



Universidades Lusíada

Monteiro, Patrícia de Almeida, 1999-

Endometriose clínica : uma perspectiva psicológica

<http://hdl.handle.net/11067/7738>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

A Endometriose Clínica afeta cerca de 10% das mulheres em idade fértil. Por se apresentar como uma patologia sem cura é retirado às suas portadoras a possibilidade de uma recuperação completa, deixando-as apenas com singelos tratamentos direcionados a sintomas restritos. Tudo isto é visto como um ataque à pouca qualidade de vida, que por sua vez afeta a auto estima sentida e consequentemente a auto imagem que cada mulher detém de si mesma. Neste sentido, o presente trabalho procurou compreender...

Clinical endometriosis affects around 10% of women of childbearing age. As it is a pathology with no cure, its sufferers are denied the possibility of a complete recovery, leaving them with only simple treatments aimed at restricted symptoms. All this is seen as an attack on their quality of life, which in turn affects their self-esteem and consequently their selfimage. This study sought to understand and characterize the perception of quality of life in women with endometriosis, considering se...

Palavras Chave

Endometriose - Aspectos psicológicos, Endometriose - Diagnóstico, Qualidade de vida, Auto-estima, Auto-percepção

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-24T22:26:15Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

Endometriose clínica: uma perspetiva psicológica

Realizado por:
Patrícia de Almeida Monteiro

Orientado por:
Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Orientadora: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Professora Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

Dissertação aprovada em: 29 de novembro de 2024

Lisboa

2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Endometriose clínica: uma perspetiva psicológica

Patrícia de Almeida Monteiro

Lisboa

Julho 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

Endometriose clínica: uma perspetiva psicológica

Patrícia de Almeida Monteiro

Lisboa

Julho 2024

Patrícia de Almeida Monteiro

Endometriose clínica: uma perspetiva psicológica

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Patrícia de Almeida Monteiro
Orientadora Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Título Endometriose clínica: uma perspetiva psicológica
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MONTEIRO, Patrícia de Almeida, 1999-

Endometriose clínica : uma perspetiva psicológica / Patrícia de Almeida Monteiro ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Endometriose - Aspectos psicológicos
2. Endometriose - Diagnóstico
3. Qualidade de vida
4. Auto-estima
5. Auto-percepção
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Endometriosis - Psychological aspects
2. Endometriosis - Diagnosis
3. Quality of life
4. Self-esteem
5. Self-perception
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RG483.E53 M66 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora 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, a autora 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 referências. A autora 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 Doutora Túlia Cabrita pelos esclarecimentos e apoio constante durante este percurso.

À minha família, por me ouvirem e apoiarem incondicionalmente e por permitirem realizar este percurso tão sinuoso sem nunca duvidarem das minhas capacidades. À minha mãe, por todo o carinho, atenção e horas de conversa. Ao meu pai, por ter sempre a palavra certa e por ser a minha referência. Ao meu irmão, que mesmo nas alturas mais negativas me conseguia compreender e elevar o espírito com o seu jeito mais cómico. À minha Titi Aida, pela sua ajuda e disponibilidade constante, e interminável, na concretização deste trabalho. Aos meus avós, serei sempre a vossa Dra.

À Susana, Stephanie e Catarina, que em nenhum momento vacilaram, sempre se prontificando para encontrar soluções, nunca me deixando desistir.

Um especial agradecimento à Susana, a minha açoriana, pela paciência inesgotável e pelo apoio tanto a nível deste trabalho como a nível pessoal.

Ao Bruno, para além de namorado um confidente e um melhor amigo, por todas as palavras motivacionais e todo o apoio incondicional, mas acima de tudo por acreditar, às vezes mais do que eu, no meu potencial.

A todos um obrigada não chega, sem cada um de vós nada disto seria exequível.
Estou-vos eternamente grata!

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana."

- Carl Jung "

Resumo

A Endometriose Clínica afeta cerca de 10% das mulheres em idade fértil. Por se apresentar como uma patologia sem cura é retirado às suas portadoras a possibilidade de uma recuperação completa, deixando-as apenas com singelos tratamentos direcionados a sintomas restritos. Tudo isto é visto como um ataque à pouca qualidade de vida, que por sua vez afeta a auto estima sentida e conseqüentemente a auto imagem que cada mulher detém de si mesma. Neste sentido, o presente trabalho procurou compreender e caracterizar a percepção da qualidade de vida em mulheres com endometriose, tendo em conta, a autoestima, a autoimagem e o tempo de diagnóstico. Foi pedida a colaboração da Associação MulherEndo para uma maior partilha do questionário online. A amostra é constituída por 315 mulheres com idades no intervalo dos 20 aos 55 anos, com um tempo de diagnóstico médio de 149,48 meses e uma maior incidência do grau IV de severidade. A recolha de dados realizou-se através de um questionário compreendido por: (1) Questionário sociodemográfico e clínico; (2) o “ Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30)” para a qualidade vida; (3) a “ Escala de Autoestima de Rosenberg”, para avaliar a autoestima e; (4) o “Body Appreciation Scale (BAS-2)” para avaliar a autoimagem. Os resultados encontrados demonstram uma fraca e negativa relação entre as variáveis estudadas. A dimensão autoimagem presente no EHP-30 foi identificada como um fator de proteção no que respeita à autoestima e à apreciação corporal.

Palavras-Chave: Endometriose, Qualidade de vida, Autoestima, Autoimagem

Abstract

Clinical endometriosis affects around 10% of women of childbearing age. As it is a pathology with no cure, its sufferers are denied the possibility of a complete recovery, leaving them with only simple treatments aimed at restricted symptoms. All this is seen as an attack on their quality of life, which in turn affects their self-esteem and consequently their self-image. This study sought to understand and characterize the perception of quality of life in women with endometriosis, considering self-esteem, self-image and time since diagnosis. The collaboration of the MulherEndo Association was requested so that the online questionnaire could be shared more widely. The sample consisted of 315 women aged between 20 and 55, with an average diagnosis time of 149.48 months and a higher incidence of grade IV severity. Data was collected using a questionnaire comprising: (1) a sociodemographic and clinical questionnaire; (2) the “Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30)” for quality of life; (3) the “Rosenberg Self-Esteem Scale” to assess self-esteem and; (4) the “Body Appreciation Scale (BAS-2)” to assess self-image. The results show a weak and negative relationship between the variables studied. The self-image dimension present in the EHP-30 was identified as a protective factor regarding self-esteem and body appreciation.

Keywords: Endometriosis, Quality of life, Self-esteem, Self-image

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	21
Tabela 2- Medidas descritivas para a qualidade de vida- questionário central.....	26
Tabela 3- Medidas descritivas para a qualidade de vida- questionário modular	27
Tabela 4- Medidas descritivas para a imagem corporal.....	27
Tabela 5- Medidas descritivas para a escala da auto estima.....	28
Tabela 6- Associações entre dimensões questionário geral da qualidade de vida e auto estima	29
Tabela 7- Associações entre dimensões questionário modular da qualidade de vida e auto estima	29
Tabela 8- Associações entre auto estima e imagem corporal	30
Tabela 9- Associações entre dimensões questionário geral da qualidade de vida e auto imagem.....	30
Tabela 10- Associações entre dimensões questionário modular da qualidade de vida e auto imagem.....	31
Tabela 11 - Diferenças na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal com as idades .	32
Tabela 12 - Diferenças na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal com o estado civil	32
Tabela 13- Diferenças na qualidade de vida e imagem corporal com as habilitações literárias	33
Tabela 14- Diferenças na qualidade de vida, autoestima e autoimagem perante o tempo de diagnóstico	34
Tabela 15- Regressão linear de variáveis sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida como preditores da imagem corporal.....	35

Tabela 16- Regressão linear de variáveis sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida
como preditores da autoestima.....35

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- QV - Qualidade de Vida
- DP - Desvio Padrão
- e.g. - *Exempli gratia* – por exemplo
- EHP-30 - Endometriosis Health Profile-30
- BAS-2 - Body Appreciation Scale
- gl - Graus de Liberdade
- M - Média
- Min-Max - Mínimo-Máximo
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- p - Correlação de Pearson

Índice

Agradecimentos	VI
Resumo	X
Abstract.....	XII
Lista de Tabelas	XIV
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XVII
Introdução	1
Enquadramento teórico	5
Endometriose: Definição e prevalência.....	5
Diagnóstico e Tratamento	7
Qualidade de vida na endometriose	10
A autoimagem na endometriose.....	12
A autoestima na endometriose	15
Objetivos.....	19
Método	20
Participantes	20
Instrumentos de avaliação	22
Procedimentos e tratamento estatístico dos dados	24
Resultados.....	26
Resultados descritivos do estudo.....	26

..... Estudos de diferenças em entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	31
Estudo das Variáveis Preditoras.....	35
Discussão	37
Referências.....	47
Anexos	60
 _Toc173324783	

Introdução

Endometriose é considerada pela comunidade científica como a doença da mulher moderna, isto deve-se sobretudo à idade, mais precoce, do aparecimento da menarca. A endometriose é caracterizada por ser um processo crónico inflamatório, onde tecido uterino se desenvolve dentro e fora da cavidade uterina (Miranda et al., 2019; Wang, Nicholes, & Shih, 2019). O tecido ectópico, promovido pelo progresso da patologia, gera o aparecimento de dores crónicas e diversos sintomas incapacitantes, tais como dismenorreia, dispareunia ou dores pélvicas crónicas (Mohammed & Hamid, 2020).

A inexistência de uma cura fornece a esta doença um poder e domínio, nas vidas das suas portadoras, incomensurável, sendo o auge desta patologia na idade fértil da mulher, mais especificamente dos 25 aos 35 anos de idade (Sims et al., 2021). Afetando-as tanto a nível profissional, como social e pessoal, neste último as repercussões são mais críticas, uma vez que incidem sobre a tentativa (maioritariamente falhada) de procriar (Wang, Nicholes, & Shih, 2019).

Globalmente afeta 170 milhões de mulheres e destas, 10% em idade fértil. Como tratamento é esperado um alívio dos sintomas, melhorias nos domínios de vida afetados, prevenir reincidências e reduzir o impacto da doença ao nível anatómico (Comptour et al., 2024; Corte, et al., 2020). Com a designação de incurável esta patologia detém um impacto negativo, no que respeita, à qualidade de vida e à manutenção das relações sociais da mulher, o que poderá gerar afastamento social, ansiedade, distorção da autoimagem e diminuição de autoestima (Farshi et al., 2020; Gosset et al, 2022; Russo, Chalif, & Falcone, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida é caracterizada pela perceção de cada individuo sobre o seu papel na cultura onde está inserido, tendo em conta, as suas expectativas, preocupações e capacidade de desempenho. Esta perceção em

mulheres com endometriose, frequentemente, encontra-se distorcida resultando num afastamento social, em crenças desajustadas e numa baixa autoestima (Bién et al., 2020).

Resultante do nosso contexto social e cultural está também, em constatare mudança a imagem corporal que percebemos, sempre de acordo com as informações do meio envolvente. Certos padrões de beleza divergem de cultura para cultura existindo assim uma diversidade do que será a beleza ideal (Pehlivan et al., 2023; Sayer-Jones & Sherman, 2021). Porém, para mulheres com o diagnóstico de endometriose, esta imagem corporal torna-se mais complexa do que para outras, sendo uma das causas possíveis cicatrizes advindas de cirurgias e/ou o inchaço abdominal causado pelas diversas localizações do tecido endométrico, levando a uma imagem corporal desajustada e negativa que nos conduz a diminuição da autoestima e sentimentos de insatisfação consigo mesmas (Matías-González et al., 2022; Sullivan et al., 2023).

O presente trabalho detém como objetivo compreender e caracterizar a percepção da qualidade de vida nesta população em detrimento da autoestima, autoimagem e tempo de diagnóstico. Em específico procurou-se explorar, a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e a qualidade de vida, autoestima e autoimagem, a relação entre a qualidade de vida, autoestima e autoimagem e os potenciais efeitos de variáveis clínicas, novamente, na autoestima e autoimagem.

Como tal, encontra-se dividido em cinco partes. Uma primeira, o enquadramento teórico, onde são abordados os temas da etiologia da doença, assim como prevalência e tratamentos, a qualidade de vida como construto e o papel da endometriose na visão desta qualidade de vida, a autoimagem e os fatores abrangidos por ela assim como o impacto da endometriose na percepção desta e, por último, a autoestima e a relação sinuosa com a endometriose. A segunda parte é caracterizada pelos objetivos do estudo, geral e específicos. Posteriormente está a terceira parte, composta pelo método do estudo, aqui são apresentados

os participantes, os instrumentos e o respetivo procedimento. Na quarta parte estão mencionados os resultados obtidos e, por fim, na quinta parte do trabalho está contemplada a discussão dos resultados do estudo, incluindo possíveis contributos para a prática clínica, sugestões para futuros estudos e as limitações encontradas.

Enquadramento teórico

Endometriose: Definição e prevalência

A endometriose assenta numa doença feminina crónica, progressiva e estrogénio-dependente de origem desconhecida, caracterizada pelo crescimento de tecido endometrial e glandular fora da cavidade uterina, mais comumente localizada no peritoneal, nos ovários e outros órgãos abdominais. Para vários autores, a lesão da pélvis é a sintomatologia a mais frequente (Aguiar et al., 2016; Della Corte et al., 2020; Wang, Nicholes & Shih, 2019; Leroy, et al., 2016). Apresenta-se como uma doença inflamatória, maioritariamente identificada no período fértil da vida da mulher, mais especificamente no intervalo dos 25 e os 35 anos, podendo ser igualmente encontrada fora deste intervalo (Agarwal, et al., 2019; Bárbara, et al., 2017; Vassilopoulou, et al., 2019; Facchin, et al., 2018). Esta pode ser distinguida em três formas clínicas, nomeadamente: endometriose peritoneal ou superficial, endometriomas ou endometriose ovariana e endometriose profunda, esta última é considerada a mais agressiva das três formas, sendo caracterizada por lesões endométricas com uma profundidade de 5mm a baixo da superfície peritoneal (Wang, Nicholes & Shih, 2019; Rasheed & Hamid, 2020; Miranda, Igreja, & Nogueira-Silva, 2019).

A etiologia da endometriose, ainda é, para a comunidade científica um grande mistério, principalmente devido às diferentes teorias já idealizadas. Apesar disso, julga-se que se trate de uma doença multifatorial e que no seu desenvolvimento existam alguns fatores propiciadores à evolução, tais como, alterações imunológicas, menstruação retrógrada e predisposição genética e hormonal (Barbara, et al., 2017; Fuldeore & Soliman, 2017).

Esta patologia afeta, segundo a literatura existente, uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva, o que resulta em aproximadamente 176 milhões de mulheres no mundo, destas 3% em idade de pós-menopausa e metade como sendo inférteis (Agarwal, et al., 2019; Bárbara, et al., 2017).

