

Depressão e Ansiedade em Mulheres com Endometriose: Uma Revisão Crítica da Literatura

Maria Paula Custódio Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Beatriz de Queiroz Medeiros
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Alessandra Bernadete Trovó de Marqui
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

RESUMO

Essa revisão tem por objetivo apresentar os resultados dos estudos que avaliaram prevalência e/ou níveis de depressão e ansiedade nas mulheres com endometriose. Para isso, uma pesquisa bibliográfica foi realizada no PubMed, LILACS e Web of Science e foram selecionados para leitura 21 artigos. Destes, onze analisaram depressão e ansiedade simultaneamente, nove apenas depressão e um ansiedade. Foi observado que as pacientes com endometriose exibem níveis elevados de depressão e ansiedade, provavelmente devido aos quadros frequentes de dor, a infertilidade, ao atraso no diagnóstico e a recorrência da doença. Conclui-se que um acompanhamento psicológico deve ser oferecido a mulheres com endometriose sendo, portanto um componente essencial para o tratamento dessa condição ginecológica.

Palavras-chave: endometriose; depressão; ansiedade.

ABSTRACT

Depression and anxiety in women with endometriosis: an critical review

This review aims to present the results of studies evaluating the prevalence and / or levels of depression and anxiety in women with endometriosis. For this a literature search was performed in PubMed, LILACS and Web of Science and 21 articles were selected for reading. Of these, eleven analyzed anxiety and depression, simultaneously, only nine depression and one anxiety. It was observed that patients with endometriosis exhibit high levels of depression and anxiety, probably due to frequent pain, infertility, delayed diagnosis and disease recurrence. It is concluded that psychological counseling should be offered to women with endometriosis and this is, therefore, an essential component for the treatment of this gynecological condition.

Keywords: endometriosis; depression; anxiety.

A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial implantado fora do útero (Giudice, 2010). É uma doença que afeta mulheres em idade reprodutiva e os principais sintomas clínicos incluem dismenorreia, dor pélvica crônica (DPC), dispareunia, disquezia, disúria e infertilidade (Bulun, 2009). A dor e a infertilidade exercem um impacto direto na vida conjugal, social, profissional e na capacidade reprodutiva das mulheres com endometriose. Desse modo, essa condição ginecológica crônica, com todos os seus sintomas, influencia a vida das mulheres afetadas, das carreiras aos relacionamentos, até os planos futuros para a concepção (Culley et al., 2013; Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz, & Forman, 2013). Os custos diretos e indiretos atribuíveis aos sintomas associados à en-

dometrioze são substanciais (Klein et al., 2014).

Em endometriose, os quadros frequentes de dor, a infertilidade, o atraso no diagnóstico e a recorrência da doença são fatores que contribuem para que as pacientes apresentem níveis elevados de ansiedade e depressão. Apesar de a ansiedade e a depressão serem transtornos clinicamente distintos, é comum as pessoas apresentarem ambos os sintomas concomitantemente. A depressão é extremamente comum em pacientes com dor crônica, pois pode ser uma resposta à dor crônica. Ainda, a intensidade da dor pode estar relacionada com o grau de depressão e ansiedade (Doan & Wadden, 1989; Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997).

A depressão pode manifestar-se isoladamente ou as-

sociada a outra doença. Algumas das manifestações mais comuns são: humor deprimido, diminuição acentuada do interesse e do prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, perda ou aumento significativo do peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, pensamentos de morte, entre outros. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) considera a depressão como leve na presença de dois ou três sintomas, moderada quando há quatro ou mais sintomas e grave na presença de sintomas acentuados e angustiados, como perda da autoestima, ideias de desvalia e culpa, atos suicidas e sintomas somáticos (Hetem, 1994). Alguns autores apontam a depressão como uma consequência direta da dor, porém não há consenso nessa questão temporal ao definir qual condição precede a outra. É possível afirmar, no entanto, que as duas condições coexistem e que uma agrava a experiência da outra. É possível que a intensidade da dor esteja relacionada com o grau de depressão e ansiedade (Doan & Wadden, 1989; Fishbain et al., 1997). As escalas de avaliação da depressão mais conhecidas e utilizadas são: Inventário de Depressão de Beck/IDB (Beck Depression Inventory/BDI) e Escala de Depressão de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression ou Hamilton Depression Scale/HAM-D) (Calil & Pires, 1998).

