REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE NA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI/CEARÁ: ESTUDO TRANSVERSAL

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS IN THE METROPOLITAN REGION OF CARIRI, CEARÁ, BRAZIL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Ciências Biológicas, Ciências da Saúde • 14/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794440722

Andréa Gonçalves de Lima[1]

RESUMO

Introdução: A endometriose é uma patologia ginecológica crônica e estrógeno-dependente que acomete mulheres em idade reprodutiva, associada a dor pélvica, repercussões na fertilidade e impacto emocional, sexual e social. Objetivo: Analisar a qualidade de vida relacionada à endometriose e sua associação com características sociodemográficas e clínicas, sintomas de ansiedade e depressão, função sexual e nível de atividade física em mulheres adultas atendidas em um serviço especializado da Região Metropolitana do Cariri, Ceará. Método: Estudo observacional, transversal e analítico, de abordagem quantitativa, realizado com 175 mulheres adultas com diagnóstico confirmado de endometriose profunda e/ou ovariana. A coleta utilizou questionário estruturado, EHP-30, FSFI, BDI, BAI e IPAQ. Os dados foram processados no software JASP por meio de estatística descritiva, correlação de Spearman, testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Resultados: Observou-se comprometimento da qualidade de vida, com maiores escores nos domínios de bem-estar emocional e relações sociais. Na regressão linear múltipla, os sintomas de ansiedade (BAI) e depressão (BDI) foram as únicas variáveis independentemente associadas ao escore global do EHP-30; o modelo completo, com seis variáveis, explicou 29,9% da variância. Conclusão: Sintomas de ansiedade e depressão foram as variáveis associadas ao comprometimento da qualidade de vida, o que reforça a importância de uma assistência multidisciplinar que inclua o cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: endometriose; qualidade de vida; ansiedade; depressão.

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is a chronic, estrogen-dependent

gynecological condition affecting women of reproductive age and is associated with pelvic pain, fertility-related complications, and emotional, sexual, and social impacts. Objective: To analyze endometriosis-related quality of life and its association with sociodemographic and clinical characteristics, symptoms of anxiety and depression, sexual function, and physical activity levels among adult women receiving care at a specialized healthcare service in the Metropolitan Region of Cariri, Ceará, Brazil. Methods: This observational, cross-sectional, analytical study employed a quantitative approach and included 175 adult women with a confirmed diagnosis of deep and/or ovarian endometriosis. Data were collected using a structured questionnaire and the Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30), Female Sexual Function Index (FSFI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Statistical analyses were performed using JASP software, including descriptive statistics, Spearman's correlation, Mann–Whitney and Kruskal–Wallis tests, and multiple linear regression ($p < 0.05$). Results: Impaired quality of life was observed, with higher scores in the emotional well-being and social relationship domains. In multiple linear regression analysis, anxiety (BAI) and depression (BDI) symptoms were the only variables independently associated with the overall EHP-30 score. The complete model, including six variables, explained 29.9% of the variance. Conclusion: Anxiety and depression symptoms were independently associated with impaired quality of life among women with endometriosis, highlighting the importance of multidisciplinary healthcare approaches that incorporate mental health assessment and support.

Keywords: Endometriosis; Quality of Life; Anxiety; Depression.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma patologia ginecológica crônica, benigna e estrógeno-dependente que acomete majoritariamente mulheres em idade reprodutiva, sendo caracterizada pela presença de tecido endometrial ectópico fora da cavidade uterina (Febrasgo, 2021). Além de sua complexidade fisiopatológica, a doença repercute sobre a qualidade de vida global das pacientes, comprometendo as esferas física, emocional, social, conjugal e profissional. O impacto cotidiano da enfermidade manifesta-se por meio de dor pélvica crônica, dismenorreia, dispareunia, alterações intestinais cíclicas e dificuldades reprodutivas, com repercussões que ultrapassam a dimensão biológica e afetam o bem-estar dessas mulheres (Moreira da Cunha et al., 2024; Nácul; Spritzer, 2010).

Os aspectos psicológicos e a função sexual estão entre as dimensões mais frequentemente comprometidas. A literatura descreve prevalências elevadas de sintomas de ansiedade e depressão nessa população, associadas à convivência com a dor e às dificuldades reprodutivas (Szypłowska; Tarkowski; Kułak, 2023; Silva et al., 2024). A função sexual também pode estar comprometida: estudos apontam que a prevalência de disfunção sexual em mulheres com endometriose varia de 32% a 79%, em contraste expressivo com os índices observados na população feminina geral (Zippl et al., 2024). A dor pélvica crônica tem sido apontada como fator associado à intensificação dos sintomas ansiosos e depressivos, e o diagnóstico precoce e o manejo adequado da dor são recomendados para reduzir o risco de sensibilização central e o impacto psicoemocional e sexual (Zippl et al., 2024).

Fatores comportamentais e intervenções complementares, como a prática regular de atividade física, também têm recebido atenção por sua possível associação com o bem-estar físico e mental de

mulheres com endometriose. A prática regular de atividade física tem sido associada a menor intensidade dos sintomas dolorosos, a menores níveis de ansiedade e depressão e a melhores estratégias de enfrentamento do estresse (Mińko et al., 2021), o que poderia refletir-se na qualidade de vida dessas pacientes.