No que diz respeito à sintomatologia, esta não se manifesta da mesma maneira em todas as mulheres, existindo relatos de mulheres assintomáticas e sintomáticas (Sardo, et al., 2016). Em mulheres sintomáticas, a dor é o principal sintoma enunciado, podendo manifestar-se de diversas

maneiras, dependendo da localização e dos órgãos envolvidos, inclui a dismenorreia (cólicas fortes antes ou durante a altura menstrual), a dispareunia (dor na relação sexual, podendo ser em volta do introito vaginal, frequente na penetração profunda), irregularidade menstrual, disúria (dor ao urinar), disquécia (dor ao defecar), dor pélvica crónica (persistente por um período superior a seis meses, podendo ser contínua ou intermitente) e infertilidade (Leroy, et al., 2016; Bendifallah et al., 2022; Torres et al., 2021). Apesar dos dados que relacionam a endometriose e a infertilidade não estarem estabelecidos pela comunidade científica, é conhecido que esta assenta num fator disruptivo e com grande impacto na vida das mulheres, uma vez que biologicamente existe uma dor física aquando da relação sexual o que vai ser determinante para a dificuldade em engravidar, levando assim à inferioridade sentida pelas portadoras quando comparadas com os pares (Facchin, et al., 2020; Vassilopoulou, et al., 2019)

A classificação da doença permite, portanto, uma melhor compreensão da gravidade e qual o tratamento mais adequado à situação atual (Torres et al., 2021). De acordo com a American Society of Reproductive Medicine (1997), a endometriose está classificada como mínima (estádio I), leve (estádio II), moderada (estádio III) ou grave (estádio IV), excluindo, no entanto, os casos com mais gravidade da Endometriose Profunda (Della Corte, et al., 2020; Leroy, et al., 2016).

De entre os sintomas, anteriormente referidos, a queixa mais comum entre as mulheres é a dispareunia. Esta em conjunto com a forte probabilidade de infertilidade, compõem uma preocupação profunda e angustiante nas mulheres portadoras desta patologia (Zarbo, et al., 2019; Torres et al., 2021). Contudo, é recorrente, encontrar artigos que intitulem a dispareunia como sendo um sintoma pertencente a um estágio mais avançado da doença, apesar de ser encontrada em estádios menos avançados (De Graaff, et al., 2016; Bendifallah et al., 2022). Vários autores alertam para a pouca clareza em torno da associação dos sintomas à gravidade da patologia, uma vez que os presentes sintomas afetem até 80% das mulheres (Barbara, et al., 2017; Chen, et al., 2016).

Devido à grande variedade de sintomas e ao facto de estes se expressarem de maneira distinta existe uma grande dificuldade e atraso, por consequente, no processo de diagnóstico, podendo este ter um atraso de sete anos (Barbara, et al., 2017; Fairbanks, et al., 2017). Para colmatar este longo processo, alguns autores, propõem a melhoria de técnicas de diagnóstico, para que este seja mais

rápido e posteriormente forneça um sentimento de alívio, às pacientes, assim como o início de tratamentos mais precocemente (Abrão, et al., 1995; Carvalho & Carmo, 2019).

Sendo uma doença sem cura, e com especificidades em cada mulher, não existe uma forma de tratamento única e, portanto, são várias as opções de tratamento, de modo a facilitar a gestão da patologia, em todas elas é necessário ter em conta diversos fatores (i.e., a idade, a severidade e o grau da doença) (Aguiar, et al., 2016; Fairbanks, et al., 2017; Sardo, et al., 2016). Na vasta literatura, salientam-se, de entre os tratamentos, as terapias hormonais, devido à dependência de estrogénio característico da endometriose, a cirurgia, os tratamentos para a infertilidade, as terapias analgésicas e a fisioterapia do pavimento pélvico (Facchin, et al., 2018; Ramin-Wright, et al., 2018).

Diagnóstico e Tratamento

Devido à grande diversidade dos sintomas da endometriose, o diagnóstico da mesma apresenta um atraso, médio, de 6 a 7 anos. Apesar de o diagnóstico definitivo necessitar de uma intervenção cirúrgica, existem diversos exames complementares (físicos, de imagem e laboratoriais) que permitem prever que a paciente apresenta um diagnóstico de endometriose (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015)

Tendo em mente os diversos comprometimentos que esta patologia cumpre nos diferentes domínios na vida das suas portadoras é consensual, entre autores, que esta se encontra associadas a perturbações psicológicas, tais como, perturbações afetivas e perturbações de ansiedade, aumentando, por sua vez, a probabilidade do risco de consumo de substâncias (Ramin-Wright, et al., 2018; Sardo, et al., 2016).

Surgiu em novos estudos que a fadiga crónica é, também, um dos sintomas mais comuns desta doença, podendo advir das hemorragias irregulares e do stress (De Graaff, et al., 2016). Da mesma maneira, os participantes enunciaram a insónia, depressão, ansiedade e stress (Agarwal, et al., 2019).

O principal fator de risco na endometriose, é sem dúvida, o tempo desde que surgem os primeiros sintomas até ao diagnóstico e, posterior tratamento, o que gera maiores impactos na vida destas mulheres (Facchin et al., 2018). No que respeita aos fatores protetores estes encontram-se, tal

como todos os envolventes desta patologia, em constante pesquisa, no entanto é possível ressalvar alguns dos mais mencionados na literatura: a Instrução e Consciencialização que poderá diminuir o tempo de diagnóstico, o Suporte Social, o acesso mais facilitado a Cuidados de Saúde e a Integração em Grupos de Apoio (Ramin-Wright, et al., 2018; Torres et al., 2021)

No que respeita ao tratamento, este contém como principais objetivos, o alívio dos sintomas, o aumento da probabilidade de futuras gestações e impedir o avanço da doença. Os tratamentos mais frequentes, atualmente, refletem-se na cirurgia, na terapia de supressão ovárica, nos tratamentos medicamentosos (muitos deles ainda se encontram ainda em investigação) e nas intervenções psicoterapêuticas (Sardo, et al., 2016).

No que respeita ao procedimento cirúrgico, este apresenta como principal objetivo o alívio completo dos sintomas, adicionalmente, procura fornecer uma melhoria na saúde física e mental apesar de ser uma patologia crónica e recorrente (Chen et al., 2016). Este procedimento é composto por diversas fases e exames anteriores, contempla o exame vaginal, útil na presença de ligamentos uterosacrais e na dor uterina, o exame retal digital, entre outros. É durante a fase do diagnóstico que comumente são utilizadas técnicas de ressonância magnética, na sua maioria a endometriose profunda, ultrassom e biomarcadores. Apesar de todos estes exames serem vantajosos é a laparoscopia que se apresenta como exame de eleição no diagnóstico definitivo da endometriose. No entanto a laparoscopia falha na prevenção de reincidências e apresenta uma necessidade de repetição no período de 5 anos (Corte et al., 2020; Torres et al., 2021).

Segundo Sims e colaboradores (2021), outro fator de relevo que contribui para um atraso no diagnóstico é o estigma associado à endometriose. Para além disso o tratamento médico, por se realizar através de terapias hormonais (utilizando métodos contraceptivos orais, anti-inflamatórios e progesterona) acarreta com ele várias consequências e efeitos secundários após o término do consumo (Corte et al., 2020).

Para um melhor tratamento, este deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, o que normalmente significa um melhor plano de tratamento, tanto físico como mental, que resulta em resultados mais positivos. Esta equipa deverá ser constituída por sexólogos, psicólogos, especialistas na dor, ginecologistas e psiquiatras (Mińko et al., 2021).

A eficácia de um tratamento, para a endometriose, deve-se, não só, aos aspetos clínicos, mas também aos aspetos mentais de cada mulher. Posto isto, construtos como a autoestima, a estabilidade emocional e afetiva e o suporte social devem ter-se sempre em conta, uma vez que estes são os principais afetados pela patologia (Chen, et al., 2016)

O apoio percebido, tanto de familiares como de amigos, é um fator com extrema relevância no enfrentamento, bem-sucedido, da doença. Encontra-se comprovado que este suporte providencia auxílio no controlo de emoções e na adesão aos tratamentos, assim como aumenta o sentimento de segurança, diminuindo o stress e a ansiedade (Farshi, et al., 2020).

A terapia cognitiva-comportamental, apresenta-se como uma das práticas para trabalhar a autoeficácia e aumentar a adesão da pessoa nas suas atividades rotineiras. Adicionalmente, a junção do tratamento ginecológico com a psicoterapia demonstra, também uma maior abertura aos tratamentos, promovendo assim a restauração do bem-estar físico, social e psicológico (Smith, et al., 2015).

As intervenções psicológicas podem ter os dois tipos de modalidade, grupal ou individual, sendo que a característica diferenciadora assenta na motivação grupal para o enfrentamento que se gera na troca de informação e de experiências entre as intervenientes. É fulcral que se olhe com uma visão multidimensional para o tratamento desta patologia, recorrendo ao apoio de uma equipa, também ela multidisciplinar constituída por psicólogos, ginecologistas, sexólogos, psiquiatras, médicos especializados no tratamento da dor e médicos especializados na infertilidade (Corte et al., 2020).

Num estudo de Wu e colaboradores (2022) tentou compreender-se a eficácia da terapia cognitiva-comportamental perante a depressão, ansiedade e stress no período pós-cirurgia de mulheres com endometriose, verificando-se que existiu uma diminuição dos índices das variáveis acima descritas.

Como terapias complementares é possível nomear a prática de yoga e/ou meditação, massagem, acupuntura, alterações alimentares específicas às restrições alimentícias e medicina chinesa, uma vez que estas terapias melhoram o humor e apaziguam a dor (Carey et al., 2014; Mikocka-Walus et al., 2021)

A capacitação e fornecimento de literacia é um marco fundamental para a recuperação de controlo, anteriormente perdido para a doença. Assim a fusão do tratamento médico com a consciencialização da doença e do apoio psicológico irá permitir um maior sucesso nas intervenções que a mulher precisa para melhorar o seu bem-estar (Corte et al., 2020).

Qualidade de vida na endometriose

A qualidade de vida (QV) é considerada uma variável repleta de dimensões, tais como, o bem estar físico, psicológico e social. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida, pode ser entendida como a perceção individual que cada um de nós detém sobre o seu posicionamento na vida, tendo em conta os seus objetivos, expectativas de vida e preocupações (WHOQOL, 1995)

Devido a todas as variações sintomáticas a endometriose apresenta um grande impacto na vida das suas portadoras, afetando diretamente a sua qualidade de vida e de todos em seu redor (Nnoaham, et al, 2019). Neste contexto o apoio de amigos e familiares é essencial para que estas mulheres consigam lidar, de maneira mais adaptativa, com a sua patologia, incentivando a procura de programas de tratamento e aumentando a taxa de adesão aos mesmos (Yela et al, 2020). Segundo Farshi e colaboradores, em 2020, este apoio fornecido ajuda não só a um melhor controlo das emoções, como também é responsável pela diminuição de stress e ansiedade, aumentando a satisfação com a vida em todos os seus domínios.

Para que seja possível um enfrentamento positivo da patologia é imprescindível deter uma boa literacia e compreensão da mesma, com a adoção de novos conhecimentos e ferramentas estas mulheres sentem novamente o controlo da sua vida, que estava anteriormente perdido, tal como a possibilidade de reduzir a sua exposição a fatores de risco, criarem campanhas de rastreio para um diagnóstico precoce e identificarem possíveis pessoas em situações semelhantes (Cavalcante et al., 2020; Della Corte, et al., 2020).

Com a aquisição de atitudes mais positivas e estratégias de coping adaptativas verifica-se melhorias nos domínios psicossociais, envolvendo, não só, as crenças em relação à dor como um aumento da autoestima, e por consequente, uma melhoria na QV (González-Echevarría et al, 2019).

Segundo a literatura, um dos domínios mais afetados é o psicológico, refletindo-se numa sintomatologia ansiosa e depressiva. Consequentemente a autoestima e a vida social acabam também elas por sofrer e diminuir drasticamente, causando sentimentos de angústia e uma diminuição da QV (Carbone et al, 2021). Um estudo longitudinal de Chen e colaboradores, em 2016, avaliou 10439 mulheres com e, outras 10439 mulheres, sem endometriose, como resultado observaram que mulheres com endometriose eram mais vulneráveis a desenvolver alguma patologia do quadro depressivo e/ou ansioso o que impactava negativamente a QV das participantes.

É ainda evidenciado na literatura a relação entre a percepção da gravidade de sintomas com a QV e o seu impacto no contexto laboral de cada mulher, existindo uma perda de produtividade aquando da percepção de elevados níveis de dor provocadas pela patologia e pelos dias necessários para os tratamentos (Nnoaham, et al, 2019). Para um tratamento ser eficaz não deve ter só em conta os diversos sintomas clínicos, como também avaliar a QV da mulher e o seu estado psíquico, apenas desta forma se poderá adaptar e conjugar diversas formas de tratamento, sempre tendo em conta o bem-estar físico e social, assim como a saúde mental (Bién et al, 2020).

Dentro da literatura existem várias escalas e instrumentos que possibilitam a avaliação da QV e segundo Sims e colaboradores (2021), o questionário SF-36 apresentou-se como sendo eficaz na avaliação da QV em mulheres patologizadas com endometriose. Este questionário detém na sua constituição 36 itens que pretendem avaliar oito domínios, nomeadamente, a saúde mental, o funcionamento social, o papel emocional, o funcionamento físico, o papel físico, dores no corpo, saúde geral e vitalidade. Contudo, é o questionário Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) o mais utilizado, uma vez que este avalia a experiência pessoal das mulheres e os efeitos da patologia na qualidade de vida, detém oito domínios que se espelham nas questões de dor pélvica, fadiga, depressão, qualidade de vida e função sexual (Nogueira-Silva, et al., 2015).

A qualidade de vida deve ser abordada de uma maneira holística, tendo em atenção tanto os fatores externos (i.e., o meio em que se insere) como as percepções e ideias que cada individuo detém sobre si mesmo, tais como a autoestima e a auto imagem (Adoamnei et al., 2021)

De acordo com os estudos realizados por Bién e colaboradores, em 2020, e Missmer e colaboradores, em 2021, mulheres com o diagnóstico de endometriose referem as dificuldades

amplificadas no domínio social, identificando o principal responsável como sendo a dor provocada, maioritariamente, pela dispareunia. Este e outros sintomas resultam numa complexificação de toda a interação social, influenciando-a negativamente e a todas as atividades, sejam profissionais ou pessoais. Tudo isto gera, para além do desconforto físico, sentimentos de insatisfação com o corpo, diminuição da autoestima, depressão, ansiedade e um afastamento social. Todos somos diferentes e, portanto, a forma de lidar com as situações adversas é díspar também de uma mulher para outra, porém, nestes mesmos estudos é evidenciado o peso que todo este afastamento tem sobre a qualidade de vida sentida, existindo uma diminuição mais acentuada em função da idade mais avançada.

A autoimagem na endometriose

A autoimagem é, segundo diversos autores, a representação que uma pessoa tem de si mesma, contemplando a maneira como esta se descreve, as suas características, personalidade, valores e crenças (Volker, & Mills, 2022). Esta desenvolve-se ao longo do tempo e sempre a partir de interações sociais e do feedback recebido pelas mesmas. Quando se trata de uma autoimagem saudável, é possível identificar uma visão positiva de si, assim como a identificação e compreensão dos seus pontos fortes e dos pontos a melhorar e da capacidade de lidar, de maneira adaptativa, com possíveis críticas construtivas. Numa autoimagem negativa, verifica-se o oposto, resultando numa baixa autoestima e ansiedade, entre outras consequências psicológicas (Pehlivan, et al., 2022; Sullivan-Myers, et al., 2023).

