

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Tradução e Validação para o Português do Brasil do *Endometriosis Health  
Profile Questionnaire* (EHP-30)

Cláudia Vieira Mengarda

Orientador: Prof. Dr. Paulo Dornelles Picon

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção de  
grau de mestre em Medicina

Porto Alegre, 2006

**1 M544t Mengarda, Cláudia Vieira**

Tradução e validação para o português do Brasil do Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) / Cláudia Vieira Mengarda ; orient.. Paulo Dornelles Picon ; co-orient. Eduardo Pandolfi Passos. – 2006.  
146 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2006.

1. Endometriose 2. Qualidade de vida 3. Estudos de validação 4. Questionários 5. Comparação transcultural I. Picon, Paulo Dornelles II. Passos, Eduardo Paldolfi III. Título.

NLM: WP 390

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Paulo Dornelles Picon, de quem fui bolsista de iniciação científica, pela oportunidade de participar de um projeto fascinante na avaliação de medicamentos da SES-RS e, como consequência, este projeto de mestrado. Por seu modelo na busca do mais alto padrão científico e acadêmico, seu poder agregador de pessoas e projetos na busca da melhor evidência para auxílio dos pacientes e da sociedade.

Ao Prof. Dr. Eduardo Pandolfi Passos, pela competente co-orientação, dedicação, incentivo constante e auxílio técnico em todas as etapas e, principalmente, seu exemplo profissional e acadêmico de aprimoramento contínuo, por sua experiência e conhecimento sem os quais este projeto não teria sido possível.

À Profa. Dra. Patrícia Picon, por seu exemplo de busca incessante pelo saber e por respostas, por seu auxílio técnico, seu rigor científico associado a sua paciência e capacidade de transmitir tranquilidade.

Ao Dr. Andry Fiterman Costa, pela colaboração na construção do banco de dados, por sua orientação e auxílio na análise estatística, por sua grande e irrecuperável paixão pela pesquisa e ensino.

Ao Dr. Norberto Martins, pelo auxílio na estruturação do banco de dados e análise estatística do estudo.

Ao Dr. Sérgio Galbinski, chefe do setor de Ginecologia do Hospital Fêmeina, por colaborar na obtenção de pacientes para a amostra.

Às Dras. Eliana Márcia da Ross Wendland, Ida Vanessa Doederlein Schwartz e Neusa Sica da Rocha, pela amizade e pela colaboração como peritas na comparação da tradução e retrotradução deste questionário.

Às acadêmicas Luisa Franco Soriano e Viviane Renata Philipsen, por seu trabalho e envolvimento na fase de coleta de dados.

À Sra. Maria Carmen Remia Mikoleiczak, gerente da Farmácia Central da SES-RS, pela ajuda na localização das pacientes da SES-RS e de seus processos administrativos.

Às incansáveis amigas Sandra Maria Schmaedecke e Terezinha Laggazio, pelo dedicado e competente apoio administrativo durante todas as fases do trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-graduação e ao Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE), pelo apoio financeiro com o projeto de pesquisa e também na tradução deste trabalho para o inglês.

Ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por possibilitar o rastreamento e o acompanhamento das pacientes no ambulatório.

À Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS), pelo acesso aos processos e pacientes.

Ao Hospital Fêmea e seu Comitê de Ética em Pesquisa, por liberar o acesso às informações das pacientes pertencentes a esta instituição.

Às voluntárias que participaram do estudo, por sua disposição, seu tempo despendido compartilhando suas experiências e contribuindo com meu aprendizado.

Ao meu querido esposo,

Andry,

por sua compreensão e amparo.

Por todo o amor que me dedica.

À minha família.

Meus pais, Cláudio e Ivânia,

que sempre mostraram e acreditaram que este é o caminho que vale a pena  
ser percorrido.

Meu irmão Adriano,

por sua energia interminável e sua torcida,  
e por nos ter presenteado com a Manuela que é luz e alegria em nossas vidas.

À família que recebi como presente inestimável de casamento,

Eloi, João, Bibiana e Matheus.

## Lista de Abreviaturas

ACO – anticoncepcionais orais

BDI – *Beck Depression Inventory*, Inventário de Depressão de Beck

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

EAV – escala análogo-visual

EHP-30 – *Endometriosis Health Profile Questionnaire*

GnRH – *gonadotropin-releasing hormone*, hormônio liberador de gonadotrofinas

ICC – *intraclass correlation coefficient*, coeficiente de correlação intraclass

LH – *luteinizing hormone*, hormônio luteinizante

OMS – Organização Mundial da Saúde

r-AFS – *revised classification of American Society of Reproductive Medicine*,  
classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva

RS – Rio Grande do Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SF-12 – *12-item Short Form health survey questionnaire*

SF-36 – *36 item Short Form health survey questionnaire*

TRH – terapia de reposição hormonal

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Instrument*, Instrumento de  
Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Endometriose</b>	<b>11</b>
2.1.1	Clínica e Prevalência	11
2.1.2	Impacto social e econômico da endometriose	12
2.1.3	Patogênese da Endometriose	15
2.1.4	Diagnóstico	16
2.1.5	Estadiamento	17
2.1.6	Tratamento	18
<b>2.2</b>	<b>Qualidade de Vida</b>	<b>25</b>
2.2.1	Conceito de qualidade de vida	25
2.2.2	Avaliação de Qualidade de Vida	26
2.2.3	Validação de Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida	27
2.2.4	Uso de um instrumento validado existente	29
2.2.5	Tradução e validação de um questionário	34
2.2.6	Desenvolvimento do EHP-30	35
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>37</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>38</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento</b>	<b>38</b>
<b>4.2</b>	<b>Amostra</b>	<b>38</b>
4.2.1	Critérios de inclusão	38
4.2.2	Critérios de exclusão	38
4.2.3	Amostragem	38
<b>4.3</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>39</b>

4.3.1	Tradução inicial	40
4.3.2	Retrotradução	41
4.3.3	Comparação das duas versões, validade de conteúdo e de face	41
4.3.4	Estudos psicométricos em amostra clínica	41
4.4	Tamanho da amostra	42
4.5	Análise estatística	42
5	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	43
6	<b>FONTE DE FINANCIAMENTO</b>	43
7	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	44
8	<b>ARTIGO EM INGLÊS</b>	53
9	<b>ARTIGO EM PORTUGUÊS</b>	86
	<b>ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO</b>	117
	<b>ANEXO 2 – FICHA CLÍNICA</b>	120
	<b>ANEXO 3 – ESCALA ANÁLOGO-VISUAL</b>	122
	<b>ANEXO 4 – EHP-30 EM INGLÊS</b>	124
	<b>ANEXO 5 – EHP-30 EM PORTUGUÊS</b>	134
	<b>ANEXO 6 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - VERSÃO ABREVIADA</b>	139
	<b>ANEXO 7 – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK</b>	145

## **2 Introdução**

A endometriose é uma doença ginecológica prevalente com apresentação clínica de dor pélvica e/ou infertilidade. O diagnóstico é feito pela videolaparoscopia com inspeção da cavidade e visualização direta dos implantes.<sup>1,2</sup> É uma doença de caráter crônico associada a grande morbidade e que afeta de modo global a qualidade de vida das pacientes.<sup>3,4</sup> Apesar da sua importância, existem poucos estudos avaliando qualidade de vida com um instrumento específico, gerado através de entrevistas com pacientes e baseado em propriedades psicométricas estabelecidas. Um instrumento que cumpriu com estes pré-requisitos foi o *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30).<sup>5</sup> O objetivo do presente trabalho foi fazer a tradução e validação desse instrumento, o EHP-30, para a língua portuguesa.

## **3 Revisão da Literatura**

### **3.1 Endometriose**

#### **3.1.1 Clínica e Prevalência**

A endometriose é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina,<sup>6</sup> que induzem, nestas localizações ectópicas, uma reação inflamatória crônica.<sup>7</sup> É diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva, mulheres pós-menopáusicas representam somente 2% a 4% dos casos que necessitam de videolaparoscopia.<sup>6</sup>

A determinação da prevalência da endometriose é difícil, pois não há correlação entre sintomatologia e grau de doença,<sup>8,9</sup> além disso, para sua confirmação diagnóstica, existe a necessidade de se realizar um procedimento invasivo – laparoscopia – que só será indicado frente a uma forte suspeita clínica.<sup>10</sup> As estimativas, em geral, são obtidas de pacientes que são submetidas a procedimento laparoscópico por dor pélvica, infertilidade ou esterilização. Desta maneira, variações

importantes de prevalência são obtidas de acordo com o grupo de pacientes que está sendo estudado.<sup>11</sup> As maiores taxas são encontradas em pacientes que vão a procedimento cirúrgico para investigação de infertilidade e as menores, em pacientes nas quais a endometriose é achado ocasional, pois são submetidas a cirurgia por outras indicações ginecológicas. As seguintes variações podem ser encontradas: 1% das mulheres submetidas a cirurgias por outras indicações ginecológicas, 3,7% em americanas submetidas à esterilização cirúrgica,<sup>11</sup> 12% a 32% em laparoscopias realizadas para investigação de dor pélvica, 21% a 48% em laparoscopias realizadas por infertilidade.<sup>12</sup> Em uma amostra de mulheres brasileiras submetidas a laparoscopia por infertilidade foi diagnosticada endometriose em 54%.<sup>13</sup> Em um estudo de prevalência de endometriose nos Estados Unidos que avaliou mulheres de 15 a 44 anos, internadas por problemas geniturinários, 6,9% eram devido a endometriose.<sup>14</sup> Considerando registros de 5 milhões de hospitalizações em mulheres em idade reprodutiva, com diagnóstico de doenças ginecológicas, entre 1988 e 1990 em hospitais dos Estados Unidos, 11,2% destas ocorreram por diagnóstico de endometriose.<sup>15</sup>

As apresentações clínicas mais comuns são infertilidade e dor pélvica – dismenorréia,<sup>16</sup> dispareunia ou dor pélvica cíclica.<sup>6,17</sup> Podem ser encontrados sintomas relacionados a localizações atípicas do tecido endometrial – dor pleurítica, hemoptise, cefaléias ou convulsões, lesões em cicatrizes cirúrgicas com dor, edema e sangramento local.<sup>6</sup> A localização mais freqüentemente encontrada dos implantes é em região de ovários representando 54,9% e, a seguir, em ordem de freqüência: folheto do ligamento largo posterior (35,2%), fundo de saco anterior (34,6%), fundo de saco posterior (34%) e ligamento uterossacro (28%).<sup>18</sup>

### **3.1.2 Impacto social e econômico da endometriose**

A endometriose é uma doença de caráter crônico que, em algumas pacientes, cursa com períodos sem sintomas e outros de recidiva da dor. Sabe-se que as

mulheres portadoras apresentam diminuição da qualidade de vida e redução de suas atividades gerando problemas psicossociais, frustração e isolamento afetando vários aspectos das suas vidas.<sup>3,4</sup> Esse impacto negativo na qualidade de vida pode resultar não somente dos sintomas de dor pélvica e infertilidade, mas também dos efeitos da necessidade de vários tratamentos médicos e cirúrgicos.<sup>19,20</sup> Além da cirurgia para comprovação diagnóstica e tratamento inicial, algumas pacientes podem necessitar repetir cirurgia por recorrências<sup>21-23</sup> e também de tratamentos cirúrgicos mais agressivos como histerectomia. Os índices desta cirurgia devido à endometriose nos anos de 2001-2002 no Canadá foram de 19%. Nesse mesmo estudo, taxa de reinternação em 4 anos foi de 29,1% sendo 33% destas pacientes submetidas a histerectomia.<sup>24</sup>

Outra consideração importante sobre a endometriose é o tempo que se leva entre o início dos sintomas até a confirmação diagnóstica. Este retardo pode ser consequência da sua sintomatologia se sobrepôr a outras condições clínicas como doença inflamatória pélvica e síndrome do intestino irritável.<sup>7</sup> Além disso, seu diagnóstico definitivo requer um procedimento cirúrgico invasivo, ainda que ambulatorial, o que pode postergar a indicação da laparoscopia gerando um retardo de vários anos até o diagnóstico e tratamento específico. Em uma amostra de pacientes brasileiras se demonstrou um tempo médio entre o início dos sintomas até o diagnóstico de 7 anos, com uma variação de 3,5 a 12,1 anos.<sup>25</sup> Em amostras de pacientes nos EUA e Reino Unido se encontrou um tempo médio de retardo no diagnóstico de  $11,73 \pm 9,05$  anos e  $7,96 \pm 7,92$  anos, respectivamente,<sup>26</sup> e um estudo norueguês mostrou um tempo médio de  $6,3 \pm 6,2$  anos.<sup>27</sup> Esta demora ocasiona um grande impacto na vida destas pacientes que levam maior tempo para iniciar uma terapia adequada contribuindo para maior período de dor e incerteza, aumento do absenteísmo à escola e ao trabalho e dificuldade nos relacionamentos pessoais.<sup>25,27</sup>

Mesmo com tratamentos clínicos e cirúrgicos adequados da endometriose, os sintomas podem persistir.<sup>7</sup> As taxas de recorrência da dor relacionada à endometriose

apresentam variações entre os estudos devido ao tipo de tratamento empregado e ao tempo de acompanhamento. Fedele e colaboradores,<sup>28</sup> em acompanhamento de 36 meses após tratamento cirúrgico exclusivo em pacientes com endometriose de septo reto vaginal, mostraram taxas de recorrência dos sintomas dolorosos de 28%. Dois estudos em pacientes que fizeram uso de análogos do GnRH após a cirurgia e em acompanhamento por 18 meses<sup>22</sup> e por 2 anos<sup>29</sup> evidenciaram taxas de 23%. Estudos que usaram danazol após tratamento cirúrgico demonstraram taxas de recorrência dos sintomas dolorosos de 26% e 44%, em 12 meses<sup>21</sup> e 24 meses<sup>23</sup>, respectivamente.

O impacto econômico da endometriose envolve, além dos custos relacionados ao seu diagnóstico e tratamento, custos relacionados a absenteísmo ao trabalho. Em pacientes com dor pélvica crônica, aquelas com diagnóstico de endometriose apresentam os piores escores na avaliação de qualidade de vida, maior interferência nas atividades diárias devido a dor (um ou mais dias de cama devido a dor, redução das atividades diárias em um ou mais dias no mês, mais horas de trabalho perdidas) e maior sofrimento com saúde.<sup>4</sup> Taxas de internações hospitalares também contribuem para os custos sociais desta doença, em dados dos Estados Unidos avaliando internações de mulheres em idade reprodutiva, a endometriose foi a terceira causa de internação nesta faixa etária.<sup>15</sup>

No Brasil, alguns dos medicamentos utilizados para o tratamento da endometriose como os análogos do GnRH são contemplados no Programa de Medicamentos Excepcionais. Com este grupo de medicamentos, o Ministério da Saúde gastou, em 2005, R\$ 31.752.920,67. Nesse mesmo ano, na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foram avaliadas mais de 800 solicitações administrativas destes medicamentos, perfazendo um custo de R\$ 1.348.500,00.

Ressalta-se ainda que as pacientes afetadas são jovens, a maioria em idade reprodutiva, convivendo com uma doença que causa grande impacto no seu funcionamento social e profissional, num período extremamente produtivo de suas vidas.

### 3.1.3 Patogênese da Endometriose

A patogênese da endometriose tem sido explicada por diversas teorias, sendo que a mais antiga, proposta na década de 20, é chamada de teoria da implantação,<sup>30</sup> outras duas freqüentemente citadas são a teoria da metaplasia celômica e a teoria da indução.

A teoria da implantação descreve que através de menstruação retrógrada, tecido endometrial ganha acesso a estruturas pélvicas através das trompas de Falópio implantando-se na superfície peritoneal. Apesar deste evento não ocasionar endometriose em todas as mulheres<sup>31</sup> ele pode ser o mecanismo primário envolvido na patogênese da doença.<sup>32</sup> Na teoria da metaplasia celômica, células mesoteliais do epitélio celômico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. Finalmente, a teoria da indução seria uma variação das duas teorias anteriores, em que células endometriais que se implantam no peritônio teriam capacidade de liberar substâncias indutoras que levariam o epitélio indiferenciado a transformar-se em células endometriais.<sup>12</sup>

Entre todos estes eventos citados, menstruação retrógrada com a implantação de fragmentos de endométrio no peritônio, estabelecimento de um suprimento sanguíneo e geração de uma resposta inflamatória sub-ótima parece ser crucial no advento da endometriose.<sup>30</sup> No entanto, a incidência de menstruação retrógrada é semelhante em mulheres com e sem endometriose,<sup>12</sup> assim ela não pode ser considerada causa única no desenvolvimento da doença, apontando para multicausalidade associando fatores genéticos, anormalidades imunológicas e disfunção endometrial.<sup>9,12</sup>

A hereditariedade da endometriose já foi demonstrada em estudos de base clínica,<sup>33</sup> populacional<sup>34</sup> e em estudos de gêmeos,<sup>35</sup> demonstrando que familiares de primeiro grau de uma mulher com endometriose têm uma probabilidade 7 vezes maior de desenvolver a doença.<sup>33</sup>

Alterações de imunidade celular e humoral podem estar envolvidas na patogênese da endometriose,<sup>12</sup> ocorrendo uma atividade imune defeituosa que resulta em uma remoção inadequada do endométrio ectópico. Inicialmente ocorre uma incapacidade de reconhecimento da presença de tecido endometrial em locais ectópicos, redução de atividade de células *natural-killers* com diminuição de citotoxicidade<sup>36</sup> e aumento da concentração de leucócitos e macrófagos na cavidade endometrial gerando secreção de citocinas (interleucinas 1, 6 e 8, fator de necrose tumoral) e fatores de crescimento no líquido peritoneal. A secreção de citocinas e células inflamatórias na cavidade leva a promoção da implantação das células ectópicas, proliferação de implantes, recrutamento de capilares e quimioatração de leucócitos, ocasionado assim não somente o desenvolvimento de endometriose mas também a extensão clínica da doença.<sup>32</sup>

#### **3.1.4 Diagnóstico**

O exame físico proporciona pouco auxílio ao diagnóstico, não havendo nenhum achado patognomônico. Dor à palpação de fundo de saco e de ligamentos uterossacros, palpação de nódulos ou massas anexiais, útero ou anexos fixos em posição retrovertida podem ser alguns dos achados ao exame físico.<sup>6</sup> Recentemente se verificou que o achado de palpação dolorosa ao longo de ligamentos uterossacros e nodularidades em fundo de saco pode representar um critério clínico de diagnóstico de endometriose profunda com sensibilidade de 85% e especificidade de 50%.<sup>32</sup>

Segundo consenso da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, o padrão-ouro para diagnóstico de endometriose é a videolaparoscopia com inspeção direta da cavidade e visualização dos implantes, não necessitando de biópsia para confirmação histopatológica.<sup>1,2</sup>

As lesões da endometriose têm aparência extremamente variada, sendo a lesão clássica o implante peritoneal tipo “queimadura de pólvora” (depósitos de hemossiderina com graus variados de fibrose) na forma de pequenos nódulos de

coloração escura – preto, castanho escuro ou azulado – envolvendo ovários, superfícies serosas e peritônio.<sup>37</sup> No entanto, a grande maioria dos implantes é atípica, com variação de brancos a opacos, avermelhados ou vesiculares. Outras formas ainda podem ser aderências ovarianas, defeitos peritoneais, manchas castanho-amareladas no peritônio e endometriomas, que são cistos escuros contendo líquido denso de aparência achocolatada tipicamente associados com aderências.

Embora alguns autores recomendem que todas as áreas de lesões suspeitas devam ser biopsiadas para correlação histológica,<sup>38</sup> outros discordam, mostrando que as correlações dos achados laparoscópicos com histológicos são extremamente altas (97% a 99%) não necessitando de comprovação histológica, o que oneraria desnecessariamente a investigação destas pacientes.<sup>39</sup> A discrepância entre os estudos ocorre devido aos diferentes delineamentos e número de casos estudados. Paciente com peritônio visualmente normal pode ter o diagnóstico descartado.<sup>38</sup>

### 3.1.5 Estadiamento

O estadiamento mais comumente usado é a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (r-AFS)<sup>1,2</sup> que leva em consideração o tamanho, a profundidade e a localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências. Consiste de quatro estágios, sendo o estágio 4 o de doença mais extensa.

- **Estádio I** (doença mínima): implantes isolados e sem aderências significantes;
- **Estádio II** (doença leve): implantes superficiais com menos de 5 cm, sem aderências significantes;
- **Estádio III** (doença moderada): múltiplos implantes, aderências peritubárias e periovarianas evidentes;
- **Estádio IV** (doença grave): múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes.

Não há, entretanto, correlação entre o estadiamento da doença com prognóstico e nível de dor.<sup>8,9</sup>

A dor é influenciada pela profundidade do implante endometriótico e sua proximidade ou invasão direta de áreas com inervação,<sup>9,40,41</sup> implantes profundos estão correlacionados com maior severidade da dor.<sup>42</sup>

### **3.1.6 Tratamento**

O foco principal do tratamento medicamentoso é a manipulação hormonal com intenção de produzir uma pseudogravidez, pseudomenopausa ou anovulação crônica, criando um ambiente inadequado para o crescimento e manutenção dos implantes da endometriose.<sup>9</sup>

A escolha do tratamento vai depender da gravidade dos sintomas, da extensão e localização da doença, do desejo de gravidez e da idade da paciente. Pode ser medicamentoso ou cirúrgico, ou ainda a combinação destes.<sup>43</sup> A eficácia dos tratamentos tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.<sup>9</sup> Todos os tratamentos hormonais reduzem a dor atribuída a endometriose comparados com placebo e são igualmente efetivos quando comparados entre eles.<sup>17</sup>

Para o grupo de mulheres com infertilidade, não se justifica o tratamento hormonal com supressão da ovulação.<sup>9</sup> Ensaios clínicos randomizados demonstraram que nenhuma das medicações comumente usadas para o tratamento da endometriose é efetiva no tratamento da infertilidade.<sup>29,44</sup> Até o momento, apenas a cauterização dos focos mostrou-se eficaz para o tratamento de infertilidade secundária à endometriose nos estadiamentos I e II. Neste caso, um grande estudo multicêntrico que avaliou 241 mulheres inférteis com endometriose mínima a moderada, mostrou taxas de gravidez significativamente mais altas no grupo de laparoscopia com ressecção/ablação dos focos de endometriose.<sup>45</sup> Os investigadores recomendam que não seja usado tratamento clínico para infertilidade em pacientes com endometriose assintomática, e

que o manejo cirúrgico representa o tratamento padrão para infertilidade associada a endometriose.<sup>46</sup>

Várias abordagens clínicas e cirúrgicas foram testadas até o momento no manejo da endometriose. O tratamento deve ser escolhido individualmente de acordo com a apresentação clínica da paciente, se dor ou infertilidade. Deve-se avaliar a idade da paciente, sua história reprodutiva, localização e extensão da doença e para aquelas que forem para laparoscopia o tratamento conservador com excisão e ablação da maior quantidade de focos possível.<sup>47</sup>

### **3.1.6.1 Tratamento Clínico**

No tratamento clínico da endometriose são usadas as seguintes medicações: antiinflamatórios não-esteróides, anticoncepcionais orais, gestrinona, danazol, progestágenos, análogos do GnRH.

