



**Ispa**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

PERSPETIVA DA MULHER SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DO  
CASAL COM ENDOMETRIOSE: PAPEL DA SATISFAÇÃO SEXUAL  
E DO SUPORTE SOCIAL

NOA CAÇOETE

Orientador de Dissertação e Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA BRANDÃO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Ano letivo 2023/2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Tânia Brandão, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

## **Agradecimentos**

Não considerada uma secção menos importante dentro da presente Dissertação de Mestrado, gostaria de iniciar a mesma destacando algumas das pessoas com um papel importante ao longo de todo o meu percurso académico.

A realização do meu percurso académico, levou-me a transgredir barreiras que não suspeitava existirem, inventar novos meios para ir além do que me achava capaz e apta de realizar, e o florescer de uma pessoa em todo o seu esplendor. Porém desconfiando de que teria conseguido realizar esta caminhada sem uma mão amiga e um ombro acolhedor, gostaria de começar por agradecer à minha mãe. Agradecer pelo apoio incansável, incondicional e constante que me tem prestado desde o primeiro dia, não colocando em questão nunca a minha capacidade em conquistar o mundo, da melhor maneira possível e acima de tudo de maneira a não perder a minha essência. Em segundo lugar, gostaria de realçar o meu marido pela sua paciência, incessante dedicação, companheirismo e apoio, sucintamente agradecer pela pessoa inteira que é. Gostaria ainda de expressar a minha gratidão às minhas irmãs, Davina e Emi, e às colegas que se tornaram amigas e que me desafiaram sempre a ultrapassar-me, respetivamente à Jeanny, Margarida, Beatriz e Mariana.

Por fim, e não menos importante, um particular reconhecimento à Professora Doutora Tânia Brandão, que tive o prazer de conhecer no início do meu Mestrado e que soube transmitir-me a confiança e segurança necessária para conseguir concretizar este projeto. Uma pessoa cheia de vida, bom humor, reconforto, positivismo e ambição. Ainda, a minha sincera gratidão ao ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida por me ter acolhido, pelo vasto conhecimento partilhado e pela oportunidade de enriquecimento pessoal.

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo explorar o impacto do suporte social e da satisfação sexual na qualidade de vida do casal com endometriose, na perspectiva da mulher. Participaram nesta investigação 106 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos. Foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento, que incluiu um breve questionário sociodemográfico, o *Perfil de Saúde da Endometriose – 30*, a *Nova Escala de Satisfação Sexual*, a *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* e o instrumento de *Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde*. Os resultados permitiram observar que mulheres mais jovens tendem a apresentar uma melhor satisfação sexual e uma qualidade de vida mais elevada. A presença de um parceiro não teve um impacto significativo no suporte social, na satisfação sexual ou na qualidade de vida. No entanto, um diagnóstico de infertilidade afetou o suporte social percebido, não tendo sido verificadas diferenças na satisfação sexual e na qualidade de vida. A satisfação sexual demonstrou ser um mediador parcial na relação entre o suporte social e a qualidade de vida. Os resultados obtidos apresentam implicações importantes para a prática clínica e futuras investigações, realçando a importância de um suporte social funcional e consistente e de uma vida sexual positiva para a melhoria da qualidade de vida conjugal de mulheres com endometriose.

**Palavras-chave:** Suporte Social, Satisfação Sexual, Endometriose, Qualidade de vida do Casal

## Abstract

The aim of this study was to explore the impact of social support and sexual satisfaction on the quality of life of couples with endometriosis, from the woman's perspective. 106 women aged between 18 and 52 took part in this research. A self-completion questionnaire was developed, which included a brief sociodemographic questionnaire, the *Endometriosis Health Profile - 30*, the *New Sexual Satisfaction Scale*, the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* and the *World Health Organization's Quality of Life Assessment* instrument. The results showed that younger women tended to have better sexual satisfaction and a higher quality of life. The presence of a partner had no significant impact on social support, sexual satisfaction or quality of life. However, a diagnosis of infertility affected perceived social support, and there were no differences in sexual satisfaction or quality of life. Sexual satisfaction proved to be a partial mediator in the relationship between social support and quality of life. The results obtained have important implications for clinical practice and future research, highlighting the importance of functional and consistent social support and a positive sex life in improving the marital quality of life of women with endometriosis.

**Keywords:** Social Support, Sexual Satisfaction, Endometriosis, Marital Quality of Life

## Índice

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	2
Enquadramento Teórico.....	2
Qualidade de Vida numa condição de Endometriose .....	7
Sexualidade e Intimidade numa condição de Endometriose .....	10
Suporte Social numa condição de Endometriose .....	13
Presente Estudo.....	16
Método.....	20
Desenho de Investigação .....	20
Participantes.....	20
Instrumentos .....	22
<i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	22
<i>The Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30)</i> .....	23
<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</i> .....	24
<i>World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL – BREF)</i> .....	24
<i>New Sexual Satisfaction Scale (NSSS)</i> .....	25
Procedimento .....	26
Análise dos Dados .....	27
Resultados.....	28
Análise Descritiva.....	28
Análises Diferenciais.....	28
Análises Correlacionais .....	31
Modelo de Mediação .....	32
Discussão .....	34
Limitações .....	40
Implicações Práticas .....	41
Referências Bibliográficas.....	43
Anexos.....	56
Anexo A – Consentimento Informado .....	56
Anexo B – Carta de Esclarecimento Pós-Investigação .....	58

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>Modelo revisto da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Wilson e Cleary</i> .....	8
<b>Figura 2</b> <i>Quadro Concetual do Modelo de Doença Crónica e Sexualidade</i> .....	13
<b>Figura 3</b> <i>Modelo Stress-Buffering</i> .....	16
<b>Figura 4</b> <i>Modelo de Mediação entre Variáveis</i> .....	19
<b>Figura 5</b> <i>Efeitos Diretos e Indiretos da Satisfação Sexual e do Suporte Social na Qualidade de Vida de Mulheres com Endometriose</i> .....	32

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> <i>Dados Sociodemográficos da Amostra</i> .....	21
<b>Tabela 2</b> <i>Dados Clínicos da Amostra</i> .....	22
<b>Tabela 3</b> <i>Diferenças na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social em Função da Idade</i> .....	29
<b>Tabela 4</b> <i>Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social em Função de um Relacionamento Amoroso</i> .....	29
<b>Tabela 5</b> <i>Diferenças entre a Presença e Ausência de Filhos na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social</i> .....	30
<b>Tabela 6</b> <i>Diferenças entre a Presença de um Diagnóstico de Infertilidade associado à Endometriose na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social</i> .....	31
<b>Tabela 7</b> <i>Correlações de Pearson (r)</i> .....	32

## Introdução

A endometriose é uma condição ginecológica crónica que afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva. Um dos principais desafios desta condição médica consiste no seu diagnóstico, que é frequentemente complexo e sujeito a atrasos significativos. Este atraso no diagnóstico pode resultar num impacto biopsicossocial severo na vida das mulheres afetadas, comprometendo não só a saúde física, mas igualmente o bem-estar psicossocial das mesmas.

Entre os sintomas mais característicos desta condição médica, destacam-se a dor pélvica crónica, a dispareunia, a ansiedade e depressão, e, por vezes, a infertilidade (Ameratunga et al., 2017; van Poll et al., 2020; Facchin et al., 2020; Yela et al., 2020; Gruber & Mechsner, 2021). Levando em consideração a severidade de alguns destes sintomas, torna-se evidente o seu impacto nas diversas esferas da vida da mulher, notadamente na sua qualidade de vida, atividade profissional, tarefas do quotidiano, relações sociais, relacionamento conjugal, vida sexual e íntima (Yela et al., 2020). De acordo com o estudo conduzido por Hudson e colaboradores (2013), a relação conjugal é frequentemente um dos aspetos da vida das mulheres mais prejudicados, uma vez que o parceiro desempenha quase sempre o papel de cuidador informal e também sofre com as mudanças associadas à endometriose. Este impacto é intensificado pelas alterações ocorridas na vida sexual do casal, interligada com a satisfação sexual e o suporte social providenciado pelo parceiro. A falta de suporte social funcional pelo parceiro pode degradar a relação conjugal, afetando a comunicação do casal e, conseqüentemente, a sua intimidade e satisfação sexual, dando origem a sentimentos de incompreensão e isolamento social (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Law et al., 2024). Não obstante, devido ao limitado número de estudos respeitantes ao impacto da endometriose na qualidade de vida do casal, não é possível corroborar o seu impacto (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017).

Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de estudos que explorem o impacto da endometriose na qualidade de vida do casal, especialmente nas áreas mais afetadas e fundamentais para o bem-estar psicossocial, designadamente a satisfação sexual e o suporte social. Assim sendo, o presente estudo procura analisar de que forma a satisfação sexual e o suporte social podem influenciar a qualidade de vida, sob a perspetiva da mulher, bem como explorar o papel mediador da satisfação sexual na interpretação da relação entre o suporte social e a qualidade de vida.

Este projeto de dissertação inicia com uma breve introdução sobre o tópico em questão, seguida do desenvolvimento de uma revisão de literatura que explora a prevalência da endometriose, os desafios associados ao diagnóstico, os sintomas, as diversas opções de tratamento e o impacto biopsicossocial desta condição. Em adição, apresenta-se a relevância do presente estudo. Após a revisão de literatura, introduz-se o método, que compreende a apresentação das características sociodemográficas dos participantes, a descrição dos instrumentos implementados, o procedimento para a recolha de dados e a análise dos dados alcançados. De seguida, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo.

Por último, é realizada uma discussão que interpreta os resultados e os compara com estudos anteriores, seguida da apresentação das limitações identificadas durante a investigação e as implicações práticas para estudos futuros.

## **Revisão de Literatura**

### **Enquadramento Teórico**

Recentemente, a *Organização Mundial da Saúde* (OMS), classificou a Endometriose, como sendo: "*uma doença ginecológica crónica em que um tecido equivalente ao revestimento do útero, começa a crescer fora do mesmo, conduzindo consequentemente à inflamação e desenvolvimento de um tecido cicatrizado na zona pélvica do corpo da mulher*" (OMS, 2023). Dada a existência de diversos obstáculos no processo de diagnóstico da presente condição médica, acredita-se que a Endometriose atinge cerca de 10% de mulheres em idade reprodutiva (Adamson et al., 2010). Nesta perspetiva, com a informação mais recente e atualizada em fevereiro de 2023, estima-se que em Portugal existem aproximadamente 700.000 casos, havendo uma maior incidência da doença entre os 25 e os 30 anos (Setúbal, 2023).

A etiologia da Endometriose permanece predominantemente desconhecida e incerta, no entanto existem possíveis explicações para a sua origem, tal como: a predisposição hereditária, uma disfunção do sistema imunitário, condições ambientais e fatores de risco associados ao estilo de vida do indivíduo (Della Corte et al., 2020). Pelo que alguns exemplos de fatores de risco podem incluir o tabagismo, o consumo excessivo de cafeína e de álcool, hábitos alimentares pouco saudáveis, um baixo índice de massa corporal, entre outros (Saffarieh & Sharami, 2020; Wu et al., 2024).

Os fatores acima mencionados, podem ser explicativos de alguns sintomas presentes na Endometriose, contudo é indispensável sublinhar que determinados sintomas podem ser considerados atípicos e dificultarem desse modo a sua associação à presente doença, acompanhado da realidade de que pode ser uma doença assintomática (Staal et al., 2016; Nnoaham et al., 2011). Neste seguimento, os sintomas atípicos que podem comprometer o diagnóstico desta patologia, contemplam aqueles que podem igualmente ser característicos de outras doenças, nomeadamente: a ansiedade, depressão, diarreia, fadiga extrema, dor nas costas, náuseas, obstipação, enxaquecas, flatulências, entre outros (Machairiotis et al., 2021). No que concerne aos sintomas representativos e mais recorrentes da Endometriose, realçam-se a dismenorreia, que consiste numa dor pélvica intensa que pode ocorrer antes ou durante a menstruação; a dispareunia, caracterizada por uma dor que pode surgir durante ou após a relação sexual e a disúria que corresponde, por sua vez, a uma sensação de ardor ao urinar (Ameratunga et al., 2017; van Poll et al., 2020; Facchin et al., 2020; Yela et al., 2020; Gruber & Mechsner, 2021). Distinguem-se ainda o sangramento excessivo durante a menstruação e relação sexual, dor pélvica crónica, infertilidade, dor abdominal, dor ao evacuar, hemorragia anal e, por último, dor intestinal (Ameratunga et al., 2017; van Poll et al., 2020; Facchin et al., 2020; Yela et al., 2020; Gruber & Mechsner, 2021). Por consequência, e tendo em conta a severidade destes sintomas, torna-se evidente o impacto dos mesmos noutras dimensões da vida da mulher, como por exemplo na sua qualidade de vida, atividade profissional, tarefas do quotidiano, relações sociais, relacionamento conjugal, vida sexual e íntima, entre outros (Yela et al., 2020).

Por sua vez, a especificidade dos sintomas acima mencionados permite justificar as dificuldades manifestas na realização do diagnóstico da Endometriose, que consequentemente acaba por sofrer um considerável atraso (Ruszała et al., 2022). À luz do referido, existem várias formas de identificar a patologia aqui em questão, entre as quais a laparoscopia, que é atualmente considerado o meio de diagnóstico mais preciso e eficiente (Hsu et al., 2010; Della Corte et al., 2020; Duarte & Righi, 2021). Assim sendo, a laparoscopia consiste num procedimento cirúrgico considerado pouco invasivo, que permite através de uma pequena incisão a visualização dos diferentes órgãos na zona intra-abdominal (CUF, s.d.). Neste caso em concreto, a técnica laparoscópica concede, com recurso a uma biópsia, a discriminação de que tipo de Endometriose está

em causa e posterior planeamento da abordagem mais adequada para o seu tratamento (Hsu et al., 2010; Duarte & Righi, 2021).

Todavia, ainda são realizáveis outros tipos de diagnóstico, designadamente o exame físico e história clínica completa do paciente, em que os sintomas existentes permitem a orientação para a execução de exames imagiológicos mais específicos (Hsu et al., 2010). Estes exames podem ser a ecografia pélvica transvaginal ou endovaginal, que possibilitam a observação de anomalias no útero, ovários e bexiga, frequentemente traduzidas em endometriomas (i.e., cistos nos ovários) e no, posterior, despiste da endometriose ovárica (Hsu et al., 2010). Por sua vez, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada com contraste (TAC) demonstram a sua eficácia no diagnóstico da endometriose profundamente infiltrada, endometriose vaginal e retal, com base na sua capacidade em identificar lesões mais profundas (Bazot et al., 2009; Hsu et al., 2010; Della Corte et al., 2020).

