forma como a doença afeta o quotidiano, as finanças e a relação do casal (Ameratunga et al., 2017). Um estudo de Culley et al. (2017) também aponta que a endometriose tem um impacto significativo nos companheiros podendo afetar negativamente o bem-estar destes e a forma como vivenciam essa condição de saúde – com preocupação, medo, desamparo ou impotência e frustração por se sentirem incapazes de mitigar o sofrimento das parceiras e por sentirem dificuldade em gerir a doença e o que ela acarreta. Por conseguinte, as suas crenças e comportamentos tendem a repercutir-se na forma como a portadora de endometriose vivencia a doença crónica. Além disso, a intimidade do casal, o planeamento familiar e os recursos económicos também são afetados. Os companheiros passam ainda a desempenhar novos papéis e tarefas de apoio, e.g., no acompanhamento a consultas, na ajuda

na tomada de decisões relacionadas com a condição de saúde, nos cuidados prestados à companheira (instrumentais e emocionais) e na gestão do quotidiano.

De acordo com Roomaney e Kagee (2016), as pessoas com endometriose sentem-se isoladas quando os outros parecem não compreender a sua vivência, pelo que se tornam seletivas na escolha das pessoas a quem divulgam a sua condição clínica, optando, principalmente, pelos companheiros e familiares. Este estudo revela ainda que se tornam dependentes dos mesmos quando sentem maiores níveis de dor. Além disso, quando se encontram nesse estado, as interações com o parceiro, família e amigos são negativamente afetadas, pelo que evitam atividades sociais. As portadoras de endometriose referem ainda a importância do apoio dessas mesmas pessoas, particularmente nas tarefas que não conseguem realizar. Porém, também apontam que por vezes não se sentem apoiadas, mas sim angustiadas, quando as pessoas pensam que estão a fingir ou a exagerar a sua dor.

Em suma, a perceção da qualidade de vida poderá estar relacionada, em parte, com o apoio social percebido, o que configura a importância de mobilizar as redes de apoio da pessoa com endometriose no sentido de ser um fator protetor e mitigar os efeitos multiplicadores das consequências desta condição crónica.

2.5. Qualidade de vida, ansiedade e apoio social

Refletindo e estruturando uma interpretação acerca do estado da arte, propõe-se a existência de associação entre as variáveis qualidade de vida, ansiedade e apoio social na vivência de endometriose. Como suprarreferido, esta condição de saúde tende a comprometer a qualidade de vida do indivíduo que dela padece em múltiplas dimensões, podendo ser potenciada ou mitigada por fatores como o ajustamento psicológico e o apoio social – o que causará impacto, também, na adaptação à doença.

A endometriose poderá causar efeitos negativos a nível físico – designadamente pelos diversos tipos de dor (Jones et al., 2004) –, psicológico e social (Soliman et al., 2017). Alguns autores apontam para a existência de relação entre dor crónica e ansiedade (Castro et al., 2011; Laganà et al., 2017; Márki et al., 2017). Outros alertam para o risco de isolamento em consequência da sensação de incompreensão por parte do outro, o que também afetará negativamente as interações sociais e a perceção da qualidade de vida (Roomaney & Kagee, 2016). Destarte, conclui-se que as características biopsicossociais do ser humano devem ser tidas em consideração na abordagem a uma doença crónica.

2.6. Objetivos e hipóteses

Considerando a revisão da literatura, este estudo propõe-se a analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida, a ansiedade e o apoio social, verificando como é que as primeiras variáveis se comportam em função do apoio social.

Assim, são colocadas as seguintes hipóteses:

H1: A percepção da qualidade de vida na vivência de endometriose associa-se negativamente à ansiedade.

H2: A percepção da qualidade de vida na vivência de endometriose associa-se positivamente ao apoio social percebido.

H3: O apoio social tem um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida e a ansiedade.

3. Método

3.1. Procedimento e participantes

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O recrutamento de participantes ocorreu entre julho de 2019 e fevereiro de 2021 através de questionários em papel e, mais tarde, da plataforma *online LimeSurvey*. Num primeiro momento, as participantes foram recrutadas através da consulta especializada em endometriose no Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), sendo estes dados parte integrante de um projeto de doutoramento do Programa Doutoral em Psicologia da Universidade do Porto ($n = 153$). Num segundo momento, a plataforma foi divulgada em redes sociais que abordam a endometriose ($n = 403$). Foram consideradas elegíveis para participar no estudo pessoas com o diagnóstico de endometriose com idade igual ou superior a 18 anos e que não se encontrassem grávidas no momento de preenchimento do questionário.