Antiinflamatórios não-esteróides demonstram alívio da dor (ácido tolfenâmico e naproxeno), são bem tolerados, seguros e de baixo custo.<sup>6</sup> Estas medicações têm indicação como tratamento de primeira linha no alívio da dor da endometriose presumida, enquanto se aguarda o diagnóstico definitivo pela laparoscopia<sup>9</sup>.

Anticoncepcionais orais (ACOs) podem ser considerados em casos de doença mínima ou leve, com mínimos ou nenhum sintoma, nas pacientes em que a doença foi detectada no exame físico ou como um achado ocasional em cirurgias por outros motivos. Este tratamento produz retardo na progressão da doença além da proteção nos casos de não haver desejo de gravidez.<sup>48</sup> Os ACOs, usados de maneira cíclica, foram comparados com agonistas do GnRH, sendo os agonistas do GnRH mais efetivos para o alívio da dismenorréia; ambas as medicações foram semelhantes em relação à diminuição da dispareunia e igualmente eficazes no alívio de dor pélvica não específica.<sup>9</sup> Um ensaio clínico randomizado comparando ACOs com goserrelina mostrou esta ser superior na melhora da dispareunia e os ACOS obtiveram melhor resposta no controle da dismenorréia.<sup>49</sup>

Gestrinona apresenta eficácia semelhante ao danazol.<sup>17</sup> Em uma metanálise que comparou-a com análogos do GnRH em relação a dismenorréia, demonstrou-se um pequeno benefício do análogo do GnRH durante o tratamento, porém, ao final de 6 meses, maior benefício foi observado no grupo da gestrinona.<sup>50</sup> Fator limitante de sua utilização são os efeitos adversos, alguns graves e irreversíveis, tais como hirsutismo, hipertrofia de clitóris e engrossamento da voz.<sup>9</sup>

Danazol produz uma pseudomenopausa, inibe a liberação de GnRH e o pico de LH,<sup>51</sup> aumenta os níveis androgênicos (testosterona livre) e diminui os estrogênios (inibe produção de esteróides no ovário com diminuição de produção de estrogênios) o que causa atrofia dos implantes endometrióticos.<sup>52</sup> Vários estudos mostraram significativa melhora da dor em relação ao placebo e também manutenção da melhora por até seis meses após descontinuação do tratamento. Não demonstraram, entretanto, melhora nas taxas de fertilidade. Ensaio clínico randomizado avaliando medroxiprogesterona 100 mg/dia e danazol 600 mg/dia, mostrou que ambos reduziram de forma semelhante escores de dor em relação ao placebo, mantendo efeito até seis meses após a descontinuação do tratamento.<sup>9</sup> Metanálise de ensaios clínicos randomizados comparando danazol e análogos do GnRH (vários representantes) mostrou similaridade de eficácia para melhora de dor.<sup>50</sup> O danazol associou-se a muitos efeitos androgênicos, alguns irreversíveis, alterações lipídicas e dano hepático nas doses recomendadas.<sup>6,9,43</sup>

Progestogênios causam inibição do crescimento do tecido endometriótico diretamente através de decidualização e atrofia. Também inibem secreção de gonadotrofina hipofisária e produção de hormônios ovarianos. O acetato de medroxiprogesterona ocasiona melhora da dor e resolução dos implantes de maneira comparável ao danazol e superior ao placebo, com efeitos adversos que se resolvem após a descontinuação da medicação.<sup>53</sup> Não mostrou benefício nas taxas de fertilidade.<sup>6</sup> Um estudo comparando acetato de medroxiprogesterona 150 mg intramuscular a cada 90 dias com anticoncepcional oral de baixa dosagem associado

a danazol mostrou que o acetato de medroxiprogesterona foi melhor na redução da dismenorréia em período de 12 meses de observação e teve o benefício da amenorréia.<sup>53</sup>

Análogos do GnRH proporcionam mecanismo de *feedback* negativo na hipófise gerando um hipogonadismo hipogonadotrófico; este leva a amenorréia e anovulação, de onde se tem o seu efeito terapêutico, sendo que este efeito inibitório é reversível.<sup>50,54</sup> Não podem ser administrados por via oral porque são imediatamente destruídos pelo processo digestivo, sendo indicado seu uso por via parenteral – subcutânea, intramuscular, spray nasal ou intravaginal.<sup>54</sup> Causam regressão dos implantes e melhora da dor equivalente ao danazol, porém com menos efeitos adversos.<sup>50</sup> Não melhoram as taxas de fertilidade.<sup>6</sup> Seus representantes são a nafarrelina, leuprorrelina, goserrelina e triptorrelina.

A nafarrelina é o análogo do GnRH de uso intranasal. Em estudo comparando nafarrelina e danazol,<sup>55</sup> os dois medicamentos foram igualmente eficazes para diminuição dos escores da classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (r-AFS), diminuição das aderências, escores de severidade de sintomas e manutenção de menor severidade de sintomas em período de 12 meses de observação. Os efeitos adversos ocorreram de acordo com as características de cada medicamento.<sup>55-57</sup> Horsnstein e colaboradores<sup>58</sup> compararam 3 e 6 meses de uso de nafarrelina com resposta semelhante nos dois grupos, tanto em eficácia quanto em recorrência.

A leuprorrelina, quando comparada ao placebo, mostrou diferença significativa no alívio da dismenorréia, da dor pélvica, dispareunia e sensibilidade pélvica.<sup>59,60</sup> Ensaio clínico comparando nafarrelina, leuprorrelina e placebo mostrou que ambas as medicações foram melhores que o placebo no alívio da dor, sendo que entre os tratamentos ativos não houve diferença significativa, porém houve diferença em relação ao perfil de efeitos adversos - o grupo em uso de leuprorrelina apresentou

mais fogachos e maior diminuição da massa óssea na densitometria que o grupo da nafarrelina.<sup>61,62</sup>

Outro representante do grupo dos análogos do GnRH, a goserrelina, foi comparada ao danazol sendo que ambos os tratamentos diminuíram os escores da classificação r-AFS (aderências, implantes), escores subjetivos (sintomas pélvicos e achados do exame físico), sem diferença entre eles. A melhora foi observada mesmo após 6 meses.<sup>63</sup>

Finalmente, a triptorrelina, em ensaio clínico randomizado comparada a placebo, demonstrou superioridade em escalas de dor e redução na extensão da endometriose (redução de 50% no grupo triptorrelina comparado com aumento de 17% no grupo placebo).<sup>64</sup> Quando comparada com danazol não houve diferença na melhora de dor entre os dois tratamentos.<sup>65</sup>

Em pacientes com necessidade de uso dos análogos do GnRH por períodos superiores a 6 meses pode-se associar reposição hormonal (TRH) a esses medicamentos. A utilização desta associação, denominada de *add-back therapy*, é indicada para diminuir os efeitos adversos dos análogos do GnRH – hipoestrogenismo, sintomas vasomotores e perda óssea. Estudo comparando goserrelina com ou sem TRH (17β estradiol 2 mg e acetato de noretisterona 1 mg) demonstrou que o acréscimo da TRH ocasionou menos fogachos, menor alteração da libido e da secreção vaginal. A associação da *add-back therapy* não causa perda da eficácia (melhora da dor e diminuição dos implantes endometrióticos) e apresenta melhora substancial dos sintomas hipoestrogênicos.<sup>9,66</sup> Metanálise de ensaios clínicos randomizados que compararam tibolona, acetato de medroxiprogesterona 100 mg/dia, noretisterona, associação de estradiol 2 mg com noretisterona 1 mg/dia como *add-back therapy* não mostrou diferença entre os diversos esquemas em relação à melhora da dor. Ocorreu importante melhora dos efeitos adversos – fogachos, secreção vaginal e diminuição de perda óssea.<sup>50,67-70</sup>

Não existe evidência de superioridade de nenhum dos medicamentos usados no tratamento clínico da dor relacionada à endometriose. Estes tratamentos diferem basicamente em relação aos seus efeitos adversos e seus custos. Os análogos do GnRH podem ser usados em situações de impossibilidade de uso dos outros representantes, principalmente dos progestágenos, porém com custos mais elevados.

Foram encontrados seis estudos que incluíram qualidade de vida nas avaliações dos medicamentos: um estudo<sup>61</sup> usou instrumento não validado de avaliação de qualidade de vida, três usaram instrumentos genéricos<sup>71-73</sup> e apenas dois fizeram uso de instrumento específico<sup>74,75</sup> de avaliação de qualidade de vida em endometriose.

### 3.1.6.2 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico é indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes, em casos de endometriomas, distorção da anatomia das estruturas pélvicas, aderências, obstrução de trato intestinal ou urinário e nas pacientes com infertilidade associada à endometriose.<sup>51</sup> Pode ser classificada em conservadora ou definitiva:

**Conservadora:** envolve destruição dos focos de endometriose, remoção de aderências com conseqüente restauração da anatomia pélvica.

**Definitiva:** envolve histerectomia com ou sem ooforectomia (de acordo com a idade da paciente). Indicada quando há doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora, existência de outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e não havendo mais o desejo de gestação. A histerectomia com salpingooforectomia bilateral com excisão de todos os focos de endometriose mostrou taxas de cura de 90% (estudos não controlados).<sup>6</sup>

Um ensaio clínico randomizado demonstrou superioridade da laparoscopia cirúrgica (ablação dos implantes, lise de aderências e ablação do nervo uterossacro) quando comparada com a laparoscopia diagnóstica, demonstrando importante

diminuição da dor por período de um ano em até 90% das pacientes.<sup>9,76</sup> Em relação à infertilidade com diagnóstico de endometriose mínima e leve, um estudo com 341 pacientes mostrou significantes taxas cumulativas de gravidez com a laparoscopia cirúrgica (ressecção ou ablação cirúrgica dos implantes).<sup>45</sup> Tais resultados não se reproduziram em um estudo com menor número de pacientes.<sup>77</sup>

### **3.1.6.3 Tratamento combinado**

O uso de supressão hormonal prévia à cirurgia pode diminuir a necessidade de dissecação cirúrgica, porém não prolonga intervalo livre de doença, não aumenta taxas de fertilidade e nem reduz taxas de recorrência.<sup>48</sup>

O acréscimo de danazol em dose baixa (100 mg/dia) em esquema de tratamento cirúrgico mais análogo do GnRH mostrou melhora dos sintomas dolorosos e manteve controle da dor por 12 e 24 meses<sup>23</sup>. Porém, o uso de danazol por 3 meses não mostrou benefício em outro estudo com pacientes em estágio III e IV da r-AFS.<sup>21</sup> Outro estudo prospectivo, não controlado usando ACO pós-tratamento cirúrgico não mostrou diferença nas taxas de recorrência de sintomas de endometriose ou formação de endometriomas.<sup>78</sup> Dois estudos usando análogos do GnRH (um com nafarrelina e outro com goserrelina) após cirurgia para endometriose demonstraram melhor controle da dor e retardo na recorrência em período de acompanhamento de mais de 12 meses em relação ao placebo, porém sem alteração em taxas de fertilidade.<sup>29,79</sup> Outro ensaio clínico, com pequeno número de participantes, o uso de nafarrelina por período curto – 3 meses – após cirurgia não mostrou benefício em dor e taxas de fertilidade.<sup>44</sup> Assim sendo, as evidências do benefício do tratamento combinado não são inequívocas, ficando o tratamento medicamentoso reservado para pacientes sintomáticas após o tratamento cirúrgico, sem entretanto evidência de diferença de eficácia entre os diferentes grupos farmacológicos.

A eficácia dos tratamentos, tanto cirúrgicos quanto medicamentosos, tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.<sup>9</sup> Em apenas um

ensaio clínico foi incluída avaliação de qualidade de vida como desfecho do tratamento cirúrgico<sup>80</sup>, e o instrumento usado foi um questionário genérico, o SF-36.

### **3.2 Qualidade de Vida**

A medicina tradicionalmente avalia o efeito dos tratamentos através de medidas de morbidade e mortalidade.<sup>81</sup> No entanto, nas últimas décadas, desponta um movimento na literatura médica que busca parâmetros mais amplos na avaliação de um tratamento, onde não se valoriza apenas redução de taxas de eventos, aumento de expectativa de vida ou diminuição da mortalidade.<sup>82</sup> Neste cenário, instrumentos de avaliação de qualidade de vida possibilitam medir a saúde física, funcional, social e mental tornando-se mais uma ferramenta na medida de benefícios, custos humanos e financeiros de novos programas e intervenções.<sup>83</sup> Um novo tratamento pode ser avaliado pela redução do nível de lesão, mas um benefício terapêutico relevante a se considerar é a melhora do paciente no seu funcionamento nas atividades diárias, no trabalho, atividades sociais, bem estar e de sua auto-imagem.<sup>83</sup>

O uso de instrumento de medida de qualidade de vida na prática clínica atua como um facilitador na comunicação entre o médico e seu paciente, principalmente na avaliação de pacientes portadores de doenças crônicas onde o impacto da doença é mais abrangente.<sup>81</sup> Nestes casos, os tratamentos causam mudanças na qualidade de vida através de efeitos imediatos e de longo prazo, tanto de maneira benéfica através da melhora dos sintomas, como com aumento dos efeitos adversos, ou ainda alteração de estilos de vida para possibilitar o uso da nova modalidade de tratamento.<sup>83</sup>

#### **3.2.1 Conceito de qualidade de vida**

Não há uma definição consensual de qualidade de vida, porém há concordância entre os pesquisadores sobre algumas características deste conceito: 1) é subjetivo e leva em consideração a percepção do indivíduo sobre seus

comportamentos, estados e capacidades e sua satisfação ou insatisfação com seus comportamentos, estados e capacidades; 2) é multidimensional e considera no mínimo uma dimensão física (percepção do indivíduo sobre seu estado físico), psicológica (percepção do indivíduo do seu estado cognitivo/afetivo) e social (percepção do indivíduo de suas relações interpessoais e funções sociais); 3) possui dimensões positivas (funcionamento, contentamento e mobilidade) e negativas (sentimentos negativos, dependência de medicações, dor, fadiga).<sup>84</sup>

A definição mais difundida de qualidade de vida é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a definiu 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*". Qualidade de vida relacionada à saúde, então, é um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais associados com uma doença ou tratamento em particular.<sup>85</sup>

### **3.2.2 Avaliação de Qualidade de Vida**

Qualidade de vida é uma característica abstrata que não pode ser diretamente medida ou observada. Uma maneira de avaliar variáveis abstratas é através da criação de uma teoria que conceitue esta variável e que a explique, esta teoria é chamada de construto e é através da observação indireta de comportamentos e características contidos neste conceito que se busca uma modalidade de aferição.<sup>86</sup> Desta maneira os construtos são medidos indiretamente através de questões, chamados de "itens", que são aplicadas aos pacientes e as respostas convertidas em escores numéricos e combinados em escalas passíveis de serem avaliadas estatisticamente.<sup>83</sup> Estes itens devem ter cobertura suficiente para todas as características definidas para o construto, tanto componentes subjetivos quanto objetivos, abordando diferentes aspectos de um mesmo atributo e que sejam relevantes ao fator em estudo.<sup>87</sup>

Para avaliação de qualidade de vida necessita-se, então, a criação de instrumentos que acessem esta medida de maneira sucinta, fácil de aplicar e que obtenham informações válidas e confiáveis sobre a qualidade de vida dos pacientes. Os instrumentos devem questionar sobre sintomatologia recente, nível atual de funcionamento físico, psicológico e social, ou seja, devendo apresentar cobertura do tema e relevância das questões.<sup>81</sup>

Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser genéricos ou específicos. Os instrumentos genéricos não são desenhados para uma doença específica, possuem um número maior de questões que cobrem outras doenças, servindo para uma avaliação global do estado de saúde do indivíduo.<sup>88</sup> Têm como vantagens a possibilidade de generalização permitindo comparações do impacto de diferentes doenças, severidades da doença, intervenções e possibilidade de comparação entre grupos demográficos diferentes. Entretanto, por possuírem uma diversidade de itens, poderiam não ser sensíveis o suficiente para verificar mudanças em doenças específicas.<sup>89</sup> Instrumentos específicos, nos quais seus itens são construídos tendo em mente acessar características de uma doença em particular, contêm um menor número de questões bem direcionadas, que podem detectar uma mudança real no paciente tratado ou diferenças na comparação entre pacientes sendo adequados para uso em estudos clínicos.<sup>83</sup>

### **3.2.3 Validação de Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida**

Para determinar se um instrumento de pesquisa é adequado deve-se avaliar se determinados critérios foram seguidos na elaboração e validação deste, para que nos assegurem a confiabilidade dos dados coletados. Os diversos atributos através dos quais um instrumento pode ser julgado apresenta variações entre diferentes autores, mas essencialmente um instrumento de medida deve ser avaliado quanto a fidedignidade ou precisão e à validade.<sup>90</sup>

A **fidedignidade** refere-se à extensão em que um teste, um instrumento, uma escala ou um questionário produz o mesmo resultado em sucessivas medições ou aferições.<sup>91</sup> A evidência de que o instrumento tem itens fortemente correlacionados entre si<sup>90</sup> e gera resultados de maneira reprodutível<sup>92</sup> é medida através da consistência interna, fidedignidade teste-reteste e fidedignidade inter-observadores.<sup>93</sup>

A **consistência interna** avalia a precisão da escala originada, sua homogeneidade – a correlação entre seus itens para verificar se estão medindo o mesmo conceito. Várias medidas diagnósticas podem ser feitas, como medidas de cada item com o escore total da escala (correlação item-total),<sup>92</sup> as correlações inter-itens e suas médias, e o cálculo de fidedignidade intra-escala, medido pelos coeficientes alfa de Cronbach ou Kuder-Richardson (para escalas com itens dicotômicos).<sup>91</sup> Não existe nos pacotes estatísticos teste de significância para os coeficientes de consistência interna, no entanto é consenso que seu limite inferior aceitável seja de 0,70.<sup>91</sup>

A **estabilidade temporal ou reprodutibilidade** testa a estabilidade das respostas geradas pelo instrumento. Pode ser medida através da concordância entre diferentes observadores (inter-observador), concordância entre o mesmo observador em duas ocasiões diferentes (intra-observador) e do método teste-reteste, que consiste na aplicação do instrumento em duas ocasiões diferentes, sem intervenção terapêutica e com um intervalo de tempo apropriado entre as duas medidas.<sup>90,92</sup>

A **validade** é considerada como o grau no qual o instrumento mede o que está se propondo a medir,<sup>93</sup> e está relacionada com a sua habilidade de refletir o conceito teórico subjacente.<sup>91</sup> Os conceitos usados para sua avaliação são a validade relacionada ao conteúdo, ao critério e ao construto.<sup>87,94</sup>

A **validade relacionada ao conteúdo** julga se o instrumento tem cobertura e relevância, ou seja, os itens do instrumento devem representar todos os conceitos que estão sendo investigados e devem ser adequados e relevantes ao tema em questão. A validade de conteúdo propriamente dita avalia se os itens que compõe o instrumento

são suficientes, apropriados e se representam o construto a ser medido. A validade de face verifica se o teste mede aparentemente o construto em questão, a análise dos itens, neste caso, diz respeito à linguagem, à compreensão dos itens (análise semântica) e à forma com que o conteúdo está sendo apresentado.<sup>95</sup> As duas validades relacionadas ao conteúdo - validade de face e de conteúdo - não são medidas por métodos estatísticos, mas pelo julgamento de especialistas no assunto em questão,<sup>87,90</sup> ou pelos pacientes que possuem a condição ou doença que está em estudo.<sup>93</sup>

A **validade de critério** consiste na correlação da escala com outra medida, considerada padrão-ouro, da característica que estamos medindo, é dividida em dois tipos: validade concorrente e validade preditiva, que se distinguem apenas no período de tempo em que será feita esta correlação.<sup>90</sup>

A **validade relacionada ao construto** refere-se a uma teoria que explica a nossa condição em estudo através de comportamentos e atitudes que servem para medir esta determinada característica. Este é um processo contínuo e complexo onde se mede a teoria gerada e a medida desta teoria simultaneamente. Por ser uma validação mais complexa em relação a outras, se dispõe de vários métodos para estabelecê-la: grupos extremos ou validade discriminativa onde se compara um grupo com a característica em questão e outro sem esta característica; validade convergente, que consiste na correlação entre o instrumento em questão e outro já existente que mede o mesmo construto, ou pela validade discriminante ou divergente onde o construto deve diferir ou não se correlacionar a construtos distintos.<sup>87</sup>

#### **3.2.4 Uso de um instrumento validado existente**

Uma grande parte dos questionários de avaliação de qualidade de vida está publicada em língua inglesa. O uso destes instrumentos traduzidos para outra língua exige que seja feita uma nova validação desta versão.<sup>96</sup>

O uso de um instrumento já publicado e validado economiza tempo e recursos. Além disso, possibilita que comparações sejam realizadas entre diferentes populações por estarem sendo usadas as mesmas medidas.<sup>96</sup> Este crescente interesse em fazer as traduções para aplicação em outras culturas gerou a tradução de dois importantes instrumentos que já tinham validação na sua língua de origem, o inglês, e que foram vertidos para o português: o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) e sua versão abreviada (WHOQOL-Bref) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

O WHOQOL-100 e a sua versão abreviada, o WHOQOL-bref, instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida,<sup>82,97</sup> foram elaborados pela Organização Mundial de Saúde tendo em vista dois objetivos: o primeiro fazer com que através do uso deste tipo de instrumento o médico fique atento a necessidade de escutar e valorizar os sentimentos de seu paciente durante o tratamento. Como segundo objetivo, devido ao avanço nos tratamentos, serviria como um complemento nas avaliações de resultados das intervenções médicas através das medidas do efeito destas intervenções na qualidade de vida.<sup>98</sup>