Nesta sequência, diversos exames adicionais estão disponíveis, notadamente o exame retal, benéfico na consideração de nódulos na parede retal e septo retovaginal e o exame vaginal, útil na avaliação de ligamentos útero-sagrados (i.e., tecidos fibrosos que ligam o útero ao sacro) e irregularidades na vagina (Darai et al., 2017). Por último, existem ainda os biomarcadores, definidos como propriedades biológicas (i.e., sangue, urina, saliva, entre outros) que podem auxiliar na predição, diagnóstico e evolução de determinadas doenças, contudo demonstram um baixo nível de fiabilidade (Hsu et al., 2010; Della Corte et al., 2020; CUF, 2023).

Tendo por base o diagnóstico realizado, a Endometriose pode ser, de seguida classificada em vários estágios, recorrendo à classificação revista da *American Society for Reproductive Medicine*, de 1996 (Canis et al., 1997). Esta classificação fornece a atribuição de pontos, correspondentes ao tamanho e localização das lesões, às diversas lesões existentes (Haas et al., 2013). Subsequentemente, a soma de todos os pontos vai possibilitar organizar a doença em quatro estágios, de entre os quais: o Estágio I - mínimo (1 a 5 pontos); Estágio II - leve (6 a 15 pontos); Estágio III - moderado (16 a 40 pontos) e, último, o Estágio IV - severo (> de 40 pontos) (Haas et al., 2013; Duarte & Righi, 2021). Não obstante, a classificação dispõe de algumas limitações, uma vez que não se confirma a existência de uma correlação entre a fase da doença com os sintomas presentes e não contempla a Endometriose Profunda e Adenomiose (Haas et al., 2013; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). A Endometriose Profunda (*Deeply*

*infiltrated endometriosis*) e Adenomiose são subtipos da Endometriose, em que a primeira corresponde à presença de irregularidades nos ligamentos uterosacros, ureteres, bexiga, intestino ou septo retovaginal (Bedaiwy et al., 2017). Por sua vez, a Adenomiose remete para o crescimento descontrolado do endométrio (i.e., músculo à volta do útero), causado pela expansão do tecido endometrial (i.e., revestimento interno do útero) e invadindo assim as paredes musculares internas do útero (CUF, 2022).

No momento presente, a Endometriose continua a ser uma doença ginecológica crónica sem cura, em que o investimento atual se foca maioritariamente no alívio de sintomas e aprimoramento da qualidade de vida da mulher, através de uma abordagem biopsicossocial e um tratamento multidisciplinar (Culley et al., 2017; Rees et al., 2022; Law et al., 2024).

De acordo com a literatura, as duas formas de tratamento destacadas e praticadas atualmente são o tratamento médico, por intervenção de analgésicos, anti-inflamatórios e tratamentos hormonais, e o tratamento cirúrgico, através da remoção de aglomerações endometriais (Bedaiwy et al., 2017; Parasar et al., 2017; Saffarieh & Sharami, 2020). Segundo um estudo conduzido por Brown e colaboradores (2012), os tratamentos hormonais, podem incluir métodos contraceptivos orais, utilizados como meio de controlo da função ovárica e diminuição da severidade de alguns sintomas experienciados (e.g., a dor), todavia sublinha-se a sua ineficácia em idades mais avançadas (devido à menopausa) e inaplicabilidade em mulheres que planeiam ter filhos (Al Kadri et al., 2009; Brown et al., 2012; Bedaiwy et al., 2017). Neste seguimento, o estudo anterior refere ainda a Agonista da Hormona libertadora de gonadotropina (GnRH), para o desenvolvimento de um estado de menopausa precoce, através da supressão das hormonas responsáveis pela ovulação, ajudando assim na diminuição do grau de dor (Brown et al., 2012). Em suma, os tratamentos médicos acarretam um vasto leque de efeitos secundários indesejáveis (i.e., intolerâncias, mudanças de humor, alterações do peso, dificuldade em engravidar, entre outros), sendo que os seus resultados também são temporários e de curta-duração, conduzindo ao despertar do interesse em tratamentos cirúrgicos (Vercellini et al., 2009). À vista disso, a escolha pelo tratamento cirúrgico mais adequado depende fortemente do tipo de Endometriose em questão, dos sintomas presentes e dos propósitos futuros do paciente, uma vez que também existem repercussões associadas aos tratamentos disponíveis (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). Como tal, a Laparoscopia é novamente uma opção

extremamente recomendada, dado que a sua prática minuciosa e pouca invasiva permite, através de uma pequena incisão, a extração dos tecidos lesionados, anulação da dor e, posterior, restauração da estrutura pélvica (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015; Saffarieh & Sharami, 2020). Os benefícios de recorrer à intervenção anterior, apresentam-se por meio do tempo reduzido de internamento necessário, um pós-operatório menos doloroso e longo, uma recuperação satisfatória e com resultados positivos, e, por último, uma pequena percentagem de ocorrência de recaídas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015; Saffarieh & Sharami, 2020). Outra alternativa, consiste na Histerectomia Total com Anexectomia Bilateral, qual exige a retirada integral do útero, incluindo os ovários e trompas de falópio, em adição da extração de todas as lesões notórias causadas pela doença, propiciando uma significativa redução do nível de dor (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). Todavia, é importante frisar que este procedimento somente é recomendável a pacientes que não tenham o desejo de engravidar e em situações em que outros tratamentos já foram implementados e não tiveram sucesso (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015). De forma resumida, a literatura recente reforça que nenhum dos tratamentos anteriormente mencionados deve ser considerado irreprovável, na medida em que cada intervenção acarreta inúmeros efeitos secundários indesejáveis e distintas limitações (Saffarieh & Sharami, 2020).

Nesta sequência, são pouco a pouco introduzidos tratamentos alternativos, com a finalidade de dar resposta às características individuais, preencher as lacunas existentes e personalizar o tratamento à hierarquia de necessidades de cada pessoa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015; Saffarieh & Sharami, 2020). Estas podem integrar o exercício físico, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (i.e., prática com efeitos analgésicos), psicoterapia (e.g., terapia sexual, terapia individual e/ou de grupo), medicina chinesa, fisioterapia, consultas de nutrição, entre outros (Hudson et al., 2013; Saffarieh & Sharami, 2020; Márki et al., 2022).

Levando em consideração, a complexidade das características da Endometriose previamente introduzidas, torna-se evidente e manifesto a influência da doença em diversas dimensões da vida da mulher, do seu parceiro e da sua família (De Graaff et al., 2013; Hudson et al., 2013; Della Corte et al., 2020). Neste sentido, a literatura aponta para um impacto significativo na qualidade de vida da mulher, afetando negativamente a sua capacidade em realizar as tarefas do quotidiano, a sua autoimagem, o seu contexto

laboral, a sua vida íntima e sexual, as suas relações sociais e a sua saúde mental, social e física, entre outros (Fagervold et al., 2009; Culley et al., 2017; De Graaff et al., 2013; Della Corte et al., 2020; Van Niekerk et al., 2022).

### **Qualidade de Vida numa condição de Endometriose**

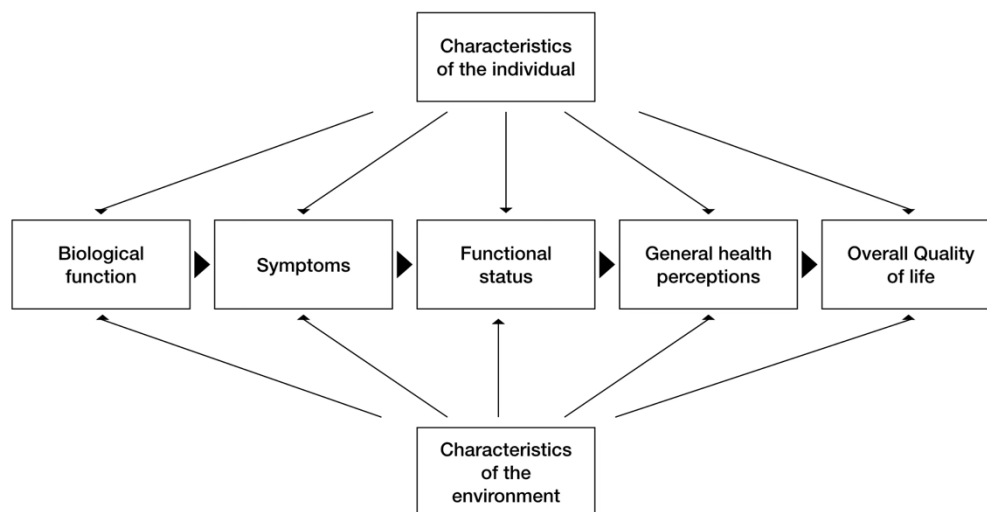
Levando em consideração a envolvimento multifatorial do conceito de Qualidade de Vida, a OMS optou por definir a mesma como a maneira que um indivíduo reflete sobre a sua posição na vida, o meio cultural em que se encontra inserido, os valores com os quais se identifica, num todo relacionado aos seus propósitos, perspectivas de vida, modelos e anseios (WHOQOL, 1995). Tal como referido anteriormente, a Qualidade de Vida é um construto multidimensional que procura nutrir um equilíbrio entre as seis dimensões que lhe são inerentes, entre as quais se encontram o domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente envolvente e espiritualidade, crenças e religião (WHOQOL, 1995).

Na sua relação com a saúde a Qualidade de Vida (HRQOL), pode sofrer algumas alterações, dando origem a um maior foco nas repercussões que a doença e os respetivos tratamentos podem causar no bem-estar integral de um sujeito e das pessoas ao seu redor (Bullinger, 2002). Como tal, a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (HRQOL), vai atender a maneira como a pessoa encara o seu estado de saúde, o seu desempenho global, o seu bem-estar físico, psicológico e social, tal como a sua satisfação sexual na presença de uma doença crónica, ao longo e após determinado tratamento (Greer, 1984; CDC, 2001; Roomaney & Kagee, 2018).

A variável Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, pode ser interpretada recorrendo à versão revista, por Ferrans e colaboradores (2005), do *Modelo de Wilson e Cleary* (1995), que alega que os fatores biológicos (e.g., órgãos e sistemas de órgãos), provocam determinados sintomas (e.g., sintomas físicos e psicológicos), que vão impactar a saúde funcional (e.g., funcionamento físico, social e psicológico), influenciando a perceção geral de saúde, que vai manipular a qualidade de vida (Megari, 2013). A versão revista, veio acrescentar a influência de fatores individuais (e.g., idade, educação, género) e fatores ambientais (e.g., estado civil, número de filhos) nas cinco dimensões anteriores (Figura1) (Ferrans et al., 2005).

## Figura 1

*Modelo revisto da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Wilson e Cleary*



*Nota.* Ferrans et al., (2005).

De acordo com um estudo conduzido por Bieñ e colaboradores (2020), é possível afirmar que o domínio físico é considerado um dos domínios mais influenciados, por consequência da severidade da dor relacionada à condição de Endometriose e o seu efeito negativo nos vários contextos do quotidiano (Hudson et al., 2013; Bieñ et al., 2020). Outros estudos, enfatizam o peso da dor nos vários domínios da vida da mulher, respetivamente no contexto laboral, na medida em que a dor não só perturba a produtividade, como por vezes pode impossibilitar o próprio estar no local de trabalho (Fourquet et al., 2010; Fourquet et al., 2011; Nnoaham et al., 2011). Em adição, no estudo realizado por Hudson e colaboradores (2013), foram vários os relatos de mulheres que foram constrangidas a reduzir o seu horário de trabalho, mudar de emprego ou até mesmo deixar de trabalhar, dando origem a outro conjunto de problemas (Gilmour et al., 2008; Hudson et al., 2013; Moradi et al; 2014; Márki et al; 2022). Estes podem, por sua vez, encontrar-se refletidos em tensões socioeconómicas sentidas no casal e na família, uma vez que obrigam a um conjunto de mudanças e ajustes na rotina familiar, que se podem traduzir em sentimentos de culpabilidade, inutilidade, impotência e pressão acrescida para a mulher e por vezes para o seu parceiro (Gilmour et al., 2008; Hudson et al., 2013). Devido ao limitado número de estudos respeitantes ao impacto da Endometriose no parceiro, não é possível corroborar o seu impacto no mesmo, porém no seguimento do estudo introduzido anteriormente,

alguns homens partilham que também encontraram a sua vida profissional impactada (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017). Tornarem-se o principal cuidador informal, implica um aumento da disponibilidade para cuidar da família, assumir as tarefas domiciliárias e encargos financeiros, o que pode levar a uma diminuição da carga horária laboral, redução da eficácia e, por vezes, ao despedimento (Ameratunga et al., 2017; Culley et al., 2017).

Levando em consideração que, para algumas pessoas, o contexto profissional é muitas vezes a única realidade social, torna-se evidente que outra dimensão que pode ser fortemente impactada, pelo exposto anteriormente, é a componente social (Hudson et al., 2013; Roomaney & Kagee, 2018; Márki et al., 2022). À vista disso, de acordo com determinados estudos, algumas mulheres afirmam terem se sentido forçadas a abdicar de alguns programas sociais que faziam parte da sua rotina devido à imprevisibilidade dos sintomas e da intensidade da dor, nomeadamente a prática de atividade física, atividades de lazer em família, eventos sociais, entre outros (Hudson et al., 2013; Roomaney & Kagee, 2018). Em consequência, também os parceiros partilham consideráveis mudanças na sua vida social, relatando a dificuldade e a culpa associada ao facto de frequentarem qualquer contexto social na ausência da mulher, porém na sua maioria defendem ser algo necessário e um importante fator de proteção (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017). A incapacidade de frequentar determinadas atividades e contextos sociais, permite a sentimentos mais negativos de se instalaram na vida do sujeito, como por exemplo o isolamento e a frustração, conduzindo de seguida a uma deterioração da sua qualidade de vida (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Roomaney & Kagee, 2018).

Não sendo uma vertente menos importante da saúde, também a sexualidade pode sofrer de um impacto significativo aquando da presença de uma doença crónica (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Martins et al., 2022). Neste sentido, a literatura defende que sintomas recorrentes na Endometriose, como a dispareunia, dor pélvica crónica, ansiedade e depressão podem estar intrinsecamente correlacionados com um baixo nível de satisfação sexual e uma menor recorrência de relações sexuais (Hudson et al., 2013; Vercellini et al., 2013; Pluchino et al., 2016; Norinho et al., 2020). Deste modo, a degradação na sexualidade também pode estar associada a problemas de fertilidade, quando após inúmeras tentativas o casal não consegue engravidar, limitando

assim os momentos de intimidade e partilha entre o casal, piorando conseqüentemente a qualidade de vida conjugal (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017).