Devido a ser um construto algo abrangente não é correto diminuí-lo a mera aparência ou beleza física, sendo que este é constituído por uma avaliação subjetiva e complexa do tamanho, aspeto físico geral, peso e forma. Todas as representações mentais são passíveis de sofrer mudanças, já que se modulam por aspetos sociais, fisiológicos e emocionais. Ao longo do desenvolvimento deparamo-nos com três processos significativos no que concerne a construção da imagem corporal: (1) avaliações externas, na forma de opiniões e comentários de outros em relação a nós; (2) *feedbacks* relativos à aparência física; e (3) comparações sociais, feitas pelos próprios. (Silva et al, 2016).

São também reconhecidos pela literatura quatro aspectos avaliativos que exercem influência nas representações criadas por nós: (1) aspecto perceptivo, que remete à forma como percebemos o próprio corpo; (2) aspecto cognitivo, referente aos pensamentos e crenças próprias em relação à aparência e forma corporal; (3) aspecto afetivo, composto pelos sentimentos perante a aparência do próprio corpo; e (4) aspecto comportamental, remete para as atitudes comportamentais decididas pelo próprio com o intuito de alterar certas características do seu corpo (Marques et al., 2016; Machado et al., 2017).

Assim, é natural que a imagem corporal se encontre em constante mudança, sendo possível alterar-se em função do tempo e das experiências e vivências de cada um. É possível se renovar pelo meio onde nos inserimos e pelas adversidades da vida, pois, sendo um processo progressivo é percebido de diferentes formas, sendo auxiliado pelos padrões de beleza estabelecidas pela cultura onde nos inserimos (Silva et al, 2016).

O contexto social e cultural é responsável pelo estabelecimento de padrões de beleza e saúde muitas vezes inatingíveis para a maioria da população, contribuindo para a construção de uma imagem corporal negativa e uma constante procura da perfeição. Quando a esta corrida pela imagem perfeita se adiciona uma doença crônica muitas vezes com consequências visíveis a satisfação com a própria imagem é inegavelmente abalada (Lemos et al., 2017; Sullivan-Myers, et al., 2023).

Assim sendo, as mulheres com o diagnóstico de endometriose apresentam sentimentos de inferioridade e percepções negativas sobre o próprio corpo, maioritariamente pela falta de consciencialização da sociedade onde se inserem, criando uma autoimagem negativa sobre si mesmas. A autoimagem negativa encontra-se associada a sentimentos de insatisfação com o próprio corpo contribuindo diretamente para uma baixa autoestima e, por consequente, a uma má qualidade de vida. Esta percepção errônea do próprio corpo afeta não só a parte psicológica da mulher como também se estende ao domínio social. Uma autoimagem positiva, pelo contrário, é o estado pleno de satisfação com o corpo que se tem, experienciando sentimentos de alegria e aceitação (Alleya, & Tylka, 2021; Zarbo, et al., 2018).

A apreciação corporal é um elemento deverás importante no conceito da autoimagem, uma vez que este foca-se na aceitação e respeito pelo corpo, envolvendo atitudes e comportamentos que

enalteçam a singularidade própria, independentemente dos estatutos de beleza que a sociedade define. Estudos demonstram que a apreciação corporal está associada a diversos benefícios psicológicos entre eles a autoimagem positiva (Sullivan-Myers, et al., 2023 ; Volker & Mills, 2022).

Com o aparecimento do diagnóstico da patologia é frequente que, de entre outros aspetos psicológicos, a autoimagem sofra um impacto negativo significativo e diversificado. Devido ao variado leque de sintomas, a endometriose, obriga a um elevado isolamento, frequentemente, pelas dores constantes e incapacitantes que limitam as atividades capazes de fazer pela sua portadora. É, ainda, verificado pela literatura que após intervenções cirúrgicas esta autoimagem se torna mais negativa em relação aos seus pares, reforçando sentimentos de inferiorização e insatisfação com a aparência física (Facchin, et al., 2018; Morotti, Vicent, & Becher, 2017).

Vários estudos qualitativos enfatizam a insatisfação que mulheres com endometriose sentem em relação ao seu corpo e aos efeitos visuais e funcionais que a doença traz, revelando-se em sentimentos de vergonha e tentativas de camuflar a sua silhueta e aparência. Estes sentimentos e ações traduzem-se em pensamentos de inferioridade para com os pares, levando a respostas afetivas negativas, como a ansiedade, depressão e frustração (Alleya, & Tylka, 2021; Grogan, Turley, & Cole., 2018). Tais pensamentos devem-se, possivelmente, à crença de que um corpo enfermo não poderá estar ao mesmo nível de outro saudável e funcional, que representa o padrão social e beleza (Zarbo, et al., 2018).

De acordo com Geller e colaboradores (2021) as atitudes negativas e preocupações sobre o corpo, em mulheres com endometriose, devem-se a uma autoimagem distorcida com crenças de que são vistas como menos atraentes e/ou disfuncionais. Como estratégia de enfrentamento mal adaptativa é identificada, na maioria das mulheres, a autocrítica. Apesar desta estratégia ser utilizada para corrigir os erros percebidos e conseguir, portanto, a aceitação social tão desejada, detém como senão o aumento de ansiedade e depressão.

Esta constante preocupação com o seu corpo e como os outros a veem é uma fonte de stress e ansiedade, consequências que se espelham na qualidade de vida, que por sua vez influencia a autoimagem tornando-se num ciclo vicioso. Na literatura são inúmeros os estudos que correlacionam a autoimagem negativa a uma menor autoestima e ao aumento de sintomas relacionados com a

ansiedade e depressão, esta correlação é sustentada na preocupação constante que as portadoras de endometriose sentem para com o seu corpo em relação a indivíduos saudáveis (Geller, et al., 2021; Zarbo, et al., 2018).

Apesar disso é possível identificar outro elemento responsável pela autoimagem negativa, a intensidade da dor, uma vez que esta pode ser capaz de transmitir uma imagem corporal negativa, enfatizando a atitude crítica e aumentando as respostas emocionais menos adaptativas, focando-se na vergonha e frustração (Morotti, Vicent, & Becher, 2017).

A consciencialização da sociedade sobre o estigma associado à endometriose seria bastante benéfico, uma vez que, a autoimagem negativa relacionada com esta doença em nada tem haver com estética, mas sim numa necessidade de melhorar a qualidade de vida e a autoestima sentidas por estas mesmas mulheres (Marques et al., 2016; Machado et al., 2017).

A autoestima na endometriose

A autoestima é caracterizada pela sua forma dicotómica, podendo se caracterizar por ser elevada ou baixa. Uma autoestima elevada, de acordo com Rosenberg, distingue-se pelo sentimento de satisfação consigo mesmo, assim como pelo sentimento de respeito e de aceitação tendo em vista as limitações do próprio e reconhecendo o desejo de evoluir e crescer enquanto pessoa. O inverso ocorre na autoestima baixa, esta é caracterizada por sentimentos de insatisfação consigo mesmo e de infelicidade, acompanhados pelo desrespeito e desprezo por si mesmo, sempre almejando ser diferente (Rosenberg, 1965).

Outra perspetiva deste construto assenta na perspetiva e enfrentamento dos obstáculos da vida, tendo em conta a competência e o valor próprio sentido pelo individuo. Adicionalmente, Mruk (2006) na sua definição afirma que a autoestima se subdivide em dois componentes essenciais: (1) competência e (2) merecimento. Enquanto a competência é um fator comportamental associado aos desejos de melhorar e à glória, o merecimento está ligado a valores e crenças de si próprio.

A autoestima assenta na avaliação subjetiva individual que cada um faz sobre si mesmo, tendo em conta o seu valor e aptidões, apresentando-se como um conceito bastante complexo e dinâmico,

influenciado por vários fatores (Pehlivan et al., 2022; Zarbo, et al., 2018). Sendo um construto alicerçado em crenças pessoais e individuais foi-se verificando a relevância, cada vez mais emergente, de realizar investigações que evidenciassem ou não a relação entre os indivíduos com doenças crónicas e a autoestima por estes percebida. Caso se verifique como sendo uma autoestima elevada, pode ser percebida como uma fator protetor contra adversidades, porém, uma autoestima baixa tem um grande impacto no posicionamento face às dificuldades, levando a um grande nível de sofrimento, o que consequentemente, levará a perturbações como a depressão, ansiedade, entre outras (Monteiro & Guimarães, 2019; Muris & Otgaar, 2023; Kim, Jeon, & Song, 2023)

Qualquer doença, seja ela de que foro for, detém consequências psicológicas. Porém no que respeita a doenças crónicas, estas apresentam um grande impacto na autoestima dos seus portadores. De acordo com os autores Hemati e Kiani (2016) existem vários fatores que desempenham papéis essenciais por terem uma ligação direta com a percepção da autoestima, tais como a duração da doença, a existência de hospitalizações e cirurgias adjacentes, o nível de limitação sentida no decorrer de atividades cotidianas, a diminuição da qualidade de vida e as mudanças físicas.

No que respeita à endometriose, e aos seus sintomas, apesar de os mais visíveis serem os físicos, é essencial compreender e caracterizar a extensão do impacto que outros sintomas apresentam no domínio psicológico de cada uma destas mulheres (Pehlivan et al., 2022).

Em vários estudos é a autoestima baixa a resposta mais recorrente no que concerne às preocupações das mulheres diagnosticadas esta unanimidade de resposta deve-se, maioritariamente, ao facto de os tratamentos disponíveis para a endometriose assentarem em medicamentos hormonais e, nos casos mais graves nas cirurgias. Nos tratamentos clínicos com hormonas é frequente o aumento de peso e inchaços abdominais, levando a uma queda de autoestima, em cirurgias a percentagem de mulheres submetidas a intervenções cirúrgicas é elevada e, portanto, a existência de cicatrizes provenientes dessas intervenções, são também elas, responsáveis pela diminuição de autoestima (Geller, et al., 2021; Sullivan-Myers, et al., 2023).

Recorrentemente é travada uma luta de recuperação de identidade, entre o pré e o pós conhecimento da patologia crónica, na qual é necessário um trabalho acrescido pela equipa multidisciplinar. Com nova percepção de identidade e quando enfrentados com a mudança obrigatória

de anteriores metas de vida, é gerado uma discrepância que abala a autoestima e uma diminuição da autoeficácia, devido às diversas perdas e mudanças é normal se experienciar sentimentos de inferioridade com os pares, e até de perda de respeito próprio, resultando em visões negativas de si mesmo (Ghodusi, et al., 2016; Tragantzopoulou, 2024).

Segundo vários autores, a infertilidade é um fator de importante revelo, pois a hipótese de procriar é, quase, retirada da equação que passa a ser a vida pós diagnóstico. O, anteriormente, garantido passa a ser uma ínfima possibilidade, esta perda de escolha perante os pares afeta diretamente a autoestima das mulheres portadoras de endometriose, estas passam a experienciar sentimentos de inferioridade e uma complexa diminuição de feminidade, uma vez que a possibilidade de procriar é bastante diminuta, gerando outros sentimentos, como o de vergonha e culpa. Tudo isto, juntamente com a imagem corporal distorcida que frequentemente desenvolvem, apresenta uma dificuldade acrescida no estabelecimento de uma autoestima equilibrada e uma dificuldade em planejar o futuro (Pehlivan et al., 2022; Sullivan-Myers, et al., 2023).

O mundo profissional por si só já se apresenta com uma clivagem quando o assunto é ser mulher. Esta desigualdade de sexo é evidenciada pelo Observatório das Desigualdades (s.d.) onde em 2020, as mulheres portuguesas detinham uma maior taxa de desemprego (7.1%) e uma situação de precariedade nos (28.2%), números algo superiores em comparação com os colegas do sexo masculino, o mesmo se verifica em questões salariais onde a disparidade era de 11.4%, seja 0.88 cêntimos por cada 1 euro ganho pelos homens.

A adicionar a esta pressão, a nível profissional, a dor característica desta patologia que é a endometriose, em inúmeros casos incapacitante, são frequentes os sentimentos depreciativos em relação a si próprias. A autoestima é altamente afetada devido às ausências provocadas pela dor, enfatizando sentimentos de incapacidade e inutilidade, por não conseguirem alcançar as metas estabelecidas e os objetivos profissionais. Todos estes fatores afetam o rendimento e crescimento profissional destas mulheres, levando também a quebras económicas o que se irá refletir na procura de tratamentos adequados a situação e por consequente na qualidade de vida (Sullivan-Myers, et al., 2023)

Perante estas informações, a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem encontram-se intrinsecamente ligadas, relacionando-se entre si e, portanto, para que seja possível deter uma boa percepção de qualidade de vida é essencial que a autoestima se encontre equilibrada e que a autoimagem não seja deturpada pelos ideais irrealistas construídos pela sociedade envolvente (Melis, et al., 2015; Rush, & Misajon, 2017).

Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo compreender e caracterizar a percepção da qualidade de vida em mulheres com endometriose, tendo em conta, a autoestima, a autoimagem e o tempo de diagnóstico.

De forma a alcançar este objetivo foi idealizados objetivos específicos:

1. Compreender e caracterizar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias) e a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem.
2. Compreender e caracterizar a relação da qualidade de vida, autoestima e autoimagem entre si mesmas.
3. Compreender e caracterizar os efeitos do tratamento e severidade dos sintomas na autoestima e autoimagem.
4. Compreender e caracterizar os preditores na autoestima e autoimagem

Método

O estudo atual apresenta-se com um design transversal e correlacional, seguindo uma abordagem mais depreendedora sobre as experiências e pensamentos mais pessoais de cada uma das participantes. No que respeita à sua metodologia esta consiste na aplicação de instrumentos de carácter quantitativo.

Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 315 mulheres previamente diagnosticadas com endometriose clínica. Para a seleção de participantes foram estabelecidos alguns critérios, tanto de inclusão como de exclusão, como critério de inclusão apresenta-se: a) a mulher deter um diagnóstico de endometriose; sendo que, no que respeita aos critérios de exclusão, estes assentam na: a) existência de perturbações mentais graves; e b) existência de doenças crónicas e/ou incapacitantes. Todas as participantes encontravam-se associadas à Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose -MulherEndo, sendo o processo de amostragem por conveniência e por bola de neve, já que este foi encaminhado para indivíduos que cumprissem os requisitos necessários à participação.

Os participantes detêm em média 38 anos e meio ($DP = 6,60$), existindo uma maior incidência de mulheres com 39 anos, como idade mínima 20 anos e máxima de 55 anos. Relativamente ao estado civil de cada uma das participantes, este mostra-se mais predominante como casadas ou em união de facto (69.2%), seguido pelo estado de solteira (22.2%), sobrando 24 participantes em divórcio (7.6%), 2 participantes com estado civil de viuvez (0.6%) e, por último uma participante separada (0.3%).

No que respeita à zona de residência, existe uma maior concentração no centro do país (47.9%), seguido pela zona norte (32.7%) e por fim, o sul e as ilhas com 17.1% e 2.3%

respetivamente. Em relação às habilitações literárias, recolhidas através do questionário sociodemográfico, a predominância assenta no grau de Licenciatura (40.3%), posteriormente, o Secundário (35.9%), com grau de Mestre (19.0%), o 3º Ciclo (3.2%), com Doutoramento (1.0%) e, por fim, com o 2º Ciclo (0.6%).

