



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

RAIANA BONATTI DE SOUSA BOTÃO

ENDOMETRIOSE:
REFLEXÕES ANALÍTICO COMPORTAMENTAIS ACERCA DO
CONTEXTO DA DOENÇA

RAIANA BONATTI DE SOUSA BOTÃO

ENDOMETRIOSE:
REFLEXÕES ANALÍTICO COMPORTAMENTAIS ACERCA DO
CONTEXTO DA DOENÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Rita Zoéga Soares

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

botão, raiana bonatti de .

reflexões analítico comportamentais acerca do contexto da doença / raiana bonatti de botão. - Londrina, 2016.

117 f. : il.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Análise do Comportamento - Tese. 2. Endometriose - Tese. 3. Transtornos psicológicos - Tese. 4. psicologia da saúde - Tese. I. Zoéga Soares, Maria Rita. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

RAIANA BONATTI DE SOUSA BOTÃO

ENDOMETRIOSE:
REFLEXÕES ANALÍTICO COMPORTAMENTAIS ACERCA DO
CONTEXTO DA DOENÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, da Universidade estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^ª. Dr^ª. Marcia Cristina Carseta gon
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Luc Vandenberghe
Universidade Católica de Goiás - UCG

Londrina, 31 de Outubro de 2016.

Dedico este trabalho as mulheres que sofrem com a endometriose e com o contexto de desconhecimento e desvalidação da doença e aos profissionais que de diferentes áreas que buscam amenizar esse sofrimento.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a todas as mulheres que foram corajosas o bastante – mesmo com uma grande história de desvalidação por profissionais de diferentes áreas – para falar comigo sobre a sua dor. O seu sofrimento embasou todo o meu trabalho e a possibilidade de tocar a vida e a resiliência de vocês de algum modo foi o combustível para esse mestrado. Sem vocês, ele não existiria. Obrigada.

Mamãe, você sempre foi o espelho de Deus na minha vida. Obrigada por sempre estar à porta da voz dele e a pessoa que ELE me mandou para nunca desistir. Obrigada pelas asas que me deu, tanto por modelo como por incentivo. Todas as minhas conquistas serão, sempre, suas.

Andressa, Deus na sua infinita bondade, me mandou um outro porta-voz. ELE acolheu as orações da minha vida inteira e me enviou você. A sua luta me inspira. A sua presença me dá paz. A segurança da nossa amizade é o ‘solo’ que permite que os outros alicerces se ergam. Com o mestrado não é diferente. Esse é um alicerce que, com toda a certeza, está se fundando no solo fértil da nossa amizade. Obrigada por ficar e por acreditar, quando eu não acreditei. E obrigada por insistir, até que eu acreditasse. Você é a minha pessoa.

Vó, pai, tios, tias, primos...vocês me inspiram e me dão a sensação de ‘lar’. Obrigada por, diversas vezes, terem sido o meu aconchego e a minha paz, no meio de tantas tribulações. A força de vocês me inspira.

Ne, Buzz e Catarina, “é possível que lar seja uma pessoa, e não um lugar?”, sim, É POSSÍVEL. É possível que lar seja uma pessoa, dois cachorros e todos os outros seres que surgirem a partir disso. Chegar em casa todos os dias e ver o brilho no olhar de quem eu sei que acredita em mim, é o que faz os meus olhos voltarem a brilhar, não importa o que aconteça. A vocês, palavras não são suficientes para agradecer. Como reflexo disso, obrigada

Nata, Tio, Tia, vovó, May, Bibi's, Pipi's, Tide, Geraldo, Etelvina, amora, Ohana. Vocês de algum modo mudaram o sentido desse mestrado para mim. Obrigada.

Thales, você precisa estar aqui. Obrigada por ter sido o incentivador principal para que eu começasse isso. Você sempre foi um exemplo bom a se seguir. Ro, Shi, Mari, Isa...tem um pedacinho de vocês nessa conquista, obrigada.

Maria Rita, obrigada pela oportunidade de trabalhar em algo que, com o tempo, passei a apreciar tanto. Giu, Gabi, Hellen e Rita, muito obrigada por entrarem conosco nessa jornada. Vocês foram partes fundamentais desse processo. Muito obrigada. Josynha, o que dizer de você? Esse seu coração enorme, inteligência surpreendente e garra me fizeram seguir quando eu não acreditava mais. Nunca vou ser capaz de te agradecer. Mat, você esta comigo em todas as minhas conquistas...obrigada por me inspirar e por ser minha paz, quando eu preciso.

Professor Luc, obrigada pela paciência, dedicação e dicas tão valiosas. Além disso, obrigada por tantos trabalhos relevantes que me inspiram e me fazem ver além.

Zilah, você é minha primeira mestra. Obrigada pela modelação e modelagem. Esses olhos que acreditam e essa garra que incentiva...sou mais que sortuda por ter tido a oportunidade de aprender tão de perto com você. Aline, obrigada por permitir que a nossa relação fosse fonte de mudança. Nada como aprender na prática.

“ – Professor, isso é real ou está acontecendo apenas na minha mente?

- É claro que esta acontecendo na sua mente, Harry, mas por que isso significa que não é real?”

(Harry Potter)

Sobre a importância da validação no contexto da doença, seja ela mental ou de outros órgãos.

BOTÃO, Raiana Bonatti de Sousa. **Endometriose: Reflexões analítico comportamentais** acerca do contexto da doença. 2016. 117f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A endometriose é uma ginecopatía crônica e progressiva que atinge mulheres em idade reprodutiva. Caracteriza-se pela presença de endométrio fora do útero, o que pode provocar reações inflamatórias e/ou lesões no aparelho reprodutor. Os sintomas estão relacionados à dispareunia, dificuldade para engravidar, sangue na urina e nas fezes, dor e diarreia. A literatura indica escassez de trabalhos publicados que estabeleçam relação entre a doença e intervenções psicológicas. O objetivo do estudo foi identificar aspectos comportamentais relacionados a mulheres com o diagnóstico de endometriose. A partir de um questionário, foi levantada a percepção de médicos especialistas sobre o assunto. Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram categorizados em: a) padrões comportamentais; b) queixas frequentes; c) comportamentos que favorecem a condução do caso; d) comportamentos que prejudicam; e e) impacto da doença. Relatos dos profissionais indicaram demora na obtenção do diagnóstico, sintomas físicos e emocionais, baixa qualidade de vida e necessidade de vínculo profissional-paciente como requisito para a adesão ao tratamento. Foi identificado que pacientes com endometriose apresentavam com frequência padrão comportamental que evidenciava considerável sofrimento. O estudo demonstrou a necessidade de elaboração de estratégias de intervenção psicológica direcionado ao atendimento dessas pacientes.

Palavras Chave: Endometriose. Comportamento. Intervenção. Psicologia.

BOTÃO, Raiana Bonatti de Sousa. **Endometriosis: Behavioral aspects presented by women diagnosed with disease.** 2016. 117p. Dissertation (Master degree in Behavior Analysis) Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic and progressive gynecopathy that affects women of reproductive age. It is characterized by the presence of the endometrium outside the uterus, which may cause inflammations and/or lesions in the reproductive system. The symptoms are related to dyspareunia, difficulty to become pregnant, blood in urine and faeces, pain and diarrhea. The literature indicates lack of published studies that do relation between the disease and the psychological interventions. The aim of this study was to identify behavioral aspects related a women diagnosed with endometriosis. From a questionnaire, it observed the perception of medical specialists about the subject. The data obtained were categorized into: behavioral patterns; frequent complaints; behaviors that could favor the progress of the case; behaviors that could undermine; and impact of the disease. The reports of the professionals indicated that was slow to the patients in getting the correct diagnosis, the most frequent physical and emotional symptoms reported little quality of life and need for professional-patient relationship as a requirement for adherence to treatment. It was identified that endometriosis patients showed often a behavior pattern which has considerable suffering. The study showed the need for development of psychological intervention strategies as an alternative to support these patients.

Keywords: Endometriosis. Behavior. Intervention. Psychology.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
<i>Participantes</i>	24
<i>Instrumento</i>	24
<i>Procedimento</i>	25
Resultados	27
Discussão	29
Conclusão	32
Referências	34
Endometriose: Uma Reflexão Analítico-Comportamental Acerca De Transtornos Psicológicos	38
RESUMO	38
1.1 Endometriose: Sintomas, diagnóstico e tratamento.....	40
1.2. Endometriose e a relação com transtornos psicológicos	44
Endometriose: Contribuições analítico comportamentais acerca dos conceitos de Depressão e Ansiedade.	48
Contribuições analítico comportamentais para a compreensão da endometriose	59
Considerações finais	65
REFERÊNCIAS	67
Endometriose: contribuições da Análise do Comportamento a partir do relato verbal de pacientes sobre o enfrentamento da enfermidade e do tratamento	70
RESUMO	70
Introdução	72
A pesquisa em psicologia da saúde: uma metodologia possível em Análise do Comportamento	75

Método	79
Recursos materiais.....	82
<i>Roteiro de entrevista semiestruturada para as participantes</i>	82
3.5. Recursos Humanos	82
Procedimento.....	82
<i>1ª Etapa: revisão bibliográfica</i>	82
<i>2ª etapa: entrevistas individuais</i>	83
<i>3ª etapa: análise dos dados</i>	85
Resultados e discussão	87
Considerações finais.....	106
Referências	109
APÊNDICES	112
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO	115
APÊNDICE C - Entrevista semiestruturada.....	116

APRESENTAÇÃO

Os pressupostos filosóficos são para uma ciência análogos funcionalmente a placas para uma rodovia: ambos apresentam instruções que direcionam e fundamentam – seja o cientista ou o motorista – durante o seu percurso em direção a um destino final. No caso da ciência do Comportamento, os preceitos do Behaviorismo Radical, tem respaldado os cientistas dessa área de conhecimento quanto a sua atuação em diferentes contextos da psicologia – experimental, aplicada e clínica. Nesse caso, o ‘destino final’ (se é que ele existe) seria a possibilidade de descrição, explicação e predição de fenômenos comportamentais (Tourinho, 2003). O que alicerça a ação desses profissionais em campos distintos é o embasamento nos preceitos Behavioristas Radicais e o Comportamento Humano como objeto de estudo. E quais são os preceitos filosóficos que fundamentam a atuação dos que se nomeiam Analistas do Comportamento?

Para responder essa pergunta, faz-se necessário discorrer brevemente sobre o desenvolvimento do Behaviorismo Radical. O primeiro conjunto de ações denominado de Behaviorismo é distante em termos de fundamentos epistemológicos do que atualmente denomina-se de Behaviorismo Radical. Watson foi um dos primeiros cientistas a opor-se ao mentalismo e introspeccionismo e, ao assumir essa oposição, postulou dois critérios que fundamentaram sua atuação científica: (1) eventos não observáveis – que não são públicos – não existem e; (2) que a ciência só pode estudar aquilo que é observável (Hayes, 1987). Ao adotar essa postura, Watson abriu possibilidades opostas as visões mentalistas que preponderavam na época e influenciou a prática de diversos psicólogos. Ao mesmo tempo, gerou muitas discussões e inimizades ao que chamou de Behaviorismo, uma vez que negava a possibilidade de análise de sentimentos e pensamentos. Basicamente, a partir dessa visão de objeto de estudo, só poderia ser estudado por uma ciência do comportamento os eventos que

pudessem ser observados e apresentassem concordância pública sobre determinado evento (Baum, 2006).

Em contrapartida a essa posição inicial, Skinner defendeu que o fato de alguns comportamentos serem observáveis apenas a uma pessoa (o indivíduo que sente, por exemplo), não faz dele uma entidade mental ao mesmo tempo que não impossibilita sua análise pautada em preceitos científicos. Ao contrário, sustentou que a dificuldade para os analisar devia-se a um problema de acesso, não se tratando de comportamentos oriundos de mundos fisicamente diferentes (Skinner, 1974/2006). Segundo o mesmo autor, uma dor de dente possui as mesmas propriedades físicas que uma máquina de escrever ou de qualquer outro evento observável (Skinner, 1945). Assim, postulou que o que caracterizava a possibilidade de uma ciência do comportamento era o desenvolvimento de termos e conceitos que permitissem explicações verdadeiramente científicas.

Apesar das divergências, os estudos e premissas postuladas por Watson abriram caminho para o desenvolvimento de uma ciência natural do comportamento dentro da psicologia (Baum, 2006). Assim, iniciou-se o desenvolvimento do Behaviorismo Radical: um conjunto de princípios que divergem do Behaviorismo de Watson no que tange os objetos passíveis de análise científica, mas que foi possível graças aos caminhos abertos pela proposta filosófica anterior.

Assim, é possível voltar a pergunta inicial e discorrer sobre os princípios filosóficos que fundamentam a atuação dos Analistas do Comportamento. Primeiramente, é possível pontuar quatro pontos fundamentais da filosofia Behaviorista Radical: ela é fundamentada no monismo, contextualismo, Funcionalismo e pragmatismo (Hayes, 1987; Baum 2006). Essa filosofia é designada monista uma vez que não recorre a explicações mentalistas ou de origem diferentes do mundo físico: todos os comportamentos, sejam eles publicamente observáveis ou não, são

passíveis de análise a partir dos mesmos preceitos. Isso revoga o problema do mentalismo, que defendia a existência de uma entidade mental para além do mundo físico, ao mesmo tempo em que apresenta uma resposta às críticas feitas ao Behaviorismo de Watson. Desse modo, o Behaviorismo Radical é monista, mas inclui o mundo da experiência privada, diferenciando os eventos privados dos públicos somente por uma questão de acesso. (Para uma discussão aprofundada sobre eventos públicos e privados ler Skinner 1945).

No que tange a adoção de uma análise contextualista, isso significa que o comportamento só é compreendido a partir de um contexto. Ao adotar como definição de comportamento a interação entre o indivíduo e o ambiente, o mesmo só pode ser entendido diante da análise das variáveis ambientais na presença das quais foi emitido. A palavra contexto pode ser análoga ao conceito de contingências, que designa a relação de dependência entre os eventos ambientais e a resposta de um indivíduo (Hayes, 1987). Diz-se que há uma relação de contingência quando uma mudança ambiental ocorre após e somente se uma resposta do indivíduo for emitida (Andery & Serio, 2007). Todorov (1985) postula que a descrição “Se....então” pode ser utilizada para verificar a existência de dependência entre respostas.

Outro termo constantemente atrelado ao Behaviorismo Radical é o Funcionalismo. Tal conceito estabelece a relação funcional do comportamento com os eventos no espaço e tempo que antecedem ou sucedem o comportamento durante a história de vida do indivíduo (Hayes, 1987). Assim, o critério de normalidade para a Análise do Comportamento é diferente daquele adotado por outras ciências uma vez que, ao analisar uma ação do indivíduo dentro de um contexto e a partir de uma relação funcional com os eventos ambientais, um comportamento não pode ser considerado anormal ou errado (Gongora, 2003). Diz-se que um indivíduo faz o que aprendeu a fazer durante a sua história de vida e que, em alguns momentos, essas respostas deixam de ter como consequências mudanças ambientais consideradas fortalecedoras de uma resposta, o que pode trazer sofrimento a pessoa que se comporta ou aos indivíduos ao redor. A

compreensão contextualista e funcional do comportamento são de extrema relevância e fundamenta a atuação de profissionais em diferentes áreas da Psicologia.

No que tange a adoção de uma corrente filosófica como critério de utilidade dos dados, o Behaviorismo Radical se conforma à tradição filosófica conhecida como pragmatismo. A palavra pragmatismo deriva da raiz ‘prático’ e diz respeito a uma corrente filosófica que defende que a força da investigação científica reside no que ela nos permite conhecer a respeito do universo sob o qual atuamos. Assim, a maior contribuição da ciência é que essa torna a nossa experiência compreensível, ou seja, nos permite atuar de modo mais útil sobre a parcela da realidade com a qual entramos em contato (Baum, 2006).

Além do critério de utilidade, o pragmatismo equipara a verdade quanto ao poder explicativo de uma descoberta científica. Desse modo, a busca por uma verdade final e absoluta não condiz com os preceitos do pragmatismo, que lida com explicações mais ou menos verdadeiras, de acordo com o que cada uma delas nos permite conhecer de nossa experiência (Baum, 2006). O fato de uma ciência do comportamento permitir que os organismos conheçam as variáveis das quais o seu comportamento é função e, desse modo, lidem melhor com a parcela do mundo na qual atuam é uma explicação mais verdadeira do que o mentalismo, por exemplo, que atribui uma parte dos comportamentos do organismo a um mundo ‘inconsciente’ e “imaterial”, portanto inacessível e irrefutável.

Além dos quatro aspectos descritos até aqui para caracterizar o Behaviorismo Radical, a filosofia da Análise do Comportamento apresenta influências da teoria Darwinista de evolução das espécies. A partir dos subsídios de Darwin acerca da origem das espécies, Skinner discorreu, em analogia a ela, sobre a evolução do comportamento que é compreendida enquanto resultado de três processos seletivos: (1) Filogênese, resultado da história do desenvolvimento da espécie; (2) Ontogênese, resultante da história única de cada organismo e; (3) Cultural, que

se refere a seleção dos comportamentos da sociedade. Desse modo, as ações do organismo são compreendidas como produto de três contingências de seleção (Skinner, 1987/1981).