### **Sexualidade e Intimidade numa condição de Endometriose**

De acordo com a OMS, a saúde sexual pode ser definida como: "*um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade, e não unicamente à ausência de determinada condição de saúde. Deste modo, requer uma aproximação respeitosa da sexualidade e das atividades sexuais, assim como deve propiciar experiências sexuais seguras e prazerosas, sem a presença de elementos negativos*" (OMS, 2015). Deste modo, a sexualidade pode ser avaliada como uma necessidade fisiológica, indispensável ao equilíbrio psicológico e físico do ser humano, fomentando seguidamente uma qualidade de vida mais satisfatória (Gewirtz-Meydan et al., 2018, La Rosa et al., 2020).

O bem-estar sexual pode ser concebido como uma dimensão multifatorial suscetível de ser comprometida pela ação de inúmeros fatores de risco, notadamente a presença de fatores emocionais (e.g., sentimentos de culpa e vergonha), fatores sociais (e.g., normas culturais e pressão social), fatores psicológicos (e.g., questões relacionadas com a autoestima e autoimagem) e fatores biológicos (e.g., patologias e/ou disfunções) (La Rosa et al., 2020). Em consonância com o exposto anteriormente, e considerando a complexidade da condição ginecológica aqui presente, alguns estudos sublinham o efeito negativo de determinados parâmetros, na saúde sexual da mulher e conseqüentemente na intimidade, relação matrimonial e qualidade de vida do casal (Fritzer et al., 2013; Ameratunga et al., 2017; La Rosa et al., 2020; Norinho et al., 2020). Neste seguimento, os estudos enfatizam recorrentemente o impacto significativo da dispareunia, da dor pélvica crónica, dos efeitos dos tratamentos hormonais e das questões de infertilidade na diminuição da regularidade da atividade sexual entre o casal, evidenciando as suas implicações (La Rosa et al., 2020; van Poll, et al., 2020). A dispareunia é definida como a dor que pode ser sentida durante ou após a relação sexual, fazendo com que algumas mulheres tendem a evitar o contacto sexual com o seu parceiro, outras a reduzir os momentos de intimidade e noutros casos pode conduzir as mulheres a simplesmente tolerarem a dor existente (Jones et al., 2004; De Graaff et al., 2013; Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017).

De acordo com um estudo conduzido por Denny e Mann (2007), os diversos motivos que podem submeter algumas mulheres à dor, são os sentimentos de culpa e tristeza associados à obrigação de terem de satisfazer sexualmente o parceiro, ao medo relacionado com a perda do mesmo, ao stress e impotência na tentativa de engravidar e construir uma família (Jones et al., 2004; Denny & Mann, 2007). Em adição no estudo intitulado *Endoport*, de Hudson e colaboradores (2013), algumas mulheres também fazem referência a outros aspetos como inibidores da atividade sexual, designadamente a fadiga extrema, a ansiedade e depressão, a perda abundante de sangue durante e após o ato sexual, disfunções respeitantes ao orgasmo, desejo e excitação sexual, entre outros (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; La Rosa et al., 2020; Norinho et al., 2020; Law et al., 2024). Proveniente do mesmo estudo, foi possível perceber de que forma a Endometriose também impacta a vida sexual do parceiro (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; La Rosa et al., 2020; Norinho et al., 2020; Law et al., 2024). Neste sentido, o relato de alguns homens vem demonstrar a preocupação que sentem em relação à parceira, devido ao anseio de a poderem magoar e intensificar a sua dor, levando muitas vezes a atitudes de evitamento e hesitação em situações de intimidade com a mulher (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Law et al., 2024). Todavia, estes comportamentos de evitamento podem levar as mulheres a sentirem-se menos desejadas, menos femininas e criar, posteriormente, um espaço para sentimentos de raiva, frustração e incompreensão entre o casal, aquando da tentativa de encontrarem estratégias eficientes para resolver esta questão da sexualidade (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Law et al., 2024).

Como é evidente, a reunião de todos estes fatores também pode originar significativas repercussões na qualidade de vida do casal, na medida em que existe um decréscimo na comunicação entre o casal, um aumento das tensões, redução dos afetos partilhados e um reforço de sentimento de perda e de luto da relação (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Law et al., 2024). Em acrescento, a literatura aponta ainda para uma notável falta de informação disponibilizada pelos profissionais de saúde aquando do diagnóstico ou tratamento da endometriose, não tendo ficado manifesto e explícito o impacto da doença e influência de alguns tratamentos na sexualidade do casal (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Law et al., 2024).

De forma sucinta, as várias condições representativas desta patologia, como a infertilidade, dispareunia, ansiedade, dor crónica, depressão podem causar um efeito

negativo na vida sexual da mulher e do seu parceiro, permitindo justificar que a presença desta condição de saúde reflete-se numa qualidade de vida e qualidade de vida sexual menos satisfatória em relação à sua ausência (Fagervold et al., 2009; Pluchino et al., 2016; La Rosa et al., 2020; van Poll et al., 2020). Em resultado, a incapacidade de manter relações sexuais prazerosas e satisfatórias pode ter um impacto negativo na perceção que a mulher tem da sua identidade feminina e, conseqüentemente, da qualidade da sua relação com o parceiro sexual. Não obstante, a literatura sublinha que este impacto negativo pode variar significativamente de acordo com a idade, o tempo de relacionamento e outras particularidades (La Rosa et al., 2020). Com o avançar da idade, a vida com a presença de determinada condição de saúde tende a alterar, o que pode ser justificado pela aquisição de estratégias eficientes de adaptação à doença, pela concretização de objetivos de vida específicos, pela aceitação de questões associadas a quadros de infertilidade, por disporem de uma visão mais madura da vida e valorizarem outros aspetos da sexualidade e da relação, com preocupações distintas às de uma idade mais precoce (Pluchino et al., 2016; La Rosa et al., 2020). Por conseguinte, os estudos enfatizam a importância de uma compreensão mais aprofundada do funcionamento sexual do casal e da qualidade da dinâmica relacional, com o propósito de propor um tratamento personalizado e individualizado às necessidades emergentes de cada casal (La Rosa et al., 2020).

Por fim, esta variável pode ser abordada e percebida à luz do *Modelo de Doença Crónica e Sexualidade*, de Verschuren e colaboradores (2010), que defende que a sexualidade pode ser afetada pelas várias implicações de determinada condição de saúde crónica (Verschuren et al., 2010; Martins et al., 2022). Com base no preconizado pelo presente modelo, tanto a sexualidade como qualquer doença crónica, podem ser entendidos enquanto construtos multidimensionais, influenciáveis pela intervenção de um conjunto de variáveis (i.e., variáveis biológicas, psicológicas, relacionais e socioculturais) (Verschuren et al., 2010; Martins et al., 2022).

Tal como apresentado na Figura 2, o bem-estar sexual e o funcionamento sexual, podem comprometer e ser comprometidos pelos diferentes aspetos associados à endometriose, entre os quais a condição física (e.g., severidade dos sintomas, como a Dispareunia e Dor Pélvica Crónica); o bem-estar psicológico (e.g., Ansiedade e Depressão); pela relação conjugal (e.g., qualidade da relação entre a mulher e o



específica sintomatologia (Pedroso & Sbardelloto, 2008). No que remete para a endometriose, esta permanece uma doença crónica pouco abordada na sociedade, isto devido à complexidade das suas características, que fazem com que seja muitas vezes desvalorizada e comparada a uma dor normal pertencente ao ciclo menstrual da mulher (Culley et al., 2017; Roomaney & Kagee, 2018; Facchin et al., 2020; Schick et al., 2022). Esta falta de conhecimento, encontra-se frequentemente associada a uma sensação de incompreensão, falta de suporte, sentimentos de isolamento e uma pior qualidade de vida, remetendo para a importância de apoio providenciado pelo cuidador informal habitual, o parceiro (Denny & Mann, 2007; Hudson et al., 2013; Facchin et al., 2020; Márki et al., 2022). De acordo com a literatura, a qualidade das relações sociais encontra-se intrinsecamente ligada à saúde física, uma vez que a perceção de suporte social pode influenciar a saúde e o bem-estar geral (Uchino, 2006; Uchino 2009). À vista disso, alguns estudos destacam que fatores interpessoais, como a reciprocidade de suporte entre pares, especialmente entre casais, pode funcionar como um amortecedor contra sentimentos e emoções menos positivas, aliviando a presença de sintomas advinentes de determinada condição de saúde (Saxbe & Repetti, 2010). Neste seguimento, quando um parceiro percebe um nível de suporte social mais elevado, sente-se automaticamente mais capacitado para assegurar a satisfação das necessidades do outro (Haber et al., 2007). Além de que, níveis mais altos de suporte social percebido podem traduzir-se numa reciprocidade mais equilibrada entre o casal, notadamente na capacidade de resposta, promovendo, conseqüentemente, a instalação e manutenção de técnicas de adaptação à doença mais eficientes (Saxbe & Repetti, 2010; Robles et al., 2014).

Com base num estudo dirigido por Culley e colaboradores (2017), os parceiros podem prestar apoio através do acompanhamento a consultas médicas, apoio na tomada de decisão de possíveis tratamentos, na execução das tarefas domésticas, em assegurar as despesas financeiras, apoio emocional e psicológico, entre outros (Culley et al., 2017). Por sua vez, num estudo conduzido por Márki e colaboradores (2022), algumas mulheres também destacam a influência positiva dos familiares e amigos na vivência com a presente doença crónica, enfatizando igualmente os fóruns online de endometriose e grupos de apoio, na medida em que a partilha de experiências e estratégias adaptativas possibilita um sentimento de companheirismo e esperança (Márki et al., 2022).

Todavia, levando em consideração o foco colocado no parceiro enquanto principal fonte de suporte da mulher, torna-se crucial explorar a sua percepção acerca desta questão. Neste seguimento, a literatura aponta para uma significativa falta de suporte percebida pelo parceiro, criando maior ênfase na falta de informação disponibilizada pelos diferentes profissionais de saúde, pela falta de reconhecimento quando abordadas questões relacionadas com a endometriose e pela falta de apoio recebido pelo meio envolvente, dado o foco estar centrado unicamente na mulher (Hudson et al., 2013; Ameratunga et al., 2017; Culley et al., 2017; Law et al., 2024). Não obstante, num estudo conduzido por Hudson e colaboradores (2013), foi possível perceber que alguns casais encontraram forma de se apoiarem mutuamente, através de uma comunicação empática, uma escuta ativa, a expressão emocional e o simples "estar presente" (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Schick et al., 2022).

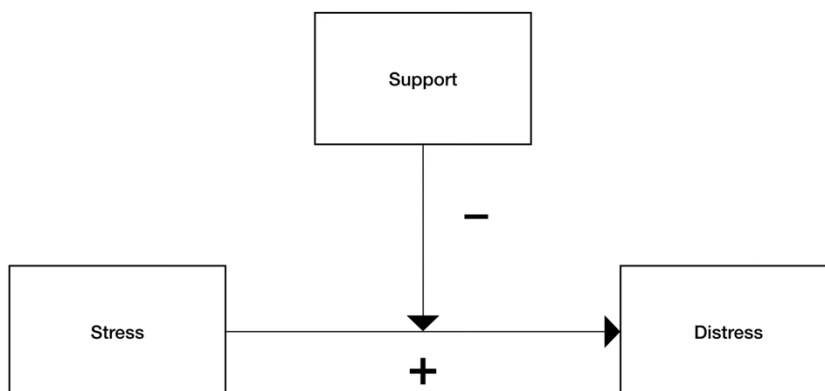
Outra vertente recorrentemente apontada no Suporte Social, é a relação com os vários profissionais de saúde, sendo que na sua maioria os estudos indicam haver uma considerável falta de auxílio e inexistência de fatores protetores (Hudson et al., 2013; Ameratunga et al., 2017; Márki et al., 2022). Muitos pacientes salientam a experiência negativa que tiveram com os seus médicos, devido à falta de conhecimento dos mesmos no que remete para a presente condição médica e os efeitos negativos dos tratamentos nas várias dimensões da vida da mulher, incutindo sentimentos de insegurança e incertezas na vida do casal (Hudson et al., 2013; Ameratunga et al., 2017; Márki et al., 2022; Schreurs et al., 2023). Neste seguimento, a literatura aponta para a carência de uma abordagem biopsicossocial, por parte dos profissionais de saúde, no âmbito de proporcionar uma qualidade de vida mais satisfatória e atender os múltiplos aspetos relacionados à vertente social. Tornando crucial não só abordar a componente biológica (e.g., os sintomas físicos), como preencher lacunas psicológicas (e.g., através do apoio emocional e psicoeducação sobre estratégias de auto-gestão) e dar resposta à componente social (e.g., disponibilizando uma rede de suporte e aconselhar grupos de apoio à Endometriose) (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Leonardi et al., 2020; Law et al., 2024).

Em consonância com o mencionado anteriormente, a variável Suporte Social pode ser contemplada à vista *do Modelo Stress-Buffering*, de Cohen e Wills (1985), que propõe que o apoio social age como um amortecedor, permitindo a redução da influência do stress no estado de saúde da pessoa (Figura 3) (Masson et al., 2019). Por

outras palavras, a conceção das pessoas acerca do apoio social disponível, pode influenciar a maneira como vão reagir perante uma situação ameaçadora (e.g., doença crónica) e, em resposta, arranjar estratégias adaptativas que facilitem a gestão de determinada situação limitadora (Masson et al., 2019).

### Figura 3

#### *Modelo Stress-Buffering*



*Nota.* Cohen & Wills (1985).