O WHOQOL-100 foi desenvolvido através de um projeto multicêntrico, com o intuito de construir um instrumento de avaliação de qualidade de vida desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural e para uso internacional. Para seu desenvolvimento várias etapas e passos foram percorridos, envolvendo vários países e culturas diferentes, até a obtenção de um instrumento constituído por 100 questões, 6 domínios e 24 facetas.<sup>84</sup> Os domínios descrevem os aspectos centrais de qualidade de vida e as facetas se referem a descrição de comportamentos, estados de vida (ex.: fadiga), capacidades (ex.: habilidade para se locomover) ou percepções subjetivas de experiências (ex.: dor).<sup>98</sup>

O WHOQOL-Bref foi desenvolvido devido à necessidade de instrumentos mais curtos com necessidade de menor tempo de preenchimento. As questões foram selecionadas mantendo uma questão para cada faceta, para poder manter a

abrangência do instrumento original, foi escolhida a questão que psicometricamente mais se relacionasse com o escore total do WHOQOL. Como etapa seguinte foi realizada validação de conteúdo e análise fatorial confirmatória para definir os domínios, que ficaram divididos em físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-Bref apresenta boa validade discriminante, validade de conteúdo, consistência interna (alfa de Cronbach para os domínios: físico= 0,80, psicológico= 0,76, relacionamento social= 0,66 e ambiente= 0,80), boa fidedignidade teste-reteste e sensibilidade à mudança de acordo com critérios internacionais.<sup>98</sup>

O WHOQOL-100 está disponível atualmente em 40 países e traduzido para cerca de 50 diferentes línguas.<sup>98</sup> Os dois instrumentos, WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, tiveram sua tradução transcultural feita para a língua portuguesa no Centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por Fleck e colaboradores, seguindo metodologia desenvolvida pelo grupo do WHOQOL.<sup>82</sup> Foram validados em amostra clínica demonstrando boa consistência interna e fidedignidade teste-reteste, adequadas validade discriminante, validade de critério e validade de concorrente.<sup>97,99</sup>

O WHOQOL-Bref é composto de 26 questões, sendo duas questões genéricas e outras 24 questões que representam cada uma das 24 facetas do instrumento original (no original uma faceta era avaliada por 4 questões), avaliando 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.<sup>97</sup>

Já foi testado em muitas condições médicas como artrite reumatóide, dor lombar, epilepsia, depressão, dor crônica regional, desordem bipolar e psicose, além de testar mudança ao tratamento de doenças que cursam com dor e reabilitação pós acidente vascular cerebral.<sup>100</sup> Demonstrou ser um instrumento adequado para uso em pesquisa de situações que cursam com dor,<sup>101</sup> pois os escores do WHOQOL discriminam sensivelmente dos pacientes com dor dos livres de dor, com validade discriminante e de critério, podendo ser usado para avaliação de qualidade de vida em pacientes com dor crônica.<sup>102</sup>

O BDI foi criado originalmente na língua inglesa por Beck e colaboradores em 1961, na Universidade da Pennsylvania, Estados Unidos, com a finalidade de medir intensidade de depressão em pacientes com diagnóstico de depressão. A seleção dos itens partiu dos sintomas mais freqüentes em pacientes com transtornos depressivos, tendo no total 21 itens que se referem a: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusação, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido.<sup>103</sup>

Cada um dos itens tem quatro alternativas com escores que variam de 0 a 3, significando graus progressivos de depressão, seu escore total é gerado pela soma de cada item, o maior escore possível é 63. Preconizado para uso em pacientes com faixa de idade entre 17 a 80 anos e com pelo menos cinco anos de escolaridade. Os pontos de corte mudaram ao longo dos anos e os autores sugerem que podem variar de acordo com o examinador e com a amostra que está sendo estudada. Os pontos de corte sugeridos em 1993 eram de 0-9 depressão mínima, 10-16 leve, 17-29 moderada e 30-63 grave.<sup>103</sup>

Sua tradução e adaptação transcultural para o português do Brasil produziu uma versão com equivalência conceitual, semântica e lingüística com a versão original. As testagens foram feitas com pacientes psiquiátricos, pacientes da clínica médica e amostra da população em geral. Obteve resultados satisfatórios para fidedignidade teste-reteste, validade convergente onde foi feita correlação com Escala de Depressão de Hamilton e Escala de Depressão de Montgomery-Asberg. Na avaliação de validade discriminante diferenciou entre sujeitos sem queixas, de pacientes com queixas físicas e de pacientes com queixas psiquiátricas. Mostrou também, validade de construto ao se correlacionar com a Escala de Desesperança de Beck em amostra psiquiátrica.<sup>104</sup>

Nos estudos com a versão em português do BDI, para amostra brasileira, os pontos de corte encontrados foram: 0-11 sintomas mínimos, de 12-19 depressão leve, 20-35 depressão moderada e de 36-63 depressão grave.<sup>104</sup> Foram descritas duas subescalas do BDI: uma subescala com itens cognitivos afetivos, que são os primeiros 13 itens da escala e, uma segunda subescala com queixas somáticas, composta pelos 8 últimos itens. A importância desta divisão é permitir uma diferenciação entre pacientes psiquiátricos de pacientes normais.<sup>104</sup>

O BDI tem sido estudado em pacientes com dor crônica, alguns destes demonstrando que os pacientes com dor e deprimidos não apresentam as alterações cognitivas que os pacientes deprimidos sem dor. Os pacientes com dor crônica, embora angustiados com a dor e o impacto desta em sua vidas, não têm uma visão negativa de suas vidas, pontuando em sintomas somáticos, o que auxilia a distinguir entre estes dois grupos de pacientes.<sup>105</sup>

O BDI tem sido usado como comparação para validação de construto de instrumentos de avaliação de qualidade de vida,<sup>97,99,106,107</sup> pois os itens e dimensões avaliados em ambos são relacionados: percepção/satisfação ou insatisfação do indivíduo sobre seus comportamentos estados e capacidades, percepção sobre seu estado físico, seu estado cognitivo/afetivo e percepção sobre suas relações interpessoais e funções sociais.<sup>84</sup> Há correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida por ocorrerem sobreposição entre o construto qualidade de vida e construtos psicopatológicos. Alguns itens medindo qualidade de vida correspondem a alguns itens que medem depressão (tristeza, insatisfação, baixo nível de energia, insônia, imagem corporal e afastamento social), além disso, existe uma influência negativa do humor deprimido na percepção se si mesmo e do ambiente que se expressa nos escores de avaliação de qualidade de vida.<sup>100</sup>

### 3.2.5 Tradução e validação de um questionário

Realizar somente a tradução literal de um instrumento pode torná-lo incompreensível em outra língua, pois existem nuances culturais (frases coloquiais, gírias, jargões, expressões idiomáticas) que, ao serem traduzidas para um contexto diferente, perdem o significado original.<sup>94</sup> Assim sendo, instrumentos gerados em outra língua e cultura devem ser adaptados ou modificados até ficarem lingüística e semanticamente compreensíveis, para um novo idioma, cultura e estilo de vida.<sup>108,109</sup>

Diversas técnicas têm sido usadas para adaptação transcultural de um instrumento, uma das mais utilizadas é a retro-tradução. As etapas envolvidas neste processo são: 1) tradução do instrumento por tradutor bilíngüe familiarizado com os conceitos avaliados pelo instrumento – uma diretriz recomenda pelo menos dois tradutores independentes,<sup>109</sup> 2) retrotradução independente para a língua original do instrumento, por pesquisador(es) igualmente bilíngüe(s) e conhecedor(es) dos conceitos que se pretende avaliar; 3) comparação das duas versões, original e retro-traduzida, para avaliação e correção de discrepâncias lingüísticas, semânticas e conceituais.<sup>91</sup> A meta é conseguir equivalência conceitual (mesma visão do conceito entre as duas culturas), equivalência dos itens (são relevantes ou aceitáveis para aquela outra cultura), equivalência semântica (significado associado a cada item), equivalência operacional (se a escala pode manter o mesmo formato, instruções e modo de administração) e equivalência de resultado (propriedades psicométricas – fidedignidade e validade – mantidas) entre a versão original e a versão traduzida.<sup>109</sup>

Sperber e colaboradores<sup>108,110</sup> adicionaram um novo passo nesse processo de avaliação da tradução para tentar minimizar os problemas metodológicos da tradução transcultural. Consiste na comparação da versão original e da versão retro-traduzida por um grupo de especialistas. A importância é dada à comparabilidade de linguagem, que é a similaridade formal de palavras e frases; e a similaridade de interpretação que se refere ao grau que as duas versões geram uma mesma resposta mesmo sem estar usando as mesmas palavras. Isto se explica porque a forma pode ser mudada

intencionalmente para se manter a equivalência de significado. Este passo importante permite identificar itens problemáticos e retraduzi-los até que ambos tenham a mesma interpretação.

Nos trabalhos de Sperber e colaboradores,<sup>108,110</sup> o método de comparação das duas versões consistiu em agrupar item a item e para cada dupla fazer uma classificação de acordo com uma escala de Likert passando do 1 (extremamente comparável / extremamente similar) até o 7 (não de todo comparável / não de todo similar). Sendo considerada mais importante a similaridade de significado, pois se pode variar a forma intencionalmente para que se mantenha o mesmo significado. Foram obtidas médias de cada dupla (versão original / versão retro-traduzida), e considerados valores a partir de três como problemáticos - estes itens foram revisados com os tradutores.

Apesar do processo de adaptação transcultural de um instrumento ser um processo árduo, se não for realizado, a validade deste instrumento e da pesquisa dele originada poderá ficar comprometida.<sup>108,110</sup>

### **3.2.6 Desenvolvimento do EHP-30**

A endometriose é uma doença de caráter crônico com sintomas relacionados a significativa morbidade, problemas psicossociais, sentimentos de frustração e isolamento. A maioria dos estudos que avaliou qualidade de vida em endometriose usou instrumentos genéricos como *Nottingham Health Profile*,<sup>71</sup> *Short Form-36* (SF-36)<sup>73</sup> e *Short Form-12* (SF-12)<sup>111</sup> que podem não ser sensíveis o suficiente para detectar mudanças em doenças específicas.

Instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida focalizam domínios mais relevantes e prevalentes de uma doença ou condição específica, por esta característica são considerados os instrumentos mais adequados quando se está avaliando intervenções terapêuticas.<sup>83</sup> Para avaliação de qualidade de vida em endometriose foram desenvolvidos três instrumentos até o momento: o *Endometriosis*

*Health Profile Questionnaire* (EHP-30) desenvolvido por Jones e colaboradores em 2001,<sup>5</sup> o instrumento de Colwell e colaboradores de 1998<sup>85</sup> e o de Bodner e colaboradores de 1997.<sup>112</sup> Destes, somente o EHP-30<sup>5</sup> teve seus itens gerados diretamente a partir de entrevistas com as pacientes. A relevância em relação à construção de seus itens se deve aos achados de literatura que apontam que a avaliação realizada pelos pacientes de sua saúde e bem estar difere da avaliação realizada por profissionais da saúde.<sup>5,89</sup>

O EHP-30 foi desenvolvido em 2001 em língua inglesa, na Universidade de Oxford, com o objetivo de ser o primeiro instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, doença-específico, com questões escolhidas em entrevistas com pacientes com diagnóstico de endometriose.<sup>5</sup>

A etapa inicial consistiu de entrevistas com 25 mulheres com diagnóstico de endometriose onde foram gerados os itens para um teste piloto. Neste, foi solicitado a um grupo de 20 pacientes que avaliassem a validade das questões, não ocorrendo modificações, o questionário contava, então, com 87 itens. Este questionário foi aplicado a uma amostra de 325 mulheres com endometriose, foram identificados 11 fatores, foram mantidas questões que apresentassem valores de 0,5 ou mais na análise fatorial, nesta etapa restaram 41 questões. A consistência interna dos itens foi avaliada, questões ambíguas ou muito semelhantes foram removidas, resultando na remoção de 4 questões. Após nova avaliação de consistência interna e análise fatorial restaram 30 itens no questionário central e 23 itens no questionário modular. A consistência interna medida através do coeficiente de Cronbach obteve valores adequados: alfa entre 0,83 a 0,93 para o questionário central e 0,79 a 0,97 para o modular.

Foi avaliada a fidedignidade teste-reteste onde não foram encontradas diferenças significativas entre as duas aplicações do instrumento com todas as escalas atingindo coeficiente de correlação intraclassa maior que 0,80, indicando alta estabilidade temporal. A validade do construto foi avaliada através da administração

concomitante do EHP-30 com SF-36 (instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida) e verificadas as correlações. As escalas avaliando dimensões semelhantes entre os dois instrumentos obtiveram correlações significativas, como a escala de dor do EHP-30 e do SF-36 com correlação de 0,73 e escala de bem estar emocional do EHP-30 com saúde mental do SF-36 com correlação de 0,72, demonstrando validade de construto do EHP-30.<sup>5</sup>

A responsividade do EHP-30 foi testada em outro estudo onde o EHP-30 e o SF-36 foram aplicados a mulheres submetidas à cirurgia conservadora para o tratamento da endometriose. O EHP-30 mostrou-se mais responsivo na comparação com o SF-36 em duas escalas: na escala de controle e impotência e na escala de dor.<sup>113</sup>

Este instrumento de auto-relato consiste, então, de um questionário central composto de 30 itens que avaliam 5 dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e auto-imagem; e de um questionário modular com 23 itens distribuídos em 6 escalas: relações sexuais, trabalho, profissão médica, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamento. Cada escala é transformada em um escore de 0 a 100 onde o menor escore significa melhor qualidade de vida.

Este instrumento ainda não foi traduzido e validado para o português do Brasil.

## **4 Objetivo**

### **4.1 Objetivo Geral**

Realizar a tradução da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida em endometriose – EHP-30.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- 1) Realizar a tradução e adaptação transcultural do EHP-30 para a língua portuguesa do Brasil através de tradução, retro-tradução e validação da tradução. Avaliação de validade de face e de conteúdo do EHP-30

Português.

- 2) Realizar a validação do questionário EHP-30 Português através das seguintes medidas psicométricas: consistência interna, estabilidade teste-reteste, validade de critério concorrente e validade de construto convergente.

## **5 Métodos**

### **5.1 Delineamento**

Estudo transversal

### **5.2 Amostra**

#### **5.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo mulheres com as seguintes características:

- Diagnóstico de endometriose: confirmado nos últimos 24 meses antes do início do estudo através de videolaparoscopia ou laparotomia com laudo descritivo seguindo a classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (r-AFS );<sup>2</sup>
- Dor pélvica devido à endometriose;
- Idade entre 18 e 45 anos;
- Concordância e assinatura do termo de consentimento.

#### **5.2.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídas pacientes que apresentavam os seguintes critérios:

- Qualquer cirurgia abdominal nos 6 meses precedentes exceto a cirurgia necessária para diagnóstico de endometriose;
- Pacientes que fossem consideradas incapazes de responder a um questionário de auto-relato;
- Pacientes com diagnóstico de doenças crônicas que cursam com dor que pudessem interferir na avaliação: doenças reumáticas, fibromialgia, doenças ósteo-musculares.

#### **5.2.3 Amostragem**

A amostragem foi seqüencial e as pacientes foram oriundas basicamente de três fontes: ambulatórios de ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do

Hospital Fêmeina – Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição - e também pacientes cadastradas junto a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) para solicitação de medicamentos para endometriose. Estas pacientes foram recrutadas no período de 01 de dezembro de 2005 a 30 de junho de 2006.

As pacientes atendidas nos ambulatórios do Hospital de Clínicas e Hospital Fêmeina consideradas elegíveis foram encaminhadas para avaliação dos critérios de inclusão e exclusão. Aquelas pacientes que preencheram todos os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar do estudo. Receberam informações referentes ao estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

As pacientes que tiveram diagnóstico de endometriose nos referidos hospitais, e sem previsão de reconsulta, foram contatadas através de carta (em anexo) e contato telefônico, quando foi realizado convite para participação da pesquisa, sendo explicado o objeto desta e verificado a possibilidade de comparecimento ao hospital para aplicação dos instrumentos/questionários.

Do mesmo modo, as pacientes com processos administrativos deferidos pela SES-RS e pertencentes a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) – referente à cidade de Porto Alegre – foram contatadas por carta e telefone e convidadas a participarem do estudo de maneira semelhante àquelas descritas acima para as pacientes dos hospitais.

### **5.3 Procedimentos**

A metodologia utilizada envolveu os seguintes passos: tradução inicial, retro-tradução, avaliação da versão em português e validação.

Os instrumentos usados no estudo foram os seguintes: *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30), Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Abreviada (WHOQOL-Bref), Inventário de Depressão de Beck (BDI), escala análogo-visual de dor (EAV).

EAV – é um instrumento ordinal de mensuração unidimensional de dor.<sup>114</sup> Esta escala consiste em uma linha de 100 mm que contém o número zero na extremidade esquerda e o número 100 na outra extremidade, as pacientes foram orientadas a marcar a posição que refletia o seu grau de dor, sendo zero considerada ausência de dor e 100 a pior dor experimentada. Tem sido extensamente usada na mensuração da dor relacionada à endometriose.<sup>41,111,115,116</sup>

O WHOQOL-bref, conforme já discutido, é um instrumento genérico, de auto-relato, de avaliação de qualidade de vida. Sua tradução transcultural seguiu metodologia pré-estabelecida.<sup>97</sup> É composto de 26 questões, sendo duas questões genéricas e outras 24 questões que cobrem quatro domínios de avaliação de qualidade de vida: domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Quanto maior o escore melhor a qualidade de vida.

O BDI é um inventário de auto-relato, validado para o português, desenhado para avaliar gravidade de sintomas de depressão, sendo usado também para rastreamento de quadros depressivos. É composto de 21 itens, cada item tem um grupo de 4 afirmações com valores de 0 a 3. O escore máximo é 63, obtido pela soma de todos os itens. Foram descritas duas subescalas do BDI: uma subescala com itens cognitivos-afetivos, que são os primeiros 13 itens da escala e, uma segunda subescala com queixas somáticas, composta pelos 8 últimos itens. Em amostras brasileiras, os pontos de corte utilizados são: de 0-11 sintomas mínimos, de 12-19 depressão leve, 20-35 depressão moderada e de 36-63 depressão grave.<sup>104</sup>

### **5.3.1 Tradução inicial**

Após contato com um dos autores do EHP-30, que informou ser este de domínio público, disponível em [www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf](http://www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf), o EHP-30 foi traduzido do inglês para o português por dois especialistas da área de ginecologia, que fizeram uma tradução com ênfase no significado do item e não na sua tradução literal. Divergências de tradução foram resolvidas por consenso entre os especialistas.

### **5.3.2 Retrotradução**

A versão consensual em português foi entregue para um tradutor com experiência na área de instrumentos e que fez sua versão para a língua inglesa.

### **5.3.3 Comparação das duas versões, validade de conteúdo e de face**

As duas versões em inglês, a original e sua versão retro-traduzida, foram comparadas, conforme descrito por Sperber,<sup>110</sup> item a item, por três médicos bilíngües (uma ginecologista, uma psiquiatra com experiência na área de instrumentos de qualidade de vida e uma médica clínica), e classificadas através de uma escala tipo Likert de 7 pontos. Cada par de itens foi graduado em relação à comparabilidade de linguagem e similaridade de interpretação. Foi obtida uma média para cada par de itens e nos casos de média superior a 3 para a comparabilidade de linguagem e entre 2,5 e 3 para a similaridade de interpretação o item foi considerado como problemático e teve sua tradução revisada e reavaliada pelos autores responsáveis pela tradução.

Seguiu-se de avaliação de validade de conteúdo pelos dois especialistas responsáveis pela etapa de tradução. Considerando os principais atributos a serem medidos na avaliação de qualidade de vida relacionada a endometriose.

Para avaliação de validade de face o EHP-30 Português foi aplicado em 9 pacientes com diferentes níveis de escolaridade, sendo 3 em cada uma das seguintes categorias: até 8 anos de escolaridade, de 9 a 11 anos de escolaridade e acima de 12 anos de escolaridade. Foi solicitado que avaliassem o questionário quanto à compreensão e relevância das perguntas.

### **5.3.4 Estudos psicométricos em amostra clínica**

#### **5.3.4.1 Fidedignidade**

- a) **Consistência interna:** o EHP-30 Português foi administrado em uma única ocasião para avaliação das correlações entre os itens para verificar sua homogeneidade.

- b) **Fidedignidade teste-reteste:** O EHP-30 Português foi aplicado em duas ocasiões distintas em um subgrupo da amostra, na avaliação inicial e após um intervalo de 10 a 14 dias, para verificar a estabilidade do teste entre as duas aplicações.

#### 5.3.4.2 Validade

- a) **Validade de Critério concorrente:** foi avaliada através da correlação entre escores da EAV com os escores do EHP-30 Português.
- b) **Validade de construto:** usada a validade de construto convergente e avaliada através da correlação dos escores do EHP-30 Português com os escores do WHOQOL-bref e do BDI.

#### 5.4 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra necessária para a avaliação da fidedignidade teste-reteste foi estimada em 30 pacientes, segundo o método gráfico proposto por Streiner<sup>117</sup>, tendo como base os seguintes parâmetros: coeficiente de correlação intra-classe esperado de 0,9; erro alfa de 0,05; intervalo de confiança de  $\pm 0,10$ .

Para análise de consistência interna, e demais propriedades clinimétricas, como o questionário possui 53 questões considerou-se necessário pelo menos um paciente por questão, tendo sido incluídos 54 pacientes.

#### 5.5 Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas através do programa estatístico SPSS 14.0. A distribuição dos escores das diferentes escalas foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade.

A avaliação da consistência interna para cada escala do questionário central e modular do EHP-30 Português foi realizada através do coeficiente alfa de Cronbach, tendo como valor aceitável para limite inferior 0,70. A fidedignidade do tipo teste-reteste foi aferida pelo coeficiente de correlação intraclasse (ICC). As validades de

critério concorrente e de construto convergente foram avaliadas através dos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

## **6 Aspectos Éticos**

Este estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão Científica e de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Fêmima – Grupo Hospitalar Conceição. Todas as pacientes receberam informações sobre o estudo e para serem incluídas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido conforme anexo.