Apesar do acúmulo de evidências sobre as repercussões da endometriose em diferentes dimensões da saúde, ainda são importantes estudos que analisem conjuntamente a qualidade de vida, as características clínicas, os sintomas de ansiedade e depressão, a função sexual e o nível de atividade física. Na Região Metropolitana do Cariri, Ceará, a escassez de investigações locais que articulem esse conjunto de variáveis limita o conhecimento sobre o perfil dessas mulheres e suas necessidades assistenciais. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida relacionada à endometriose e sua associação com características sociodemográficas e clínicas, sintomas de ansiedade e depressão, função sexual e nível de atividade física em mulheres adultas atendidas em um serviço especializado da Região Metropolitana do Cariri, Ceará. Os resultados desta pesquisa podem contribuir para aprimorar a assistência à saúde da mulher e subsidiar estratégias de cuidado multidisciplinar.

MÉTODO

Delineamento e participantes

Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico, de abordagem quantitativa, em serviço especializado em atendimento ginecológico, que atende pacientes particulares e de convênios de

saúde, localizado na Região Metropolitana do Cariri, Ceará, Brasil, no período de novembro de 2025 a julho de 2026.

Foram elegíveis mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na Região Metropolitana do Cariri, com diagnóstico de endometriose profunda e/ou ovariana confirmado por exame de imagem e verificado no prontuário clínico. Foi adotada amostragem não probabilística consecutiva, sendo convidadas todas as mulheres atendidas no serviço durante o período de coleta, que preencheram os critérios de elegibilidade.

Foram incluídas participantes com capacidade para compreender e responder aos instrumentos da pesquisa e que concordaram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas mulheres com suspeita de endometriose superficial isolada, sem evidência de endometrioma ovariano ou endometriose profunda nos exames de imagem; com neoplasia ginecológica ou miomatose uterina volumosa que pudesse interferir nos desfechos avaliados; gestantes ou puérperas; mulheres com diagnóstico documentado de transtorno psiquiátrico grave; e aquelas com comprometimento cognitivo ou motor que impedisse a compreensão ou o preenchimento adequado dos instrumentos. As mulheres atendidas no período que preencheram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar. Das 257 mulheres inicialmente identificadas, 20 não atenderam aos critérios de elegibilidade (três com miomatose uterina volumosa, oito gestantes e nove puérperas), resultando em 237 mulheres elegíveis. Destas, 25 recusaram o convite e 212 consentiram em participar. Após a coleta, 37 participantes foram excluídas das análises devido ao preenchimento incompleto dos instrumentos, resultando em amostra final de 175 mulheres.

Procedimentos

As potenciais participantes foram identificadas por meio da consulta aos prontuários clínicos e dos atendimentos realizados no serviço durante o período da pesquisa. Após a confirmação dos critérios de elegibilidade, as mulheres foram convidadas individualmente e receberam informações sobre os objetivos, os procedimentos, os possíveis riscos e os benefícios do estudo.

A coleta de dados foi realizada individualmente, em ambiente reservado, garantindo-se privacidade e confidencialidade. Os instrumentos foram respondidos pelas participantes, com a pesquisadora disponível para esclarecimento de dúvidas e verificação da completude das respostas. O tempo estimado para o preenchimento dos instrumentos foi de 30 a 40 minutos.

Inicialmente, foi aplicado um questionário estruturado para obtenção de informações sociodemográficas e clínicas, incluindo idade, município e área de residência, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda familiar, tabagismo, comorbidades, idade da menarca, paridade, atividade sexual, uso de contraceptivos, peso, estatura, tipo de endometriose e tempo transcorrido desde o diagnóstico.

O estudo foi conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc/HUST), conforme Parecer nº 7.989.700, de 19 de novembro de 2025, e CAAE nº 92706125.7.0000.5367. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos e procedimentos

do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da coleta de dados.

Instrumentos

A avaliação da qualidade de vida relacionada à endometriose foi realizada por meio do Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) (Jones et al., 2001), validado para o contexto brasileiro por Mengarda et al. (2008). Esse instrumento é específico para medir o impacto da endometriose na qualidade de vida das mulheres e é composto por 30 itens distribuídos em cinco domínios: dor, controle e poder pessoal, bem-estar emocional, relações sociais e autoimagem. As respostas seguem escala tipo Likert de cinco pontos, com escores convertidos para uma escala de 0 a 100, em que valores mais elevados representam maior comprometimento da qualidade de vida. A consistência interna foi testada por meio do alfa de Cronbach, sendo para os domínios dor, $\alpha = 0{,}942$; controle e poder pessoal, $\alpha = 0{,}913$; bem-estar emocional, $\alpha = 0{,}871$; relações sociais, $\alpha = 0{,}868$; e autoimagem, $\alpha = 0{,}818$.