Ao escrever sobre a evolução do comportamento, Skinner (1987) pontua algumas hipóteses iniciais sobre a emissão de novos comportamentos por determinado organismo: Imitação e Modelação; Condicionamento Respondente e; Condicionamento Operante. A Imitação corresponde a “se comportar como outro organismo está se comportando, sem nenhuma razão ambiental alternativa (...)” (p. 3). Com o desenvolvimento desse processo poderia evoluir a modelação, que corresponde a possibilidade de um organismo começar a emitir determinado comportamento a partir de um modelo.

Os processos anteriormente descritos dão possibilidades para um organismo emitir apenas comportamentos já adquiridos pela espécie. Assim, a descrição de outros processos de interação do indivíduo com o ambiente é necessária para a compreensão da aprendizagem de comportamentos. O condicionamento respondente ocorre quando um estímulo ambiental considerado neutro é pareado (apresentado repetidas vezes contiguamente) com um estímulo que elicia determinada resposta (em termos de reflexos), passando a eliciar essa resposta (Staats & Staats, 1973). Em termos de evolução, esse tipo de condicionamento só tem valor de sobrevivência se for seguido pelo reflexo incondicionado (Skinner, 1987).

O condicionamento operante, por sua vez, refere-se à explicação de que os estímulos ambientes que acompanham determinado comportamento, ou seja, as consequências, afetam a ocorrência futura de uma resposta. Quando tais consequências aumentam a probabilidade futura de uma resposta, trata-se do princípio de reforçamento. Estímulos que possuem tal função são chamados de estímulos reforçadores positivos. Outros eventos ambientais podem aumentar as chances de ocorrências futuras de uma resposta quando sua remoção se segue logo após a emissão dessa resposta, sendo denominados estímulos reforçadores negativos (Staats & Staats,

1973). Segundo Skinner (1987) “Comportamo-nos de determinada maneira, tanto porque somos membros de uma dada espécie, como porque vivemos num mundo em que certas contingências de reforçamento prevalecem” (p. 5).

Baum (2006) aponta a relevância da teoria da evolução sob dois aspectos principais: a influência genética derivada da história de evolução da espécie e um modelo de explicação histórica que se aplica ao conceito de comportamento operante. O primeiro aspecto é relacionado ao tipo de seleção filogenética apontado anteriormente, enquanto o segundo aborda conceitos relevantes da Análise do Comportamento: comportamento operante, história de reforçamento e punição. O comportamento operante recebeu esse nome pois diz respeito ao comportamento de um organismo que ‘opera’ sobre o meio, modificando-o e sendo modificado por ele (Skinner, 1979/2003). Esse processo remete a interação contínua entre o indivíduo e o meio em que vive, que é base para a compreensão do que é comportamento dentro dessa filosofia. Uma contribuição relevante do conceito de operante é o processo de seleção pelas consequências atrelado a ele. A ação de um indivíduo tem chances maiores ou menores de ser emitida novamente dependendo do tipo de alteração ambiental que produz, a que da-se o nome de consequências. Se a resposta produzir uma alteração ambiental considerada como um estímulo reforçador, a tendência é que a frequência de emissão dessas respostas aumente; se produzir um estímulo considerado punidor, a probabilidade é que a taxa de resposta decaia (Andery & Sérgio, 2007). A história de reforço e punição é análoga a história de seleção natural, exceto que a primeira opera sobre um tipo de comportamento durante a vida de um organismo e a segunda age sobre as espécies (Baum, 2006).

A partir do exposto é possível conhecer os princípios que regem a filosofia que suporta uma ciência do comportamento. Como filosofia, ela aborda aspectos sobre porque fazemos o que fazemos e o que devemos ou não fazer. Oferece uma visão alternativa que pode ir contra o

pensamento tradicional sobre o agir, já que as visões tradicionais não são pautadas na ciência. O behaviorismo evoluiu ao longo das décadas e atualmente é embasado na ideia de que é possível uma ciência do comportamento e que o comportamento, como qualquer objeto de estudo científico, é ordenado, pode ser explicado e previsto desde que se tenham os dados necessários e pode ser controlado desde que se tenham os meios precisos (Baum 2006).

Embasado nos pressupostos analíticos comportamentais, o presente estudo objetiva utilizar esses princípios para descrever variáveis ambientais presentes no contexto da endometriose que podem servir como antecedentes e/ou consequentes para a emissão de determinados comportamentos. Para tanto, o trabalho está organizado no formato de três artigos que acompanham a cronologia da elaboração do mesmo. Tal decisão embasou-se na disponibilidade das informações direcionada à diferentes profissionais, de diversas áreas de atuação, bem como pacientes que buscam compreender aspectos comportamentais relacionados a doença.

O primeiro artigo, intitulado "Aspectos comportamentais apresentados por mulheres com o diagnóstico de endometriose" foi elaborado em parceria com participantes do grupo de pesquisa "Análise do Comportamento e Endometriose", do programa de Mestrado em Análise do Comportamento da UEL: Giuliane Inocente, Gabriela Serizawa e Hellen Mello. Esse teve como objetivo identificar padrões de comportamentos apresentados por pacientes com a enfermidade a partir de duas fontes de informações: a literatura pertinente e o relato de médicos especialistas.

O segundo artigo, "Endometriose: uma reflexão analítico-comportamental acerca de transtornos psicológicos" apresenta reflexões embasadas na Análise do Comportamento acerca da presença de respostas relacionadas a depressão e a ansiedade em mulheres com o referido diagnóstico. Pretendeu-se abordar dados de pesquisas que enfocam tal incidência, definição de

depressão e de ansiedade para a Análise do Comportamento e a posterior análise de contexto da enfermidade a partir de dados apontados na literatura.

O terceiro artigo, denominado “Endometriose: contribuições da Análise do Comportamento a partir do relato verbal de pacientes sobre o enfrentamento da enfermidade e do tratamento” apresenta a análise de relatos de portadoras da doença a partir da perspectiva comportamental. Foram entrevistadas oito participantes e utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada, oriunda dos dados coletados nos trabalhos anteriores. A análise do conteúdo foi embasado na “The Grounded Theory”, metodologia que permitiu uma análise sistemática, indutiva e contextual do dados. Com isso, tem-se como objetivo a análise dos contextos dessas pacientes e comparação com a literatura pertinente.

O presente trabalho busca apresentar uma análise objetiva e a identificação de variáveis e de comportamentos, com o intuito de auxiliar na compreensão de padrões comportamentais presentes em tal contexto e embasar trabalhos na área de intervenção. Pretende-se possibilitar uma atuação mais efetiva de profissionais que atuam na área e que pacientes possam compreender melhor o comportamento e atuar sobre variáveis de controle.

Aspectos comportamentais apresentados por mulheres com diagnóstico de endometriose

RESUMO

A endometriose é uma ginecopatía crônica e progressiva que atinge mulheres em idade reprodutiva. Caracteriza-se pela presença de endométrio fora do útero, o que pode provocar reações inflamatórias e/ou lesões no aparelho reprodutor. Os sintomas estão relacionados à dispareunia, dificuldade para engravidar, sangue na urina e nas fezes, dor e diarreia. A literatura indica escassez de trabalhos publicados que estabeleçam relação entre a doença e intervenções psicológicas. O objetivo do estudo foi identificar aspectos comportamentais relacionados a mulheres com o diagnóstico de endometriose. A partir de um questionário, foi levantada a percepção de médicos especialistas sobre o assunto. Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram categorizados em: a) padrões comportamentais; b) queixas frequentes; c) comportamentos que favorecem a condução do caso; d) comportamentos que prejudicam; e e) impacto da doença. Relatos dos profissionais indicaram demora na obtenção do diagnóstico, sintomas físicos e emocionais, baixa qualidade de vida e necessidade de vínculo profissional-paciente como requisito para a adesão ao tratamento. Foi identificado que pacientes com endometriose apresentavam com frequência padrão comportamental que evidenciava considerável sofrimento. O estudo demonstrou a necessidade de elaboração de estratégias de intervenção psicológica direcionado ao atendimento dessas pacientes.

Palavras Chave: endometriose; comportamento; intervenção; psicologia.

Behavioral aspects presented by women diagnosed with endometriosis

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic and progressive gynecopathy that affects women of reproductive age. It is characterized by the presence of the endometrium outside the uterus, which may cause inflammations and/or lesions in the reproductive system. The symptoms are related to dyspareunia, difficulty to become pregnant, blood in urine and faeces, pain and diarrhea. The literature indicates lack of published studies that do relation between the disease and the psychological interventions. The aim of this study was to identify behavioral aspects related a women diagnosed with endometriosis. From a questionnaire, it observed the perception of medical specialists about the subject. The data obtained were categorized into: behavioral patterns; frequent complaints; behaviors that could favor the progress of the case; behaviors that could undermine; and impact of the disease. The reports of the professionals indicated that was slow to the patients in getting the correct diagnosis, the most frequent physical and emotional symptoms reported little quality of life and need for professional-patient relationship as a requirement for adherence to treatment. It was identified that endometriosis patients showed often a behavior pattern which has considerable suffering. The study showed the need for development of psychological intervention strategies as an alternative to support these patients.

Keywords: endometriosis; behavior; intervention; psychology.

A endometriose é uma ginecopatía que acomete um grande número de mulheres. Acredita-se que a incidência média pode variar em torno de 10% da população feminina em idade reprodutiva. A doença se manifesta por meio da presença de endométrio fora do útero e é caracterizada como crônica e progressiva. Pode provocar reações inflamatórias e/ou lesões no aparelho reprodutor e, como resultado, o aparecimento de dores e de infertilidade. A maior incidência da doença se deve a uma menarca mais precoce, um menor número de gestações e a gestação mais tardia, o que implica em um maior número de menstruações (Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta, 2002).

O tratamento da endometriose é realizado por meio de cirurgia e a utilização de medicamentos pode auxiliar na redução de sintomas. Dependendo do local em que o endométrio se encontra há alguns sintomas específicos, os mais comuns são a dispareunia (dores nas relações sexuais) e dificuldade para engravidar. A prevalência de endometriose em pacientes inférteis varia de 30 a 40% dos casos. Por outro lado, algumas mulheres não identificam qualquer sintoma (Abdelmassih, 2000).

A infertilidade é definida como ausência de gravidez após um ano de atividade sexual regular sem práticas de anticoncepção. Mulheres inférteis descrevem o diagnóstico e o tratamento para a infertilidade como uma das experiências mais perturbadoras de suas vidas. Há um aumento da prevalência de sintomas psicológicos em mulheres inférteis em comparação com mulheres férteis (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993). Esses autores também compararam o impacto psicológico da infertilidade com pacientes apresentando outras condições médicas crônicas, tais como câncer e hipertensão, mostrando que o sofrimento psicológico associado à infertilidade era semelhante aos de outras condições médicas graves (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993).

Alguns fatores psicológicos recorrentes em mulheres com endometriose são os sintomas de depressão e de ansiedade (Abdelmassih, 2000; Zhao, Wu, Zhou, Wang, Zhu & Chen, 2012).

Também constatou-se um padrão comportamental relacionado ao estresse, ao perfeccionismo, ao egocentrismo, além de um padrão físico de magreza e um elevado coeficiente intelectual (Abdelmassih, 2000).

Eventos estressantes podem provocar mudanças temporárias ou permanentes no organismo. Tais alterações podem modificar as condições do sistema imunológico, prejudicando as defesas do organismo e aumentando a suscetibilidade a doenças, o que pode desencadear dor e influenciar áreas relacionadas a aspectos emocionais e sociais do indivíduo (Matta & Muller, 2006). Mulheres com vidas estressantes e agitadas têm maior propensão a endometriose (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010). Nesta condição, seria importante identificar se o estresse já estava presente ou surgiu após o diagnóstico da doença (Garalejic, Bojovic-Jovic, Damjanovic, Arsic, Pantic & Turjacanin-Pantelic, 2010).

A dor crônica é um dos sintomas que acomete pacientes com endometriose. A dor pélvica é uma queixa apresentada por aproximadamente 3,8% das mulheres entre 15 e 73 anos, sendo que 60 a 70% dessas possuem endometriose. A dor pélvica crônica é definida como sendo não menstrual e/ou não cíclica, com duração maior que seis meses e com intensidade a ponto de interferir em atividades cotidianas (Roth, Punch & Bachman, 2011). Apesar dos tratamentos para alívio da dor serem eficazes, a taxa de recorrência é significativa, o que indica a necessidade do desenvolvimento de novas abordagens para a sua gestão (Low, Edelman & Sutton, 1993; Peveler, Edwards, Daddow & Thomas, 1996; Caldeira, Noronha, Oliveira & Amorin, 2008; Mendes & Figueiredo, 2012; Carey, Martin, Siedhoff, Bair & As-Sanie, 2014). A dor pode ser uma variável importante para o desenvolvimento de aspectos psicológicos como a depressão, o estresse e a ansiedade (Eriksen, Gunnarsen, Sorensen, Munk, Nielsen & Knudsen, 2008; Denny, 2009).

Os sintomas da endometriose podem comprometer o cotidiano das mulheres. Por não se sentirem compreendidas quanto à intensidade da dor, podem ter problemas no âmbito familiar,

social e profissional (Herbert, Lucke & Dobson, 2015; Culley, Law, Hudson, Denny, Mitchell & Baumgarten, 2015; Graaf, D'Hooghe, Dunselman, Dirksen & Hummelshoj, 2013; Fourquet, Báez, Figueroa, Iriarte & Flores, 2011; Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz & Forman, 2013; Gilmour, Huntington & Wilson, 2008). Além disso, podem se sentir limitadas a participar de atividades laborais e de lazer (Mengarda, Passos, Picon, Costa & Picon, 2008). A queixa de dor ou de perda de fertilidade pode se manter, mesmo após se submeterem a diversas intervenções. Tal condição costuma gerar desgaste emocional devido ao longo período entre o início dos sintomas, o diagnóstico preciso e as várias tentativas de tratamento (Lorençatto et al, 2007; Matta & Muller, 2006). Além do desgaste emocional, alguns autores apontam o desgaste na vida econômica dessas pacientes na busca por um diagnóstico e alívio dos sintomas (Spigolon, Amaral & Barra, 2012).

O referido quadro também pode levar a uma piora na qualidade de vida (Marques, Bahamondes, Aldrighi & Petta, 2004; Oehmke, Weyand, Hackethal, Konrad, Omwandho & Tinneberg, 2009). É comum que tais pacientes tenham que se submeter a vários exames e consultas até receberem o diagnóstico correto, sendo que, nesse percurso, os sintomas podem ser confundidos com outras patologias. Diante disso, a comunicação do diagnóstico pode ser um alívio para a paciente, pois explica sua condição. Além do alívio, na recepção do diagnóstico podem estar presentes sentimentos relacionados a insegurança, ansiedade, tristeza e medo (Matta & Muller, 2006).

O apoio do companheiro e da família, além do apego a fé religiosa foram condições evidenciadas como favoráveis pelas mulheres com endometriose. Os parceiros também relatam sentir ansiedade e desamparo diante da busca pelo diagnóstico e tratamento. Parceiros que apresentam um repertório de apoio e aceitação para com as parceiras relatam crescimento no relacionamento e, conseqüentemente, diminuição da sobrecarga emocional. O profissional de

saúde deve promover e incentivar a aceitação da doença, fornecer informações claras e trabalhar com condições relacionadas à empatia entre pacientes e familiares (Vila et al, 2010).

Um estudo apontou indicativos de desgaste emocional em pacientes com endometriose em função do contexto de busca pelo diagnóstico e tratamento, destacando a relevância de acompanhamento psicológico concomitantemente ao tratamento médico para mulheres acometidas pela doença (Lorençatto et al, 2007). Acredita-se ser primordial estabelecer a relação entre aspectos emocionais, e a endometriose (Matta & Muller, 2006; Sepulcri, 2005). O acompanhamento psicoterápico para mulheres nessa condição propicia uma maior atenção para as queixas físicas e emocionais, maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, resultados mais efetivos (Matta & Muller, 2006). Também se faz necessário uma intervenção multiprofissional e um tratamento individualizado para essas pacientes, visto que os sintomas são específicos e o tratamento busca sua redução para que possam retomar as atividades de rotina, laborais e à vida familiar (Caldeira et al, 2008).

O estresse psicológico pode influenciar nas condições dolorosas de diversas enfermidades. Assim, espera-se que modalidades psicoterápicas que trabalham com o manejo do estresse possam aliviar as manifestações de dor crônica em mulheres com endometriose (Vila et al, 2010). A avaliação e a intervenção psicológica podem auxiliar o médico no planejamento e na condução do caso, uma vez que o diagnóstico de depressão ou de outra comorbidade psiquiátrica pode interferir na intensidade dos sintomas e na adesão ao tratamento (Caldeira et al, 2008).

Grupos terapêuticos podem auxiliar nessa modalidade de intervenção, pois possuem a finalidade de fornecer apoio, informação e troca de experiências. O grupo possibilita o contato entre mulheres acometidas pela mesma patologia. Tal condição influencia na aquisição de repertório comportamental relacionado à empatia, diminuição das expectativas negativas

geradas pela enfermidade, redução nos escores de dor e diminuição dos sintomas relacionados à depressão (Lorençatto et al, 2007; Matta & Muller, 2006).

A presente pesquisa teve caráter exploratório com a finalidade de levantar e esclarecer conceitos para a formulação de um problema ou hipótese que subsidiará estudos posteriores (Gil, 2008). Em função da demanda levantada por médicos especialistas no tratamento da endometriose, investigou-se a percepção desses sobre o padrão comportamental dessas pacientes. O contato com esses profissionais, no presente estudo, justifica-se pela mediação social desses no tratamento e manejo da Endometriose assim como a importância da parceria entre a medicina e a psicologia no contexto da saúde. Tais informações podem auxiliar na confirmação e posterior compreensão de características comuns a essas pacientes apontadas na pesquisa bibliográfica. A partir disso, espera-se elaborar estudos futuros que possibilitem a identificação de variáveis ambientais comuns à emissão de tais comportamentos.