A ansiedade é um estado emocional, com componentes psicológicos e fisiológicos, e faz parte do espectro normal das experiências humanas. Ela pode ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (por exemplo: depressão) e ser normal ou patológica. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direciona. Vários instrumentos são usados para medir os níveis de ansiedade, dentre eles: Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS ou HAMA) ou HAM-A (Hamilton Anxiety Scale ou Hamilton Rating Scale for Anxiety), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado/IDATE (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory ou apenas State-Trait Anxiety Inventory/STAI) e o Inventário de Ansiedade de Beck/IAB (Beck Anxiety Inventory/BAI) (Andrade & Gorestein, 1998).

Existem instrumentos que avaliam simultaneamente depressão e ansiedade, dentre eles a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale/HADS) (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).

Diante do exposto, esta revisão tem por objetivo apresentar os resultados dos estudos que avaliaram prevalência e/ou níveis de depressão e ansiedade nas mu-

lheres com endometriose, bem como fundamentar a importância de acompanhamento psicológico dessas mulheres.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no PubMed, usando os seguintes termos: busca 1 – endometriosis and depression (n = 53) e busca 2 – endometriosis and anxiety (n = 29), sendo n o número de artigos identificados. Essa busca incluiu apenas artigos originais publicados nos últimos dez anos (2006 a 2015), no idioma inglês ou português, com presença dos termos no título/abstract e que estivessem intimamente relacionados ao tema. Foram excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão previamente descritos. No PubMed, 19 artigos foram selecionados para leitura. Destes, oito eram comuns às buscas 1 e 2.

A busca também foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Web of Science. No entanto, os artigos encontrados foram os mesmos identificados previamente no PubMed, exceto dois deles, sendo um no Web of Science e o outro na LILACS.

RESULTADOS

Vinte e um estudos avaliaram depressão e ansiedade em pacientes com endometriose, sendo que 11 avaliaram simultaneamente depressão e ansiedade (Cavaggioli et al., 2014; Eriksen et al., 2008; Friedl et al., 2015; Klein et al., 2014; Li, Zhang, Zhu, Hu, & Qu, 2014; Melis et al., 2015; Sepulcri & Amaral, 2009; Smorgick, Marsh, As-Sanie, Smith, & Quint, 2013; Souza et al., 2011; Vercelini et al., 2013; Zhao et al., 2012), nove analisaram depressão isoladamente (Carey, Martin, Siedhoff, Bair, As-Sanie, 2014; Figueiredo & Nascimento, 2008; Fourquet et al., 2010; Guzick, Huang, Broadman, Nealon, & Hornstein, 2011; Lorençatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006; Lorençatto, Vieira, Marques, Pinto, & Petta, 2007; Roth, Punch, & Bachman, 2011; Siedentopf, Tariverdian, Rucke, Kentenich, & Arck, 2008; Broeck et al., 2013) e um apenas ansiedade (Garalejic et al., 2010).

Ansiedade e depressão foram alvo de investigação em sete estudos. Friedl et al. (2015) empregaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale) em 62 pacientes com endometriose e relataram uma frequência de 29% e 14,6% de ansiedade e depressão, respectivamente. Ambos os sintomas ocorreram em 12,9% das

mulheres e houve correlação significativa ($r = 0,751$, $p < 0,001$). Outro estudo recente, com o objetivo de avaliar as comorbidades e a qualidade de vida (QV) em endometriose, mostrou uma frequência de 13% de depressão e 28% de problemas com ansiedade e depressão quando utilizado o instrumento EuroQol-5D, resultando na redução da QV em 67% das pacientes (Klein et al., 2014). Esse mesmo estudo mostrou que hospitalizações, cirurgias, tratamentos para infertilidade, dor e ansiedade aumentaram significativamente ($p < 0,001$) os custos associados à endometriose. Ainda, em relação aos sintomas coexistentes, um estudo prévio relatou que 55 das 107 pacientes com endometriose avaliadas – ou seja, 51,4% – relataram depressão (Fourquet et al., 2010). Um estudo com 104 mulheres brasileiras com endometriose pélvica mostrou que 86,6% das pacientes exibiram depressão pelo IDB, que foi moderada a severa em 63,5%. O HAM-D revelou uma frequência de depressão de 86,5% (branda em 22,1%, moderada em 31,7% e severa em 32,7%). Houve uma associação significativa entre o avanço da idade e sintomas depressivos, com presença de escores elevados nas escalas IDB e HAM-D. Os autores concluem que o avanço da idade poderia estar relacionado com o aumento da gravidade do sofrimento emocional causado pela doença, que se manifesta como sintomas depressivos. Em relação à ansiedade, os escores médios do STAI foram 44,5 para estado de ansiedade e 52 para traço de ansiedade. A escala HAM-A revelou a presença de ansiedade em 87,5% das pacientes, sendo que 63,5% exibiram altos níveis de ansiedade (Sepulcri & Amaral, 2009). Informações sobre ansiedade e/ou depressão, obtidas de prontuários, definidas como condições de humor, estavam presentes em 48% das 138 mulheres jovens/adolescentes com endometriose (Smorgick et al., 2013). Um estudo preliminar determinou a presença de sintomas psicopatológicos usando o SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised). Os resultados evidenciaram diferença estatisticamente significativa na distribuição da frequência entre casos e controles para a subescala depressão ($2 = 4,035$, $p = 0,045$), mas não para ansiedade ($2 = 1,315$, $p = 0,251$). A correlação entre o tipo de endometriose e sintomas psicopatológicos ou escore médio da EVA (Escala Visual Analógica) não mostrou resultados significativos (Cavaggioni et al., 2014).