3.2. Materiais

O questionário é constituído por questões sociodemográficas (idade, habilitações literárias, coabitação, situação relacional, tempo de relacionamento e número de filhos) e instrumentos que visam avaliar a ansiedade, o apoio social percebido e a qualidade de vida percecionada na endometriose.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007) foi construída para auxiliar os profissionais de saúde no reconhecimento de sintomatologias ansiosa e depressiva em pessoas com patologias físicas no contexto hospitalar, sendo atualmente utilizada na investigação e prática clínica. Neste estudo analisou-se a subescala ansiedade, constituída por 7 itens que reportam à última semana. Cada resposta é dada numa escala de 4 pontos (de 0 a 3), estando o valor total da subescala compreendido entre 0 e 21 pontos, onde os níveis mais elevados são indicadores de maior ansiedade. Segundo Pais-Ribeiro et al. (2007), o ponto de corte a partir do qual os resultados são considerados clinicamente significativos na subescala ansiedade situa-se nos 7 pontos.

Esta subescala apresenta um nível de consistência interna elevado quer no estudo original ($\alpha = .76$), quer na presente amostra ($\alpha = .83$).

A *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet et al., 1988; Martins M., Peterson, B., Almeida V. & Costa E., 2012) é uma escala que avalia subjetivamente o apoio social, sendo composta por 12 itens. Os valores de cada resposta encontram-se entre 1 e 6, com níveis mais elevados indicando uma maior perceção de apoio social. A pontuação é obtida através da média atingindo um máximo de 6 pontos. A escala apresenta um nível de consistência interna elevado no estudo original ($\alpha = .91$) e na presente amostra ($\alpha = .93$).

A *Endometriosis Health Profile-30* (EHP-30; Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015) é uma escala que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de pessoas com endometriose reportando às últimas quatro semanas. É constituída por um questionário central composto por 30 itens distribuído por cinco dimensões: dor, controlo e impotência, bem-estar emocional, suporte social e autoimagem; um questionário modular constituído por 23 itens organizado em seis dimensões (respondidas quando se aplica): vida no trabalho, relação com os filhos, relações sexuais, relação com os médicos, tratamento e infertilidade; e um questionário que aborda informações gerais: idade com que teve os primeiros sintomas, ano de diagnóstico, sintomas e outras questões relacionadas com saúde. Os valores de cada resposta encontram-se entre 0 e 4 e a pontuação máxima da escala é de 100 pontos (variando em cada dimensão consoante o número de itens), sendo que os valores mais elevados representam menores níveis de qualidade de vida. No presente estudo verificaram-se níveis elevados de consistência interna dimensões analisadas: Dor ($\alpha = .97$), Controlo e impotência ($\alpha = .94$) e Bem-estar emocional ($\alpha = .91$) – semelhantes aos valores do estudo da validação portuguesa da escala, com níveis de .98, .95 e .94, respetivamente.

3.3. Análise estatística

A análise de dados foi realizada através do software *IBM SPSS Statistics 26*. A verificação de *outliers* através de diagramas de extremos e quartis apresentou valores discrepantes que não foram eliminados por serem considerados univariados. A caracterização da amostra foi realizada a partir da análise de medidas de estatística descritiva. Calcularam-se os valores de consistência interna das variáveis em estudo de modo a analisar a fiabilidade dos respetivos itens. A normalidade das variáveis foi analisada a partir do teste

Kolmogorov-Smirnov, o que indicou uma distribuição não normal. Desta forma, prosseguiu-se à análise dos valores de assimetria e curtose, concluindo-se que existem graves desvios da normalidade e assumindo-se a utilização de modelos de análise de dados não paramétricos. As primeira e segunda hipóteses foram analisadas através da correlação de *Spearman* de modo a avaliar a associação entre as variáveis. Para a terceira hipótese foi utilizada uma análise macro *PROCESS* versão 3.5 (Hayes, 2018) para verificar a existência de moderação.

4. Resultados

4.1. Descrição da amostra

A amostra inicial é constituída por 556 participantes, tendo sido excluídas 126: 110 por não terem respondido aos instrumentos do questionário, 15 por se encontrarem com questionários duplicados e 1 por não ter diagnóstico de endometriose confirmado. Assim, a amostra final do presente estudo é composta por 430 participantes cujos dados sociodemográficos se apresentam na Tabela 1.

As participantes têm uma idade compreendida entre os 20 e os 56 anos ($M = 34.47$, $DP = 6.88$) e 67.2% tem licenciatura ou mestrado. Quase metade das pessoas (48.4%) coabita com cônjuge ou companheiro/a e a situação relacional distribui-se maioritariamente entre o casamento (33.7%) e a união de facto ou coabitação (30.5%), sendo que a maior parte da amostra é nulípara (69.5%).