## **7 Fonte de Financiamento**

Agência de fomento: Fundação de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS (FIPE nº 05-319)

## 8 Referências Bibliográficas

1. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. *Fertil Steril* 1985; 43(3):351-352.
2. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67(5):817-821.
3. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004; 46(6):641-648.
4. 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; 87(3):321-327.
5. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001; 98(2):258-264.
6. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328(24):1759-1769.
7. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005; 20(10):2698-2704.
8. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001; 16(12):2668-2671.
9. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345(4):266-275.
10. Abrão MS, Petta CA, Ferriani RA. Qual a prevalência da endometriose? *Jornal da SOBRAGE* 2001; 3(8):3.
11. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN, III. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995; 85(6):983-992.
12. Schenken RS. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of endometriosis. In: Rose BD, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2006.
13. Modotte WP, Dias R, Sartorão Filho CI, Lima CDC, Miranda Júnior DS, Barreiros FA. Achados laparoscópicos na infertilidade. *Jornal brasileiro de ginecologia* 1998; 108(4):121-124.
14. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24(2):235-258.
15. Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5):764-769.

16. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* 2005; 11(6):595-606.
17. Farquhar C. Endometriosis. *Clin Evid* 2002;(7):1654-1662.
18. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986; 67(3):335-338.
19. Crosignani P, Olive D, Bergqvist A, Luciano A. Advances in the management of endometriosis: an update for clinicians. *Hum Reprod Update* 2006; 12(2):179-189.
20. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004; 49(2):115-120.
21. Bianchi S, Busacca M, Agnoli B, Candiani M, Calia C, Vignali M. Effects of 3 month therapy with danazol after laparoscopic surgery for stage III/IV endometriosis: a randomized study. *Hum Reprod* 1999; 14(5):1335-1337.
22. Busacca M, Somigliana E, Bianchi S, De Marinis S, Calia C, Candiani M et al. Post-operative GnRH analogue treatment after conservative surgery for symptomatic endometriosis stage III-IV: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2001; 16(11):2399-2402.
23. Morgante G, Ditto A, La Marca A, De L, V. Low-dose danazol after combined surgical and medical therapy reduces the incidence of pelvic pain in women with moderate and severe endometriosis. *Hum Reprod* 1999; 14(9):2371-2374.
24. Weir E, Mustard C, Cohen M, Kung R. Endometriosis: what is the risk of hospital admission, readmission, and major surgical intervention? *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12(6):486-493.
25. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod* 2003; 18(4):756-759.
26. Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod* 1996; 11(4):878-880.
27. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(7):649-653.
28. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bettoni G, Gotsch F. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(4):1020-1024.
29. Vercellini P, Crosignani PG, Fadini R, Radici E, Belloni C, Sismondi P. A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106(7):672-677.
30. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 364(9447):1789-1799.

31. Passos EP, Freitas F, Schmidt AP, Cunha Filho JSL, Facin AC. Endometriose. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP, editors. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: artmed, 2006: 119-126.
32. Speroff L, Fritz MA. Endometriosis. In: Speroff L, Fritz MA, editors. Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1103-1133.
33. Simpson JL, Elias S, Malinak LR, Buttram VC, Jr. Heritable aspects of endometriosis. I. Genetic studies. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137(3):327-331.
34. Stefansson H, Geirsson RT, Steinthorsdottir V, Jonsson H, Manolescu A, Kong A et al. Genetic factors contribute to the risk of developing endometriosis. *Hum Reprod* 2002; 17(3):555-559.
35. Hadfield RM, Mardon HJ, Barlow DH, Kennedy SH. Endometriosis in monozygotic twins. *Fertil Steril* 1997; 68(5):941-942.
36. Lebovic DI, Mueller MD, Taylor RN. Immunobiology of endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 75(1):1-10.
37. Berek JS, Adashi EY, Hillard PA. Endometriose. In: Berek JS, Adashi EY, Hillard PA, editors. Tratado de Ginecologia. Guanabara Koogan, 1996: 628-648.
38. Walter AJ, Hentz JG, Magtibay PM, Cornella JL, Magrina JF. Endometriosis: correlation between histologic and visual findings at laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(7):1407-1413.
39. Martin DC, Hubert GD, Vander ZR, el Zeky FA. Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 1989; 51(1):63-67.
40. Berkley KJ, Rapkin AJ, Papka RE. The pains of endometriosis. *Science* 2005; 308(5728):1587-1589.
41. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18(4):760-766.
42. Anaf V, Simon P, El N, I, Fayt I, Buxant F, Simonart T et al. Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Hum Reprod* 2000; 15(8):1744-1750.
43. Moghissi KS. Medical treatment of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42(3):620-632.
44. Parazzini F, Fedele L, Busacca M, Falsetti L, Pellegrini S, Venturini PL et al. Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis: results of a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(5):1205-1207.
45. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997; 337(4):217-222.
46. Surrey ES, Schoolcraft WB. Management of endometriosis-associated infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30(1):193-208.

47. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril* 2002; 78(5):961-972.
48. Schenken RS. Treatment of endometriosis. In: Rose BD, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2006.
49. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. *Fertil Steril* 1993; 60(1):75-79.
50. Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000346.
51. Reddy S, Rock JA. Treatment of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41(2):387-392.
52. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4:CD000068.
53. Vercellini P, De Giorgi O, Oldani S, Cortesi I, Panazza S, Crosignani PG. Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with very-low-dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2):396-401.
54. Moghissi KS. A clinician's guide to the use of gonadotropin-releasing hormone analogues in women. *Medscape Womens Health* 2000; 5(1):5.
55. Nafarelin for endometriosis: a large-scale, danazol-controlled trial of efficacy and safety, with 1-year follow-up. The Nafarelin European Endometriosis Trial Group (NEET). *Fertil Steril* 1992; 57(3):514-522.
56. Henzl MR, Kwei L. Efficacy and safety of nafarelin in the treatment of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(2):570-574.
57. Shaw RW. Nafarelin in the treatment of pelvic pain caused by endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(2):574-576.
58. Hornstein MD, Yuzpe AA, Burry KA, Heinrichs LR, Buttram VL, Jr., Orwoll ES. Prospective randomized double-blind trial of 3 versus 6 months of nafarelin therapy for endometriosis associated pelvic pain. *Fertil Steril* 1995; 63(5):955-962.
59. Dlugi AM, Miller JD, Knittle J. Lupron depot (leuprolide acetate for depot suspension) in the treatment of endometriosis: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Lupron Study Group. *Fertil Steril* 1990; 54(3):419-427.
60. Ling FW. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. Pelvic Pain Study Group. *Obstet Gynecol* 1999; 93(1):51-58.

61. Zhao SZ, Kellerman LA, Francisco CA, Wong JM. Impact of nafarelin and leuprolide for endometriosis on quality of life and subjective clinical measures. *J Reprod Med* 1999; 44(12):1000-1006.
62. Agarwal SK, Hamrang C, Henzl MR, Judd HL. Nafarelin vs. leuprolide acetate depot for endometriosis. Changes in bone mineral density and vasomotor symptoms. Nafarelin Study Group. *J Reprod Med* 1997; 42(7):413-423.
63. Shaw RW. An open randomized comparative study of the effect of goserelin depot and danazol in the treatment of endometriosis. Zoladex Endometriosis Study Team. *Fertil Steril* 1992; 58(2):265-272.
64. Bergqvist A, Bergh T, Hogström L, Mattson S, Nordenskjöld F, Rasmussen C. Effects of triptorelin versus placebo on the symptoms of endometriosis. *Fertil Steril* 1998; 69(4):702-708.
65. Wong AY, Tang L. An open and randomized study comparing the efficacy of standard danazol and modified triptorelin regimens for postoperative disease management of moderate to severe endometriosis. *Fertil Steril* 2004; 81(6):1522-1527.
66. Kiilholma P, Tuimala R, Kivinen S, Korhonen M, Hagman E. Comparison of the gonadotropin-releasing hormone agonist goserelin acetate alone versus goserelin combined with estrogen-progestogen add-back therapy in the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1995; 64(5):903-908.
67. Hornstein MD, Surrey ES, Weisberg GW, Casino LA. Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. Lupron Add-Back Study Group. *Obstet Gynecol* 1998; 91(1):16-24.
68. Makarainen L, Ronnberg L, Kauppila A. Medroxyprogesterone acetate supplementation diminishes the hypoestrogenic side effects of gonadotropin-releasing hormone agonist without changing its efficacy in endometriosis. *Fertil Steril* 1996; 65(1):29-34.
69. Taskin O, Yalcinoglu AI, Kucuk S, Uryan I, Buhur A, Burak F. Effectiveness of tibolone on hypoestrogenic symptoms induced by goserelin treatment in patients with endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 67(1):40-45.
70. Moghissi KS, Schlaff WD, Olive DL, Skinner MA, Yin H. Goserelin acetate (Zoladex) with or without hormone replacement therapy for the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1998; 69(6):1056-1062.
71. Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(7):628-637.
72. Miller JD. Quantification of endometriosis-associated pain and quality of life during the stimulatory phase of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(6):1483-1488.
73. Zupi E, Marconi D, Sbracia M, Zullo F, De Vivo B, Exacustos C et al. Add-back therapy in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril* 2004; 82(5):1303-1308.

74. Crosignani PG, Luciano A, Ray A, Bergqvist A. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Hum Reprod* 2006; 21(1):248-256.
75. Schlaff WD, Carson SA, Luciano A, Ross D, Bergqvist A. Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril* 2006; 85(2):314-325.
76. Sutton CJ, Pooley AS, Ewen SP, Haines P. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68(6):1070-1074.
77. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. *Hum Reprod* 1999; 14(5):1332-1334.
78. Muzii L, Marana R, Caruana P, Catalano GF, Margutti F, Panici PB. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(3):588-592.
79. Hornstein MD, Hemmings R, Yuzpe AA, Heinrichs WL. Use of nafarelin versus placebo after reductive laparoscopic surgery for endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68(5):860-864.
80. Vercellini P, Aimi G, Busacca M, Apolone G, Uglietti A, Crosignani PG. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrhea associated with endometriosis: results of a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2003; 80(2):310-319.
81. Detmar SB. Use of HRQOL questionnaires to facilitate patient-physician communication. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2003; 3(3):215-217.
82. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.
83. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-840.
84. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
85. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(1):47-55.
86. Streiner DL NG. Devising the items. In: Streiner DL NG, editor. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press Inc, 2003: 14-28.

87. Streiner DL, Norman GR. Validity. In: Streiner DL, Norman GR, editors. Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press Inc., 2003: 172-193.
88. Streiner DL, Norman GR. Basic concepts. In: Streiner DL, Norman GR, editors. Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press Inc., 1995: 4-14.
89. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(2):501-511.
90. Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Cunha JA, editor. *Psicodiagnóstico - V*. Porto Alegre: ARTMED, 2000: 158-170.
91. Picon P., Gauer GJ, Fachel JMG, Manfro GG. Desenvolvimento da Versão em Português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Rev Psiquiatr RS* 2005; 27(1):40-50.
92. Streiner DL, Norman GR. Reliability. In: Streiner DL, Norman GR, editors. Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press Inc., 1995: 104-127.
93. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11(3):193-205.
94. Lohr KN, Aaronson NK, Alonso J, Burnam MA, Patrick DL, Perrin EB et al. Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clin Ther* 1996; 18(5):979-992.
95. Streiner DL NG. Selecting the Items. In: Streiner DL NG, editor. *Health Measurement Scales, a Practical Guide to their Development and Use*. New York: Oxford University Press Inc, 2003: 61-79.
96. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004; 328(7451):1312-1315.
97. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
98. Skevington SM, Sartorius N, Amir M. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1):1-8.
99. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100)]. *Rev Saude Publica* 1999; 33(2):198-205.
100. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(1):81-86.

101. Kwan KS, Roberts LJ, Swalm DM. Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *Eur J Pain* 2005; 9(6):643-652.
102. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain* 1998; 76(3):395-406.
103. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. Psychological Corporation, 1995.
104. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo Livraria e Editora LTDA, 2001.
105. Morley S, Williams AC, Black S. A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain* 2002; 99(1-2):289-298.
106. Solari A, Filippini G, Mendozzi L, Ghezzi A, Cifani S, Barbieri E et al. Validation of Italian multiple sclerosis quality of life 54 questionnaire. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67(2):158-162.
107. Yun YH, Park YS, Lee ES, Bang SM, Heo DS, Park SY et al. Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Qual Life Res* 2004; 13(4):863-868.
108. Sperber AD. Cross-cultural Translation. *Journal of cross-cultural psychology* 1994; 25(4):501-524.
109. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-1432.
110. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1):S124-S128.
111. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003; 18(9):1922-1927.
112. Bodner CH, Garratt AM, Ratcliffe J, Macdonald LM, Penney GC. Measuring health-related quality of life outcomes in women with endometriosis--results of the Gynaecology Audit Project in Scotland. *Health Bull (Edinb )* 1997; 55(2):109-117.
113. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004; 13(3):705-713.
114. Pereira LV, Sousa FA. [Measurement and assessment of postoperative pain: a short review]. *Rev Lat Am Enfermagem* 1998; 6(3):77-84.
115. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005; 83(3):573-579.
116. Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Eur J Pain* 2005; 9(3):267-275.

117. Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales - A Practical Guide to Their Development and Use. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

**Artigo em Inglês**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Validation of the Brazilian Portuguese version of  
Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30)

**Authors:** Cláudia Vieira Mengarda MD<sup>1</sup>, Eduardo Pandolfi Passos MD PhD<sup>2</sup>, Patrícia Picon MD PhD<sup>3</sup>, Paulo Dornelles Picon MD PhD<sup>4</sup>

**Institutions:** <sup>1</sup>Post-graduate Program in Medical Sciences – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Federal University of Rio Grande do Sul, UFRGS); <sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology of UFRGS; <sup>3</sup>Department of Psychiatry of the Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul - PUCRS); <sup>4</sup>Department of Internal Medicine of UFRGS.

Correspondence:

Cláudia Vieira Mengarda

Rua Felicíssimo de Azevedo, 362/703

Porto Alegre-RS, Brasil CEP: 90540-110

Phone: (51) 3326-0752

E-mail: [claudiamengarda@yahoo.com.br](mailto:claudiamengarda@yahoo.com.br)

Financing: Fundação de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS (FIPE n° 05-319)

Abstract (247 words)

**Objective:** Development of the Brazilian Portuguese version of the Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30), cross-cultural adaptation to Brazil and evaluation of EHP-30 Portuguese psychometric measures in a Brazilian sample.

**Methods:** The original instrument in English was translated into Portuguese following international guidelines, going through all stages of translation, back-translation and comparison of the versions for cross-cultural adaptation, face and content validity. EHP-30 Portuguese was applied to a sample of 54 patients with endometriosis. The internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha and test-retest reliability through the intraclass correlation coefficient (ICC). In order to evaluate convergent construct validity, the correlation between EHP-30 Portuguese and WHOQOL-Bref and Beck Depression Inventory (BDI) was tested. **Results:** The average age in the sample was 31.8 years, the average time to complete EHP-30 Portuguese was 10.8 minutes. Internal consistency presented alpha values of 0.82 to 0.97 and appropriate correlations in the test-retest reliability with ICC of 0.80 to 0.95. In the construct validation a strong correlation was shown with the physical (-0.63) and psychological domains (-0.64) of WHOQOL-Bref, and also the social support scale of EHP-30 Portuguese with BDI (0.58). **Conclusions:** EHP-30 Portuguese was found to be an easy, quickly applied instrument, well-accepted by the patients. It presented good psychometric properties with appropriate reliability measures (internal consistency and test-retest reliability) and construct validity. These results show that EHP-30 Portuguese can be applied to evaluate quality of life in Brazilian women with endometriosis, after a validity study related to responsiveness and sensitivity to change.

**Keywords:** cross-cultural translation, EHP-30, endometriosis, instrument validation, quality of life.

## 1 Introduction

Endometriosis is a gynecological disease defined by the development and growth of stroma and endometrial glands outside the uterine cavity.<sup>1</sup> Its main clinical presentation are pelvic pain and/or infertility.<sup>2</sup> The prevalence of endometriosis varies according to the group of patients studied: 1% of the women submitted to surgery for gynecological indications others than endometriosis, 3.7% in American women submitted to surgical sterilization,<sup>3</sup> 12% to 32% in laparoscopies performed for investigation of pelvic pain, a 21% to 48% prevalence in laparoscopies performed for infertility.<sup>4</sup> In a sample of Brazilian women submitted to laparoscopy for infertility, endometriosis was diagnosed in 54%.<sup>5</sup> A prevalence of 3% to 10% is estimated in women of reproductive age.<sup>6</sup> In a study of American women aged 15 to 44 years, hospitalized for genitourinary complaints, 6.9% had endometriosis.<sup>7</sup> The gold standard for the diagnosis of endometriosis is laparoscopy with direct visualization of the endometriotic implants.<sup>8</sup>

It is a disease characterized by a chronic course, associated with high physical and emotional morbidity.<sup>9</sup> It is known that women with this disease present reduction of the quality of life, decreased activity causing psychosocial problems, frustration and isolation.<sup>10,11</sup> It also has a strong economic impact because of the need for surgery to diagnose it or to evaluate recurrences,<sup>12</sup> so that it leads to high rates of absenteeism from school and work. Pain generates further impact on productivity with more lost working hours, decreased activities, need for bed-rest for one or more days a month<sup>11</sup> and hospitalizations.<sup>13</sup>

The most common outcomes evaluated when analyzing the effectiveness of treatment, both surgical and pharmacological, has been improvements in pain and fertility rates.<sup>14</sup> As endometriosis affects the patient's life in many ways, those measures are not enough to evaluate the impact of the disease, its treatment and

response to therapies. Thus, quality of life is an important endpoint to be evaluated in this clinical condition.

Health-related quality of life is a multidimensional concept that includes physical, psychological and social aspects involving a specific disease or treatment.<sup>15</sup> It is estimated through instruments that perform a comprehensive evaluation of the patient, asking about recent symptoms, current level of physical, psychological and social functioning.<sup>16</sup>

Most studies that evaluated quality of life in endometriosis have used generic instruments, such as the Nottingham Health Profile,<sup>17</sup> Short Form-36,<sup>18</sup> and Short Form-12,<sup>19</sup> which may not be sensitive enough to detect changes in specific diseases.<sup>20</sup> For endometriosis-related quality of life, there are three specific instruments: Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) developed by Jones et al in 2001,<sup>21</sup> Colwell et al instrument developed in 1998<sup>15</sup> and Bodner et al instrument, developed in 1997.<sup>22</sup> However, only the items of EHP-30 were generated directly by interviews with the patients. This is important because patients evaluate their health differently from health professionals.<sup>20</sup>

The Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP-30) is a self-report instrument developed for the evaluation of health-related quality of life, specific for endometriosis, with items devised from patient interviews and with a defined psychometric profile.<sup>21,23</sup> It consists of a 30-item core questionnaire that evaluates five dimensions: pain, control and powerlessness, emotional well-being, social support and self-image; and a modular questionnaire with 23 items distributed in 6 scales: intercourse, work, medical profession, infertility, relationship with children and treatment. Each scale is standardized on a scale of 0 to 100 where the lower values mean better quality of life.<sup>21</sup>

The use of an adequately built and properly validated scale allows comparisons among different studies since they will be using the same measures.<sup>24</sup> However, instruments generated in another language and culture must be adapted until they

become linguistically and semantically comprehensible for a new language, culture and lifestyle, but without losing the meaning and intention of the original items.<sup>25</sup> This process must also include a new evaluation of the psychometric properties of the translated instrument,<sup>26</sup> because instruments can lose their validity in a context different from the one where they were developed.<sup>24</sup>

Currently, we do not have a scale for quality of life evaluation for endometriosis to be used for the Portuguese language and the Brazilian culture. This disease, as already mentioned, has a great impact, and thus the translation of the EHP-30 into Brazilian Portuguese will make it possible not only to evaluate Brazilian patients, but also to compare it with other populations.

The objectives of this study were: 1) to develop the Brazilian-Portuguese version of the EHP-30 and its cross-cultural adaptation through the translation, back-translation and validation of the translation, study of face and content validity; 2) to evaluate the psychometric measures of EHP-30 Portuguese: reliability, criterion and construct validity in a sample of Brazilian women with endometriosis.

## **2 Methods**

The development of the Brazilian-Portuguese version of EHP-30 consisted of two stages. The first consisted of a process of translation, back-translation, comparison of the versions with cross-cultural adaptation, and formatting the final version, with a study of face and content validity, in the second stage psychometric studies through the internal consistency, test-retest reliability, validity of concurrent criterion and convergent construct validity.

### **2.1. First stage - Translation, back-translation, and final version:**

After contact with one of the authors of EHP-30, who informed that it was in the public domain, available at [www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf](http://www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf), EHP-30 was translated into Brazilian Portuguese by two gynecologists, emphasizing the meaning of

the item and not its literal translation. Translation divergences were decided by consensus between the specialists. The consensual version in Portuguese was sent for back-translation, which was performed by an independent translator who was unaware of the original version (figure 1).

In order to evaluate the English versions, the original and the back-translated one, items were compared by three bilingual physicians (a gynecologist, a psychiatrist with experience in the area of quality of life instruments and a clinical doctor), and classified using a 7-point Likert scale. Each pair of items was graded as the comparability of language and similarity of interpretability.<sup>25</sup> Items that in this evaluation had a score higher than 3 for comparability of language and for similarity of interpretation were considered problematic (appendix 1). These scores occurred in seven items in the core questionnaire and four in the modular questionnaire. These items were revised and the consensual translation carried out by the authors responsible for the translation (appendix 2). Next, content validity was evaluated concerning the main aspects related to endometriosis and quality of life. EHP-30 Portuguese was considered appropriate concerning this aspect.

Insert figure 1

For face validity evaluation in patients with different levels of education, EHP-30 Portuguese was applied to 9 patients, 3 in each of the following categories: up to 8 years of education, 9 to 11 years of education and above 12 years of education. These patients had between 4 and 18 years of education. They were asked to evaluate their understanding and the relevance of the questions. There was agreement among all the patients that the questionnaire was clear, that it was not difficult to understand, and that the questions were relevant and pertinent to endometriosis.

## **2.2. Second stage – psychometric studies in clinical sample:**

For the evaluation of psychometric properties of EHP-30 Portuguese, patients were recruited at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Femina and the Department of Health of the State of Rio Grande do Sul. The study was approved by the respective Ethics Committees of each institution. The volunteers should be between 18 and 45 years old, have pelvic pain due to endometriosis, and diagnosis confirmed by laparoscopy performed at most 24 months before the beginning of the study. The patients were excluded if they were considered unable to answer a self-report questionnaire; had been submitted to any abdominal surgery in the previous 6 months with exception of the surgery necessary to diagnose endometriosis, had a diagnosis of chronic disease that coursed with pain that could confuse the evaluation (such as rheumatic disease, fibromyalgia). The patients who fulfilled the eligibility criteria received an explanation of the objectives of the study and of data confidentiality and signed a letter of informed consent.