Quanto à classificação médica da patologia, 155 participantes revelaram deter Endometriose Grave – Grau IV (49.2%), 92 com Endometriose Moderada – Grau III (29.2%), 42 com Endometriose Ligeira - Grau II (13.3%) e, por fim, 26 participantes com Endometriose Mínima – Grau I (8.3%).

No que respeita ao tempo de diagnóstico em meses, a média é de 149.49, sendo o mínimo de tempo 0 meses e o máximo de 480 meses, o que equivale a 40 anos de patologia.

Tabela 1 –

Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos	N	%
Sexo		
Feminino	315	100
Estado civil (n=315)		
Solteiro(a)	70	22.2
Casada/ União de facto	218	69.2
Divorciada	25	7.9
Viúva	2	0.6
Habilitações literárias (n=315)		
2º ciclo do ensino básico	2	0.6
3º ciclo do ensino básico	10	3.2
Ensino Secundário	113	35.9
Licenciatura	127	40.3
Mestrado	60	19
Doutoramento	3	1
Atividade profissional (n=315)		
Empregada conta própria	47	14.9
Empregada conta de outrém	229	72.7
Desempregado(a)	22	7
Estudante	4	1.3
Trabalhador-estudante	13	4.1
Filhos (n= 315)		
Sim	146	46.6
Não	168	53.3

Dados sociodemográficos	N	%
<hr/>		
Grau de Severidade (n=315)		
Grau I	26	8.3
Grau II	42	13.3
Grau III	92	29.2
Grau IV	155	49.2

Instrumentos de avaliação

A recolha de todos os dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e de três questionários de modo a averiguar os construtos em análise: “Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30)” (Nogueira-Silva et al., 2015) que permite avaliar de forma abrangente os vários domínios do bem-estar e saúde; a “Escala de Autoestima de Rosenberg” (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011), e por último, a “Body Appreciation Scale 2 (BAS-2)” (Lemoine, et al., 2018).

Questionários Sociodemográficos e Clínico. Este questionário foi idealizado e construído pelo investigador, sendo caracterizado por dois domínios, com um total de 14 itens de resposta. Numa primeira dimensão é-se direcionado para as variáveis sociodemográficas, contemplando questões como a idade, a residência, estado civil, habilitações literárias, sexo e ocupação atual (perfazendo um total de 6 itens) e o outro vocacionado para as variáveis clínicas, tais como a perceção da gravidade dos sintomas, a existência de alguma hospitalização e/ou cirurgia, a intensidade da sintomatologia, o estadio da endometriose, a utilização de fármacos e o tempo levado a um diagnóstico médico (com 8 itens). (Anexo D)

Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30). O questionário é da autoria de Jones e colaboradores (2001) sendo validado para a população portuguesa por Nogueira-Silva e colaboradores (2015) (Anexo E). É um questionário projetado para 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 Pélvica, Controlo e Impotência, Bem-estar Emocional, Suporte Social e Autoimagem.

Adicionalmente, detém 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. Os valores de cada resposta encontram-se no intervalo de 0 a 4, sendo a pontuação máxima do questionário de 100 pontos (podendo ser calculada através da soma de resposta, seguida da divisão pela pontuação total da escala e posteriormente multiplicando por 100), os valores mais elevados representam menores níveis de qualidade de vida. No presente estudo verificaram-se níveis elevados de consistência interna nas 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.

Escala de Autoestima de Rosenberg. A presente escala foi construída por Rosenberg (1965) sendo traduzida e validada para a população portuguesa por Pechorro e colaboradores (2011) (Anexo F). É caracterizada por ser uma escala de autorrelato que pretende avaliar a autoestima, através da resposta a 10 itens classificados com uma escala Likert de 4 pontos: (1) Concordo totalmente, (2) Concordo, (3) Discordo e (4) Discordo totalmente; de salientar a existência de itens invertidos, nomeadamente os itens 2, 5, 6, 8 e 9. Contém um intervalo de pontuações totais entre os valores 10 e 40, valores mais elevados correspondem a uma maior perceção da autoestima, em contraste, valores mais baixos demonstram dificuldades significativas na autoestima, apontando para baixas perceções próprias e insatisfação consigo mesmo. A escala apresenta uma alta consistência interna e validade: as correlações teste-reteste estão tipicamente na faixa de .82 a .88, e o alfa de Cronbach para várias amostras está na faixa de .77 a .88.

Body Appreciation Scale (BAS-2). De modo a avaliar a imagem corporal foi aplicada a escala BAS-2, tendo esta sido desenvolvida por Tylka e Wood-Barcalow (2015), e posteriormente, validade para a população portuguesa por Marta-Simões e colaboradores (2016) (Anexo G) Esta escala é constituída por 10 itens, cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos, sendo 1 (nunca) e 5 (sempre). A respetiva cotação é realizada através da média das respostas, sendo que, valores mais elevados indicam uma maior apreciação corporal, e valores mais baixos sugerem uma apreciação mais negativa. A versão validada para a população portuguesa demonstrou uma confiabilidade interna bastante boa com um alfa de Cronbach de .95.

Procedimentos e tratamento estatístico dos dados

Numa fase mais inicial foi fulcral o levantamento dos temas que detinham um maior interesse de modo a determinar com mais clareza os objetivos, assim como as variáveis a ser estudadas. Com a escolha dos instrumentos mais adequados ao estudo, efetuou-se o contacto, via e-mail, com os respetivos autores de cada um, tendo como resultado a resposta de aprovação para a utilização de apenas dois deles.

A seleção das participantes e a realização do estudo decorreu totalmente via *online* e com o auxílio da associação MulherEndo, no período de 23 de Abril de 2023 a 28 de Maio de 2023. Para tal foi criado um formulário com diferentes fases (consentimento informado, questionário sociodemográfico e clínico e instrumentos de avaliação) na plataforma de recolha de dados *Google Forms*. De modo a facultar todas as informações às participantes, foi adicionado um curto parágrafo introdutório com os objetivos do estudo e a sua relevância. Posteriormente é apresentado o consentimento informado (Anexo C), onde são garantidos os pressupostos éticos, evidenciando a confidencialidade e a possibilidade de desistência sem qualquer represália e a qualquer momento do estudo. Após a aprovação do consentimento é possível passar à fase seguinte, o questionário sociodemográfico e clínico, necessário para

compreender e caracterizar a população e todos os sintomas e preocupação agregados à patologia, avançando depois para os instrumentos já mencionados.

Uma vez obtida a amostra necessária, findou-se a recolha de dados dando-se início ao tratamento dos mesmos, para tal foi necessário recorrer a dois softwares, o *Microsoft Excel* de modo a exportar e clarificar os dados, para posteriormente ser possível inseri-los no segundo software, o *IBM SPSS Statistics 27*.

De modo a realizar o tratamento estatístico de forma acertada, num momento inicial, recorreu-se às medidas descritivas, a frequências absolutas e relativas, médias (M) e consequentes desvios-padrão (DP). Para além destes recorreu-se a testes psicométricos para analisar essas mesmas qualidades nas escalas utilizadas, o Alfa de Cronbach para determinar o coeficiente de consistência interna e para correlacionar e determinar as relação entre variáveis o Coeficiente de Correlação de Pearson, adicionalmente recorreu-se à ANOVA, assim como a Modelos de Regressão Linear.

Resultados

De modo a ser mais intuitivo, a apresentação dos resultados irá ser apresenta: em primeiro serão os resultados descritivos dos instrumentos para cada variável a ser estudada, em segundo lugar os estudos de associação necessários entre todas as variáveis presentes, em terceiro associações entre variáveis, seguido da relação entre as variáveis predictoras.

Resultados descritivos do estudo

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados descritivos relativamente à qualidade de vida, no que respeita às cinco dimensões avaliadas no questionário central do “Endometriosis Health Profile-30”.

Tabela 2-

Medidas descritivas para a qualidade de vida- questionário central

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Dor	59.56	24.69	0-100	-.948	.349
Controlo e Impotência	55.79	21.77	0-83	-.967	.405
Bem Estar Emocional	66.08	24.28	0-100	-.814	.342
Suporte Social	60.02	27.18	0-100	-.503	-.420
Autoimagem	58.20	29.36	0-100	-.526	-.644

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = Mínimo-Máximo

Como é possível observar, os valores obtidos nas dimensões Dor ($M= 59.56$, $DP = 24.69$), Controlo e Impotência ($M= 55.79$, $DP= 21.77$), Bem Estar Emocional ($M= 66.08$, $DP=24.28$, 0-100), Suporte Social ($M= 60.02$, $DP= 27.18$) e Autoimagem ($M= 58.20$, $DP= 29.36$) sugere uma tendência de valores médios altos. Este tipo de *scores*, indicam-nos de que quanto mais próximo de 100, em cada dimensão individual, menor é a qualidade de vida sentida pelas participantes.

Complementarmente, na Tabela 3, apresentam-se os resultados descritivos da qualidade de vida através da visão do questionário modular do “Endometriosis Health Profile-30”, correspondendo a outras seis dimensões.

Tabela 3-

Medidas descritivas para a qualidade de vida- questionário modular

	<i>N (Válido)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Vida no Trabalho	301	41.92	28.22	0-100	.010	-1.040
Relação com os Filhos	169	32.10	30.52	0-100	.438	-1.032
Relação Sexual	282	42.15	24.64	0-75	-.455	-.993
Relação com os Médicos	310	34.21	31.03	0-100	.509	-.898
Tratamento	294	45.55	28.41	0-100	.048	-.884
Fertilidade	292	53.30	36.41	0-100	-.255	-1.358

Sendo uma parte do questionário opcional é necessário compreender que nem todos os domínios serão aplicáveis à totalidade das participantes. Deste modo, e sempre tendo em atenção as respostas válidas, os scores obtidos nas dimensões Vida no Trabalho (M= 41.92, DP= 28.22), Relação com os Filhos (M=32.10, DP= 30.52), Relação Sexual (M= 42.15, DP= 24.64), Relação com os Médicos (M= 34.21, DP= 31.03), Tratamento (M=45.55, DP= 28.41) e Fertilidade (M= 53.30, DP= 36.41) sugerem valores médio baixos. Novamente, os *scores* calculados evidenciam que quanto mais chegado do 100 menor será a qualidade de vida em cada dimensão.

Apresentam-se na Tabela 4, os resultados descritivos para a avaliação da imagem corporal, através do “*Body Appreciation Scale (BAS-2)*”.

Tabela 4-

Medidas descritivas para a imagem corporal

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
BAS-2 Total Score	3.22	0.93	1.10- 5	-.009	-.567

Na Tabela 4 é possível constatar que a média de respostas fornecidas pelas participantes assenta num valor médio aceitável ($M= 3.22$, $DP= 0.93$), evidenciando-se a utilização maioritária do valor da escala 3 “às vezes” para a grande maioria das questões.

A Tabela 5 apresenta as descritivas correspondentes à auto estima das participantes, avaliadas pela Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

Tabela 5-

Medidas descritivas para a escala da auto estima

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
EAR Total Score	27.86	6.69	10-40	-.347	-.269

Após análise da Tabela 5, é apresentado um valor médio alto ($M=27.86$, $DP=6.69$), o que evidencia uma maior perceção da autoestima por parte das participantes.

Resultados da associação entre variáveis

De modo a compreender e analisar possíveis associações entre as variáveis em estudo foi necessário realizar análises correlacionais, nomeadamente, a qualidade de vida e a auto estima, a auto estima e a imagem corporal, e por último, a qualidade de vida e a imagem corporal. Devido à quantidade de amostra recolhida ($n= 315$), em todas as associações é utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da mesma.

Resultados da associação entre Qualidade de Vida e Auto Estima. Para explorar a hipótese de associação entre a qualidade de vida e a auto estima foi necessário, primeiramente, constatar se estavam assegurados os pressupostos básicos para a utilização de um teste paramétrico, nomeadamente, a normalidade e a assimetria da amostra. Com o auxílio do teste Kolmogorov-Smirnov é possível constatar que a amostra cumpre o requisito da normalidade ($p > .05$). No que respeita à distribuição esta não se apresenta como fortemente assimétrica, Qualidade de Vida (.197) e EAR (.137) sendo possível utilizar o Teste de Coeficiente de Correlação r de Pearson.

Na tabela 6 é apresentado as análises referentes à associação entre as dimensões avaliadas no questionário geral da qualidade de vida com a auto estima.

Tabela 6-

Associações entre dimensões questionário geral da qualidade de vida e auto estima

	Dor	Controlo e Impotência	Bem Estar Emocional	Suporte Social	Auto Imagem
EAR	-.086	-.056	-.134*	-.148**	-.250**

Nota. EAR = Escala de Auto Estima de Rosenberg

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

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

É possível observar, na tabela 6, a existência de uma associação negativa significativa entre a auto estima e a dimensão Bem Estar Emocional ($r = -.134, p = .018$) caracterizada como muito fraca, entre a auto estima e a dimensão Suporte Social ($r = -.148, p = .008$) também ela muito fraca e entre a auto estima e a dimensão Auto Imagem ($r = -.250, p = .001$) caracterizada como fraca.

Os resultados referentes à análise de associação entre as dimensões avaliadas no questionário modular do EHP-30 com a auto estima estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7-

Associações entre dimensões questionário modular da qualidade de vida e auto estima

	Vida de Trabalho	Relação com Filhos	Relação Sexual	Relação com médicos	Tratamento	Infertilidade
EAR	-.152**	.020	-.165**	-.166**	-.128*	-.069

Nota. EAR = Escala de Auto Estima de Rosenberg

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

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

Na Tabela 7, estão dispostas as associações negativas significativas entre a auto estima e a dimensão Vida de Trabalho ($r = -.152, p = .008$), entre a auto estima e a dimensão

Relação Sexual ($r = -.165, p = .006$) e entre a auto estima e a dimensão *Tratamento* ($r = -.128, p = .028$). As três relações são caracterizadas como muito fracas e negativas.

Resultados da associação entre Auto Estima e Imagem Corporal. Para compreender a possível existência de uma associação entre a auto estima e a imagem corporal recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov, este revelou distribuições normais ($p < .05$) cumprindo-se assim o pressuposto da normalidade, no que concerne às distribuições estas não são fortemente assimétricas (Auto Estima = .137 e Imagem Corporal = .137). Permite assim realizar o teste de Coeficiente de Correlação r de Pearson, como é possível constatar pelos resultados da Tabela 8.

Tabela 8-

Associações entre auto estima e imagem corporal

	EAC
EAR	.390**

Nota. EAR = Escala de Auto Estima de Rosenberg;

EAC= Escala de Apreciação Corporal

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

Na tabela 8 é possível constatar uma associação positiva significativa moderada entre a auto estima e a auto imagem ($r = .390, p < .001$).

Resultados da associação entre Qualidade de Vida e Imagem Corporal. Uma vez cumpridos os requisitos e analisadas as distribuições, na Tabela 9, é possível identificar os resultados das associações entre as dimensões avaliativas no questionário central do EHP-30 e da imagem corporal.