### Presente Estudo

A endometriose é uma condição ginecológica crónica que afeta predominantemente mulheres em idade reprodutiva e é reconhecida pela sua complexidade e impacto biopsicossocial na saúde (Aerts et al., 2018; Della Corte et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). Embora o impacto significativo da doença na saúde física, é importante sublinhar as repercussões multifatoriais do impacto psicossocial na qualidade de vida da mulher (Della Corte et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022). Um dos sintomas mais destacados e incapacitantes da endometriose, consiste na dor pélvica crónica, que pode afetar negativamente a saúde mental, apresentando-se através de elevados níveis de ansiedade, depressão e uma baixa qualidade de vida, devido à limitação na execução das várias tarefas do dia-a-dia, provocadas pela dor (Aerts et al., 2018; Márki et al., 2022). Para além da dor, os sintomas adjacentes podem gerar um estado persistente de mal-estar emocional e psicológico, afetando a autoestima da mulher (Della Corte et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). Neste seguimento, outra

vertente fortemente impactada é o campo social, afetado pela falta de compreensão e pela escassa informação disponibilizada, resultando, subsequentemente, na minimização e estigmatização da doença (Aerts et al., 2018; Márki et al., 2022). Em adição, esta incompreensão pode dar origem a sentimentos de isolamento e exclusão social, fazendo com que as mulheres se possam sentir abandonadas e percecionarem uma diminuição da estrutura de suporte social (Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). À vista disso, as relações diádicas, especialmente a relação com o parceiro, podem sofrer fortes repercussões advenientes dos diversos sintomas causados pela endometriose (Aerts et al., 2018; Della Corte et al., 2020; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). As mulheres podem ser confrontadas a dificuldades e obstáculos na sua vida sexual e de casal, motivadas pelo desequilíbrio emocional, mudanças no corpo, insatisfação sexual, baixa autoestima e autoimagem associadas à endometriose, desencadeando tensões na relação e degredando a qualidade de vida do casal (Aerts et al., 2018; Della Corte et al., 2020; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). Posto isto, a infertilidade associada à endometriose é um sintoma recorrente, que pode exacerbar o impacto psicossocial, desenvolvendo um espaço para a instalação de sentimentos de culpa, medo, desespero, frustração e tristeza (Della Corte et al., 2020; Márki et al., 2022). Outra área afetada é o contexto ocupacional, com a necessidade de ajustar a carga horária, adaptar funções e encargos profissionais e, por vezes, abandonarem o emprego, em razão dos sintomas incapacitantes (Aerts et al., 2018; Della Corte et al., 2020; Márki et al., 2022; Schick et al., 2022). A influência dessas consequências na vida da mulher, pode refletir-se nas dificuldades financeiras e no ambiente hostil entre o casal (Márki et al., 2022).

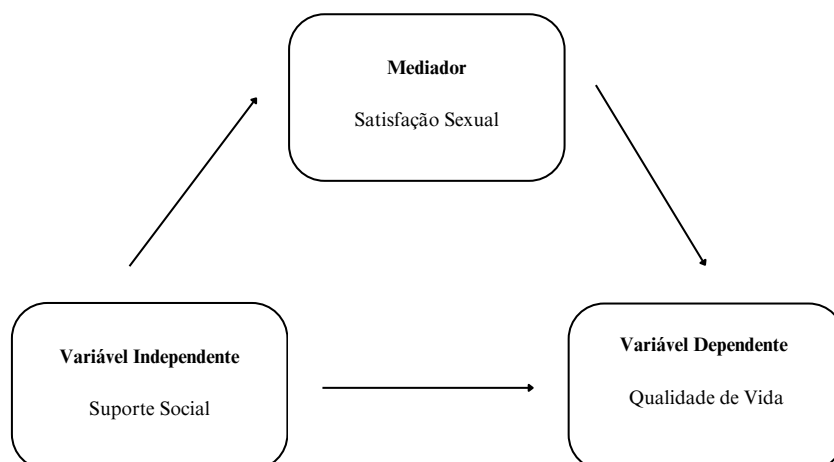
De forma sucinta, a complexidade desta doença crónica exige uma abordagem biopsicossocial para dar resposta às necessidades emergentes das mulheres, com a finalidade de proporcionar um suporte mais integrado e eficaz na melhoria da qualidade de vida geral (Aerts et al., 2018). À vista disso, existem diversas condições que podem facilitar a experiência de viver com endometriose e aprimorar a qualidade de vida das mulheres, designadamente a influência de vários fatores protetores que promovem o estabelecimento de um estilo de vida saudável (Hudson et al., 2013; Yela et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022; Ruszała et al., 2022; Wu et al., 2024). Numa fase inicial, o rastreio e o diagnóstico precoce podem ser considerados fatores protetores, uma vez que permitem a monitorização da doença e a implementação da intervenção

mais adequada e eficiente no tratamento dos vários sintomas (Hudson et al., 2013; Márki et al., 2022; Van Niekerk et al., 2022; Gete et al., 2023). Em adição, é destacado o uso de métodos contraceptivos hormonais, especialmente a pílula anticoncepcional, para a regulação da ovulação e da menstruação, permitindo o alívio de determinados sintomas, tal como a dismenorreia (Hsu et al., 2010; Bedaiwy et al., 2017; Saffarieh & Sharami, 2020). Outro fator protetor, que se tem revelado bastante benéfico ao longo dos anos, é a incorporação de uma alimentação equilibrada e saudável, juntamente com a prática de atividade física para elevar a autoestima e autoimagem Hudson et al., 2013; Yela et al., 2020; Kalfas et al., 2022; Márki et al., 2022; Ruszała et al., 2022; Wu et al., 2024). Não menos importante, é o impacto das variáveis em estudo, respetivamente o suporte social e a satisfação sexual na qualidade de vida de uma mulher com endometriose. Enquanto fator de proteção fundamental, o suporte social providenciado pelos familiares, amigos e parceiro permite apaziguar os sentimentos de isolamento e exclusão social, melhorando a perceção de apoio social e permitindo à mulher adotar estratégias de adaptação à doença mais eficientes e otimizar a sua qualidade de vida (Uchino, 2006; Uchino, 2009; Pedroso & Sbardelloto, 2008; Saxbe & Repetti, 2010; Robles et al., 2014; Márki et al., 2022). Em paralelo, o suporte social proporcionado pelo parceiro pode ajudar a melhorar a relação conjugal e a aumentar a satisfação sexual da mulher e, conseqüentemente, do casal. A sexualidade é considerada uma dimensão indispensável ao equilíbrio psicológico e físico do ser humano, que pode assumir uma função essencial para as mulheres com endometriose, na medida em que fomenta a redução do stress, ansiedade e depressão e estimula o desenvolvimento de um vínculo seguro entre a mulher e o parceiro (Vitale et al., 2017; Gewirtz-Meydan et al., 2018, La Rosa et al., 2020; Ruszała et al., 2022; Law et al., 2024). Esta ligação pode, posteriormente, favorecer uma comunicação segura entre o casal, permitindo que a mulher expresse desconfortos que possam surgir durante e após a relação sexual (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Norinho et al., 2020; Schick et al., 2022). Assim, poderá envolver-se em experiências sexuais positivas e prazerosas, sem medo e desconforto, ao ajustar as práticas sexuais para lidar com os obstáculos impostos pela endometriose (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Schick et al., 2022; Law et al., 2024). De forma resumida, a literatura realça que um relacionamento saudável e um suporte social contínuo permitem a mitigação dos sintomas, de lidar com a doença crónica de forma mais leve e ter uma qualidade de vida mais satisfatória (Verschuren et al., 2010; De Graaff et al., 2013; Vitale et al., 2017; Martins et al., 2022).

Neste sentido, a concepção do presente projeto de dissertação, advém principalmente pela notória carência de estudos que considerem o impacto das variáveis descritas acima na qualidade de vida do casal, numa condição de endometriose, sob a perspectiva das mulheres em Portugal. Assim sendo, o principal âmbito deste trabalho baseia-se no entendimento do papel da satisfação sexual e do suporte social na qualidade de vida de casais afetados pela endometriose, com base numa amostra de mulheres portuguesas. Mais concretamente, procura perceber, i) de que forma o suporte social, da perspectiva da mulher, pode influenciar a qualidade de vida, tal como ii) a maneira com que a satisfação sexual do casal, da perspectiva da mulher, pode influenciar a qualidade de vida do mesmo, e iii) analisar o eventual papel mediador da satisfação sexual na interpretação da relação entre as perceções da mulher sobre o suporte social e a qualidade de vida (Figura 4). Pretendeu-se ainda analisar as diferenças relativas à idade, existência de relacionamento amoroso, presença de filhos e diagnóstico de infertilidade associado à endometriose nas diversas variáveis em estudo. Posto isto, com base na literatura e no exposto precedentemente, espera-se que: Hipótese 1 - a existência de uma rede de suporte segura providencie uma melhor qualidade de vida, bem como, Hipótese 2 - mulheres com uma maior satisfação com a sexualidade, desenvolvem uma qualidade de vida mais satisfatória. Em último, espera-se que: Hipótese 3 - a presença de uma rede de suporte funcional influencie a existência de atividades sexuais mais positivas e esteja intrinsecamente correlacionada com o ajustamento à condição de endometriose, na medida em que facilite o ajuste à doença e permita atingir uma qualidade de vida mais satisfatória.

#### **Figura 4**

*Modelo de Mediação entre Variáveis*



## Método

### Desenho de Investigação

Levando em consideração a questão de investigação da presente dissertação, a abordagem metodológica selecionada para a recolha de dados consistiu num método quantitativo, transversal, de modo a permitir a avaliação de diferentes dimensões associadas ao mesmo tópico, num único momento. Para tal, foram utilizadas escalas de autopreenchimento.

### Participantes

A seleção dos participantes, foi efetuada através de uma amostragem não-probabilística por conveniência, que compreendeu a participação de indivíduos disponíveis e dispostos a participar neste estudo. Para a participação, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: a) mulheres em idade reprodutiva, com 18 anos ou mais; b) diagnóstico de endometriose confirmado clinicamente, com manifestação de sintomas; c) estado civil de solteira ou a viver com o(a) parceiro(a) amoroso(a); d) domínio das competências de escrita e leitura em português e, e) participação voluntária mediante consentimento informado. Os critérios de exclusão abrangeram: a) mulheres com diagnóstico de endometriose assintomáticas e, b) o não cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos para esta investigação.

Deste modo, a Tabela 1 indica que participaram neste estudo um total de 106 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos ( $M = 33.54$ ;  $DP = 7.43$ ). No que se refere ao estado civil, 24.5% das mulheres estavam numa união de facto, 34.9% casadas, 36.8% solteiras e 3.8% divorciadas. Quanto à nacionalidade, os dados ilustraram 82.1% de mulheres com nacionalidade portuguesa, 14.2% com nacionalidade brasileira e 3.8% com outras nacionalidades. Em termos de escolaridade, 1.9% frequentou o 2º ciclo, 3.8% frequentou o 3º ciclo ou equivalente, 32.1% o ensino secundário ou equivalente, 25.5% possuía licenciatura, 32.1% mestrado, 0.9% doutoramento e 3.8% pós-graduação. Participaram ainda mulheres num relacionamento (89.6%) e sem relacionamento (10.4%), com filhos (19.8%) e sem filhos (80.2%).

**Tabela 1***Dados Sociodemográficos da Amostra*

Variável		Amostra Total (N=106)	
		<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade		33.54	7.43
		<i>n</i>	%
Estado Civil	União de Facto	26	24.5
	Casada	37	34.9
	Solteira	39	36.8
	Divorciada	4	3.8
Nacionalidade	Portuguesa	87	82.1
	Brasileira	15	14.2
	Outra	4	3.8
Escolaridade	2º Ciclo	2	1.9
	3º Ciclo ou equivalente	4	3.8
	Ensino secundário ou equivalente	34	32.1
	Licenciatura	27	25.5
	Mestrado	34	32.1
	Doutoramento	1	0.9
Relacionamento	Sim	95	89.6
	Não	11	10.4
Filhos	Sim	21	19.8
	Não	85	80.2

*Nota.* *M* – Média; *DP* – Desvio Padrão.

No que concerne aos dados clínicos da amostra, a Tabela 2 revela que 50.9% das mulheres sofre de outros problemas de saúde além da endometriose, sendo as condições mais frequentemente apontadas a ansiedade, depressão, fibromialgia e síndrome do ovário poliquístico. Em adição, 34% indicaram a presença de um diagnóstico de infertilidade associado à endometriose. Neste seguimento, 26.4% das mulheres reportaram estar a realizar um acompanhamento psicológico.

## Tabela 2

### *Dados Clínicos da Amostra*

Variável		Amostra Total (N=106)	
		<i>n</i>	%
Outros Problemas de Saúde	Sim	54	50.9
	Não	51	48.1
	Omissos	1	0.9
Infertilidade	Sim	36	34.0
	Não	70	66.0
Acompanhamento Psicológico	Sim	28	26.4
	Não	78	73.6

## Instrumentos

Atendendo a existência de inúmeros instrumentos com o âmbito de avaliar a mesma variável, priorizou-se o uso de instrumentos com adaptação portuguesa. Num primeiro momento, foi aplicado um Questionário Sociodemográfico, seguido pela administração de quatro escalas de autopreenchimento, as quais foram disponibilizadas através de um *link*. Sublinha-se a presença de um Consentimento Informado que frisou a voluntariedade e a participação informada neste estudo, assim como a proteção de dados, através do respeito pela confidencialidade dos dados recolhidos e anonimato dos sujeitos (Anexo A). Adicionalmente, os participantes foram devidamente informados de que poderiam abandonar o estudo, a qualquer momento, sem consequências.

## Questionário Sociodemográfico

O primeiro questionário remeteu para um Questionário Sociodemográfico, com a finalidade de recolher dados específicos como a idade, nacionalidade, grau de escolaridade concluído, estado civil, existência de um relacionamento amoroso e presença de filhos.

## **The Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30)**

A medida selecionada para avaliar a Qualidade de Vida na Endometriose consistiu no questionário *The Endometriosis Health Profile-30*, de Jones e colaboradores (2001), (Nogueira-Silva et al., 2015). A validação portuguesa do *Endometriosis Health Profile Questionnaire-30* compreende um questionário de autopreenchimento central composto por 30 itens que avaliam cinco dimensões, nomeadamente: Dor (itens 1-11), Controlo e Impotência (itens 12-17), Bem-estar emocional (itens 18-23), Suporte social (itens 24-27) e Autoimagem (itens 28-30) (Nogueira-Silva et al., 2015). Engloba ainda um questionário modular opcional composto por 23 itens, que avaliam por sua vez seis dimensões: Vida no trabalho (itens A1-5), como exemplo: “*Sentiu-se culpada por faltar ao trabalho?*” (item A-4), Relação com os filhos (itens B1-2), como exemplo: “*Sentiu dificuldade em cuidar do/s seu/s filho/s?*” (item B-1), Relações sexuais (itens C1-5), como exemplo: “*Evitou ter relações sexuais devido à dor?*” (item C-3), Relação com o médico (itens D1-4), como exemplo: “*Sentiu que o/s seu/s médico/s não está/ão a fazer nada por si?*” (item D-1), Tratamento (itens E1-3), como exemplo: “*Achou difícil lidar com os efeitos secundários do tratamento?*” (item E-2) e Infertilidade (itens F1-4), como exemplo: “*Sentiu-se deprimida pela possibilidade de não ter filhos ou mais filhos?*” (item F-3) (Nogueira-Silva et al., 2015). Salienta-se que foram utilizados exclusivamente os itens da dimensão Dor do questionário central, uma vez que as demais dimensões foram exploradas com recurso a outros questionários mais específicos. A consistência interna do questionário original pode ser considerada elevada, com um alfa de *Cronbach* entre .88 e .98 nas dimensões do questionário central, e nas dimensões do questionário modular entre .86 e .95 (Nogueira-Silva et al., 2015). No que remete para os dados psicométricos do instrumento nesta investigação, obteve-se um  $\alpha$  de *Cronbach* .96 e um  $\omega$  .96 para a dimensão Dor do questionário central e um valor global de  $\alpha$  de *Cronbach* .96 e  $\omega$  .96 para o questionário modular, pondo em evidência uma excelente consistência interna.