The following tests were applied to all the patients: visual analogue scale of pain (VAS), Beck Depression Inventory (BDI), World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref) and the EHP-30 Portuguese.

The VAS is an ordinal instrument of unidimensional measurement of pain.<sup>27</sup> It consists of a 100-mm line that contains the number zero at the left end and number 100 at the other end. The patients were asked to mark the position that reflected their degree of pain, zero being considered absence of pain and 100 the worst pain experienced. It has been extensively used to measure pain related to endometriosis.<sup>19,28-30</sup>

WHOQOL-Bref is a generic self-reported instrument for quality of life evaluation. Its cross-cultural translation and validation for Brazilian Portuguese was carried out in 2000.<sup>31</sup> It consists of 26 questions, two of them generic and 24 other questions that cover four domains of quality of life: physical, psychological, social relationship and environmental. A higher value means better quality of life.

BDI is a self-reported inventory, validated for Brazilian Portuguese, designed to assess the severity of depression symptoms, and also used to screen for this disease. It consists of 21 items; each one has a group of 4 statements with values from 0 to 3. The maximum score is 63, obtained by summing up all the items. Two subscales has been described: one subscale with cognitive-affective items, those being the first 13 items of the scale and a second subscale with somatic complaints, constituted by the last eight items. In Brazilian samples the cutoff points used are: 0-11 minimum symptoms, 12-19 mild depression, 20-35 moderate depression and of 36-63 severe depression.<sup>32</sup>

Except for VAS, which was applied just after signing the informed consent and completing the clinical record, the other instruments were applied in an intercalated form in the same day. If a patient had doubts about a question, she was asked to read it out aloud again, trying to understand its meaning.

Reliability was evaluated by internal consistency and temporal test-retest stability. EHP-30 Portuguese was applied on a single occasion to measure internal consistency. For test-retest reliability, the instrument was applied on two distinct occasions in a sub-group of 30 patients, at initial evaluation and after a 10 to 14-day interval.

The concurrent criterion validity was evaluated through the correlation between VAS and EHP-30 Portuguese scores. The convergent construct validity was evaluated by correlating the EHP-30 Portuguese scores with the WHOQOL-Bref and BDI ones.

### **3. Statistical Analysis**

The statistical analyses were performed using SPSS 14.0. The distribution of the scores of the different scales was evaluated through the Kolmogorov-Smirnov test.

The evaluation of the internal consistency for each scale of the core and modular questionnaire of EHP-30 Portuguese was performed using Cronbach's alpha coefficient, acceptable values being above 0.70. Test-retest reliability was evaluated by

the intraclass correlation coefficient. The concurrent criterion and construct convergent validities were evaluated using Pearson and Spearman correlation coefficients.

The sample size required to test-retest evaluation was estimated in 30 patients, according to Streiner,<sup>33</sup> considering the following parameters: an intraclass correlation coefficient expected of 0,9,  $\alpha$  error of 0,05 and confidence interval of  $\pm 0,10$ .

For internal consistency and other clinimetric properties, it was considered necessary at least one patient for each question, once it is a 53-question questionnaire, 54 patients were considered for these analysis.

#### **4. Results**

The characteristics of the patients studied are described in table 1. The sample consisted of 54 patients aged between 20 and 43 years, an average of  $31.8 \pm 4.9$  years. Most of the women were white, married and with a high level of education. At the time of the research study, 42,5% of the patients were undergoing treatment for endometriosis. Only 28 patients (52%) had known staging of the disease according to criteria of the American Society of Reproductive Medicine (r-AFS).

Insert table 1 here

The average time for completion of EHP-30 Portuguese was 10.8 minutes, with a minimum time of 5 minutes and a maximum of 23 minutes. In table 2, the descriptive statistics of the scores of EHP-30 Portuguese core and modular questionnaires and the original version are shown. In the core questionnaire of the Portuguese version the worst quality of life scores occurred in the scales of control/powerlessness and social support (58.2 and 60.9 respectively). In the modular questionnaire the Portuguese-language version had higher scores, indicating worse quality of life, in the scales of intercourse (56.1), infertility (64.8) and treatment (50.5). The EHP-30 Portuguese scores presented normal distribution, except for the medical profession scale of the

modular questionnaire, that presented asymmetrical distribution in the Kolmogorov-Smirnov test ( $p=0,005$ ).

Insert table 2 here

### **Reliability**

Cronbach's alpha coefficient for the total scale was 0.97. For the core questionnaire the results of the Cronbach's alpha for the different domains ranged from 0.82 to 0.97; for the modular questionnaire they were from 0.76 to 0.92, demonstrating excellent internal consistency (table 3).

Insert table 3 here

The test-retest reliability measured through the intraclass correlation coefficient showed the following results for the core questionnaire of EHP-30 Portuguese: 0.90 for pain scale, 0.85 for control and powerlessness, 0.80 for emotional well-being, 0.82 for social support, and 0.91 for self-image scale. In the modular EHP-30 Portuguese the intraclass correlation coefficients varied from 0.59 to 0.95 (table 4).

Insert table 4 here

### **Validity**

The VAS scores were very high, with an average of 74.6 ( $\pm 20.9$ ), and presented symmetrical distribution in the Kolmogorov-Smirnov test ( $p=0,14$ ). When the Pearson correlation coefficient was applied, no correlation was found between EHP-30 Portuguese scores and the VAS.

The WHOQOL-Bref scores were: for physical domain 55.1, psychological domain 58.2, social domain 62.8 and environmental domain 55.3. The BDI score averaged 15.4 ( $\pm$  11.05). Both the WHOQOL-Bref and the BDI scores presented a normal distribution ( $p$  between 0.10 and 0.88) for the domains of the WHOQOL-Bref and ( $p = 0.15$ ) for the BDI in the Kolmogorov-Smirnov test.

The EHP-30 Portuguese pain scale showed moderate and significant correlations with the physical and social domains of WHOQOL-Bref (-0.53 and -0.31 respectively). The others scales of control/powerlessness, emotional well-being, social support and self-image achieved moderate and significant correlations with all the WHOQOL-Bref domains (physical, psychological, social and environment), with a strong correlation between the emotional well-being scale of EHP-30 Portuguese and physical domain of WHOQOL-Bref (-0.63). A strong and significant correlation also occurred in the self-image scale with the physical domain (-0.68) and psychological domain (-0.64) of WHOQOL-Bref. The other correlations of the modular questionnaire are shown in table 5, and the strongest correlation was between the scale of relationship with children and social domain of WHOQOL-Bref (-0.71). The infertility scale was not correlated with any of the WHOQOL-Bref domains.

Insert table 5 here

The correlation coefficients for EHP-30 Portuguese scales with BDI are shown in table 6. All the core EHP-30 Portuguese scales were correlated in a moderate and significant way with the BDI scores, and higher correlations were found with the scales of emotional well-being (0.58), social support (0.52) and self-image (0.51). In EHP-30 Portuguese dimensions there was no correlation between relationship with children and infertility scales and the BDI scores. When evaluating the cognitive-affective and somatic symptoms subscales of BDI, a positive correlation (0.59) was found between

its somatic scale and the scale of relationship with children of EHP-30 Portuguese, but not with the infertility scale.

Insert table 6 here

## 5. Discussion

The utilization of an instrument to measure health-related quality of life developed in another language and culture, requires the adaptation of the instrument, in such a way that it becomes comprehensible and relevant to the new cultural context, while maintaining the original meaning of items.<sup>25</sup> However, this process is not always treated with the adequate consideration in the studies. Sometimes a research protocol is implemented without appropriate attention to this complex process. A high-quality literal translation of an instrument might be obtained, in which the items are not clinically relevant or do not make sense in the new culture. It is recommended that the translation be semantically very similar to the original version with the maintenance of the same linguistic structure.<sup>25</sup>

The development of the Portuguese-language version of EHP-30 followed the method of translation and back-translation, aiming for conceptual and semantic equivalence between the original instrument and its Portuguese –language version within the Brazilian culture.<sup>25,34</sup> Although it is not perfect, this is still the most commonly used process.<sup>26</sup>

The authors had followed the guidelines described by Guillemin et al.<sup>35</sup> with a translation performed independently by two translators to identify divergent or ambiguous interpretations of the terms. The final version was qualified through the back-translation that amplifies misunderstandings in the translation allowing their detection. A review of the original and back-translated versions was carried out by a committee, systematically evaluating each pair of items (the original and its back-translated version) for their interpretation and linguistic structure.<sup>25</sup> In this way items

that could present some discrepancy of interpretation or form of language were identified. These problematic items were reviewed looking for the best translation so that the question would be interpreted in the same way in both languages and cultures.

After the process of translation, back-translation and adaptation, the instrument should be evaluated maintaining the same psychometrics properties as the original.<sup>26</sup> A theoretical (content and face validity) and statistical reevaluation of the instrument must be performed with studies of reliability<sup>36</sup> and criterion and construct validity in the clinical sample.

The theoretical reevaluation is not determined statistically, it is judged by specialists in the area of the concept that is being measured,<sup>26</sup> or for patients who present the condition being studied.<sup>34</sup> An evaluation is performed to verify whether the items represent the concepts and are relevant to the objectives that are being measured, and a qualitative analysis is performed to find out whether the different areas of the construct involved were representatively evaluated. EHP-30 Portuguese presented content validity including the main symptoms related to endometriosis<sup>1,2</sup> and the main aspects that are considered important in literature when quality of life is evaluated: physical and psychological aspects, environment, social support, and treatment.<sup>16,37</sup> It also demonstrated face validity when it was considered clear, comprehensible and with relevant questions to patients with endometriosis who had different levels of education.

In the statistical evaluation of the psychometric properties of EHP-30 Portuguese the measures of internal consistency had disclosed excellent values for Cronbach's alpha coefficient, both in the core questionnaire (0.82 to 0.97) and the modular questionnaire (0.76 to 0.92). All the values obtained were above 0.70, which is considered adequate to evaluate groups.<sup>38</sup> These values were similar to those found in the original study (see table 3).

The intraclass correlation coefficients had presented appropriate scores for the scales of the core questionnaire (0.80-0.90) and of the modular one (0.76-0.95),

showing similarity to the original English EHP-30 (0.95-0.97 and 0.88-0.98, respectively), indicating instrument stability over time. An exception occurred in the medical profession scale (ICC of 0.59). This value might have been lower due to difficulty to interpret the question ("felt doctor seen not doing anything for you?"). Questions that contain negatively worded items in their structure, such as no/never/negative prefixes can make it difficult for some people to reply if they do not understand that they have to disagree in order to indicate a positive answer.<sup>26</sup> In general the ICC values of EHP-30 Portuguese in its different scales were very similar to the values found in the study of the original EHP-30.<sup>21</sup>

We did not find a correlation between the visual analogue pain scale and the EHP-30 Portuguese scales. This sample had very high VAS scores, even though some patients had had good scores in the quality of life evaluation. The mechanisms involved in this apparent paradox should be further studied, but, in the case of chronic pain, a factor that might influence it is the acceptance of this by some patients, who start to know and to control their pain, and are thus able to lead a satisfactory life despite it.<sup>39</sup> A study that evaluated quality of life in a sample of Brazilian women with endometriosis also had high score on pain, with 80% of the patients presenting severe pain.<sup>40</sup> As in our study, no correlation was found between parameters of quality of life and pain level. In this study, the authors found a better evaluation of quality of life in patients with more advanced disease. This correlation was not performed in the present study, because only 52% of the patients had known the disease staging and this classification is not predictive of pain related to endometriosis. Therefore, it is not a good comparison parameter.<sup>14,41</sup>

In the evaluation of construct convergent validity good levels of correlation were found of EHP-30 Portuguese with WHOQOL-Bref and with BDI. As to WHOQOL-Bref the EHP-30 Portuguese pain scale (impediment of usual activities to be carried out due to pain) had a good correlation with the physical domain of WHOQOL-Bref (capacity to carry out usual activities). The lack of correlation between pain scale of EHP-30

Portuguese and the psychological domain of WHOQOL-Bref can be explained by the fact that they do not evaluate the same dimensions. The EHP-30 evaluates mainly physical limitations and WHOQOL-Bref evaluates positive feelings, body image and self-esteem. In EHP-30 Portuguese, the self-image scale was strongly correlated with the psychological domain of WHOQOL-Bref, since, both scales, evaluate self-esteem and negative feelings of dissatisfaction/frustration.

In the modular questionnaire there was a correlation between work scale (capacity and concern with work) and all the domains of WHOQOL-Bref. The relationship with children scale showed a strong correlation with the social domain of the WHOQOL-Bref that evaluates satisfaction with the relations. As expected, the intercourse scale and the scale that evaluates feelings in relation to the doctors of EHP-30 Portuguese did not correlate with environment domain, and the infertility scale was not correlated with any of the domains of WHOQOL-Bref since they are evaluating different constructs of quality of life.

BDI was used as an indirect measurement for evaluation of construct convergent validity, since EHP-30 items that evaluate quality of life overlap with BDI items that evaluate depressive symptoms.<sup>42</sup> The strongest correlation found between both instruments was in the social support scale (0.58). Given that the aspect evaluated in this EHP-30 Portuguese scale is the impact of the disease on the network of social support and solitude feelings, its correlation with BDI that accesses feelings of failure and social isolation seems coherent.

The finding of moderate correlation between the pain scale of EHP-30 Portuguese, that evaluates physical symptoms, and BDI is also adequate, because BDI has a subscale (8 last items) that evaluates somatic symptoms.<sup>43</sup>

The self-image scale of EHP-30 Portuguese, that evaluates frustration, self-image and confidence, also had a good correlation with BDI scores (0.57). In the emotional well-being scale of EHP-30 Portuguese there was a moderate correlation

(0.55) with the BDI; both instruments presents items that evaluate the presence of sadness, weeping and mood alterations.

As we do not have a gold-standard for the evaluation of quality of life in women with endometriosis we use two questionnaires in the evaluation of construct validity: WHOQOL-Bref, a generic questionnaire of evaluation of quality of life, that measures this construct theoretically, and BDI, a scale that evaluates degree of depression. In its structure BDI presents questions related to cognitive-affective symptoms, that are covered in EHP-30 (self-image, emotional well-being and control and power). Thus, the findings of the correlation between EHP-30 Portuguese and WHOQOL-Bref and BDI, strongly suggest that it has convergent construct validity.

There may be some difficulty in performing this evaluation, since women with chronic pain may have primary psychiatric co-morbidities or just be developing secondary psychological problems due to the presence of chronic pain related to their clinical situation,<sup>44</sup> such as anxiety and depression.

## **6. Conclusions**

The process of translation and back-translation for adaptation of EHP-30 Portuguese proved fully satisfactory and its final version presents face and content validity. The EHP-30 Portuguese presents acceptable levels of internal consistency, with good test-retest reliability. The results reveal construct convergent validity in a Brazilian clinical sample. This study begins the process of validation of an instrument that will enable the evaluation of quality of life in Brazilian women with endometriosis. The next step in EHP-30 Portuguese validation, for use in studies of therapeutic effectiveness, is to process the validity related to sensitivity to change or responsiveness to intervention to verify whether it can detect alterations in the quality of life in Brazilian women with endometriosis submitted to treatment.

**Acknowledgments:** To Dr. Andry Fiterman Costa and Dr. Norberto Martins for their cooperation in developing the database and performing statistical analysis. To Dr. Eliana Márcia da Ros Wendland, Dr. Ida Vanessa Doederlein Schwartz and Dr. Neusa Sicca da Rocha for their contribution as experts comparing the translation and back-translation. To the medical students Luisa Franco Soriano and Viviane Renata Philipsen for their collaboration in data collection.

## 7. References

1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328(24):1759-1769.
2. Farquhar C. Endometriosis. *Clin Evid* 2002;(7):1654-1662.
3. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN, III. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995; 85(6):983-992.
4. Schenken RS. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of endometriosis. In: Rose BD, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2006.
5. Modotte WP, Dias R, Sartorão Filho CI, Lima CDC, Miranda Júnior DS, Barreiros FA. Achados laparoscópicos na infertilidade. *Jornal brasileiro de ginecologia* 1998; 108(4):121-124.
6. Speroff L, Fritz MA. Endometriosis. In: Speroff L, Fritz MA, editors. *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1103-1133.
7. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24(2):235-258.
8. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67(5):817-821.
9. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003; 9(2):62-68.
10. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004; 46(6):641-648.

11. 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; 87(3):321-327.
12. Busacca M, Somigliana E, Bianchi S, De Marinis S, Callia C, Candiani M et al. Post-operative GnRH analogue treatment after conservative surgery for symptomatic endometriosis stage III-IV: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2001; 16(11):2399-2402.
13. Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5):764-769.
14. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345(4):266-275.
15. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(1):47-55.
16. Detmar SB. Use of HRQOL questionnaires to facilitate patient-physician communication. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2003; 3(3):215-217.
17. Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(7):628-637.
18. Zupi E, Marconi D, Sbracia M, Zullo F, De Vivo B, Exacustos C et al. Add-back therapy in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril* 2004; 82(5):1303-1308.

19. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003; 18(9):1922-1927.
20. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(2):501-511.
21. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001; 98(2):258-264.
22. Bodner CH, Garratt AM, Ratcliffe J, Macdonald LM, Penney GC. Measuring health-related quality of life outcomes in women with endometriosis--results of the Gynaecology Audit Project in Scotland. *Health Bull (Edinb )* 1997; 55(2):109-117.
23. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004; 13(3):705-713.
24. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004; 328(7451):1312-1315.
25. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1):S124-S128.
26. Streiner DL NG. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. Third ed. New York: Oxford University Press Inc, 2003.
27. Pereira LV, Sousa FA. [Measurement and assessment of postoperative pain: a short review]. *Rev Lat Am Enfermagem* 1998; 6(3):77-84.

28. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18(4):760-766.
29. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005; 83(3):573-579.
30. Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Eur J Pain* 2005; 9(3):267-275.
31. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
32. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo Livraria e Editora LTDA, 2001.
33. Streiner DL, Norman GR. Reliability. In: Streiner DL, Norman GR, editors. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. New York: Oxford Universty Press Inc., 1995: 104-127.
34. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11(3):193-205.
35. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-1432.
36. Picon P, Gauer GJ, Hirakata VN, Haggstram LM, Beidel DC, Turner SM et al. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese

- version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):124-130.
37. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-840.
  38. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314(7080):572.
  39. Miceli AVP. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(3):363-373.
  40. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004; 49(2):115-120.
  41. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001; 16(12):2668-2671.
  42. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(1):81-86.
  43. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. Psychological Corporation, 1995.
  44. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology* 1995; 45(12 Suppl 9):S26-S34.

**Table 1 – Demographic, social and clinical characteristics of the sample of patients with endometriosis (n=54)**

Characteristic	n (%)
<b>Race</b>	
White	45 (83,3)
Black	4 (7,4)
Mixed	5 (9,3)
<b>Marital status</b>	
Single	9 (16,7)
Married	35 (64,8)
Separated/divorced	2 (3,7)
Common-law partner	7 (13)
<b>Education (years)</b>	
≤ 8	17 (31,5)
9 to 11	22 (40,7)
≥ 12	15 (27,8)
<b>Contraception</b>	
No	20 (37)
Yes	34 (63)
<b>Symptoms</b>	
Pain	30 (55,6)
Pain/infertility	24 (44,4)
Time of diagnosis (months)*	6 (8,5)
<b>Current clinical treatment</b>	
No	23 (42,5)
Yes	31 (57,4)
VAS*‡	74,6 (20,9)

\*Mean (SD)

‡VAS: visual analogue scale

**Table 2 – Mean scores and standard deviation of the EHP-30 Portuguese Core and Modular Questionnaire (n=54) and the original version**

	EHP-30 Portuguese Mean (SD)	EHP-30 <sup>21</sup> Mean (SD)
<b>Core Questionnaire</b>		
Pain	52,4 (22,8)	53,0 (21,5)
Control/powerlessness	58,2 (22,8)	72,7 (21,4)
Social support	60,9 (20,3)	61,4 (24,4)
Emotional well-being	53,6 (22,1)	55,2 (20,3)
Self image	46,9 (21,5)	57,2 (26,7)
<b>Modular Questionnaire</b>		
Work	43,4 (23,5)	47,0 (27,4)
Relationship with children	49,3 (24,8)	47,5 (24,5)
Intercourse	56,1 (23,5)	61,3 (29,2)
Medical profession	35,4 (18,8)	41,4 (27,6)
Treatment	50,5 (22,7)	63,9 (24,1)
Infertility	64,8 (22,1)	67,1 (27,8)

**Table 3 – Internal consistency (Cronbach’s alpha) of EHP-30 Portuguese Core and Modular Questionnaire (n=54) and the original version**

	EHP-30 Portuguese	EHP-30 <sup>21</sup>
	$\alpha$	$\alpha$
<b>Core Questionnaire</b>		
Pain	0,97	0,93
Control/powerlessness	0,90	0,89
Social support	0,89	0,89
Emotional well-being	0,83	0,86
Self image	0,82	0,83
<b>Modular Questionnaire</b>		
Work	0,92	0,95
Relationship with children	0,85	0,97
Intercourse	0,90	0,96
Medical profession	0,85	0,95
Treatment	0,76	0,79
Infertility	0,83	0,92

$\alpha$  – Cronbach’s alpha coefficient

**Table 4 –Teste-retest reliability of EHP-30 Portuguese Core and Modular Questionnaire and the original version**

	EHP-30 Portuguese ICC <sup>†</sup>	EHP-30 I <sup>21</sup> ICC <sup>†</sup>
<b>Core Questionnaire</b>		
Pain	0,90	0,96
Control/powerlessness	0,85	0,97
Social support	0,80	0,97
Emotional well-being	0,82	0,95
Self image	0,91	0,97
<b>Modular Questionnaire</b>		
Work	0,76	0,98
Relationship with children	0,85	0,97
Intercourse	0,95	0,98
Medical profession	0,59	0,93
Treatment	0,81	0,96
Infertility	0,80	0,88

<sup>†</sup>ICC – intraclass correlation coefficient.