Tabela 9-

Associações entre dimensões questionário geral da qualidade de vida e auto imagem

	Dor	Controlo e Impotência	Bem Estar Emocional	Suporte Social	Auto Imagem
EAC	-.072	-.102	-.185**	-.239**	-.427**

Nota. EAC= Escala de Apreciação Corporal

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

Após análise, da Tabela 9, é possível constatar a existência de associações negativas significativas, nomeadamente, entre a dimensão Bem Estar Emocional e a auto imagem ($r = -.185, p < .001$), a dimensão Suporte Social e a auto imagem ($r = -.239, p < .001$) e a dimensão Auto Imagem com a imagem corporal ($r = -.427, p < .001$). As duas primeiras associações são caracterizadas como muito fraca e fraca, respetivamente, enquanto a terceira associação caracteriza-se por ser moderada.

A Tabela 10, contém os resultados das associações entre as dimensões avaliadas pelo questionário modular da qualidade de vida e da auto imagem.

Tabela 10-

Associações entre dimensões questionário modular da qualidade de vida e auto imagem

	Vida de Trabalho	Relação com Filhos	Relação Sexual	Relação com médicos	Tratamento	Infertilidade
EAC	-.186**	-.130	-.314**	-.237**	-.180**	-.034

Nota. EAC= Escala de Apreciação Corporal

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

Na Tabela 10, estão evidenciadas quatro associações negativas significativas, duas delas muito fracas, entre a auto imagem e a dimensão Vida de Trabalho ($r = -.186, p = .001$) e auto imagem com a dimensão Tratamento ($r = -.180, p = .002$), uma associação fraca, entre a auto imagem e a dimensão Relação com os Médicos ($r = -.237, p < .001$), e por último, uma associação moderada entre a auto imagem e a dimensão Relação Sexual ($r = -.314, p < .001$).

Estudos de diferenças em entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Na tentativa de compreender se a qualidade de vida, a autoestima e a apreciação corporal diferem com as idades recorreu-se à análise de variância (ANOVA) de um fator, após a verificação da normalidade.

Tabela 11 –

Diferenças na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal com as idades

	Dos 20 aos 38 anos		Dos 39 aos 55 anos		F	P
	M	DP	M	DP		
Dor	60.58	23.79	58.61	25.53	.495	.482
Controlo e Impotência	57.17	20.84	54.52	22.57	1.167	.281
Bem Estar Emocional	66.28	22.9	65.90	25.53	.019	.891
Suporte Social	60.01	25.07	60.02	29.06	.000	.998
Autoimagem	55.57	30.01	60.61	28.50	2.331	.128
Vida no Trabalho	41.31	27.96	42.50	28.53	.133	.715
Relação com os Filhos	28.07	30.30	34.61	30.53	1.845	.176
Relação Sexual	44.53	23.31	39.94	25.69	2.457	.118
Relação com os médicos	32.42	30.22	35.86	31.75	.954	.330
Tratamento	45.59	28.31	45.50	28.58	.001	.979
Fertilidade	59.61	33.40	47.39	38.18	8.431	.004*
Autoestima (Score)	27.53	6.53	28.15	6.83	.666	.415
Apreciação corporal (Score)	3.28	.90	03.15	.95	1.726	.190

Nota. * $p < .05$

Segundo a Tabela 11 não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões da qualidade de vida, autoestima e apreciação corporal, com a exceção da dimensão Fertilidade [$F(1.290) = 8.431, p = .004$], mais significativa no grupo de idades dos 20 aos 38 anos.

Na Tabela 12 estão apresentados os resultados referentes às diferenças das dimensões da qualidade de vida, à escala da autoestima e da apreciação corporal de acordo com o estado civil.

Tabela 12 –

Diferenças na qualidade de vida, autoestima e imagem corporal com o estado civil

	Sozinha		Numa relação		F	P
	M	DP	M	DP		
Dor	62.23	22.96	58.37	25.38	1.643	.201
Controlo e Impotência	59.32	19.01	54.22	22.72	3.712	.055
Bem Estar Emocional	68.64	22.17	64.94	25.13	1.558	.213
Suporte Social	63.33	26.17	58.54	27.55	2.095	.149
Autoimagem	60.73	25.37	57.07	30.96	1.047	.307
Vida no Trabalho	46.00	26.38	40.18	28.85	2.689	.102
Relação com os Filhos	21.42	25.64	34.88	31.15	5.544	.020*

	Sozinha		Numa relação		F	P
	M	DP	M	DP		
Relação Sexual	41.97	21.66	42.21	25.66	.005	.943
Relação com os médicos	36.31	31.80	33.28	30.70	.628	.429
Tratamento	46.37	27.13	45.17	29.03	.113	.737
Fertilidade	51.76	35.37	53.92	36.89	.212	.646
Autoestima (Score)	27.15	6.23	28.16	6.87	1.548	.214
Apreciação corporal (Score)	3.19	.91	03.22	.94	.061	.805

Nota. * $p < .05$

A Tabela 12, permiti observar que apenas a relação com os filhos varia em detrimento do estado civil [$F(1, 167) = 5.544, p < .05$]. Como tal realizou-se o tamanho do efeito através do eta squared, o que resultou num valor de .032, revelando ser um efeito pequeno.

Na Tabela 13 estão dispostos os resultados relativamente às dimensões da qualidade de vida, da Autoestima (Score) e *Apreciação Corporal (Score)* de acordo com as habilitações literárias.

Tabela 13-

Diferenças na qualidade de vida e imagem corporal com as habilitações literárias

	Até ao Secundário		Ensino Superior		F	P
	M	DP	M	DP		
Dor	66.00	20.75	55.32	26.17	14.711	<.001**
Controlo e Impotência	60.10	18.98	52.96	23.03	8.296	.004*
Bem Estar Emocional	71.83	23.31	62.30	24.22	12.021	<.001**
Suporte Social	64.40	25.77	57.13	27.76	5.458	.020*
Autoimagem	64.46	27.96	54.07	29.60	9.696	.002*
Vida no Trabalho	47.86	26.11	38.15	28.92	8.686	.003*
Relação com os Filhos	34.77	30.05	29.80	30.88	1.114	.293
Relação Sexual	47.63	21.58	38.15	25.98	10.537	.001*
Relação com os médicos	41.05	33.28	29.71	28.65	10.214	.002*
Tratamento	49.43	29.17	42.98	27.67	3.659	.057
Fertilidade	55.40	36.29	51.86	36.52	.662	.417
Autoestima (Score)	27.47	6.00	28.11	7.10	.686	.408
Apreciação corporal (Score)	3.19	.90	3.23	.95	.117	.732

Nota. * $p < .05$; ** $p < .001$

Como é possível observar na Tabela 13, existe um efeito significativo das habilitações literárias nas dimensões da Dor [$F(1, 313) = 14.711, p < .001$], do Controlo e Impotência [$F(1, 313) = 8.296, p = .004$], do Bem Estar Emocional [$F(1, 313) = 12.021, p < .001$], no

Suporte Social [F (1, 313) = 5.458, $p = .020$] na Auto Imagem [F(1,313 = 9.696, $p = .002$], na Vida no Trabalho [F (1, 299) = 8.686, $p = .003$], na Relação Sexual [F (1, 280) = 10.537, $p = .001$] e na Relação com os Médicos [F (1, 280) = 10.537, $p = .001$]. Procedeu-se ao cálculo do tamanho do efeito, utilizando o eta squared, na qual se obteve os valores de .045 para a dimensão Dor, .026 para o Controlo e Impotência, .037 no Suporte Social, .037 no Bem Estar Emocional, .030 para a dimensão Autoimagem, .028 na dimensão Vida no Trabalho, .036 na Relação Sexual e .032 para a dimensão Relação com os médicos, o que indica uma diferença de médias entre grupos pequena segundo Cohen (1988).

Na Tabela 14 encontram-se os resultados da análise do tempo de diagnóstico de endometriose.

Tabela 14-

Diferenças na qualidade de vida, autoestima e autoimagem perante o tempo de diagnóstico

	Até 10 anos		Dos 11 aos 22 anos		Dos 23 anos a 44 anos		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Dor	58.04	26.16	58.69	23.30	67.44	21.55	2.586	.077
Controlo e Impotência	54.56	23.61	55.84	20.09	60.17	18.64	1.124	.326
Bem Estar Emocional	64.13	26.14	67.58	21.95	69.28	22.94	1.099	.334
Suporte Social	58.26	27.62	61.01	27.76	63.80	23.84	.822	.440
Autoimagem	57.64	29.65	57.96	30.43	60.85	25.68	.206	.814
Vida no Trabalho	41.04	28.68	41.66	28.25	46.00	26.63	.494	.611
Relação com os Filhos	29.72	29.56	33.20	30.22	37.50	34.95	.647	.525
Relação Sexual	42.85	23.93	42.39	24.82	38.71	27.13	.411	.663
Relação com os médicos	32.17	30.54	34.93	30.38	39.88	34.34	1.069	.345
Tratamento	43.89	29.21	46.72	27.44	48.37	28.27	.541	.582
Fertilidade	52.40	36.77	56.02	35.54	48.87	37.82	.637	.530
Autoestima (Score)	27.66	6.30	27.78	6.86	28.76	7.62	.469	.626
Apreciação corporal (Score)	3.19	.87	3.26	1.02	3.18	.93	.191	.827

A análise da ANOVA, demonstrada na Tabela 14, permite afirmar que não existem diferenças significativas em todas as dimensões da qualidade de vida, na escala de autoestima e na escala de apreciação corporal, devido ao $p > .05$.

Estudo das Variáveis Predictoras

Tabela 15-

Regressão linear de variáveis sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida como preditores da imagem corporal

	R ²	R ² ajustado	Beta	t	p
Idade			-.011	-.149	.882
Estado Civil			-.004	-.063	.950
Tempo de diagnóstico			.121	1.673	.097
Severidade			-.068	-.932	.353
Dor			.109	1.189	.237
Suporte Social			.120	1.227	.222
Autoimagem	.368	.314	-.477	-5.040	< .001**
Relação com os filhos			.043	.547	.586
Relação Sexual			-.237	-2.878	.005*
Relação com os médicos			-.273	-3.139	.002*
Tratamento			.071	.806	.422
Fertilidade			.102	1.411	.160

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$

Os resultados obtidos, na Tabela 15, mostram que a autoimagem ($\beta = -.477$; $p < .001$), a relação sexual ($\beta = -.237$; $p = .006$) e a relação com os médicos ($\beta = -.273$; $p = .002$) são preditores da apreciação corporal. O conjunto das três variáveis explica 31,4 % da variância da apreciação corporal [$R^2 = .368$; $R^2 \text{ Aj} = .314$; $F(12,140) = 6.797$; $p < .001$].

Tabela 16-

Regressão linear de variáveis sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida como preditores da autoestima

	R ²	R ² ajustado	Beta	t	p
Idade	.133	.066	-.054	-.643	.521
Estado Civil			.052	.634	.527
Tempo de diagnóstico			.126	1.498	.136
Severidade			-.057	-.670	.504
Dor			.097	.919	.360
Relação com os filhos			.097	1.059	.292
Relação Sexual			-.035	-.365	.716
Relação com os médicos			-.149	1.572	.118
Tratamento			.050	.490	.625
Fertilidade			-.015	-.175	.861

	R ²	R ² ajustado	Beta	t	p
Autoimagem			-.317	-3.089	.002*

Nota. * $p < .05$,

Os resultados apresentados na Tabela 16 sugerem que a autoimagem ($\beta = -.292$; $p < .001$) é preditor da autoestima. No seu todo, a variável explica 6,6% da variância da autoestima [$R^2 = .133$; $R^2 \text{ Aj} = .066$; $F(11,141) = 1.969$; $p = .036$].

Discussão

A endometriose é referenciada como sendo a doença deste século. É uma doença inflamatória crónica e bastante incapacitante, afeta mulheres em diversas faixas etárias, ou seja, desde a menarca (primeira menstruação) à menopausa e por diante (Smolarz, et al, 2021; Warzecha, et al., 2020, porém estudos indicam ser maior parte das vezes diagnosticada na idade reprodutiva. Em diversos estudos é observado que a endometriose é mais frequente em mulheres com um nível de escolaridade superior, aproximadamente de 27% a 62”, com um estado civil categorizado como casada ou em união de facto, de 77% a 86% e no decorrer da sua fase adulta, nomeadamente entre os 32 e os 38 anos (Fritzer et al., 2013; Sousa et al., 2015; Souza et al., 2019;

Os resultados obtidos neste estudo reforçam as informações anteriores, sendo que na amostra atual foi obtida uma média de idades de 38 anos, enquadrando-se no limiar dos estudo anteriores, maior parte das nossas participantes encontram-se numa relação afetiva, nomeadamente como casadas ou em união de facto (69,2%), existe uma prevalência de mulheres sem filhos (53,3%) e a maioria das mulheres possuem habilitações literárias de ensino superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento) (60,3%).

Estes resultados podem ser explicados pelos mais variados fatores. O papel da mulher na sociedade sofreu diversas mudanças, atualmente as mulheres tendem a valorizar mais a educação (Barbosa & Coutinho, 2007), têm uma entrada no mundo do trabalho mais tardia e com isto adiam a maternidade, mesmo que esta seja desejada e detenham uma relação emocional estável. Segundo a ASRM (2012) a dificuldade em engravidar leva as mulheres a procurar ajuda na área da infertilidade, porém, não são só as mulheres diagnosticadas que procuram esta ajuda.

A prevalência de uma idade mais avançada é, também ela, justificada pela literatura. Socialmente ainda é comum desvalorizar as dores menstruais, sendo que maior parte das

vezes são ditas como normais e próprias do período menstrual, como tal a procura de cuidados médicos é adiada levando a um tempo de diagnóstico extenso, cerca de 10 anos para se estabelecer (Adoamnei et al 2021; Pehlivan et al., 2022). Existem casos de procura de ajuda dentro de um período aceitável da doença, porém até ser hipotetizada a doença de endometriose leva um outro tempo, e por isso, esta variável é estudada em todos os domínios que possam se interligar, nomeadamente ao agravamento de sintomas físicos, sociais e psicológicos, resultando consequentemente no aumento do grau de gravidade (Bourdel et al., 2019; Smolarz et al., 2021).

Neste trabalho é possível observar que a nossa amostra detém um tempo médio de endometriose de 149.49 meses, o que equivale a um período de 12 anos e 4 meses e 49,% das inquiridas estão diagnosticadas com endometriose de Grau IV. Portanto, os resultados obtidos encontram-se de acordo com os estudos que indicam o tempo de diagnóstico demorado como um fator de agravamento da condição médica.

A literatura tem-se debruçado sobre o impacto da endometriose na qualidade de vida das suas portadoras, segundo Friedl e colaboradores (2015), esta variável pode estar correlacionada com diversas variáveis biopsicossociais recorrentes nesta patologia.

O estudo atual detém como principal objetivo a caracterização e compreensão da percepção da qualidade de vida tendo em atenção a autoestima, a autoimagem e o tempo de diagnóstico. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, foi observada uma parca e negativa relação entre as variáveis, porém os totais analisados individualmente em cada escala demonstraram uma boa percepção de qualidade de vida, no questionário central os valores eram médio altos e no questionário modular eram médios baixos, uma boa apreciação corporal inferindo assim uma boa autoimagem e uma autoestima alta.

