

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS – UNIMES - SP

Carlos Augusto Irineu de Souza Barradas

**REPERCUSSÃO DA ENDOMETRIOSE NA
QUALIDADE DE VIDA DAS TRABALHADORAS
PORTUÁRIAS DE SANTOS**

**SANTOS-SP
2020**

Carlos Augusto Irineu de Souza Barradas

**REPERCUSSÃO DA ENDOMETRIOSE NA QUALIDADE DE VIDA DAS TRABALHADORAS
PORTUÁRIAS DE SANTOS**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada à Programa de Stricto Sensu
de Saúde e Meio Ambiente da
Universidade Metropolitana de Santos,
para obtenção de título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. FÁBIO CÉSAR PROSDÓCIMI
COORIENTADOR: PROF. DR. ANDRÉ VICENTE GUIMARÃES

**SANTOS-SP
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA - BIBLIOTECA DA UNIMES

Bibliotecário: Angela Maria Monteiro Barbosa – CRB-7811

B25r Barradas, Carlos Augusto Irineu de Souza.

Repercussão da Endometriose na qualidade de vida das
trabalhadoras
portuárias de Santos / Carlos Augusto Irineu de Souza. - Santos, 2020.
45 f.

Orientador: Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi

Coorientador: Prof. Dr. André Vicente Guimarães

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade
Metropolitana de
Santos, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente,
2020.

1.Endometriose. 2. Dor pélvica crônica. 3. Santos. 4. Porto de
Santos. I. Título.

CDD 618.1



Universidade Metropolitana de Santos
Mantida pelo Centro de Estudos Unificados Bandeirante

FUNDADORA

Prof^ª. Rosinha Garcia de Siqueira Viegas

MANTENEDOR

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas

REITORIA

Prof^ª. Renata Garcia de Siqueira Viegas

Reitora

Prof^ª. Elaine Marcílio Santos

Pró-Reitora Acadêmica

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas Júnior

Pró-Reitor Administrativo

Prof. Gustavo Duarte Mendes

Direção Acadêmica

Coordenador do Programa de Mestrado de Saúde e Meio Ambiente

BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

A sessão pública de defesa da dissertação de mestrado profissional intitulada de “Repercussão da endometriose na qualidade de vida das mulheres portuárias de Santos-SP”, do discente Carlos Augusto Irineu de Souza Barradas, orientado pelo Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi, foi realizada na data abaixo informada no anfiteatro do Programas de Stricto Sensu da Universidade Metropolitana de Santos, tendo o candidato cumprido, previamente, todas as exigências regimentais do Programa de Stricto Sensu de Saúde e Meio Ambiente, de acordo com a secretaria de pós-graduação da instituição. Realizada a apresentação da dissertação e arguição pública do candidato, os membros da banca em reunião fechada deliberaram e emitiram seus pareceres aprovando o candidato.

Banca examinadora:	Resultado:	Assinatura
Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi (Membro Titular – Orientador)	() Aprovado () Reprovado	
Profa. Dra. Ana Luiza Martimbianco (Membro Titular) – interno	() Aprovado () Reprovado	
Prof. Dr. Vinícius Cestari do Amaral (Membro Titular) – externo	() Aprovado () Reprovado	
Profa. Dra. Paula Andrea de Santis Bastos (Membro Titular) - interno	() Aprovado () Reprovado	

Homologação do resultado pelo presidente da banca examinadora:

() Aprovado () Reprovado

Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi
Presidente da banca examinadora

Data da defesa: 12/05/2020

**PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA
UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS**

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO PRODUTO

Título da dissertação: Repercussão da endometriose na qualidade de vida das mulheres portuárias Santos-SP

Linha de Pesquisa: Saúde

Projeto de Pesquisa do Orientador: Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi

Produto(s) gerado(s): Vídeo de orientação sobre a endometriose em trabalhadoras no porto de Santos (mídia educacional) e manual de orientação em âmbito profissional.

Classificação do Produto

Critério	Justificar
Inserção social e econômica:	Possibilidade ampla de inserção profissional em âmbito privado e público.
Impacto – realizado:	Produto direcionado à abordagem da endometriose na saúde das mulheres trabalhadoras portuárias de Santos.
Impacto – potencial:	Proporcionar atendimento direcionado às pacientes portadoras de Endometriose ativas profissionalmente.
Aplicabilidade – Abrangência realizada:	Ampla aplicabilidade profissional frente às mulheres trabalhadoras portadoras de Endometriose.
Aplicabilidade – Abrangência potencial:	Aplicabilidade na Saúde da Mulher, de modo amplo, local, regional nacional e internacional.
Aplicabilidade – Replicabilidade:	Replicável aos profissionais da Medicina.
Inovação:	Médio teor de inovação.
Complexidade:	Médio teor de complexidade.

PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO

A endometriose é uma realidade, acometendo mulher no mundo todo, capaz de provocar impactos significativos na vida pessoal, emocional, social e econômica de mulheres de diferentes idades.

Diante deste fato, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos às queixas relatadas por essas pacientes, obtendo com isso resultados gerais mais satisfatórios, que proporcionem mais qualidade de vida as mulheres portadoras de endometriose.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sergio Augusto Chavaglia Barradas e Luiza Maria Irineu de Souza Barradas, por terem dedicado seu tempo à minha educação e ensinamentos dos valores da vida. À minha esposa, que tanto me orgulho, Karina Izumi Thichaki Barradas, por todos esses anos de amor e carinho. Aos meus familiares e amigos, pela parceria e ajuda nos momentos difíceis. Aos meus filhos, minhas maiores razões de viver. Ao meus, Orientador Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi e ao Prof. Dr. André Vicente Guimarães, por ter proporcionado a chance de alcançar esse sonho desde que conclui minha graduação. À Prof. Dra. Ana Luiza Cabrera Martimbianco pela transmissão tão nobre e notável de conhecimento. À amiga Magda Cadinelli, pela sua paciência, incentivo e sempre querendo o melhor para nós discentes do programa. Ao Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes pela aquisição de participação no programa de Stricto Sensu em Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao orientador Prof. Dr. Fábio César Prosdócimi, pela forma respeitosa que me acolheu e conduziu este trabalho.