A função sexual foi avaliada pelo Female Sexual Function Index (FSFI), desenvolvido por Rosen et al. (2000) e adaptado e validado para o português brasileiro por Thiel et al. (2008). O instrumento contém 19 itens distribuídos em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O escore total varia de 2 a 36 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor função sexual. Nas análises de função sexual, foram consideradas as participantes que relataram vida sexual ativa. O ponto de corte $\leq 26{,}55$ (Wiegel; Meston; Rosen, 2005) foi utilizado para identificar escores indicativos de risco para disfunção sexual. Essa classificação foi empregada como indicador de rastreamento e não como

diagnóstico clínico. A consistência interna foi testada por meio do alfa de Cronbach, sendo para os domínios desejo, α = 0,757; excitação, α = 0,866; lubrificação, α = 0,738; orgasmo, α = 0,726; satisfação, α = 0,707; dor, α = 0,821.

Os sintomas depressivos foram avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck et al., 1961). O instrumento contém 21 itens, com respostas pontuadas de 0 a 3, resultando em um escore total que pode variar de 0 a 63 pontos. A pontuação final é classificada da seguinte forma: < 10 pontos, ausência ou depressão leve; 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada; 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e 30 a 63 pontos, depressão grave. A consistência interna foi testada por meio do alfa de Cronbach, sendo α = 0,926.

Os sintomas de ansiedade foram avaliados pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI; Beck et al., 1988). O instrumento contém 21 itens, com respostas pontuadas de 0 a 3, resultando em um escore total entre 0 e 63 pontos. Escores mais elevados indicam maior intensidade de sintomas de ansiedade. A consistência interna foi testada por meio do alfa de Cronbach, sendo α = 0,961. Os resultados foram classificados como ansiedade mínima entre 0 e 7 pontos, leve entre 8 e 15 pontos, moderada entre 16 e 25 pontos e grave entre 26 e 63 pontos.

O nível de atividade física foi avaliado pela versão brasileira do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ; Matsudo et al., 2001). O instrumento investiga a frequência semanal e a duração das atividades de caminhada e das atividades de intensidade moderada e vigorosa. O volume semanal foi expresso em MET-minutos por semana, calculado pela soma dos produtos entre frequência,

duração e valor metabólico atribuído a cada intensidade: 3,3 METs para caminhada, 4,0 METs para atividade moderada e 8,0 METs para atividade vigorosa. Para a classificação categórica, foram adotados os critérios do Centro Coordenador do IPAQ no Brasil (CELAFISCS), que classificam os participantes como sedentários, irregularmente ativos A, irregularmente ativos B, ativos ou muito ativos. Para as análises deste estudo, as categorias sedentária, irregularmente ativa A e irregularmente ativa B foram agrupadas como "insuficientemente ativa", mantendo-se separadamente as categorias "ativa" e "muito ativa".

Análise de dados

Os dados foram processados e analisados no software JASP, versão 0.98.1, adotando-se nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$, bicaudal). A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, complementado pela análise do coeficiente de assimetria. Variáveis com distribuição aproximadamente simétrica foram descritas por média e desvio-padrão (M, DP); variáveis com distribuição assimétrica foram descritas por mediana e intervalo interquartil (Md, IIQ). Variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para testar a associação entre a qualidade de vida relacionada à endometriose (escore global e domínios do EHP-30) e as variáveis contínuas (idade, índice de massa corporal, tempo desde o diagnóstico, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, volume de atividade física e função sexual), foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, em razão da distribuição não normal da maioria das variáveis. As comparações dos escores de qualidade de vida entre categorias de variáveis clínicas, comportamentais e

sociodemográficas foram realizadas pelo teste U de Mann-Whitney, para variáveis com duas categorias, e pelo teste H de Kruskal-Wallis, para variáveis com três ou mais categorias. Para as comparações sociodemográficas, escolaridade, renda familiar e situação ocupacional foram analisadas em três categorias agrupadas, conforme apresentado nos resultados.

Para identificar as variáveis independentemente associadas ao escore global do EHP-30, foi realizada análise de regressão linear múltipla. O escore global do EHP-30 foi definido como variável dependente, e idade, índice de massa corporal, tempo desde o diagnóstico, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e volume de atividade física foram inseridos simultaneamente como variáveis independentes. A ausência de multicolinearidade foi verificada pelo fator de inflação da variância (VIF < 5), e a normalidade dos resíduos, pelo teste de Shapiro-Wilk. As análises da função sexual consideraram apenas as participantes que relataram vida sexual ativa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 175 mulheres com endometriose, com idade média de 33,49 anos (DP = 7,18; amplitude = 18 a 52 anos). A maioria residia em área urbana (85,1%), possuía companheiro (92,0%) e apresentava ensino superior incompleto, completo ou pós-graduação (57,1%). Juazeiro do Norte concentrou a maior parte das participantes (68%).

Quanto ao estado nutricional, 46,3% das mulheres foram classificadas com eutrofia, 35,4% com sobrepeso, 17,7% com obesidade e 0,6% com baixo peso. O tempo mediano desde o

diagnóstico foi de 2 meses (IIQ = 1 a 4; amplitude = 0 a 132 meses), sendo o valor zero correspondente aos diagnósticos realizados no mesmo mês da coleta.