Outro estudo recente, com 41 mulheres com endometriose profunda (grupo P) e 40 controles (grupo C), revelou diferenças estatisticamente significativas entre P e C no BDI ($p < 0,001$) e BAI ($p < 0,001$) (Melis et al., 2015).

Seis pesquisas analisaram a influência do tratamento farmacológico e/ou cirúrgico nos sintomas psicológicos. Entre os medicamentos disponíveis para endometriose destacam-se os progestogênios isolados (sistema intrauterino com levonorgestrel/SIU-LNg), os análogos do hormônio liberador de gonadotrofina/GnRHa (leuprolida e triptorelina), as combinações estroprogestogênicas (anticoncepcionais), entre outros (Nácul & Spritzer, 2010). Um dos estudos mostrou que, antes da inserção do SIU-LNg, a depressão estava presente em 70% das pacientes. A partir do primeiro mês de uso, 60% das pacientes referiram depressão com frequência ocasional e a maioria delas não relatou qualquer sintoma depressivo a partir do segundo mês (Figueiredo & Nascimento, 2008). Outro mostrou reduções significativas nos escores do BDI para os tratamentos com leuprolida e contraceptivos orais contínuos (Guzick et al., 2011). Oitenta e sete pacientes com endometriose sob terapia com GnRHa participaram de um estudo com 12 semanas de duração, com o objetivo de avaliar os efeitos do relaxamento muscular progressivo (RMP) na ansiedade e depressão em 87 mulheres com endometriose. Eles demonstraram que o grupo RMP ($n = 42$), mas não o controle ($n = 45$), mostrou uma melhora significativa no estado de ansiedade ($50,05 \pm 5,97$ versus $33,69 \pm 3,74$; $p = 0,02$), traço de ansiedade ($49,42 \pm 5,45$ versus $37,76 \pm 3,59$; $p = 0,03$) e depressão ($6,97 \pm 3,06$ versus $4,41 \pm 1,95$; $p = 0,04$) após a intervenção ($p < 0,05$) (Zhao et al., 2012). Uma pesquisa conduzida por Broeck et al. (2013) foi realizada com a finalidade de responder à seguinte questão: há diferenças entre mulheres com endometriose que se submeteram a cirurgia laparoscópica com ou sem ressecção intestinal nos sintomas depressivos, satisfação no relacionamento e na função sexual? Foi aplicado o IDB em 203 mulheres com endometriose moderada (estádio III = 67) ou severa (estádio IV = 136) e os resultados mostraram que a cirurgia radical para endometriose melhorou os níveis de depressão em ambos os grupos. Os efeitos colaterais, após tratamento com triptorelina e leuprolida, foram avaliados em mulheres com endometriose (Li et al., 2014). Ansiedade e depressão foram sintomas psicológicos com alta frequência no grupo tratado com triptorelina ($n = 138$), evidenciando melhor tolerabilidade da leuprolida ($n = 142$) (Li et al., 2014). Ambas, terapia hormonal e cirurgia, foram eficazes para a melhora do bem-estar psicológico das pacientes com endometriose (Vercellini et al., 2013).