À todas pacientes pela participação e cooperação no preenchimento dos questionários.

À médica residente Dra. Silvia por tempo dedicado nas coletas de dados.

À minha esposa, Karina Izumi Thichaki Barradas, por sua compreensão e parceria somando seus conhecimentos em importante conteúdo no decorrer desse trabalho.

Especialmente à minha família.

Ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES – SP, pela oportunidade de consolidar minha formação como pesquisador.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SUMÁRIO

FICHA CATALOGRÁFICA - BIBLIOTECA DA UNIMES	3
BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL	5
FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO PRODUTO	6
TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTO	7
DEDICATÓRIA	8
AGRADECIMENTOS	8
SUMÁRIO	10
LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	11
LISTA DE TABELAS	12
RESUMO	13
ABSTRACT	14
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	18
3. HIPÓTESES	18
4. MATERIAIS E MÉTODOS	18
5. RESULTADOS	21
6. DISCUSSÃO	28
7. CONCLUSÃO	32
8. REFERÊNCIAS	33
9. Anexos	38
Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido	38
Anexo 2: Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36:	39
Anexo 3: Cálculo dos escores do questionário de qualidade de vida	43

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AE: aspectos emocionais;

AF: Limitação por aspectos físicos;

AS: Aspectos sociais;

BPC: Boas Práticas Clínicas

CF: Capacidade Física,

EGS: Estado geral de saúde;

HAS: hipertensão arterial sistêmica

IST: Infecção sexualmente transmissível

RTG: guindaste sobre rodas

SM: Saúde mental;

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

*: Teste U de Mann-Whitney

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva de problemas de saúde.

Tabela 2. Associação entre endometriose e dor prévia

Tabela 3. Associação entre endometriose e IST

Tabela 4. Associação entre endometriose e HAS

Tabela 5. Associação entre endometriose e DM

Tabela 6. Associação entre endometriose e atividade física

Tabela 7. Associação entre endometriose e tabagismo

Tabela 8. Associação entre endometriose e dismenorria

Tabela 9. Associação entre endometriose e Dispareunia

Tabela 10. Associação entre endometriose e Cirurgia prévia

Tabela 11. Análise para a idade e para os domínios do SF-36 por grupo de estudo (com ou sem endometriose)

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência e a qualidade de vida das trabalhadoras portuárias com endometriose. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de trabalhadoras portuárias. Mulheres entre 18 e 50 anos foram classificadas de acordo com a presença, ou não, da doença chamada: dor pélvica crônica. As mulheres portadoras da doença, foram classificadas pela intensidade da dor e repercussão na sua capacidade laboral, através da resposta do questionário de qualidade de vida SF-36. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 303 mulheres, sendo a idade média de 33,3 anos. A maioria das mulheres não apresentava diagnóstico de doença e/ou dor prévia, nem de endometriose, IST, tabagismo, hipertensão e/ou diabetes mellitus; assim como, não apresentava as queixas de dismenorreia ou dispareunia. Pelo teste de Qui-quadrado houve associação entre dor pélvica crônica e endometriose. Pelo teste U de Mann-Whitney observa-se que o grupo com endometriose apresenta menor capacidade física ($p=0,04$), menos vitalidade ($p=0,02$), piora do aspecto social ($p=0,001$), piora da saúde mental ($p=0,008$), e uma tendência a ter piora no aspecto emocional ($p=0,07$). Com relação ao aspecto físico e estado geral de saúde não foram observadas diferenças entre os grupos. **CONCLUSÃO:** É possível constatar que a dor pélvica crônica ,com ou sem endometriose, é uma realidade capaz de provocar impactos significativos na vida pessoal, emocional, social e econômica de mulheres de diferentes idades. Porém, com base nos resultados, aquelas com endometriose têm sua qualidade de vida ainda mais comprometida. Diante deste fato, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos às queixas relatadas por essas pacientes, obtendo com isso resultados gerais mais satisfatórios, que proporcionem mais qualidade de vida as mulheres portadoras de dor pélvica crônica.

Palavras chaves: Dor pélvica crônica, endometriose, Santos, Porto de Santos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the incidence and quality of life of port women with chronic pelvic pain. **METHODS:** This is a prospective study of port workers. Women between 18 and 50 years old were classified according to the presence or absence of the disease called chronic pelvic pain. The patients with the disease were classified by pain intensity and repercussion in their work capacity, by answering the SF-36 quality of life questionnaire. **RESULTS:** The sample consisted of 303 women, with a mean age of 33.3 years. Most women did not have a diagnosis of previous disease and / or pain, nor endometriosis, STI, smoking, hypertension and / or diabetes mellitus; as well as no complaints of dysmenorrhea or dyspareunia. The Qui-square test showed an associated between previous pain and endometriosis. The Mann-Whitney U test shows that the group with endometriosis has lower physical capacity ($p = 0.04$), less vitality ($p = 0.02$), worsening social aspect ($p = 0.001$), poorer health. ($p = 0.008$), and a tendency to worsen emotionally ($p = 0.07$). Regarding the physical aspect and general health, no differences were observed between the groups. **CONCLUSION:** It can be seen that chronic pelvic pain, with or without endometriosis, is a reality capable of causing significant impacts on the personal, emotional, social and economic lives of women of different ages. However, based on the results, those with endometriosis have their quality of life even more compromised. Given this fact, it is important that health professionals are always aware of the complaints reported by these patients, thus obtaining more satisfactory overall results, which provide better quality of life for women with chronic pelvic pain.

Keywords: Chronic pelvic pain, endometriosis, Santos, Port of Santos.