A endometriose profunda foi identificada em 84,6% das participantes, enquanto 9,1% apresentaram endometriose ovariana e 6,3% endometriose profunda associada à ovariana. Além disso, 28,6% relataram alguma comorbidade, 57,7% eram nulíparas, 42,3% utilizavam anticoncepcional e 2,3% estavam na menopausa (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas das participantes

Característica	***n* (%) ou estatística descritiva**
Idade, anos, *M* (*DP*)	33,49 (7,18)
IMC, kg/m², Md [IIQ]	25,15 [23,36-27,84]
Tempo desde o diagnóstico, meses, Md [IIQ]	2 [1-4]
Município de residência	
Juazeiro do Norte	119 (68,0)
Outros municípios	56 (32,0)
Área de residência	
Urbana	149 (85,1)
Rural	25 (14,3)
Não informada	1 (0,6)
Possuía companheiro	161 (92,0)
Escolaridade	
Até o ensino fundamental completo	21 (12,0)
Ensino médio incompleto ou completo	54 (30,9)
Ensino superior incompleto ou acima	100 (57,1)
Situação ocupacional	
Emprego com registro	76 (43,4)
Autônoma	60 (34,3)
Outras situações	39 (22,3)
Renda familiar	
Até um salário-mínimo	89 (50,9)
Dois salários-mínimos	29 (16,6)
Acima de dois salários-mínimos	57 (32,6)
Presença de comorbidade	50 (28,6)
Paridade	
Nulípara	101 (57,7)
Primípara	14 (8,0)
Multípara	60 (34,3)
Vida sexual ativa	161 (92,0)
Uso de anticoncepcional	74 (42,3)
Menopausa	4 (2,3)
Classificação do IMC	
Baixo peso	1 (0,6)
Eutrofia	81 (46,3)
Sobrepeso	62 (35,4)
Obesidade	31 (17,7)
Tipo de endometriose	
Profunda	148 (84,6)
Ovariana	16 (9,1)
Profunda e ovariana	11 (6,3)

Nota. *N* = 175. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; Md = mediana; IIQ = intervalo interquartil; IMC = índice de massa corporal. A categoria obesidade reuniu os graus I, II e III. Os percentuais podem não totalizar exatamente 100 devido ao arredondamento.

O escore global médio do EHP-30 foi de 38,50 (DP = 21,04). Considerando que escores mais elevados representam maior comprometimento da qualidade de vida, o domínio com maior escore médio foi o bem-estar emocional (M = 46,57; DP = 24,10), seguido por relações sociais (M = 44,68; DP = 28,13), autoimagem (M = 43,21; DP = 30,84), controle e poder pessoal (M = 41,71; DP = 27,40) e dor (M = 36,55; DP = 24,44).

Quanto aos sintomas depressivos, 45,7% das participantes foram classificadas com ausência ou sintomas leves, 32,0% com sintomas leves a moderados, 14,9% com sintomas moderados a graves e 7,4% com sintomas graves. Assim, 22,3% apresentaram sintomas depressivos moderados a graves ou graves.

Em relação à ansiedade, 29,1% apresentaram sintomas mínimos, 15,4% leves, 19,4% moderados e 36,0% graves. Dessa forma, mais da metade das participantes (55,4%) apresentou sintomas de ansiedade moderados ou graves.

Quanto à atividade física, 54,9% das participantes foram classificadas como insuficientemente ativas, 20,6% como ativas e 24,6% como muito ativas. Entre as 161 mulheres que relataram vida sexual ativa, 159 (98,8%) apresentaram escore indicativo de risco para disfunção sexual (Tabela 2).

Tabela 2 - Qualidade de vida e classificação dos indicadores psicossociais e comportamentais

Variável	*n* (%) ou *M* (*DP*)
Qualidade de vida	
EHP-30 global	38,50 (21,04)
Dor	36,55 (24,44)
Controle e poder pessoal	41,71 (27,40)
Bem-estar emocional	46,57 (24,10)
Relações sociais	44,68 (28,13)
Autoimagem	43,21 (30,84)
Sintomas depressivos	
Ausência ou sintomas leves	80 (45,7)
Leves a moderados	56 (32,0)
Moderados a graves	26 (14,9)
Graves	13 (7,4)
Sintomas de ansiedade	
Mínimos	51 (29,1)
Leves	27 (15,4)
Moderados	34 (19,4)
Graves	63 (36,0)
Nível de atividade física	
Volume, MET-min/semana, Md [IIQ]	198 [0–2.916]
Insuficientemente ativa	96 (54,9)
Ativa	36 (20,6)
Muito ativa	43 (24,6)
Função sexual[1]	
Escore FSFI total, Md [IIQ]	17,00 [13,60–19,90]
Risco para disfunção sexual (Sim)	159 (98,8)
Risco para disfunção sexual (Não)	2 (1,2)

Nota. N = 175, exceto para a análise da função sexual. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; EHP-30 = *Endometriosis Health Profile-30*. Escores mais elevados no EHP-30 indicam maior comprometimento da qualidade de vida. [1]Análise restrita às 161 participantes que relataram vida sexual ativa; o ponto de corte do FSFI foi empregado como indicador de risco, e não como diagnóstico clínico.