Segundo a World Health Organization (1946), a saúde é um estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou de incapacidades. Mais tarde foi compreendido que o conceito de qualidade de vida se relacionava intrinsecamente com esta definição de saúde, estando esta em todas as dimensões da saúde (social, físico e psicológico) (Ribeiro, 2019). Os estudos já realizados na área da qualidade de vida com foco na endometriose clínica abordam o impacto negativo desta patologia na vida das suas portadoras, interferindo com vários domínios psicológicos, incluindo crenças e percepções distorcidas.

No presente estudo verificou-se poucas diferenças nos valores obtidos nas dimensões da qualidade de vida perante os valores médios apresentados na literatura. Portanto as participantes demonstram, assim como no estudo de validação, pontuações médias altas em todas as dimensões presentes no questionário central, inferiores a 50 pontos (Nogueira-Silva et al., 2015). Neste questionário, quando maiores as pontuações pior a percepção de qualidade de vida, logo é possível observar que as participantes deste estudo se apresentam com uma qualidade de vida relativamente boa, com uma pontuação média de 50,73 pontos, em comparação com estudos internacionais, nomeadamente no Brasil com pontuações médias de, aproximadamente 54,4% (Mengarda et al., 2008; Nayir et al., 2016)

Os resultados, entre as dimensões da qualidade de vida e a autoestima, demonstram uma correlação negativa o que nos indica a contrariedade da relação, sendo fraca ou muito fraca dependendo da dimensão, de mencionar que onde se destacam estas correlações negativas são nos domínios do Bem Estar Emocional, no Suporte Social, na Autoimagem, na Vida no Trabalho, Relação Sexual e Tratamento. Estes resultados são esclarecidos pela literatura, já que uma melhor percepção da qualidade de vida está implicitamente ligada a valores mais altos de autoestima o que se traduz em crenças e atitudes positivas sobre si

próprias, proporcionando um ajustamento saudável aos obstáculos do dia a dia (Comptour, et al., 2024; Volker & Mills, 2022)

A aceitação do diagnóstico é um fator essencial no que respeita a adaptação à nova vida, a vida pós-diagnóstico. Num estudo de Bién e colaboradores (2020), foi evidenciado que as mulheres com níveis mais elevados de aceitação detinham pensamentos e atitudes mais otimistas em relação à patologia, o que resultava num menor desconforto, uma maior autoestima e por consequente uma perceção de qualidade de vida positiva. Conclui-se, portanto, que uma adaptação psicológica à doença não só é influenciada como também tem um papel essencial na influência da perceção da qualidade de vida, nomeadamente na convivência diária com a doença (Sharp & Curran, 2006; Stanton et al., 2007)

O estudo da autoimagem, tanto em mulheres saudáveis como em mulheres patologizadas, têm vindo a evidenciar cada vez mais a necessidade de abordar estas variável de maneira holística tendo em atenção as variâncias sociais e culturais onde estão a ser estudadas. Vários estudos demonstram que a promoção de uma autoimagem positiva se reflete, também ela positivamente, no bem estar físico, social e emocional (Levine & Murnen, 2009; Perloff, 2014; Rodgers & Melioli, 2016).

Melis e colaboradores (2015) relataram que mulheres com endometriose experienciavam sentimentos de insatisfação com a sua aparência, nomeadamente devido ao aumento de peso, inchaço abdominal e cicatrizes provenientes da cirurgia, porém a amostra deste estudo baseava-se em mulheres diagnosticadas com o último grau de severidade, o grau IV, o que dificulta a realização de tarefas diárias fornecendo uma visão negativa de tudo o que as rodeia. Por outro lado, Geller e colaboradores (2021), num estudo comparativo, não encontraram nenhuma diferença entre mulheres com endometriose e mulheres saudáveis, os autores concluíram que a insatisfação corporal foi oculta pelo já existente descontentamento.

A relação existente, no atual estudo, entre a qualidade de vida e a imagem corporal é caracterizada como negativa e muito fraca, com exceção das dimensões do bem estar emocional, suporte social e autoimagem que detiveram uma associação, também ela negativa, porém moderada. É consensual na literatura que uma doença crônica interfere na vida dos seus portadores em todos os seus domínios, físico, psicológico e social levando a uma diminuição da percepção da qualidade de vida (Marki et al., 2023; Nayir et al., 2016). Este tipo de correlação, como já foi referido, revela que uma percepção de qualidade de vida mais alta, ou seja, um total mais baixo nos cálculos das dimensões, se reflete numa imagem corporal positiva. Porém o inverso também poderia ocorrer, demonstrando que a severidade dos sintomas, a incompreensão pela doença, a comparação com os pares, entre outros fatores influenciam a construção de uma imagem corporal ajustada e saudável (Mellado et al., 2015; Roomaney & Kagee, 2016).

De acordo com Higgins (1987) mudanças físicas, nomeadamente cicatrizes derivadas de cirurgias, aumento de peso, aumento da zona abdominal, tudo derivado da endometriose e os seus tratamentos resultam numa imagem corporal desajustada em comparação com a que acham ser a ideal. Este tipo de desajustamento ocorre mais frequentemente na fase reprodutiva da vida, quando a imagem corporal se torna uma característica de peso e investimento para as mulheres (Gawlik et al., 2016). Este desajustamento alicerçado à estigmatização da doença irá se traduzir numa diminuição da autoestima e por consequente na qualidade de vida, porém o inverso também se sucede, principalmente quando se está na presença de uma boa rede de suporte social, seja pela família e amigos próximo quer por associações que promovam grupos de apoio (Kouris et al., 2017; Pehlivan et al., 2022).

Os resultados obtidos corroboram com a literatura existente, sendo que foi evidenciada uma associação positiva moderada. Esta associação pode ser explicada pelo facto de quanto mais ajustada for a imagem corporal da mulher patologizadas mais elevada se

encontrará a sua autoestima, existindo uma menor comparação com os moldes de beleza estabelecidos pela sociedade permitindo assim uma aceitação corporal saudável.

Adicionalmente procurou-se compreender a relação entre a idade, o estado civil, as habilitações literárias e as variáveis em estudo. Para Chen e colaboradores (2016) a idade está intrinsecamente ligada à endometriose, isto deve ao facto desta patologia apresentar os seus sintomas dentro do intervalo da idade fértil da mulher, este intervalo pode ser compreendido pelas idades dos 13 aos 51, aproximadamente. Apesar deste intervalo abranger diversas décadas a fertilidade não é igual em todas elas, e, portanto, existe um decréscimo da fertilidade ao longo dos anos, este pode ser um fator influenciador na perceção da qualidade de vida e por consequente na autoestima e imagem corporal (Afiune et al., 2020; Youseflu et al., 2020; Rodrigues et al., 2020).

Porém, neste estudo, não foi observada nenhuma relação significativa entre a idade e as variáveis em estudo, apenas existindo uma ligeira diferença na dimensão de fertilidade, presente na qualidade de vida, onde o primeiro grupo (com idades compreendidas dos 20 aos 38 anos) se diferenciou do segundo grupo (com idades no intervalo dos 39 aos 55 anos). Esta alteração deve-se principalmente as probabilidades de conceção, as mulheres presentes do primeiro grupo encontram-se ainda no período mais fértil, enquanto as mulheres inseridas no segundo grupo já apresentam um declínio da fertilidade com um acréscimo de complicações (Afiune et al., 2022; Bién et al., 2020)

O estado civil detém certas influências na vivência com uma doença crónica, nomeadamente no que concerne ao suporte emocional e social, no planeamento familiar e consequente fertilidade e à gestão da doença, no que concerne a procura de ajuda médica especializada. De acordo com a literatura existente, mulheres em relacionamentos saudáveis relatam uma capacidade superior em lidar com as advertências resultantes da endometriose,

eliminando o fator do isolamento social e incompreensão por parte da sociedade (Denny et al., 2007; Moradi et al., 2014; Nnoaham et al., 2011).

A nossa amostra é composta maioritariamente por mulheres num relacionamento (69.2%), porém não foi possível observar uma relação significativa entre o estado civil e a perceção da qualidade de vida, a autoestima e a imagem corporal.

Num estudo de Bién e colaboradores (2020) foi demonstrado que mulheres com um nível de educação superior apresentam melhores perceções de qualidade de vida, na dimensão física estão mais cientes das próprias necessidades e das opções viáveis que tem ao seu dispor, ressaltando que detém mais informações sobre a sua condição e limitações.

Os dados recolhidos permitem corroborar o anteriormente descrito, visto terem sido encontradas diferenças significativas entre o grupo do ensino até ao secundário e do grupo ensino superior. Estas diferenças foram bastante significativas nas dimensões da Dor, do Controlo e Impotência, Suporte Social, Autoimagem, na Relação com os Médicos, na Relação Sexual e na Fertilidade. Mulheres com um maior nível de literacia tendem a procurar mais informação e respostas às suas questões, de modo a compreender os próprios sintomas e procurar equipas multidisciplinares especializados na patologia, justificando assim a diferença na relação com os próprios médicos, a perceção da dor sentida e controlando assim o sentimento de impotência.

Também Agarwal e colaboradores (2019) debruçaram-se sobre a endometriose e o impacto desta na vidas das suas portadoras, nomeadamente no tratamento e no tempo necessário para o diagnóstico. Afirmam que caso o tratamento se centrasse na pessoa e não nas suas lesões o tempo até ao diagnóstico seria mais curto. Missmer e colaboradores (2021) completam dizendo que o tempo de diagnóstico relacionado com a severidade se tornam fatores importantes para a perceção da qualidade de vida, autoestima e imagem corporal de cada mulher.

Porém os resultados obtidos, no presente estudo, não demonstraram a existência de uma relação significativa entre a variável tempo de diagnóstico e severidade da patologia com as dimensões avaliadas pela qualidade de vida, a escala de autoestima e a imagem corporal.

Como variáveis preditores da imagem corporal (autoimagem) foram identificadas as dimensões da autoimagem, a relação sexual e a relação com os médicos. Estes preditores são explicados pela literatura, a autoimagem pela maneira negativa com que são criadas crenças e imagens mentais desajustadas, a relação sexual, devido experienciarem dor durante as relações sexuais levando a um evitamento do mesmo e a relação com os médicos, maioritariamente, pela validação dos sintomas, sendo que frequentemente são desvalorizados e diminuídos (Denny & Mann, 2007; Moradi et al., 2014; Mnoaham et al., 2011). Assim como na imagem corporal, a autoimagem, é também ela um preditor da autoestima (Facchin et al., 2017).

Todos estes resultados são igualmente importantes e demonstram a necessidade de se abordar e estudar, de maneira mais aprofundada, as implicações e o peso que esta condição detém sobre as suas portadoras. Para além disso é essencial olhar para esta população e para os estudos que ela fornece de forma holística para melhor a compreender e a tudo o que ela acarreta.

Mulheres que enfrentem sozinhas a endometriose e todos os obstáculos que esta acarreta, sem beneficiarem de qualquer suporte social e familiar apresentam classificações mais altas na escala de qualidade de vida, o que indica uma má qualidade de vida, do que aquelas que detém uma boa fonte de suporte social (Agarwal et al., 2019; Ferreira, et al., 2016). A integração de grupos de apoio é considerada um fator protetor no que respeita a doenças crónicas, o que contribui para uma qualidade de vida superior em todos os seus domínios, refletindo-se em simultâneo na autoestima sentida, na disposição para estar em

convívio e numa imagem corporal ajustada e saudável (Chopra & Syal, 2020; Nazik et al., 2017).

As limitações deste estudo prendem-se inicialmente pela amostra, sendo que o recolhimento desta não decorreu de maneira aleatória e como foram analisados subgrupos o tamanho destes era por vezes reduzido. A população presente neste estudo pertence a um grupo fechado da rede social Facebook “Grupo Exclusivo para Portadoras de Endometriose” gerido pela Associação MulherEndo, como tal este pode ter sido um fator protetor, contribuindo para os resultados obtidos, por esse motivo seria interessante a replicação deste estudo. Outra limitação assenta na diminuta existência de estudos na literatura a caracterizar as variáveis aqui estudadas e dificultando a interligação de dados e, por sua vez, aumentando a pertinência deste estudo. Outra limitação assenta no instrumento para avaliar a autoimagem, o BAS-2, visto ser um questionário que avalia a apreciação corporal, construto esse que faz parte da autoimagem.

A pertinência do estudo assenta no fornecimento de uma nova perspetiva sobre a existência de uma interação entre as variáveis apresentadas, nomeadamente, a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem, já que os estudos realizados são algo parcos. Na prática seria benéfico a criação de material lúdico sobre a endometriose e as suas características, de modo a dá-la a conhecer à sociedade, numa tentativa de diminuição do tempo de diagnóstico. A partilha dos grupos de apoio, seria bastaste benéfico, dando assim oportunidade de todas as mulheres de os conhecerem e integrarem, de modo a fomentar a partilha de experiências, sentimentos, preocupações e dúvidas que tenham. No das terapias individuais, deve ser considerado a terapia cognitivo-comportamental já que se mostrou benéfica em casos de doenças crónicas, com o intuito de diminuir pensamentos intrusivos sobre si próprias, de modo auxiliar a mudança de crenças de saúde promovendo comportamentos mais saudáveis, tais como a introdução de atividade física, de modo a melhorar a intensidade da dor sentida e

por sua vez o bem estar, a autoimagem e a autoestima (González-Echevarría et al., 2020; Tennfiord et al., 2021)

Para futuros estudos, nesta vertente, seria benéfico integrar outras variáveis, tais como, a realização de atividade física, se tem ou já teve acompanhamento psicológico, compreender qual o nível de literacia sobre a doença, existe algum plano alimentar, a perceção do suporte social (Mikocka-Walus et al, 2021; Ribeiro et al., 2019). Adicionalmente seria vantajoso combinar metodologias de modo a permitir uma visão mais completa das relações entre as variáveis estudadas e identificar outras que possam ser mais pertinentes.