Para concluir, a cotação foi realizada através de uma escala de tipo *Likert*, compreendida entre 0 a 4, onde o 0 significa “nunca” e 4 significa “sempre”, podendo a sua pontuação variar entre 0 a 100, em que quanto mais baixa a pontuação, melhor era considerada a condição de saúde do sujeito (Nogueira-Silva et al., 2015).

## **Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)**

De modo a avaliar a variável Suporte Social, foi aplicado a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, composta por 12 itens, (Dahlem et al., 1988, cit. por Carvalho et al., 2011). É importante realçar que existe a validação portuguesa da presente escala, tendo sido validada em 2011 por Carvalho e colaboradores (Carvalho et al., 2011). Com uma validade interna excelente, a validação portuguesa da *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* tem um alfa de *Cronbach* de .92 (Carvalho et al., 2011). No presente estudo, a escala demonstrou igualmente excelentes propriedades psicométricas, com valor global de  $\alpha$  de *Cronbach* .95 e ômega .95, o que comprova a elevada consistência interna do instrumento.

Neste seguimento, sendo uma escala relativamente curta, a mesma dispõe de 4 itens para medir a perceção de suporte social proveniente da família, 4 itens para a perceção de suporte social dos amigos e 4 itens para o suporte social percebido por parte de outros significativos (Carvalho et al., 2011). A dimensão da família engloba os itens 3, 4, 8 e 11, sendo um exemplo de item: “*A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões*” (item 11) (Carvalho et al., 2011). Na dimensão dos amigos enquadram-se os itens 6, 7, 9 e 12, sendo um exemplo de item dessa dimensão: “*Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas*” (item 9) (Carvalho et al., 2011). Por fim, na dimensão dos outros significativos, encontram-se os itens 1, 2, 5 e 10, sendo um bom exemplo o item 10: “*Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos*” (Carvalho et al., 2011). No que remete para a sua cotação, a mesma foi realizada através de uma escala de tipo *Likert*, que compreende 7 categorias de resposta, que varia entre: “1 = discorda completamente e 7 = concorda completamente” (Carvalho et al., 2011).

## **World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL – BREF)**

De modo, a avaliar a variável Qualidade de vida geral, optou-se pelo instrumento *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL - BREF), desenvolvido em 1994, pelo World Health Organization Quality of Life Group (Vaz Serra et al., 2006). Validado para português por Vaz Serra e colaboradores em 2006, o instrumento dispõe de uma consistência interna muito boa, com um alfa de *Cronbach* .92 (Vaz Serra et al., 2006). Destarte, no presente estudo, o instrumento revelou uma

excelente fiabilidade interna, com um valor de  $\alpha$  de *Cronbach* .93 e  $\omega$  .92 para a globalidade do questionário.

O instrumento WHOQOL-BREF é composto por 26 itens de autopreenchimento, divididos em quatro domínios, nomeadamente o domínio Físico que compreende os itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18, como exemplo: "*Como avaliaria a sua mobilidade [Capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?*" (item 15) (Vaz Serra et al., 2006). O domínio Psicológico que inclui os itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26, como exemplo: "*Até que ponto gosta da vida?*" (item 5) (Vaz Serra et al., 2006). O domínio Relações Sociais que engloba os itens 20, 21 e 22, como exemplo: "*Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?*" (item 21) (Vaz Serra et al., 2006). Por último, o domínio Ambiente que compreende os itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25, como exemplo: "*Em que medida é saudável o seu ambiente físico?*" (item 9) (Vaz Serra et al., 2006). A cotação do instrumento foi efetuada através de uma escala de tipo Likert, com uma categoria de resposta que varia entre 1 a 5 (Vaz Serra et al., 2006).

### **New Sexual Satisfaction Scale (NSSS)**

Por fim, o questionário selecionado para avaliar a Satisfação Sexual, consistiu na *New Sexual Satisfaction Scale* (NSSS), desenvolvida originalmente por Stulhofer e colaboradores em 2010, e validada para português em 2015, por Pechorro e colaboradores (Stulhofer et al., 2010, cit. por Pechorro et al., 2015). No que diz respeito à consistência interna da escala validada, a mesma pode ser considerada elevada, com um alfa de *Cronbach* de .96 (Pechorro et al., 2015). Por conseguinte, nesta investigação foram registados valores de  $\alpha$  de *Cronbach* .96 e  $\omega$  .96 para a integralidade do instrumento, indicando uma alta fiabilidade interna.

A NSSS é composta por 20 itens, divididos numa subescala de Centração no Eu, que inclui os itens 1 a 10, como exemplo: "*A intensidade da minha excitação sexual*" (item 1) e a subescala de Centração no Parceiro e na Atividade Sexual, que inclui os itens 11 a 20, como exemplo: "*A frequência da minha atividade sexual*" (item 20) (Pechorro et al., 2015). Deste modo, a cotação da escala foi executada através de uma escala de tipo Likert, com possibilidade de repostas entre: "*1 = Nada Satisfeito a 5 = Totalmente Satisfeito*" (Pechorro et al., 2015).

## Procedimento

A condução deste estudo envolveu, num primeiro instante, o cumprimento dos requisitos necessários para a aprovação da investigação por parte da Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas e da Vida. Após a obtenção da respetiva autorização, procedeu-se com o desenvolvimento do questionário na plataforma do *Google Forms*, com base no Consentimento Informado elaborado para esta investigação e nos instrumentos previamente apresentados. Subsequentemente, o questionário foi divulgado por meio de redes sociais, em particular o *Facebook* e o *Instagram*, assim como através da partilha na Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose e na Associação MulherEndo.

Atendendo os rigorosos critérios éticos inerentes à recolha de dados no domínio da Psicologia, a solicitação para a divulgação junto das várias associações foi realizada através do envio de um email, contendo uma breve introdução sobre o tópico em estudo, as características específicas da população-alvo, o *link* correspondente e uma imagem criada para a promoção da investigação. Nas partilhas efetuadas por outros meios de comunicação, foi destacado o âmbito da investigação, os objetivos em estudo, o tempo estimado para o preenchimento e a sua finalidade, apelando-se à participação voluntária dos indivíduos e posterior partilha do questionário nas suas redes sociais pessoais. Ao aceder ao questionário e confirmar os critérios de inclusão requisitados, o participante era reencaminhado para a página respeitante ao Consentimento Informado. Nessa secção, reiterava-se que a participação era inteiramente voluntária e que poderia ser interrompida a qualquer momento, sem implicar quaisquer repercussões. Em adição, esclarecia-se que o presente estudo não acarretava quaisquer constrangimentos ou riscos, e que toda a informação partilhada seria tratada com total confidencialidade e respeito pelo anonimato dos participantes.

Elaborou-se, ainda, uma Carta de Esclarecimento Pós-investigação, com o propósito de garantir o bem-estar dos participantes, a qual incluía uma breve explicação do estudo, esclarecimentos sobre a proteção de dados e diversos contactos úteis (Anexo B). As respostas recolhidas foram transferidas para uma base de dados confidencial para posterior análise estatística, realizada com recurso ao programa *Statistical Package For The Social Sciences* (IBM SPSS Statistics – Versão 29.0.2.0.).

Por fim, os resultados da investigação poderão ser comunicados via email aos participantes e às associações que manifestaram interesse em ser informados sobre os mesmos.

## **Análise dos Dados**

A análise dos dados recolhidos foi executada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics – Versão 29.0.2.0, que proporciona a realização de uma análise descritiva e diferencial dos resultados obtidos no questionário.

O primeiro passo envolveu a análise da distribuição das variáveis em estudo, através de testes de normalidade, com a finalidade de identificar os testes estatísticos mais apropriados de serem utilizados subsequentemente. Dado o tamanho da amostra ( $N > 50$ ), foi aplicado o teste de Kolomogrov-Smirnov, o qual revelou que a variável qualidade de vida e satisfação sexual seguiam uma distribuição normal, porém não a variável suporte social.

Com base na distribuição normal das variáveis, optou-se pela aplicação de um teste paramétrico, mais concretamente o Teste T de Student para amostras independentes. Este teste permite identificar diferenças significativas nas variáveis em estudo entre diversos grupos. Foram conduzidos quatro *independent t-test* para analisar as diferenças existentes entre os seguintes grupos: (1) mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos versus mulheres entre os 36 e os 52 anos; (2) mulheres com e sem um relacionamento amoroso estável; (3) mulheres com e sem filhos, e (4) mulheres com e sem um diagnóstico de infertilidade associado à endometriose.

Além das análises diferenciais, foram realizadas correlações de *Pearson* para explorar as associações e interações entre todas as variáveis em estudo. De acordo com o livro de Marôco (2018), as correlações podem ser classificadas em: correlação muito forte ( $> .75$ ), correlação forte ( $.50 - .75$ ), correlação moderada ( $.25 - .50$ ) e correlação fraca ( $< .25$ ). Subsequentemente, de forma a determinar o processo pelo qual uma variável influencia a relação entre outras duas variáveis, analisou-se o modelo de mediação utilizando a extensão *Macro Process de Hayes* (modelo 4). O suporte social foi incluído como variável independente, a satisfação sexual foi considerada como variável mediadora, e a qualidade de vida como variável dependente. De seguida, para verificar se os efeitos indiretos observados eram significativos, foi analisado se o

intervalo de confiança de 95% incluía o valor 0. Se não fosse observado o valor 0 no intervalo de confiança, era possível afirmar que os efeitos eram estatisticamente significativos.

## **Resultados**

### **Análise Descritiva**

Num momento inicial, procedeu-se à análise descritiva das variáveis em estudo, com a finalidade de apresentar as características básicas de determinados dados, através da identificação das médias, desvios-padrões e avaliação da normalidade da variável qualidade de vida, satisfação sexual e suporte social. A análise descritiva revelou que a variável qualidade de vida apresentou os seguintes valores de média e desvio-padrão:  $M = 3.22$ ;  $DP = .54$ ; o suporte social  $M = 5.27$ ;  $DP = 1.3$ ; e satisfação sexual  $M = 2.92$ ;  $DP = .84$ . Os resultados relacionados à normalidade indicaram que a variável qualidade de vida seguia uma distribuição normal, de acordo com o teste de Kolomogrov-Smirnov, ( $D(106) = .059$ ,  $p = .200^*$ ). Neste seguimento, a variável satisfação sexual também apresentou uma distribuição normal, ( $D(106) = .072$ ,  $p = .200^*$ ). Todavia, os resultados indicaram que a variável suporte social não seguia uma distribuição normal, ( $D(106) = .124$ ,  $p < .001$ ).

### **Análises Diferenciais**

#### **Amostras Independentes**

Foi realizado um teste de t para amostras independentes com a finalidade de analisar as diferenças entre dois grupos de idade, notadamente entre mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos e mulheres com idades compreendidas entre os 36 e os 52 anos, nas variáveis qualidade de vida, suporte social e satisfação sexual. Os dados indicaram que existem diferenças entre os dois grupos de idade na satisfação sexual e na qualidade de vida. Com base na Tabela 3, verifica-se que mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos apresentam uma maior satisfação sexual do que as mulheres com idades compreendidas entre os 36 e os 52 anos. Em adição, as mulheres com idades entre os 18 e os 35 anos revelam uma maior qualidade vida, em comparação com as mulheres com idades entre os 36 e os 52 anos.

**Tabela 3**

*Diferenças na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social em Função da Idade*

	Idade	N	Estatística de Grupo			t
			M	DP		
Qualidade de Vida	18-35	67	3.34	.47	$t(104) = 2.94, p = .004, d \text{ de Cohen} = .52$	
	36-52	39	3.03	.60		
Satisfação Sexual	18-35	67	3.05	.73	$t(104) = 2.09, p = .039, d \text{ de Cohen} = .82$	
	36-52	39	2.71	.96		
Suporte Social	18-35	67	5.46	1.18	$t(104) = 1.89, p = .062, d \text{ de Cohen} = 1.34$	
	36-52	39	4.95	1.59		

Nesta sequência, conforme ilustrado na Tabela 4, constatou-se que não existem diferenças nas variáveis em estudo entre o grupo de mulheres com um relacionamento amoroso estável e o grupo de mulheres sem um relacionamento amoroso estável.

**Tabela 4**

*Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social em Função da Presença de um Relacionamento Amoroso*

	Relacionamento	Estatística de Grupo				t
		N	M	DP		
Qualidade de Vida	Sim	95	3.19	.54	$t(104) = -1.97, p = .052, d \text{ de Cohen} = .53$	
	Não	11	3.52	.47		
Satisfação Sexual	Sim	95	2.88	.85	$t(104) = -1.74, p = .085, d \text{ de Cohen} = .83$	
	Não	11	3.34	.63		

Suporte Social	Sim	95	5.19	1.38	$t(104) = -1.69, p = .094, d \text{ de Cohen} = 1.34$
	Não	11	5.92	.99	

Em relação às diferenças nas variáveis qualidade de vida, satisfação sexual e suporte social, em função da presença ou ausência de filhos, foi possível observar diferenças significativas na qualidade de vida entre o grupo de mulheres com filhos e o grupo de mulheres sem filhos. Especificamente, verificou-se que as mulheres sem filhos apresentam uma maior qualidade de vida, do que as mulheres com filhos. Em adição, foram constatadas diferenças na satisfação sexual entre os dois grupos. As mulheres sem filhos revelam uma maior satisfação sexual em comparação com as mulheres com filhos, conforme indicado na Tabela 5.

**Tabela 5**

*Diferenças entre a Presença e Ausência de Filhos na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social*

		Estatística de Grupo				
		Filhos	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
Qualidade de Vida	Sim		21	2.90	.62	$t(104) = -3.16, p = .002, d \text{ de Cohen} = .52$
	Não		85	3.30	.49	
Satisfação Sexual	Sim		21	2.60	1.03	$t(104) = -2.02, p = .046, d \text{ de Cohen} = .83$
	Não		85	3.00	.77	
Suporte Social	Sim		21	4.76	1.40	$t(104) = -1.95, p = .054, d \text{ de Cohen} = 1.34$
	Não		85	5.39	1.32	

Por último, foram analisadas as diferenças entre a existência de um diagnóstico de infertilidade associada à endometriose e a ausência do mesmo, nas variáveis qualidade de vida, satisfação sexual e suporte social. De acordo com a Tabela 6, é possível analisar que apenas existem diferenças significativas no suporte social entre mulheres com e sem diagnóstico de infertilidade associado à endometriose. As mulheres sem diagnóstico de infertilidade associado à endometriose apresentam um maior suporte

social em comparação com as mulheres com diagnóstico de infertilidade associado à endometriose.