1. INTRODUÇÃO

Define-se dor pélvica crônica pelo *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* como “dor intermitente ou constante na parte inferior do abdome ou pelve de pelo menos seis meses de duração, não ocorrendo exclusivamente com a menstruação ou relação sexual e não associada à gravidez¹. Entre as causas de dor pélvica crônica a endometriose ganha lugar de destaque, com uma incidência de 67%². A endometriose é uma das condições ginecológicas que mais acomete as mulheres em idade reprodutiva e é caracterizada como a presença de tecido endometrial (glândulas e/ou estroma) fora do útero³⁻⁴⁻⁵.

A etiologia da dor pélvica crônica, que envolve uma interação complexa de fatores físicos e psicológicos, não é totalmente compreendida e não há uma abordagem padronizada para sua definição, avaliação e tratamento⁶. *Guidelines* americanos enfatizam o fato de que mecanismos de sensibilização central e de neuromodulação do Sistema Nervoso Central e neuroplasticidade são mecanismos fisiopatológicos relevantes na dor pélvica crônica, e de fato muitos pacientes (até 50% em alguns estudos de coortes) relatam sintomas de dor neuropática⁷. Em particular, a endometriose parece estar profundamente conectada aos mecanismos de sensibilização e neuroplasticidade⁸, embora as características de dor neuropática possam ocorrer em qualquer paciente com dor pélvica crônica⁹.

Revisões sistemáticas de dor pélvica mostram alta prevalência, mas variam substancialmente mesmo entre estudos de maior qualidade. A dismenorreia em mulheres em idade reprodutiva varia de 16 a 91%¹⁰ e a dispareunia de 8 a 26,2%¹¹. A prevalência de dor pélvica crônica também é alta em estudos de base populacional, com estimativas de 11 a 25,4%¹². Embora estudos de prevalência têm essas grandes variações, uma observação consistente é que dismenorreia, dispareunia e dor pélvica crônica têm grande associação.

A dor pélvica crônica pode associar-se à redução da produtividade no trabalho¹³⁻¹⁴, restrição da mobilidade¹⁵, alterações emocionais¹⁶ e do sono¹⁵ e disfunções sexuais¹⁷. Essas alterações contribuem para a redução da qualidade de vida¹⁸⁻¹⁹. A Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”²⁰.

Infelizmente, para muitas dessas mulheres, há um atraso no diagnóstico da dor pélvica crônica, resultando em sofrimento desnecessário e redução da qualidade de vida. Entre 71 e 87% das mulheres com dor pélvica crônica apresentam lesões de endometriose comprovadas por videolaparoscopia²¹.

Diagnosticar a endometriose continua a ser um dilema, tendo em vista a natureza não específica dos sintomas, e a laparoscopia continua sendo o padrão-ouro para avaliação. Porém para muitas pacientes, o exame físico pode revelar anormalidades e o exame vaginal digital possa ter sucesso na detecção de endometriose profunda retrocervical e retossigmóide com sensibilidade de 68 a 72% e especificidade de 46 a 54%²²⁻²³. Diversos métodos de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal, a ecoendoscopia baixa e a ressonância magnética de pelve têm sido utilizados na tentativa de melhorar o diagnóstico não invasivo da dor pélvica²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷. A acurácia dos exames de imagem para diagnosticar a endometriose profunda varia de 71 a 99%²³. Concluindo que a endometriose e outras causas de dores pélvicas crônicas podem ser diagnosticadas por métodos não invasivos.

No setor portuário já percebemos que está ocorrendo uma feminização lenta e progressiva do trabalho como nos mostram os dados do Relatório Anual do Porto de Santos de 2012 (último relatório que trouxe os dados dos trabalhadores(as) por gênero). Percebe-se que a quantidade de trabalhadoras inseridas neste segmento vem aumentando a cada ano. A quantidade de mulheres, que em 2007 representava 7% do quadro de pessoal, em 2011 passou para 11,6% e em 2012, já se encontra na casa dos 13,2%, mostrando que em 5 anos quase dobrou o número da força de trabalho feminino²⁸.

Em pesquisa realizada por Oliveira (2012), tendo como campo o Porto de Santos, ela contabilizou mulheres em diversos espaços laborais. Por exemplo, segundo a pesquisadora, na empresa “Tecondi – Terminais de Contêineres da Margem Direita, há 9 mulheres trabalhando em áreas operacionais” sendo “01 técnica de segurança do trabalho; 02 conferentes de armazém; 04 controladoras de *gate*; 01 conferente de costado e 01 operadora de máquina pequeno porte”. Na “ELOG conta com 02 operadoras de máquina pequeno porte e 01 operadora de *gate* e a Libra Terminais com 01 ajudante operacional; 01 controladora de *gate*; 02 monitoras de CCO – Centro de Controle Operacional”²⁹.

Em outro terminal, a Santos Brasil (maior terminal portuário da América Latina), segundo a autora, eles vêm empregando “cerca de 100 mulheres distribuídas nas funções de: conferentes de costado, operadoras de máquina pequeno e grande porte, motoristas de caminhão, conferente de armazém e operadora de RTG (guindaste sobre rodas)”²⁹.

Ou seja, o que estamos presenciando é de fato um aumento da inserção da força de trabalho feminina no setor portuário, que cabe lembrar, sempre foi um espaço que empregava majoritariamente trabalhadores do sexo masculino. Embora essa realidade ainda se mantenha, as estatísticas vêm indicando que a ampliação gradual deste segmento para a ocupação das mulheres trabalhadoras é efetiva.

Como a maioria das mulheres com endometriose relatam o início dos sintomas desde a adolescência, o encaminhamento precoce, o diagnóstico, a identificação da doença e o tratamento podem atenuar a dor, prevenir a progressão da doença, aumentar a produtividade no trabalho e, assim, melhorar a qualidade de vida³⁰⁻³¹ das mulheres trabalhadoras portuárias.