Método

Participantes

Participaram desse estudo cinco médicos, sendo dois especialistas em medicina diagnóstica e três em ginecologia e obstetrícia que atuam em cidades do norte do estado do Paraná. Todos os participantes atendem pacientes diagnosticadas com endometriose.

Instrumento

Foi utilizado um questionário aberto, elaborado especificamente para o estudo, que continha as seguintes questões:

- 1) Na sua prática clínica você percebe a existência de algum padrão comportamental/emocional em pacientes com endometriose?
- 2) Quais seriam as queixas emocionais comuns apresentadas por essas clientes?
- 3) De forma geral, a paciente com endometriose é mais exigente? Se sim, isto lhe causa algum desconforto?

4) Segundo sua experiência, quais as consequências que este diagnóstico traz para a vida pessoal da paciente? O quanto o cônjuge é afetado por este problema?

5) Quais são os comportamentos das pacientes que podem prejudicar a condução do caso? Quais os comportamentos que podem favorecer?

O Instrumento foi elaborado a partir da leitura e fichamento dos artigos recuperados na revisão bibliográfica apresentada no tópico abaixo. As questões foram formuladas a partir da identificação dos principais temas presentes nos trabalhos encontrados.

Procedimento

Foi realizado um levantamento bibliográfico com as palavras chaves “endometriose and psicologia”, “endometriose and saúde” e “endometriose and grupos de apoio” e as mesmas palavras traduzidas para o inglês. A busca foi feita nos seguintes periódicos eletrônicos: Scielo, Pepsic, Lalics, Index Psi Teses, Scienc Direct e Pubmed, com o intuito de identificar algum padrão comportamental já reconhecido na literatura. Foram recuperados os trabalhos que envolviam equipes multidisciplinares, ou seja, autores que atuassem em diferentes áreas da saúde. No campo da psicologia foram selecionados os estudos que abordavam aspectos psicológicas de mulheres com endometriose.

A segunda etapa consistiu na leitura e análise dos materiais recuperados, com o objetivo de investigar o padrão comportamental de mulheres com diagnóstico de endometriose, principalmente no que tange os aspectos psicológicos envolvidos. Outro objetivo da busca foi averiguar a existência de programas de intervenção em grupo baseados na Análise do Comportamento para mulheres com endometriose. Os dados obtidos a partir da busca e análise dos estudos foram utilizados para o desenvolvimento do instrumento de pesquisa direcionado aos profissionais especializados e em contato com pacientes com endometriose.

Os questionário e cartas convites para a participação da pesquisa foram enviados por e-mail para os médicos participantes. Todos os médicos que receberam o e-mail aceitaram fazer parte da pesquisa e enviaram suas respostas também via correio eletrônico.

Tal condição subsidiou a elaboração do questionário destinado aos médicos especialistas. As respostas obtidas por meio do instrumento foram categorizadas em: a) padrões comportamentais das pacientes; b) queixas frequentes; c) comportamentos que poderiam favorecer a condução do caso; d) comportamentos que poderiam prejudicar a condução do caso; e e) impacto da doença para as pacientes. As categorias foram levantadas de acordo com a percepção dos profissionais no contato com as pacientes. As respostas que não se enquadraram em nenhuma destas categorias anteriores foram discutidas e analisadas individualmente. A partir disto, foi verificado a relação entre a teoria sobre a endometriose e a percepção dos profissionais.

Na pesquisa bibliográfica realizada na base de dados Scielo, foram encontradas 14 artigos com as palavras-chave “endometriose *and* saúde” e recuperados 3 artigos com essas palavras-chave. Na base de dados Index Psi Teses só foram encontrados artigos com as palavras-chave “endometriose *and* saúde”, nessa encontrou-se 2 artigos e se recuperou 1. Outra base de dados em que foram encontrados apenas artigos referentes a uma das palavras-chave foi a base Pepsic, na qual havia 2 artigos com as palavras-chave “endometriose *and* grupo de apoio” e esses 2 foram recuperados.

As bases de dados Lilacs, Science Direct e Pub Med foram as que mais apresentaram artigos com as três combinações de palavras-chave estipulado no método. Assim, na Lilacs encontrou-se 7 artigos sobre “endometriose *and* psicologia” e recuperado 1, 24 artigos sobre “endometriose *and* saúde” e recuperado 1 e 84 artigos sobre “endometriose *and* grupo de apoio” não sendo recuperado nenhum artigo. Nessa base de dados totalizou-se 115 artigos encontrados e 2 recuperados.

Na Science Direct encontrou-se 532 artigos com as palavras-chave “endometriosis AND psychology”, sendo 4 recuperados; 493 artigos com as palavras-chave “endometriosis AND health” e 930 artigos com as palavras-chave “endometriosis AND group”, não sendo recuperado nenhum artigos referentes a essas duas palavras-chave. Logo, na Science Direct totalizou-se 1955 artigos encontrados e 4 recuperados.

Na última base de dados citada, a Pub Med, encontrou-se 252 artigos com as palavras-chave “endometriosis AND psychology” e 40 foram recuperados; com as palavras chaves “endometriosis AND health” foram encontrados 1743 artigos e com as “endometriosis AND group” 31, não sendo recuperado nenhum artigo. Aqui, totalizou-se 2026 artigos encontrados e 40 recuperados.

Resultados

Após organização dos dados coletados, as respostas foram categorizadas com finalidade de facilitar a análise e comparação. Os profissionais apontaram a percepção de determinado padrão de comportamento para as mulheres portadoras de endometriose. Dois participantes citaram que essas pacientes eram mais exigentes quanto à eficiência do tratamento disponibilizado. O profissional atribuiu tal exigência em função de que as mulheres já haviam se submetido a outros métodos não eficazes. Outro participante descreveu que atribuía tal condição à própria ansiedade em relação ao diagnóstico. Um terceiro participante apontou que essas pacientes eram mais controladoras, mais exigentes e que durante a consulta médica se mostravam mais fechadas, de “conversa difícil” (sic) e por vezes com comportamento agressivo.

Com relação às queixas frequentes das pacientes, identificou-se que quatro dos cinco participantes apontaram a ansiedade como a queixa mais descrita durante as consultas médicas. Consideraram ainda a depressão, a angústia, a falta de vontade, a labilidade emocional, a falta de vigor físico, o medo, a insegurança e a falta de libido. Tais condições poderiam estar

relacionadas à presença de dor durante a relação sexual e a própria insatisfação com a precisão do diagnóstico.

Com relação aos comportamentos das pacientes que podem favorecer a condução do caso, um dos participantes não soube identificar. Dois citaram o bom vínculo médico-paciente como fundamental para tal condição, sendo o médico responsável por tranquilizar, passar segurança e informações sobre a doença e o tratamento. Dois participantes apontaram que o otimismo das pacientes poderia ajudar no processo. Um deles considerou relevante a precocidade do diagnóstico.

Os comportamentos que poderiam prejudicar a condução do caso foram descritos por dois participantes como a ansiedade, a depressão e o medo de sentir dor. Um dos participantes acreditava que as pacientes não reconheciam seu estado emocional, o que dificultava a aceitação de ajuda psicológica. A presença de estresse elevado foi considerada como uma condição que poderia levar pacientes a procurarem informações de pessoas leigas e tratamentos alternativos sem comprovação científica, dificultando a adesão ao procedimento médico. Também houve relato de sentimentos que poderiam dificultar o tratamento como, por exemplo, o pessimismo e a falta de confiança no profissional. Considerou-se, ainda, que tal confiança pode ter sido prejudicada em função de inúmeros tratamentos iniciados e não concluídos.

Quanto ao impacto da doença sobre as pacientes, quatro participantes mencionaram a dispareunia como um fator que prejudicava a relação conjugal. Outros fatores apontados foram a dificuldade em engravidar, a ansiedade e o estresse a que essas pacientes eram submetidas. Três dos médicos participantes citaram a dor como um empecilho para o trabalho e a boa relação familiar.

Apenas um participante afirmou que o atraso no diagnóstico traria prejuízo para a qualidade de vida da paciente, o que poderia levar à depressão. Além disso, esse participante afirmou que: “*muitas [pacientes] são taxadas como ‘loucas’*” (*sic*) ou que suas dores eram

consideradas psicológicas. Um dos médicos participantes considerou que o diagnóstico não era tão importante para a paciente, mas sim o tratamento, já que esse poderia trazer alívio ou melhora da dor. Outro participante, pelo contrário, afirmou que o diagnóstico pode gerar alívio para a paciente por saber que suas queixas eram explicadas por uma doença.

Discussão

A partir dos dados obtidos por meio da busca bibliográfica, algumas considerações podem ser feitas. Primeiramente, verifica-se a escassez de publicações relacionadas aos termos “Endometriose e Psicologia”. Nos três primeiros bancos de dados nenhum artigo foi encontrado; na quarta, sete foram identificados mas apenas um foi recuperado, uma vez que atingia aos critérios descritos no procedimento. Já nas revistas estrangeiras observou-se um grande número de publicações na área da psicologia, mesmo que nem todas tenham sido recuperados.

Ao contrário do observado com os termos anteriores, muitos estudos foram encontrados em todas as revistas no que se refere aos termos “endometriose e saúde”. Isso corrobora a relevância do tema e seu crescimento na área da saúde nas últimas décadas, o que pode estar atrelado ao fato da endometriose ser considerada uma doença relacionada às condições presentes da cultura atual e ser uma das morbidades mais diagnosticada no ocidente. O número de publicações encontradas refere-se, principalmente, à área médica e indica a relevância de futuras pesquisas acerca da endometriose em outras áreas da saúde.

No que tange a categoria “endometriose e grupo de apoio” muitos estudos foram encontrados, principalmente nas revistas estrangeiras, porém apenas duas pesquisas foram recuperadas. Isso explica-se pelo fato de que muitos estudos resultantes da busca pelo termo “grupo” estavam atrelados a termos médicos referentes a possíveis causadores genéticos da doença. Os dois artigos recuperados referem-se às duas pesquisas que envolviam a psicoterapia em grupo. Tal dado é importante uma vez que indica a importância do atendimento psicológico para pacientes com essa doença e sugere a psicoterapia em grupo e seus benefícios para esse

tipo de acompanhamento (Lorençatto et al, 2007). O fato de existirem apenas duas pesquisas publicadas nessas cinco revistas referentes a atendimentos desse tipo destaca a relevância de posteriores pesquisas nessa área.

Ademais, ao associar o alto índice de publicações na área da saúde sobre o tema e o baixo índice encontrado sobre o mesmo tema e a psicologia, verifica-se a importante demanda de pesquisas e publicações referentes à endometriose no contexto da psicologia da saúde. Alguns trabalhos foram feitos no sentido de identificar quais os fatores psicológicos identificados neste tipo de paciente (Gorayeb et al, 2009; Lachowsky, 2012; Kevin et al, 1992; Domar et al, 1993; Zhao et al, 2012; Lorençatto et al, 2007; Matta & Muller, 2006; Vila et al, 2010; Garalejic et al, 2010; Roth et al, 2011; Low et al, 1993; Peveler et al, 1996; Caldeira et al, 2008), porém pouco tem-se sobre trabalhos de intervenção psicológica para pacientes com essa enfermidade.

Os resultados advindos por meio dos questionários indicaram que quatro dos cinco participantes apontaram a ansiedade como queixa mais frequente em pacientes durante a consulta médica. Um deles também citou a depressão e o estresse. Esses dados corroboram com o que foi descrito por Lorençatto *et al.* (2007). Na condição de endometriose, os fatores psicológicos mais comuns são os sintomas de depressão e de ansiedade. De acordo com os participantes, tais fatores poderiam prejudicar a condução do caso.

A literatura encontrou um padrão comportamental de ansiedade em mulheres acometidas pela endometriose, além de estresse, perfeccionismo, egocentrismo, controle, exigência e elevado coeficiente intelectual (Abdelmassih, 2000). Na presente pesquisa, os participantes confirmam um padrão de comportamento relacionado ao controle e exigência durante a consulta médica.

O estresse poderia ser uma das causas para alterar as áreas emocionais, biológicas e sociais do indivíduo (Matta & Muller, 2006). Como fatores emocionais que prejudicavam a

condução do caso, os participantes citaram a angústia, a falta de vontade, a labilidade emocional, a falta de vigor físico e o abalo psicológico principalmente quando apresentavam dor incapacitante.

A dor crônica, a qual as mulheres com endometriose estão sujeitas, poderia ser um fator limitador no cotidiano, o que prejudicaria, por exemplo, as relações sociais e a qualidade de vida. Os sintomas gerais da endometriose são prejudiciais para a qualidade de vida dessas pacientes (Matta & Muller, 2006). Os participantes da presente pesquisa confirmam que a dispareunia atrapalha a relação conjugal e familiar e a dor crônica é um empecilho para o trabalho.

Outro fator que poderia atrapalhar a relação conjugal seria a dificuldade em engravidar. A prevalência de endometriose em pacientes inférteis varia entre 30 a 40% dos casos, o que significa um alto índice de infertilidade em mulheres com tal diagnóstico (Abdelmassih, 2000). A pressão social também pode intensificar a ansiedade, a depressão e o afastamento social (Gorayeb et al, 2009).

Matta & Muller (2006) descrevem o longo caminho comumente percorrido por essas pacientes entre o início dos sintomas, o recebimento do diagnóstico e as tentativas de tratamento. Tal condição também foi alvo dessa pesquisa. Um dos participantes considera esse trajeto como prejudicial para a condução do caso e para a qualidade de vida das pacientes. Outro participante acredita que essa trajetória e as inúmeras falhas no diagnóstico podem abalar a segurança e o vínculo paciente-profissional, o que seria crucial para uma boa condução do caso. A dificuldade no diagnóstico e no tratamento foi abordada por alguns participantes, que consideraram a alta exigência apresentada por essas pacientes, como alternativa para se encontrar tratamentos mais efetivos.

Por fim, Matta & Muller (2006) descrevem um caso em que a paciente foi rotulada com diagnósticos psiquiátricos. Um dos participantes afirmou que tal fato poderia ocorrer em

função dos médicos não validarem determinados sintomas presentes nessa condição e a dificuldade de se fechar um diagnóstico preciso. Assim, a comunicação do diagnóstico pode ser um alívio para pacientes após uma longa busca pela resolução da situação.

A prevalência da endometriose é elevada e o impacto é de natureza biopsicosocial, tanto em nível individual como de saúde pública. Profissionais da área da saúde da mulher devem considerar em sua atuação, variáveis que podem influenciar em aspectos comportamentais, determinantes para o sucesso terapêutico. Os dados demonstram que o tratamento deve identificar aspectos emocionais de cada paciente e a melhoria na qualidade de vida.

O presente estudo buscou identificar aspectos comportamentais de pacientes com endometriose e a percepção de profissionais sobre o padrão comportamental envolvido. A utilização de busca bibliográfica foi uma alternativa preliminar para identificar variáveis envolvidas nesta condição particular. Estudos clínicos randomizados, controlados e com casuística adequada podem contribuir posteriormente para a produção de evidências mais concretas e confiáveis.

Conclusão

O presente estudo buscou contribuir para a investigação de aspectos comportamentais de pacientes com o diagnóstico de endometriose e fornecer subsídio para a elaboração de estratégias de intervenção mais efetivas. O levantamento evidenciou a escassez de artigos publicados que relacionam tal enfermidade a aspectos emocionais envolvidos.

A endometriose é considerada uma doença que acomete um grande número de mulheres e muitas das recomendações realizadas por associações e sociedades têm sido feitas com base em relatos de casos e experiências pessoais. Assim há necessidade do desenvolvimento de pesquisas mais consistentes sobre variáveis relacionadas aos comportamentos dessas pacientes.

A literatura e as respostas obtidas por meio da participação de profissionais que atuam diretamente com essas mulheres auxiliaram na indicação de evidências relacionadas a aspectos fundamentais relacionados ao diagnóstico e ao tratamento. Sugere-se a importância de se

levantar questões relativas ao longo caminho percorrido por estas pacientes, sintomas físicos e emocionais mais frequentes, relevância do diagnóstico, necessidade do vínculo profissional-paciente e a qualidade de vida. Diante disto seria relevante a realização de estudos que abrangessem distintas áreas do conhecimento para compreender melhor o fenômeno e traçar estratégias efetivas para a condução dos casos. Evidenciou-se que aspectos emocionais devem ser considerados no tratamento da endometriose o que corrobora ‘com a demanda identificada por profissionais da área médica, que apontaram a necessidade da intervenção psicológica como condição auxiliar para este tipo de tratamento.

Referências

- Abdelmassih, R. (2000). Endometriose. Coletânea infertilidade. São Paulo.
- Caldeira, R.P., Noronha, V.M.A., Oliveira, B.E.C. & Amorim, F.G.P. (2008). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univesitas Ciências da Saúde*. 6:69-83.
- Carey, E.T., Martin, C.E., Siedhoff, M.T., Bair, E.D. & As-Sanie S. (2014) Biopsychosocial correlates of persistent postsurgical pain in women with endometriosis. *Int. J. Gynaecol.* 124(2):169–73.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H. & Baumgarten, M. (2013). The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum. Reprod.* 19(6):625-39.
- De Graaff, A.A., D'Hooghe, T.M., Dunselman, G.A., Dirksen, C.D. & Hummelshoj, L. (2013) The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum. Reprod.* 28(10):2677-85.
- Denny, E. (2009) I never know from one day to another how i feel: pain and uncertainty in women with endometriosis. *Qual. Health Res.* 19(7):985-95.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14:45-52.
- Eriksen, H.L.F., Gunnarsen, K.F., Sorensen, J.A., Munk, T., Nielsen, T. & Knudsen, U.B. (2008) Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *Eur. J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol.* 139:100-5.
- Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R.I. & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil. Steril.* 96(1):107-12.