Outras pesquisas investigaram a associação de ansiedade e/ou depressão com infertilidade ($n = 2$, Garalejic

et al., 2010; Siedentopf et al., 2008) e dor pélvica (n = 6, Carey et al., 2014; Eriksen et al., 2008; Lorençatto et al., 2006; Lorençatto et al., 2007; Roth et al., 2011; Souza et al., 2011) em mulheres com endometriose. Os níveis de ansiedade também foram medidos em 87 mulheres inférteis com ou sem endometriose em três períodos distintos (um dia antes da operação, na manhã antes da operação e no segundo dia pós-operatório). Um dia antes da operação, o escore HAMA foi $9,54 \pm 7,34$ nas mulheres com endometriose e $6,69 \pm 5,51$ nas mulheres sem endometriose. Na manhã antes da operação, o escore HAMA foi $8,64 \pm 8,10$ nas mulheres com endometriose e $4,29 \pm 2,29$ nas mulheres sem endometriose. No segundo dia pós-operatório, o escore HAMA foi $8,96 \pm 7,60$ nas mulheres com endometriose e $6,92 \pm 5,16$ nas mulheres sem endometriose. As mulheres com endometriose apresentaram um escore HAMA elevado em comparação com as do grupo controle em todos os três períodos, mas as diferenças não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$) (Garalejíc et al., 2010). As pacientes com endometriose estágio avançado (III + IV) exibiram escores mais elevados de depressão, detectados pelo Allgemeine Depression Scale (Siedentopf et al., 2008). A associação entre dor pélvica e depressão foi averiguada em dois estudos independentes, conduzidos pelo mesmo grupo de pesquisadores (Lorençatto et al., 2006; Lorençatto et al., 2007). O estudo de 2006 mostrou que a depressão foi detectada em 86% e 38% das mulheres com e sem DPC, respectivamente (Lorençatto et al., 2006). As queixas de depressão, tais como preocupação somática, inibição de trabalho, insatisfação e tristeza, foram observadas em quantidade significativamente maior no grupo com dor. A depressão foi altamente prevalente em mulheres com endometriose, especialmente naquelas com dor pélvica. Em 2007, os autores avaliaram depressão em mulheres que participaram ou não do GAPFAME (Grupo de Apoio Psicológico e Fisioterapêutico às Mulheres com Endometriose) e mostraram que o escore médio inicial do grupo de apoio foi de $22,8 \pm 10,2$ e final de $17,0 \pm 10,2$ ($p < 0,0001$) (Lorençatto et al., 2007). Para o grupo sem intervenção, o escore médio foi de $17,5 \pm 9,9$, significativamente menor quando comparado ao escore médio inicial do grupo que recebeu a intervenção ($p = 0,0049$). De acordo com a classificação dos escores do IDB proposta para a população brasileira, a média encontrada no grupo sem intervenção corresponde a depressão leve, ao passo que a média inicial do grupo de apoio corresponde a depressão moderada. Referente a depressão, o grupo sem in-

tervenção apresentou escores mais baixos do que o escore inicial do grupo de apoio. Os resultados referentes a depressão mostraram que as mulheres que aceitaram e/ou procuraram participar do grupo de apoio apresentavam mais sintomas depressivos, isto é, possivelmente sentiam-se em pior estado emocional, mesmo apresentando escores mais baixos de dor, do que aquelas avaliadas no ambulatório que não receberam a intervenção. Foi identificada correlação positiva entre os níveis de dor medidos pela EVA e de depressão medidos pelo IDB em ambos os grupos. Quanto maior o valor da EVA, maior o escore do IDB ($p < 0,05$). As análises realizadas entre os momentos do grupo de apoio, referentes à EVA e ao IDB, mostraram melhora das mulheres, com redução significativa dos escores de dor e depressão. Os resultados dos estudos de Lorençatto et al. (2007) evidenciaram que a DPC contribui significativamente para a presença de sintomas depressivos em pacientes com endometriose, uma vez que aquelas apenas com a doença exibiram escores de depressão menores quando comparadas com aquelas com endometriose e DPC. Devido a essa alta frequência de depressão, os autores recomendam o fornecimento de atendimento psicológico a essas pacientes. Ainda, Lorençatto et al. (2007) mostraram que a intervenção em grupo proporcionou redução nos escores de dor e depressão e sugerem que essa atividade seja incorporada ao tratamento convencional oferecido às portadoras de endometriose. Eriksen et al. (2008) avaliaram aspectos psicológicos em 63 pacientes com diagnóstico de endometriose por laparoscopia, das quais 20 não exibiam dor. Os níveis médios de depressão foram 9,89 no grupo de pacientes com dor (n = 43), de acordo com o IDB, e 9,80 no grupo sem dor. Os valores para ansiedade, de acordo com STAI, foram 40,73 e 35,37 nos grupos com e sem dor, respectivamente. Esse estudo não mostrou diferenças nos níveis de ansiedade/depressão entre pacientes com dor e livres de dor. Esse achado contradiz o esperado e aqueles publicados na literatura, uma vez que ansiedade e depressão são respostas emocionais comuns em pacientes com endometriose e dor pélvica. Souza et al. (2011) avaliaram 57 pacientes que se submeteram a laparoscopia, sendo que, destas, 32 apresentaram endometriose e DPC, e 25, DPC apenas. Os níveis de depressão foram avaliados empregando o IDB, e a pontuação foi 15,6 e 8,2; 17,5 e 6,1 ($p = 0,467$) para presença e ausência de endometriose, respectivamente. A ansiedade foi medida utilizando a escala de Hamilton e os escores foram 26,6 e 10,3; 32,4 e 10,5 ($p = 0,117$) nos grupos com (n = 32) e sem (n =