Tabela 1*Dados sociodemográficos da amostra (N = 430)*

Variáveis	M (DP)/N	Amplitude/%
Idade (N = 413)	34.47 (6.88)	20-56
Habilitações literárias	429	99.8
Até ao 12º ano de escolaridade	131	30.5
Licenciatura ou Mestrado	289	67.2
Doutoramento	9	2.1
Coabitação	429	99.8
Cônjuge ou companheiro/a	208	48.4
Companheiro/a e filhos/as ou enteados/as	96	22.3
Família de origem (pai, mãe, irmãos)	74	17.2
Colega, amigo/a, outros familiares ou sozinho/a	51	11.9
Situação relacional	429	99.8
Casamento	145	33.7
<i>Anos de casamento</i>	11.18 (6.71)	0.25-26
União de facto ou coabitação	131	30.5
<i>Anos de união de facto ou coabitação</i>	7.27 (4.84)	0.25-30
Namoro	78	18.1
<i>Anos de namoro</i>	3.90 (3.36)	0.22-13
Separação	6	1.4
Divórcio	11	2.6
Viuvez	1	0.2
Não tem relação	57	13.3
Número de filhos	427	99.3
0	299	69.5
1	89	20.7
2	33	7.7
3	6	1.4

4.2. Análise das hipóteses

4.2.1. Associações entre percepção da qualidade de vida na vivência de endometriose, ansiedade e apoio social

Ao analisar as correlações entre as três dimensões de qualidade de vida utilizadas neste estudo, a ansiedade e o apoio social (Tabela 2) foi possível verificar a existência de uma correlação forte e positiva entre Dor e Controlo e impotência ($r_s = .821, p < .001$), Dor e Bem-estar emocional ($r_s = .535, p < .001$), Controlo e impotência e Bem-estar emocional ($r_s = .663, p < .001$) e Ansiedade e Bem-estar emocional ($r_s = .662, p < .001$); uma correlação moderada e positiva entre Ansiedade e Dor ($r_s = .353, p < .001$) e Ansiedade e Controlo e impotência ($r_s = .475, p < .001$); uma correlação moderada e negativa entre Apoio social e Ansiedade ($r_s = -.378, p < .001$) e Apoio social e Bem-estar emocional ($r_s = -.342, p < .001$); uma correlação fraca e negativa entre Apoio social e Controlo e impotência ($r_s = -.146, p = .007$) e Apoio social e Dor ($r_s = -.117, p = .030$).

Tabela 2

Correlações de Spearman (N = 395)

	Ansiedade	Dor	Controlo e impotência	Bem-estar emocional	Apoio social
Ansiedade	-				
Dor	.353**	-			
Controlo e impotência	.475**	.821**	-		
Bem-estar emocional	.662**	.535**	.663**	-	
Apoio social	-.378**	-.117*	-.146**	-.342**	-

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

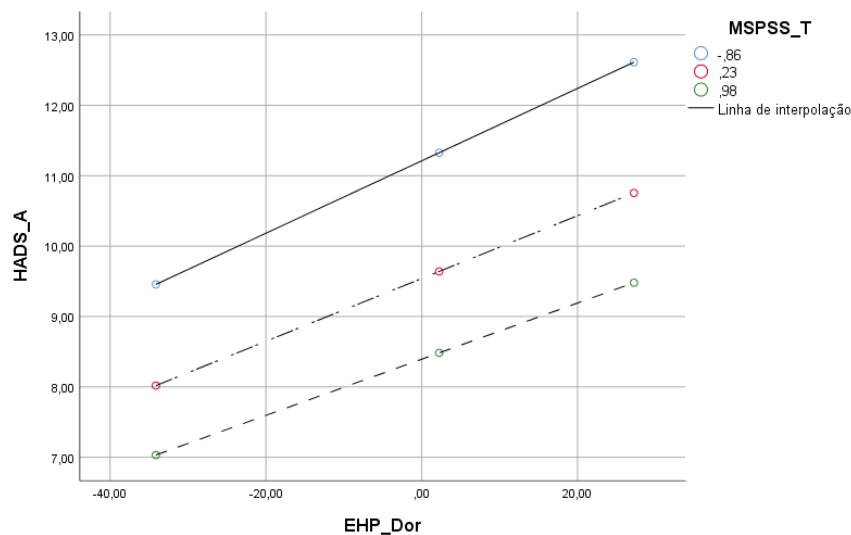
4.2.2. Efeito moderador do apoio social na relação entre a qualidade de vida e a ansiedade

Ao analisar se a relação de cada uma das três dimensões de qualidade de vida (Dor, Controlo e impotência, Bem-estar emocional) com a Ansiedade é moderada pelo Apoio social, conclui-se o seguinte:

As variáveis Dor e Apoio social explicam 24.5% da variância dos níveis de Ansiedade ($r^2 = .245$, $p < .001$). Observa-se um efeito positivo e estatisticamente significativo do impacto da Dor nos níveis de Ansiedade ($b = .046$, $SE = .008$, $p < .001$) e um efeito negativo e estatisticamente significativo do impacto do Apoio social nos níveis de Ansiedade ($b = -1.529$, $SE = .208$, $p < .001$). Não se verifica um efeito de interação entre os níveis de Dor e o Apoio social ($b = -.006$, $SE = .008$, $p = .409$), tal como representado na Figura 1.