Referências

- Abrão, M. S., Podgaec, S., Izzo, C. R., Melo, P. V., Porto, R. C., Ramos, L. O., & Pinotti, J. A. (1995). Perfil epidemiológico e clínico da endometriose: Estudo de 180 casos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 17(8),779-784.
- Adoamnei, E., Moran-Sanchez, I., Sanchez-Ferrer, M. L., Mendiola, J., Prieto-Sanchez, M. T., Monino-Garcia, M., ... & Torres-Cantero, A. M. (2021). Health-related quality of life in adult Spanish women with Endometriomas or deep infiltrating endometriosis: a case-control study. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5586. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115586>
- Adoamnei, E., Mórán-Sánchez, I., Sánchez-Ferrer, M. L., Mendiola, J., Prieto-Sánchez, M. T., Moñino-García, M., Palomar-Rodríguez, J. A., & Torres-Cantero, A. M. (2021). Health-related quality of life in adult spanish women with endometrioma or deep infiltrating endometriosis: A case.control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115586>
- Afiune, J. H. S., Guimarães, A. A., Paulino, D. M., Mendes, L. L., Talone, R. P., & Moraes, A. V. S. (2022). Estilos de vida e sua implicação na fertilidade feminina. *Revista Educação em Saúde*, 10, 173-188.
- Agarwal, S. K., Chapron, C., Giudice, L. C., Laufer, M. R., Leyland, N., Missmer, S. A., Singh, S. S., & Taylor, H. S. (2019). Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1, 1-11. doi:10.1016/j.ajog.2018.12.039
- Aguiar, A., Capela, E., Caramelo, O., Costa, A. R., Ferreira, J., Guerra, A., Marques, A.L., Relvas, A., & Calhaz-Jorge, C. (2016). Endometriose - recomendações de consenso nacionais - clínica e diagnóstico. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(2), 162-172. http://www.fspog.com/fotos/editor2/062016/15-recomendac_o_es.pdf
- Alleya, J. M.& Tylka, T. L. (2021). Body functionality: a review of the literature, *Body Image*, 36, 149–171. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.006>
- ASRM, A. S. R. M. (2012). Endometriosis and infertility: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 98(3), 591-598. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.031>
- Barbara, G., Facchin, F., Meschia, M., Berlanda, N., Frattaruolo, M. P., & Vercellini, P. (2017). When love hurts. A systematic review on the effects of surgical and pharmacological treatments for

- endometriosis on female sexual functioning. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 96, 668-687. <https://doi.org/10.1111/aogs.13031>
- Barbosa, P. Z., & Coutinho, M. L. R. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, 9(1), 163-185. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000100012>
- Bendifallah, S., Suisse, S., Puchar, A., Delbos, L., Poilblanc, M., Descamps, P., Golfier, F., Jornea, L., Bouteiller, D., Touboul, D., Dabi, Y., & Daraï, E. (2022). Salivary MicroRNA signature for diagnosis of endometriosis. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 612. <https://doi.org/10.3390/jcm11030612>
- Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M., Wilkosz, K., Wdowiak, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, 29(10), 2669–2677. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>
- Bourdel, N., Chauvet, P., Billone, V., Douridas, G., Fauconnier, A., Gerbaud, L., & Canis, M. (2019). Systematic review of quality-of-life measures in patients with endometriosis. *PloS one*, 14(1), doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208464>
- Carbone, M. G., Campo, G., Papaleo, E., Marazziti, D., & Maremmani, I. (2021). The importance of a multi-disciplinary approach to the endometriotic patients: The relationship between endometriosis and psychic vulnerability. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8). <https://doi.org/10.3390/jcm10081616>
- 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 and Obstetrics*, 124, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.07.033>
- Carvalho, A. P., & do Carmo, O. (2019). Endometriosis and sexual dysfunction Endometriose e disfunção sexual. *Acta Obstet Ginecol Port*, 13(4), 228-234.
- Cavalcante, D. A. K., Furtado, T. A., Valente, J. R. R., Almeida, U. T. D. F. H., de Sousa, T. C., de Sousa, E. D. J. S., Lopes, L. D. O., Oliveira, C. A., Duarte, A., & Gouveia, M. A. (2020). Qualidade de vida de pacientes após acidente vascular encefálico isquêmico atendidos em uma clínica de neurologia em Belém-Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12452-12464. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-089>

- Chen, L. C., Hsu, J.-W., Huang, K. L., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., Yang, A. C., Chang, W. H., Chen, T. J., Tsai, S. J., & Chen, M. H. (2016). Risk of developing major depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 282-285. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.030>
- 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>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Comptour, A., Figuiet, C., Pereira, B., Chauvet, P., Bourdel, N., & Canis, M. (2024). Endometriosis: Age at diagnosis and the severity of the disease. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 53(5), 102759. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2024.102759>
- Corte, L., Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., Rosa, V., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P., (2020). The Burden of Endometriosis on Women's Lifespan: A Narrative Overview on Quality of Life and Psychosocial Wellbeing. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 4683; doi:10.3390/ijerph17134683
- De Graaff, A. A., Van Lankveld, J., Smits, L. J., Van Beek, J. J., & Dunselman, G. A. J. (2016). Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Human Reproduction*, 31(11), 2577-2586. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew215>
- Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V. L., Ragusa, R., Fichera, M., Commodari, E., Bifulco, G., & Giampaolino, P. (2020). The burden of endometriosis on women's lifespan: A narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Artigo e4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>
- Denny, E., & Mann, C. H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 33(3), 189-193.
- Facchin, F., Saita, E., Barbara, G., Dridi, D., & Vercellini, P. (2018). "Free butterflies will come out of these deep wounds": a grounded theory of how endometriosis affects women's psychological

health. *Journal of Health Psychology*, 23(4), 538-549.

<https://doi.org/10.1177/1359105316688952>

Fairbanks, F., Abdo, C. H., Baracat, E. C., & Podgaec, S. (2017). Endometriosis doubles the risk of sexual dysfunction: a cross-sectional study in a large amount of patients. *Gynecological Endocrinology*, 33(7), 544-547. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1302421>

Farshi, N., Hasanpour, S., Mirghafourvand, M., & Esmaeilpour, K. (2020). Effect of self-care

counselling on depression and anxiety in women with endometriosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02795-7>

Ferreira, A. L. L., Bessa, M. M. M., Drezett, J., & de Abreu, L. C. (2016). Quality of life of the woman carrier of endometriosis: systematized review. *Reprodução & Climatério*, 31(1), 48-54.

Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., G. Schüßler B., & Böttcher B.

(2015). Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Archives of gynecology and obstetrics*, 292(6), 1393-1399. doi:

<https://doi.org/10.1007/s00404-015-3789-8>

Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., Fischerlehner, G., Sillem, M., & Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*,

169(2), 392- 396. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.04.001>

Gawlik, N. R., Elias, A. J., & Bond, M. J. (2016). Appearance investment, quality of life, and metabolic control among women with type 1 diabetes. *International journal of behavioral medicine*, 23,

348-354. doi <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9524-9>

Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism. *International journal of environmental research and public health*, 18(7),

3453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073453>

Ghodusi, , M., Heidari, M., Sheikhi, R. A., & Shirvani, M. (2016). The Relation Between Body Esteem With Self Esteem And Perceived Social Support In Multiple Sclerosis Patients– Assessment.

National Journal of Integrated Research in Medicine, 7(1), 7-11.

- González-Echevarría, A. M., Rosario, E., Acevedo, S., & Flores, I. (2019). Impact of coping strategies on quality of life of adolescents and young women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *40*(2), 138–145. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1450384>
- Gosset, A., Susini, M., Vidal, F., Tanguy-Le-Gac, Y., Chantalat, E., Genre, L., & Trémollières, F. (2022). Quality of life of patients with bilateral oophorectomy before the age of 45 for the treatment of endometriosis. *Maturitas*, *162*, 52–57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.04.005>
- Grogan S., Turley E., Cole J.(2018). “So many women suffer in silence”: A thematic analysis of women’s written accounts of coping with endometriosis. *Psychol. Health*,*33*.1364–1378. doi: 10.1080/08870446.2018.1496252.
- Hemati, Z., & Kiani, D. (2016). The relationship between self-esteem and quality of life of patients with idiopathic thrombocytopenic purpura at Isfahan's Sayed Al-Shohada Hospital, Iran, in 2013. *International Journal of Hematology-Oncology and Stem Cell Research*, *10*(2), 79-84.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of personality and social psychology*, *51*(1), 5-15. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.1.5>
- Kim, A., Jeon, S., & Song, J. (2023). Self-stigma and mental health in divorced single-parent women: mediating effect of self-esteem. *Behavioral Sciences*, *13*(9), 744. <https://doi.org/10.3390/bs13090744>
- Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoukis, C., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatrike = Psychiatriki*, *28*(1), 54- 59. doi:<https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.54>
- Lemoine, J., Konradsen, H., Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, *26*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>
- Lemos, A., Bonifácio, C., Caldeirita, C., & Francisco, V. (2017). Relação entre os conhecimentos nutricionais e imagem corporal, em adolescentes. *Adolescência: Revista Júnior de Investigação*, *4*, 61-74. <http://hdl.handle.net/10198/14199>

- Leroy, A., Azaïs, H., Garabedian, C., Bregegere, S., Rubod, C., & Collier, F. (2016). Psychologie et sexologie: une approche essentielle, du diagnostic à la prise en charge globale de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44(6), 363-367.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.03.017>
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). "Everybody Knows That Mass Media are/are not [pick one] a Cause of Eating Disorders": A Critical Review of the Evidence for a Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42. doi: <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9>
- Machado, T., Scur, M., Miguel, J., & Silva, J. (2017). Vinculação aos pais e imagem corporal em jovens universitários. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 5, 138-142. <http://hdl.handle.net/10316/81442>
- Marki, E., Moisoglou, I., Aggelidou, S., Malliarou, M., Tsaras, K., & Papatthanasiou, I. V. (2023). Body image, emotional intelligence and quality of life in peritoneal dialysis patients. *AIMS public health*, 10(3), 698–709. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2023048>
- Marques, M., Pimenta, J., Reis, S., Ferreira, L., Peralta, L., Santos, M., Santos, S. & Santos, E. (2016). (In) Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *Revista Nascer e Crescer*, 25, 217-221. <http://hdl.handle.net/10400.16/2029>
- Matías-González, Y., Sánchez-Galarza, A., Rosario-Hernández, E., Flores-Caldera, I., & Rivera-Segarra, E. (2022). Stigma and social support and their impact on quality of life and self-esteem among women with endometriosis in Latin-America and the Caribbean. *PLOS global public health*, 2(12). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001329>
- 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.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2014.952394>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.024>
- Mengarda, C. V., Passos, E. P., Picon, P., Costa, A. F., & Picon, P. D. (2008). Validation of Brazilian Portuguese version of quality of life questionnaire for women with endometriosis

- (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet*, 30(8), 384-392.
- Mikocka-Walus, A., Druitt, M., O'Shea, M., Skvarc, D., Watts, J. J., Esterman, A., Tsaltas, J., Knowles, S., Harris, J., Dowding, C., Parigi, E., & Evans, S. (2021). Yoga, cognitive-behavioural therapy versus education to improve quality of life and reduce healthcare costs in people with endometriosis: A randomised controlled trial. *BMJ Open*, 11(8), 1–7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046603>
- Mińko, A., Turoń-Skrzypińska, A., Rył, A., Bargiel, P., Hilicka, Z., Michalczyk, K., Łukowska, P., Rotter, I., & Cymbaluk-Płoska, A. (2021). Endometriosis—a multifaceted problem of a modern woman. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18158177>
- Miranda, A., Igreja, J., & Nogueira-Silva, C. (2019). Embriologia, anatomia, malformações uterinas, doença inflamatória pélvica, endometriose, leiomiomatose, adenomiose. In *Ginecologia fundamental* (1ª, pp. 72–102). Lidel.
- Missmer, S. A., Tu, F. F., Agarwal, S. K., Chapron, C., Soliman, A. M., Chiuve, S., Eichner, S., FloresCaldera, I., Horne, A. W., Kimball, A. B., Laufer, M. R., Leyland, N., Singh, S. S., Taylor, H. S., & As-Sanie, S. (2021). Impact of endometriosis on life-course potential: A narrative review. *International Journal of General Medicine*, 14, 9–25. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S261139>
- Monteiro, S. M. F., & Guimarães, C. (2019). *Abordagem clínica perante desequilíbrio da autoestima. Perspectivas em Psicologia*, 23(2), 160-178.
- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1), 123. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>
- Morotti M., Vincent K., Becker C.M. (2017). Mechanisms of pain in endometriosis. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*209:8–13. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.07.497.
- Mruk, C. J. (2006). Self-esteem research, theory, and practice: *Toward a positive psychology of self-esteem* (3rd ed.). Springer Publishing Company.

- Muris, P., & Otgaar, H. (2023). Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychology research and behavior management*, 2961-2975. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455>
- Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life? A Population Based Study. *PloS one*, 11(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163290>
- Nazik, H., Nazik, S., & Gul, F. C. (2017). Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 8(5), 343-346. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_503_15
- 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. (2019). Reprint of: Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 112(4), e137–e152. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.082>
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., Nardone, F. C., Nardone, C. C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., & Sutton, C. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366-373. doi: <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.
- Observatório das Desigualdades (s.d.). *Indicadores*. Consultado em Abril, 12, 2024 em: <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/indicadores/>
- 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.
- Pechorro, P., Marôco, P., Poiães, C. & Vieira, R. X., (2011). Validação da Escala de AutoEstima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, (5/6), 174-179.

- Pehlivan, M. J., Serman, K. A., Wuthrich, V., Horn, M., Basson, M., & Duckworth, T. (2022). Body image and depression in endometriosis: Examining self-esteem and rumination as mediators. *Body Image*, 43, 463-473. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.012>
- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377. doi : <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Ramin-Wright, A., Schwartz, A. S. K., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M. M., Haeberlin, F., Orelli, S., Eberhard. M., Imthurn. B., Imesch, P., Fink. D., & Leeners, B. (2018). Fatigue—a symptom in endometriosis. *Human reproduction*, 33(8), 1459-1465. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey115>
- Rasheed, H. A. M., & Hamid, P. (2020). Inflammation to Infertility: Panoramic View on Endometriosis. *Cureus*, 12(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.11516>
- Ribeiro, C. M., Salvador, R. V. A., & Carvalho, P. S. (2019). Preditores da qualidade de vida e de suporte social percebido em pessoas com doença mental crónica: Estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 5(1), 14-24. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.100>
- Rodgers, R. F., & Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders, and internet use, Part II: An integrated theoretical model. *Clinical Psychology Review*, 45, 65-82. doi: <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0016-6>
- Rodrigues, M., Vilarino, F. L., Souza, A. De, Munhoz, B., Paiva, S., Vinicius, L., Sousa, D. A., Zaia, V., & Barbosa, C. P. (2020). Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility : a cross-sectional study. 7, 1–7 doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00987-7>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105316643069>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rush, G., & Misajon, R. (2017). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health Care for Women International*, 39(3), 303–321. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397671>

- Russo, M. L., Chalif, J. N., & Falcone, T. (2020). Clinical management of endometriosis. *Minerva ginecologica*, 72(2), 106–118. doi: 10.23736/S0026-4784.20.04544-X
- Sardo A. D. S., Palma, F., Calagna, G., Zizolfi, B., & Bifulco, G. (2016). Chronic endometritis. In A. Darwish (Ed.), *Genital infections and infertility* (pp. 35-45) <https://doi.org/10.5772/63023>
- Sayer-Jones, K., & Sherman, K. A. (2021). Body image concerns in individuals diagnosed with benign gynaecological conditions: scoping review and meta-synthesis. *Health psychology and behavioral medicine*, 9(1), 456–479. doi: <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1920949>
- Sharpe, L. & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1153-1166. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Silva, I. F., Neves, C. F., Vilela, A. C., Bastos, L. M., & Henriques, M. L. (2016). Viver e cuidar após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 103-11. <https://doi.org/10.12707/RIV15047>
- Sims, O. T., Gupta, J., Missmer, S. A., & Aninye, I. O. (2021). Stigma and endometriosis: A brief overview and recommendations to improve psychosocial well-being and diagnostic delay. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158210>
- Smith, N. K., Madeira, J., & Millard, H. R. (2015). Sexual function and fertility quality of life in women using in vitro fertilization. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 985- 993. <https://doi.org/10.1111/jsm.12824>
- Smolarz, B., Szyłło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19). <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). *Consenso sobre endometriose*. Penela: Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Disponível em <http://www.spginecologia.pt/noticias-daspg/consenso-livro-endometriose-2015.html>
- Soliman, A. M., Coyne, K. S., Zaiser, E., Castelli-Haley, J., & Fuldeore, M. J. (2017). The burden of endometriosis symptoms on health-related quality of life in women in the 34 United States: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(4), 238-248. <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289512>