Hoje, o predomínio masculino ainda se mantém, mas as inúmeras transformações, entre elas, o avanço tecnológico e até mesmo a nefasta privatização³² deste segmento, vem “facilitando”³³ a ampliação constante da inserção das mulheres nas atividades portuárias³⁴. Assim sendo, o cuidado com a mulher é de extrema importância não apenas agora, mas para o futuro do Porto de Santos.

2. OBJETIVOS

Avaliar a prevalência da endometriose em mulheres que trabalham no porto e suas respectivas qualidade de vida.

3. HIPÓTESES

Trabalhou-se com a seguinte hipótese: mulheres que trabalham no porto de Santos, que apresentam endometriose, tem redução nos critérios de qualidade de vida e na produtividade no trabalho.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Declaração quanto à aderência do estudo ao protocolo, BPC e requisitos legais aplicáveis.

Este estudo foi conduzido de acordo com as Boas Práticas Clínicas (BCP) e demais conformidade com as Resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde e Resoluções complementares.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com coleta prospectiva de trabalhadoras portuárias com dor pélvica crônica.

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas mulheres que trabalham no porto de Santos, dos 18 aos 50 anos de idade, que passaram por avaliação clínica e ginecológica, que aceitaram participar através da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e entre as que apresentavam dor pélvica crônica, as que responderam ao questionário de qualidade de vida SF-36.

4.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas mulheres gestantes, portadoras de câncer e dor pélvica cíclica.

4.5 População estudada

As mulheres foram selecionadas através do exame físico e história clínica no ambulatório de saúde do Instituto da Mulher e Gestante da cidade de Santos. Após preencherem os pré-requisitos para o estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A

população do estudo foi avaliada através do questionário SF-36 validado para o Brasil, que foi aplicado individualmente no pós-atendimento por médicos residentes em ginecologia e obstetrícia de Santos. As mulheres da pesquisa foram voluntárias e tiveram suas identidades preservadas, além disso foram informadas que não haveria nenhuma relação do questionário com a avaliação ocupacional, ou seja, que não teriam prejuízo pelas informações prestadas através dessa pesquisa.

Foram consideradas as pacientes que participaram do estudo temporalmente, entre dezembro de 2018 a fevereiro de 2019.

4.6 Definição das Variáveis

Todas as mulheres foram classificadas de acordo com a presença, ou não, da doença chamada: dor pélvica crônica. As pacientes portadoras da doença, foram classificadas pela intensidade da dor e repercussão na sua capacidade laboral (produtividade / assiduidade no trabalho), através da resposta do questionário de qualidade de vida SF-36 que prevaleceu como instrumento padrão para análise dessas pacientes com dor pélvica crônica. Outras variáveis como idade, atividade física, dismenorreia, tabagismo, antecedentes cirúrgicos doenças prévias, endometriose e de doenças sexualmente transmissíveis foram avaliadas.

4.7 Questionário e Termo

O questionário aplicado foi o SF-36³³ (*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) (anexo 1), que avalia qualidade de vida. O SF-36 é um questionário multidimensional, com oito domínios ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Esses componentes podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). Cada domínio corresponde a um valor, que varia de 0 a 100, 0 correspondendo ao pior e 100 ao melhor estado de saúde³⁵. O questionário foi aplicado pelo médico residente responsável pelo atendimento na forma de entrevista.

A intensidade da dor pélvica foi mensurada por meio da escala visual analógica (EVA)³⁶. A participante referiu a intensidade da dor de acordo com uma escala graduada de zero a dez, sendo que zero corresponde à ausência de dor e dez, à pior dor possível.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguiu o observado na resolução CNS nº 466/2012, na qual relata as normas para que o termo seja o documento, que garante ao sujeito da pesquisa o respeito aos seus direitos.

4.8 Análise Estatística

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas foram apresentadas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão.

Para se avaliar a associação entre os grupos de estudo e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado³⁷.

Para as variáveis quantitativas a aderência a curva normal e a homogeneidade das variâncias foram avaliadas através dos testes de Kolmogorov-smirnov e Levene, respectivamente³⁷.

Como as variáveis não apresentaram esses dois princípios satisfeitos foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney³⁷.

O nível de significância foi de 5%.

Pacote estatístico utilizado SPSS 24.0 for Windows.

5. RESULTADOS

A tabela 1., apresenta a análise para a idade e para os domínios do SF-36 por grupo de estudo (com ou sem endometriose). Pelo teste U de Mann-Whitney observa-se que o grupo com endometriose apresenta menor capacidade física ($p=0,04$), menos vitalidade ($p=0,02$), piora do aspecto social ($p=0,001$), piora da saúde mental ($p=0,008$), e uma tendência a ter piora no aspecto emocional ($p=0,07$). Com relação ao aspecto físico e EGS não foram observadas diferenças entre os grupos.

Tabela 1. ANÁLISE dos domínios do SF-36 por grupo de estudo

	idade n=27	CF	AF	Dor	EGS	Vitali dade	AS	AE	SM
Sem Endometriose (N=24)									
Média	33,47	64,38	34,38	50,79	45,67	47,71	66,15	26,39	53,83
Limite Inferior	29,78	50,30	18,54	40,40	41,06	42,95	55,26	13,36	47,26
Limite Superior	37,16	78,45	50,21	61,18	50,27	52,46	77,03	39,42	60,41
Mediana	34,00	80,00	12,50	51,50	46,00	50,00	75,00	33,33	52,00
Desvio Padrão	9,230	35,18	39,57	25,97	11,52	11,89	27,21	32,57	16,43
Mínimo	18	0,00	0,00	0,00	25,00	30,00	0,00	0,00	20,00
Máximo	49	95,00	100,00	100,00	72,00	70,00	100,00	100,00	88,00
Com Endometriose (N=32)									
	N=33								
Média	32,36	40,31	20,31	30,16	43,44	37,97	36,72	16,67	40,75
Limite Inferior	29,23	26,89	8,58	21,23	39,41	32,32	26,17	5,31	33,44
Limite Superior	35,50	53,73	32,05	39,08	47,46	43,62	47,27	28,03	48,06
Mediana	35,00	40,00	0,00	22,00	46,00	35,00	43,75	0,00	42,00
Desvio Padrão	9,058	38,73	33,86	25,75	11,61	16,31	30,44	32,79	21,10
Mínimo	20	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	47	95,00	100,00	84,00	72,00	70,00	100,00	100,00	88,00
p-value*		0,040	0,170	0,008	0,500	0,020	0,001	0,070	0,008