**Table 5 – Correlation of EHP-30 Portuguese scores (Core and Modular Questionnaire) with WHOQOL-Bref domains\***

EHP-30 Portuguese	WHOQOL-				
	Bref	Physical	Psychological	Social	Environment
<b>Core Questionnaire</b>					
Pain		-0,53 <sup>†</sup>	-0,25	-0,31 <sup>†††</sup>	-0,24
Control/powerlessness		-0,59 <sup>†</sup>	-0,30 <sup>†††</sup>	-0,30 <sup>†††</sup>	-0,39 <sup>††</sup>
Social support		-0,46 <sup>†</sup>	-0,41 <sup>††</sup>	-0,42 <sup>†††</sup>	-0,34 <sup>††</sup>
Emotional well-being		-0,63 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,38 <sup>††</sup>
Self image		-0,68 <sup>†</sup>	-0,64 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,60 <sup>†</sup>
<b>Modular Questionnaire</b>					
Work		-0,57 <sup>†</sup>	-0,38 <sup>††</sup>	-0,34 <sup>†††</sup>	-0,36 <sup>†††</sup>
Relationship with children		-0,54 <sup>†††</sup>	-0,40	-0,71 <sup>††</sup>	-0,52 <sup>†††</sup>
Intercourse		-0,44 <sup>††</sup>	-0,38 <sup>††</sup>	-0,40 <sup>††</sup>	-0,25
Medical profession <sup>‡</sup>		-0,38 <sup>††</sup>	-0,29 <sup>†††</sup>	-0,43 <sup>††</sup>	-0,25
Treatment		-0,47 <sup>††</sup>	-0,42 <sup>†††</sup>	-0,31 <sup>†††</sup>	-0,45 <sup>†††</sup>
Infertility		-0,20	-0,17	-0,06	-0,18

\*Pearson's correlation coefficient: <sup>†</sup>p < 0,001; <sup>††</sup>p < 0,01; <sup>†††</sup>p <0,05.

<sup>‡</sup>Spearman's correlation coefficient.

**Table 6 – Correlation of EHP-30 Portuguese scores (Core and Modular Questionnaire) with BDI total score, Cognitive-affective and Somatic scales\***

<b>EHP-30 Portuguese</b>	<b>BDI</b>	<b>Total</b>	<b>Cognitive-affective</b>	<b>Somatic</b>
<b>Core Questionnaire</b>				
Pain		0,42 <sup>†</sup>	0,38 <sup>††</sup>	0,42 <sup>††</sup>
Control/powerlessness		0,48 <sup>†</sup>	0,42 <sup>††</sup>	0,50 <sup>†</sup>
Social support		0,52 <sup>†</sup>	0,46 <sup>†</sup>	0,52 <sup>†</sup>
Emotional well-being		0,58 <sup>†</sup>	0,50 <sup>†</sup>	0,61 <sup>†</sup>
Self image		0,51 <sup>†</sup>	0,46 <sup>†</sup>	0,50 <sup>†</sup>
<b>Modular Questionnaire</b>				
Work		0,53 <sup>†</sup>	0,48 <sup>††</sup>	0,53 <sup>†</sup>
Relationship with children		0,34	0,15	0,59 <sup>†††</sup>
Intercourse		0,54 <sup>†</sup>	0,49 <sup>†</sup>	0,51 <sup>†</sup>
Medical profession		0,31 <sup>†††</sup>	0,27 <sup>†††</sup>	0,29 <sup>†††</sup>
Treatment		0,40 <sup>††</sup>	0,32 <sup>†††</sup>	0,45 <sup>††</sup>
Infertility		0,20	0,24	0,08

\*Pearson's correlation coefficient: <sup>†</sup>p < 0,001; <sup>††</sup>p < 0,01; <sup>†††</sup>p <0,05.

<sup>‡</sup>Spearman's correlation coefficient.

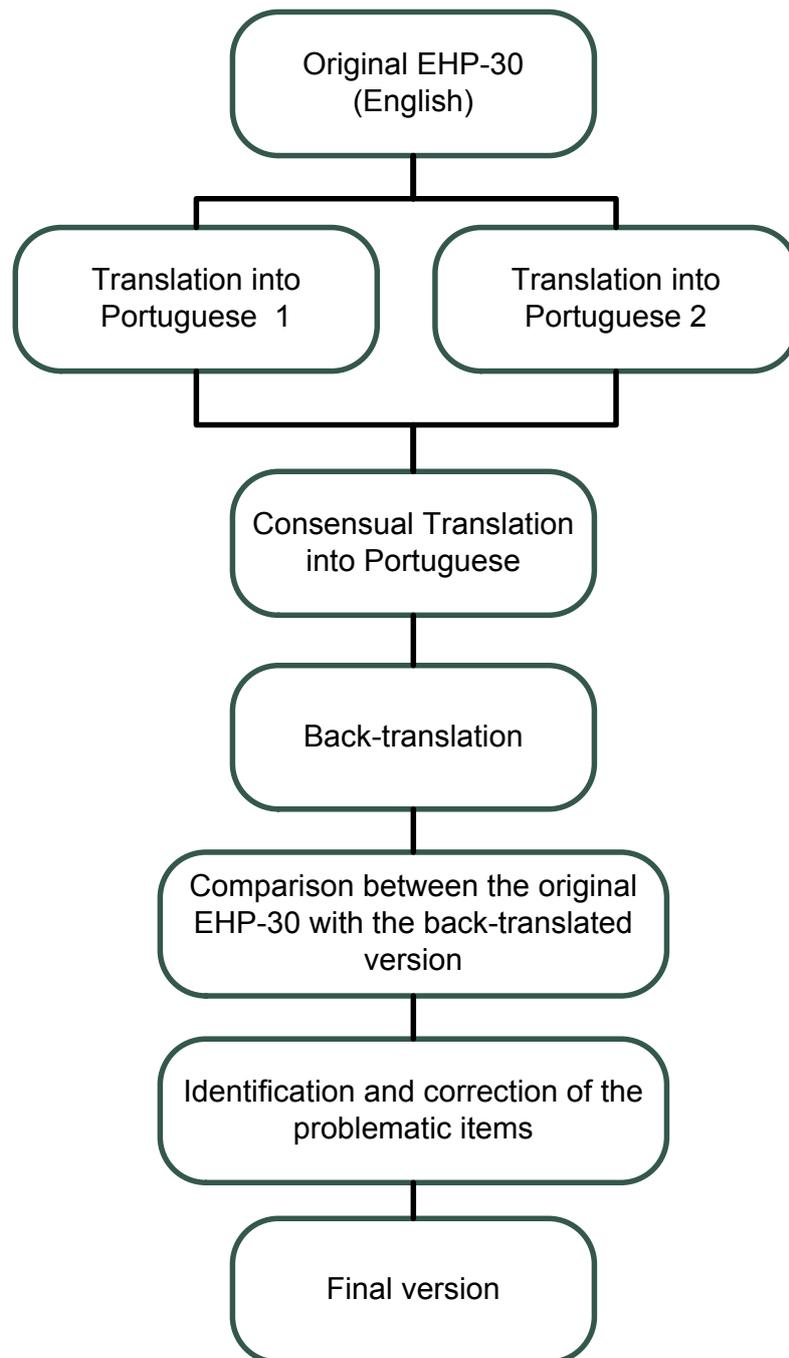


Figure 1 – Flow diagram of the development of the EHP-30 Brazilian-Portuguese version.

## **Appendix 1 – Translation and back-translation**

## **Translation and back-translation**

17. Felt your symptoms are taking away your life?

### **Translation 1**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem tirando sua vida?

### **Translation 2**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem consumindo ou prejudicando a sua vida?

### **Consensual Translation**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem tirando sua vida?

### **Back-translation**

17. Felt as though your symptoms were killing you?

### **Final version**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando a sua vida?

**Appendix 2 – EHP-30 Portuguese**

(ver anexo 5)

## **Artigo em Português**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**Título:** Tradução e Validação para o Português do Brasil do *Endometriosis Health Profile Questionnaire*: EHP-30

**Autores:** Cláudia Vieira Mengarda MD<sup>1</sup>, Eduardo Pandolfi Passos MD PhD<sup>2</sup>, Patrícia Picon MD PhD<sup>3</sup>, Paulo Dornelles Picon MD PhD<sup>4</sup>

**Instituições:** <sup>1</sup>Médica Ginecologista e consultora da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul para assuntos de medicamentos; <sup>2</sup>Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); <sup>3</sup>Professora Assistente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); <sup>4</sup>Professor Adjunto do Departamento de Medicina Interna da UFRGS.

Endereço para correspondência:  
Cláudia Vieira Mengarda  
Rua Felicíssimo de Azevedo, 362/703  
Porto Alegre-RS, CEP: 90540-110  
Telefone: (51) 3326-0752  
E-mail: claudiamengarda@yahoo.com.br

Agência de fomento: Fundação de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS (FIPE nº 05-319)

## **Resumo** (264 palavras)

**Objetivos:** Desenvolvimento da versão em português do Brasil do *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30), adaptação transcultural ao Brasil e avaliação das medidas psicométricas do EHP-30 Português em amostra brasileira. **Métodos:** O instrumento original em inglês foi vertido para o português seguindo diretrizes internacionais, passando por todas as etapas de tradução, retro-tradução e comparação das versões para adaptação transcultural, validade de face e de conteúdo. O EHP-30 Português foi aplicado a uma amostra de 54 pacientes com diagnóstico de endometriose. A consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach e a fidedignidade teste-reteste pelo coeficiente de correlação intra-classe (ICC). Para avaliação de validade de construto convergente se testou correlação entre o EHP-30 Português com WHOQOL-Bref e com Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Resultados:** A idade média na amostra foi de 31,8 anos, o tempo médio para preenchimento do EHP-30 Português foi de 10,8 minutos. Consistência interna apresentou valores de  $\alpha = 0,82$  a  $0,97$  e correlações adequadas na fidedignidade teste-reteste com ICC de  $0,80$  a  $0,95$ . Na validação de construto mostrou correlação forte com os domínios físico ( $-0,63$ ) e psicológico ( $-0,64$ ) do WHOQOL-Bref e também na escala de suporte social com o BDI ( $0,58$ ). **Conclusões:** O EHP-30 Português mostrou ser um instrumento de fácil, rápida aplicação e bem aceito pelas pacientes apresentando bom desempenho psicométrico com medidas de fidedignidade adequadas (consistência interna e fidedignidade teste-reteste) e validade de construto. Estes resultados demonstram que o EHP-30 Português pode ser aplicado para avaliação de qualidade de vida em mulheres brasileiras com endometriose, após estudo de validade relacionada à sensibilidade à mudança e resposta ao tratamento.

**Palavras-chave:** EHP-30, endometriose, qualidade de vida, tradução transcultural, validação de instrumento.

## 1 Introdução

A endometriose é uma doença ginecológica definida pelo desenvolvimento e crescimento de estroma e glândulas endometriais fora da cavidade uterina,<sup>1</sup> que pode apresentar-se clinicamente com dor pélvica e/ou infertilidade.<sup>2</sup> As estimativas de prevalência da endometriose diferem de maneira ampla de acordo com o grupo estudado: 1% das mulheres submetidas a cirurgias por indicações ginecológicas outras que não endometriose, 3,7% em americanas submetidas a esterilização cirúrgica,<sup>3</sup> 12% a 32% em laparoscopias realizadas para investigação de dor pélvica, 21% a 48% de prevalência em laparoscopias realizadas por infertilidade.<sup>4</sup> Em uma amostra de mulheres brasileiras submetidas a laparoscopia por infertilidade foi diagnosticada endometriose em 54%.<sup>5</sup> Estima-se uma prevalência de 3% a 10% em mulheres em idade reprodutiva.<sup>6</sup> Em um estudo em mulheres americanas entre 15 a 44 anos, internadas por queixas genito-urinários, 6,9% eram devido a endometriose.<sup>7</sup> O padrão-ouro para diagnóstico da endometriose é a realização de videolaparoscopia com inspeção da cavidade e visualização direta dos implantes.<sup>8</sup>

A endometriose é uma doença de caráter crônico, associada a grande morbidade física e emocional.<sup>9</sup> Sabe-se que as mulheres portadoras apresentam diminuição da qualidade de vida e redução de suas atividades gerando problemas psicossociais, frustração e isolamento.<sup>10,11</sup> Apresenta grande impacto econômico com necessidade de cirurgia para diagnóstico ou para avaliar recorrências,<sup>12</sup> ocasionando taxas elevadas de absenteísmo em escola e trabalho. Pelo sintoma de dor causa importante impacto na produtividade com mais horas de trabalho perdidas, redução das atividades laborais, necessidade de ficar acamada por um ou mais dias no mês<sup>10</sup> e internações hospitalares.<sup>13</sup>

A eficácia dos tratamentos, tanto cirúrgicos quanto medicamentosos, tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.<sup>14</sup> Como a endometriose afeta de uma maneira abrangente a vida das pacientes, essas medidas podem não ser suficientes para avaliar o impacto da doença, do seu tratamento e da

resposta às terapias. Assim avaliação da qualidade de vida é relevante nesta situação clínica.

Qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais relacionados com uma doença ou tratamento em particular.<sup>15</sup> É estimada através de instrumentos que fazem uma avaliação global do paciente, questionando sobre sintomatologia recente, nível atual de funcionamento físico, psicológico e social.<sup>16</sup>

A maioria dos estudos que avaliou qualidade de vida em endometriose usou instrumentos genéricos, como *Nottingham Health Profile*,<sup>17</sup> *Short Form-36*<sup>18</sup> e *Short Form-12*,<sup>19</sup> que podem não ser sensíveis o suficiente para detectar mudanças em doenças específicas.<sup>20</sup> Para avaliação de qualidade de vida em pacientes com endometriose existem três instrumentos específicos: o *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30) desenvolvido por Jones e colaboradores em 2001,<sup>21</sup> o instrumento de Colwell e colaboradores de 1998<sup>15</sup> e o de Bodner e colaboradores de 1997.<sup>22</sup> No entanto, somente o EHP-30 teve seus itens gerados diretamente a partir de entrevistas com as pacientes. A relevância em relação à construção de seus itens se deve aos achados de literatura que apontam que a avaliação realizada pelos pacientes de sua saúde e bem estar difere da avaliação realizada por profissionais da saúde.<sup>20</sup>

O *Endometriosis Health Profile Questionnaire* (EHP-30) é um instrumento de auto-relato desenhado para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde, específico para endometriose, com itens desenvolvidos a partir de entrevistas com as pacientes e com perfil psicométrico estabelecido.<sup>21,23</sup> Consiste de um questionário central composto de 30 itens que avaliam 5 dimensões: dor, controle e impotência, bem-estar emocional, apoio social e auto-imagem; e de um questionário modular com 23 itens distribuídos em 6 escalas: relações sexuais, trabalho, profissão médica, infertilidade, relacionamento com filhos e tratamento. Cada escala é transformada em um escore de 0 a 100 onde o menor escore significa melhor qualidade de vida.<sup>21</sup>

O uso de uma escala apropriadamente construída e devidamente validada possibilita que comparações sejam realizadas entre diferentes estudos por estarem sendo usadas as mesmas medidas.<sup>24</sup> No entanto, instrumentos gerados em outra língua e cultura devem ser adaptados até se tornarem lingüística e semanticamente compreensíveis, para um novo idioma, cultura e estilo de vida, porém sem perder o significado e intenção dos itens originais.<sup>25</sup> Esse processo também deve incluir uma nova avaliação das propriedades psicométricas do instrumento traduzido,<sup>26</sup> pois os instrumentos podem perder sua validade em contexto fora do qual foram desenvolvidos.<sup>24</sup>

Não temos, no momento, uma escala de avaliação de qualidade de vida em endometriose adaptada à língua portuguesa e à cultura brasileira. O impacto desta doença, como já foi mencionado, é de grande magnitude, sendo assim a tradução do EHP-30 para o português do Brasil tornará possível não somente avaliações de pacientes brasileiras, como comparações com outras populações.

Os objetivos deste estudo foram: 1) desenvolvimento da versão em português do Brasil do EHP-30 e sua adaptação transcultural através da tradução, retrotradução e validação da tradução, estudo de validade de conteúdo e de face; 2) avaliação das medidas psicométricas do EHP-30 Português: fidedignidade, validade de critério e validade de construto em amostra de mulheres brasileiras portadoras de endometriose.

## **2 Métodos**

O desenvolvimento da versão para o português do Brasil do EHP-30 constou de duas etapas. A primeira consistiu de um processo de tradução, retro-tradução, comparação das versões com adequação transcultural, e formatação da versão final, com estudo de validade de conteúdo e de face. Na segunda etapa foram realizados estudos psicométricos através da consistência interna, fidedignidade teste-reteste, validade de critério concorrente e validade de construto convergente.

### **2.1. Primeira etapa - Tradução, retro-tradução, versão final:**

Após contato com um dos autores do EHP-30 que informou ser este de domínio público, disponível em [www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf](http://www.endometriosisguide.com/EHP-30.pdf), o EHP-30 foi traduzido para o português do Brasil por dois especialistas da área de ginecologia com ênfase no significado do item e não na sua tradução literal. Divergências de tradução foram resolvidas por consenso entre os especialistas. A versão consensual em português foi encaminhada para retro-tradução a qual foi realizada por um tradutor independente que desconhecia a versão original (figura 1).

Para proceder à validação da tradução as versões em inglês, original e versão retro-traduzida, tiveram seus itens comparados por três médicos bilíngües (uma ginecologista, uma psiquiatra com experiência na área de instrumentos de qualidade de vida e uma médica clínica), e classificados através de uma escala tipo Likert de 7 pontos. Cada par de itens foi graduado em relação à comparabilidade de linguagem e similaridade de interpretação.<sup>25</sup> Os itens que nesta avaliação tiveram uma graduação superior a 3 para a comparabilidade de linguagem e para a similaridade de interpretação foram considerados como problemáticos (apêndice 1). Em sete itens no questionário central e quatro no questionário modular ocorreram estas graduações. Estes tiveram sua tradução revisada até obtenção de uma tradução consensual pelos dois primeiros autores (apêndice 2). No seguimento, a validade de conteúdo foi avaliada pelos dois autores, especialistas em ginecologia, em relação aos principais aspectos relacionados à endometriose e à qualidade de vida. Neste aspecto o EHP-30 Português foi considerado adequado.

Inserir aqui figura 1

Para avaliação de validade de face em pacientes com diferentes níveis de escolaridade, o EHP-30 Português foi aplicado em 9 pacientes, sendo 3 em cada uma das seguintes categorias: até 8 anos de escolaridade, de 9 a 11 anos de escolaridade

e acima de 12 anos de escolaridade. Estas pacientes possuíam entre 4 e 18 anos de escolaridade. Foi solicitado que avaliassem o questionário quanto a compreensão e relevância das perguntas. Houve concordância entre todas as pacientes que o questionário era claro, sem dificuldade para entendimento das questões, e que as questões eram relevantes e pertinentes ao quadro de endometriose.

## **2.2. Segunda etapa – Estudos psicométricos em amostra clínica:**

Para etapa de avaliação das propriedades psicométricas do EHP-30 Português, foram recrutadas pacientes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no Hospital Fêmeina - Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição - e na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, tendo o estudo sido avaliado e aprovado pelos respectivos comitês de ética em pesquisa. As voluntárias deveriam ter entre 18 e 45 anos, com dor pélvica devido à endometriose e diagnóstico confirmado por videolaparoscopia realizada no máximo 24 meses antes do início do estudo. As pacientes foram excluídas se consideradas incapazes de responder a um questionário de auto-relato; houvessem sido submetidas a quaisquer cirurgias abdominais nos 6 meses precedentes com exceção da cirurgia necessária para diagnóstico de endometriose; tivessem diagnóstico de doenças crônicas que cursam com dor que pudesse confundir a avaliação (doenças reumáticas, fibromialgia, doenças ósteomusculares). As pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade foram orientadas sobre os objetivos do estudo e sobre a confidencialidade dos dados e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os seguintes testes foram aplicados a todas as pacientes: escala análogo-visual de dor (EAV), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Abreviada (WHOQOL-Bref) e a versão em português do EHP-30 (EHP-30 Português).

A EAV é um instrumento ordinal de mensuração unidimensional de dor.<sup>27</sup> Consiste em uma linha de 100 mm que contém o número zero na extremidade esquerda e o número 100 na outra extremidade, as pacientes foram orientadas a

marcar a posição que refletia o seu grau de dor, sendo zero considerada ausência de dor e 100 a pior dor experimentada. Tem sido extensamente usada na mensuração da dor relacionada à endometriose.<sup>19,28-30</sup>

WHOQOL-bref é um instrumento genérico, de auto-relato, de avaliação de qualidade de vida, sua tradução transcultural e validação para o português do Brasil foi realizada em 2000.<sup>31</sup> É composto de 26 questões, sendo duas questões genéricas e outras 24 questões que cobrem quatro domínios de qualidade de vida: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. No WHOQOL-Bref quanto maior o escore melhor a qualidade de vida.

BDI é um inventário de auto-relato, validado para o português do Brasil, desenhado para avaliar a gravidade de sintomas de depressão, sendo usado também para rastreamento de quadros depressivos. É composto de 21 itens, cada qual tem um grupo de 4 afirmações com valores de 0 a 3. O escore máximo é 63, obtido pela soma de todos os itens. Foram descritas duas subescalas do BDI: uma subescala com itens cognitivos-afetivos, que são os primeiros 13 itens da escala e, uma segunda subescala com queixas somáticas, composta pelos 8 últimos itens. Em amostras brasileiras os pontos de corte utilizados são: de 0-11 sintomas mínimos, de 12-19 depressão leve, 20-35 depressão moderada e de 36-63 depressão grave.<sup>32</sup>

Com exceção da EAV, que foi aplicada logo após o termo de consentimento e preenchimento da ficha clínica, os outros instrumentos foram aplicados de forma intercalada em um mesmo dia. No caso da paciente ficar em dúvida em alguma questão se solicitava que ela fizesse uma nova leitura pausada em voz alta tentando entender o sentido da pergunta.

A fidedignidade do EHP-30 Português foi avaliada através da consistência interna e da estabilidade temporal teste-reteste. O EHP-30 Português foi administrado em uma única ocasião para medida de consistência interna. Para a fidedignidade teste-reteste, o instrumento foi aplicado em duas ocasiões distintas em um subgrupo de 30 pacientes, na avaliação inicial e após um intervalo de 10 a 14 dias.

A validade de critério concorrente foi avaliada através da correlação entre os escores da EAV com os escores do EHP-30 Português. A validade de construto convergente foi avaliada através da correlação dos escores do EHP-30 Português com os escores do WHOQOL-bref e do BDI.