- Sousa, T. R., Queiroz, A. P., Baron, R. A., & Sperandio, F. F. (2015). Prevalência dos sintomas da endometriose: Revisão Sistemática. *Rev CES Med* 29(2), 211-226.
- Souza, T., Santos, N., Mota, J., Silva, M., Silva, N., & Santos, R., (2019). Integrative review article role of nursing in relation to endometriosis and depression carriers. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3). doi: 10.5205/1981-8963-v13i03a238506p811-818-2019
- Stanton, A., Revenson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 565-592. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Sullivan-Myers, C., Sherman, K. A., Beath, A. P., Cooper, M. J. W., & Duckworth, T. J. (2023). Body image, self-compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *Journal of psychosomatic research*, 167, 111197. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111197>.
- Sullivan-Myers, C., Sherman, K. A., Beath, A. P., Cooper, M. J. W., & Duckworth, T. J. (2023). Body image, self-compassion, and sexual distress in individuals living with endometriosis. *Journal of psychosomatic research*, 167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111197>
- Tennfjord, M. K., Gabrielsen, R., & Tellum, T. (2021). Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC women's health*, 21, 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>
- Torres, J. I. D. S. L., Araújo, J. L., Vieira, J. A., dos Santos Souza, C., Passos, I. N. G., & de Moura Rocha, L. (2021). Endometriose, dificuldades no diagnóstico precoce e a infertilidade feminina: Uma Revisão. *Research, Society and Development*, 10(6), doi:e6010615661-e6010615661.
- Tragantzopoulou, P. (2024). Endometriosis and stigmatization: A literature review. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*.
- Vassilopoulou, L., Matalliotakis, M., Zervou, M.I., Matalliotaki, C., Krithinakis, K., Matalliotakis, I., Krithinakis, K., Matalliotakis, I., Spandidos, D. A., & Goulielmos, G.N. (2019). Defining the genetic profile of endometriosis (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 17, 3267-3281. <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7346>
- Volker, C., & Mills, J. (2022). Endometriosis and body image: Comparing people with and without endometriosis and exploring the relationship with pelvic pain. *Body image*, 43, 518–522. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.014>

- Wang, Y., Nicholes, K., & Shih, I. M. (2019). The origin and pathogenesis of endometriosis. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 15. doi: 10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654
- Warzecha, D., Szymusik, I., Wielgos, M., & Pietrzak, B. (2020). The impact of endometriosis on the quality of life and the incidence of depression—a cohort study. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 3641. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103641>
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization: WHO Geneva.
- WHOQOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409.
- Wu, S., Wang, X., Liu, H., & Zheng, W. (2022). Efficacy of cognitive behavioral therapy after the surgical treatment of women with endometriosis: A preliminary case-control study. *Medicine* 23 (51). doi: 10.1097/MD.00000000000032433
- Yela, D. A., Quagliato, I. P., & Benetti-Pinto, C. L. (2020). Quality of life in women with deep endometriosis: A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(2), 90–95. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708091>
- Youseflu, S., Jahanian Sadatmahalleh, S., Bahri Khomami, M., & Nasiri, M. (2020). Influential factors on sexual function in infertile women with endometriosis: A path analysis. *BMC women's health*, 20, 1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00941-7>
- Zarbo C., Brugnera A., Frigerio L., Malandrino C., Rabboni M., Bondi E., Compare A. (2018) Behavioral, cognitive, and emotional coping strategies of women with endometriosis: A critical narrative review. *Womens Ment. Health*.21.1–13. doi: 10.1007/s00737-017-0779-9.
- Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Secomandi, R., Candeloro, I., Malandrino, C., Betto, E., Trezzi, G., Rabboni, M., Bondi, E., & Frigerio, L. (2019). Negative metacognitive beliefs predict sexual distress over and above pain in women with endometriosis. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 575–582. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0928-9>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Cópia de e-mail para Associação MulherEndo
- Anexo B** - Cópia de e-mail para pedido de utilização de instrumento de avaliação
- Anexo C** - Cópia de consentimento informado
- Anexo D** - Questionário Sociodemográfico e Clínico
- Anexo E** - Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose (EHP-30; Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015).
- Anexo F** - Escala de Autoestima de Rosenberg (Roserberg, 1965; traduzida por Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)
- Anexo G** - Escala de Apreciação Corporal 2 (BAS-2;(Tylka & Wood-Barcalow, 2015; versão portuguesa de Mata-Simões., et al, 2016

ANEXO A

Cópia de e-mail para Associação MulherEndo

Exma. Representante da Associação MulherEndo

O meu nome é Patrícia de Almeida Monteiro, estagiária e mestranda em Psicologia Clínica. Encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Túlia Cabrita. Esta dissertação integra-se no Projeto de Investigação "Endometriose Clínica: uma perspetiva psicológica".

O presente estudo pretende compreender e caracterizar a relação entre a literacia pessoal de cada portadora com a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem.

Neste sentido, vimos solicitar a V Ex.^a que autorize a recolha de dados junto da população com idade mínima de 18 anos, no âmbito da instituição que V. Exa. dirige. Serão salvaguardados os interesses dos participantes, assegurando uma rigorosa confidencialidade da informação recolhida, sendo que a participação é voluntária, anónima, sem prejuízos e/ou obrigações. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo da presente investigação e a participante poderá em qualquer momento, desistir de colaborar se assim o desejar.

Apresenta-se total disponibilidade para qualquer informação ou intervenção considerada útil.

Os melhores cumprimentos,

Patrícia Monteiro

ANEXO B

Cópia de e-mail para pedido de utilização de instrumento de avaliação

Exm. (Autor de verificação de instrumento),

O meu nome é Patrícia de Almeida Monteiro, estagiária e mestranda em Psicologia Clínica. Encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Túlia Cabrita. Esta dissertação integra-se no Projeto de Investigação "Endometriose Clínica: uma perspetiva psicológica".

O presente estudo pretende compreender e caracterizar a relação entre a literacia pessoal de cada portadora com a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem.

Como tal seria benéfico a utilização do (instrumento), instrumento que validou. Peço-lhe autorização para a utilização do mesmo.

Apresenta-se total disponibilidade para qualquer informação ou intervenção considerada útil, podendo contactar-me através do e-mail: 11027321@u.lusiada.pt

Os melhores cumprimentos,

Patrícia Monteiro

ANEXO C

Cópia de consentimento informado

Exma. Sra.

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, com a orientação da professora Doutora Túlia Cabrita.

Peço a colaboração no estudo por mim dirigido com o tema “Endometriose Clínica: perspetiva psicológica”, com o objetivo de avaliar a relação entre a literacia pessoal de cada portadora com a qualidade de vida, a autoestima e a autoimagem.

No estudo em causa, pretendo aplicar um questionário sociodemográfico, de modo a reunir algumas informações e particularidades. Para além deste serão aplicados mais três questionários, um relativo à qualidade de vida (EHP-30), outro aplicado à autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg), e por último, a Escala de Apreciação Corporal-2 (BAS-2).

A informação recolhida destina-se única e exclusivamente a tratamento estatístico e será tratada pela investigadora e orientadora. A sua recolha é confidencial e será mantida todo o anonimato das participantes.

Se tiver dúvidas ou necessitar de esclarecimentos adicionais pode contactar-me através do email 11027321@lis.ulusiada.pt

Agradeço a sua prestimosa colaboração, que muito contribui para o meu processo de aprendizagem.

ACEITO _____

NÃO ACEITO _____

Participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

ANEXO D

Questionário Sociodemográfico e Clínico

I- Sociodemográfico

1-Idade: _____

2-Ano de escolaridade: _____

3Estado civil: _____ Há quanto tempo: _____

4-Tem filhos: _____ Se sim, quantos? _____

5-Residência: _____

6-Situação profissional: _____

II-Histórico clínico

7-Há quanto tempo tem endometriose (meses): _____

8-Há quanto tempo foi diagnosticada como sendo portadora de endometriose (meses): _____

9-Quais os principais sintomas da sua endometriose (assinale tudo o que se aplique):

Dor Pélvica: ___ Dismenorreia (cólica menstrual): ___ Dor ovulatória: ___

Dispareunia (dor intensa na relação sexual): ___ Disquesia (dificuldade em evacuar): ___

Outros problemas intestinais na fase menstrual e pré-menstrual: ___ Infertilidade: _____

Problemas urinários na fase menstrual e pré-menstrual: ___ Fadiga: ___ Outro: _____

10- Como é que o seu médico classificou a sua endometriose:

Endometriose Mínima (Grau I)

Endometriose Ligeira (Grau II)

Endometriose Moderada (Grau III)

Endometriose Grave (Grau IV)

11- Onde se localiza a sua endometriose:

Ovários ___ Peritônio ___ Tubas-Uterinas (Trompas de Falópio) ___ Útero-sacos ___

Região retro cervical ___ Septo reto-vaginal ___ Bexiga ___ Ureteres ___ Rim ___ Apêndice ___

Diafragma ___ Pulmões ___ Cérebro ___ Nervos ___ Septo Nasal ___ Outro ___

12- Já realizou, no passado, algum tipo de tratamento farmacológico para a endometriose?

_____ Se sim, que tratamento realizou) _____

13- Encontra-se, atualmente, a realizar algum tipo de tratamento farmacológico? ___ Se sim, qual?

14- Já foi submetida a intervenção cirúrgica para tratamento da endometriose? ___ Se sim, qual?

_____ Quantas vezes

ANEXO E

Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose (EHP-30; Jones et al., 2001; Nogueira-Silva et al., 2015).

Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose

- Este questionário foi desenvolvido para medir o efeito da endometriose sobre a qualidade de vida da mulher.
- Por favor responda todas as questões
- Nós sabemos que você pode ter endometriose há algum tempo. Nós também entendemos que como você se sente agora pode ser diferente de como você se sentia no passado. Entretanto, você poderia, por favor, responder as questões somente em relação ao efeito que a endometriose tem tido em sua vida durante as últimas 4 semanas.
- Não há respostas corretas ou erradas, então selecione a opção que melhor represente seus sentimentos e experiências.
- Devido à natureza pessoal de algumas questões, entenda que você não tem de responder qualquer questão se você preferir que não.
- A informação e as respostas que você dará serão consideradas extremamente confidenciais.
- Se você tiver qualquer problema ou precisar de qualquer ajuda para completar este questionário por favor pergunte que ficaremos satisfeitos em lhe ajudar.

Parte 1: Questionário Central

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência devido a endometriose você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Foi incapaz de ir a eventos sociais devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Foi incapaz de fazer os serviços domésticos devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Achou difícil ficar em pé devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Achou difícil sentar devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Achou difícil caminhar devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Achou difícil se exercitar ou fazer atividades de lazer que você gosta devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ficou sem apetite ou ficou incapaz de comer devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Foi incapaz de dormir adequadamente devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9. Teve que ir para cama ou deitar-se devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Foi incapaz de fazer as coisas que você queria devido à dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sentiu-se incapaz de lidar com a dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentiu-se mal de maneira geral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentiu-se frustrada por que seus sintomas não estão melhorando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentiu-se frustrada por não conseguir controlar os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentiu-se incapaz de esquecer os seus sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentiu como se os seus sintomas estivessem controlando sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentiu-se deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentiu-se chorosa ou com vontade de chorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentiu-se muito infeliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Teve mudanças de humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentiu-se mau-humorada ou irritou-se facilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sentiu-se violenta ou agressiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sentiu-se incapaz de falar com as pessoas sobre como está se sentindo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sentiu que os outros não entendem o que você está passando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentiu que as outras pessoas acham que você está reclamando demais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sentiu-se sozinha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sentiu-se frustrada por nem sempre poder usar roupas que gostaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sentiu que sua aparência foi afetada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Perdeu a auto-confiança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção A: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose no seu trabalho. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não esteve empregada nas últimas 4 semanas marque aqui e siga para a seção B.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Teve que se ausentar do trabalho temporariamente devido a dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu-se incapaz de fazer suas tarefas no trabalho por causa da dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentiu-se envergonhada devido aos sintomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentiu-se preocupada em não ser capaz de fazer seu trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção B: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose na sua relação com seus filhos. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se você não tem filhos, por favor, marque aqui e siga para a seção C.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dificuldade de cuidar de seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu-se incapaz de brincar com seu/ seus filho/ filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção C: Estas perguntas se referem ao efeito da endometriose nas suas relações sexuais. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se isso não for importante marque aqui

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu dor durante ou depois das relações sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu-se preocupada em ter relações sexuais devido a dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evitou ter relações sexuais devido a dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiu-se culpada em não querer ter relações sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentiu-se frustrada por não ter prazer nas relações sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção D: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação aos seus médicos. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu que o(s) seu(s) médico(s) não está(estão) fazendo nada por você?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu que o seu médico acha que suas queixas são coisas da sua cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentiu-se frustrada com a falta de conhecimento do seu médico sobre endometriose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiu como se você estivesse gastando o tempo do seu médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção E: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos em relação ao seu tratamento - qualquer cirurgia ou remédio que você usa ou usou para a endometriose. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se frustrada porque seu tratamento não está funcionando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Achou difícil lidar com os efeitos adversos do tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentiu-se aborrecida por causa da quantidade de tratamento que você tem que usar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seção F: Estas perguntas se referem aos seus sentimentos sobre quaisquer dificuldades que você possa ter para engravidar. Nas últimas 4 semanas com que frequência você:

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Sentiu-se preocupada com a possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentiu-se incapacitada pela possibilidade de não ter ou não poder ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentiu-se deprimida pela possibilidade de não ter filhos/ou mais filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiu que a possibilidade de não poder engravidar tornou-se um fardo nos seus relacionamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F

Escala de Autoestima de Rosenberg (Roserberg, 1965; traduzida por Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011)

Escala de Autoestima de Rosenberg

(Autoria original de Morris Rosenberg. Tradução supervisionada por Pedro Pechorro)

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. De um modo geral estou satisfeito comigo próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por vezes penso que não presto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto que tenho algumas boas qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes sinto-me um inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sinto que sou uma pessoa de valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deveria ter mais respeito por mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. De um modo geral sinto-me um fracassado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho uma boa opinião de mim próprio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO G

Escala de Apreciação Corporal 2 (BAS-2;(Tylka & Wood-Barcalow, 2015; versão portuguesa de Mata-Simões., et al, 2016)

Por favor, indique com qual frequência as afirmações abaixo se aplicam a você: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1- Eu respeito meu corpo					
2 – Eu me sinto bem com meu corpo					
3 – Eu sinto que meu corpo tem, pelo menos, algumas qualidades positivas					
4 – Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo					
5 – Eu sou atento (a) às necessidades do meu corpo					
6 – Eu sinto amor pelo meu corpo					
7 – Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo					
8 – Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorrio					
9 – Eu me sinto confortável com meu corpo					
10 – Eu sinto que sou bonito(a) mesmo que eu seja diferente das imagens de pessoas atraentes da mídia (ex: modelos, atrizes/atores)					