Figura 1

Efeito de interação do Apoio social na relação entre Dor e Ansiedade

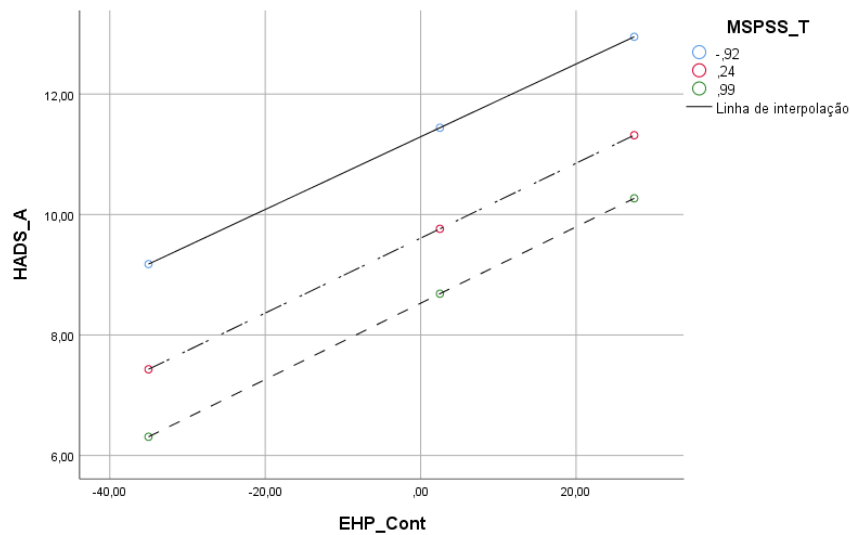


Nota: variável independente – dimensão Dor (EHP_Dor); variável dependente – nível de ansiedade (HADS_A); variável moderadora – apoio social (MSPSS_T)

As variáveis Controlo e impotência e Apoio social explicam 33.1% da variância dos níveis de Ansiedade ($r^2 = .331$, $p < .001$). Observa-se um efeito positivo e estatisticamente significativo do impacto do Controlo e impotência nos níveis de Ansiedade ($b = .062$, $SE = .007$, $p < .001$) e um efeito negativo e estatisticamente significativo do impacto do Apoio social nos níveis de Ansiedade ($b = -1.447$, $SE = .198$, $p < .001$). Não se verifica um efeito de interação entre os níveis de Controlo e impotência e o Apoio social ($b = .002$, $SE = .007$, $p = .812$), tal como representado na Figura 2.

Figura 2

Efeito de interação do Apoio social na relação entre Controle e impotência e Ansiedade

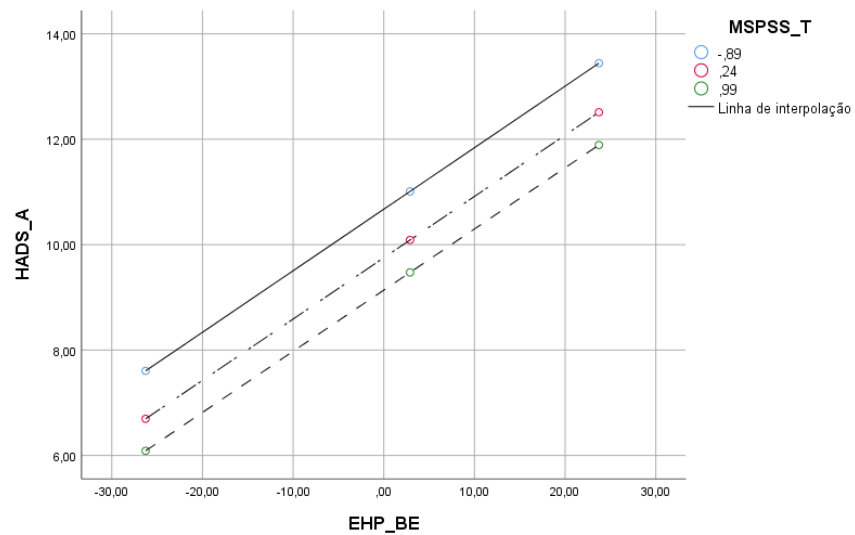


Nota: variável independente – dimensão Controle e impotência (EHP_Cont); variável dependente – nível de ansiedade (HADS_A); variável moderadora – apoio social (MSPSS_T)

As variáveis Bem-estar emocional e Apoio social explicam 48.6% da variância dos níveis de Ansiedade ($r^2 = .486$, $p < .001$). Observa-se um efeito positivo e estatisticamente significativo do impacto do Bem-estar emocional nos níveis de Ansiedade ($b = .116$, $SE = .008$, $p < .001$) e um efeito negativo e estatisticamente significativo do impacto do Apoio social nos níveis de Ansiedade ($b = -.819$, $SE = .193$, $p < .001$). Não se verifica um efeito de interação entre os níveis de Bem-estar emocional e o Apoio social ($b = -.0004$, $SE = .008$, $p = .962$), tal como representado na Figura 3.