25) endometriose, respectivamente. Outra pesquisa publicada em 2011 avaliou 138 mulheres com DPC, divididas em três grupos: endometriose ($n = 30$), síndrome de dor miofascial abdominal/pélvica ($n = 70$) e adesões pélvicas ($n = 38$). As variáveis analisadas estavam associadas principalmente a dor, depressão e angústia, e nenhuma diferença foi observada nos três grupos para qualquer um dos desfechos (Roth et al., 2011). Contradizendo a maioria dos estudos apresentados anteriormente, uma pesquisa recente com 79 mulheres com endometriose revelou frequência de apenas 20,3% para depressão branda/moderada/severa. A depressão, medida pelo BDI, não foi associada com diferenças na intensidade da dor (Carey et al., 2014).

DISCUSSÃO

Dados da literatura evidenciam uma íntima relação entre dor e depressão, sendo que alguns autores apontam a depressão como uma consequência direta da dor, porém não há consenso nessa questão temporal ao definir qual condição precede a outra. É possível afirmar, no entanto, que as duas condições coexistem e que uma agrava a experiência da outra (Doan & Wadden, 1989; Fishbain et al., 1997). Desse modo, ao se analisar depressão, é conveniente e adequado verificar os níveis de dor empregando a EVA nas pacientes com endometriose, em virtude da íntima relação entre essas variáveis. Na presença de depressão, é importante iniciar o tratamento apropriado precocemente, porque, caso não seja tratada, ela exerce um efeito negativo na capacidade da paciente de lidar com a dor, na função diária e principalmente na sua qualidade de vida. De acordo com Lorençatto, Vieira, Pinto e Petta (2002), a depressão deve ser tratada e não apenas entendida como resultado esperado do sofrimento decorrente da cronicidade do sintoma doloroso. Ainda, Lorençatto et al. (2007) mostraram a importância do suporte psicológico às pacientes com endometriose. Nesse sentido, os serviços de saúde na área de saúde da mulher deveriam sofrer uma reestruturação para fornecer um suporte/tratamento personalizado e holístico a mulheres com endometriose, com enfoque clínico e psicoterapêutico em virtude dos problemas emocionais que essa condição ginecológica crônica causa nas pacientes.

As relações entre ansiedade e depressão não são tão distantes, pois os pacientes depressivos geralmente relatam um aumento nos sintomas de ansiedade quando a depressão diminui. Segundo a Anxiety Disorders Association of América (ADAA) (2009), metade dos pacientes diagnosticados com depressão exibe ansiedade e,

apesar de serem transtornos clinicamente diferentes, as pessoas podem apresentar sintomas de ansiedade e de depressão conjuntamente, tais como nervosismo, irritabilidade e problemas de concentração (Baptista & Carneiro, 2011).

