



ANA PATRÍCIA  
MARQUES ROSA

ENDOMETRIOSE: IMPACTO, ACEITAÇÃO E SAÚDE  
MENTAL

**ANA PATRÍCIA  
MARQUES ROSA  
83506**

**ENDOMETRIOSE: IMPACTO, ACEITAÇÃO E SAÚDE  
MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e coorientado pela Doutora Alexandra Ferreira Valente, investigadora em Pós-doutoramento do William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário.

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do projeto de investigação intitulado “Mediation and moderation effects of culture, religion, beliefs and coping in the adjustment to chronic pain” (SFRH/BPD/121452/2016), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

## **o júri**

presidente

Doutora Sara Otlia Marques Monteiro  
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta  
Investigadora Auxiliar, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da  
Vida (ISPA)

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira  
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Anabela Pereira pelos seus ensinamentos, disponibilidade e incentivo para o cumprimento dos objetivos.

À Doutora Alexandra Ferreira Valente pelo apoio constante, pelos ensinamentos e pela tranquilidade transmitida.

À Associação Mulherendo pela disponibilidade e apoio na recolha de dados.

À minha família pelo constante apoio durante esta jornada.

Especialmente a todas as mulheres com endometriose que contribuíram para a realização deste trabalho.

## palavras chave

endometriose, dor, controlo e impotência, suporte social, autoimagem, ansiedade, depressão, distress, *mindfulness*.

## resumo

A endometriose é uma doença crónica que afeta cerca de 10 % das mulheres em idade fértil e cerca de 30 a 50% das mulheres com infertilidade. Quando sintomática apresenta um conjunto de sintomas variáveis, na sua maioria relacionados com dor (dor pélvica não menstrual, dismenorreia, dispareunia, disquémia e disúria), fadiga e infertilidade. Com um significativo atraso no diagnóstico e com enorme impacto na saúde e vida da mulher esta doença afeta o bem-estar emocional da portadora. Esta investigação procurou estudar a associação entre ansiedade, depressão e distress, o impacto da doença e o *mindfulness* traço, e ainda, estudar o efeito moderador do *mindfulness* na associação entre intensidade da dor, impacto da doença e saúde mental. O estudo incluiu 189 mulheres com diagnóstico comprovado de endometriose que responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, um questionário de perfil de saúde, medidas de *mindfulness* traço, ansiedade, depressão e distress. As participantes apresentam um nível moderado de ansiedade, ligeiro de depressão e elevado de distress. A aceitação apresenta associações negativas com a ansiedade, depressão e distress. A intensidade da dor, perceção da dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem estão associadas à saúde mental, sendo que uma grande variância da ansiedade, depressão e distress é explicada por estas variáveis independentes. Não foi verificado efeito moderador do *mindfulness* na associação entre intensidade da dor, impacto da doença na saúde da mulher e saúde mental.

Os resultados levam-nos a considerar a necessidade repensar o modelo de intervenção clínica nas mulheres com endometriose. A intervenção deverá ser personalizada e adaptada considerando os valores e objetivos de vida, estratégias de *coping* para lidar com a doença, o significado atribuído à sua experiência e o envolvimento da rede de suporte.

## **Keywords**

endometriosis, pain, control and powerlessness, social support, self-image, anxiety, depression, distress, mindfulness.

## **abstract**

Endometriosis is a chronic disease that affects about 10% of women during reproductive years and about 30 to 50% of infertile women. When symptomatic, it presents a set of variable symptoms, mostly related to pain (non-menstrual pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia, dyschezia and dysuria), fatigue and infertility. With an expressive delay in diagnosis and with enormous impact on health and life of the woman, affects the emotional well-being of the woman. The purpose of this research is to study the association between anxiety, depression and distress, disease impact and mindfulness trait, and, to study the moderating effect of mindfulness on the association between pain intensity, impact and mental health.

The study included 189 women with endometriosis diagnosis who responded to a sociodemographic and clinical questionnaire, a health profile questionnaire, measures of mindfulness, anxiety, depression and distress.

Participants have a moderate level of anxiety, mild depression and high distress. Acceptance has negative associations with anxiety, depression, and distress. The pain intensity, pain perception, control and powerlessness, social support and self-image are associated with mental health, and a large variance of anxiety, depression and distress is explained by these independent variables. There was no moderating effect of mindfulness on the association between pain intensity, pain, control and powerlessness, social support and self-image and mental health.

The findings lead us to rethink the clinical intervention model in endometriosis. The intervention should be personalized and adapted considering life values and goals, coping strategies to deal with the disease, the meaning making their experience and the support network commitment.

## Índice

Introdução.....	9
Metodologia.....	12
Resultados .....	15
Discussão.....	26
Referências .....	31

## Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização da amostra</i> .....	16
Tabela 2. <i>Correlações parciais, com controlo para a idade</i> .....	18
Tabela 3. <i>Análise de regressão predizendo ansiedade</i> .....	20
Tabela 4. <i>Análise de regressão predizendo depressão</i> .....	22
Tabela 5. <i>Análise de regressão predizendo depressão</i> .....	24
Tabela 6. <i>Análise de moderção da aceitação e da consciência na associação entre variáveis independentes intensidade média da dor, dor, controlo e impotencia, suporte social e autoimagem e as variáveis ansiedade, depressão e distress</i> .....	25



## Introdução

A endometriose é uma doença crónica que se caracteriza pela presença de glândulas e estroma endometrial em localização extrauterina que induzem uma resposta local inflamatória (Culley, et al., 2013). Com um espectro de apresentação variável, a endometriose pode ser assintomática ou manifestar-se por dor na região pélvica e sintomas em órgãos à distância (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). Esta doença afeta cerca de 10% das mulheres em idade fértil e 30 a 50% de mulheres com infertilidade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). Segundo Facchin e colaboradores (2015) mais de 80% das mulheres com endometriose sofrem de dor crónica (dismenorreia, dor pélvica, dispareunia e disquécia). O aumento de dejeções durante a menstruação, bem como, perda de sangue nas fezes e na urina, são também sintomas associados, dependendo da localização e órgãos envolvidos. Outros sintomas relatados são a fadiga, as menstruações abundantes e a infertilidade.

Dada a complexidade da doença e o espectro de apresentação variável, o processo de diagnóstico pode ser bastante moroso, quer pelo facto de os sintomas poderem indiciar outras patologias (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015), quer pelo desconhecimento por parte de alguns profissionais de saúde (Manderson, Warren, & Markovic, 2008), ou ainda, pela desvalorização da dor menstrual (Denny, 2009; Manderson et al., 2008). Vários estudos têm reportado um atraso no diagnóstico de aproximadamente 10 anos na Alemanha e na Áustria, 8 anos no Reino Unido e na Espanha, 7 anos na Noruega, 7 a 10 na Itália e 4 a 5 na Bélgica e na Irlanda (Ballard, Lowton & Wright, 2006; Hudelist et al., 2012; Nnoaham et al., 2011). O atraso no diagnóstico pode levar à progressão da doença e ao agravamento da condição de saúde das mulheres com endometriose (Nnoaham et al., 2011). Segundo Seear (2009) as mulheres diagnosticadas com endometriose podem sentir preocupação, ansiedade, autocensura, raiva, medo e depressão. Muitas vezes, perante o seu estado de saúde podem sentir-se socialmente isoladas, sobrecarregadas e impotentes. De acordo com o autor, estes sentimentos devem-se, em parte, ao atraso no diagnóstico.

Uma revisão sistemática realizada por Sousa, Queiroz, Baron e Sperandio (2015) acerca da prevalência dos sintomas da endometriose permite constatar que a prevalência média de ansiedade é de 27%, de depressão é de 19% e de distress 31%. Efetivamente, vários estudos revelam que mulheres com endometriose, quando comparadas com mulheres saudáveis, apresentam níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão (Petrelluzzi, Garcia, Petta, Grassi-Kassisse & Spadari-Bratfisch., 2008; Sepulcri & Amaral, 2009; Fourquet, Báez, Figueroa, Iriarte & Flores, 2011; Siedentopf, Tariverdian, Rücke, Kentenich & Arch, 2008; Simoens et al., 2012).