A análise descritiva dos problemas de saúde da amostra das mulheres estudadas está descrita na Tabela 2 e na Tabela 3. A amostra foi composta por 303 mulheres, com idade entre 18 e 50 anos, sendo a idade média de 33,3 (desvio padrão de 9,2) anos. Das mulheres estudadas, 225 (74,3%) não apresentava diagnóstico de doença e/ou dor pélvica crônica, 270 (89,1%) nem de endometriose, IST (88,4%), tabagismo (85,8%), hipertensão (91,1%) e/ou diabetes mellitus (96,7%); assim como, não apresentava as queixas de dismenorrea (80,2) ou dispareunia (87,5). 217 (71,6%) mulheres não praticam atividades físicas e 260 (85,8%) não eram tabagistas. 155 (51,2) da amostra não haviam realizado qualquer cirurgias prévias.

Tabela 2. Análise descritiva mostrando a prevalência dos problemas de saúde na população estudada.

	Nº	%
Doença Prévia		
Não	225	74,3
Sim	78	25,7
Endometriose		
Não	270	89,1
Sim	33	10,9
HAS		
Não	276	91,1
Sim	27	8,9
DM		
Não	293	96,7
Sim	10	3,3
Cirurgia		
Não	155	51,2
Sim	148	48,8
Dismenorréia		
Não	243	80,2
Sim	60	19,8
Dispareunia		
Não	265	87,5

Sim	38	12,5
Dor Pélvica Crônica		
Não	247	81,5
Sim	56	18,5
IST		
Não	268	88,4
Sim	38	12,5
Atividade Física		
Não	217	71,6
Sim	86	28,4
Tabagismo		
Não	260	85,8
Sim	43	14,2

Na tabela 3, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que há associação entre dor pélvica crônica e endometriose, sendo que apenas uma mulher com endometriose não apresentava dor pélvica crônica, mas relatava endometriose ($p < 0,001$).

Tabela 3. Associação entre presença ou não de endometriose e dor pélvica crônica

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Dor Pélvica Crônica	Não	Nº	246	1	247
		%	91,1	3,0	81,5
	Sim	Nº	24	32	56
		%	8,9	97,0	18,5
Total		Nº	270	33	303
		%	100,0	100,0	100,0

Teste de Qui-quadrado, $p < 0,001$

Na tabela 4, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que há associação entre IST e endometriose, sendo que mais de um terço (39,4%) das mulheres com endometriose possuem IST ($p < 0,001$).

Tabela 4. Associação entre presença ou não de endometriose e IST

		endometriose		Total
		Não	Sim	
IST	Não	Nº	248	268
		%	91,9	88,4
	Sim	Nº	22	35
		%	8,1	11,6
Total	Nº	270	303	
	%	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p < 0,001$

Na tabela 5, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que não há associação entre HAS e endometriose ($p = 0,97$).

Tabela 5. Associação entre presença ou não de endometriose e HAS

		endometriose		Total
		Não	Sim	
HAS	Não	Nº	246	276
		%	91,1	91,1
	Sim	Nº	24	27
		%	8,9	8,9
Total	Nº	270	303	
	%	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p = 0,97$

Na tabela 6, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que não há associação entre DM e endometriose ($p=0,93$).

Tabela 6. Associação entre presença ou não de endometriose e DM

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
DM	Não	Nº	261	32	293
		%	96,7	97,0	96,7
	Sim	Nº	9	1	10
		%	3,3	3,0	3,3
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p=0,93$

Na tabela 7, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que não há associação entre atividade física e endometriose ($p=0,50$).

Tabela 7. Associação entre presença ou não de endometriose e atividade física

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Atividade Física	Não	Nº	195	22	217
		%	72,2	66,7	71,6
	Sim	Nº	75	11	86
		%	27,8	33,3	28,4
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p=0,50$

Na tabela 8, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que há associação entre tabagismo e endometriose, onde quem tem endometriose não é fumante ($p=0,013$).

Tabela 8. Associação entre presença ou não de endometriose e tabagismo

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Tabagismo	Não	Nº	227	33	260
		%	84,1	100,0	85,8
	Sim	Nº	43	0	43
		%	15,9	0,0	14,2
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p=0,013$

Na tabela 9, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que há associação entre dismenorreia e endometriose, sendo que 66,7% das mulheres com endometriose apresentam dismenorréia ($p<0,001$).

Tabela 9. Associação entre presença ou não de endometriose e dismenorréia

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Dismenorréia	Não	Nº	232	11	243
		%	85,9	33,3	80,2
	Sim	Nº	38	22	60
		%	14,1	66,7	19,8
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p<0,001$

Na tabela 10, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que há associação entre dispareunia e endometriose, sendo que 63,6% das mulheres com endometriose apresentam dispareunia ($p < 0,001$).

Tabela 10. Associação entre presença ou não de endometriose e dispareunia

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Dispareunia	Não	Nº	253	12	265
		%	93,7	36,4	87,5
	Sim	Nº	17	21	38
		%	6,3	63,6	12,5
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p < 0,001$

Na tabela 11, pode-se observar pelo teste de Qui-quadrado, que não há associação entre cirurgia prévia e endometriose ($p = 0,29$).