Figura 3

Efeito de interação do Apoio social na relação entre Bem-estar emocional e Ansiedade



Nota: variável independente – dimensão Bem-estar emocional (EHP_BE); variável dependente – nível de ansiedade (HADS_A); variável moderadora – apoio social (MSPSS_T)

5. Discussão

O presente estudo procurou analisar a relação entre a percepção da qualidade de vida e o apoio social, a relação entre a percepção da qualidade de vida e a ansiedade, e ainda verificar como estas duas últimas variáveis se comportam em função do apoio social.

Os resultados apontaram correlações significativas entre todas as variáveis, demonstrando ser fortes e positivas entre as três dimensões da qualidade de vida analisadas. De facto, os estudos originais apontam para a associação das dimensões da EHP-30 (Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015), tal como outras investigações encontraram dados que sustentam o impacto da percepção negativa de Dor, Controlo e impotência e Bem-estar emocional na vivência de endometriose (Márki et al., 2017). A dimensão Dor é constituída pelos itens “incapacidade de ir a acontecimentos sociais”, “incapacidade de fazer tarefas domésticas”, “dificuldades em estar em pé”, “dificuldades em sentar-se”, “dificuldades em andar”, “dificuldades em fazer exercício ou atividades de lazer”, “perda de apetite e/ou incapaz de comer”, “incapacidade de dormir bem”, “necessidade de ir para a cama/deitar-se”, “incapacidade de fazer as coisas que queria” e “incapacidade de lidar com as dores”. A dimensão Controlo e impotência é composta pelos itens “sentir-se mal”, “sintomas não estão a melhorar”, “incapacidade de controlar sintomas”, “incapacidade de esquecer os sintomas”, “sintomas a controlar a vida” e “sintomas a tirar a vida”. A dimensão Bem-estar emocional integra os itens “sentir-se deprimida”, “sentir-se com vontade de chorar”, “sentir-se extremamente infeliz”, “alterações de humor”, “sentir-se mal-humorada ou irritável” e “sentir-se violenta ou agressiva”.

No que se refere às correlações positivas entre a Ansiedade e cada uma das dimensões da qualidade de vida, é possível confirmar a primeira hipótese: quando existe uma percepção negativa de Dor, Controlo e impotência e Bem-estar emocional – e, portanto, uma percepção negativa da qualidade de vida –, os níveis de ansiedade são mais elevados e vice-versa. Isto pode ser explicado pelo facto de a intensidade da dor, a sensação de não controlo ou de impotência em relação aos sintomas e a perda de bem-estar emocional poderem motivar maiores níveis de ansiedade. O contrário também poderá ocorrer, isto é, níveis de ansiedade elevados proporcionarem uma percepção negativa da qualidade de vida (Hudelist et al., 2012). A presença de sintomatologia ansiosa tende a amplificar a intensidade dos sintomas típicos da endometriose (Laganà et al., 2017), sendo que esta combinação poderá tornar-se incapacitante (Castro et al., 2011). Este resultado permite concluir que a ansiedade é um

fator de risco para a qualidade de vida. Destarte, conclui-se que o ajustamento psicológico não só é influenciado como também influencia a percepção da qualidade de vida (Pais-Ribeiro et al., 2010), nomeadamente na vivência de uma doença crónica.

Relativamente às correlações negativas entre o Apoio social e cada uma das dimensões da qualidade de vida, é possível confirmar a segunda hipótese, visto que quando existe uma percepção negativa de Dor, Controlo e impotência e Bem-estar emocional – e, portanto, uma percepção negativa da qualidade de vida –, a percepção de apoio social é também negativa e vice-versa. Por outras palavras, quando as pessoas com endometriose não se sentem apoiadas a percepção da qualidade de vida é mais negativa. O inverso também poderá suceder, ou seja, uma percepção negativa da qualidade de vida poderá favorecer uma percepção negativa de apoio social. A catastrofização, intensidade dos sintomas e resignação do indivíduo face aos mesmos, o estágio da doença, eventuais comorbilidades, a incerteza e/ou desesperança em relação à vivência e evolução da endometriose, por exemplo, poderão contribuir para o isolamento social. Ademais, a incompreensão em relação à doença que a pessoa com endometriose percebe por parte dos/as companheiros/as, família e amigos também propicia o isolamento e este, por sua vez, tende a afetar essas relações (Mellado et al., 2015). Por outro lado, quando se sentem apoiadas a percepção da qualidade de vida tende a ser mais positiva. Assim, este resultado permite concluir que a percepção positiva de apoio social é um fator protetor da qualidade de vida (Roomaney & Kagee, 2016; Villalva et al., 2003).