### **Tabela 6**

*Diferenças entre a Presença de um Diagnóstico de Infertilidade associado à Endometriose na Qualidade de Vida, Satisfação Sexual e Suporte Social*

		Estatística de Grupo				
	Infertilidade	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	
Qualidade de Vida	Sim	36	3.11	.50	$t(104) = -1.57, p = .120, d \text{ de Cohen} = .54$	
	Não	70	3.28	.55		
Satisfação Sexual	Sim	36	2.77	.88	$t(104) = -1.33, p = .186, d \text{ de Cohen} = .83$	
	Não	70	3.00	.81		
Suporte Social	Sim	36	4.87	1.55	$t(104) = -2.19, p = .031, d \text{ de Cohen} = 1.33$	
	Não	70	5.47	1.20		

### **Análises Correlacionais**

De acordo com os dados ilustrados na Tabela 7, todas as variáveis analisadas apresentam correlações estatisticamente significativas entre si, o que vai de encontro ao esperado. É possível afirmar que o suporte social apresenta uma correlação positiva forte com a qualidade de vida, o que revela que níveis mais elevados de suporte social estão associados a uma melhor qualidade de vida. Nesta sequência, a correlação com a satisfação sexual é positiva moderada, sugerindo que o suporte social também pode contribuir para uma maior satisfação sexual. Além da correlação positiva forte com o suporte social, a qualidade de vida também demonstra uma correlação positiva forte com a satisfação sexual, o que indica que uma maior qualidade de vida pode traduzir-se numa maior satisfação com a sexualidade e vice-versa.

## Tabela 7

### Correlações de Pearson (*r*)

Variáveis	Suporte Social	Qualidade de Vida	Satisfação Sexual
Suporte Social	-		
Qualidade de Vida	.539**	-	
Satisfação Sexual	.352**	.616**	-

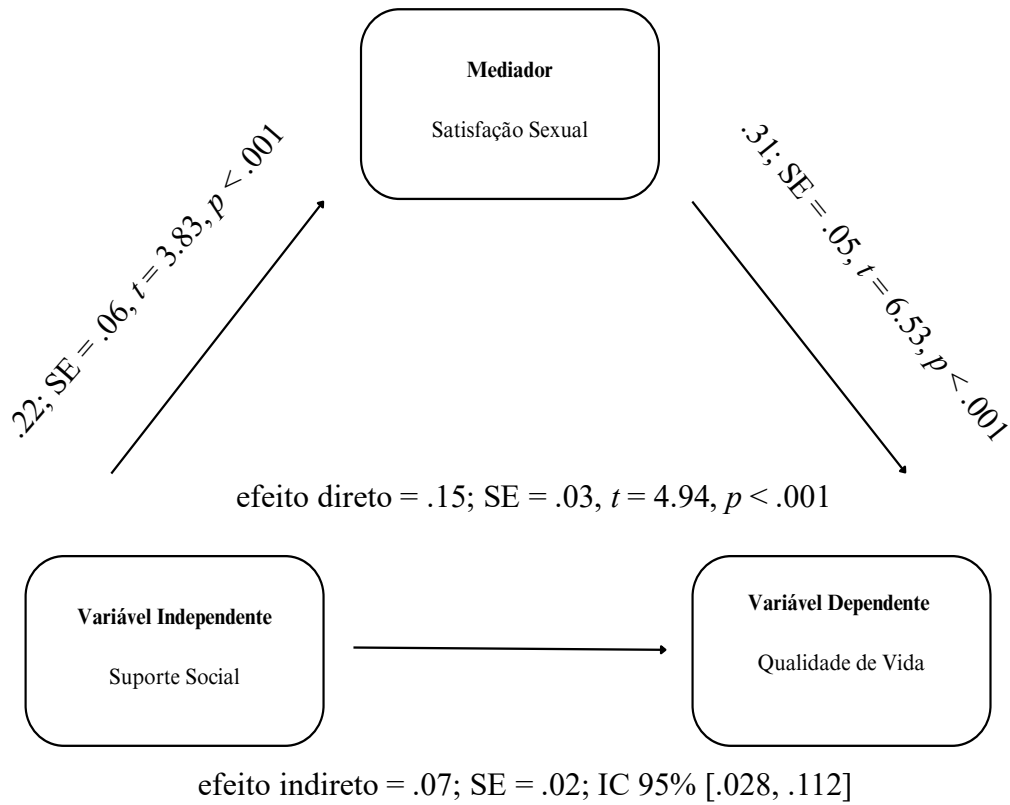
Nota. \*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .001$

### Modelo de Mediação

O presente modelo explica aproximadamente 29% da variância na qualidade de vida das mulheres ( $F(1, 104) = 42.62, p < .001$ ). O suporte social das mulheres com endometriose está positivamente e significativamente associada à qualidade de vida das mesmas (efeito total = .21; SE = .03,  $t = 6.53, p < .001$ ). Além disso, a percepção de suporte social está positivamente associada à satisfação sexual. Relativamente ao efeito direto do suporte social na qualidade de vida é significativo (efeito direto = .15; SE = .03,  $t = 4.94, p < .001$ ). Por sua vez, o efeito indireto do suporte social na qualidade de vida de mulheres com endometriose, também é significativo (efeito indireto = .07; SE = .02; IC 95% [.028, .112]), evidenciando que a satisfação sexual medeia a relação entre o suporte social e a qualidade de vida. No que diz respeito ao efeito total do suporte social sobre a qualidade de vida o mesmo é considerado significativo (efeito total = .21; SE = .03,  $t = 6.53, p < .001$ ), mesmo após a mediadora satisfação sexual ter sido incluída, sugerindo que o suporte social tem um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres com endometriose, o que remete para uma mediação parcial. Os resultados estão disponíveis na Figura 5.

**Figura 5**

*Efeitos Diretos e Indiretos da Satisfação Sexual e do Suporte Social na Qualidade de Vida de Mulheres com Endometriose*



## Discussão

O interesse desenvolvido pelo presente tema adveio essencialmente da falta de informação disponível sobre o impacto da satisfação sexual e do suporte social na qualidade de vida de casais afetados pela endometriose, despertando a relevância em aprofundar o tópico em questão. Com este propósito foram delineados os seguintes objetivos de estudo: i) explorar como o suporte social, da perspectiva da mulher, pode influenciar a qualidade de vida; ii) explorar de que modo a satisfação sexual do casal, da perspectiva da mulher, pode causar um efeito positivo ou negativo na qualidade de vida do mesmo; e iii) analisar o eventual papel mediador da satisfação sexual na interpretação da relação entre a percepção de suporte social e a qualidade de vida. Adicionalmente, pretendeu-se analisar as diferenças relativas à idade, existência de relacionamento amoroso, presença de filhos e diagnóstico de infertilidade associado à endometriose nas diversas variáveis em estudo.

Considerando o primeiro objetivo, os resultados obtidos permitiram aferir que o suporte social positivo desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade de vida, validando a hipótese 1. Mulheres que demonstraram níveis mais elevados de apoio social apresentaram uma qualidade de vida mais satisfatória, o que corrobora a literatura existente sobre a importância do suporte social no bem-estar de mulheres com endometriose e os seus parceiros, ajudando a mitigar os impactos negativos da doença nas várias áreas da vida (Pedroso & Sbardelloto, 2008). Segundo a evidência, o suporte social pode advir de amigos, familiares, parceiro amoroso, colegas de trabalho ou profissionais de saúde, assumindo todos uma função determinante na gestão de emoções negativas, como o stress, a ansiedade, o isolamento e a sobrecarga associada à endometriose. Como tal, uma estrutura de suporte social consistente e funcional, pode ajudar a reduzir sentimentos de isolamento, facilitar a adaptação à doença e fomentar a adoção de hábitos mais saudáveis (e.g., prática de atividade física, alimentação saudável, rotina do sono adequada, técnicas de relaxamento) (Uchino, 2006; Uchino 2009). Por conseguinte, uma boa rede de apoio pode proporcionar um sentimento de compreensão, acolhimento e proximidade, fundamentais para o bem-estar psicossocial, na medida em que a simples escuta empática pode elevar consideravelmente a qualidade de vida das mulheres (Uchino, 2006; Uchino, 2009).

À vista disso, não foram observadas diferenças significativas na percepção de suporte social relacionadas com a idade, existência de um relacionamento amoroso ou a

presença de filhos, verificando-se apenas diferenças na presença de um diagnóstico de infertilidade. Estes dados podem sugerir que a percepção de suporte social é consistente ao longo das diferentes faixas etárias e independente do estado de relacionamento ou parentalidade. As mulheres com endometriose, sem parceiro, podem procurar apoio emocional, informacional e material noutras fontes, o que pode elucidar a ausência de diferenças significativas. Nesta sequência, a análise dos dados indicou que a presença de um relacionamento amoroso não teve um efeito estatisticamente significativo. Estes resultados podem parecer contraditórios à literatura, que geralmente sublinha a importância do parceiro como principal fonte de suporte (Denny & Mann, 2007; Hudson et al., 2013; Facchin et al., 2020; Márki et al., 2022). Uma possível explicação pode advir do facto das mulheres sem parceiro procurarem suporte noutras pessoas, respetivamente amigos, familiares, grupos terapêuticos ou comunidades de apoio. Em relação à presença ou ausência de filhos, também não foram observadas diferenças significativas. O número reduzido de mulheres com filhos na amostra (21 mulheres com filhos e 85 sem filhos), pode ser um fator explicativo dos resultados deste estudo. A presença de filhos pode não estar diretamente correlacionada com uma rede de suporte positiva, uma vez que os filhos nem sempre estão disponíveis ou presentes para fornecer apoio. Em estudos futuros, seria fundamental explorar fatores como a qualidade da relação entre mãe e filhos, a percepção de suporte social em diferentes contextos socioculturais, bem como aprofundar as expectativas e percepções individuais sobre as diferentes fontes de suporte. Finalmente, os dados deste estudo mostraram diferenças significativas na percepção de suporte social relacionadas com a presença de infertilidade. As mulheres sem diagnóstico de infertilidade apresentaram um maior suporte social em contraste com as mulheres com diagnóstico de infertilidade. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores, que sugerem que mulheres com infertilidade frequentemente experienciam sentimentos de isolamento, estigmatização e incompreensão, fatores que contribuem para o decréscimo da percepção de suporte social (Culley et al., 2017; Della Corte et al., 2020; Duarte & Righi, 2021; Márki et al., 2022; Ruszala et al., 2022). Em vários contextos socioculturais, construir uma família é considerado primordial, sendo que a pressão social associada a esses padrões pode desenvolver sentimentos de exclusão, culpa e vergonha nas mulheres com um diagnóstico de infertilidade. De igual modo, a condição de infertilidade pode gerar sentimentos de tristeza e desespero, que podem não ser acolhidos por outras mulheres que já têm filhos, originando uma sensação de desvalorização e solidão (Culley et al.,

2017; Duarte & Righi, 2021; Ruszala et al., 2022). Além disso, as mulheres podem também optar por se afastar dos amigos, familiares ou colegas de trabalho como forma de evitar ter de falar sobre ter filhos.

Quanto ao segundo objetivo, os resultados confirmaram que uma maior satisfação sexual encontra-se positivamente correlacionada a uma melhor qualidade de vida. As mulheres que se sentem satisfeitas com a sua sexualidade relataram níveis superiores de qualidade de vida, corroborando a hipótese 2. Estes resultados estão em conformidade com a literatura existente, que destaca a relevância da satisfação sexual no bem-estar psicossocial e qualidade de vida geral, especialmente em contextos de doenças crónicas, como a endometriose (Gewirtz-Meydan et al., 2018, La Rosa et al., 2020). Uma possível explicação pode estar relacionada ao impacto emocional que experiências sexuais prazerosas provocam nas mulheres que enfrentam frequentemente dores crónicas associadas à endometriose. A presente condição de saúde é muitas vezes associada a dores intensas e a questões psicossociais (e.g., ansiedade, isolamento, baixa autoestima, stress, depressão) que podem comprometer o bem-estar geral das mulheres (Fritzer et al., 2013; La Rosa et al., 2020; van Poll et al., 2020; Martins et al., 2022). Neste sentido, a satisfação sexual pode ajudar no alívio emocional, contribuindo para o decréscimo de diversos sintomas e para o desenvolvimento de uma qualidade de vida mais satisfatória. Por conseguinte, a capacidade da mulher de encontrar uma forma de se envolver sexualmente com o seu parceiro sem dores ou desconforto pode reforçar a sua autoestima e autoeficácia, que são dimensões importantes para a capacitação das mulheres em enfrentarem a presente doença crónica com maior resiliência (Fritzer et al., 2013; La Rosa et al., 2020; van Poll et al., 2020; Martins et al., 2022).

Apontaram-se ainda diferenças em função da idade e da presença de filhos, não tendo sido verificadas diferenças significativas associadas ao diagnóstico de infertilidade ou ao estado de relacionamento. Contrariamente ao esperado, os resultados indicaram que as mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos revelaram níveis mais elevados de satisfação sexual em contraste com as mulheres entre os 36 e os 52 anos. Inicialmente, esperava-se que mulheres mais velhas, devido à sua maturidade emocional e às estratégias de adaptação à doença adquiridas ao longo dos anos, apresentassem uma maior satisfação sexual (Pluchino et al., 2016; La Rosa et al., 2020). Todavia, é plausível que fatores fisiológicos e psicológicos associados ao envelhecimento, como alterações hormonais, mudanças no ciclo menstrual, alterações

corporais, dor e disfunções sexuais, possam explicar a diminuição da satisfação sexual das mulheres nesta faixa etária. De acordo com a literatura, o processo de envelhecimento provoca várias mudanças no corpo da mulher. Estas mudanças englobam essencialmente alterações na estrutura corporal e na capacidade funcional, o que pode fazer com que a mulher se sinta menos atraente e desenvolva uma baixa autoestima, afetando, conseqüentemente, o seu envolvimento em atividades sexuais (Thomas et al, 2015; Mernone et al., 2023). Segundo o estudo conduzido por Hafford-Letchfield (2008), para além das alterações físicas do corpo, existem diversos fatores que podem explicar a redução da atividade sexual com o avançar da idade, entre os quais: a diminuição do desejo sexual, o aumento da dificuldade em atingir o orgasmo, o diagnóstico de disfunções sexuais (e.g., disfunção erétil) e as crenças sociais vigentes (Hafford-Letchfield, 2008, cit. por Gewirtz-Meydan et al., 2018). Estas crenças podem incutir a ideia de que a sexualidade com o avançar da idade passa a ser inapropriada e desnecessária, o que pode desencorajar o envolvimento em relações sexuais e fazer com que as mulheres priorizem outras vertentes do relacionamento matrimonial (Hafford-Letchfield, 2008, cit. por Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Os resultados relativos à presença de filhos estão em consonância com os estudos, indicando que mulheres sem filhos relataram níveis significativamente mais elevados de satisfação sexual em comparação com as mulheres com filhos (Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Schick et al., 2022). As responsabilidades parentais podem alterar a dinâmica da relação, afetando a comunicação, a disponibilidade emocional e tempo íntimo, criando um impacto negativo na sexualidade e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Em acréscimo, é essencial ter em consideração outros fatores explicativos, notadamente que a amostra do estudo incluiu apenas 21 mulheres com filhos, o que pode ter influenciado os resultados.