- Garalejic, E., Bojovic-Jovic, D., Damjanovic, A., Arsic, B., Pantic, I. & Turjacanin-Pantelic, D. (n.d).
Hamilton Anxiety Scale (HAMA) in infertile women with endometriosis and its correlation with
magnesium levels in peritoneal fluid. *Psychiatry Danub.*
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas S. A.
- Gilmour, J.A., Huntington, A., Wilson, H.V. (2008). The impact of endometriosis on work and social
participation. *Int. J. Nurs. Pract.* 14(6):443-8.
- Gorayeb, R., Borsari, A.C.T., Gomes, A.C.R., Romão, A.P.M.S. & Shuhama, R. (2009).
Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Rev. Estudos
de Psicologia.* 26(3):287-96.
- Hansen, K.E., Kesmodel, U.S., Baldursson, E.B., Schultz, R. & Forman, A. (2013) The influence of
endometriosis-related symptoms on work life and work ability: a study of Danish endometriosis
patients in employment. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 169(2):331-9.
- Herbert, D.L., Lucke, J.C. & Dobson, A.J. (2010). Depression: an emotional obstacle to seeking
medical advice for infertility. *Fertil Steril.* 94(5):1817-21.
- Kevin, J., Connolly, R.J., Edelmann, I.D. & Cooke JR. (1992). The impact of infertility on
psychological functioning. *J Psychosom Res.* July, 36(5):459-68.
- Lachowsky, M. (2012). Who should treat the endometriotic infertile patient? The ART technician,
the surgeon, or the psychiatrist? *Gynecol Obstet Fertil.* 40(9):497-9.
- Lorençatto, C., Vieira, M.J.N., Marques, A., Pinto, C.L.B. & Petta, C.A. (2007) Avaliação de dor e
depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo.
- Lorençatto, C., Viera, M.J.N., Pinto, C.L.B. & Petta C.A. (2002) Avaliação da frequência de
depressão em pacientes com endometriose e dor crônica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3):217-21.
- Low, W.Y., Edelmann, R.J. & Sutton, C. (1993). A psychological profile of endometriosis patients
in comparison to patients with pelvic pain of other origins. *J. Psychosom. Res.* 37(2):111-6.

- Marques, A., Bahamondes, L., Aldrighi, J.M. & Petta, C.A. (2004). Quality of Life in Brazilian Women with Endometriosis Assessed Through a Medical Outcome Questionnaire. *J Reprod Med.* 49(2):115-20.
- Matta, A.Z. & Muller, M.C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 7(1):57-72.
- Mendes, N. & Figueiredo, B. (2012). Abordagem psicológica na endometriose: Experiência de dor e melhora na qualidade de vida das mulheres. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 13(1):36-48.
- Mengarda, C.V., Passos, E.P., Picon, P., Costa, A.F. & Picon, P.D. (2008) Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* 30(8):384-92.
- Oehmke, F., Weyand, J., Hackethal, A., Konrad, L., Omwandho, C. & Tinneberg, H. R. (2009). Impacto of endometriosis on quality of life: a pilot study. *Gynecol. Endocrinol.* 25(11):722-5.
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J. & Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: A comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J. Psychosom Res.* 40(3):305-15.
- Roth, R.S., Punch, M. & Bachman, J.E. (2011). Psychological factor in chronic pelvic pain due to endometriosis: a comparative study. *Gynecol. Obstet. Invest.*
- Sepulcri, R.P. (2005). Avaliação do perfil emocional em mulheres com endometriose pélvica – rotina ou exceção? *Femina.* 33(5):353-57.
- Spigolon, D.N., Amaral, V.F. & Barra, C.M. (2012). Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Femina.* 40(3):129-34.
- Vila, A.C.D., Vandenberghe, L., Silveira, N.A. (2010). A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 11(2):219-228.

Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W. & Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 162(2):211-5.

Endometriose: uma reflexão analítico-comportamental acerca de transtornos psicológicos

RESUMO

A Endometriose se manifesta por meio da presença de endométrio fora do útero. Pode provocar reações inflamatórias e/ou lesões no aparelho reprodutor e como resultado, o aparecimento de dores e de infertilidade. Os sintomas mais frequentes são: infertilidade, dor na relação sexual, dor ao urinar ou defecar, presença de sangue na urina ou fezes e dor abdominal crônica. No contexto da endometriose, verifica-se a existência de estudos com diferentes tipos de análises de dados apontando para a mesma realidade: o processo de diagnóstico, os sintomas e o tratamento da doença afetam a qualidade de vida dessas pacientes e são ocasião para o desenvolvimento de comportamentos depressivos e ansiosos. Uma análise comportamental do contexto descrito na literatura pode auxiliar na descrição e compreensão de comportamentos, bem como apontar possibilidades de intervenção. O presente estudo pretendeu incitar discussão e levantar hipóteses acerca do contexto a quais pacientes com endometriose são expostas. Para tanto, uma pesquisa bibliográfica foi realizada com as palavras-chave “endometriose and psicologia”, “endometriose and saúde” e “endometriose and grupos de apoio” e as mesmas palavras traduzidas para o inglês. Foram recuperados artigos elaborados por autores de equipes multidisciplinares, incluindo a psicologia. Ademais, uma revisão foi feita acerca das definições de ansiedade e depressão a partir da perspectiva analítica comportamental. Como resultados iniciais, observou-se que o contexto de diagnóstico e de tratamento da Endometriose são considerados condição para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, devido ao contexto da doença. Espera-se, que o trabalho possibilite a identificação de contingências aversivas no contexto da doença e embase futuras propostas de intervenção.

Palavras-chave: Análise do Comportamento, revisão bibliográfica, Endometriose.

Endometriosis: a Behavior analytic reflection about psychological disorders

ABSTRACT

Endometriosis is manifested by the presence of endometrial outside the uterus. This may cause inflammatory reactions and / or lesions in the reproductive tract and as a result, the onset of pain and infertility. The most common symptoms are: infertility, pain during intercourse, painful urination or defecation, presence of blood in urine or feces and chronic abdominal pain. In the context of endometriosis, in the context of endometriosis there is the existence of studies with different types of data analyzes pointing the same fact: the process of diagnosis, symptoms and treatment of disease affect the quality of life for these patients and are the context for development of depressive and anxiety behaviors. A behavioral analysis of the context described in the literature can help while describing and understanding behaviors and describing possibilities of intervention. This study intended to encourage discussion and raise hypotheses about the context in which patients with endometriosis are exposed. Therefore, a literature search was performed using the keywords "endometriosis and psychology", "endometriosis and health" and "Endometriosis and support groups" and the same words translated into English. Articles were recovered prepared by authors of multidisciplinary teams, including psychology. In addition, a review was made about anxiety and depression settings from the behavioral analytic perspective. As initial results, it was observed that the diagnostic context and treatment of endometriosis are considered prerequisite for the development of psychological disorders due to context of disease. It is expected that the work will enable the identification of aversive contingencies in the context of disease and embrace future intervention proposals.

Keywords: Behavior analysis, literature review, Endometriosis.

Skinner, ao lançar mão de uma ciência do comportamento, buscou responder um antigo questionamento da humanidade “Porque os organismos fazem o que fazem?”. Para tanto, baseou os pressupostos de sua ciência na filosofia Behaviorista Radical, que entende o comportamento inserido em um contexto e busca auxiliar os indivíduos a compreender e lidar melhor com a parcela da realidade a qual tem acesso. Desde então, os estudos em Análise do Comportamento têm ofertado contribuições para diferentes áreas do conhecimento como educação, psicoterapia, empresas, saúde e esporte (Tourinho,2003).

E como uma Ciência do Comportamento pode contribuir para a compreensão e intervenção no contexto de doenças crônicas como a Endometriose? Segundo Skinner (1979/2003), onde existem indivíduos interagindo com o meio, reside um campo de atuação para um Cientista do Comportamento. As possibilidades são ínfimas e não podem nem devem ser esgotadas por um grupo de pesquisa. Portanto, os conceitos Analítico Comportamentais serão aqui utilizados como teoria norteadora para a compreensão de padrões de comportamento emitidos por pacientes com essa doença.

Para tanto, faz-se necessário uma construção teórica que apoie e justifique a relevância do desenvolvimento de pesquisas nesse âmbito. Primeiramente, será feita a caracterização da doença, bem como a descrição de estudos, que no decorrer das últimas décadas, têm identificado, apontado e discutido a incidência de transtornos psicológicos em pacientes com Endometriose. Por fim, espera-se indicar pressupostos básicos que embasam uma ciência do comportamento e, a partir disso, salientar princípios que regem o comportamento humano e que pode auxiliar na compreensão de aspectos relacionados à enfermidade e ao tratamento da endometriose.

1.1 Endometriose: Sintomas, diagnóstico e tratamento

A Endometriose se manifesta por meio da presença de endométrio fora do útero. Pode provocar reações inflamatórias e/ou lesões no aparelho reprodutor e como resultado, o

aparecimento de dores e de infertilidade. Os sintomas mais frequentes são: infertilidade, dor na relação sexual, dor ao urinar ou defecar, presença de sangue na urina ou fezes e dor abdominal crônica. A doença se manifesta de modo diferente em cada paciente, sendo que uma mulher pode apresentar um ou todos os sintomas, assim como não apresentar nenhum deles. A maior incidência da doença nas três últimas décadas deve-se a uma menarca mais precoce e ao aumento dessas (devido as mudanças no que tange ao número de gestações e a idade das mães quando engravidam) o que implica em um maior número de menstruações (Lorençatto, Viera, Pinto & Petta, 2002; Kratka, 2002). O tratamento da endometriose é realizado por meio de cirurgia e a utilização de medicamentos para auxiliar na redução de sintomas. Ainda não há consenso sobre o número de cirurgias necessárias para a retirada dos focos da endometriose, sendo que a paciente precisa ser exposta ao procedimento e esperar os resultados para saber se realizará outro procedimento.

Dentre os sintomas descritos, os que parecem interferir com maior frequência na rotina das mulheres com Endometriose são a infertilidade e a dor crônica. A infertilidade é definida como ausência de gravidez após um ano de atividade sexual regular sem práticas de anticoncepção. Cerca de 30 a 40% dos casos de infertilidade advém da Endometriose (Kratka, 2002). A frustração por não conseguir gerar um filho aliada a pressão social, podem causar sentimentos de inferioridade, ansiedade, depressão, assim como deterioração da relação conjugal, afastamento social, entre outros (Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009).

A dor pélvica crônica, outro sintoma frequentemente relatado pelas pacientes, acomete cerca de 3,8% das mulheres entre 15 e 73 anos, dentre as quais 60% a 70% possuem endometriose. A dor pélvica crônica é definida como sendo não menstrual e/ou não cíclica, com duração maior que seis meses e com intensidade a ponto de interferir em atividades cotidianas.

Apesar dos tratamentos para alívio da dor serem eficazes, a taxa de recorrência nessas pacientes é significativa, o que indica a necessidade do desenvolvimento de novas abordagens para a sua gestão (Mendes & Figueiredo, 2012; Caldeira, Noronha, Oliveira & Amorim, 2008).

É importante realçar que a dor é caracterizada como um fenômeno complexo e multifacetado (Burch 2011). Segundo a autora, após profundas mudanças no conceito, chegou-se ao comum acordo de que a dor é uma experiência subjetiva, sensorial e emocional, considerada aversiva e relacionada a possibilidade ou a efetiva danificação de um tecido. Além disso, pontua que “emoções, crenças e atitudes influentes em sua sociedade e cultura, bem como experiências passadas, tudo isso desempenha um papel na forma como você percebe a experiência que rotulamos de ‘dor’” (p. 35).

Ao descrever sobre os mecanismos presentes em ocasião de dor, Vandenbergue & Ferro (2005) discorreram sobre a “Teoria de Controle do Portão”, que associa a sensação de dor ao aumento da capacidade de alerta, atenção seletiva e percepção de perigo do indivíduo, modificações que podem ser estímulos para respostas de fuga. Essa tendência de fuga do organismo perante a dor também está relacionada aos sentimentos de tristeza, ansiedade, recuo, diminuição de atividades e posterior repouso. Os mecanismos cognitivos relacionados ao padrão de recuo tendem a proteger o indivíduo de mais danos à homeostase, diminuindo as chances de aumento da dor. Esses dados fazem ponte com os resultados de outros estudos, que relacionam o maior índice de depressão em pacientes com Endometriose e dor crônica, associados a diminuição das atividades em geral e posterior modificação nos contextos social e profissional (Lorençatto et al., 2002).

Como descrito acima, a infertilidade e a dor crônica são as queixas mais relatadas pelas pacientes com endometriose. Além do sofrimento psicológico advindo da dificuldade para engravidar e da exposição a estímulos dolorosos frequentes e com difícil possibilidade de

retirada, a doença tem um diagnóstico demorado e de alto custo financeiro (Gorayeb et al., 2009). Em média, passam-se anos entre o início dos sintomas e o fechamento do diagnóstico sendo que, nesse período, a mulher se sente fragilizada, sofre alterações frequentes de humor, é desvalidada por médicos e pessoas próximas que desconhecem a doença, podendo sofrer alterações no próprio meio familiar (Matta & Muller, 2006).

Diante dessa condição de enfermidade crônica e progressiva, com sintomas que alteram a rotina das pacientes, uma questão levantada por essas mulheres se refere às causas da Endometriose. Pesquisa desenvolvida por Vila, Vandenberghe e Silveira (2010) teve como objetivo investigar algumas causas e antecedentes da enfermidade. Os autores associaram a doença com as condições de vida moderna relacionadas ao sedentarismo, a dieta não balanceada, álcool, tabaco e outras drogas, além de altas horas de jornada de trabalho. Ademais, apontaram a falta de atividade física, exposição a substâncias tóxicas, baixa ingestão de vitaminas E e C e fibras como variáveis antecedentes da ginecopatia. Apontam que um dos fatores que pode prevenir e amenizar os sintomas da doença é a prática de exercícios físicos, que melhora o sistema imunológico, eliminando com maior facilidade os coágulos de endometriose e diminuindo a secreção de estrógeno, hormônio que favorece o desenvolvimento da enfermidade.

Com o objetivo de investigar a presença de tais variáveis em pacientes com o diagnóstico, 40 participantes responderam a um questionário. As participantes tinham entre 24 e 44 anos e os resultados apontaram que a maior parte da amostra (57,5%) não praticava atividade física, quase todas apresentavam alta incidência de exposição a substâncias tóxicas (desinfetantes, água sanitária, inseticida, soda caustica, gás de cozinha), nenhuma revelou utilizar drogas ilícitas, duas fumavam, treze consumiam café todos os dias e três bebiam socialmente (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010).

Os sentimentos frente ao diagnóstico da doença também foram investigados nesse estudo, dentre os quais foram relatados: insegurança (19), ansiedade (18), tristeza (16) e medo (13). Além disso, 17 participantes relataram mudanças negativas no contexto como ganho de peso e estresse ligado a antecipação da maternidade; 4 disseram ter interrompido o tratamento por conta da frustração; 31 assinalaram bem-estar predominante devido a descoberta da doença; 5 relataram se sentir fragilizadas; sendo que 33 mulheres receberam apoio dos companheiros e 7 não (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010).

Após essa breve caracterização da doença e algumas decorrências apontadas no início dessa seção, uma pergunta se faz pertinente para o desenvolvimento do próximo tópico: como uma ginecopatia pode ser condição para o desenvolvimento de transtornos psicológicos?

1.2. Endometriose e a relação com transtornos psicológicos

Como apontado anteriormente a endometriose é uma ginecopatia considerada crônica e progressiva, atingindo cerca de 10% da população mundial feminina em idade reprodutiva (Lorençatto et al., 2002; Kratka, 2002). Essa doença começou a chamar a atenção de pesquisadores na área médica na década de 80. No campo da Psicologia, alguns estudos foram desenvolvidos com o objetivo de conhecer os antecedentes da doença e traçar os principais sentimentos frente ao diagnóstico (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010), identificar perfis comuns a essas mulheres (Kratka, 2002), verificar a qualidade de vida dessas pacientes (Minson, Abrão, Júnior, Kraychete, Podgaec & Assis, 2012) e o desenvolvimento de grupos psicoterápicos de diferentes abordagens (Lorençatto et al., 2002). O que chama a atenção nessas pesquisas são os resultados que apontam para o relato de defasagem na qualidade de vida, poucas fontes de apoio e decorrente sofrimento psicológico manifestado por comportamentos ansiosos, depressivos e pelo estresse (Minson, et al., 2012; Kratka, 2002; Lorençatto et al., 2002).

Buscando abarcar o impacto da Endometriose sobre o bem-estar físico, mental e social de mulheres acometidas pela enfermidade, um estudo prospectivo realizado por Sepulcri e Amaral (2009), avaliou os sintomas depressivos, a ansiedade e a qualidade de vida em mulheres com endometriose e dor pélvica. Como resultados, observou-se que 86,5% da população investigada apresentou sintomas de depressão (leve em 22,1%, moderado em 31,7% e grave em 32,7%). Ademais, constatou-se a correlação positiva entre a intensidade da dor e a ansiedade.