Tabela 11. Associação entre presença de ou não de endometriose e cirurgia prévia

		endometriose		Total	
		Não	Sim		
Cirurgia prévia	Não	Nº	141	14	155
		%	52,2	42,4	51,2
	Sim	Nº	129	19	148
		%	47,8	57,6	48,8
Total	Nº	270	33	303	
	%	100,0	100,0	100,0	

Teste de Qui-quadrado, $p = 0,29$

6. DISCUSSÃO

Foram avaliadas 303 mulheres trabalhadoras do porto de Santos. As causas comuns de dor pélvica crônica são muitas e incluem adenomiose, infecção crônica, distúrbios funcionais como síndrome do intestino irritável ou cistite intersticial, contudo a endometriose mostrou-se ser a causa mais comum de doença pélvica crônica, responsável por 57% dos casos (tabela 3. 32 mulheres têm endometriose das 56 com dor pélvica crônica)³⁸. O presente estudo apresentou um fator limitante já que maioria das mulheres entrevistadas já haviam passado nos postos de saúde e foram encaminhadas diretamente para avaliação ginecológica. Esta doença deveria ser vista como um problema de saúde pública, devido principalmente aos prejuízos que causa na rotina de vida e na incapacitação laboral das mulheres³⁹. A dor, como um componente de mensuração da qualidade de vida, foi uma das principais queixas das trabalhadoras portuárias. Com base nos resultados apresentados, 18,5% das mulheres sofrem de dor pélvica crônica. Em uma revisão sistemática da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006, Ahangari (2014) avaliou os dados de sete estudos sobre o tema, publicados entre 2005 e 2012, concluindo que a prevalência global da doença varia entre 5,7% e 26,6%⁴⁰. Devido a dificuldade de se obter informações consistentes em países em desenvolvimento, como o Brasil, estima-se que a prevalência nessas regiões seja um dado difícil de se avaliar⁴¹.

Entre os fatores que predisõem à dor pélvica crônica, Daniels & Khan (2010)⁴² encontraram associações no uso indevido de drogas e/ou álcool, aborto espontâneo, dismenorréia intensa, cesariana anterior, doenças pélvica, abuso e comorbidades psicológicas, todos associados a um risco maior de dor não cíclica. Os aspectos psicológicos, por sua vez, afetam a forma como a paciente reage e relata a dor. Neste trabalho pudemos verificar alguns fatores de associação de endometriose, com IST (39,4%), dispareunia (63,6%) e dismenorréia (66,7%). Apesar das comorbidades psicológicas não terem sido avaliadas, o questionário de qualidade de vida proporciona uma avaliação subjetiva da maneira como as mulheres portuárias verificam a própria saúde, inclusive mental. Em uma revisão sistemática⁴³ de 1998, o uso do questionário SF-36 ficou bem documentado, especialmente para as doenças relacionadas a queixas algícas referidas antes e após realização de procedimento cirúrgico para melhora da queixa e dos sintomas. Assim como a validação deste mesmo questionário para a endometriose⁴⁴, sendo um excelente instrumento para avaliação de pacientes com esta doença.

Quando comparamos a qualidade de vida geral da população com as portadoras de dor pélvica crônica percebemos uma queda significativa na qualidade de vida, não apenas no componente físico como também no componente psicológico. Um estudo de qualidade de vida

na população geral realizada por Luciane em 2013 pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre⁴⁵ identificou pelo SF-36 uma capacidade funcional de 82,4, limitação por aspectos físicos de 74,73, intensidade da dor de 67,53, estado geral de saúde de 71,10, vitalidade 66,85, aspectos sociais 78,30 aspectos emocionais 70,2, saúde mental 73,82. Tivemos os seguintes resultados nas pacientes portadoras de dor pélvica crônica com e sem endometriose em relação a qualidade de vida: capacidade funcional de 64,38 sem endometriose e 40,31 com endometriose, limitação por aspectos físicos de 34,38 sem endometriose e 20,31 com endometriose, intensidade da dor de 50,79 sem endometriose e 30,16 com endometriose, estado geral de saúde de 45,67 sem endometriose e 43,44 com endometriose, vitalidade 47,71 sem endometriose e 37,97 com endometriose, aspectos sociais 66,15 sem endometriose e 36,72 com endometriose, aspectos emocionais 26,39 sem endometriose e 16,67 com endometriose e saúde mental 53,83 sem endometriose e 40,75 com endometriose.

Assim podemos concluir que quando comparamos a população em geral com mulheres portadoras de dor pélvica crônica identificamos uma menor capacidade física, menos vitalidade, piora do aspecto social, piora da saúde mental e tendência a ter piora no aspecto funcional. Essa queda se acentua nos componentes físicos e mentais quando associamos dor pélvica crônica e endometriose.

Os autores de um estudo realizado no Reino Unido em 2001⁴⁶ constataram que a maioria das mulheres com dor pélvica crônica não procura auxílio médico. Os dados revelam que apenas 32% das mulheres com dor pélvica crônica se consultaram no ano anterior à pesquisa, enquanto 41% nunca se consultaram e 27% foram consultadas antes do ano pesquisado. Todas as participantes relataram que foram afetadas pela dor, sendo que a maioria manifestou preocupação com o quadro. Entre as que se consultaram no período anterior ao da pesquisa, 43% contaram que suas atividades foram restringidas pela dor. Concluiu-se, a partir disso, que a maior parte destas mulheres substituiu a consulta pela automedicação ou evitou buscar orientação profissional devido à insatisfação com o tratamento oferecido. Assim como as mulheres portuárias, que em alguns casos se queixavam de dores e não haviam recebido diagnóstico prévio relacionado a sintomatologia álgica. Desta forma, algumas pesquisas associam uma média de diagnóstico tardio em torno de 6,7 anos, conforme um estudo global multicêntrico sobre saúde da mulher, da Fundação Mundial de Pesquisa sobre Endometriose⁴⁷.