### **3 Análise Estatística**

As análises estatísticas foram realizadas através do programa SPSS 14.0. A distribuição dos escores das diferentes escalas foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade.

A avaliação da consistência interna para cada escala do questionário central e modular do EHP-30 Português foi realizada através do coeficiente alfa de Cronbach, tendo como valor aceitável para limite inferior 0,70. A fidedignidade do tipo teste-reteste foi aferida pelo coeficiente de correlação intraclassa (ICC). As validades de critério concorrente e de construto convergente foram avaliadas através dos coeficientes de correlação de Pearson e Spearman.

O tamanho da amostra necessária para a avaliação da fidedignidade teste-reteste foi estimada em 30 pacientes, segundo o método gráfico proposto por Streiner,<sup>33</sup> tendo como base os seguintes parâmetros: coeficiente de correlação intraclassa esperado de 0,9; erro alfa de 0,05; intervalo de confiança de  $\pm 0,10$ .

Para análise de consistência interna, e demais propriedades clinimétricas, como o questionário possui 53 questões considerou-se necessário pelo menos um paciente por questão, tendo sido incluídos 54 pacientes.

### **4 Resultados**

As características da amostra de pacientes estudadas estão descritas na tabela 1. A amostra foi composta de 54 pacientes com idade entre 20 e 43 anos, com média de  $31,8 \pm 4,9$  anos. A maioria das mulheres eram brancas, casadas e com elevado índice de escolaridade. Encontravam-se em tratamento para a endometriose, no momento da pesquisa, 42,5%. Somente 28 pacientes (52%) tinham estadiamento segundo os critérios da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (r-AFS).

Inserir aqui tabela 1

O tempo médio para preenchimento do EHP-30 Português foi de 10,8 minutos, com tempo mínimo de 5 minutos e máximo de 23 minutos. Na tabela 2 se encontram as estatísticas descritivas com os escores dos questionários central e modular do EHP-30 Português e da versão original. No questionário central da versão português os piores escores de qualidade de vida ocorreram nas escalas de controle/impotência e suporte social (58,2 e 60,9 respectivamente). No questionário modular a versão em português teve escores mais altos, indicando pior qualidade de vida, nas escalas de relação sexual (56,1), infertilidade (64,8) e tratamento (50,5). Todas as escalas do EHP-30 Português apresentaram distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov, exceto a escala profissão médica do questionário modular do EHP-30 Português, que foi a única a apresentar distribuição assimétrica ( $p=0,005$ ).

Inserir aqui tabela 2

### **Fidedignidade**

O coeficiente alfa de Cronbach para a escala total foi 0,97. Para o questionário central os resultados do alfa de Cronbach para os diferentes domínios foram de 0,82 a 0,97; para o questionário modular foram de 0,76 a 0,92, demonstrando ótima consistência interna (tabela 3).

Inserir aqui tabela 3

A fidedignidade teste-reteste medida pelo coeficiente de correlação intraclassa mostrou no EHP-30 Português central os seguintes resultados: 0,90 para escala de dor; 0,85 para controle e impotência; 0,80 de bem estar emocional; 0,82 para suporte

social e de 0,91 para a escala de auto-imagem. No EHP-30 Português modular os coeficientes de correlação intraclasse variaram de 0,59 a 0,95 (tabela 4).

Inserir aqui tabela 4

### **Validade**

Os escores da EAV foram bastante elevados com média de 74,6 ( $\pm$  20,9) e apresentaram distribuição simétrica no teste de Kolmogorov-Smirnov ( $p=0,14$ ). Quando aplicado o coeficiente de Pearson entre os escores do EHP-30 Português e da EAV não foi identificada nenhuma correlação.

Os escores do WHOQOL-Bref foram: para o domínio físico 55,1; psicológico 58,2; social 62,8 e meio ambiente 55,3. O BDI obteve escore médio de 15,4 ( $\pm$  11,05). Os escores do WHOQOL-Bref e do BDI apresentaram distribuição normal ( $p$  entre 0,10 a 0,88 para os domínios do WHOQOL-Bref e  $p=0,15$  para o BDI no teste de Kolmogorov-Smirnov).

A escala de dor EHP-30 Português mostrou correlações moderadas e significativas com os domínios físico e social do WHOQOL-bref (-0,53 e -0,31 respectivamente). As demais escalas de controle / impotência, bem estar emocional, suporte social e auto-imagem obtiveram correlações moderadas e significativas com todos os domínios do WHOQOL-bref (físico, psicológico, social e meio ambiente), com correlação forte entre a escala de suporte social do EHP-30 Português e domínio físico do WHOQOL-bref (-0,63). Ocorreu também, correlação forte e significativa na escala de auto-imagem com o domínio físico (-0,68) e domínio psicológico (-0,64) do WHOQOL-Bref. As demais correlações do questionário modular estão na tabela 5, e a maior correlação foi entre a escala de relação com filhos e domínio social do WHOQOL-Bref (-0,71). A escala de infertilidade não obteve correlação com nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref.

Inserir aqui tabela 5

Os coeficientes de correlação para as escalas do EHP-30 Português com o BDI são mostrados na tabela 6. Todas as escalas do EHP-30 Português central correlacionaram-se de maneira moderada e significativa com os escores do BDI, com melhores correlações nas escalas de bem estar emocional (0,52), suporte social (0,58) e auto-imagem (0,51). Nas seções do EHP-30 Português somente não ocorreu correlação entre as escalas relação com filhos e infertilidade com os escores do BDI. Ao se avaliar as subescalas cognitivo-afetiva e de sintomas somáticos, encontrou-se correlação positiva (0,59) entre a escala somática do BDI e a escala de relação com filhos do EHP-30 Português; a escala de infertilidade permaneceu, entretanto, sem correlação.

Inserir aqui tabela 6

## **5 Discussão**

Ao se optar pelo uso de um instrumento de medida de qualidade de vida relacionada à saúde desenhado em outra língua e cultura, depara-se com o desafio de adaptar o instrumento, de maneira que fique compreensível e relevante ao novo contexto cultural, devendo-se assegurar a manutenção do significado original dos itens.<sup>25</sup> No entanto, nem sempre este processo é tratado com a devida importância nos estudos, algumas vezes ocorrendo a implementação de um protocolo de pesquisa sem uma atenção apropriada a esse processo complexo. Pode-se obter uma tradução literal de excelente qualidade de um instrumento, sem que os itens sejam clinicamente relevantes ou façam sentido na nova cultura. Recomenda-se que a tradução seja semanticamente o mais similar possível a versão original e, se possível, que mantenha a mesma estrutura lingüística.<sup>25</sup>

O desenvolvimento da versão em português do EHP-30 seguiu a metodologia de tradução e retrotradução, buscando dessa maneira equivalência conceitual e

semântica, entre o instrumento original e sua versão para o português dentro da cultura brasileira.<sup>25,34</sup> Apesar de não ser um processo perfeito ainda é o mais comumente usado na literatura.<sup>26</sup>

Os autores seguiram as diretrizes descritas por Guillemín e colaboradores<sup>35</sup> com tradução por dois tradutores independentes para identificar interpretações divergentes ou ambíguas das expressões. A versão final foi qualificada através da retrotradução que amplifica mal-entendidos na tradução possibilitando sua detecção. Foi realizada uma revisão das versões original e retrotraduzida através de um comitê, que avaliou de maneira sistematizada cada dupla de itens (original e sua versão retrotraduzida para o inglês) em relação a sua interpretação e sua estrutura lingüística.<sup>25</sup> Desta maneira foram identificados os itens que pudessem apresentar alguma discrepância de interpretação ou de forma de linguagem, e realizada a revisão destes itens problemáticos buscando a melhor tradução para que a questão seja interpretada de forma semelhante nas duas línguas e culturas.

Após o processo de tradução, retro-tradução e adaptação, deve-se avaliar se o instrumento manteve as mesmas propriedades psicométricas do original.<sup>26</sup> Deve-se proceder a uma reavaliação teórica (validade de conteúdo e validade de face) e estatística do instrumento com estudos de fidedignidade<sup>36</sup> e validade de critério e construto em amostra clínica.

A reavaliação teórica não é determinada estatisticamente, mas sim pelo julgamento de especialistas na área do conceito que está sendo medido,<sup>26</sup> ou por pacientes que apresentam a condição em estudo,<sup>34</sup> que avaliam a representatividade dos itens em relação aos conceitos e à relevância dos objetivos a medir e analisam qualitativamente se as diferentes áreas do construto em questão foram representativamente amostradas. O EHP-30 Português mostrou ter validade de conteúdo abrangendo os principais sintomas relacionados à endometriose<sup>1,2</sup> e os principais aspectos que são considerados na literatura como importantes a se considerar quando se avalia qualidade de vida: aspectos físicos, psicológicos, meio

ambiente, apoio social, tratamento.<sup>16,37</sup> Mostrou também validade de face ao ser considerado claro, compreensível e com questões relevantes para pacientes com endometriose de diferentes níveis de escolaridade.

Na avaliação estatística das propriedades psicométricas do EHP-30 Português as medidas de consistência interna revelaram valores excelentes para o coeficiente de alfa de Cronbach, tanto no questionário central (de 0,82 a 0,97) quanto no questionário modular (de 0,76 a 0,92). Todos os valores obtidos foram acima de 0,70, que é considerado um valor de alfa adequado para avaliação de grupos.<sup>38</sup> Estes valores foram semelhantes aos encontrados no estudo original (ver tabela 3).

Os coeficientes de correlação intraclasse mostraram escores adequados tanto para as escalas do questionário central (0,80-0,90) quanto do modular (0,76-0,95), semelhantes ao do EHP-30 em inglês (0,95-0,97 e 0,88-0,98, respectivamente), mostrando estabilidade do instrumento ao longo do tempo. Ocorreu uma exceção na escala de profissão médica (ICC de 0,59). Este valor pode ter sido inferior devido a dificuldade para interpretar a pergunta (“sentiu que seu médico não está fazendo nada por você?”). O uso de questões que contenham palavras de negação em sua estrutura como não/nunca/sufixos negativos podem gerar dificuldade na resposta para algumas pessoas que não entendem que tem que discordar da questão para indicar uma resposta positiva.<sup>26</sup> De forma global os valores de ICC do EHP-30 Português em suas diferentes escalas foram muito semelhantes aos valores encontrados no estudo do EHP-30 original.<sup>21</sup>

Não encontramos correlação entre a escala análogo-visual de dor e as escalas do EHP-30 Português. Esta amostra obteve escores bastante elevados na EAV, ainda assim algumas pacientes tiveram bons escores na avaliação de qualidade de vida. Os mecanismos envolvidos neste paradoxo aparente devem ser melhor estudados, mas, no caso de dores crônicas, um fator que pode influenciar é a aceitação desta por parte de alguns pacientes, que passam a conhecer e controlar a sua dor, podendo assim ter uma vida satisfatória apesar dela.<sup>39</sup> Um estudo que avaliou qualidade de vida em uma

amostra de mulheres brasileiras com endometriose também obteve escores altos de dor, com 80% das pacientes apresentando dor intensa.<sup>40</sup> Assim como em nosso estudo, não foi encontrada correlação entre parâmetros de qualidade de vida e nível de dor. No estudo citado, encontraram-se melhores escores na avaliação de qualidade de vida em pacientes com estágio mais avançado da doença. Esta correlação não foi feita no presente estudo, pois somente 52% das pacientes tinham estadiamento conhecido e esta classificação não é preditiva de dor relacionada à endometriose, não sendo, portanto, um bom parâmetro de comparação.<sup>14,41</sup>

Na avaliação de validade de construto convergente se verificou bons níveis de correlação entre o EHP-30 Português com o WHOQOL-Bref e com o BDI. Em relação ao WHOQOL-Bref a escala de dor do EHP-30 Português (impedimento de atividades usuais serem realizadas devido a dor) teve boa correlação com o domínio físico do WHOQOL-Bref (capacidade de realizar atividades usuais). A não correlação entre escala de dor do EHP-30 Português e o domínio psicológico do WHOQOL-Bref pode-se explicar por não aferirem as mesmas dimensões. O EHP-30 avalia mais as limitações físicas e o WHOQOL-Bref avalia sentimentos positivos, imagem corporal e auto-estima. No EHP-30 Português, a escala de auto-imagem obteve correlação forte com o domínio psicológico do WHOQOL-Bref, pois em ambos se avalia auto-estima e sentimentos negativos de insatisfação/frustração.

No questionário modular houve correlação entre a escala de trabalho (capacidade e preocupação com trabalho) com todos os domínios do WHOQOL-Bref. A escala de relacionamento com filhos mostrou correlação forte com domínio social do WHOQOL-Bref que avalia satisfação com as relações. Como esperado, a escala de relacionamento sexual e a escala que avalia sentimentos em relação aos médicos do EHP-30 Português não se correlacionaram com domínio meio ambiente; e a escala de infertilidade não se correlacionou com nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref por estarem medindo construtos diferentes de qualidade de vida.

O BDI foi usado como medida indireta de avaliação de validade de construto convergente, pois existe sobreposição de itens do EHP-30 que avaliam qualidade de vida com itens do BDI usados para avaliar sintomas depressivos.<sup>42</sup> A correlação mais alta encontrada no presente estudo, entre os dois instrumentos, foi na escala de suporte social (0,58). Como o aspecto avaliado na escala de suporte social do EHP-30 Português é o impacto da doença na rede de suporte social e sentimentos de solidão é coerente sua correlação com o BDI que acessa sentimentos de fracasso e afastamento social.

O achado de correlação moderada entre a escala de dor do EHP-30 Português, que avalia sintomas físicos, e o BDI, também são adequados, pois o BDI possui uma subescala (os 8 últimos itens) que avalia sintomas somáticos.<sup>43</sup>

A escala de auto-imagem do EHP-30 Português, que avalia frustração, auto-imagem e confiança também obteve boa correlação com os escores do BDI (0,57). Na escala de bem estar emocional do EHP-30 Português houve correlação moderada (0,55) com o BDI, pois ambos os instrumentos apresentam itens que avaliam a presença de tristeza, choro e alterações de humor.

Como não temos um padrão ouro para avaliação de qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose usamos dois questionários na avaliação de validade de construto: o WHOQOL-Bref, um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, que mede este construto de maneira teórica; e o BDI, uma escala que avalia graus de depressão. O BDI apresenta na sua estrutura questões relacionadas a sintomas cognitivo-afetivos, que são contemplados no EHP-30 (escala de controle e impotência, de bem estar emocional e de auto-imagem) e também sintomas somáticos, justificando a avaliação de suas correlações. Assim, os achados de correlação do EHP-30 Português com o WHOQOL-Bref e com o BDI sugerem fortemente sua adequada validade de construto convergente.

Pode ocorrer alguma dificuldade na interpretação dos achados de correlação entre o EHP-30 Português e o BDI, uma vez que mulheres com dor crônica podem ter

co-morbidade psiquiátrica primária ou estarem apenas desenvolvendo problemas psicológicos secundários à presença de dor crônica relacionada à sua situação clínica,<sup>44</sup> tais como ansiedade e depressão.

## **6 Conclusões**

O processo de tradução e retro-tradução para adaptação do EHP-30 Português mostrou-se plenamente satisfatório e sua versão final apresenta validade de conteúdo e de face. O EHP-30 português apresenta níveis aceitáveis de consistência interna, com boa fidedignidade do tipo teste-reteste. Os resultados revelam validade de construto convergente em amostra clínica brasileira. Este estudo dá início ao processo de validação de um instrumento que nos possibilitará avaliar a qualidade de vida em mulheres brasileiras portadoras de endometriose. O próximo passo na validação do EHP-30 Português, para utilização em estudos de eficácia terapêutica, é proceder a validade relacionada à sensibilidade a mudança ou responsividade a intervenção, para verificar se este é capaz de detectar alterações na qualidade de vida em mulheres brasileiras com endometriose submetidas a tratamento.

**Agradecimentos:** Ao Dr. Andry Fiterman Costa e ao Dr. Norberto Martins pela cooperação na estruturação do banco de dados e análise estatística. Às Dras. Eliana Márcia da Ros Wendland, Ida Vanessa Doederlein Schwartz e Neusa Sicca da Rocha pela colaboração como peritas na comparação da tradução e retrotradução Às acadêmicas Luisa Franco Soriano e Viviane Renata Philipsen por seu trabalho na fase de coleta de dados.

## 7 Referências Bibliográficas:

1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328(24):1759-1769.
2. Farquhar C. Endometriosis. *Clin Evid* 2002;(7):1654-1662.
3. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter AN, III. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet Gynecol* 1995; 85(6):983-992.
4. Schenken RS. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of endometriosis. In: Rose BD, editor. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate, 2006.
5. Modotte WP, Dias R, Sartorão Filho CI, Lima CDC, Miranda Júnior DS, Barreiros FA. Achados laparoscópicos na infertilidade. *Jornal brasileiro de ginecologia* 1998; 108(4):121-124.
6. Speroff L, Fritz MA. Endometriosis. In: Speroff L, Fritz MA, editors. *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005: 1103-1133.
7. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24(2):235-258.
8. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67(5):817-821.
9. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003; 9(2):62-68.
10. 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; 87(3):321-327.
11. Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004; 46(6):641-648.
12. Busacca M, Somigliana E, Bianchi S, De Marinis S, Calia C, Candiani M et al. Post-operative GnRH analogue treatment after conservative surgery for symptomatic endometriosis stage III-IV: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2001; 16(11):2399-2402.
13. Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol* 1995; 86(5):764-769.
14. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med* 2001; 345(4):266-275.
15. Colwell HH, Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(1):47-55.

16. Detmar SB. Use of HRQOL questionnaires to facilitate patient-physician communication. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2003; 3(3):215-217.
17. Bergqvist A, Theorell T. Changes in quality of life after hormonal treatment of endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(7):628-637.
18. Zupi E, Marconi D, Sbracia M, Zullo F, De Vivo B, Exacustos C et al. Add-back therapy in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril* 2004; 82(5):1303-1308.
19. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003; 18(9):1922-1927.
20. Jones GL, Kennedy SH, Jenkinson C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(2):501-511.
21. Jones G, Kennedy S, Barnard A, Wong J, Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet Gynecol* 2001; 98(2):258-264.
22. Bodner CH, Garratt AM, Ratcliffe J, Macdonald LM, Penney GC. Measuring health-related quality of life outcomes in women with endometriosis--results of the Gynaecology Audit Project in Scotland. *Health Bull (Edinb)* 1997; 55(2):109-117.
23. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. Evaluating the responsiveness of the Endometriosis Health Profile Questionnaire: the EHP-30. *Qual Life Res* 2004; 13(3):705-713.
24. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* 2004; 328(7451):1312-1315.
25. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology* 2004; 126(1 Suppl 1):S124-S128.
26. Streiner DL, NG. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. Third ed. New York: Oxford University Press Inc, 2003.
27. Pereira LV, Sousa FA. [Measurement and assessment of postoperative pain: a short review]. *Rev Lat Am Enfermagem* 1998; 6(3):77-84.
28. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18(4):760-766.
29. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005; 83(3):573-579.
30. Laursen BS, Bajaj P, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *Eur J Pain* 2005; 9(3):267-275.

31. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
32. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo Livraria e Editora LTDA, 2001.
33. Streiner DL, Norman GR. Reliability. In: Streiner DL, Norman GR, editors. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press Inc., 1995: 104-127.
34. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11(3):193-205.
35. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46(12):1417-1432.
36. Picon P, Gauer GJ, Hirakata VN, Haggstrom LM, Beidel DC, Turner SM et al. Reliability of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) Portuguese version in a heterogeneous sample of Brazilian university students. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):124-130.
37. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13):835-840.
38. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314(7080):572.
39. Miceli AVP. Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(3):363-373.
40. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004; 49(2):115-120.
41. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001; 16(12):2668-2671.
42. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, Freidl M, Weiss M, Bach M. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(1):81-86.
43. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. Psychological Corporation, 1995.
44. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology* 1995; 45(12 Suppl 9):S26-S34.

**Tabela 1 – Características sociais, demográficas e clínicas da amostra de pacientes com endometriose (n=54)**

Variável	n (%)
Cor	
brancas	45 (83,3)
negras	4 (7,4)
pardas	5 (9,3)
Estado Civil	
Solteira	9 (16,7)
Casada	35 (64,8)
Separada/divorciada	2 (3,7)
Relacionamento estável	7 (13)
Escolaridade (anos)	
Até 8	17 (31,5)
De 9 a 11	22 (40,7)
Acima de 12	15 (27,8)
Método Contraceptivo	
Sim	20 (37)
Não	34 (63)
Queixa	
Dor	30 (55,6)
Dor/infertilidade	24 (44,4)
Tempo de diagnóstico (meses)*	6 (8,5)
Em Tratamento clínico	
Sim	23 (42,5)
Não	31 (57,4)
EAV*‡	74,6 (20,9)

\*Média (DP)

‡EAV: escala análogo-visual

**Tabela 2 – Médias e desvios-padrão dos escores por escalas do questionário central e modular do EHP-30 Português (n=54) e da versão original**

	EHP-30 Português Média (DP)	EHP-30 original <sup>21</sup> Média (DP)
<b>Questionário Central</b>		
Dor	52,4 (22,8)	53,0 (21,5)
Controle/impotência	58,2 (22,8)	72,7 (21,4)
Suporte social	60,9 (20,3)	61,4 (24,4)
Bem estar emocional	53,6 (22,1)	55,2 (20,3)
Auto-imagem	46,9 (21,5)	57,2 (26,7)
<b>Questionário Modular</b>		
Trabalho	43,4 (23,5)	47,0 (27,4)
Relação com filhos	49,3 (24,8)	47,5 (24,5)
Relação sexual	56,1 (23,5)	61,3 (29,2)
Profissão médica	35,4 (18,8)	41,4 (27,6)
Tratamento	50,5 (22,7)	63,9 (24,1)
Infertilidade	64,8 (22,1)	67,1 (27,8)

**Tabela 3 - Consistência interna (alfa de Cronbach) do questionário central e modular do EHP-30 Português e da versão original**

	EHP-30 Português $\alpha$	EHP-30 original <sup>21</sup> $\alpha$
<b>Questionário Central</b>		
Dor	0,97	0,93
Controle/impotência	0,90	0,89
Bem estar emocional	0,89	0,89
Suporte social	0,83	0,86
Auto-imagem	0,82	0,83
<b>Questionário Modular</b>		
Trabalho	0,92	0,95
Relacionamento com filhos	0,85	0,97
Relação sexual	0,90	0,96
Profissão médica	0,85	0,95
Tratamento	0,76	0,79
Infertilidade	0,83	0,92

$\alpha$  – coeficiente alfa de Cronbach

**Tabela 4 – Fidedignidade teste-reteste dos questionários central e modular do EHP-30 Português**

	EHP-30 Português ICC <sup>†</sup>	EHP-30 original <sup>21</sup> ICC <sup>†</sup>
<b>Questionário central</b>		
Dor	0,90	0,96
Controle/impotência	0,85	0,97
Bem estar emocional	0,80	0,97
Suporte social	0,82	0,95
Auto-imagem	0,91	0,97
<b>Questionário modular</b>		
Trabalho	0,76	0,98
Relacionamento com filhos	0,85	0,97
Relação sexual	0,95	0,98
Profissão médica	0,59	0,93
Tratamento	0,81	0,96
Infertilidade	0,80	0,88

<sup>†</sup>ICC - coeficiente de correlação intraclassa.