No que tange a depressão, Lorençatto, Vieira, Marques, Pinto & Petta (2007) apontaram índice dessa condição prevalente em pacientes com e sem dor pélvica. É importante ressaltar que a taxa foi maior em mulheres com dor pélvica, resultando em queixas como preocupações somáticas, faltas no trabalho, diminuição de atividades consideradas prazerosas e tristeza.

Além disso, raiva, tristeza e desespero também foram associados com a experiência de viver com endometriose, especialmente quando a fertilidade das mulheres é prejudicada (Kaat, Solari-Twadell, Cameron, & Schultz, 2010). Um estudo qualitativo (Huntington & Gilmour, 2005) que explorou experiências de mulheres com a doença encontrou várias dimensões de suas vidas afetadas, tais como trabalho, família, atividades sociais, finanças, sexualidade e intimidade (inclusive a sexual, que se mostrou comprometida devido a dor durante o ato sexual, secura vaginal e diminuição da libido).

No que tange a infertilidade, Domar, Zudeimaister & Friedman (1993) compararam grupos de mulheres inférteis com grupos de mulheres férteis, e identificaram aumento da prevalência de sintomas psicológicos nas participantes do primeiro grupo. Com o objetivo de validar a infertilidade como um diagnóstico médico e, assim, garantir o seu tratamento por planos de saúde, os mesmos autores compararam o impacto psicológico da infertilidade nessas mulheres com pacientes apresentando outras condições médicas crônicas tais como câncer,

hipertensão ou dor crônica. Foram comparados os dados de 149 mulheres inférteis, 136 com dor crônica, 22 em reabilitação por problemas cardíacos, 93 com câncer, 77 com hipertensão e 11 com AIDS. Os sujeitos completaram o Symptom Checklist – 90 e o SCL-90R – um inventário de sintomas com 90 itens multidimensional de auto relato que avalia o sofrimento psicológico. Os índices encontrados sugeriram que o sofrimento psicológico associado à infertilidade é semelhante aos de outras doenças graves, apresentando scores menores apenas para os pacientes com dor crônica e AIDS. Os resultados desse estudo indicam as sérias consequências da infertilidade, apontando a relevância de alertar os profissionais de saúde para a incidência de sintomas psicológicos em pacientes inférteis (Domar et al., 1993).

Nesse contexto de difícil diagnóstico, desvalidação e sofrimento contínuo, Matta e Muller (2006) avaliaram a convivência da mulher com a Endometriose. Quatro mulheres com o diagnóstico foram entrevistadas, sendo que dentre essas, apenas uma teve o diagnóstico considerado rápido. Segundo as autoras, os sintomas da doença muitas vezes são desvalidados e entendidos pelos profissionais da saúde como “frescura”, exagero ou preocupação exacerbada relacionada a gravidez. Assim, antes do diagnóstico da endometriose, é comum a paciente despende tempo entre exames e médicos até encontrar um profissional empático que valide o seu relato. Após a longa procura, as participantes relataram o recebimento do diagnóstico como um sentimento de alívio.

Diante das respostas obtidas nessa pesquisa, Matta e Muller (2006) citaram a relevância do acompanhamento psicoterápico como uma indicação para auxiliar a adaptação da mulher a endometriose e seu tratamento. Ademais, visando as condições dispostas em um modelo de saúde pública, assinalou-se a formação de grupos terapêuticos de atendimento a essas pacientes visando a atenção, a informação, o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências.

Em estudo quantitativo, Lorençatto et al. (2002) avaliaram a prevalência de depressão em 50 mulheres com idade entre 24 e 48 anos, diagnóstico de endometriose e queixa de dor pélvica. O instrumento utilizado foi o inventário Beck de depressão e os resultados demonstraram a presença de escores que apontam para a depressão em 92% das pacientes avaliadas, sendo que 36% pontuaram depressão leve, seguido de 34% com depressão moderada e 22% com escores representativos de depressão grave. Os autores discutiram a necessidade de atendimento psicológico para essas pacientes e pontuaram a relação entre a utilização de hormônios e a depressão (Lorençatto et al., 2002).

Diante dos dados apontados, verifica-se a relação entre os sintomas da Endometriose, processo diagnóstico e tratamento da doença com o desenvolvimento de transtornos psicológicos e alterações no contexto de vida dessas pacientes. Ao avaliar o impacto dos aspectos clínicos na qualidade de vida das mulheres com esse diagnóstico, Minson et al. (2012) aplicaram um instrumento de avaliação da qualidade de vida nessa população. Participaram da pesquisa 130 mulheres atendidas em 2008 em um centro multiprofissional de ginecologia especializado em endometriose. Os dados clínicos e demográficos foram coletados a partir dos prontuários das pacientes armazenados no banco de dados do referente centro de tratamento. A intensidade da dor foi avaliada com o uso de uma escala visual numérica (0-10) e analisada como leve (1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10). Dados referentes a qualidade de vida foram coletados por meio do questionário SF-36 aplicado na consulta inicial de enfermagem. Esse instrumento avaliava oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, que são transformados em uma escala de 0 a 100, sendo que os maiores escores indicam maior qualidade de vida (Minson et al, 2012).

A análise dos dados foi apresentada via estatística descritiva e inferencial, sendo utilizados o teste de coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis para comparar escores entre grupos. Os resultados apontaram que as pacientes tinham entre 21 e 54 anos, 75% eram casadas e 17% referiram apresentar casos de endometriose na família. A média geral da dor foi de 5,6. Quanto à qualidade de vida os escores nas escalas do SF-36 variaram entre o percentil 51 na dimensão vitalidade e 80 na capacidade funcional. Não houve correlação entre o aparecimento da doença, idade e intensidade da dor. Os resultados demonstraram que a intensidade da dor não está associada apenas à aspectos físicos, mas também a fatores psicossociais. Quando comparados os scores desse grupo com os dos grupos utilizados para a validação do teste, essa população apresentou menor índice na qualidade de vida (Minson et al, 2012).

Nesse contexto, verifica-se a existência de estudos com diferentes tipos de análises de dados apontando para a mesma realidade: o processo de diagnóstico, os sintomas e o tratamento da doença afetam a qualidade de vida de mulheres com endometriose e são contexto para o desenvolvimento de comportamentos depressivos e ansiosos. Uma análise comportamental desse contexto pode auxiliar na descrição e compreensão de comportamentos, bem como apontar possibilidades de intervenção. A seguir, serão pontuados alguns pressupostos de uma ciência do comportamento e sua relação com a ansiedade e a depressão.

Endometriose: Contribuições analítico comportamentais acerca dos conceitos de Depressão e Ansiedade.

A filosofia Behaviorista Radical, que embasa a atuação dos analistas do comportamento, permite a descrição, compreensão e previsão de fenômenos comportamentais que alteram a homeostase dos seres humanos trazendo implicações a nível fisiológico e na relação do homem com o seu ambiente externo. Tal concepção permite que o indivíduo lide com o seu meio de maneira mais útil, uma vez que é capaz de conhecer e descrever os estímulos ambientais que o

afetam, bem como manipulá-los a seu favor, agindo de modo mais proveitoso sobre o seu meio (Skinner, 1979/2003; Tourinho, 2003; Baum, 2006).

Essa visão permeia o trabalho de diversos profissionais da área que, a partir de estudos filosóficos, experimentais e aplicados, buscam descrições úteis e refutáveis acerca de transtornos psicológicos que afetam a comunidade em geral, como é o caso da ansiedade e da depressão. Na perspectiva analítica comportamental, tais conceitos são tratados como fenômenos comportamentais, divergindo de análises de outras correntes psicológicas que consideram tais emoções como dotados de uma natureza imaterial, inacessível e, portanto, não passível de análise científica. Sendo assim, “sentir” compõe uma resposta do organismo como um todo, cuja a função com o ambiente externo deve ser identificada, como ocorre com respostas publicamente observadas. (Ferreira, Tadaiesky, Coêlho, Neno, Tourinho, 2010).

Ao postular tais eventos como fenômenos comportamentais, entende-se que se tratam de comportamentos e que, portanto, são passíveis das mesmas leis que atuam sobre comportamentos considerados públicos. As emoções são compreendidas, na perspectiva comportamental, a partir do conceito de eventos privados. De modo geral, eventos considerados privados são estímulos e respostas inacessíveis a observação pública direta, mas acessíveis diretamente ao indivíduo que sente. Desse modo, cabe a Análise do Comportamento desenvolver modos de descrever e compreender tais eventos, atendendo às demandas produzidas pela cultura sem, contudo, reproduzir o mentalismo por ela veiculado (Ferreira et al., 2010).

Com essa interpretação, entende-se que respostas do indivíduo como o pensar, as quais a comunidade em geral tende a atribuir uma natureza diferente e especial, dizem respeito a atividades adquiridas e emitidas, primeiramente, no formato público. Tais respostas teriam adquirido uma topografia encoberta devido a contingências de reforçamento adicionais – por

exemplo, a inserção de um estímulo considerado aversivo contingente a emissão de determinada resposta aberta. É o que ocorre com crianças que estão adquirindo a emissão de respostas verbais. Em um primeiro momento, no qual o controle de estímulos não está bem estabelecido, elas tendem a verbalizar de forma pública tudo o que vem na cabeça. É o que sucede quando recebem um presente que ‘não gostam’ e verbalizam isso a pessoa que o deu. Nesse caso, o que acontece normalmente é que os pais tendem a repreender a criança por essa ação, aumentando as chances de que, no futuro, tal resposta ocorra apenas na forma encoberta (Ferreira et al., 2010).

A aprendizagem do responder discriminativamente sob controle de determinadas condições corporais é desenvolvida na interação do indivíduo com uma comunidade verbal que o questione sobre condições fisiológicas e o ajude a nomeá-las como ‘ansiedade’, ‘depressão’, ‘tristeza’ ou ‘felicidade’ de acordo com os correlatos públicos aos quais têm acesso (Skinner, 1945). Um evento privado pode ocupar diferentes funções em uma contingência comportamental, tais como: (a) eliciador incondicionado ou condicionado; e (b) estímulo reforçador, discriminativo ou estabelecedor. Ao tratar-se um estímulo privado a partir de sua função discriminativa para uma resposta verbal autodescritiva, descreve-se um processo comportamental denominado de autoconhecimento. A funcionalidade desse repertório ainda está atrelada a sua relação com contingências públicas, sendo que a função de tais contingências não acaba com a aquisição desse repertório especial. Assim, uma vez aprendido a descrever-se como deprimido -sob controle parcial de estimulação privada – a consequência posterior dessa resposta também é função de estímulos públicos (Ferreira et al., 2010).

Tratando-se a função dos eventos fisiológicos na definição da depressão e da ansiedade, dois aspectos principais devem ser considerados: (1) as condições anátomo-fisiológicas são subprodutos de contingências específicas, especialmente contingências aversivas e; (2) existe a

chance dessa condição adquirir funções ao participar de relações comportamentais. Com relação a ansiedade, especifica-se a exposição do organismo a estímulos aversivos e pré-aversivos, controláveis ou incontroláveis, como responsáveis pela alteração na condição fisiológica e mudança no responder geral do organismo (Ferreira et al., 2010).

No que tange a depressão, os eventos fisiológicos são tomados a partir do processo de eliciação incondicionada, cujas contingências relacionadas a punição e extinção ou a indisponibilidade de reforço, trabalhariam como estímulos incondicionados capazes de gerar subprodutos emocionais característicos da depressão. Tais estímulos também podem atuar a luz do processo de eliciação condicionada, a partir da qual alguns estímulos discriminativos podem adquirir função eliciadora respondente condicionada (Ferreira et al., 2010).

Quanto a procedimentos analisados na perspectiva analítica comportamental de categorias não verbais dos fenômenos de ansiedade e depressão, cita-se os seguintes processos: (a) supressão condicionada; (b) respostas de fuga/esquiva; e (c) operações estabeledoras. Nessas operações, certos eventos alteram a efetividade de outros eventos, tendo como resultados possíveis o aumento do efeito reforçador de certas consequências, aumento da probabilidade da emissão de respostas que tenham produzido reforços no passado e aumento da efetividade evocativa de estímulos discriminativos relacionados a reforços estabelecidos (Ferreira et al., 2010).

Em termos de comportamentos operantes, a ansiedade seria uma resposta resultante da relação entre estímulo pré-aversivo e aversivo e observada por mudanças no comportamento operante durante a inserção da estimulação pré-aversiva. Tais mudanças, geralmente, são representadas por uma supressão do comportamento operante, procedimento denominado de supressão condicionada. Os efeitos da ansiedade podem ser generalizados para situações diferentes daquela em que o emparelhamento original ocorreu, uma vez que a supressão

condicionada pode ocorrer também diante de estímulos semelhantes ao estímulo pré-aversivo original. Assim, a ansiedade seria uma resposta do organismo mediante uma contingência aversiva, sendo inferida por observação pública a partir da alteração no responder operante. Observa-se, nesse contexto, a relação entre estímulos privados e públicos que compõem a classe de respostas chamada de ansiedade (Skinner, 1945; Coêlho, 2006).

Tais componentes dessa classe de resposta envolvem uma excitação biológica ou respostas autonômicas e musculares. A nível fisiológico, as seguintes alterações podem ser identificadas: taquicardia, respostas galvânicas da pele, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores. Quanto ao repertório comportamental público, observa-se uma redução na eficiência comportamental constituída por: decréscimo em habilidades sociais e dificuldade de concentração. Além disso, ocorre um aumento na emissão de resposta de esquiva e/ou fuga, sugerindo uma expectativa ou controle por eventos futuros, além de relatos verbais de estados desagradáveis como angústia, apreensão, medo, insegurança e mal-estar indefinido (Zamignani & Banaco, 2005).

Essa alteração no responder pode se caracterizar por uma diminuição do responder operante na presença do estímulo pré-aversivo e/ou no aumento da frequência de respostas de fuga/esquiva, quais sejam as que diminuem ou cessam a apresentação da estimulação aversiva. Esse tipo de análise inicial, ofertada por alguns autores, dizem respeito as respostas de ansiedade como produto de relações diretas, correspondentes a processos caracterizados como condicionamento, supressão condicionada e história de reforçamento (Coêlho, 2006).

Quanto a endometriose especificamente, como descrito anteriormente, os sintomas da doença como a dor e a infertilidade podem ser considerados estímulos aversivos e, diante desses, outros estímulos podem ser emparelhados, assumindo a função de estímulos pré-aversivos. É o caso de situações que são ocasião para dor, como a prática de exercícios ou

trabalhos que envolvam determinadas posturas corporais. Nesses casos, duas respostas públicas são mais prováveis: a paciente pode, no contexto de apresentação da estimulação pré-aversiva, diminuir a frequência de respostas normalmente observadas, como por exemplo, efetuar o trabalho esperado. Outra possibilidade é aumentar as taxas de respostas de esquiva da situação, o que ocorre quando o indivíduo se engaja em respostas que cessem a estimulação aversiva. É o que acontece quando as mulheres deixam de praticar exercícios ou se engajam em evitar relações sexuais com o cônjuge. No caso dos exercícios físicos, respostas de fuga/esquiva tendem a aumentar os sintomas da doença, uma vez que, como visto, uma rotina com uma dieta alimentar balanceada e a prática de atividade física regular auxilia no alívio dos sintomas da enfermidade (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010). Quanto a esquiva de relações sexuais, as pacientes tendem a ter como consequência problemas no relacionamento conjugal e diminuição das chances de engravidar, o que tende a ampliar a classe de estímulos aversivos e pré-aversivos, aumentando as respostas públicas e privadas de ansiedade.

É importante ressaltar que teorias referentes a dor crônica, associam o sentimento de dor a ampliação da capacidade de alerta, atenção seletiva e sensação de perigo da paciente, alterações que podem funcionar como estímulos antecedentes para respostas de fuga. Isso diz respeito ao controle de estímulos, processo que descreve a probabilidade de que estímulos privados como dor, quando presentes em grande intensidade e frequência, assumam a função de estímulos antecedentes para determinadas respostas. Assim, a dor passa a ter função discriminativa para comportamentos que visem a eliminação da estimulação aversiva (Vandenberghe & Ferro, 2005).

Até aqui, as respostas ansiosas foram analisadas como produto de relações diretas. Supondo a ansiedade também enquanto produto de relações indiretas, enfatiza-se a possibilidade de relatos auto descritivos de ansiedade participarem como estímulos

discriminativos no controle sobre as próprias respostas de ansiedade. Uma fonte de controle indireto de respostas ansiosas dá-se pela equivalência entre estímulos verbais e não verbais. Como exemplo, é possível citar casos em que o próprio nome de objetos que propiciam respostas de ansiedade em alguns indivíduos, como é o caso da palavra ‘cobra’, possa eliciar respostas de ansiedade. Assim, considera-se que outras análises aquém das diretas podem ser requeridas ao passo em que o ser humano pode apresentar respostas verbais que façam parte de relações derivadas, ou seja, um responder relacional (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Coêlho, 2006).

Tais exemplos sugerem que um estímulo verbal, ou uma palavra, pode adquirir função eliciadora de respostas emocionais (não verbais), construindo uma relação respondente. Assim, apesar de um estímulo verbal ser constitutivo da relação, não se trata apenas de uma relação verbal, uma vez que essa é definida por uma mediação por um ouvinte, o que não ocorre nas relações respondentes (Coelho & Tourinho, 2008).