A correlação moderada e negativa entre Ansiedade e Apoio social propõe que para baixos níveis de ansiedade existe uma percepção positiva de apoio social e vice-versa. Tanto o nível de ansiedade pode estar na origem da percepção de apoio, como poderá ser essa mesma percepção a impactar na intensidade da sintomatologia ansiosa. Ou seja, quando a pessoa está ansiosa poderá sentir que não tem com quem contar, sendo negativa a percepção de apoio e vice-versa. Por outro lado, o papel exercido pela família, amigos e outros significativos, especificamente no que diz respeito ao apoio emocional, poderá ter influência na regulação emocional da pessoa com endometriose. Estas apontam que, por vezes, não se sentem apoiadas, mas sim angustiadas, quando as pessoas pensam que estão a fingir ou a exagerar a sua dor (Roomaney & Kagee, 2016). Em contrapartida, algumas referem que os parceiros tendem a ser a sua principal fonte de suporte (Danny & Mann, 2007), isto é, representam alguém de confiança que providencia apoio emocional e instrumental (Gottardo & Ferreira, 2015). Assim, ao perceberem positivamente o apoio destes, denotam níveis de ansiedade diminutos. De facto, os companheiros passam a desempenhar novos papéis e tarefas de

apoio, e.g., no acompanhamento a consultas, na ajuda na tomada de decisões relacionadas com a condição de saúde, nos cuidados prestados à companheira e na gestão do quotidiano (Culley et al., 2017). Posto isto, conclui-se que a perceção positiva do apoio social tende a constituir um fator protetor da integridade do indivíduo, a facilitar o ajustamento psicológico e a promover a qualidade de vida (Stanton et al., 2007; Villalva et al., 2003), mitigando os efeitos multiplicadores das consequências desta condição crónica.

Os resultados das análises de moderações sugerem efeitos positivos e estatisticamente significativos do impacto da Dor, do Controlo e impotência e do Bem-estar emocional nos níveis de ansiedade, o que corrobora os resultados obtidos nas correlações. Esta análise apresenta ainda um efeito negativo e estatisticamente significativo do impacto do apoio social nos níveis de ansiedade – corroborando, também, o que foi encontrado nas correlações. As variáveis Dor e Apoio social explicam 24.5% da variância dos níveis de ansiedade; Controlo e impotência e Apoio social explicam 33.1%; e Bem-estar emocional e Apoio social explicam 48.6%. Estes dados indicam que a perda de bem-estar emocional (e.g., alterações de humor, irritação, agressividade) em conjunto com o apoio social apresenta um impacto mais expressivo nos níveis de ansiedade do que a associação entre dor e apoio, visto que as figuras significativas poderão ter um papel mais envolvido no primeiro caso e mais limitado no segundo.

Contrariamente ao esperado, o apoio social não tem um efeito moderador na relação entre a qualidade de vida e a ansiedade – infirmoando a terceira hipótese. Por outras palavras, os resultados sugerem que o apoio social não condiciona a relação entre a perceção da qualidade de vida e a ansiedade. Portanto, este não afeta a direção e/ou a intensidade da relação daquelas variáveis. Este resultado não está de acordo com o expectável, uma vez que ao existirem associações entre todas as variáveis esperava-se encontrar efeitos de interação ou moderadores do apoio social. Por exemplo, quando a perceção da qualidade de vida é positiva e os níveis de ansiedade são diminutos, a perceção positiva de apoio social poderia estar a acentuar essa relação ou vice-versa. Os dados obtidos talvez possam ser explicados pela influência da sintomatologia intensa, comorbilidades e/ou desesperança e impotência em relação à doença, dificuldades de regulação emocional, características de personalidade (e.g., neuroticismo) e o estatuto socioeconómico no caso de perceção negativa da qualidade de vida e elevados níveis de ansiedade, mas também pelo desenvolvimento de estratégias de *coping*, de regulação emocional e de gestão da dor e ainda por características de personalidade (e.g., otimismo) resultando na perceção positiva da qualidade de vida e baixos níveis de ansiedade. Outro aspeto que poderá auxiliar a compreensão deste resultado é o

contexto sociocultural, uma vez que este exerce influência nos significados que o indivíduo atribui à doença e na expressão – ou inibição – das suas emoções, bem como no que é esperado de si.

Em suma, a endometriose tem implicações na saúde física e mental, nos relacionamentos interpessoais e em outras dimensões que contribuem para a percepção da qualidade de vida, configurando desafios passíveis de comprometer essa percepção.