Segundo Petrelluzzi e colaboradores (2008) as mulheres com endometriose, quando comparadas com mulheres com dor pélvica crónica ou com mulheres saudáveis, relatam níveis mais elevados de distress. Com efeito, vários estudos têm mostrado que mulheres com endometriose

reportam distress psicológico, sentimentos de culpa em relação ao companheiro, alterações da imagem corporal, sentimentos de perda de controlo sobre o próprio corpo, sentimento de inutilidade e desesperança (Chen, et al., 2016; Cheong, Tay, Luk, Gan, Li e Cooke, 2008; Laganà, et al., 2015; Pope, Sharma, Sharma & Mazmanian, 2015).

A dor e o distress parecem não estar relacionadas com o estágio da doença (Vercellini, Fedele, Aimi, Pietropaolo, Consonni, & Crosignani, 2007) podendo sugerir a presença de fatores psicossociais na experiência de dor (Aerts et al., 2018). Fatores como a idade, a intensidade da dor, e aspetos relacionados com o diagnóstico, como o tempo desde o diagnóstico e o atraso no diagnóstico, podem estar associados à ansiedade e depressão (De Graaff, D'Hooghe, Dunselman, Dirksen, Hummelshoj, & Simoens, 2013; Sepulcri & Amaral, 2009).

A experiência de dor em pessoas com endometriose encontra-se negativamente correlacionada com a qualidade de vida relacionada com a saúde (Márki, Bokor, Rigó & Rigó, 2017). Os autores referem que a qualidade de vida está negativamente associada aos sintomas de dor, às variáveis psicológicas (depressão e ansiedade) e a dificuldades na regulação emocional. Vários estudos têm demonstrado, também, o impacto negativo da doença na qualidade de vida da mulher com endometriose, nomeadamente no bem-estar emocional, na saúde física, na vida social e nas relações interpessoais (Culley et al., 2013; Fourquet et al., 2010; Jones, Jenkinson & Kennedy, 2004; Moradi, Parker, Sneddon, Lopez, & Ellwood, 2014).

Os sintomas da endometriose têm um impacto negativo no dia-a-dia e no funcionamento físico das mulheres com endometriose. Segundo Fourquet e colaboradores (2010) as atividades domésticas e de vida diária são afetadas pela doença. Batista (2016) refere que a capacidade de o indivíduo lidar com a dor e a incapacidade funcional podem ter implicações no ajustamento físico e psicológico. Para além da dor, a imprevisibilidade dos sintomas e, por conseguinte, a falta de controlo sobre o corpo e sobre a doença têm implicações negativas no bem-estar emocional das mulheres com endometriose (De Graaff et al., 2013; Fourquet et al., 2011). Por sua vez, Bernuit e colaboradores (2011) constataram que aproximadamente 1/3 das mulheres que referem que a doença teve impacto negativo revelam que a doença afetou as relações familiares e com os filhos. A doença pode implicar a modificação de papéis e responsabilidades familiares, bem como, ansiedade, depressão, ressentimento ou sentimentos de impotência (Batista, 2016). A adaptação à doença requer o apoio dos outros, quer nas tarefas do dia a dia, quer a nível emocional (*idibem*). O suporte social tem sido, de facto, associado ao funcionamento físico e psicossocial dos indivíduos (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2014). De acordo com Fachado (2007) a perceção de suporte social desempenha um importante papel no processo de adaptação à doença, podendo constituir um aspeto protetor da saúde mental das doentes. A par destas variáveis, também a aparência física e a autoimagem das mulheres com endometriose parecem ser afetadas, entre outros fatores, pelos tratamentos que causam

a sensação de inchaço, o aumento de peso e problemas na pele (Jones et al., 2004). Um estudo realizado por Figueiredo, Cullen, Hwang, Rouland e Mandelblatt. (2009) com pacientes com cancro da mama confirmou a importância da imagem corporal na saúde mental, reforçando que a preocupação com a aparência corporal parece estar associada ao distress.

Um estudo piloto observacional desenvolvido por Kold, Hansen, Vedsted-Hansen e Forman (2012) sobre um programa de intervenção psicológica baseada no *mindfulness* em mulheres com endometriose demonstrou melhorias significativas em quatro dimensões da vida da mulher com endometriose, designadamente na interferência da dor, no controlo sobre a vida, no bem-estar emocional e no suporte social. Por sua vez, um estudo realizado por Mun, Okun e Karoly (2014) revelou que indivíduos que relataram níveis mais elevados de intensidade de dor, quando comparados com os indivíduos que relatam menor intensidade de dor, são menos conscientes e atentos (*mindful*). Lee e colaboradores (2017) verificaram que apesar do *mindfulness* não estar associado à dor em doentes com osteoartrite do joelho, modera a influência da dor no stress, o que sugere que o *mindfulness* pode alterar a forma como o indivíduo lida com a dor.

Vários estudos têm demonstrado que o *mindfulness* entendido como capacidade de ser consciente das experiências internas e externas no contexto de aceitação e não-julgamento em relação a essas experiências (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008) pode ter vários resultados benéficos em populações clínicas e não-clínicas. Efetivamente, seja como traço, seja como resultado de um programa de intervenção, o *mindfulness* tem sido associado a melhorias no bem-estar físico e psicológico (Baer, 2006).

As intervenções baseadas no *mindfulness* parecem ter impacto positivo na qualidade de vida de pacientes com síndromes de dor (Hansen, Kesmodel, Kold, & Forman, 2016), bem como, na saúde mental (ansiedade, depressão e distress). Vários estudos têm revelado associações negativas significativas entre *mindfulness* traço, stresse (Brown, Weinstein & Creswell, 2012) e ansiedade (Hou, Ng & Wan, 2015) e associações positivas significativas entre o *mindfulness* traço e o bem-estar psicológico (Bajaj, Gupta & Pande, 2016). A literatura sugere que as terapias baseadas no *mindfulness* têm efeitos significativos na redução de sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com cancro e em indivíduos com distúrbios de dor (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010).

Apesar da vasta investigação acerca da qualidade de vida e da psicopatologia nas mulheres com endometriose, identificamos algumas lacunas na investigação, nomeadamente no que respeita à sua associação entre o impacto da endometriose em diferentes dimensões da vida da mulher e a saúde mental. Pelo exposto e, considerando o impacto da doença na paciente, colocamos a hipótese de que quanto maior a interferência ou o impacto percebido da doença na vida e saúde da mulher (e.g. funcionamento físico, relações interpessoais, funcionamento social) pior a sua saúde mental. Até ao momento não foi ainda estudada esta relação, pelo que se torna relevante com este estudo: (a)

caracterizar a amostra no que respeita a idade, sintomatologia, intensidade da dor, número de anos de atraso no diagnóstico, impacto na saúde e vida da mulher, *mindfulness*, ansiedade, depressão e distress; (b) estudar a associação entre ansiedade, depressão e distress, e a intensidade da dor, o atraso no diagnóstico, o impacto da doença e o *mindfulness* traço. Por fim, apesar da crescente investigação relativa ao *mindfulness*, inclusive na população em estudo, ainda não foi estudada a interação entre o *mindfulness*, intensidade da dor, impacto da doença na saúde da mulher e saúde mental. Neste sentido iremos investigar o efeito moderador do *mindfulness* na associação entre intensidade da dor, impacto da doença na saúde da mulher e ansiedade, depressão e distress.

## Metodologia

### Participantes

Este estudo englobou uma amostra de 199 mulheres com diagnóstico de endometriose. Destas participantes, 10 foram excluídas uma vez que não tinham ainda diagnóstico de endometriose comprovado. A amostra final do estudo foi assim composta por 189 mulheres com diagnóstico de endometriose comprovado, com idades compreendidas entre os 19 anos e os 45 anos ( $M = 34,70$ ;  $DP = 5,38$ ).