A associação entre a qualidade de vida e as variáveis clínicas, sociodemográficas, psicológicas e comportamentais foi testada por meio do coeficiente de correlação de Spearman (variáveis contínuas) e dos testes de Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis H (variáveis categóricas).

O tempo desde o diagnóstico correlacionou-se de forma fraca com o escore global do EHP-30 ($r_s = 0{,}264$; $p < 0{,}001$) e com todos os seus domínios (r_s entre 0,19 e 0,28; $p < 0{,}05$), indicando maior comprometimento da qualidade de vida entre as mulheres com diagnóstico mais antigo.

Os sintomas depressivos (BDI) e de ansiedade (BAI) apresentaram as correlações mais consistentes e de maior magnitude com todos os domínios do EHP-30 (BDI: rs entre 0,31 e 0,43; BAI: rs entre 0,40 e 0,50; todos p < 0,001), sendo o BAI o correlato de maior magnitude com o escore total (rs = 0,504; p < 0,001).

A função sexual (FSFI), avaliada nas participantes com vida sexual ativa (n = 161), associou-se de forma fraca apenas aos domínios controle e poder pessoal (rs = 0,164; p = 0,038) e bem-estar emocional (rs = 0,165; p = 0,036), sem associação com os demais domínios ou com o escore total (p > 0,09).

Idade e IMC apresentaram correlações fracas e inconsistentes entre os domínios (rs < 0,22). O volume de atividade física (IPAQ, MET-min/semana) não se associou a nenhum domínio do EHP-30 (p > 0,10) (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações de Spearman entre os domínios do EHP-30 e variáveis clínicas, psicológicas e comportamentais

Variável	Dor	Controle/ poder	Bem-estar emoc.	Rel. sociais	Auto-imagem	EHP-30 Total
Idade	,154*	,107	,097	,157*	,213**	,148
IMC	,102	,133	,104	,210**	,182*	,151*
Tempo de diagnóstico	,284**	,191*	,239**	,235**	,191*	,264**
BDI	,306**	,346**	,394**	,430**	,353**	,404**
BAI	,399**	,428**	,448**	,471**	,469**	,504**
IPAQ (MET-min/sem)	-,114	-,065	-,025	-,076	-,047	-,098
FSFI (n = 161)[a]	,110	,164*	,165*	,080	,072	,134

Nota. Coeficientes de correlação (*rs*) de Spearman. *n* = 175, exceto onde indicado. * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01. [a] apenas participantes com vida sexual ativa.

Para identificar as variáveis independentemente associadas à qualidade de vida, foi conduzida análise de regressão linear múltipla, tendo o escore global do EHP-30 como variável dependente e idade, IMC, tempo desde o diagnóstico, BDI, BAI e IPAQ como variáveis independentes. O modelo foi estatisticamente significativo e explicou 29,9% da variância do escore (R^2 = 0,299; R^2 ajustado = 0,274;

F(6, 168) = 11,94; p < 0,001). Os sintomas de ansiedade (BAI: B = 0,488; β = 0,377; p < 0,001) e depressivos (BDI: B = 0,354; β = 0,192; p = 0,008) foram as únicas variáveis independentemente associadas ao escore global. Idade, IMC, tempo desde o diagnóstico e IPAQ não apresentaram associação estatisticamente significativa no modelo ajustado (p > 0,10). Não foram observados indícios de multicolinearidade (VIF < 1,31 para todas as variáveis), e os resíduos do modelo apresentaram distribuição normal (Shapiro-Wilk: p = 0,525) (Tabela 4).

Não houve diferença estatisticamente significativa no escore global do EHP-30 entre os grupos definidos por tipo de endometriose (H(2) = 3,00; p = 0,224), classificação do nível de atividade física (H(2) = 0,71; p = 0,701), presença de comorbidades (U = 2795,0; p = 0,276), vida sexual ativa (U = 1141,0; p = 0,941), uso de anticoncepcional (U = 3638,0; p = 0,766), paridade (H(2) = 4,53; p = 0,104), escolaridade agrupada em três níveis (H(2) = 1,06; p = 0,588), renda familiar agrupada em três níveis (H(2) = 1,64; p = 0,440), situação ocupacional agrupada em três categorias (H(2) = 0,78; p = 0,679) ou tabagismo (H(2) = 1,38; p = 0,502).

Tabela 4 - Regressão linear múltipla das variáveis associadas ao escore global do EHP-30

Variável	*B*	*EP*	*β*	*p*
Constante	9,233	9,817	—	0,348
Idade	0,179	0,204	0,061	0,380
IMC	0,363	0,348	0,072	0,299
Tempo de diagnóstico	0,122	0,087	0,101	0,160
BDI	0,354	0,133	0,192	0,008
BAI	0,488	0,095	0,377	<0,001
IPAQ	-0,001	0,000	-0,117	0,110

Nota. R^2 = 0,299; R^2 ajustado = 0,274; F (6, 168) = 11,94; p < 0,001. VIF < 1,31 para todas as variáveis.

DISCUSSÃO

O escore global médio do EHP-30 foi de 38,50 (DP = 21,04). Bem-estar emocional (M = 46,57) e relações sociais (M = 44,68) apresentaram os maiores escores, enquanto dor teve a menor média (M = 36,55). Como pontuações mais altas indicam maior comprometimento, os resultados apontam impactos relevantes nas dimensões emocional e social, sem excluir o componente físico da doença.