Como exemplo do responder relacional, tendemos a estabelecer relações do tipo igual/diferente, maior/menor, antes/depois, dentro/fora, oposto/igual. Tais associações referem-se a quadros mais abrangentes, como é o caso de relações de coordenação, oposição, distinção, comparação, relações temporais, relações espaciais, condicionalidade, causalidade e dêiticas (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Moreira, Todorov & Nalini, 2006). No contexto da endometriose, alguns estímulos podem passar a controlar discriminativamente respostas relacionais dos tipos acima citados. É o que acontece, por exemplo, quando portadoras da doença passam a responder de forma relacional, a alguns sintomas como a dor e a infertilidade, como se ser mãe fosse sinônimo de ‘superioridade’ e, a oposição a isso (infertilidade) fosse sinônimo de inferioridade e incapacidade. Tal processo faz com que estímulos relacionados a esses eventos se tornem pré-aversivos e passem a ser evitados. É o que ocorre quando as

mulheres diminuem a exposição a contextos sociais, evitando relações comparativas e, a partir dessas, respondentes relacionados a ansiedade.

O presente artigo apresentou a descrição dos processos respondentes relacionados aos transtornos psicológicos, mais especificamente a ansiedade e a depressão. No que tange algumas características presentes no quadro depressivo, pode-se citar como processos que compõe a depressão: a abulia, a anedonia, a irritabilidade, a falta de iniciativa, o negativismo e a paralisia. A abulia está relacionada a um processo estudado por meio do modelo experimental de liberação livre de reforço, ou seja, quando a liberação de estímulos considerados reforçadores não são contingentes a respostas do indivíduo (ocorre independente das atividades do organismo). A anedonia é compreendida a partir do modelo de estresse crônico moderado, enquanto a irritabilidade é associada ao processo de extinção do comportamento e a falta de iniciativa ao processo de extinção e desamparo aprendido. Finalmente, a paralisia é relacionada ao processo de supressão condicionada, sendo importante identificar os processos verbais também vinculados ao fenômeno da depressão (Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014).

Os eventos elencados no parágrafo anterior, dizem respeito a modelos experimentais da depressão, ou seja, procedimentos estudados em laboratório que são capazes de descrever e explicar processos inclusos no quadro da depressão humana. Portanto, para uma compreensão comportamental desse fenômeno, faz-se necessária uma breve explicação dos procedimentos. O desamparo aprendido diz respeito a exposição de um indivíduo a situações aversivas sem a possibilidade de elimina-las, ou seja, a um contexto de incontrolabilidade. O repertório de um organismo inserido nesse ambiente pode ser descrito como passivo perante situações aversivas futuras, o que diminui as chances de aprendizagem de novas respostas de fuga e esquiva. Esse processo abarca a explicação da abulia, falta de iniciativa, relatos verbais de insolubilidade de problemas e desesperança. É importante ressaltar, em termos de prevenção, que organismos

que passaram por uma condição de aprendizagem de fuga efetiva prévia a exposição a estimulação aversiva, pode se tornar imune ao desamparo aprendido (Sanabio-Heck & Souto e Mota, 2005, Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014).

No contexto de doenças crônicas, como é o caso da endometriose, o procedimento de desamparo aprendido é um arranjo ambiental que permite a compreensão do desenvolvimento da depressão em pacientes com essa enfermidade. Algumas pesquisas apontaram a dificuldade em manejar a estimulação dolorosa em pacientes com a doença, uma vez que o tratamento disponível se mostra pouco efetivo na diminuição da estimulação aversiva (Mata & Muller, 2006). Assim, mulheres com dor crônica estão, muitas vezes, expostas a um contexto de estimulação aversiva sem a possibilidade de emitir respostas que cessem tais eventos. Tal arranjo ambiental pode ser responsável por alguns padrões comportamentais apontados nessas mulheres como passividade, não adesão ao tratamento e generalização de problemas relacionados a doença aos contextos sociais, familiares e no que se refere a autoimagem (Matta & Muller, 2006). Tais efeitos são comuns a indivíduos expostos a esse tipo de procedimento, uma vez que eles tendem a generalizar as implicações dessa exposição para outros contextos. Outro resultado do desamparo aprendido é a aprendizagem e generalização de autorregras que descrevem contingências de incontrolabilidade. Isso é caracterizado por relatos de desesperança e dificuldade em emitir comportamentos de fuga/esquiva em contextos em que podem emitir (Sanabio-Heck & Souto e Mota, 2005, Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014).

O estresse crônico moderado corresponde a contingências em que o indivíduo é exposto a sequências de estímulos aversivos moderados (e também incontroláveis). O efeito de tal contexto é que, estímulos anteriormente considerados reforçadores para o organismo passam, gradativamente, a exercer menos controle sobre suas escolhas livres durante a sujeição ao protocolo de estresse crônico moderado. Tais eventos, nesses experimentos, tendem a se manter

mesmo após a remoção das condições aversivas. A título de prevenção, tem-se apontado a exigência de comportamentos operantes com certo custo para obtenção de reforçadores para evitar a produção da anedonia (Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014).

No que tange a endometriose, a condição experimental relacionada ao estresse crônico moderado também pode ser tomada como uma medida de compreensão do fenômeno comportamental da depressão em mulheres com tal enfermidade. É o caso de pacientes com dor crônica, por exemplo. A estimulação dolorosa, mesmo que moderada, é apresentada como estímulo aversivo frequente e sem possibilidade de retirada. Como efeito, contextos ou estímulos anteriormente considerados reforçadores positivos tendem a exercer menos controle sobre as repostas, diminuindo a frequência de comportamentos anteriormente apresentados, como respostas sociais, por exemplo, e aumentando respostas de repouso ou de fuga/esquiva. Tal contexto permite a compreensão de alteração do repertório comportamental dessas pacientes em relacionamentos sociais, conjugais e profissionais (Lorençatto et al., 2002; Huntington & Gilmour, 2005; Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009).ok

Como efeitos colaterais da extinção, tem-se as respostas emocionais de irritabilidade e a ausência de respostas operantes abertas. Já o processo de supressão condicionada utiliza-se da sobreposição de eventos aversivos, relacionados por procedimentos respondentes justapostos a processos de produção de reforçadores apetitivos. Assim como a extinção, esse procedimento tem como efeito a diminuição na taxa do responder operante. A supressão condicionada envolve a inserção do indivíduo a uma condição incontrolável, embora previsível (Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014).

A extinção é outro procedimento capaz de auxiliar na compreensão da depressão em mulheres com endometriose. No contexto de difícil diagnóstico da doença, os comportamentos que anteriormente eram reforçados – como a procura por atendimento, adesão a tratamentos de

saúde, dentre outros – deixam de produzir como consequência a retirada do estímulo aversivo, sendo consequenciados com estimulação aversiva, o que caracteriza um processo de punição (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005). Como efeito de tal contingência aversiva, tem-se respostas emocionais, além da diminuição na taxa de responder operante, o que explicaria a desistência de procura por tratamento médico ou abandono do mesmo em pacientes com endometriose.

No que se refere a relação do procedimento de supressão condicionada com os comportamentos depressivos emitidos por indivíduos com endometriose, têm-se, no contexto da doença, uma sobreposição de estimulação aversiva responsável pelo emparelhamento respondente. O contexto de difícil diagnóstico, desvalidação, exposição a estímulos dolorosos frequentes e com difícil possibilidade de retirada, além do alto custo financeiro do tratamento, após diagnóstico, justificam, por exemplo, a diminuição na taxa do responder operante de algumas pacientes. É o que acontece com mulheres que deixam de frequentar reuniões sociais, diminuem atividades profissionais e comportamentos emitidos no contexto familiar como a diminuição de atividades cotidianas, por exemplo (Lorençatto et al., 2002; Huntington & Gilmour, 2005; Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009).

A partir do exposto, é possível apreender a visão analítico comportamental de dois transtornos psicológicos associados a endometriose: a ansiedade e a depressão. Ambos, enquanto fenômenos comportamentais, são descritos e compreendidos enquanto classes de comportamentos que contem respostas privadas, divergentes de públicas por uma questão de acesso. A partir dessa perspectiva, tais respostas são produto da interação do indivíduo com o seu meio, seguindo as mesmas leis que qualquer outro comportamento ou evento físico. A descrição de processos comportamentais como a ansiedade e a depressão, permite que atuemos de modo mais efetivo sobre problemas psicológicos que assolam grande parte da população

mundial, incluindo as pacientes com a ginecopatía em questão. Assim posto, a seguinte pergunta pretende ser respondida no próximo tópico: quais os aspectos presentes no contexto dos sintomas, diagnóstico e tratamento da doença que são condição para o desenvolvimento de sofrimento psicológico?

Contribuições analítico comportamentais para a compreensão da endometriose

Como exposto anteriormente, a explicação do comportamento deve considerar as variáveis do ambiente externo ao organismo, bem como os eventos presentes em sua história ambiental. Assim, conhecer aspectos do contexto de uma determinada doença, por exemplo, possibilita a especificação de certas contingências as quais indivíduos que sofrem dessa enfermidade são expostos. Para isso, é necessário retomar que, como contingência, entende-se a relação entre eventos ambientais ou entre comportamento e eventos ambientais na relação “se, então” (Todorov, 1991).

Em uma análise de contingências, a ação da consequência é primordial uma vez que, além de ser responsável por gerar aumento ou diminuição na probabilidade de emissão futura de respostas, também permite que o evento antecedente da cadeia adquira funções de controle sobre a performance do indivíduo. Assim, consequências ambientais incidiriam sobre características anatômicas fisiológicas dos organismos no decorrer de gerações (nível de seleção filogenético) e peculiaridades de um indivíduo ao longo de sua vida (nível de seleção ontogenético) (Todorov, 1991; Sanabio-Heck & Motta, 2005). Nesse sentido, o presente estudo pretende analisar eventos ambientais as quais mulheres com endometriose são expostas a partir de dados identificados na literatura, não considerando, nesse caso, a história individual de cada paciente.

O Quadro 1 apresenta algumas explicações possíveis do desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão em mulheres expostas ao contexto da endometriose a partir de conteúdo advindo da literatura revisada. É importante ressaltar que tal interpretação não

pretende levantar todas as possibilidades de análise. Ao contrário, o conteúdo exposto anseia iniciar uma discussão acerca do tema, postulando possibilidades de perguntas e aguardando futuras contribuições.

Quadro 1. – Interpretação Analítico Comportamental de dados encontrados na literatura acerca da relação entre a endometriose e o desenvolvimento de psicopatologias.

Descrição com base na literatura	Psicopatologias relacionadas às contingências especificadas	Contingências	Modelo experimental
Sintomas da doença; Procura pelo tratamento; Custo financeiro do tratamento; Problemas conjugais; Problemas no trabalho; Cobrança social; Procedimentos cirúrgicos; Efeitos colaterais dos medicamentos; Dificuldade de diagnóstico	Depressão e Ansiedade	Inserção de estímulos aversivos	Punição
Perda de emprego; Infertilidade, Diminuição da exposição a contextos sociais; Diminuição de relações sexuais;	Depressão e Ansiedade	Retirada de estímulos reforçadores	Extinção
Dor abdominal crônica (os remédios convencionais não são efetivos para eliminar a dor); Verbalizações de culpa; Insatisfação com a aparência e com a própria imagem; Sentimentos de inutilidade e frustração	Depressão e Ansiedade	Exposição a estímulos aversivos frequentes e sem possibilidade de retirada	Desamparo Aprendido e Estresse Crônico moderado
Dor crônica, tentativas para eliminar a dor,	Depressão	Independência entre os estímulos consequentes e o comportamento da paciente	Liberação livre de reforço
Dor crônica, verbalizações de desesperança, descrença	Depressão e Ansiedade	Exposição a estímulos aversivos sem a chance de emitir comportamentos que os eliminem	Desamparo aprendido
Carência de opções de tratamento especificadas	Ansiedade	Contingências de tratamento não especificadas	Desamparo aprendido

Fonte: Raiana Bonatti de Sousa Botão (21/07/2016).

Geralmente, a função de consequências passadas é acessível a partir do relato do sujeito ou de outros indivíduos sobre o ambiente passado (Moryiama & Amaral, 2007). No caso do presente estudo, tal investigação ocorreu a partir de dados encontrados na literatura acerca dessas contingências. A partir dessa identificação, é possível descrever delineamentos experimentais que reproduzam relações de contingências que se seguem permitindo uma investigação sistemática da extensão de eventos passados e presentes sobre o comportamento atual de pacientes com endometriose.

No que tange as classes de comportamentos (públicos e privados) que compõem os quadros de ansiedade e depressão, sabe-se que esses são produtos da exposição do indivíduo a contingências aversivas. Assim, a inserção de estímulos aversivos no caso da endometriose, por exemplo, constitui um contexto passível para o desenvolvimento de tais transtornos. Como apontado no quadro 1, a inclusão de eventos aversivos pode ser descrita por meio de sintomas, busca por tratamento, custo financeiro, e alterações no autoconceito e no contexto familiar, social e profissional (Lorençatto et al., 2002; Huntington & Gilmour, 2005; Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009). Ademais, a doença em si configura-se enquanto alteração na homeostase do indivíduo, o que, a nível biológico, é contexto para alterações anatomofisiológicas também presentes em contingências de depressão e de ansiedade (Ferreira et al., 2010). Ressalta-se que essa análise é especulativa e embasada na formulação de hipóteses a respeito do desenvolvimento da ansiedade e de depressão em pacientes com endometriose. Tal análise não considera as variáveis individuais de cada paciente o que justifica a necessidade de realização de análise funcional.

Em relação as contingências de controle aversivo, a punição e o reforço negativo são exemplos desse tipo de contingência. A punição ocorre quando uma resposta produz efeitos que diminuem a probabilidade de sua emissão futura; o reforço negativo, caracterizado por

comportamentos de fuga e esquiva, são processos que variam desde a remoção ou atenuação de um estímulo presente, até o adiamento ou impedimento de um estímulo potencial (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005).

Os estímulos aversivos suscitam reações, principalmente no que tange o sistema nervoso autônomo, descritas como medo e ansiedade. Tais estímulos alteram as chances de comportamentos reforçados positivamente ocorrerem, sendo ocasião para que comportamentos negativamente reforçados sejam fortalecidos. Contudo, é importante ressaltar que as respostas públicas e privadas se alteram devido não aos sentimentos, mas às contingências aversivas em vigor (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005; Zamignani & Banaco, 2005). O arranjo de contingências de controle aversivo presente no contexto da endometriose permite a compreensão de relatos encontrados na literatura nos quais as mulheres diminuem o contato com contingências sociais (Lorençatto et al., 2002; Huntington & Gilmour, 2005; Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009), que são condição para comportamentos reforçados positivamente. Por outro lado, aumentam a emissão de respostas para a eliminação de estímulos aversivos ou pré-aversivos, se envolvendo em contingências de reforçamento negativo (Zamignani & Banaco, 2005).

Conforme identificado na literatura, além da inserção de estímulos aversivos, ocorre a retirada de estímulos que, possivelmente, eram tidos como reforçadores para as pacientes acometidas pela enfermidade. Tal hipótese está corroborada principalmente na consideração de estímulos considerados como reforçadores primários ou, conforme interpretação, estímulos potencialmente reforçadores na nossa cultura (Baum, 2006). É o caso, por exemplo, da alta incidência de perda de emprego, devido a seguidas ausências e apresentação de atestados. Ademais, identificou-se a diminuição de relações sexuais (reforçador primário) devido as dores durante as relações, diminuição de contato social (reforçador natural) e impossibilidade de

engravidar. A retirada de estímulos considerados reforçadores, bem como a alteração na rotina das pacientes advindas dessas perdas, são condições ambientais presentes na explicação do fenômeno comportamental da depressão.

No caso da incontrolabilidade presente tanto na exposição a estímulos estressores moderados sem possibilidade de interrupção, quanto no caso da impossibilidade da emissão de respostas de fuga/esquiva, produzem como efeito a aprendizagem de que existe uma independência entre os eventos programados e o comportamento do organismo (Maier e Seligman, 1976). Assim, os indivíduos expostos a eventos incontroláveis aprendem que tais eventos não dependem de suas respostas, aprendizagem essa que irá intervir na aquisição futura de novos repertórios comportamentais. Essa aprendizagem é efeito dos arranjos entre o comportamento e o meio, que liberam a informação sobre a relação de independência (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005).

A informação acerca da relação de independência, em termos da cognição, é processada e decomposta em uma representação da contingência, cunhando a expectativa de que respostas e eventos ambientais são independentes. Associada a essa expectativa, o indivíduo pode apresentar os seguintes déficits: (a) diminuição de motivação para emitir respostas; (b) diminuição da capacidade de aprender relações de controlabilidade; e (c) modificações fisiológicas como alteração no peso, no apetite, manifestação de úlceras estomacais e um (d) repertório comportamental de passividade (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005).

Tais processos comportamentais foram identificados na literatura de pacientes com endometriose em situações nas quais, devido a contextos de incontrolabilidade da dor e dificuldade para chegar ao diagnóstico, mesmo emitindo comportamentos de procura frequentes. Como efeito desse contexto, identificou-se respostas de desesperança, desistência

do tratamento e generalização de expectativas de incontornabilidade para outros contextos da vida da paciente (Lorençatto, 2002).