### Instrumentos

Nesta investigação as participantes responderam a um Questionário de Perfil de Saúde – Endometriose (versão portuguesa do *Endometriosis Health Profile – 30*; Jones, Kennedy, Barnard, Wong & Jenkinson, 2001; Nogueira-Silva, et al., 2015), e a medidas de *mindfulness* traço (versão portuguesa da *Philadelphia Mindfulness Scale*; Cardaciotto, et al., 2008; Teixeira, Ferreira & Pereira, 2015), ansiedade e depressão (versão portuguesa da *Hospital Anxiety and Depression Scale*; Snaith & Zigmond, 1983; Pais-Ribeiro et al., 2007) e distress (versão portuguesa da *Kessler Psychological Distress Scale*; Kessler et al., 2002; Pereira, et al., 2017). As participantes responderam ainda a um questionário sociodemográfico e clínico, tendo reportado a sua idade, a sua idade aquando dos primeiros sintomas, a sua idade no momento do diagnóstico, a sintomatologia associada à endometriose e a intensidade média da sua dor pélvica não menstrual, dismenorreia, disúria, disquesia, dispareunia, utilizando uma Escala Numérica da Dor de 11 pontos, em que “0” significa “sem dor” e “10” significa “pior dor que se pode imaginar”. Esta é uma escala particularmente sensível e responsiva à intensidade da dor (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro & Jensen, 2011). A pontuação compósita da intensidade da dor foi calculada considerando a média da intensidade da dor dos cinco itens considerados.

**Questionário de Perfil de Saúde – Endometriose (EHP-30):** o impacto auto reportado da endometriose em várias dimensões da vida, foi avaliado através da versão portuguesa do EHP-30 (Nogueira-Silva, et al., 2015). O questionário é constituído por um módulo central de 30 itens que avalia 5 dimensões (Dor, Controlo e impotência, Bem-estar emocional, Suporte social e Autoimagem) e por um questionário modular, de preenchimento facultativo, de 23 itens que avalia 6 dimensões (Vida no trabalho, Relação com os filhos, Relações sexuais, Relação com os médicos, Tratamento e Infertilidade). Os 53 itens deste instrumento utilizam uma escala de *likert* variando entre 0 (“nunca”) e 4 (“sempre”). A pontuação de cada subescala varia entre 0 e 100, com pontuações maiores a indicar maior impacto negativo da doença nas diferentes dimensões avaliadas. A versão portuguesa apresenta elevada consistência interna ( $0,876 < \alpha < 0,981$ ) nas dimensões do questionário central, e nas dimensões do questionário modular ( $0,863 < \alpha < 0,951$ ; *ibidem*). Na amostra deste estudo todas as dimensões apresentam elevada consistência interna, quer para o questionário central ( $0,877 < \alpha < 0,959$ ), quer para o questionário modular ( $0,858 < \alpha < 0,964$ ).

**Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS).** O *mindfulness* traço foi avaliado através da versão portuguesa da PHLMS (Teixeira, Ferreira & Pereira, 2015). Esta escala é composta por 20 itens de autorresposta cotados através de uma escala de *likert* de 5 pontos, que avalia dois componentes do *mindfulness*: Aceitação e Consciência. Resultados elevados em cada subescala indicam maior capacidade de os indivíduos se focarem no momento presente. À semelhança da versão original, a versão portuguesa apresenta uma consistência interna aceitável a elevada em ambas as dimensões da escala (0,77 e 0,85 para as subescalas Consciência a Aceitação, respetivamente; *idibem*). Nesta amostra, esta escala apresenta valores de consistência interna semelhantes (de 0,780 na subescala Consciência e 0,827 na subescala Aceitação).

**Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).** A ansiedade e depressão foram avaliadas através da versão portuguesa da HADS (Pais-Ribeiro et al., 2007). Este instrumento é composto por duas escalas, ambas com 7 itens. Cada item é pontuado numa escala de tipo *likert* de 4 pontos, com as pontuações totais de ambas as dimensões a variar entre 0 e 21. Segundo o manual da HADS, uma pontuação que varia entre 0 e 7 corresponde a ansiedade/depressão “normal”, entre 8 e 10 “ligeira”, entre 11 e 14 “moderada” e entre 15 e 21 “severa”. Ambas as subescalas apresentam valores de consistência interna aceitáveis a elevados (0,76 para a escala de Ansiedade e de 0,81 para a escala da Depressão; Pais-Ribeiro et al., 2007). Na nossa amostra a escala demonstrou uma elevada consistência interna em ambas as dimensões ( $\alpha=0,817$  para a subescala Depressão,  $\alpha=0,824$  para a subescala Ansiedade).

**Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10).** O Distress psicológico foi avaliado pela versão portuguesa da K10 (Pereira et al., 2017). A escala é constituída por 10 itens, e cada item é pontuado numa escala *likert* de 5 pontos. A cotação da escala é feita considerando a soma da pontuação de cada item e a pontuação varia entre 10 e 50. Pontuações mais elevadas indicam maior nível de distress psicológico. Andrews e Slade (2001) sugeriram os seguintes pontos de corte: entre 10-15 “Baixo”, entre 16-21 “Moderado”, entre 22 -29 “Elevado” e entre 30-50 pontos “Muito elevado”. A escala apresenta uma elevada consistência interna ( $\alpha=0,910$ ; Pereira et al., 2017). Na nossa amostra esta escala demonstrou excelente consistência interna ( $\alpha=0,934$ ).

### **Procedimento**

Os dados foram recolhidos entre os dias 7 de julho e 29 de setembro de 2018, através de um questionário partilhado num grupo de Facebook gerido pela Associação Mulherendo – Associação Portuguesa de Mulheres com Endometriose. O grupo possuía à data 443 membros, sendo a taxa de resposta de 44,92%.

O tamanho desejável da amostra foi determinado através do cálculo de potência a priori usando a calculadora DanielSoper (Soper, 2018), considerando um tamanho do efeito de 0,20, um nível de significância bilateral de 0,05 e uma potência de 0,80.

**Análise dos dados.** A análise dos dados foi efetuada com recurso ao programa de software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24. Para caracterizar a amostra calculamos as estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequência relativa) das variáveis em estudo. Posteriormente, calculamos os coeficientes de correlação parciais, controlando para a idade, para estudar as associações entre ansiedade, depressão e distress e a intensidade da dor, o atraso no diagnóstico, o tempo desde o diagnóstico, o impacto da doença e o *mindfulness* traço.

De seguida, realizamos uma série de 9 análises de regressão linear múltipla, 3 para cada variável critério, para testar a importância preditiva das diferentes variáveis na ansiedade, na depressão e no distress. Para analisar os pressupostos da regressão linear múltipla recorreu-se à análise gráfica dos resíduos estudentizados, à estatística de Durbin-Watson e à estatística Fator de Inflação de Variância (VIF). Consideraram-se efeitos significativos aqueles com  $p < 0,05$ .

Por fim, foi avaliado um modelo de moderação da associação entre a intensidade da dor, impacto da doença em várias esferas da vida das participantes (dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem), e a saúde mental (ansiedade, depressão e distress), pelo *mindfulness* traço, segundo os pressupostos de Hayes (2017) para análise de trajetórias pelo método dos mínimos quadrados ordinários da regressão linear múltipla multivariada, implementados na macro PROCESS (v. 3.1) para SPSS. Para eliminar eventuais problemas de multicolinearidade com o termo de interação, todas as análises foram efetuadas nas variáveis centradas (Aiken & West, 1991 citado por

Marôco, 2010). Para cada uma das variáveis dependentes consideradas (ansiedade, depressão e distress), avaliaram-se, primeiramente, os efeitos diretos da intensidade da dor e impacto da doença individualmente (uma análise para cada variável independente) sobre a variável dependente. Depois, foi avaliado em que medida tais efeitos diretos são moderados pelas duas dimensões de *mindfulness* traço consideradas. Na eventualidade da existência de um efeito moderador, planeámos realizar o *probing* desta interação por recurso à técnica de *Johnson-Neyman* (Hayes, 2017).

## Resultados

### Caracterização clínica da amostra

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e clínicas na amostra do estudo. Como se pode observar as 189 mulheres com diagnóstico de endometriose tem uma média de idade de 34,70 ( $DP = 5,38$ ). Relativamente aos dados clínicos associados à doença é de referir um atraso no diagnóstico de, em média, 10,47 anos ( $DP = 8,46$ ), sendo o tempo médio decorrido desde o diagnóstico de 3,64 ( $DP = 4,09$ ) anos.