No modelo ajustado, os sintomas de ansiedade e de depressão foram as únicas variáveis independentemente associadas ao escore global do EHP-30. A ansiedade apresentou a maior magnitude de associação (β = 0,377), seguida pelos sintomas depressivos (β = 0,192). O modelo completo, com seis variáveis, explicou 29,9% da variância do escore global.

A revisão de Kocas, Rubin e Lobel (2023) destaca que o estigma relacionado à menstruação, à dor crônica e à infertilidade pode afetar a saúde mental das mulheres. Entretanto, o presente estudo não mensurou estigma, e essa hipótese não pode ser examinada diretamente.

Na revisão sistemática de Szypłowska, Tarkowski e Kułak (2023), as prevalências de sintomas depressivos variaram de 9,8% a 98,5% e as de ansiedade de 11,5% a 87,5%, conforme os estudos e instrumentos utilizados. A amplitude desses intervalos exige cautela e impede interpretá-los como estimativas únicas de prevalência.

Laganà et al. (2017), em revisão narrativa, discutiram a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com endometriose e sua relação com a dor pélvica. Entre os estudos examinados pelos autores, Sepulcri e Amaral (2009) avaliaram 104

mulheres com endometriose pélvica e relataram elevada frequência desses sintomas, sem associação com o estágio da doença.

Na revisão sistemática e metanálise de van Barneveld et al. (2022), foram identificados 1.837 registros bibliográficos; 47 estudos integraram a revisão qualitativa e 17 foram incluídos na metanálise. Em comparação com controles saudáveis, mulheres com endometriose apresentaram maiores escores de sintomas depressivos (diferença média padronizada = 0,71; IC95%: 0,36–1,06) e ansiosos (diferença média padronizada = 0,60; IC95%: 0,35–0,84). Não houve diferenças significativas em relação a mulheres com outras causas de dor pélvica crônica. Esses resultados indicam que a dor e outros fatores clínicos devem ser considerados na interpretação das associações com saúde mental.

Em coorte populacional, Thiel et al. (2024) identificaram associação entre endometriose e maior ocorrência de transtornos de saúde mental. No presente estudo, os sintomas de ansiedade tiveram associação padronizada mais elevada com o escore global do EHP-30 que os sintomas depressivos. Não é possível, entretanto, atribuir essa diferença à imprevisibilidade da dor, pois sua intensidade não foi mensurada. Também deve ser considerado que há possível sobreposição de conteúdo entre os itens dos instrumentos psicológicos e do domínio de bem-estar emocional do EHP-30.

No Brasil, Silva et al. (2024) observaram maior comprometimento da qualidade de vida e da saúde mental entre mulheres com endometriose que relatavam dor. Em Fortaleza, Lavor et al. (2024) identificaram melhora de diferentes domínios da qualidade de vida e redução de sintomas de ansiedade e depressão após cirurgia para endometriose profunda. Diferenças de delineamento, amostra e

medidas, porém, impedem a comparação direta com os coeficientes obtidos nesta pesquisa.

Kovács-Szabó et al. (2025) identificaram associações de fatores psicológicos e relacionados aos sintomas com a qualidade de vida em mulheres com endometriose. McPeak et al. (2018) observaram associação entre catastrofização da dor e pior qualidade de vida no domínio dor do EHP-30, mesmo após ajuste pela intensidade dolorosa. No presente estudo, o modelo explicou 29,9% da variância do escore global, indicando que outros fatores não incluídos podem contribuir para o desfecho. Fonseca et al. (2025), em 369 mulheres brasileiras encaminhadas para avaliação cirúrgica, também identificaram limitada capacidade explicativa dos sintomas pélvicos não menstruais em modelos de qualidade de vida. O tempo desde o diagnóstico apresentou correlação bivariada positiva com o EHP-30, mas não permaneceu associado no modelo ajustado. A variável corresponde ao intervalo após o diagnóstico, e não à duração dos sintomas. Além disso, sua mediana foi de dois meses (IIQ: 1-4), apesar da existência de valores mais elevados, o que recomenda cautela na interpretação da associação.

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no EHP-30 global entre as categorias de tipo de endometriose, comorbidades, vida sexual ativa, uso de anticoncepcional, paridade, escolaridade, renda familiar, situação ocupacional, tabagismo ou nível de atividade física. Rodrigues et al. (2020) observaram, em mulheres com endometriose e infertilidade, que manifestações clínicas, como dor e dispareunia, estiveram mais relacionadas à qualidade de vida do que o estadiamento. Pereira e Kulak (2025) identificaram, em pacientes com indicação cirúrgica, padrões distintos de dor, função sexual e qualidade de vida que não se

relacionaram diretamente à classificação da American Society for Reproductive Medicine. Kaveh et al. (2025) não identificaram diferença estatisticamente significativa entre grupos de tratamento hormonal quanto ao EHP-30; contudo, essa comparação não corresponde à variável dicotômica de uso de anticoncepcional avaliada neste artigo.