Outro sinal clínico que poderia resultar em níveis elevados de ansiedade e depressão é a presença da infertilidade. Sua frequência em mulheres com endometriose é bastante variável, com valores de 63,6% (Fourquet et al., 2010), 35,1% (Jia, Leng, Sun, & Lang, 2013) e 29% (Fabbri et al., 2009). A infertilidade é definida como a incapacidade de conceber um filho após um ano de relação sexual desprotegida. Ela interfere na concretização de um projeto de vida e realização pessoal da mulher, a maternidade, ou seja, afeta diretamente seus planos futuros para a concepção (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007). Desde muito cedo, é empregado na vida dos seres humanos, em especial na da mulher, o projeto de vida de crescer, trabalhar, constituir uma família, ter filhos e morrer. Quando alguns desses fatores são interrompidos, são capazes de produzir sentimentos como medo, ansiedade, tristeza, depressão, frustração, desvalia, vergonha, desencadeando, por vezes, quadros de estresse importantes. A infertilidade pode até mesmo comprometer o relacionamento do casal, ocasionando uma desestabilização no contexto familiar e social do indivíduo, com presença de sentimento de fracasso e inferioridade, isolamento e redução da autoestima, com consequentes alterações psicológicas, como ansiedade, depressão e estresse (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007). Esse último foi alvo de investigação em dois estudos que mostraram níveis elevados de estresse em pacientes com endometriose (Petrelluzzi, Garcia, Petta, Grassi-Kassisse, & Spadari-Bratfisch, 2008; Siedentopf et al., 2008). Ainda, em relação à ansiedade e à depressão na infertilidade, Golombok (1992) aponta que a primeira pode ser decorrente dos longos processos de tratamento e do temor de que eles fracassem, e a segunda está relacionada com a inabilidade para conceber.

Os dados apresentados no capítulo Resultados mostraram claramente que as mulheres com endometriose exibem níveis elevados de ansiedade e depressão. Trípoli et al. (2011) comentaram que uma possível explicação para a alta prevalência dessas alterações emocionais é o longo intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença, que é, em média, de sete anos. No estudo de Simoens et al. (2012), a média de tempo até o diagnóstico foi de 6,4 anos. Outra

pesquisa mostrou que a idade de início dos sintomas e a idade de diagnóstico laparoscópico de endometriose foram $18 \pm 6,8$ e $26 \pm 7,2$ anos, respectivamente, sendo que o atraso no diagnóstico foi $8,9 \pm 7,9$ anos (Fourquet et al., 2010). O estudo multicêntrico de Nnoaham et al. (2011) em 745 mulheres com endometriose evidenciou que a idade (em anos) de início dos sintomas foi $25,9 \pm 7,6$; a idade do primeiro contato com o médico devido aos sintomas foi $26,2 \pm 7,9$ anos; o número de visitas ao médico antes do encaminhamento a um especialista foi $6,5 \pm 10,2$; a idade de diagnóstico foi $32,6 \pm 6,2$ e houve um atraso de $6,7 \pm 6,3$ no diagnóstico da doença. Um achado contraditório em relação ao atraso no diagnóstico de endometriose foi relatado por Smorgick et al. (2013), que mostraram que o período médio de tempo do início dos sintomas à primeira cirurgia foi 24 meses. As possíveis explicações incluem: 1) muitas pacientes exibiram dor pélvica diária em vez de dismenorreia, e isso pode ter contribuído para a realização de uma cirurgia mais precocemente; 2) como as pacientes do estudo foram adolescentes e mulheres jovens com endometriose, os pais dessas pacientes optaram por realizar uma cirurgia diagnóstica antes de iniciar o tratamento hormonal em suas filhas; 3) isso pode ser o resultado de um viés desse estudo, já que as pacientes encaminhadas podem ter tido um quadro clínico mais grave, levando a um diagnóstico cirúrgico precoce. O atraso no diagnóstico pode contribuir para níveis elevados de ansiedade e depressão em pacientes com endometriose. Desse modo, mais informações em relação à endometriose devem ser fornecidas aos médicos e ginecologistas com o objetivo de reduzir o tempo de diagnóstico dessa condição (Arruda, Petta, Abrão, & Benetti-Pinto, 2003). Com a finalidade de preencher essa lacuna, Petta, Matos, Bahamondes e Faúndes (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer as práticas dos ginecologistas brasileiros e mostraram que o tempo até a indicação de um procedimento diagnóstico foi menor para médicos que participaram de congressos e aulas sobre endoscopia ginecológica e endometriose, evidenciando, assim, que ginecologistas mais informados suspeitam da doença mais precocemente (Petta et al., 2007). No caso da endometriose, o diagnóstico definitivo dessa condição ginecológica é obtido por meio de um procedimento cirúrgico denominado videolaparoscopia. Realiza-se uma avaliação completa da pelve e é(são) obtida(s) biópsia(s) para estudo anatomopatológico. A videolaparoscopia permite a classificação da endometriose em estádios, de acordo com os critérios da Sociedade Americana de Medicina

Reprodutiva (ASRM) (1997): estádios I (endometriose mínima), II (leve), III (moderada) e IV (severa). Outras condições que podem apresentar sintomatologia semelhante à da endometriose e que devem entrar no diagnóstico diferencial são síndrome do cólon irritável, doença inflamatória pélvica e cistite intersticial (Nácul & Spritzer, 2010). Nesse sentido, os médicos testam essas outras condições antes de indicar um procedimento invasivo como a cirurgia à paciente com endometriose.