**Tabela 5 – Correlação entre os escores das escalas dos questionários central e modular do EHP-30 Português e os domínios do WHOQOL-Bref \***

EHP-30 Português	WHOQOL-Bref	Físico	Psicológico	Social	Meio ambiente
<b>Questionário central</b>					
Dor		-0,53 <sup>†</sup>	-0,25	-0,31 <sup>†††</sup>	-0,24
Controle/impotência		-0,59 <sup>†</sup>	-0,30 <sup>†††</sup>	-0,30 <sup>†††</sup>	-0,39 <sup>††</sup>
Bem estar emocional		-0,46 <sup>†</sup>	-0,41 <sup>††</sup>	-0,42 <sup>†††</sup>	-0,34 <sup>††</sup>
Suporte social		-0,63 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,38 <sup>††</sup>
Auto-imagem		-0,68 <sup>†</sup>	-0,64 <sup>†</sup>	-0,52 <sup>†</sup>	-0,60 <sup>†</sup>
<b>Questionário modular</b>					
Trabalho		-0,57 <sup>†</sup>	-0,38 <sup>††</sup>	-0,34 <sup>†††</sup>	-0,36 <sup>†††</sup>
Relacionamento com filhos		-0,54 <sup>†††</sup>	-0,40	-0,71 <sup>††</sup>	-0,52 <sup>†††</sup>
Relação sexual		-0,44 <sup>††</sup>	-0,38 <sup>††</sup>	-0,40 <sup>††</sup>	-0,25
Profissão médica <sup>‡</sup>		-0,38 <sup>††</sup>	-0,29 <sup>†††</sup>	-0,43 <sup>††</sup>	-0,25
Tratamento		-0,47 <sup>††</sup>	-0,42 <sup>†††</sup>	-0,31 <sup>†††</sup>	-0,45 <sup>†††</sup>
Infertilidade		-0,20	-0,17	-0,06	-0,18

\*Coeficiente de correlação de Pearson: <sup>†</sup>p < 0,001; <sup>††</sup>p < 0,01; <sup>†††</sup>p < 0,05

<sup>‡</sup>Coeficiente de correlação de Spearman

**Tabela 6 – Correlação entre os escores dos questionários central e modular do EHP-30 Português e os escores do BDI total, cognitivo-afetiva e somática\***

<b>EHP-30 Português</b>	<b>BDI</b>	<b>Total</b>	<b>Cognitivo-afetiva</b>	<b>Somática</b>
<b>Questionário central</b>				
Dor		0,42 <sup>†</sup>	0,38 <sup>††</sup>	0,42 <sup>††</sup>
Controle/impotência		0,48 <sup>†</sup>	0,42 <sup>††</sup>	0,50 <sup>†</sup>
Bem estar emocional		0,52 <sup>†</sup>	0,46 <sup>†</sup>	0,52 <sup>†</sup>
Suporte social		0,58 <sup>†</sup>	0,50 <sup>†</sup>	0,61 <sup>†</sup>
Auto-imagem		0,51 <sup>†</sup>	0,46 <sup>†</sup>	0,50 <sup>†</sup>
<b>Questionário Modular</b>				
Trabalho		0,53 <sup>†</sup>	0,48 <sup>††</sup>	0,53 <sup>†</sup>
Relacionamento com filhos		0,34	0,15	0,59 <sup>†††</sup>
Relação sexual		0,54 <sup>†</sup>	0,49 <sup>†</sup>	0,51 <sup>†</sup>
Profissão médica <sup>‡</sup>		0,31 <sup>†††</sup>	0,27 <sup>†††</sup>	0,29 <sup>†††</sup>
Tratamento		0,40 <sup>††</sup>	0,32 <sup>†††</sup>	0,45 <sup>††</sup>
Infertilidade		0,20	0,24	0,08

\*Coeficientes de correlação de Pearson: <sup>†</sup>p < 0,001; <sup>††</sup>p < 0,01; <sup>†††</sup>p < 0,05

<sup>‡</sup>Coeficiente de correlação de Spearman

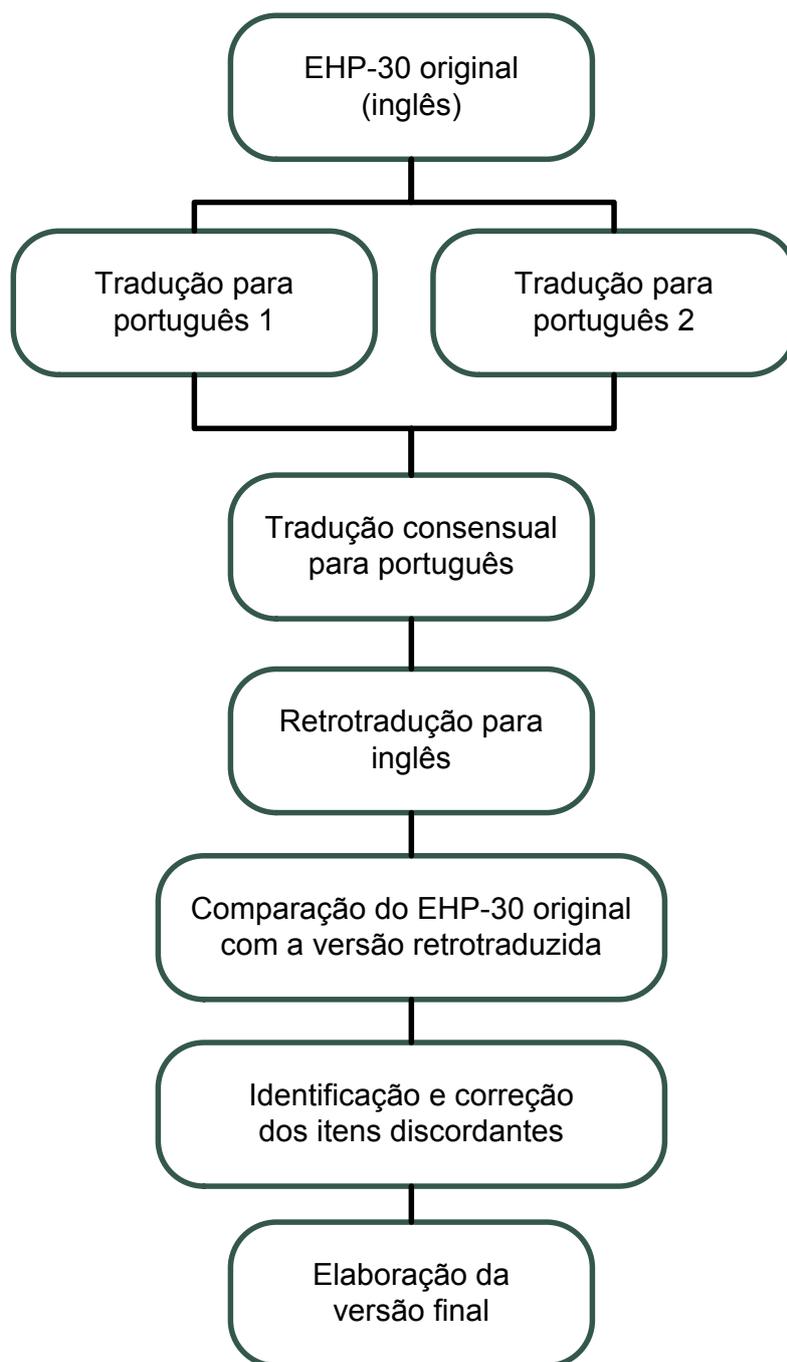


Figura 1 – Fluxograma do processo de desenvolvimento da versão em português do EHP-30.

## **Apêndice 1 – TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO**

## **Tradução e retrotradução**

17. Felt your symptoms are taking away your life?

### **Tradução 1**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem tirando sua vida?

### **Tradução 2**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem consumindo ou prejudicando a sua vida?

### **Tradução Consensual**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem tirando sua vida?

### **Retrotradução**

17. Felt as though your symptoms were killing you?

### **Tradução final**

17. Sentiu como se seus sintomas estivessem prejudicando a sua vida?

**Apêndice 2 – EHP-30 PORTUGUÊS**

(ver anexo 5)

## **Anexo 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar de um projeto de pesquisa. Para que você possa decidir é importante que você entenda o que está sendo estudado, qual será sua participação e o esclarecimento de dúvidas que você possa ter sobre o estudo.

### 1. Informação sobre a pesquisa

**Título:** Tradução e Validação para o Português de um Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida em Endometriose – o EHP-30 (Endometriosis Health Profile Questionnaire).

**Pesquisadores envolvidos:** Dra. Cláudia Vieira Mengarda, Prof. Dr. Eduardo Pandolfi Passos e Prof. Dr. Paulo Dornelles Picon.

### 2. Informações ao voluntário

**Justificativa e objetivos da pesquisa (esclarecer o voluntário sobre a finalidade da pesquisa):** Estamos traduzindo para o português um questionário para avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. Para verificar se este instrumento é válido aqui no Brasil precisamos testá-lo em pacientes com endometriose e verificar seus resultados.

**Procedimentos:** para ser incluída no estudo, nós perguntaremos a você sobre sua saúde geral, uso de medicações, cirurgias e responderá um questionário relacionado aos seus sentimentos na última semana. Estas informações servirão para vermos se você tem todas as características necessárias ao estudo. O que você terá de fazer a seguir é responder a outros dois questionários que se relacionam a diferentes aspectos da sua vida. Será necessário também o seu retorno em um período de 10 a 14 dias para responder novamente a um outro questionário.

**Ocorrência de efeitos indesejáveis:** como você somente terá que responder a perguntas de questionários, não haverá, a princípio, efeitos indesejáveis.

**Outros esclarecimentos:** as informações individuais, levantadas pela pesquisa, são confidenciais. Os resultados obtidos serão agrupados e expressos através de resultados numéricos, sem qualquer referência a elementos que possam identificar as pessoas que participaram do estudo.

A sua participação é voluntária, assim caso você não queira participar do estudo terá total liberdade para fazê-lo, sem que isso prejudique seu acompanhamento e tratamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Os médicos responsáveis pelo estudo estão à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida durante todo o andamento da pesquisa. Telefones de contato: 81238791 (Dra. Cláudia Vieira Mengarda), 2101-8752 (Dr. Paulo Dornelles Picon). O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela supervisão do projeto é o do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Telefone: 2101-8304).

### 3. Consentimento informado

Após ter sido informada sobre a justificativa e os objetivos dessa pesquisa, de forma clara e detalhada, conforme descrito acima, recebi informações específicas sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos e o que se espera da minha participação.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disto, terei liberdade de retirar meu consentimento de participação no estudo a qualquer momento, sem que isso prejudique futuros atendimentos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Também sei que todas as informações sobre a minha pessoa que forem utilizadas na pesquisa terão caráter confidencial, e só serão divulgadas agrupadas e de maneira que eu não possa ser identificada.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

	Nome por extenso em letra de forma	Assinatura
Voluntário		
Pesquisador		

## **Anexo 2 – FICHA CLÍNICA**

## Ficha Clínica

Tradução e Validação para o Português de um Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida em Endometriose – o EHP-30

Caso nº:	Registro do HCPA:	Data da primeira avaliação:     /     /
Nome:		
Data de nascimento:     /     /	Cor: [1] branca [2] negra [3] amarela [4] parda [5] outra	
Estado Civil: [1] solteira [2] casada [3] separada/divorciada [4] viúva [5] relacionamento estável		
Endereço Residencial:		
Bairro:	Cidade:	CEP:                     -
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone recados:
Escolaridade: [1] analfabeta [2] 1º grau incompleto [3] 1º grau completo [4] 2º grau incompleto [5] 2º grau completo [6] 3º grau incompleto [7] 3º grau completo		

Uso de MC: [1] sim [2] não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico de endometriose: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classificação revisada da ASRM: [1] Estádio I [2] Estádio II [3] Estádio III [4] Estádio IV

Uso de medicações para tratamento da endometriose: [1] sim [2] não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Outras doenças crônicas: [1] sim [2] não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Uso de medicações: [1] sim [2] não Se sim, qual: \_\_\_\_\_

Escore no BDI: \_\_\_\_\_

Escores no WHOQOL-bref:

Domínio físico:	Domínio psicológico:	Relações Sociais:	Meio Ambiente
-----------------	----------------------	-------------------	---------------

Escores no EHP-30 – Tempo 1

Central		
Dor:	Controle e impotência:	Bem estar emocional:
Suporte social:	Autoimagem:	
Modular		
Trabalho:	Relação sexual:	Relacionamento com criança:
Profissão médica:	Tratamento:	Infertilidade:

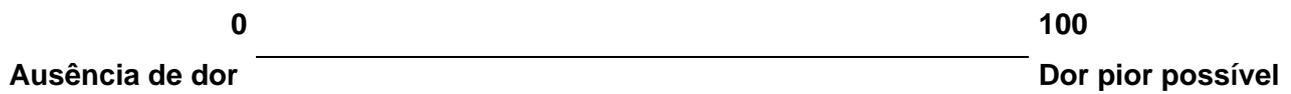
Escores no EHP-30 – Tempo 2

Central		
Dor:	Controle e impotência:	Bem estar emocional:
Suporte social:	Autoimagem:	
Modular		
Trabalho:	Relação sexual:	Relacionamento com criança:
Profissão médica:	Tratamento:	Infertilidade:

## **Anexo 3 – ESCALA ANÁLOGO-VISUAL**

## ESCALA ANÁLOGO-VISUAL DE DOR

Avalie o grau da sua dor. Para marcar, considere a linha como se fosse um termômetro, cujo zero representa ausência de dor e o 100 a pior dor possível. Marque claramente a linha com um traço vertical, lembrando que o grau da sua dor pode variar de zero a 100.



## **Anexo 4 – EHP-30 EM INGLÊS**



University of Oxford



National Endometriosis Society

## The Endometriosis Health Profile Questionnaire (EHP 30)

© Nuffield Department of Obstetrics & Gynaecology  
& Health Services Research Unit  
University of Oxford

In collaboration with The National Endometriosis Society

- 
- *This questionnaire has been developed to measure the effect endometriosis has upon a woman's quality of life.*
  - *Please answer all the questions.*
  - *We are aware that you may have had endometriosis for a long time. We also understand that how you feel now may be different to how you have felt in the past. However, please would you answer the questions only in relation to the effect that endometriosis has had on your life **during the last 4 weeks**.*
  - *There are no right or wrong answers, so please tick the answers which best represent your feelings and experiences.*
  - *Due to the personal nature of some of the questions please understand that you do not have to answer any questions if you would prefer not to.*
  - *The information and answers you give will be treated with the utmost confidentiality.*
  - *If you have any problems or would like any help or assistance with the completion of this questionnaire please contact xxxxxx who will be happy to help you.*
  - *Once you have completed the questionnaire please could you return it in the pre-paid envelope provided.*
  - *We would like to thank you very much in anticipation for taking the time to help us with this important research and we look forward to receiving your answers.*
  - *This research is being funded with an educational grant from Pharmacia, USA.*

---

EHP-30 Version 1.1 2002 © University of Oxford

## PART 1: CORE QUESTIONNAIRE

DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Been unable to go to social events because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
2. Been unable to do jobs around the home because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
3. Found it difficult to stand because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
4. Found it difficult to sit because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
5. Found it difficult to walk because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
6. Found it difficult to exercise or do the leisure activities you would like to do because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
7. Lost your appetite and/or been unable to eat because of the pain?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have ticked *one box for each question*  
before moving onto the next page

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
8. Been unable to sleep properly because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
9. Had to go to bed/lie down because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
10. Been unable to do the things you want to do because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
11. Felt unable to cope with the pain?	<input type="checkbox"/>				
12. Generally felt unwell?	<input type="checkbox"/>				
13. Felt frustrated because your symptoms are not getting better?	<input type="checkbox"/>				
14. Felt frustrated because you are not able to control your symptoms?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have ticked *one box for each question*  
before moving onto the next page

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
15. Felt unable to forget your symptoms?	<input type="checkbox"/>				
16. Felt as though your symptoms are ruling your life?	<input type="checkbox"/>				
17. Felt your symptoms are taking away your life?	<input type="checkbox"/>				
18. Felt depressed?	<input type="checkbox"/>				
19. Felt weepy/tearful?	<input type="checkbox"/>				
20. Felt miserable?	<input type="checkbox"/>				
21. Had mood swings?	<input type="checkbox"/>				
22. Felt bad tempered or short tempered?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have ticked *one box for each question*  
before moving onto the next page

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
23. Felt violent or aggressive?	<input type="checkbox"/>				
24. Felt unable to tell people how you feel?	<input type="checkbox"/>				
25. Felt others do not understand what you are going through?	<input type="checkbox"/>				
26. Felt as though others think you are moaning?	<input type="checkbox"/>				
27. Felt alone?	<input type="checkbox"/>				
28. Felt frustrated as you cannot always wear the clothes you would choose?	<input type="checkbox"/>				
29. Felt your appearance has been affected?	<input type="checkbox"/>				
30. Lacked confidence?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have ticked *one box for each question*  
before moving onto Part 2

## Part 2: MODULAR QUESTIONNAIRE

**Section A:** These questions concern the effect endometriosis has had on your work **during the last 4 weeks**.

If you have not been in paid or voluntary employment during the last 4 weeks please tick here  and move onto Section B.

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Had to take time off work because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
2. Been unable to carry out duties at work because of the pain?	<input type="checkbox"/>				
3. Felt embarrassed about symptoms at work?	<input type="checkbox"/>				
4. Felt guilty about taking time off work?	<input type="checkbox"/>				
5. Felt worried about not being able to do your job?	<input type="checkbox"/>				

**Section B:** These questions concern the effect endometriosis has had on your relationship with your child/children **during the last 4 weeks**.

If you do not have any children please tick here  and move onto Section C.

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Found it difficult to look after your child/children?	<input type="checkbox"/>				
2. Been unable to play with your child/children?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have *answered each section* before moving onto the next page

**Section C:** These questions concern the effect endometriosis has had on your sexual relationships during the last 4 weeks.

If you do not wish to answer, please tick here  and move onto Section D.

HOW OFTEN DURING THE LAST 4 WEEKS  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Experienced pain during or after intercourse? <i>If not relevant please tick here</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Felt worried about having intercourse because of the pain? <i>If not relevant please tick here</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Avoided intercourse because of the pain? <i>If not relevant please tick here</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Felt guilty about not wanting to have intercourse? <i>If not relevant please tick here</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Felt frustrated because you cannot enjoy intercourse? <i>If not relevant please tick here</i> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please check that you have *answered each section* before moving onto the next page

**Section D:** These questions concern your feelings **during the last 4 weeks** about the medical profession.

If this section is not relevant to you please tick here  and move onto Section E.

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Felt the doctor(s) you have seen is (are) not doing anything for you?	<input type="checkbox"/>				
2. Felt the doctor(s) think it is all in your mind?	<input type="checkbox"/>				
3. Felt frustrated at the doctor(s) lack of knowledge about endometriosis?	<input type="checkbox"/>				
4. Felt like you are wasting the doctor(s) time?	<input type="checkbox"/>				

**Section E:** These questions concern your feelings **during the last 4 weeks** about your treatment for endometriosis. Treatment means any surgery or **prescribed** medication for your endometriosis.

If this question is not relevant to you please tick here  and move onto Section F.

**DURING THE LAST 4 WEEKS HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Felt frustrated because treatment is not working?	<input type="checkbox"/>				
2. Found it difficult coping with the side effects of treatment?	<input type="checkbox"/>				
3. Felt annoyed at the amount of treatment you have had to have?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have *answered each section* before moving onto the next page

**Section F:** These questions concern your feelings **during the last 4 weeks** about any difficulties you might have conceiving.

If this section is not relevant to you please tick here  and move onto Part 3.

**DURING THE LAST 4 WEEKS, HOW OFTEN  
BECAUSE OF YOUR ENDOMETRIOSIS HAVE YOU.....**

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Felt worried about the possibility of not having children/more children?	<input type="checkbox"/>				
2. Felt inadequate because you may not/have not been able to have children/more children?	<input type="checkbox"/>				
3. Felt depressed at the possibility of not having children/more children?	<input type="checkbox"/>				
4. Felt that the possibility of not conceiving/not being able to conceive has put a strain upon your personal relationship?	<input type="checkbox"/>				

Please check that you have *answered each section* that applies to you before moving onto Part 3

## **Anexo 5 – EHP-30 EM PORTUGUÊS**

Iniciais:      Paciente nº:      Data:

## Questionário de Qualidade de Vida em Endometriose

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

### Parte 1: Questionário Central

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se isso não for importante marque aqui

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

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

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

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

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

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

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

Se esta pergunta não é importante para você marque aqui .

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

**Anexo 6 – Instrumento de Avaliação de Qualidade de  
Vida da Organização Mundial de Saúde - versão  
abreviada  
(WHOQOL-Bref)**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck  
Professor Adjunto  
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre – RS - Brasil

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	(4)	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1.	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2.	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3.	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4.	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5.	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6.	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7.	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8.	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9.	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10.	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11.	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13.	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14.	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15.	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16.	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20.	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21.	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24.	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26.	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?  
.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?  
.....

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Anexo 7 – Inventário de Depressão de Beck  
(BDI)**



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.  1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.  2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.  3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.  1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.  2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.  3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.  1 Não durmo tão bem como costumava.  2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.  3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.  1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.  2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.  3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.  1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.  2 Meu apetite é muito pior agora.  3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.  1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.  2 Perdi mais do que 5 quilos.  3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.  1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.  2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.  3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.  1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.  2 Estou muito menos interessado por sexo agora.  3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Score Total.