6. Conclusão

Em jeito de conclusão parece lícito o reconhecimento das limitações do presente estudo. Primeiramente, destaca-se o *design* metodológico transversal que poderá evidenciar uma limitação por não permitir inferências acerca da causalidade dos dados. Em segundo lugar, salientam-se os tipos de amostragem: por conveniência (pacientes recrutadas através da consulta especializada em endometriose) e por autosseleção (a partir das redes sociais). Estes formatos permitem fácil acesso a eventuais participantes, contudo, existe um potencial viés que poderá comprometer as respostas, desde a desejabilidade social ao mero interesse em conhecer a investigação. Além disso, dada a natureza do recrutamento de participantes através das redes sociais, não foram clinicamente confirmados os respetivos diagnósticos de endometriose. Adicionalmente, não foram considerados o estágio da patologia, a sintomatologia, a ocorrência e tipo de intervenções terapêuticas e eventuais comorbilidades, o que também terá impacto na vivência de endometriose. Estas limitações devem ser consideradas na interpretação e generalização dos resultados apresentados.

Considera-se que as limitações referidas apresentam alguns motes para estudos futuros. Assim, seria pertinente a utilização de metodologia de investigação longitudinal, para analisar os efeitos causais entre as variáveis, e mista, de modo a conhecer as trajetórias das pessoas com endometriose e os seus processos de adaptação à doença, especificamente o ajustamento psicológico, o apoio social percebido e os fatores que os influenciam, com consequente impacto na perceção da qualidade de vida. Poderá também ser interessante avaliar se a idade, o número de filhos e/ou o desejo de ter filhos e eventual diagnóstico de infertilidade influenciam a forma como a pessoa com endometriose vivencia a sua condição. Será ainda pertinente identificar fatores protetores e de risco de modo a evitar o isolamento social, uma vez que este poderá ter implicações na forma como cada indivíduo vivencia a sua condição clínica. Além disso, será vantajoso conhecer que outros indicadores poderão predispor ou influenciar a manutenção de condições favoráveis para uma perceção positiva da qualidade de vida e compreender o processo de uma adaptação positiva à doença.

A pertinência do presente estudo é fundamentada pelo carácter inovador da análise do efeito moderador do apoio social na relação entre a perceção da qualidade de vida e a ansiedade na vivência de endometriose. Poderá também ser um contributo para a prática clínica em Psicologia, nomeadamente na intervenção nos fatores de adaptação à doença nas múltiplas dimensões da vida de cada indivíduo, de modo a mitigar o impacto negativo da

endometriose na qualidade de vida. Por exemplo, é indispensável que o indivíduo desenvolva e/ou mobilize uma rede de apoio – e/ou uma percepção positiva da mesma – com o intuito de esta desempenhar um fator protetor da sua integridade, do surgimento de sintomatologia psicopatológica, contribuir para uma percepção positiva da qualidade de vida e para a sua funcionalidade. Ademais, a terapia de grupo poderá criar um sentido de experiência partilhada, estimular a expressão de emoções e sentimentos, desenvolver as competências sociais e facultar uma rede de apoio. Outros fatores para uma adaptação bem-sucedida são o desenvolvimento de estratégias de *coping* e de regulação emocional, sendo revelador de uma gestão de expectativas mais efetiva e de uma recuperação da qualidade de vida (SPG, 2015), aliada à capacidade de lidar com a dor crónica (Márki et al., 2017). Além disso, as estratégias de relaxamento poderão ser um fator coadjuvante na vivência de endometriose. É de salientar que estas são apenas algumas propostas de intervenção, salvaguardando-se a adequação a/por cada indivíduo e ao seu contexto, respeitando a sua subjetividade. Em adição, os/as companheiros/as e outros familiares poderão igualmente beneficiar de acompanhamento psicológico – numa perspetiva individual, mas também como parte integrante do processo terapêutico da pessoa com endometriose –, uma vez que esta condição clínica tende também a afetá-los e a requerer adaptação do sistema.

A vivência de endometriose é singular e o presente estudo permitiu uma abordagem a esta temática que ofereceu um avanço na compreensão da experiência de quem padece desta condição. Destarte, a prática clínica em Psicologia poderá beneficiar destes resultados e reflexões em prol da intervenção com esta população.

7. Referências bibliográficas

- Ameratunga, D, Flemming, T, Angstetra, D., Shu-Kay & Sneddon A., (2017). Exploring the impact of endometriosis on partners. *Journal Obstetrics and Gynaecology Research*, 43,1048-1053. <https://doi.org/10.1111/jog.13325>
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – Coping or personal transition? *Psycho-oncology*, 10, 1-18. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::AID-PON484>3.0.CO;2-T)
- Cabrita, S., Mota, F., Gil, M., Torgal, I. & Oliveira, C. (2004). Endometriose: Revisão Temática. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, 27(9), 615-627.
- Campos, C., Navalho, M. & Cunha, T. (2008). Endometriose – Epidemiologia, Fisiopatologia e Revisão Clínica e Radiológica. *Acta Radiológica Portuguesa*, 20(80), 67-77.
- Castro, M., Quarantini, L., Daltro, C., Pires-Caldas, M. Koenen, K., Kraychete, D. & Oliveira, I. (2011). Comorbid depression and anxiety symptoms in chronic pain patients and their impact on health-related quality of life. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4). 126-129. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400002>
- Chopra, S & Syal, A. (2020). Quality of life affected by endometriosis: Lifestyle modification for symptom alleviation. In Taylor & Francis Group (1st Ed.), *Endometriosis: An Enigma* (pp. 149-153). Seema Chopra. <https://doi.org/10.1201/9780429448980>
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E. & Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. *Psychology and Counselling*, 32(8), 1667-1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex221>
- Danny, E. & Mann, C. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 33(3), 189-193. <http://doi.org/10.1783/147118907781004831>
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L. & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: Pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 36(4), 135-141.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1074173>