Com respeito à sintomatologia, podemos referir que o número médio de sintomas é de 5,08 ( $DP = 1,66$ ), sendo de destacar que das 189 mulheres com endometriose 93,65% refere dor pélvica, 88,36% refere cansaço/falta de energia, 84,13% refere dismenorreia, 65,61% refere disquêzia e 64,02% alterações intestinais. Por sua vez, a amostra é caracterizada por níveis moderados de dor (4,73;  $DP = 2,23$ ). Quando observamos a intensidade média da dor por tipo de dor mais frequente nas mulheres com endometriose verificamos uma intensidade média de 6,66 ( $DP = 2,89$ ) na dor pélvica não menstrual, uma intensidade média de 6,58 ( $DP = 3,53$ ) na dismenorreia e uma intensidade 4,67 ( $DP = 3,07$ ) na relação sexual. As participantes apresentam um nível moderado de ansiedade (11,19;  $DP = 4,22$ ), um nível ligeiro de depressão (7,93;  $DP = 4,06$ ) e um nível elevado de distress psicológico (29,72;  $DP = 9,29$ ). No que respeita ao impacto da doença na saúde e vida da mulher constatamos que as dimensões com maior interferência são o suporte social (62,63;  $DP = 27,97$ ), a infertilidade (61,90;  $DP = 31,78$ ), o controlo e impotência (61,81;  $DP = 26,43$ ), a autoimagem (60,09;  $DP = 29,08$ ), o bem estar emocional (57,87;  $DP = 26,10$ ) e as relações sexuais (55,65;  $DP = 31,11$ ).

Tabela 1.

*Caracterização da amostra*

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Atraso no diagnóstico (em anos)	182	-	10,47	8,46
<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)</i>				
Ansiedade	189	-	11,19	4,22
Depressão	189	-	7,93	4,06
Distress ( <i>Escala de Distress de Kessler</i> )	189	-	29,72	9,29
<i>Philadelphia Mindfulness Scale (PHMLS)</i>				
Consciência	189	-	37,84	5,98
Aceitação	189	-	24,30	6,42
<i>Questionário de Perfil de Saúde (EHP-30)</i>				
Número de sintomas	189	-	5,08	1,66
Dor	189	-	55,38	23,73
Controlo e impotência	189	-	61,81	26,43
Bem-estar emocional	189	-	57,87	26,10
Suporte Social	189	-	62,63	27,97
Autoimagem	189	-	60,09	29,08
<i>Sintomatologia</i>				
Dor pélvica não menstrual	177	93,65	-	-
Disúria	80	42,32	-	-
Disquézia	124	65,60	-	-
Dismenorreia	159	84,12	-	-
Cansaço/falta de energia	167	88,35	-	-
Enjoos/vômitos	82	43,38	-	-
Hemorragias	52	27,51	-	-
Alterações intestinais	121	64,02	-	-
<i>Intensidade da dor (em média)</i>				
Dor pélvica não menstrual	177	-	6,66	2,89
Disúria	80	-	2,13	3,07
Disquézia	124	-	3,65	3,36
Dismenorreia	159	-	6,58	3,53
Dispareunia	152	-	4,67	3,07



### **Associação entre a intensidade da dor, o atraso no diagnóstico, o impacto da doença e o *mindfulness* traço e variáveis critério**

A Tabela 2 apresenta os coeficientes de correlação parcial entre ansiedade, depressão e distress e a intensidade da dor, o atraso no diagnóstico, o impacto da doença e o *mindfulness* traço. A intensidade da dor está significativa e positivamente associada ao distress ( $r = 0,298$ ;  $p < 0,001$ ), à dimensão dor ( $r = 0,440$ ;  $p < 0,001$ ), à dimensão controlo e impotência ( $r = 0,381$ ;  $p < 0,001$ ) e à autoimagem ( $r = 0,263$ ;  $p < 0,001$ ). Esta apresenta, ainda associação positiva moderada com o suporte social ( $r = 0,226$ ;  $p = 0,002$ ) e associações fracas com ansiedade ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,029$ ) e depressão ( $r = 0,184$ ;  $p = 0,013$ ).

As dimensões do EHP-30 apresentam associações positivas significativas com as variáveis critério e associações negativas de fracas a significativas com a aceitação. A dimensão dor apresenta associações positivas com o distress ( $r = 0,408$ ;  $p < 0,001$ ), a depressão ( $r = 0,346$ ;  $p < 0,001$ ) e a ansiedade ( $r = 0,271$ ;  $p < 0,001$ ) e uma associação fraca negativa com a aceitação ( $r = -0,180$ ;  $p = 0,015$ ). A dimensão controlo e impotência está significativa e positivamente associada ao distress ( $r = 0,564$ ;  $p < 0,001$ ), à ansiedade ( $r = 0,427$ ;  $p < 0,001$ ) e depressão ( $r = 0,411$ ;  $p < 0,001$ ), demonstrando ainda uma associação fraca negativa com a aceitação ( $r = -0,191$ ;  $p = 0,010$ ). O suporte social apresenta associações positivas significativas com distress ( $r = 0,591$ ;  $p < 0,001$ ), depressão ( $r = 0,466$ ;  $p < 0,001$ ) e a ansiedade ( $r = 0,461$ ;  $p < 0,001$ ) e uma associação negativa significativa com a aceitação ( $r = -0,305$ ;  $p < 0,001$ ). À semelhança, a autoimagem apresenta associações positivas com distress ( $r = 0,521$ ;  $p < 0,001$ ), depressão ( $r = 0,542$ ;  $p < 0,001$ ) e ansiedade ( $r = 0,380$ ;  $p < 0,001$ ), e uma associação negativa moderada com a aceitação ( $r = -0,252$ ;  $p = 0,001$ ).

Por sua vez, a aceitação está significativa e negativamente associada à consciência ( $r = -0,480$ ;  $p < 0,001$ ), à ansiedade ( $r = -0,382$ ;  $p < 0,001$ ), à depressão ( $r = -0,241$ ;  $p < 0,001$ ) e ao distress ( $r = -0,315$ ;  $p < 0,001$ ).

O atraso no diagnóstico apresenta associações positivas moderada e fraca com a dimensão dor ( $r = 0,233$ ;  $p = 0,002$ ) e controlo e impotência ( $r = 0,168$ ;  $p = 0,024$ ), respetivamente.

Tabela 2

*Correlações parciais, com controlo para a idade*

Variáveis	Intensidade da dor	Dor	Controlo e impotência	Suporte Social	Autoimagem	Aceitação	Consciência	Ansiedade	Depressão	Distress
Atraso no diagnóstico	0,092	0,233**	0,168*	0,054	0,103	-0,017	0,059	-0,002	0,070	-0,004
Intensidade da dor		0,440***	0,381***	0,226**	0,263***	-0,009	0,009	0,161*	0,184*	0,298***
Dor			0,778***	0,547***	0,532***	-0,180*	0,130	0,271***	0,346***	0,408***
Controlo e impotência				0,652***	0,516***	-0,191*	0,059	0,427***	0,411***	0,564***
Suporte Social					0,632***	-0,305***	-0,043	0,461***	0,466***	0,591***
Autoimagem						-0,252**	0,001	0,380***	0,542***	0,521***
Aceitação							-0,480***	-0,382***	-0,241***	-0,315***
Consciência								-0,089	-0,122	-0,080
Ansiedade									0,628***	0,776***
Depressão										0,693***

*Nota.*\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

**Análise de regressão multivariada: Associação entre ansiedade e a intensidade da dor, o impacto da doença e o *mindfulness* traço**

Os resultados da regressão hierárquica múltipla que predizem a ansiedade são apresentados na Tabela 3. No modelo 2 de regressão para a ansiedade, verificamos relativamente à idade, que a intensidade da dor e o impacto da doença nas dimensões dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem explicam 26% da variância no critério estatisticamente significativa, representando uma grande variação explicada por estas variáveis independentes. As variáveis dor, controlo e impotência e suporte social estão significativamente associadas à ansiedade. No modelo três verificamos que o *mindfulness* traço foi responsável por um adicional de 12% da variância no critério estatisticamente significativa. As variáveis aceitação e consciência são estatisticamente significativas e preditoras da ansiedade.