Outro efeito comum da exposição a esse tipo de contexto é a redução da sensibilidade a novas contingências. Assim, os indivíduos que passaram por histórias de incontornabilidade, tendem a ficar mais sob controle das crenças de incapacidade de controle e autorregras do que as contingências. Além disso, percebe-se a auto conceituação negativa como subproduto desse arranjo comportamental, sendo que frequentemente se sentem culpadas por não conseguirem engravidar e por outras decorrências da doença (Gorayeb et al, 2009).

Considerações finais

O comportamento diz respeito à interações que o indivíduo estabelece com o meio em que vive. Desse modo, o comportamento emocional é compreendido como uma relação entre (a) o evento ambiental externo antecedente; (b) a resposta operante, (b.2) o comportamento respondente (resposta emocional); e o (c) evento ambiental conseqüente. Assim, as nomeações das emoções são utilizadas para classificar o comportamento operante relacionado a eventos ambientais antecedentes e conseqüentes, que afetam a probabilidade de ocorrência de respostas futuras. A partir da perspectiva comportamental, refuta-se a afirmação do senso comum de que um comportamento ansioso foi ‘causado’ pela ansiedade. Tal afirmação é reprimida pelo fato de que não auxilia na compreensão e promoção de mudanças comportamentais. Para tanto, é importante que se especifique as relações de contingência, identificando as variáveis que são ocasião para que o indivíduo se comporte de determinada maneira (Hessel, Bortoloti & Haydu, 2012).

Assim, ao tomarmos como fonte de análise comportamental textos referentes a endometriose, tornamo-nos mais aptos a intervir acerca dessa problemática, atuando de modo mais útil sob essa parcela da realidade que atinge aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva. Somos capazes de identificar, por exemplo, que a demora no diagnóstico,

desvalidação médica, desconhecimento da doença e a incontrollabilidade presente no contexto de tratamento e cura da enfermidade, são contextos para o desenvolvimento de transtornos psicológicos como a ansiedade e depressão. Ao retirar a causa do sofrimento psicológico de dentro do indivíduo, somos capazes de intervir e organizar o ambiente de tal modo que as pacientes passem pelo processo de diagnóstico e tratamento, mantendo outros contextos de sua vida intactos. Tal condição pode diminuir o sofrimento emocional inerente a ginecopatias e expandir as suas fontes de apoio.

O campo de pesquisa da Análise do Comportamento é amplo e, apesar de pressupostos gerais que suportam a atuação dos pesquisadores, a interpretação depende do olhar de cada cientista, que recorta trechos de análise levando em conta, também, a sua história de vida. Assim, o presente estudo pretendeu incitar discussões e hipóteses acerca do contexto a quais pacientes com endometriose são expostas, possibilitando a identificação de contingências aversivas que, por sua vez, são ocasião para respostas consideradas problemas. Espera-se contribuir com o desenvolvimento científico associado a psicologia da saúde e, a partir das análises propostas, pontuar possíveis contribuições da Análise do Comportamento para a área.

REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., Costa, C. E. & Dantas, M. R. (2014). Modelos experimentais da depressão. In Bittencourt, A. C. C. P.; Neto, E. C. A.; Rodrigues, M. E. & Araripe, N. B. (Eds.), *Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental*. (pp. 107-112). Curitiba: Juruá.
- Baum, W. M. (2006) *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. (Silva, M. T. A., Trad.). 2. Ed. Rev. e ampl. – Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Burch, V. (2011). *Viva bem com a dor e a doença: O método da atenção plena*. Editora: Summus.
- Caldeira, R.P., Noronha, V.M.A., Oliveira, B.E.C. & Amorim, F.G.P. (2008). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univesitas Ciências da Saúde*. 6:69-83.
- Carmeschi, C. E. & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. In: Abreu-Rodrigues, J & Ribeiro, M. R. (Org.): *Análise do Comportamento. Pesquisa, Teoria e Aplicação*. Artmed.
- Coêlho, N. L. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. (2006). Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Belém – Pará. 118 páginas.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14:45-52.
- Ferreira, D. C, Tadaiesky, L. T., Coêlho, N. L., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). A Interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico-comportamental da ansiedade e da depressão. *Revista Perspectivas*, Vol. 01, Nº 2, pp. 70-85.
- Gorayeb, R., Borsari, A.C.T., Gomes, A.C.R., Romão, A.P.M.S. & Shuhama, R. (2009). Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Rev. Estudos de Psicologia*. 26(3):287-96.
- Huntington, A., Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *J. Clin. Nurs*. 2005 Oct; 14(9): 1124-32.

- Kaatz, J., Solari-Twadell, P. A., Cameron, J., Schultz, R. (2010). Coping with endometriosis. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2010 Mar-Apr; 39(2):220-5; quiz 225-6.
- Kratka, P. C. (2002). O enigma da endometriose. 41 f. Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) – Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Lorençatto, C., Vieira, M.J.N., Marques, A., Pinto, C.L.B. & Petta, C.A. (2007) Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo.
- Lorençatto, C., Viera, M.J.N., Pinto, C.L.B. & Petta C.A. (2002) Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor crônica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3):217-21.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105 (1), 3-46.
- Matta, A.Z. & Muller, M.C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 7(1):57-72.
- Mendes, N. & Figueiredo, B. (2012). Abordagem psicológica na endometriose: Experiência de dor e melhora na qualidade de vida das mulheres. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 13(1):36-48.
- Minson, F. P., Abrao, M. S., Sardá, J. J., Kraychete, D. C., & Podgaec, S. (2012). Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *CEP*, 4708, 001.
- Moreira, M. B., Todorov, J. C. & Nalini, L. E. G. (2006). Algumas considerações sobre o responder relacional. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e Cognitiva*, 8 (2), 192- 211.
- Moriyama, J. S. & Amaral, v. L. A. R. (2007). Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.* Vol. IX, Nº 1, 11-25.
- Sanabio-Heck, E. T. & Souto e Motta, K. G. (2005). Desamparo aprendido. In: Abreu-Rodrigues, J. & Ribeiro, M. R. (org.): *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação.* Artmed.
- Sepulcri, R. P. & Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur. J. Obstet. Reprod. Biol.* Jan; 142 (1):53-6.

- Skinner, B. F. (1979). *Ciência e comportamento humano*. (Todorov, J. C. & Azzi, R., Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- Skinner, B. F. (1945). *A análise operacional de termos psicológicos*. (Guilhardi, H. J., Trad.).
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. (Villalobos, M. P., Trad.). 10. Ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- Todorov, J. C. (1991). O conceito de contingência tríplice na análise do comportamento humano. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1, 75-88.
- Tourinho, E. Z. A produção de conhecimento em psicologia: A análise do comportamento. *Psicologia ciência e profissão*, 2003, 23 (2), 30-41.
- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática – 2005*, 7 (1): 137-151.
- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática – 2005*, 7 (1): 137-151.
- Vandenberghe, L. *Abordagens Comportamentais para a Dor crônica*. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2005, 18(1), pp.47-54.
- Vila, A. C. D., Vandenberghe, L. & Silveira, N. de A. (2010) A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (2), 219-228.
- Zamignani, D. R. & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e cognitiva*, Vol. III, nº 1, 077-092.

Endometriose: contribuições da Análise do Comportamento a partir do relato verbal de pacientes sobre o enfrentamento da enfermidade e do tratamento

RESUMO

A endometriose é uma ginecopatia considerada crônica e progressiva que atinge cerca de 10% da população mundial feminina em idade reprodutiva, podendo gerar lesões inflamatórias no aparelho reprodutor e em outros órgãos. Como resultado dessas reações, os principais sintomas são: infertilidade e dor (na relação sexual, ao urinar, defecar e abdominal crônica). Em uma tentativa de aproximar o embasamento teórico da Análise do Comportamento e a pesquisa na área da saúde, o presente trabalho procurou apresentar uma compreensão analítico-comportamental de relatos verbais de mulheres com endometriose. O comportamento, como qualquer objeto de estudo científico, é ordenado, pode ser explicado e previsto desde que se tenham os dados necessários e pode ser controlado desde que se tenham os meios precisos. O presente estudo, de caráter descritivo e exploratório, teve como objetivo analisar, a partir da perspectiva analítica comportamental, os relatos verbais de mulheres com o diagnóstico de endometriose sobre o enfrentamento da doença. Participaram da pesquisa oito mulheres com diagnóstico de endometriose, com no mínimo de 18 anos de idade. Informações disponíveis na literatura subsidiaram a elaboração de um roteiro de entrevista semiestruturado, com questões sobre a endometriose, aspectos psicológicos envolvidos e princípios da Análise do Comportamento. Tais questões buscavam verificar como os sintomas da doença, o processo de diagnóstico e o tratamento interferem nos contextos: (1) familiar, (2) social, (3) profissional e no (4) autoconceito das participantes. Após transcrição, os dados obtidos foram analisados a partir da proposta apresentada pela “The Grounded Theory”, o que permitiu análise sistemática, indutiva e contextual dos dados. Foram descritas relações entre comportamentos das pacientes e eventos relacionados a história de contingências vigentes no contexto da doença crônica. Verificou-se que a demora no diagnóstico da endometriose, a desvalidação médica, o desconhecimento sobre a doença, a incontabilidade presente no contexto de tratamento e a cura da enfermidade, são contextos para o desenvolvimento de transtornos psicológicos como a ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Endometriose, Análise do Comportamento, Transtornos psicológicos, Ansiedade, Depressão.

Endometriosis: Contribution of Behavior Analysis based on the verbal report of patients about coping with the disease and treatment

ABSTRACT

Endometriosis is a chronic and progressive disease that affects about 10% of the female population in the reproductive age worldwide and can cause inflammatory lesions in the reproductive system and other organs. As a result of these reactions, the main symptoms are: infertility and pain (in sexual relationships, urination, defecation and chronic abdominal). In an attempt to approach the theoretical basis of behavior analysis and research in the health field, this study sought to present a behavioral analytic understanding of verbal reports of women with endometriosis. The behavior, as any object of scientific study, is ordered, can be explained and predicted since it has the necessary data and can be controlled from that have the precise means. This study, descriptive and exploratory, aimed to analyze, from a behavioral analytic perspective, the verbal reports of women diagnosed with endometriosis about coping with the disease. The participants were eight women diagnosed with endometriosis, with at least 18 years old. Information available in the literature supported the development of a semi-structured interview guide with questions about endometriosis, psychological aspects and principles of behavior analysis. Such questions sought to verify the symptoms of the disease, the process of diagnosis and intervention of the treatment in these contexts: (1) family, (2) social, (3) professional and (4) self-concept of the participants. After transcription, data were analyzed from the proposal submitted by "The Grounded Theory", which allowed systematic analysis, inductive and contextual data. relations between behaviors of patients and events related the story of current contingencies in the context of chronic disease have been described. It was found that the delay in the diagnosis of endometriosis, medical not validation, lack of knowledge about the disease, the uncontrollability present in the context of treatment and cure of disease are contexts for the development of psychological disorders such as anxiety and depression.

Keywords: Endometriosis, Behavior Analysis, Psychological Disorders, Anxiety, Depression.

Introdução

A endometriose é uma ginecopatía considerada crônica e progressiva que atinge cerca de 10% da população mundial feminina em idade reprodutiva, podendo gerar lesões inflamatórias no aparelho reprodutor e em outros órgãos (Lorençatto et al., 2002; Kratka, 2002). Como resultado dessas reações, os principais sintomas são: infertilidade e dor (na relação sexual, ao urinar, defecar e abdominal crônica). A doença se manifesta de modo diferente em cada paciente, sendo que uma mulher pode relatar um ou todos os sintomas, bem como nenhum deles. Alguns autores têm apontado a maior incidência da doença nas três últimas décadas, o que tem sido vinculado a uma menarca precoce e maior número de menstruações (Lorençatto, Viera, Pinto & Petta, 2002; Kratka, 2002).

O tratamento da endometriose é realizado por meio de cirurgia e a utilização de medicamentos para auxiliar na redução de sintomas. Ainda não há consenso sobre o número de procedimentos cirúrgicos necessários para a retirada dos focos da doença, sendo que a paciente precisa ser exposta a cirurgia e esperar os resultados para saber se realizará outro procedimento (Matta e Muller, 2006).

Dentre os sintomas descritos, os que parecem interferir com maior frequência na rotina das mulheres com endometriose são a infertilidade e a dor crônica. A infertilidade é definida como ausência de gravidez após um ano de atividade sexual regular sem práticas de anticoncepção. Cerca de 30 a 40% dos casos de infertilidade advém da endometriose (Kratka, 2002). A frustração por não conseguir gerar um filho aliada a pressão social, podem causar sentimentos de inferioridade, ansiedade, depressão, assim como deterioração da relação conjugal, afastamento social, entre outros (Gorayeb, Borsari, Gomes, Romão & Shuhama, 2009).

Considerando tais alterações no contexto de mulheres inférteis, foi identificado o aumento da prevalência de sofrimento psicológico em participantes com esse sintoma, quando

comparado com um grupo de pacientes férteis (Domar Zudeimaister & Friedman, 1993). Ademais, sentimentos como raiva, tristeza e desespero foram vinculados à experiência de viver com endometriose, principalmente quando um dos sintomas detectado é a infertilidade (Kaatz, Solari-Twadell, Cameron & Schultz, 2010). Outro estudo, de natureza qualitativa, identificou a alteração em diversos contextos de pacientes com essa enfermidade, tais como trabalho, família, atividades sociais, finanças, sexualidade e intimidade matrimonial (Huntington & Gilmour, 2005).

A dor crônica é caracterizada como um fenômeno complexo, comumente considerado uma experiência subjetiva, sensorial e emocional, avaliada como aversiva e relacionada a possibilidade ou a efetiva danificação de um tecido (Burch 2011). A sensação de dor também é associada ao aumento da capacidade de alerta, atenção seletiva e percepção de perigo do indivíduo, eventos que podem ser ocasião para respostas de fuga. Tal tendência de fuga perante a dor também explica os sentimentos de tristeza, ansiedade, recuo, diminuição de atividades e posterior repouso, respostas frequentemente observadas em indivíduos que relatam esse sintoma (Vandenberghe & Ferro, 2005).

Os mecanismos cognitivos relacionados ao padrão de recuo tendem a proteger o indivíduo de mais danos à homeostase, diminuindo as chances de aumento da dor (Vandenberghe & Ferro, 2005). Tais dados corroboram os resultados de outros estudos, que relacionam o maior índice de depressão em pacientes com Endometriose e dor crônica, associados a diminuição das atividades em geral e posterior modificação nos contextos social e profissional (Lorençatto et al., 2002).

Como descrito acima, a infertilidade e a dor crônica são as queixas mais relatadas pelas pacientes com endometriose. Além do sofrimento psicológico advindo da dificuldade para engravidar e da exposição a estímulos dolorosos frequentes e com difícil possibilidade de

retirada, a doença tem um diagnóstico demorado e de alto custo financeiro (Gorayeb et al., 2009). Em média, passam-se anos entre o início dos sintomas e o fechamento do diagnóstico sendo que, nesse período, a mulher se sente fragilizada, sofre alterações frequentes de humor, é desvalidada por médicos e pessoas próximas que desconhecem a doença, podendo sofrer alterações no próprio meio familiar (Matta & Muller, 2006).

Outros autores investigaram o impacto da Endometriose sobre o bem-estar psicológico de mulheres acometidas pela enfermidade, identificando que 86,5% da população investigada apresentou sintomas de depressão. Ademais, constatou-se a correlação positiva entre a intensidade da dor e a ansiedade (Sepulcri & Amaral, 2009). No que tange a depressão, outro estudo apontou índice prevalente desse transtorno em pacientes com e sem dor pélvica. É importante ressaltar que a taxa foi maior em mulheres com dor pélvica, resultando em queixas como preocupações somáticas, faltas no trabalho, diminuição de atividades consideradas prazerosas e tristeza (Lorençatto, Vieira, Marques, Pinto & Petta, 2007).

Ainda sobre o fenômeno da depressão, um estudo quantitativo avaliou a prevalência desse transtorno em 50 mulheres com idade entre 24 e 48 anos, diagnóstico de endometriose e queixa de dor pélvica. O instrumento utilizado foi o inventário Beck de depressão e os resultados demonstraram a presença de escores que apontam para o transtorno em 92% das pacientes avaliadas, sendo que 36% pontuaram depressão leve, seguido de 34% com moderada e 22% com escores representativos de grave. Os autores discutiram a necessidade de atendimento psicológico para essas pacientes e pontuaram a relação entre a utilização de hormônios e a depressão (Lorençatto et al., 2002).

Nesse contexto de difícil diagnóstico, desvalidação e sofrimento contínuo, alta incidência de depressão e ansiedade, é compreensível o desenvolvimento de pesquisas norteadas por diferentes teorias do conhecimento. No entanto, um questionamento faz-se

pertinente: como uma Ciência do Comportamento pode contribuir para a compreensão e intervenção no contexto de doenças crônicas como a Endometriose? Segundo Skinner (1979/2003), onde existem indivíduos interagindo com o meio, reside um campo de atuação para um Cientista do Comportamento. As possibilidades são ínfimas e não podem, nem devem ser esgotadas por um grupo de pesquisa. Portanto, os conceitos Analítico Comportamentais serão aqui utilizados como teoria norteadora para a compreensão da incidência de Comportamentos ansiosos e depressivos, relatados por pacientes com essa doença. A partir da identificação de variáveis presentes no contexto clínico da enfermidade, serão levantadas hipóteses para a compreensão e futuras propostas de intervenção, visando a aprendizagem de novos comportamentos que tornem essas pacientes mais aptas a lidar com o contexto de diagnóstico e tratamento da Endometriose.