A dor pélvica crônica provoca grande impacto na vida das mulheres. Em estudo, Tøye et al (2014)⁴⁸ destacam que mulheres acometidas apresentam qualidade de vida mais baixa, com altas taxas de comprometimento funcional, sofrimento psicossocial e disfunção sexual. Além disso, elas acreditam que correm o risco de serem rotuladas como difíceis ou carentes e têm

dificuldades em acreditar nos benefícios dos tratamentos disponíveis. Outro fator que justificaria também a ausência de relatos prévios de queixas álgicas por parte das mulheres portuárias.

A atividade física não teve associação com endometriose na análise estatística. Contudo as pacientes avaliadas, na sua maioria, apresentavam nível socioeconômico muito baixo, o que pode ser um fator limitante para avaliação desse aspecto. Em estudo recente com cobaias de ratos, da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto⁴⁹, no final do protocolo experimental, foi observada uma redução no tamanho das lesões endometrióticas após o exercício físico, independentemente de sua frequência, com uma redução maior nos grupos que praticavam atividade moderada e intensa. Os resultados imunistoquímicos não levaram a resultados conclusivos. Como esperado, o estresse oxidativo foi reduzido em todos os grupos. Esses resultados mostram que a prática de exercício físico pode ser benéfica, pelo menos em parte, para o tratamento da endometriose. No estudo realizado com as mulheres portuárias, a maioria das endometrióticas também não praticava atividade física.

Não há como falar em mulheres portuárias sem falar no custo relacionado à carga da doença, já que a economia está diretamente ligada com a qualidade de vida. Em recente estudo⁵⁰, realizado com 407 mulheres, o custo da carga de dor pélvica crônica foi devido à perda de produtividade, em sua grande maioria (de 75 a 84%), resultando em gasto de US \$ 16.970 a US \$ 20.898 por mulher por ano, independentemente de terem um diagnóstico de endometriose. Os custos absolutos e relativos de produtividade na Austrália foram mais altos do que as estimativas anteriores, com base em dados da Europa, Reino Unido e EUA. Os escores de dor mostraram a relação mais forte com os custos de produtividade, um aumento de 12,5 vezes nos custos entre a dor mínima e a intensa.

Com intuito de maximizar a qualidade de vida e a função geral da paciente, Speer et al⁵¹ demonstram que o envolvimento da paciente com o autogerenciamento seja o método de tratamento ideal, considerando a terapia baseada em evidências limitada, já que, muitas vezes, se concentra no alívio dos sintomas. Frequentemente, nenhuma etiologia específica pode ser identificada e pode ser conceituada como uma síndrome da dor regional crônica ou síndrome da dor somática funcional. Está tipicamente associado a outras síndromes de dor somática funcional (por exemplo, síndrome do intestino irritável, síndrome da fadiga crônica inespecífica) e distúrbios de saúde mental (por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático, depressão). O tratamento curativo é ilusório e as terapias baseadas em evidências são limitadas. O processo óbvio da doença deve ser tratado, porém a causa e a consequência da dor podem

envolver múltiplos mecanismos, fazendo com que o tratamento demande uma abordagem mais ampla, que envolve questões físicas, comportamentais, psicológicas e sexuais.

7. CONCLUSÃO

Com base nos resultados, que revelam que a endometriose compromete as trabalhadoras portuárias no aspecto físico e emocional, e nas causas e consequências geradas por esse quadro relatadas na literatura, conclui-se desse trabalho que a endometriose é uma realidade capaz de provocar impactos significativos na vida pessoal, emocional, social e econômica de mulheres de diferentes idades. Diante deste fato, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos às queixas relatadas por essas pacientes, com objetivo de oferecer um tratamento físico e psicológico mais consistente, obtendo com isso resultados gerais mais satisfatórios, que proporcionem mais qualidade de vida a essas mulheres, entre elas, as que são ativas no mercado de trabalho, a exemplo das trabalhadoras portuárias

8. REFERÊNCIAS

1. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 199 Nov;106(11):1149-55.
2. Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. *Fertil Steril*. 1997;67(2):238-43.
3. Jansen RPS & Russel P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. *Am J Obstet Gynecol*. 1986;155:1154-9.
4. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*. 2005;20(10):2698-2704.
5. Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. 2007
6. Baranowski AP, Lee J, Price C, Hughes J. Pelvic pain: a pathway for care developed for both men and women by the British Pain Society. *Br J Anaesth*. 2014 Mar;112(3):452-9.
7. Whitaker L. H. R., Reid J., Choa A., et al. An exploratory study into objective and reported characteristics of neuropathic pain in women with chronic pelvic pain. *PLoS One*. 2016 Apr 5;11(4).
8. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009 Jan 15;360(3):268– 79.
9. George A. K., Sadek M. A., Saluja S. S., Fariello J. Y., Whitmore K. E., Moldwin R. M. The impact of neuropathic pain in the chronic pelvic pain population. *J Urol*. 2012 Nov;188(5):1783-7.
10. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiol Rev*. 2014;36:104-13.
11. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006 Jul 6;6:177.

12. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994 Nov;2(1):43-7.
13. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996 Mar;87(3):321-7.
14. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract.* 2001 Jul;51(468):541-7.
15. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int.* 2006 Aug;27(7):585-99.
16. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009 May;63(5):707-11.
17. Ter Kuile MM, Weijnen PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J Sex Med.* 2010 May;7(5):1901-10.
18. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health.* 2011 Oct 6;11:770.
19. Cruz LN, de Almeida Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Oct;45(10):953-61.
20. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1993 Apr;2(2):153-9.
21. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2010 Jul;116(1):223-36.
22. Cheewadhanaraks S, Peeyananjarassri K, Dhanaworavibul K, Liabsuetrakul T. Positive predictive value of clinical diagnosis of endometriosis. *J Med Assoc Thai.* 2004 Jul;87(7):740-4.