Tabela 3

*Análise de regressão hierárquica predizendo ansiedade*

	$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$
Ansiedade (HADS)				
Modelo 1	0,007	0,007	1,332	
Idade				- 0,084
Modelo 2	0,271	0,264	13,211***	
Idade				- 0,002
Intensidade da dor				0,039
EHP-30				
Dor				- 0,242*
Controlo e				0,358**
Impotência				
Suporte Social				0,247*
Autoimagem				0,160
Modelo 3	0,393	0,121	17,968***	
Idade				0,054
Intensidade da dor				0,061
EHP-30				
Dor				- 0,200*
Controlo e impotência				0,364**
Suporte Social				0,109
Autoimagem				0,111
<i>Mindfulness</i> traço				
(PHLMS)				
Aceitação				- 0,430***
Consciência				- 0,277***

*Nota.* EHP – 30 indica Endometriosis Health Profile – 30; PHLMS indica Philadelphia

Mindfulness Scale; HADS indica Hospital Anxiety and Depression Scale

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

### **Análise de regressão multivariada: Associação entre depressão e a intensidade da dor, o impacto da doença e o *mindfulness* traço**

A tabela 4 apresenta os resultados da regressão hierárquica múltipla que predizem a depressão. No modelo 1 verificamos que a idade não é preditora da depressão. Por sua vez, no modelo 2 as variáveis independentes intensidade da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem explicam 32% da variância do critério. O modelo 3 explica 37% da variância do critério, sendo que o *mindfulness* traço contribui para um adicional de 4% da variância do critério. As variáveis

independentes estatisticamente significativas preditoras da depressão são a autoimagem, a aceitação e a consciência.

Tabela 4

*Análise de regressão hierárquica predizendo depressão*

	$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$
Depressão (HADS)				
Modelo 1	0,002	0,002	0,354	
Idade				-0,043
Modelo 2	0,324	0,322	17,368***	
Idade				0,051
Intensidade da dor				0,005
EHP-30				
Dor				-0,108
Controlo e impotência				0,181
Suporte Social				0,127
Autoimagem				0,428***
Modelo 3	0,368	0,044	6,212**	
Idade				0,076
Intensidade da dor				0,011
EHP-30				
Dor				- 0,062
Controlo e impotência				0,181
Suporte Social				0,044
Autoimagem				0,402***
<i>Mindfulness</i> traço				
(PHLMS)				
Aceitação				- 0,215**
Consciência				- 0,229**

*Nota.* EHP – 30 indica Endometriosis Health Profile – 30; PHLMS indica Philadelphia

Mindfulness Scale; HADS indica Hospital Anxiety and Depression Scale

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

#### **Análise de regressão multivariada: Associação entre distress e a intensidade da dor, o impacto da doença e o *mindfulness* traço**

Os resultados da análise de regressão para predizer o distress medido pelo K10 estão apresentados na tabela 5. No primeiro modelo observa-se que a idade é estatisticamente significativa e explica 4% da variância do critério. No modelo dois, a intensidade da dor e as dimensões dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem contribuem para uma variância estatisticamente significativa de 44% do distress. Estas variáveis explicam uma enorme variância no critério. Por fim, no modelo 3, o *mindfulness* traço é estatisticamente significativo e contribui 4% para a variância do

distress. As variáveis independentes estatisticamente significativas preditoras do distress são a intensidade da dor, a dor, o controlo e impotência, o suporte social, a autoimagem, a aceitação e a consciência.

Tabela 5

*Análise de regressão hierárquica predizendo distress*

	$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta F$	$\beta$
Distress (K10)				
Modelo 1	0,039	0,039	7,602**	
Idade				- 0,198**
Modelo 2	0,478	0,439	30,666***	
Idade				- 0,084
Intensidade da dor				0,127*
EHP-30				
Dor				- 0,264**
Controlo e impotência				0,386***
Suporte Social				0,300***
Autoimagem				0,238**
Modelo 3	0,517	0,039	7,205**	
Idade				- 0,054
Intensidade da dor				0,138*
EHP-30				
Dor				- 0,234**
Controlo e impotência				0,389***
Suporte Social				0,220**
Autoimagem				0,211**
<i>Mindfulness</i> traço				
(PHLMS)				
Aceitação				- 0,235***
Consciência				- 0,179**

Nota. EHP – 30 indica Endometriosis Health Profile – 30; PHLMS indica Philadelphia

Mindfulness Scale; HADS indica Hospital Anxiety and Depression Scale

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

### **Análise de moderação: o efeito moderador do *mindfulness* traço na associação entre intensidade da dor, impacto da doença na saúde da mulher e ansiedade, depressão e o distress**

A Tabela 6 apresenta os resultados relativos ao efeito de interação na associação entre intensidade da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem e ansiedade, depressão e distress. A interpretação dos resultados permite-nos constatar que não se verificou efeito moderador da aceitação e da consciência na associação entre as variáveis independentes intensidade média da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem e as variáveis ansiedade, depressão e distress.



Tabela 6

*Análise de moderação da aceitação e da consciência na associação entre as variáveis independentes intensidade média da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem e as variáveis ansiedade, depressão e distress.*

	$\Delta R^2$	$F(1, 183)$	$p$
<b>Ansiedade (HADS)</b>			
Efeito de interação Dor x Aceitação	0,000	0,112	0,738
Efeito de interação Dor x Consciência	0,001	0,292	0,589
Efeito de interação Controlo e impotência x Aceitação	0,002	0,618	0,433
Efeito de interação Controlo e impotência x Consciência	0,004	1,107	0,294
Efeito de interação Suporte Social x Aceitação	0,002	0,571	0,451
Efeito de interação Suporte Social x Consciência	0,001	0,348	0,556
Efeito de interação Autoimagem x Aceitação	0,004	0,951	0,331
Efeito de interação Autoimagem x Consciência	0,004	1,062	0,304
Efeito de interação Intensidade da dor x Aceitação	0,000	0,012	0,912
Efeito de interação Intensidade da dor x Consciência	0,000	0,038	0,847
<b>Depressão (HADS)</b>			
Efeito de interação Dor x Aceitação	0,000	0,107	0,744
Efeito de interação Dor x Consciência	0,005	1,171	0,281
Efeito de interação Controlo e impotência x Aceitação	0,000	0,015	0,903
Efeito de interação Controlo e impotência x Consciência	0,011	2,854	0,093
Efeito de interação Suporte Social x Aceitação	0,005	1,294	0,257
Efeito de interação Suporte Social x Consciência	0,001	0,179	0,673
Efeito de interação Autoimagem x Aceitação	0,007	1,876	0,172
Efeito de interação Autoimagem x Consciência	0,000	0,004	0,953
Efeito de interação Intensidade da dor x Aceitação	0,001	0,196	0,659
Efeito de interação Intensidade da dor x Consciência	0,003	0,660	0,418
<b>Distress (K10)</b>			
Efeito de interação Dor x Aceitação	0,001	0,177	0,675
Efeito de interação Dor x Consciência	0,001	0,177	0,674
Efeito de interação Controlo e impotência x Aceitação	0,000	0,000	1,000
Efeito de interação Controlo e impotência x Consciência	0,002	0,531	0,467
Efeito de interação Suporte Social x Aceitação	0,001	0,322	0,571
Efeito de interação Suporte Social x Consciência	0,005	1,550	0,215
Efeito de interação Autoimagem x Aceitação	0,001	0,246	0,621
Efeito de interação Autoimagem x Consciência	0,003	0,837	0,361
Efeito de interação Intensidade da dor x Aceitação	0,000	0,116	0,734
Efeito de interação Intensidade da dor x Consciência	0,002	0,534	0,466

## Discussão

Esta investigação visa a caracterização da amostra no que respeita a idade, sintomatologia, intensidade da dor, número de anos de atraso no diagnóstico, impacto da na saúde e vida da mulher, *mindfulness*, ansiedade, depressão e distress, o estudo da associação entre a intensidade da dor, o impacto da doença na saúde da mulher, o *mindfulness* traço e a sintomatologia psicopatológica, bem como o estudo do efeito moderador do *mindfulness* nesta relação.