Esses resultados não demonstram ausência de relevância clínica das variáveis. A predominância de endometriose profunda (84,6%) e a presença de grupos pequenos e desiguais podem ter limitado a identificação de diferenças, especialmente nas comparações entre tipos de doença.

Entre as 161 participantes sexualmente ativas, 159 (98,8%) apresentaram escores do FSFI abaixo do ponto de corte utilizado para rastreamento de risco de disfunção sexual. Essa proporção não equivale à prevalência de diagnóstico clínico de disfunção sexual. O escore total do FSFI não mostrou correlação estatisticamente significativa com o EHP-30 global. Silva et al. (2024) também identificaram comprometimento da função sexual em mulheres com endometriose, mas diferenças de seleção e mensuração limitam a comparação direta das frequências.

As correlações do FSFI com os domínios controle e poder pessoal (rs = 0,164) e bem-estar emocional (rs = 0,165) foram positivas e de pequena magnitude. Como o FSFI atribui escores maiores à melhor função sexual e o EHP-30 atribui escores maiores ao pior comprometimento da qualidade de vida, a direção dessas associações é contraintuitiva e não sustenta afirmar que melhor função sexual implique melhor qualidade de vida nesses domínios. Além disso, o grande número de testes realizados aumenta a

possibilidade de achados significativos ao acaso; esses resultados devem ser considerados exploratórios.

Mais da metade das participantes foi classificada como insuficientemente ativa (54,9%). No entanto, o volume de atividade física e as categorias do IPAQ não apresentaram associação estatisticamente significativa com o escore global do EHP-30. Esse resultado não permite concluir que a atividade física seja irrelevante para a saúde dessas mulheres.

A ausência de associação pode refletir limitações da medida autorreferida de atividade física e a distribuição assimétrica dos valores observados. Hartmann, Baker e Girard (2025), em estudo transversal de pequena amostra (21 mulheres com endometriose), também não identificaram relação significativa para MET-minutos totais, mas observaram associação entre sessões mais longas de exercício e menores escores de dor. Blanco-Martínez et al. (2025) identificaram a falta de energia como principal barreira percebida à prática de atividade física nessa população, associada a dor, fadiga e depressão. Em pesquisa transversal com 1.045 mulheres, Muselli et al. (2024) observaram associação entre inatividade física e piores escores de qualidade de vida medidos pelo SF-36. Esses estudos empregaram medidas e desenhos diferentes e não permitem estabelecer efeitos causais do exercício.

Os achados indicam a pertinência de avaliar rotineiramente sintomas de ansiedade e depressão no acompanhamento de mulheres com endometriose, em conjunto com a atenção à função sexual, à dor e aos hábitos de vida. A recomendação decorre das necessidades identificadas, mas a efetividade de intervenções específicas não foi avaliada neste estudo.

Algumas limitações devem ser consideradas, como o delineamento transversal que não permite estabelecer temporalidade nem a direção das associações; é possível, por exemplo, que o comprometimento da qualidade de vida contribua para os sintomas de ansiedade e depressão. Outra limitação é a coleta em um único serviço especializado, com amostragem consecutiva e predominância de endometriose profunda (84,6%), que limita a generalização para mulheres com outras formas da doença ou atendidas em outros níveis de atenção. Além disso, o serviço atende pacientes particulares e de convênios de saúde, o que pode limitar a generalização para mulheres assistidas exclusivamente pelo SUS, e 37 das 212 mulheres que consentiram (17,5%) foram excluídas por preenchimento incompleto dos instrumentos, o que pode ter introduzido viés de seleção. Por fim, outras variáveis clínicas relevantes não foram avaliadas, como a intensidade da dor, a infertilidade e o tratamento atual; a ausência da intensidade da dor é particularmente importante, pois ela pode estar associada tanto à qualidade de vida quanto aos sintomas psicológicos.

CONCLUSÃO

Na amostra de mulheres com endometriose atendidas em serviço especializado da Região Metropolitana do Cariri, os domínios bem-estar emocional e relações sociais apresentaram os maiores escores de comprometimento da qualidade de vida. Ansiedade e depressão foram as únicas variáveis que permaneceram associadas ao EHP-30 global após ajuste pelas demais variáveis. O delineamento transversal não permite estabelecer direção causal dessas associações.

Os resultados reforçam a relevância de incorporar a avaliação de saúde mental ao acompanhamento de mulheres com endometriose. A interpretação deve considerar a amostragem em um único serviço privado e de convênios, a predominância de endometriose profunda e a ausência de medidas de intensidade da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNEVELD, E. van et al. Depression, anxiety, and correlating factors in endometriosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Women's Health, v. 31, n. 2, p. 219-230, 2022. DOI: 10.1089/jwh.2021.0021.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, v. 4, p. 561-571, 1961.

BLANCO-MARTÍNEZ, N. et al. Perceived barriers and physical activity levels in women with endometriosis: the role of symptoms. Women & Health, v. 65, n. 7, p. 638-649, 2025. DOI: 10.1080/03630242.2025.2549986.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Endometriose. Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO – Ginecologia, n. 78. Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

FONSECA, M. F. et al. Non-menstrual pelvic symptoms and women's quality of life: a cross-sectional observational study. PLoS One, v. 20, n. 4, e0321922, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0321922.