- Fagervold, B., Jenssen, M., Hummelshoj, L. e Moen, M. (2009). Life after a diagnosis with endometriosis: a 15 years follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 88(8), 914-919. <https://doi.org/10.1080/00016340903108308>
- Gottardo, L. & Ferreira, M. (2015). Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 146-160.
- Hayes, A. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach (2nd ed.). *The Guilford Press*.
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A. & Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: Causes and possible consequences. *Human Reproduction*, 27(12), 3412-3416. <https://doi.org/10.1093/humrep/des316>
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J. & Jenkinson, C. (2001). Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 98, 258-264. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(01\)01433-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(01)01433-8)
- Jones, G., Jenkinson, C. & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 123-133. <https://doi.org/10.1080/01674820400002279>
- Kennedy, S., Bergqvist, A., Chapron, C., D'Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., Hummelshoj, L., Prentice, A., Saridogan, E., Koninckx, P., Matorras, R., Mueller, M. & Garcia-Velasco, J. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20(10), 2698-2704. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei135>
- Kiesel, L. & Sourouni, M. (2019). Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*, 22(3), 296-302. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743>
- Laganà, A., Rosa, V., Chiara A., Rapisarda, Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo B., Rossetti, D., Frangež, H., Bokal, E. & Vitale S. (2017). Anxiety and depression in patients with

endometriosis: impact and management challenges. *International Journal of Women's Health Dovepress*, 9, 323-330. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S119729>

Low, W., Edelman, R. & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 111-116. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90077-S](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90077-S)

Márki, G., Bokor, A., Rigó, J. & Rigó, A. (2017). Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Human Reproduction*, 32(7): 1432–1438. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex091>

Martins, M., Peterson, B., Almeida, V. & Costa, E. (2012). Measuring perceived social support in Portuguese adults trying to conceive: adaptation and psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Peritia: Revista Portuguesa de Psicologia*, 13, 5-14.

Mellado B., Falcone A., Poli-Neto O., Rosa e Silva J., Nogueira A. & Candido-dos-Reis F. (2015). Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *international Journal of Gynecology and Obstetrics*, 133, 199-201. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>

Nnoaham, K., Hummelshoj, L., Webster, P., D'Hooghe, T., De Cicco Nardone, F., De Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. & Zondervan, K. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>

Nogueira-Silva, C., Costa, P., Martins, C., Barata, S., Alho, C., Calhaz-Jorge, C. & Osório, F. (2015). Validação da versão portuguesa do questionário EHP-30 (The Endometriosis Health Profile-30). *Acta Médica Portuguesa*, 28(3), 347-356. <https://doi.org/10.20344/amp.5778>

Pais-Ribeiro, J., Silva I., Ferreira T., Martins A., Meneses R. & Baltar M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A. & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais. In Leal & Pais-Ribeiro (Edts). *Psicologia da Saúde: Sexualidade, Género e Saúde* (pp. 147-156). Edições ISPA
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2012). Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(3), 591-598. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.031>
- Roomaney, R. & Kagee, A. (2016). Salient aspects of quality of life among women diagnosed with endometriosis: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 23(7), 1-12. <https://doi.org/10.1177/1359105316643069>
- Sharpe, L. & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1153-1166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Sinaii, N., Plumb, K., Cotton, L., Lambert, A., Kennedy, S., Zondervan, K. & Stratton, P. (2008). Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertility and Sterility*, 89(3), 538-545. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.03.069>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). *Consenso sobre Endometriose*. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.16328.11527>
- Soliman, A., Coyne, K., Zaiser, E., Castelli-Haley, J. & Fuldeore, M. (2017). The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the United States: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 38(4), 238-248. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289512>
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 565-592. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Villalva, C., Martínez, A., Mondelo, T., Losada, C. Fachado, A. & Garmendia, S. (2003).

Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria*, 31(8), 506-513. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70724-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70724-0)

Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). La Calidad De Vida De Personas Con Enfermedades Crónicas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.

World Health Organization (WHO) (1998). Promoción de la Salud: Glosario. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 36. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S. & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2