O nosso estudo permitiu verificar que o atraso médio do diagnóstico da endometriose é de aproximadamente 10 anos. Os sintomas mais frequentemente referidos pelas participantes foram a dor pélvica não menstrual, a dismenorreia e o cansaço/falta de energia, sendo a intensidade da dor, em média, 4,73. Já no que respeita à saúde mental, as participantes apresentam níveis moderados de ansiedade, níveis ligeiros de depressão e níveis elevados de distress. Para além da sintomatologia, os resultados revelam que a endometriose tem um impacto negativo em diferentes dimensões, nomeadamente, no funcionamento físico, na perceção de controlo sobre a doença e sobre a vida, na perceção de suporte social e na autoimagem. Todas estas dimensões encontram-se positiva e estatisticamente associadas à saúde mental (ansiedade, depressão e distress). No que respeita ao *mindfulness* traço, os resultados permitem-nos confirmar que a aceitação se encontra negativamente associada à saúde mental (ansiedade, depressão e distress) e ao impacto da endometriose nas dimensões autoimagem, suporte social, dor e controlo e impotência. O *mindfulness* traço (aceitação e consciência) é preditor da ansiedade, da depressão e do distress. Por sua vez, a dor, o controlo e impotência e o suporte social predizem a ansiedade e a autoimagem prediz a depressão. A intensidade da dor, a dor, o controlo e impotência, o suporte social e autoimagem são ainda predictoras do distress. Por fim, a análise dos resultados leva-nos a constatar que não existe efeito moderador da aceitação e da consciência na associação entre as variáveis independentes intensidade média da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem e as variáveis ansiedade, depressão e distress.

Os resultados desta investigação, no que respeita à caracterização da amostra, vão ao encontro dos diferentes estudos já realizados. A endometriose é uma doença inflamatória diagnosticada, essencialmente na idade reprodutiva, sendo maior a prevalência na terceira década de vida (Nascimento, 2017). O atraso no diagnóstico, em média, é de aproximadamente 10 anos, corroborando os estudos referenciados por Dunselman e colaboradores (2014). Os autores referem que o atraso no diagnóstico se deve, em parte a fatores relacionados com a mulher e a dificuldades no reconhecimento da doença pela comunidade médica. Efetivamente, ainda é social e culturalmente aceite que as dores menstruais são normais. Por sua vez, a inespecificidade do quadro clínico e a sobreposição da sintomatologia com outras situações patológicas poderá dificultar o diagnóstico da doença (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). O nosso estudo revela ainda que o atraso no diagnóstico está associado à dor e ao controlo e impotência. Estes dados podem ser explicados pelo

facto de a endometriose poder ter um início progressivo e ser de difícil reconhecimento, favorecendo a progressão da doença. Assim sendo, quanto maior o atraso no diagnóstico, maior a interferência da dor no funcionamento físico e social e, simultaneamente, a dificuldade de gerir e controlar os sintomas da doença e a sua própria vida.

Vários autores referem que o atraso no diagnóstico pode estar associado à ansiedade e depressão (De Graaff et al., 2013; Sepulcri & Amaral, 2009). No nosso estudo este não se encontra associado à ansiedade, depressão e distress. Eventualmente, este dado poderá ser explicado pelo sentimento de pertença a um grupo com experiências semelhantes ou, pelo facto de todas as participantes já terem sido medicamente acompanhadas/tratadas.

A endometriose apresenta-se como uma doença enigmática e com diferentes manifestações clínicas. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015) os sintomas clássicos da endometriose são a dismenorreia progressiva com prevalência de 62,2% a 79% (Bellelis et al., 2010; Sinaii et al., 2008), a dispareunia com prevalência de 45% a 49% (Sinaii et al., 2008; Sousa et al., 2015), a dor pélvica com uma prevalência de 69% (Sinaii et al., 2008) e a infertilidade com uma prevalência de 27% (Sousa et al., 2015). Outros sintomas são a disúria, a disquécia, alterações intestinais, fadiga, perda de sangue nas fezes e na urina, fadiga e hemorragias abundantes (Sociedade portuguesa de Ginecologia, 2015). Os nossos resultados relativos à sintomatologia são congruentes com os de outros estudos, verificando-se como sintomatologia mais frequente a dor pélvica não menstrual (93,65%), a dismenorreia (84,12%) e o cansaço (88,35%), seguida da disquécia e das alterações intestinais. É de notar que a prevalência dos sintomas é superior na nossa amostra, o que, em parte, pode estar relacionado com o tempo decorrido desde o diagnóstico (3,64;  $DP = 4,09$ ). Segundo Shakiba, Bena, McGill, Minger & Falcone (2008) cerca de 20% das doentes poderão ter necessidade de nova cirurgia dentro de 2 anos, o que significa que em média passados 2 anos após a cirurgia poderá existir uma recidiva e, conseqüentemente, necessidade de controlar a dor e/ou corrigir as distorções anatómicas.

A literatura tem ainda evidenciado a prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa e de stress associada à endometriose (Fourquet, et al., 2011; Petrelluzzi, et al., 2008; Sepulcri & Amaral, 2009; Siedentopf et al., 2008; Simoens et al., 2012). Consistente com os dados existentes constatamos que a nossa amostra apresenta um nível moderado de ansiedade (11,19;  $DP = 4,22$ ), um nível ligeiro de depressão (7,93;  $DP = 4,06$ ) e um nível elevado de distress (29,72;  $DP = 9,29$ ).

Os resultados obtidos permitem-nos, ainda corroborar os estudos acerca da intensidade da dor e saúde mental. A intensidade da dor está associada à ansiedade e depressão (Craig, Tran & Middleton, 2009) ao distress (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Craig e colaboradores (2009) verificaram que pacientes com diminuição de sintomatologia depressiva e ansiosa, referem diminuição da intensidade da dor, bem como, redução das queixas dolorosas. Por sua vez, Gatchel e

colaboradores (2007) referem que o distress pode predispor as pessoas a sentir dor, precipitar a dor e inibir ou amplificar a intensidade da dor.

O impacto da doença no funcionamento físico e social medido pela subescala dor, e o controlo e impotência estão associada à ansiedade, depressão e ao distress. A endometriose tem impacto significativo nas atividades do dia-a-dia e no funcionamento físico e social. A percepção de impacto desta doença no funcionamento físico e social está associada à saúde mental. Neste sentido, quanto maior o impacto percebido da endometriose no funcionamento físico e social pior a saúde mental. Da mesma forma, quanto maior a percepção de impotência e de incapacidade de controlar a sua vida pior a saúde mental. A teoria de stress e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) pode ser um ponto de partida para explicar estes resultados. Os processos de avaliação cognitiva são fundamentais na adaptação à doença crónica. Neste sentido, a doença percebida como uma ameaça à saúde e aos objetivos de vida, as expectativas relativas à doença, os mecanismos de *coping* para lidar com a ela e o significado atribuído à sua experiência podem explicar o impacto da dimensão dor e da dimensão controlo e impotência na saúde mental. Parece-nos que, se o indivíduo sentir que a doença interfere significativamente com as atividades que mais valoriza ou aprecia, e que tem dificuldade em controlar ou gerir a doença e a sua vida, maior será o sofrimento psicológico.

Já no que concerne ao suporte social, verificamos que o impacto da doença no suporte social está significativamente associado à ansiedade, depressão e distress. Estes achados são congruentes com a literatura. De acordo com Fachado (2007) e com Nascimento (2017) a percepção de suporte social é elementar na adaptação à doença, podendo assumir uma função protetora no que respeita à saúde mental dos doentes. Um estudo de Roohafza e colaboradores (2014) mostrou que a percepção de apoio social, nomeadamente do apoio familiar, é um fator protetor da ansiedade e depressão.

A endometriose, sendo uma doença inflamatória crónica cujo tratamento consiste em terapias analgésicas, hormonais, cirúrgicas e/ou reprodução assistida, pode afetar a aparência física, entre outros fatores, pelos tratamentos que causam a sensação de inchaço, o aumento de peso e problemas na pele. Os resultados do nosso estudo mostram que a autoimagem está associada à ansiedade, depressão e distress. Estes achados vão ao encontro dos estudos realizados com outras populações, nomeadamente com doentes com cancro da mama (Figueiredo et al., 2004) e com doentes com insuficiência renal crónica (Öyekçin, Gülpek, Sahin, & Mete, 2012).

Efetivamente, as variáveis referidas anteriormente (intensidade da dor, dor, controlo e impotência, suporte social e autoimagem) estão associadas à saúde mental, sendo que uma grande variância da ansiedade, depressão e distress é explicada por estas variáveis independentes.