Além dos quadros frequentes de dor, infertilidade e atraso no diagnóstico, a recorrência da doença também pode contribuir para os níveis elevados de ansiedade e depressão. A recorrência para endometriose é menor que 5%. De acordo com a literatura, os cirurgiões experientes sugerem que a recorrência da endometriose seja quase que invariavelmente uma consequência de cirurgia incompleta (Kondo, Zomer, & Amaral, 2011).

Em suma, os dados aqui apresentados mostram que as pacientes com endometriose exibem níveis elevados de depressão e ansiedade, evidenciando a necessidade de um tratamento psicológico. Desse modo, um tratamento médico clínico e/ou cirúrgico não é suficiente para suprir as necessidades de saúde das pacientes com endometriose. Ainda, considerando a íntima relação entre dor e depressão, a primeira deveria ser considerada na análise de depressão. Caso as pacientes com endometriose apresentem ansiedade e depressão, essas condições deveriam ser tratadas logo após o diagnóstico, com a finalidade de não influenciarem negativamente a qualidade de vida das pacientes com a doença.

Nesse sentido, a atenção dispensada às pacientes com endometriose deveria ser focada não apenas na doença, mas na mulher como um todo, ou seja, um atendimento holístico, tendo em vista os problemas emocionais, sexuais e sociais que a endometriose causa nas pacientes. Esses resultados sugerem que um acompanhamento psicológico deve ser oferecido a mulheres com endometriose e deveria ser considerado um componente essencial para o tratamento dessa condição ginecológica.

REFERÊNCIAS

- American Society for Reproductive Medicine. (1997). Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*, 67(5), 817-821.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.

- Arruda, M. S., Petta, C. A., Abrão, M. S., & Benetti-Pinto, C. L. (2003). Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Human Reproduction*, 18(4), 756-759.
- Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28(3), 345-352.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: Novas Possibilidades, Antigas Visões. *Psicologia Clínica* (Rio de Janeiro), 19(1), 163-185.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Bulun, S. E. (2009). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 360(3), 268-279. doi:10.1056/NEJMr0804690.
- Calil, H. M., & Pires, M. L. N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Carey, E. T., Martin, C. E., Siedhoff, M. T., Bair, E. D., & As-Sanie, S. (2014). Biopsychosocial correlates of persistent postsurgical pain in women with endometriosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(2), 169-173.
- Cavaggioni, G., Lia, C., Resta, S., Antonielli, T., Benedetti Panici, P., Megiorini, F., & Porpora, M. G. (2014). Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with endometriosis? A preliminary study. *BioMed Research International*. doi: 10.1155/2014/786830.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M., & Raine-Fenning, N. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 625-639.
- Doan, B. D., & Wadden, N. P. (1989). Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain*, 36(1), 75-84.
- Eriksen, H. L., Gunnarsen, K. F., Sørensen, J. A., Munk, T., Nielsen, T., & Knudsen, U. B. (2008). Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological variables. *European Journal of Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology*, 139(1), 100-105.
- Fabbri, E., Villa, G., Mabrouk, M., Guerrini, M., Montanari, G., Paradisi, R., Venturoli, S., & Seracchioli, R. (2009). McGill Pain Questionnaire: a multi-dimensional verbal scale assessing postoperative changes in pain symptoms associated with severe endometriosis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 35(4), 753-760. doi: 10.1111/j.1447 0756.2008.00994.x.
- Figueiredo, J. & Nascimento, R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). (2008). *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(4), 20-26.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(2), 116-137.
- Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., Laboy, J., & Flores, I. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2424-2428. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.017.
- Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., Schüßler, G., & Böttcher, B. (2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Archives Gynecology Obstetrics*. doi: 10.1007/s00404-015-3789-8.
- Garalejić, E., Bojović-Jović, D., Damjanović, A., Arsić, B., Pantić, I., Turjacin-Pantelić, D., & Perović, M. (2010). Hamilton anxiety scale (HAMA) in infertile women with endometriosis and its correlation with magnesium levels in peritoneal fluid. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 64-67.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7(2), 208-212.
- Giudice, L. C. (2010). Clinical practice. Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 362(25), 2389-2398.
- Guzick, D. S., Huang, L. S., Broadman, B. A., Nealon, M., & Hornstein, M. D. (2011). Randomized trial of leuprolide versus continuous oral contraceptives in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain. *Fertility and Sterility*, 95(5), 1568-1573. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.027.
- Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Baldursson, E. B., Schultz, R., & Forman, A. (2013) The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: a study of Danish endometriosis patients in employment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 331-339.
- Hetem, L. A. B. (1994). Diagnóstico, classificação (CID-10) e diagnóstico diferencial dos transtornos depressivos. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 68(3), 163-167.
- Jia, S. Z., Leng, J. H., Sun, P. R., & Lang, J. H. (2013). Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 601-606. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182835777.
- Klein, S., D'Hooghe, T., Meuleman, C., Dirksen, C., Dunselman, G., & Simoens, S. (2014). What is the societal burden of endometriosis-associated symptoms? a prospective Belgian study. *Reproductive Biomed Online*, 28(1), 116-124.
- Kondo, W., Zomer, M. T., do Amaral, M. F. (2011). Tratamento cirúrgico da endometriose baseado em evidências. *Femina*, 39(3), 143-148.
- Li, Z., Zhang, H.Y., Zhu, Y.J., Hu, Y.J., & Qu, P. P. (2014). A randomized study comparing the side effects and hormonal status of triptorelin and leuprorelin following conservative laparoscopic surgery for ovarian endometriosis in Chinese women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 183, 164-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.10.022.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2002). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 217-221.
- Lorençatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L.,

- & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 88-92.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2007). Avaliação de dor e depressão em mulheres após a intervenção multiprofissional em grupo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(5), 433-438.
- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual Function in Women with Deep Endometriosis: Correlation with Quality of Life, Intensity of Pain, Depression, Anxiety, and Body Image. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175-185.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M. & Ganits, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
- Nácul, A. P., & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(6), 298-307.
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., Zondervan, K. T., & World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373.e8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090.
- Petrelluzzi, K. F., Garcia, M. C., Petta, C. A., Grassi-Kassisse, D. M., & Spadari-Bratfisch, R. C. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress*, 11(5), 390-397. doi:10.1080/10253890701840610.
- Petta, C. A., Matos, A. M., Bahamondes, L., & Faúndes, D. (2007). Current practice in the management of symptoms of endometriosis: a survey of Brazilian gynecologists. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6), 525-529.
- Roth, R. S., Punch, M., & Bachman, J. E. (2011). Psychological factors in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 72(1), 15-19. doi: 10.1159/000321392.
- Sepulcri, R. de P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53-56. doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.09.003.
- Siedentopf, F., Tariverdian, N., Rücke, M., Kentenich, H., & Arck, P. C. (2008). Immune status, psychosocial distress and reduced quality of life in infertile patients with endometriosis. *American Journal of Reproductive Immunology*, 60(5), 449-461.
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., Brodsky, V., Canis, M., Colombo, G. L., DeLeire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A., Kanj, O., Kjer, J. J., Kristensen, J., Lebovic, D., Mueller, M., Viganò, P., Wulschleger, M., & D'Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Estudos de Psicologia* (5), 1292-1299. doi: 10.1093/humrep/des073.
- Smorgick, N., Marsh, C. A., As-Sanie, S., Smith, Y. R., & Quint, E. H. (2013). Prevalence of pain syndromes, mood conditions, and asthma in adolescents and young women with endometriosis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26(3), 171-175. doi: 10.1016/j.jpag.2012.12.006.
- Souza, C. A., Oliveira, L. M., Scheffel, C., Genro, V. K., Rosa, V., Chaves, M. F., & Cunha Filho, J. S. (2011). Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis—a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 41. doi: 10.1186/1477-7525-9-41.
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 497-503. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x.
- Van den Broeck, U., Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., Wolthuis, A., Van Cleynenbreugel, B., Vergote, I., Enzlin, P., & D'Hooghe, T. (2013). Effect of laparoscopic surgery for moderate and severe endometriosis on depression, relationship satisfaction and sexual functioning: comparison of patients with and without bowel resection. *Human Reproduction*, 28(9), 2389-2397. doi: 10.1093/humrep/det260.
- Vercellini, P., Frattaruolo, M. P., Somigliana, E., Jones, G. L., Consonni, D., Alberico, D., & Fedele, L. (2013). Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Human Reproduction*, 28(5), 1221-1230. doi: 10.1093/humrep/det041.
- Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W., & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 211-215. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.02.029.

Recebido em: 12/11/2013

Primeira decisão editorial em: 25/08/2015

Aceito em: 20/09/2015