Em relação à presença de um relacionamento amoroso, os resultados indicaram que, embora a existência de um relacionamento seja frequentemente associada a uma maior satisfação sexual, não se observaram diferenças significativas entre as mulheres com e sem parceiro. Esta ausência de diferenças sugere que a satisfação sexual não depende unicamente da presença de um parceiro, mas sim da qualidade da relação estabelecida. Fatores como a comunicação, o suporte social, o entendimento e o envolvimento do parceiro na gestão da endometriose podem ter um impacto determinante na satisfação sexual (Verschuren et al., 2010; De Graaff et al., 2013;

Hudson et al., 2013; Culley et al., 2017; Vitale et al., 2017; Martins et al., 2022; Schick et al., 2022; Law et al., 2024).

Por conseguinte, os resultados não evidenciaram diferenças significativas na satisfação sexual entre as mulheres diagnosticadas com infertilidade e aquelas sem este diagnóstico associado à endometriose. Estes resultados contradizem investigações anteriores que propõem que a infertilidade impacta negativamente as relações sexuais dos casais (Fagervold et al., 2009; Pluchino et al., 2016; La Rosa et al., 2020; van Poll et al., 2020; Duarte & Righi, 2021). Uma explicação possível é que a satisfação sexual pode não ser diretamente influenciada pela presença da infertilidade, mas pela forma como a mulher e o casal enfrentam esse tipo de diagnóstico, ou até mesmo pelas expectativas relacionadas à parentalidade, uma vez que nem todos os casais desejam ter filhos. É importante ressaltar que o tamanho da amostra foi relativamente reduzido, com apenas 36 mulheres diagnosticadas com infertilidade entre 106 participantes, o que pode ter limitado a capacidade de detetar diferenças significativas.

Em relação à qualidade de vida, os resultados evidenciaram diferenças significativas associadas à idade e à presença de filhos, mas não à existência de um relacionamento amoroso ou um diagnóstico de infertilidade. Os resultados relataram que a idade exerce um impacto substancial na qualidade de vida, sendo que as mulheres com idades entre os 18 e os 35 anos revelaram uma qualidade de vida mais satisfatória. Estes resultados contradizem a literatura, que sugere que mulheres mais jovens podem enfrentar desafios acrescidos devido às incertezas sobre o futuro, preocupações com a fertilidade e o impacto dos sintomas da endometriose em várias esferas da vida (Hudson et al., 2013; Pluchino et al., 2016; Culley et al., 2017; Roomaney & Kagee, 2018; La Rosa et al., 2020). É provável que a baixa qualidade de vida observada em mulheres mais velhas se deva à coexistência de outras condições de saúde que surgem com o envelhecimento, agravando o quadro clínico da endometriose. Em comparação, as mulheres mais novas podem estar a enfrentar um estágio da endometriose mais leve e a usufruir de tratamentos alternativos e complementares, mais recentes (Hudson et al., 2013; Saffarieh & Sharami, 2020; Márki et al., 2022). Relativamente à presença de filhos, os resultados apontaram para diferenças significativas, indicando que mulheres sem filhos dispõem de uma qualidade de vida mais satisfatória. Isto pode ser justificado pelo peso das responsabilidades parentais, que tornam a vivência de uma doença crónica mais complexa quando há filhos envolvidos. Estes resultados estão alinhados com a

literatura existente, que também sublinha o impacto da parentalidade na qualidade de vida em contextos de doenças crônicas (Gilmour et al., 2008; Hudson et al., 2013; Ruszała et al., 2022). A endometriose pode obrigar a um conjunto de mudanças e ajustes na rotina familiar, que frequentemente se traduzem em sentimentos de culpa, inutilidade, impotência e uma pressão adicional para a mulher e, ocasionalmente, para o seu parceiro, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida (Gilmour et al., 2008; Hudson et al., 2013; Ruszała et al., 2022). Neste estudo, a presença de um relacionamento amoroso e um diagnóstico de infertilidade não apresentaram diferenças significativas em termos de qualidade de vida. Isso pode sugerir que a qualidade de vida pode ser moldada por outros fatores, como a existência de uma rede de apoio mais ampla, que compreenda não apenas o parceiro, mas também amigos, familiares, grupos e comunidades de apoio. Em adição, o acesso a tratamentos de fertilidade e as expectativas culturais e pessoais associadas também podem mitigar o impacto da infertilidade na qualidade de vida.

Por fim, considerando o último objetivo, os resultados permitiram aferir que uma rede de suporte funcional contribui para uma experiência sexual mais positiva e está fortemente associada a uma melhor qualidade de vida. O suporte social desempenha um papel fundamental, tanto na qualidade de vida, quanto na satisfação sexual, sendo que a satisfação sexual atua como mediador na relação entre a percepção da mulher sobre o suporte social e a qualidade de vida, confirmando a hipótese 3. Segundo a evidência, um suporte social mais integrado, proporcionado pelo parceiro, amigos e familiares, fomenta uma vida sexual mais prazerosa, propiciando o desenvolvimento de uma qualidade de vida superior (Hudson et al., 2013; Norinho et al., 2020; Schick et al., 2022; Law et al., 2024). Como tal, uma forte estrutura de suporte social pode contribuir para a redução de sintomas como a ansiedade e o stress associados à endometriose, que frequentemente afetam a sexualidade da mulher, ao mesmo tempo que reforça a autoestima e aumenta a confiança da mesma (Saxbe & Repetti, 2010; Singer & Lord, 2020; Márki et al., 2022). Este suporte social pode criar um ambiente seguro e confortável para a mulher, possibilitando-lhe uma maior liberdade para expressar e partilhar os seus desconfortos, receios e desejos relacionados com a vida íntima e sexual do casal (Hudson et al., 2013; Norinho et al., 2020; Schick et al., 2022; Law et al., 2024). Neste seguimento, a existência de uma comunicação aberta e segura entre o casal pode favorecer a instalação de uma relação baseada na confiança e no bem-estar,

permitindo, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma relação matrimonial mais satisfatória em diversos aspetos, incluindo na sexualidade, e contribuindo para a elevação da qualidade de vida geral (Hudson et al., 2013; Norinho et al., 2020; Schick et al., 2022; Law et al., 2024).

### **Limitações**

O presente estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas para uma interpretação adequada dos resultados. Uma das principais dificuldades encontradas, foi a obtenção de uma amostra que cumprisse todos os critérios de inclusão definidos inicialmente, o que obrigou a ajustes frequentes dos critérios. Em adição, o uso exclusivo de instrumentos de autopreenchimento, pode ter induzido enviesamentos, incluindo respostas incongruentes, aleatórias e socialmente desejáveis, especialmente devido ao cansaço dos participantes e dos padrões sociais vigentes.

Outra limitação significativa é a natureza quantitativa do estudo, que não permitiu uma compreensão mais aprofundada dos conteúdos subjacentes às variáveis em estudo. A falta de uma abordagem qualitativa, como entrevistas, impediu a exploração mais detalhada das experiências dos participantes. Outro fator limitante, foi a não participação de homens nesta investigação, o que reduziu consideravelmente a análise de possíveis diferenças na experiência relativa à condição de endometriose, privando o estudo de uma análise mais abrangente.

O desenho transversal utilizado também impôs restrições importantes, pois não permitiu fazer inferências causais entre as variáveis em estudo ao longo da evolução das diferentes fases da endometriose. Um estudo longitudinal teria sido mais apropriado para analisar a forma como as variáveis se relacionam ao longo do tempo e teria permitido o estudo de outras variáveis relevantes, como o efeito de diferentes tratamentos na qualidade de vida da mulher e do casal. O tamanho da amostra e a dificuldade em alcançar mais participantes prejudicou a generalização dos resultados, comprometendo a sua representatividade.

De modo a concluir, as limitações apresentadas podem servir de orientação para estudos futuros, que deverão de ter em conta abordagens mais diversificadas.

## Implicações Práticas

Levando em consideração o impacto biopsicossocial da endometriose na vida das mulheres, as implicações práticas do presente estudo destacam a carência de intervenções que adotem uma abordagem biopsicossocial e multidisciplinar na gestão desta doença.

A endometriose é uma condição ginecológica crônica que afeta a saúde física e bem-estar psicossocial das mulheres, impactando igualmente a relação com o parceiro, uma vez que este assume muitas vezes o papel de principal cuidador informal. Por conseguinte, a qualidade de vida do parceiro também é influenciada pelos efeitos negativos desta condição de saúde.

Como tal, intervenções devem focar no bem-estar psicossocial do casal, aplicando estratégias eficientes para a gestão da endometriose. Destaca-se a importância da psicoeducação sobre a endometriose e o seu impacto nos vários aspetos da vida da mulher, em particular na sexualidade, recorrendo a palestras, folhetos informativos, sessões de esclarecimento, sessões de mentoria individual, *masterclasses* ou formações que abordem estratégias para otimizar a qualidade de vida geral. Deste modo, a terapia de casal ou sexual desempenham igualmente uma função essencial no desenvolvimento da ligação emocional e sexual do casal, capacitando-o com estratégias que possam dar resposta às suas necessidades. Neste contexto, distinguem-se estratégias como o foco sensorial, o incentivo da expressão emocional, técnicas de *mindfulness* e técnicas de resolução de conflitos, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida conjugal (Althof, 2010). Além disso, as técnicas de *mindfulness* podem ser consideradas benéficas na redução de stress e ansiedade associada à endometriose, podendo ajudar as mulheres a concentrarem-se no momento presente, a aceitarem a sua condição médica e a desconstruir as preocupações relativas ao futuro (Althof, 2010). As técnicas de resolução de conflitos têm como objetivo promover estratégias eficientes na resolução de desafios, implementando técnicas de comunicação empática e escuta ativa, e favorecendo uma comunicação mais funcional e harmoniosa entre o casal.

Relativamente, às intervenções com vista a promoção do suporte social, salienta-se a relevância dos grupos terapêuticos. Os grupos de apoio têm como objetivo facilitar a partilha de experiências e estratégias de adaptação à doença eficazes, através da reunião de mulheres e casais afetados pela mesma condição de saúde em fóruns online

ou grupos terapêuticos presenciais. A intervenção em grupo pretende promover estratégias de *coping* adequadas, hábitos para um estilo de vida mais saudável e proveitoso, apoio mútuo, auto-revelação de preocupações e redução de pensamentos negativos. Finalmente, o acompanhamento psicológico individual também representa um recurso crucial, sendo muitas vezes a chave para assegurar uma qualidade de vida mais satisfatória, contribuindo para a gestão de sintomas psicossociais, disponibilização de um suporte emocional e psicológico contínuo, estratégias de adaptação à doença, adesão aos tratamentos e criação de um espaço seguro para a expressão emocional.

Para concluir, considerando a complexidade da endometriose e o impacto nas várias esferas da vida, torna-se inequívoco que uma intervenção multidisciplinar é crucial e requerida na gestão e tratamento desta doença crónica.

## Referências Bibliográficas

- Adamson, G. D., Kennedy, S., & Hummelshoj, L. (2010). Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. *Journal of Endometriosis*, 2(1), 3-6. <https://doi.org/10.1177/228402651000200102>
- Aerts, L., Grangier, L., Streuli, I., Daëllenbach, 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. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.008>
- Al Kadri, H., Hassan, S., Al-Fozan, H. M., & Hajeer, A. (2009). Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005997.pub2>
- Althof, S. (2010). Sex therapy: advances in paradigms, nomenclature, and treatment. *Academic Psychiatry*, 34, 390-396. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.34.5.390>
- Ameratunga, D., Flemming, T., Angstetra, D., Ng, S. K., & Sneddon, A. (2017). Exploring the impact of endometriosis on partners. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(6), 1048-1053. <https://doi.org/10.1111/jog.13325>
- Bazot, M., Lafont, C., Rouzier, R., Roseau, G., Thomassin-Naggara, I., & Daraï, E. (2009). Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility*, 92(6), 1825-1833. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.09.005>

- Bedaiwy, M. A., Alfaraj, S., Yong, P., & Casper, R. (2017). New developments in the medical treatment of endometriosis. *Fertility and sterility*, *107*(3), 555-565. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.12.025>
- Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M., Wilkosz, K., Wdowiak, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2020). Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, *29*, 2669-2677. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>
- Brown, J., Kives, S., & Akhtar, M. (2012). Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002122.pub2>
- Bullinger, M. (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative neurology and neuroscience*, *20*(3-4), 93-101.
- Canis, M., Donnez, J. G., Guzick, D. S., Halme, J. K., Rock, J. A., Schenken, R. S., & Vernon, M. W. (1997). Revised american society for reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and sterility*, *67*(5), 817-821. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81391-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81391-X)
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_13](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life.

Culley, L., Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2017). A qualitative study of the impact of endometriosis on male partners. *Human Reproduction*, 32(8), 1667-1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex221>

CUF (s.d.). *Laparoscopia Cirurgia Minimamente Invasiva*. CUF. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/laparoscopia-cirurgia-minimamente-invasiva>

CUF (2023, Dezembro, 11). *O que são biomarcadores?*. CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/o-que-sao-biomarcadores>

CUF (2022, Julho, 11). *O que é a adenomiose uterina?*. CUF. <https://www.cuf.pt/mais-saude/o-que-e-adenomiose-uterina>

Darai, E., Ploteau, S., Ballester, M., & Bendifallah, S. (2017). Pathogenesis, genetics and diagnosis of endometriosis. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 46(12 Pt 1), 1156-1165. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.10.003>

De Graaff, A. A., D'hooghe, T. M., Dunselman, G. A. J., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., WERF EndoCost Consortium, ... & Wullschleger, M. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human reproduction*, 28(10), 2677-2685. <https://doi.org/10.1093/humrep/det284>

Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., an , V. L., Ragusa, R., ... & Giampaolino, P. (2020). The burden of endometriosis on women's lifespan: a narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4683. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>

Denny, E., & Mann, C. H. (2007). Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 33(3), 189-193.

<https://doi.org/10.1783/147118907781004831>

Duarte, A. N., & Righi, M. G. (2021). A associação entre endometriose e infertilidade feminina: uma revisão de literatura. *Acta Elit Salutis-AES*, 4(1).