23. Mauricio S. Abrao Manoel Orlando da C. Gonçalves Joao Antonio Dias, Jr Sergio Podgaec Luciana P. Chamie Roberto Blasbalg. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007 Dec;22(12):3092-7.
24. Chapron C, Dumontier I, Dousset B, Fritel X, Tardif D, Roseau G, Chaussade S, Couturier D, Dubuisson JB. Results and role of rectal endoscopic ultrasonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* , 1998 Aug;13(8):2266-70.
25. Fedele L, Bianchi S, Portuese A, Borruto F, Dorta M. Transrectal ultrasonography in the assessment of rectovaginal endometriosis. *Obstet Gynecol* , 1998 Mar;91(3):444-8.
26. Balleyguier C, Chapron C, Dubuisson JB, Kinkel K, Fauconnier A, Vieira M, Helenon O, Menu Y. Comparison of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in diagnosing bladder endometriosis, *J Am Assoc Gynecol Laparosc* , 2002 Feb;9(1):15-23.
27. Abrao MS, Neme RM, Averbach M, Petta CA, Aldrighi JM. Rectal endoscopic ultrasound with a radial probe in the assessment of rectovaginal endometriosis, *J Am Assoc Gynecol Laparosc* , 2004 Feb;11(1):50-4.
28. PORTO DE SANTOS. História do Porto de Santos. Disponível em: <<http://www.portodesantos.com.br/imprensa.php?pagina=art2>>. Acesso em: 25 jan. 2014.
29. OLIVEIRA, D. de O. A mulher no porto de Santos: novas perspectivas no ambiente portuário. 2012, 39 f. Monografia de Conclusão de Curso (Programa de Pós-Graduação – MBA Gestão de Pessoas no Ambiente Portuário), Universidade Santa Cecília, Santos, 2012.
30. Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril.* 2009 Jan;91(1):32-9.
31. Laufer MR. Current approaches to optimizing the treatment of endometriosis in adolescents. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66 Suppl 1:19-27.
32. HIRATA, H. et al. Dictionnaire Critique du Féminisme. Paris: Presses Universitaires de France, 2000. Globalização e Divisão Sexual do Trabalho. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 17/18, 2001/2002. Nova Divisão Sexual do Trabalho? São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

ANTUNES, R. Os Sentidos do Trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999. NOGUEIRA, C. M. A feminização no mundo do trabalho. São Paulo: Autores Associados, 2004.

33. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.

34. DIÉGUEZ, C. R. M. A. A masculinidade do trabalhador portuário: novas questões em tempos de automação In: FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES E DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis. Anais Eletrônicos... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-9. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/#>. Acesso em: 08 mar. 2014.

35. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and interpretation guide. Lincoln, RI: Quality Metric; 2000

36. Briggs M, Closs JS. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. *J Pain Symptom Manage*. 1999 Dec;18(6):438-46.

37. Siegel S. Estatística não paramétrica. São Paulo: ED. McGraw-Hill do Brasil, 1981.; Callegari-Jacques, SM. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

38. Spaczynski RZ, Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. *Semin Reprod Med* 2003;21:193–208.

39. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, et al. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol* 2019; 15(11): 666–682.

40. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 2014; 17:E141-E147.

41. Nogueira AA, Reis FJC, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(12): 733-40.

42. Daniels JP, Khan KS. Chronic pelvic pain in women. *BMJ*. 2010; 341:772-775.

43. Stull DE, Wasiak R, Kreif N, Raluy M, Colligs A, Seitz C, Gerlinger C. Validation of the SF-36 in patients with endometriosis. *Qual. Life Res.* 2014 Feb;23(1):103-17.
44. Cagnacci A, Della Vecchia E, Xholli A. Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. *Gynecol Endocrinol.* 2019;35(6):502-5.
45. Cruz LN, Fleck MP, Oliveira MR, Camey SA, Hoffmann JF, Bagattini AM, Polanczyk CA. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cien Saude Colet.* 2013 Jul;18(7):1911-21.
46. Ayorinde AA, Macfarlane GJ, Saraswat L, Bhattacharya S. Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective. *Womens Health.* 2015;11(6):851-864.
47. Toye F, Seers K, Barker K. A meta-ethnography of patients' experiences of chronic pelvic pain: struggling to construct chronic pelvic pain as 'real'. *J Adv Nurs.* 2014;70:2713-2727.
48. Montenegro ML, Bonoche CM, Meola J, Portella RL, Ribeiro-Silva A, Brunaldi MO, Ferriani RA, Rosa-E-Silva JC. Effect of Physical Exercise on Endometriosis Experimentally Induced in Rats. *Reprod Sci.* 2019 Jun; 26 (6): 785-793.
49. Armour M, Lawson K, Wood A, Smith CA, Abbott J. The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLoS One.* 2019 Oct; 14 (10): e0223316.
50. Montenegro ML, Bonoche CM, Meola J, Portella RL, Ribeiro-Silva A, Brunaldi MO, Ferriani RA, Rosa-E-Silva JC. Effect of Physical Exercise on Endometriosis Experimentally Induced in Rats. *Reprod Sci.* 2019 Jun; 26 (6): 785-793.
51. Ware J. E., Grandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J. Clin. Epidemiol.* 1998. 51;11:903-912.

9. Anexos

Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os professores orientadores: Prof. Dr. André V. Guimarães, Prof. Paula Bastos e o pesquisador Dr. Carlos Augusto Irineu de Souza Barradas certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar os pesquisadores responsáveis: e os professores orientadores: Prof. Dr. André V. Guimarães e Prof. Paula Bastos no telefone (013) 3226-3400 ramal 3437 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santos, de _____ de 2018.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Anexo 2: Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36:

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6

h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 3: Cálculo dos escores do questionário de qualidade de vida

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

· Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, foi realizado o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que foram mantidas separadamente, não foram portanto somadas e/ou realizada uma média.

Obs.: A questão número 02 não fez parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo estava melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não foi respondido, foi considerada a questão, se esta tivesse sido respondida em 50% dos seus itens.