HARTMANN, T. E.; BAKER, K. A.; GIRARD, D. Is exercise duration more important than intensity in endometriosis? BMC Women's Health, v. 25, n. 1, p. 625, 2025. DOI: 10.1186/s12905-025-04160-w.

JONES, G. et al. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. Obstetrics & Gynecology, v. 98, n. 2, p. 258–264, 2001.

KAVEH, M. et al. Comparison of quality of life in patients with endometriosis undergoing treatment with progestins, oral contraceptives pills (OCP), and GnRH agonists. BMC Women's Health, v. 25, n. 1, p. 397, 2025. DOI: 10.1186/s12905-025- 03937-3.

KOCAS, H. D.; RUBIN, L. R.; LOBEL, M. Stigma and mental health in endometriosis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X, v. 19, p. 100228, 2023. DOI: 10.1016/j.eurox.2023.100228.

KOVÁCS-SZABÓ, Z. et al. Psychological, symptom-related, and lifestyle predictors of health-related quality of life in Hungarian women with endometriosis. Journal of Clinical Medicine, v. 14, n. 19, p. 7004, 2025. DOI: 10.3390/jcm14197004.

LAGANÀ, A. S. et al. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. International Journal of Women's Health, v. 9, p. 323-330, 2017. DOI: 10.2147/IJWH.S119729.

LAVOR, C. B. H. et al. The impact of surgical treatment for deep endometriosis: metabolic profile, quality of life and psychological aspects. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 46, e-rbgo42, 2024. DOI: 10.61622/rbgo/2024rbgo42.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

McPEAK, A. E. et al. Pain catastrophizing and pain health-related quality-of-life in endometriosis. The Clinical Journal of Pain, v. 34, n. 4, p. 349-356, 2018. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000539.

MENGARDA, C. V. et al. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30). Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, p. 384–392, 2008.

MIŃKO, A. et al. Endometriosis — A multifaceted problem of a modern woman. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 18, p. 8177, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18158177.

MOREIRA DA CUNHA, R. et al. Sexual function in women with endometriosis and pelvic floor myofascial pain syndrome. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2024. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-39381337. Acesso em: 10 maio 2025.

MUSELLI, M. et al. Investigating unhealthy behaviors associated with SF-36 domains in women with endometriosis: findings from a web-

based survey data set. Behavioral Sciences, v. 14, n. 3, p. 199, 2024. DOI: 10.3390/bs14030199.

NÁCUL, A. P.; SPRITZER, P. M. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 6, p. 298– 307, 2010. Acesso em: 10 maio 2025.

PEREIRA, J. O.; KULAK, J. Exploring endometriosis before surgical treatment: unraveling pain, sexual function and quality of life patterns. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 47, e-rbgo47, 2025. DOI: 10.61622/rbgo/2025rbgo47.

RODRIGUES, M. P. F. et al. Clinical aspects and the quality of life among women with endometriosis and infertility: a cross-sectional study. BMC Women's Health, v. 20, n. 1, p. 124, 2020. DOI: 10.1186/s12905-020-00987-7.

ROSEN, R. et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy, v. 26, n. 2, p. 191-208, 2000.

SEPULCRI, R. P.; AMARAL, V. F. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, v. 142, n. 1, p. 53-56, 2009. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2008.09.003.

SILVA, F. P. et al. Assessment of quality of life, psychological aspects, and sexual function of women with endometriosis according to pain and infertility: a cross sectional study. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 309, p. 2741–2749, 2024. DOI: 10.1007/s00404-024-07464-8.

SZYPŁOWSKA, M.; TARKOWSKI, R.; KUŁAK, K. The impact of endometriosis on depressive and anxiety symptoms and quality of life: a systematic review. Frontiers in Public Health, v. 11, p. 1230303, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1230303.

THIEL, P. S. et al. Endometriosis and mental health: a population-based cohort study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 230, n. 6, p. 649.e1- 649.e19, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.01.023.

THIEL, R. R. C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do female sexual function index. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 30, n. 10, p. 504-510, 2008.

WIEGEL, M.; MESTON, C.; ROSEN, R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. Journal of Sex & Marital Therapy, v. 31, n. 1, p. 1-20, 2005. DOI: 10.1080/00926230590475206.

ZIPPL, A. L.; REISER, E.; SEEBER, B. Endometriosis and mental health disorders: identification and treatment as part of a multimodal approach. Fertility and Sterility, v. 121, n. 3, p. 370-378, 2024. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2023.12.033.

---

[1] Pós-Graduação Latu Sensu em Histeroscopia Cirúrgica Ambulatorial- CETRUS- SP2023. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará. 2008 à2011. Pós-Graduação Latu Sensu em Videolaparoscopia pela Pós Graduação Ciências Médicas- MG2023. Pós-Graduação Latu Sensu em Diagnóstico por Imagem em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia – Centro. Universitário FAMETRO, CE2022. Pós-Graduação Latu Sensu em Histeroscopia Cirúrgica Ambulatorial- CETRUS-

SP2023. Medicina Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-CE (FMJ) 2007.2. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.