<https://doi.org/10.48075/aes.v4i1.26895>

Facchin, F., Buggio, L., & Saita, E. (2020). Partners' perspective in endometriosis research and treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, 110213.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110213>

Fagervold, B., Jenssen, M., Hummelshoj, L., & Moen, M. H. (2009). Life after a diagnosis with endometriosis-a 15 years follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(8), 914-919.

<https://doi.org/10.1080/00016340903108308>

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of nursing scholarship*, 37(4), 336-342.

<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>

Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., ... & Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392-396. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.04.001>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.017>
- Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and sterility*, 96(1), 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>
- Gete, D. G., Doust, J., Mortlock, S., Montgomery, G., & Mishra, G. D. (2023). Impact of endometriosis on women's health-related quality of life: A national prospective cohort study. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.272>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J., & Ayalon, L. (2018). Ageism and sexuality. *Contemporary perspectives on ageism*, 149-162. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_10)
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International journal of nursing practice*, 14(6), 443-448. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00718.x>
- Greer, S. (1984). The psychological dimension in cancer treatment. *Social science & medicine*, 18(4), 345-349. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90124-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90124-2)
- Gruber, T. M., & Mechsner, S. (2021). Pathogenesis of endometriosis: the origin of pain and subfertility. *Cells*, 10(6), 1381. <https://doi.org/10.3390/cells10061381>

- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 39, 133-144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Haas, D., Shebl, O., Shamiyeh, A., & Oppelt, P. (2013). The rASRM score and the Enzian classification for endometriosis: their strengths and weaknesses. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 92(1), 3-7. <https://doi.org/10.1111/aogs.12026>
- Hsu, A. L., Khachikyan, I., & Stratton, P. (2010). Invasive and noninvasive methods for the diagnosis of endometriosis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 53(2), 413-419. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181db7ce8>
- Hudson, N., Culley, L., Mitchell, H., Law, C., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2013). Endometriosis: Improving the wellbeing of couples, Summary report and recommendations. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt027>
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 123-133. <https://doi.org/10.1080/01674820400002279>
- Kalfas, M., Chisari, C., & Windgassen, S. (2022). Psychosocial factors associated with pain and health-related quality of life in Endometriosis: A systematic review. *European Journal of Pain*, 26(9), 1827-1848. <https://doi.org/10.1002/ejp.2006>
- La Rosa, V. L., De Franciscis, P., Barra, F., Schiattarella, A., Tropea, A., Tesarik, J., ... & Ferrero, S. (2020). Sexuality in women with endometriosis: a critical narrative review. *Minerva Med*, 111(1), 79-89. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.19.06299-2>

- Law, C., Hudson, N., Mitchell, H., Culley, L., & Norton, W. (2024). 'You feel like you're drifting apart': a qualitative study of impacts of endometriosis on sex and intimacy amongst heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/14681994.2024.2306316>
- Leonardi, M., Horne, A. W., Vincent, K., Sinclair, J., Sherman, K. A., Ciccia, D., ... & Armour, M. (2020). Self-management strategies to consider to combat endometriosis symptoms during the COVID-19 pandemic. *Human Reproduction Open*, 2020(2), hoaa028. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa028>
- Machairiotis, N., Vasilakaki, S., & Thomakos, N. (2021). Inflammatory Mediators and Pain in Endometriosis: A Systematic Review. *Biomedicines* 2021, 9, 54. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9010054>
- Márki, G., Vásárhelyi, D., Rigó, A., Kaló, Z., Ács, N., & Bokor, A. (2022). Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study. *BMC women's health*, 22(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01603-6>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics: 7ª edição*.
- Martins, J., Ferreira, G., Vilaça, M., Ferreira, H., Osório, F., Nogueira-Silva, C., & Pereira, M. G. (2022). Quality of life and sexual satisfaction in women with endometriosis: the moderator role of symptom severity. *Psychology & Sexuality*, 13(4), 952-964. <https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1943501>
- Masson, T., Bamberg, S., Stricker, M., & Heidenreich, A. (2019). "We can help ourselves": does community resilience buffer against the negative impact of flooding on mental health?. *Natural Hazards and Earth System Sciences*, 19(11), 2371-2384. <https://doi.org/10.5194/nhess-19-2371-2019>

- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research, 1*(3). <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Mernone, L., Fiacco, S., & Ehlert, U. (2023). Positive body perception and its link to sexual satisfaction in aging women-findings from the Women 40+ Healthy Aging Study. *Journal of Women & Aging, 35*(2), 152-167. <https://doi.org/10.1080/08952841.2021.2002647>
- 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*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., ... & Study, W. E. R. F. G. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility, 96*(2), 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>
- Nogueira-Silva, C., Costa, P., Martins, C., Barata, S., Alho, C., Calhaz-Jorge, C., & Osório, F. (2015). Validação da versão portuguesa do questionário EHP-30 (The Endometriosis Health Profile-30). *Acta Médica Portuguesa, 28*(3), 347-356. <https://doi.org/10.20344/amp.5778>
- Norinho, P., Martins, M. M., & Ferreira, H. (2020). A systematic review on the effects of endometriosis on sexuality and couple's relationship. *Facts, views & vision in ObGyn, 12*(3), 197. <https://doi.org/10.3109/09513590903159607>
- Parasar, P., Ozcan, P., & Terry, K. L. (2017). Endometriosis: epidemiology, diagnosis and clinical management. *Current obstetrics and gynecology reports, 6*, 34-41. <https://doi.org/10.1007/s13669-017-0187-1>

- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R. X., & Jesus, S. N. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação sexual. *Revista internacional de andrologia*, 13(2), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4(7), 32-35.
- Pluchino, N., Wenger, J. M., Petignat, P., Tal, R., Bolmont, M., Taylor, H. S., & Bianchi-Demicheli, F. (2016). Sexual function in endometriosis patients and their partners: effect of the disease and consequences of treatment. *Human reproduction update*, 22(6), 762-774. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw031>
- Rees, M., Kiemle, G., & Slade, P. (2022). Psychological variables and quality of life in women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(1), 58-65. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1784874>
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1), 140. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Roomaney, R., & Kagee, A. (2018). Salient aspects of quality of life among women diagnosed with endometriosis: A qualitative study. *Journal of health psychology*, 23(7), 905-916. <https://doi.org/10.1177/1359105316643069>
- Ruszała, M., Dłuski, D. F., Winkler, I., Kotarski, J., Rechberger, T., & Gogacz, M. (2022). The state of health and the quality of life in women suffering from endometriosis. *Journal of clinical medicine*, 11(7), 2059. <https://doi.org/10.3390/jcm11072059>

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Saffarieh, E., & Sharami, S. R. Y. (2020). Risk factors, diagnosis, prevention and treatment of endometriosis-associated pain and cancers: An update. *Onkologia i Radioterapia*, 14(3).
- Saxbe, D., & Repetti, R. L. (2010). For better or worse? Coregulation of couples' cortisol levels and mood states. *Journal of personality and social psychology*, 98(1), 92. <https://doi.org/10.1037/a0016959>
- Schick, M., Germeyer, A., Böttcher, B., Hecht, S., Geiser, M., Rösner, S., ... & Ditzen, B. (2022). Partners matter: The psychosocial well-being of couples when dealing with endometriosis. *Health and quality of life outcomes*, 20(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01991-1>
- Schreurs, A. M. F., Dancet, E. A. F., Apers, S., Kuchenbecker, W. K. H., van de Ven, P. M., Maas, J. W. M., Lambalk, C. B., Nelen, W. L. D. M., van der Houwen, L. E. E., & Mijatovic, V. (2023). The relation between patient-centered care and quality of life in women with endometriosis. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. <https://doi.org/10.1159/000531063>
- Setúbal, A. (2023, fevereiro). *Endometriose: sintomas, diagnóstico e tratamentos*. Hospital da Luz. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/endometriose-sintomas-tratamentos>
- Singer, J. E., & Lord, D. (2020). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In *Handbook of Psychology and Health, Volume IV* (pp. 269-277). Routledge.

- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2015). *Consenso sobre Endometriose*. (SPG). <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-endometriose-2015.pdf>
- Staal, A. H. J., Van Der Zanden, M., & Nap, A. W. (2016). Diagnostic delay of endometriosis in the Netherlands. *Gynecologic and obstetric investigation*, 81(4), 321-324. <https://doi.org/10.1159/000441911>
- Thomas, H. N., Hess, R., & Thurston, R. C. (2015). Correlates of sexual activity and satisfaction in midlife and older women. *The Annals of Family Medicine*, 13(4), 336-342. <https://doi.org/10.1370/afm.1820>
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29, 377-387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Van Niekerk, L., Johnstone, L., & Matthewson, M. (2022). Health-related quality of life in endometriosis: the influence of endometriosis-related symptom presence and distress. *Journal of Health Psychology*, 27(14), 3121-3135. <https://doi.org/10.1177/135910532210850>
- van Poll, M., van Barneveld, E., Aerts, L., Maas, J. W., Lim, A. C., de Greef, B. T., ... & van Hanegem, N. (2020). Endometriosis and sexual quality of life. *Sexual medicine*, 8(3), 532-544. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.06.004>

- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria clínica*, 27(1), 31-40. <https://hdl.handle.net/10316/21539>
- Vercellini, P., Frattaruolo, M. P., Somigliana, E., Jones, G. L., Consonni, D., Alberico, D., & Fedele, L. (2013). Surgical versus low-dose progestin treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia II: effect on sexual functioning, psychological status and health-related quality of life. *Human reproduction*, 28(5), 1221-1230. <https://doi.org/10.1093/humrep/det041>
- Vercellini, P. A. O. L. O. L., Crosignani, P. G., Abbiati, A., Somigliana, E., Viganò, P., & Fedele, L. (2009). The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. *Human reproduction update*, 15(2), 177-188. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmn062>
- Verschuren, J. E., Enzlin, P., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2010). Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. *Journal of sex research*, 47(2-3), 153-170. <https://doi.org/10.1080/00224491003658227>
- Vitale, S. G., La Rosa, V. L., Vitagliano, A., Noventa, M., Laganà, F. M., Ardizzone, A., Rapisarda, A. M. C., Terzic, M. M., Terzic, S., & Laganà, A. S. (2017). Sexual function and quality of life in patients affected by deep infiltrating endometriosis: Current evidence and future perspectives. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 9(4), 270-274. <https://doi.org/10.5301/jeppd.5000303>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

World Health Organization. (2023, March 24). *Endometriosis*. Wwww.who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis>

World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/?jsessionid=998348CC25A1D6DC0EACF8A0208C6638?sequence=1>

Wu, Y. H., Lu, Y. Y., & Liu, K. F. (2024). Factors influencing health-related quality of life in women with endometriosis: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 26(1), e13100. <https://doi.org/10.1111/nhs.13100>

Yela, D. A., Quagliato, I. D. P., & Benetti-Pinto, C. L. (2020). Quality of life in women with deep endometriosis: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42, 90-95. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708091>

## Anexos

### Anexo A – Consentimento Informado



#### Consentimento Informado

Prezado/a Participante,

O meu nome é Noa Caçoete e gostaria, antes de mais, de agradecer pelo seu interesse em participar no presente projeto de investigação. O mesmo tem como propósito a minha Tese de Mestrado na área da Psicologia da Saúde, realçando-se que este estudo está a decorrer com a aprovação e supervisão do ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

O presente projeto de investigação tem como intuito de compreender o impacto da satisfação sexual e suporte social, numa condição de infertilidade associada à Endometriose, na qualidade de vida do casal. Para tal, é solicitada a sua participação voluntária no autopreenchimento de cinco questionários de escolha múltipla, com previsão de uma duração de aproximadamente 20 a 25 minutos. Solicita-se, de igual modo, a participação do seu(sua) companheiro(a) na realização do presente questionário.

Enfatiza-se que a sua participação neste estudo é plenamente voluntária, sendo possível abandonar o estudo, a qualquer momento, sem quaisquer repercussões. Afirma-se ainda que o presente estudo não acarreta quaisquer riscos, sendo que se assegura o respeito, por parte de todos os envolvidos, pelos direitos da pessoa e pela confidencialidade dos dados fornecidos e anonimato do participante. Reforçando-se que todos os dados partilhados, destinam-se unicamente a fins académicos, não ocorrendo a divulgação dos mesmos para outros propósitos.

Solicita-se a sua leitura atenta das questões anteriormente mencionadas, sublinhando-se que em caso de questão ou necessidade de um esclarecimento adicional, por favor não hesite em contactar-me, através do seguinte endereço eletrónico: 27771@alunos.ispa.pt.

Eu \_\_\_\_\_, declaro por este meio que li e compreendi todas as questões anteriormente mencionadas, aceitando assim participar livremente no presente estudo, com fins académicos. Acredito na proteção e confidencialidade dos meus dados e no anonimato da minha participação.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, dia \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

Agradecida pela sua participação,

Noa Caçoete, 27771.

## Anexo B – Carta de Esclarecimento Pós-Investigação



### Carta de Esclarecimento Pós-Investigação

Agradeço antes de mais pela sua participação.

O presente estudo está a decorrer com a aprovação e supervisão do ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida e tem como intuito compreender o impacto da satisfação sexual e suporte social, numa condição de infertilidade associada à Endometriose, na qualidade de vida do casal.

Afirma-se ainda que o presente estudo não acarreta quaisquer riscos, sendo que se assegura o respeito, por parte de todos os envolventes, pelos direitos da pessoa e pela confidencialidade dos dados fornecidos e anonimato do participante. Não obstante, em caso de experienciar algum desconforto, constrangimento ou sentir um impacto negativo, por favor não hesite em contactar-me através do endereço de email, abaixo assinalado, ou de entrar em contacto com um dos contactos, abaixo assinalados:

- Investigadora/Aluna: Noa Caçoete: [27771@alunos.ispa.pt](mailto:27771@alunos.ispa.pt)
- Serviço de apoio psicossocial na Associação Dianova Portugal: Tel.: +351 261 312 300 ou E-mail: [secretariado@dianova.pt](mailto:secretariado@dianova.pt)
- Linha de Apoio Psicológico - SNS24 - Eu Sinto-me: Tel.: +351 808 242 424
- Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Endometriose: Tel.: +351 916 898 540 ou E-mail: [geral@mulherendo.pt](mailto:geral@mulherendo.pt)

Realça-se que a sua participação é voluntária, sendo que poderá desistir do estudo, a qualquer momento, sem qualquer repercussão. Solicita-se unicamente que informe o investigador da sua desistência, para o seguinte endereço eletrónico:

- Investigadora/Aluna: Noa Caçoete: [27771@alunos.ispa.pt](mailto:27771@alunos.ispa.pt)

Agradecida pela atenção dispensada.