Relativamente ao *mindfulness*, verificamos que a aceitação está negativamente associada à ansiedade, depressão e distress e ao impacto das dimensões dor, controlo e impotência, autoimagem e suporte social. Os resultados relativos à aceitação e saúde mental são consistentes com a literatura.

Os estudos têm revelado associações negativas entre *mindfulness* e stresse (Brown et al, 2012), *mindfulness* e ansiedade (Hofmann, et al., 2010; Hou, et al, 2015) e *mindfulness* e depressão (Hofmann, et al., 2010), bem como, associações positivas entre o *mindfulness* traço e o bem-estar psicológico (Bajaj et al, 2016). Já no que respeita ao *mindfulness* e às dimensões relativas ao impacto da doença, verificamos que os resultados corroboram os resultados do estudo de Kold e colaboradores (2012) que mostrou que as mulheres com endometriose beneficiaram de programa de *mindfulness* nas dimensões dor, controlo e suporte social. O nosso estudo revela ainda associação negativa da aceitação com a autoimagem. Apesar de não ter sido uma dimensão que tenha apresentado melhorias significativas no estudo de Kold e colaboradores (2012), vai ao encontro de outros estudos que associam o *mindfulness* a maior aceitação da imagem corporal (Barrington, 2017; Dijkstra & Barelds, 2011; Prowse et al., 2013).

O nosso estudo evidenciou, curiosamente, uma associação negativa significativa entre aceitação e consciência, embora, no estudo da versão original da PHLMS de Cardaciotto e colaboradores (2008) e da versão portuguesa de Teixeira e colaboradores (2017) as subescalas sejam independentes. Este facto poderá ser explicado pelo estado hipervigilante induzido por condições cíclicas ou crónicas de dor. Efetivamente, a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres com dor pélvica e dismenorreia. Assim sendo, quanto mais conscientes da experiência interna (dor), menor a capacidade de permanecer neutro em relação às experiências internas, nomeadamente, no que respeita a pensamentos e emoções associadas a esta experiência dolorosa e, muitas vezes, incompreendida.

Relativamente ao terceiro objetivo do nosso estudo, constatamos que não existe efeito moderador da aceitação e da consciência na associação entre a intensidade da dor e o impacto da doença e ansiedade, depressão e distress. Apesar de isoladamente a aceitação e a consciência predizerem a ansiedade, a depressão e o distress não se verifica efeito de interação, infirmando, em parte os resultados do estudo de Lee e colaboradores (2017) que nos mostra que o *mindfulness* modera a influência da dor no stress. Este facto pode estar relacionado com diferenças culturais e espirituais, ou com o significado pessoal atribuído à doença. Lazarus e Folkman (1984) definiram o conceito *meaning* como uma procura de significado ou propósito pessoal, uma explicação causal e uma estratégia de *coping*. Efetivamente, a construção de significado parte do contexto pessoal e sociocultural do indivíduo (Lysne & Wachholtz, 2010).

O nosso estudo reforça a necessidade de repensar o modelo de intervenção nas mulheres com endometriose. A intervenção atual assenta, primordialmente, no modelo biomédico e visa controlar a dor, corrigir as distorções anatómicas e preservar a fertilidade, contudo, considerando as implicações da doença no funcionamento físico e social, na autoimagem, na perceção de controlo e de suporte social associada a maiores níveis de ansiedade, depressão e distress poderá ser importante

avaliar o impacto da doença, avaliar expectativas em relação à saúde e avaliar os objetivos de vida providenciando uma intervenção multidisciplinar que considere, simultaneamente, aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Esta intervenção poderá potencializar a adaptação e o ajustamento à doença e o bem-estar psicológico. A intervenção psicológica, por sua vez, poderá ser otimizada com recurso a terapias de terceira geração baseadas na aceitação e no *mindfulness* e, com o envolvimento da rede de suporte social da mulher com endometriose.

Esta investigação apresenta algumas limitações. Uma limitação está relacionada com a ausência de controlo das variáveis médicas, por exemplo, aspetos relacionados com o tratamento e com a severidade da doença. Os tratamentos atualmente disponíveis para a endometriose são paliativos e têm como objetivo aliviar a sintomatologia, nomeadamente a dor, melhorando a qualidade de vida da mulher. As opções gerais do tratamento são a terapêutica médica, analgésica e/ou hormonal e o tratamento cirúrgico. A literatura tem evidenciado a relação entre o tratamento da endometriose e os *outcomes* psicológicos (Laganà, et al., 2017), pelo que, se sugere que em futuros estudos se considere a variável tratamento. Outra limitação está relacionada com a metodologia de recrutamento. A recolha de dados através da Associação Mulherendo, nomeadamente através do seu grupo privado, poderá ter implicações nos resultados, uma vez que o grupo apesar de informal permite a partilha de experiências e informação, sob a forma de artigos, entrevistas a profissionais de saúde ou *guidelines* e, simultaneamente, oferece apoio ou suporte emocional ou prático, por pares.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados desta investigação contribuem para um maior conhecimento dos mecanismos psicológicos que explicam a saúde mental das mulheres com endometriose, permitindo-nos refletir sobre um modelo de intervenção que potencie a saúde mental. A intervenção deverá ser personalizada e adaptada considerando os valores e objetivos de vida, as diferenças sociais e culturais, expectativas sobre a doença, estratégias de *coping* para lidar com a doença, o significado atribuído à sua experiência e o envolvimento da rede de suporte. Esta poderá ser uma linha de investigação no futuro. A adaptação à doença poderá estar associada ao propósito de vida, às crenças, aos objetivos de vida e aos recursos do indivíduo para lidar com a doença, nomeadamente a aceitação.

### Referências

- Aerts, L., Grangier, L., Streuli, I., Dällenbach, P., Marci, R., Wenger, J.-M., & Pluchino, N. (2018). Psychosocial impact of endometriosis: From co-morbidity to intervention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 50, 2–10. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.008.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–497. doi: 10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x.
- Baer, R. A. (2006). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015.
- Bajaj, B., Gupta, R., & Pande, N. (2016a). Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Personality and Individual Differences*, 94, 96–100. doi: 10.1016/j.paid.2016.01.020.
- Barrington, J. (2017). Mindfulness as a protective factor against body dissatisfaction: mechanism of action (Tese de Mestrado, University of Windsor). Disponível em <https://scholar.uwindsor.ca/etd/7237>.
- Batista, J. (2016). Adaptação à doença crónica: o caso das doenças auto-imunes (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em [https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=883645](https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=883645).
- Bernuit, D., Ebert, A.D., Halis, G., Strothmann, A., Gerlinger, C., Geppert, K., & Faustmann, T. (2011). Female perspectives on endometriosis: findings from the uterine bleeding and pain women's research study. *Journal of Endometriosis*, 3(2), 73–85. doi: 10.5301/je.2011.8525.
- Brown, K. W., Weinstein, N., & Creswell, J. D. (2012). Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology*, 37(12), 2037–2041. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.04.003.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance. *Assessment*, 15(2), 204–223. doi: 10.1177/1073191107311467.
- Chen, L.-C., Hsu, J.-W., Huang, K.-L., Bai, Y.-M., Su, T.-P., Li, C.-T., ... 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. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.030.

- Cheong, Y., Tay, P., Luk, F., Gan, H., Li T.-C. & Cooke, I. (2008). Laparoscopic surgery for endometriosis: How often do we need to re-operate? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(1), 82-85. doi: 10.1080/01443610701811761.
- Craig, A., Tran, Y. & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47 (2), 108-114. doi: 10.1038/sc.2008.115.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M., & Raine-Fenning, N. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 625–639. doi: 10.1093/humupd/dmt027.
- De Graaff, A.A., D'Hooghe, T.M., Dunselman, G.A., Dirksen, C.D, Hummelshoj, L. & Simoens, S. (2013, outubro). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human Reproduction*, 28(10), 2677-2685. Disponível em <https://doi.org/10.1093/humrep/det284>.
- Denny, E. (2009). "I never know from one day to another how I will feel": pain and uncertainty in women with endometriosis. *Qualitative Health Research*, 19(7), 985-995. doi:10.1177/1049732309338725.
- Dijkstra, P., & Barelds, D. P. H. (2011). Examining a model of dispositional mindfulness, body comparison, and body satisfaction. *Body Image*, 8(4), 419–422. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.05.007.
- Dunselman, G.A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A., Kiesel, ... Nelen, W. (2014, 1, março). ESHRE guideline: management of women with endometriosis, *Human Reproduction*, 29(3), 400–412. Disponível em <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>.
- Facchin, F., Barbara, G., Saita, E., Mosconi, P., Roberto, A., Fedele, L., & Vercellini, P. (2015). Impact of endometriosis on quality of life and mental health: pelvic pain makes the difference. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36(4), 135–141. doi: 10.3109/0167482x.2015.1074173.
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Versão Portuguesa do questionário medical outcomes study social support survey (mos-sss). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.



- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.005.
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2014). Associations Between Psychosocial Factors and Pain Intensity, Physical Functioning, and Psychological Functioning in Patients With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(8), 713–723. doi: 10.1097/ajp.0000000000000027.
- Figueiredo, M.I., Cullen, J., Hwang, Y.T., Rouland, J.H. & Mandelblatt, J.S., (2004) Breast cancer treatment in old women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology* 22(19):4002-4009. doi: 10.1200/JCO.2004.07.030.
- Fourquet, J., Baez, L., Figueroa, M., Iriarte, R.I. & Flores, I. (2011, julho). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on healthrelated quality of life and work productivity. *Fertil Steril*, 1, 107-112. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>.
- Fourquet, J., Gao, X., Zavala, D., Orengo, J. C., Abac, S., Ruiz, A., ... Flores, I. (2010). Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*, 93(7), 2424–2428. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.017.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581.
- Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Kold, M., & Forman, A. (2016). Long-term effects of mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis: A six-year follow-up on a pilot study. *Nordic Psychology*, 69(2), 100–109. doi: 10.1080/19012276.2016.1181562.
- Hayes, A. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. 2 Ed. New York: The Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. Disponível em <http://doi.org/10.1037/a0018555>.
- Hou, W. K., Ng, S. M., & Wan, J. H. Y. (2015). Changes in positive affect and mindfulness predict changes in cortisol response and psychiatric symptoms: a latent change score modelling approach. *Psychology & Health*, 30(5), 551–567. doi: 10.1080/08870446.2014.990389.

- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., ... Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, 27(12), 3412–3416. doi: 10.1093/humrep/des316.
- Jones, G., Jenkinson, C. & Kennedy, S. (2004, junho). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25, 123-133. Disponível em <https://doi.org/10.1080/01674820400002279>.
- Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., & Jenkinson, C. (2001). Development of an Endometriosis Quality-of-Life Instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), 258-264. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784401014338>.
- Kold, M., Hansen, T., Vedsted-Hansen, H., & Forman, A. (2012). Mindfulness-based psychological intervention for coping with pain in endometriosis. *Nordic Psychology*, 64(1), 2–16. doi: 10.1080/19012276.2012.693727.
- Laganà, A. S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M.R., Bruno, A., Zoccali R.A., Triolo, O. & Cedro C. (2015, novembro). Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 194, 30-33. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.015>.
- Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., ... Giovanni Vitale, S. (2017). Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International Journal of Women's Health*, 9, 323–330. doi: 10.2147/ijwh.s119729.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer: New York.
- Lee, A. C., Harvey, W. F., Price, L. L., Morgan, L. P. K., Morgan, N. L., & Wang, C. (2017). Mindfulness is associated with psychological health and moderates pain in knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 25(6), 824–831. doi: 10.1016/j.joca.2016.06.017.
- Lysne, C. J., & Wachholtz, A. B. (2010). Pain, spirituality, and meaning making: what can we learn from the literature? *Religions*, 2(1), 1–16. doi: 10.3390/rel2010001.
- Manderson, L., Warren, N., & Markovic, M. (2008). Circuit breaking: pathways of treatment seeking for women with endometriosis in Australia. *Qualitative Health Research*, 18(4), 522-534. doi: 10.1177/1049732308315432.

- Márki, G., Bokor, A., Rigó, J., & Rigó, A. (2017). Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women living with endometriosis. *Human Reproduction*, 32(7), 1432–1438. doi: 10.1093/humrep/dex091.
- Marôco, J. P. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- 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). doi: 10.1186/1472-6874-14-123.
- Mun, C. J., Okun, M. A., & Karoly, P. (2014). Trait mindfulness and catastrophizing as mediators of the association between pain severity and pain-related impairment. *Personality and Individual Differences*, 66, 68–73. doi: 10.1016/j.paid.2014.03.016.
- Nascimento, C., (2017). *Psicopatologia e qualidade de vida na endometriose* (Tese de Doutorado, Universidade da Beira Interior). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/4460>.
- Nnoaham, K. E., Hummelshojc, L., Webster, P., d'Hooghe, T., Nardone, F. d. C., Nardone, C. d. C., . . . Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*, 96(2), 366–373. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.090.
- Nogueira-Silva, C., Costa, P., Martins, C., Barata, S., Alho, C., Calhaz-Jorge, C. & Osório, F. (2015, maio-junho). Validação do EHP-30 português. *Acta Médica Portuguesa*, 28(3), 347-356. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5778>.
- Öyekçin, D. G., Gülpek, D., Sahin, E. M., & Mete, L. (2012). Depression, Anxiety, Body Image, Sexual Functioning, and Dyadic Adjustment Associated with Dialysis Type in Chronic Renal Failure. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(3), 227–241. Disponível em <https://doi.org/10.2190/PM.43.3.c>.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007, março). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. Disponível em <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>.

- Pereira, A., Oliveira, C.A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2017). Reliability and factor structure of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) among portuguese adults. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em <http://hdl.handle.net/11328/2144>.
- Petrelluzzi, K.F., Garcia, M.C., Petta, C.A., Grassi-Kassisse, D.M. & Spadari-Bratfisch, R.C. (2008). Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress*, 5, 390-397. Disponível em <https://doi.org/10.1080/10253890701840610>.
- Pope, C., Sharma, V., Sharma, S. & Mazmanian, D. (2015, novembro). A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(11), 1006-1015. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.008>.
- Prowse, E., Bore, M., & Dyer, S. (2013). Eating disorder symptomatology, body image, and mindfulness: Findings in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist*, 17(2), 77-87. doi: 10.1111/cp.12008.
- Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety?. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(10), 944-949. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274570/>.
- Seear, K. (2009). The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1220-1227. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.023.
- Sepulcri, R.D. & Amaral, V.F. (2009, janeiro). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53-56. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003>.
- Shakiba, K., Bena, J.F., McGill, K.M., Minger, J., & Falcone, T. (2008). Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. *Obstetrics & Gynecology*. 111 (6), 1285-1292. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181758ec6.
- Siedentopf, F., Tariverdian, N., Rütcke, M., Kentenich, H. & Arck, P.C. (2008). Immune status, psychosocial distress and reduced quality of life in infertile patients with endometriosis.

- American Journal of Reproductive Immunology*, 5, 449-461. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1600-0897.2008.00644.x>.
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I. ... D'Hooghe, T. (2012, maio). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, 5, 1292-1299. doi: 10.1093/humrep/des073.
- Sinaii, N., Plumb, K., Cotton, L., Lambert, A., Kennedy, S., Zondervan, K., & Stratton, P. (2008). Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertility and Sterility*, 89(3), 538–545. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.03.069.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). Consenso sobre endometriose. Penela: Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Disponível em <http://www.spginecologia.pt/noticias-da-spg/consenso-livro-endometriose-2015.html>.
- Soper, D.S. (2018). *A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models* [Software]. Disponível em <http://www.danielsoper.com/statcalc>.
- Sousa, T. R., Queiroz, A. P., Baron, R. A., & Sperandio, F. F. (2015). Prevalência dos sintomas da endometriose: Revisão Sistemática. *Revista CES Medicina* 29(2), 211-226. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v29n2/v29n2a06.pdf>.
- Teixeira, R. J., Ferreira, G., & Pereira, M. G. (2017). Portuguese validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised and the philadelphia mindfulness scale. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 3–8. doi: 10.1016/j.mincom.2017.03.001.
- Vercellini, P., Fedele, L., Aimi, G., Pietropaolo, G., Consonni, D. & Crosignani, P. (2007, 1, janeiro). Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction*, 22(1), 266-271. Disponível em <https://doi.org/10.1093/humrep/del339>.