A pesquisa em psicologia da saúde: uma metodologia possível em Análise do Comportamento

Em uma tentativa de aproximar o embasamento teórico da Análise do Comportamento da pesquisa de transtornos psicológicos na área da saúde, o presente trabalho procurou apresentar uma compreensão analítico comportamental de fenômenos descritos na literatura. Para tanto, uma coleta sistemática de dados foi utilizada, levantando-se hipóteses, baseadas em princípios teóricos do Behaviorismo Radical, a partir da perspectiva da análise funcional do comportamento. O behaviorismo evoluiu ao longo das décadas e atualmente é embasado na ideia de que é possível uma ciência do comportamento. Esse, como qualquer objeto de estudo científico, é ordenado, pode ser explicado e previsto desde que se tenham os dados necessários e pode ser controlado desde que se tenham os meios precisos (Baum 2006).

Ao postular a relevância do conhecimento das contingências que vigoram sobre a vida das pessoas, traça-se a ferramenta central da análise clínica do comportamento: A Análise Funcional. Com essa ferramenta é possível identificar os elementos da tríplice contingência que

consistem em: estímulos antecedentes (a), a resposta do indivíduo (b) e estímulos consequentes (c). A partir da identificação dos estímulos antecedentes (a) é possível verificar diante de quais estímulos e em quais ocasiões certas respostas (b) tem maior probabilidade de serem emitidas, devido as consequências (C) que essa ação produz. O conhecimento desses termos é de fundamental importância tanto para a compreensão do comportamento emitido, quanto para efeitos de planejamento de intervenções. Para a finalidade de avaliação e intervenção do caso, a análise funcional do comportamento deve embasar a prática de qualquer clínico Analítico comportamental e daqueles que buscam descrever, prever e explicar o comportamento de um organismo em diferentes contextos de aplicação (Del Prette, 2011).

Um campo de discussão antigo trata da realização de pesquisas que investigam processos na clínica analítico comportamental. Enquanto uma área de aplicação dos princípios Analítico comportamentais, a psicoterapia tem se desenvolvido e ganhado força ao apresentar uma prática clínica baseada em evidências empíricas. No entanto, quando se trata da inversão do cenário e o alvo da pesquisa é a clínica e os processos referentes a ela, muitas dificuldades têm sido enfrentadas ao encontrar uma metodologia que vá de encontro com as peculiaridades desse contexto. Diferente da pesquisa experimental, não é possível controlar todas as variáveis que atuam sobre determinadas respostas do cliente dentro do espaço terapêutico (Coppede, 2007).

Como proceder, então, no que tange o campo da metodologia, na investigação de processos ainda recentes dentro da Análise do Comportamento? Dois estudos delimitaram um modo de fazer esse tipo de investigação que esta de acordo com os princípios behavioristas radicais. Tratam-se de duas pesquisas realizadas com o objetivo de investigar processos referentes a atuação do terapeuta Analítico Comportamental – uma relacionada ao desenvolvimento de intimidade com os clientes, e outra referente a auto revelações feitas pelos

terapeutas com caráter de intervenção (Coppede, 2007; Vieira, 2007). Nos dois estudos, o objeto de análise foram as respostas obtidas em entrevistas realizadas com terapeutas dessa abordagem, o que demandou uma análise qualitativa para a formação de categorias e início da explicação de dado fenômeno, dependendo do conteúdo investigado. Em ambas as pesquisas, uma metodologia em comum: The Grounded Theory (Chamaz, 2006). Uma contribuição importante desses estudos foi o estabelecimento de relações entre as especificidades desse tipo de metodologia e os princípios Behavioristas Radicais, o que possibilitou a fidedignidade dos resultados e categorias apresentadas.

The Grounded Theory ou, em português, a teoria fundamentada nos dados, se embasa no interacionismo simbólico que se caracteriza por adotar pressupostos contextualistas de análise. A partir dessa perspectiva, os dados obtidos são a base para a construção da teoria ou modelo conceitual para compreender e explicar fenômenos comportamentais estudados, no caso dessa pesquisa, contingências presentes e determinantes no comportamento de mulheres com endometriose. Tal modelo de análise é qualitativa e indutiva e consiste na organização, categorização e interpretação dos dados de modo a explicar determinado contexto (Coppede p., 2007). Esse tipo de metodologia tem sido utilizado em diferentes disciplinas de ciências sociais uma vez que descobre, desenvolve e verifica entre uma coleta de dados sistemática e análise de dados pertinentes a um fenômeno particular. A partir do método conceitual e indutivo, propriedades e categorias podem ser descobertas ou generalizadas de dados qualitativos, seguindo um número de etapas e procedimentos (Lawrence & Tar, 2013; Chamaz, 2006).

Outro ponto importante e que justifica a escolha desse tipo de metodologia é que essa é intimamente ligada com a evidencia, resultando em uma teoria consistente com dados empíricos. Um aspecto fundamental dessa teoria é a ênfase no processo de desenvolvimento da pesquisa, que emerge de e gera relações e eventos que refletem experiências de vida e processos

que o pesquisador pretende entender. Diferencia-se de outros métodos qualitativos ao usar a emergência de categorias teóricas para modelar a coleta de dados enquanto ela ocorre, o que significa que novas perguntas podem surgir a partir do contato direto com o entrevistado e do tipo de informações coletadas (Lawrence & Tar, 2013). Tal característica está de acordo com os princípios do Behaviorismo Radical, ao possibilitar uma análise contextual dos dados obtidos com cada participante, tornando cada entrevista e dados coletados de modo idiossincrático.

A teoria fundamentada nos dados apresenta três níveis de análise, os quais: (a) apresentação dos dados sem interpretação e resumo, na qual os participantes contam a sua própria história; (b) criação de uma descrição narrativa confiável usando notas de campo, transcrição de entrevistas e interpretações do pesquisador; e (c) construção de uma teoria usando altos níveis de interpretação e resumo. O pesquisador combina a segunda e terceira abordagem para apresentar descrições ricas e detalhadas, que permite ao leitor fazer julgamentos contextuais suficientes para transferir os achados do estudo de caso para casos alternativos. Isso quer dizer que todos os dados são relevantes e devem ser levados em consideração: os comportamentos observados durante a entrevista, dados coletados e verificados na transcrição, e notas do pesquisador durante as etapas do processo. Além desses níveis de análise, essa teoria é fundamentada em procedimentos específicos que, quando aplicados apropriadamente vão resultar em dados rigorosos e empiricamente confiáveis. Os autores pontuam que os procedimentos devem ser tomados como ‘regras de ouro’, ao invés de regras fixas, e advertem os pesquisadores a usá-las e modifica-las de acordo com as demandas de cada pesquisa (Lawrence & Tar, 2013; Chamaz, 2006).

Nesse contexto, verifica-se a existência de estudos com diferentes tipos de análises de dados apontando para a mesma realidade: o processo de diagnóstico, os sintomas e o tratamento da doença afetam a qualidade de vida de mulheres com endometriose e são contexto para o

desenvolvimento de comportamentos depressivos e ansiosos. Assim, o presente estudo buscou indicar novas alternativas para a compreensão, descrição e previsão desses comportamentos. Como abordado anteriormente, verificou-se o efeito nocivo que os sintomas, o processo diagnóstico da doença e o tratamento pode causar na vida das pacientes a curto e longo prazo. Perda de emprego, prejuízos financeiros, déficit em relações sociais, diminuição de atividades físicas e outras atividades consideradas prazerosas, alteração da rotina e prejuízo na vida familiar são outras consequências que os sintomas e o manejo desses pode ter na vida das pacientes. Como a identificação de variáveis presentes no contexto clínico da endometriose pode contribuir na compreensão do desenvolvimento de sofrimento psicológico? Buscando responder tal questão, o objetivo do estudo foi investigar a história de contingências e as contingências atualmente em operação, descritas por participantes com o diagnóstico de endometriose, para compreender o contexto clínico da doença e a incidência de transtornos psicológicos, apontado na literatura a partir da perspectiva da Análise do Comportamento.

Método

O presente projeto recebeu aprovação do comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina com o protocolo nº 50121615.1.0000.5231.

As entrevistas individuais foram realizadas em uma Clínica de Diagnóstico por Imagem e Psicologia em Análise do Comportamento, localizada em uma cidade na região norte do Paraná. A sala utilizada apresentou estrutura física e equipamentos adequados para a realização da pesquisa. Essa instituição foi escolhida por ser especializada no diagnóstico por imagem da endometriose, participar do encaminhamento das participantes e conter espaço físico apropriado.

Participaram da pesquisa oito mulheres com diagnóstico de endometriose, com o mínimo de 18 anos de idade e que não estavam em processo de psicoterapia individual. Quanto a esse critério de exclusão, esperou-se aumentar o rigor experimental, manipulando as chances

de que as variáveis identificadas fossem produto do contexto clínico da doença. Sabe-se que o processo psicoterápico se utiliza de estratégias para a instalação de comportamentos com o objetivo de ajudar o indivíduo a se relacionar melhor com o meio, o que poderia ser uma variável antecedente importante para a emissão de novas respostas e, assim, interferir nos dados identificados.

O Quadro 1 apresenta alguns dados referentes aos sintomas, tempo decorrido do início desses, período entre o recebimento do diagnóstico e o número de intervenções cirúrgicas para a remoção de focos da endometriose, realizadas até a data da entrevista. Tais dados permitem uma caracterização geral do contexto clínico de cada participante.

Quadro 1. Caracterização clínica das participantes

PARTICIPANTE	SINTOMAS	INICIO DOS SINTOMAS	DIAGNÓSTICO	CIRURGIAS
P1	Dores abdominais, dores ao evacuar, dores durante a relação e dificuldade para engravidar	16 anos	4 anos	3
P2	Dores abdominais, dores ao evacuar, ressecamento das fezes e dificuldades para engravidar	10 anos	9 anos	2
P3	Dores abdominais, dores ao evacuar, ressecamento das fezes, dificuldades para engravidar e dores durante a relação	6 anos	4 anos	1
P4	Dores abdominais e hemorragia	3 anos	1 ano	1
P5	Dores abdominais, hemorragia e dificuldade para engravidar	1 ano	1 mês	-
P6	Problemas gastrointestinais, dores abdominais e dificuldade para engravidar	2 anos	1 mês	1
P7	Problemas gastrointestinais, dores abdominais, hemorragia e dificuldade para engravidar	14 anos	11 meses	2
P8	Dores abdominais, dores durante a relação e dificuldade para engravidar	8 anos	7 anos	1

Fonte: Raiana Bonatti de Sousa Botão (21/07/2016).

No quadro 1 observou-se que o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o recebimento do diagnóstico variou entre 11 meses e 13 anos. Ademais, verificou-se que 7 participantes relataram como sintoma a dificuldade para engravidar, considerada após um ano de tentativas sem a utilização de métodos contraceptivos. A Idade mínima da amostra foi 25 anos e a máxima 25. Quanto a escolaridade das participantes, 6 das 8 mulheres entrevistadas possuíam nível superior completo.

Recursos materiais

Roteiro de entrevista semiestruturada para as participantes

O presente roteiro foi elaborado para a coleta de dados e contém questões relativas a dados sociodemográficos (idade, escolaridade, estado civil, profissão e número de filhos); características da doença (sintomas, tempo decorrido entre o início dos sintomas e o recebimento do diagnóstico, tratamento e decorrências desse); consequências da enfermidade em diferentes contextos da vida da paciente (profissional, social, familiar e autoconceito); e expectativas das participantes quanto a melhoria de qualidade de vida.

3.5. Recursos Humanos

A equipe de pesquisa foi formada pela pesquisadora principal, discente do programa de pós-graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina; a orientadora da pesquisa, docente do mesmo Programa; e 4 psicólogas com experiência na área clínica e na área da saúde. A pesquisadora principal foi responsável pela realização das entrevistas, transcrição, categorização e análise dos dados. Os membros participaram de grupos de supervisão semanais para realizar análises e auxiliar no processo de descrição de categorias.

Procedimento

1ª Etapa: revisão bibliográfica

Nessa fase, foi realizado um levantamento bibliográfico com as palavras-chave “endometriose and psicologia”, “endometriose and saúde” e “endometriose and grupos de apoio” e, correspondentes no idioma inglês, “endometriosis and psychology”, “endometriosis and health” e “endometriosis and support group”. A busca foi feita nos periódicos eletrônicos:

Scielo, Pepsic, Lalics, Index Psi Teses, Scienc Direct e Pubmed. Além disso, itens da literatura foram indicados por profissionais que trabalham com grupo de mulheres inférteis da própria universidade.

A partir da leitura e análise dos materiais recuperados, investigou-se o perfil das participantes com diagnóstico de endometriose, principalmente no que tange aos aspectos psicológicos relacionados a doença. Esses dados foram utilizados para o desenvolvimento da entrevista inicial.

Quanto à abordagem dos programas de intervenção já publicados, não foram encontrados grupos de apoio para essa população embasados na Terapia Analítico Comportamental. No entanto, foi possível a realização de análise dos padrões de comportamento apresentados por essas mulheres.

2ª etapa: entrevistas individuais

Nessa etapa, as informações dispostas nos artigos recuperados foram utilizadas para o desenvolvimento de um roteiro de entrevista semiestruturado. Tal entrevista foi desenvolvida com base na literatura existente sobre a relação entre a endometriose, aspectos psicológicos e princípios da Análise do Comportamento. As questões buscavam verificar como os sintomas da doença, o processo de diagnóstico e o tratamento interferem nos contextos: (1) familiar, (2) social, (3) profissional e no (4) autoconceito das participantes.

O quadro 2 apresenta as questões do roteiro.

Quadro 2. Roteiro de entrevista.

Entrevista	
Informações acerca da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico? Como foi o percurso até ele? • Quais são os seus sintomas?
Como a endometriose interfere/interferiu na vida da paciente	<ul style="list-style-type: none"> • O que mudou com a doença? (pedir exemplos – como fazia antes e como começou a fazer depois do diagnóstico) • Quais partes da sua vida foram alteradas? (social, familiar, profissional e visão de si)
Se houve alterações:	<ul style="list-style-type: none"> • Como era a vida social antes e depois da doença? (pedir exemplos) • Como era a estrutura familiar antes e depois da doença? • Como era a vida profissional antes e depois da doença? • Como você se via antes e como se vê agora?
Qualidade de vida e expectativas quanto ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são as suas expectativas com relação ao tratamento? • O que acha que precisaria mudar para melhorar sua qualidade de vida?

Fonte: Raiana Bonatti de Sousa Botão (21/07/2016).

Para a coleta de dados, o projeto de pesquisa e seus objetivos foram divulgados por meios de comunicação no período de julho Outubro à Dezembro de 2015. Outras participantes foram encaminhadas por médicos especialistas no diagnóstico de Endometriose e da própria clínica onde o trabalho foi desenvolvido.

Nessa fase, após o contato com as mulheres que demonstraram interesse em participar e atenderam aos critérios de inclusão, foi realizada uma entrevista individual. Nesse encontro foram expostos os objetivos da pesquisa, as etapas constituintes e disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a explicação sobre cada tópico e a necessidade de registro gravado da entrevista. Após assinatura do mesmo, foi realizada a entrevista semiestruturada.

3ª etapa: análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora. Os resultados obtidos das transcrições foram analisados a partir da proposta apresentada pela “The Grounded Theory”, permitindo uma análise sistemática, indutiva e contextual dos dados (Chamaz, 2006). Por meio da análise linha-a-linha do conteúdo apresentado, foram descritas relações entre os comportamentos das pacientes e alguns eventos referentes a história de contingências vigentes no contexto da doença crônica, caracterizando o estudo como descritivo e exploratório (Moriyama & Amaral, 2007).

A seguir serão descritas as etapas constituintes do processo de análise dos dados do presente trabalho, a partir da perspectiva da teoria “the Grounded Theory”:

O primeiro critério utilizado para análise foi identificado como “codificando”. Nessa etapa, os dados coletados e apresentados em anotações e transcrições das entrevistas foram analisados a partir de questões como: o que esse dado indica? Seguiu-se a codificação linha-a-linha, assim como sugerido pelos autores dessa metodologia (Chamaz, 2006). Seguindo esse critério, nomeou-se todas as linhas das entrevistas transcritas, de modo a agrupar uma série de eventos discretos, declarações e observações que apareceram nos dados. Durante essa etapa os dados foram “quebrados” em partes discretas, examinados proximamente, e comparados com similaridades e diferenças, e perguntas foram respondidas sobre o fenômeno refletido nos dados.

Outro processo descrito pela teoria baseada nos dados (Chamaz, 2006) foi o denominado de “escrita memorando”. Essa etapa foi constituída por consultas as gravações da coleta de dados, bem como de anotações feitas durante a coleta. Esses ‘memorandos’ apontaram dados gerais e agruparam diferentes tipos de informação dentro de determinado contexto, geralmente para mostrar que aqueles dados eram instâncias de conceitos gerais (Lawrence & Tar, 2013). Um exemplo desse processo foi a análise de anotações feitas acerca de comportamentos das

pacientes durante a entrevista, como: movimentos estereotipados, tom de voz, conteúdo relatado, etc.

A última etapa constituinte do processo de análise de dados foi a “Amostragem teórica e comparação”. Aqui, confrontou-se categorias conceituais com mais dados para defini-las cuidadosamente, delinear suas propriedades, explicar suas causas, e demonstrar as condições sob as quais eles operavam, especificando suas consequências. A constante comparação com a análise de dados foi fundamental. A proposta foi construir e esclarecer uma categoria ao examinar todos os dados que ela cobria e as variações dele. Tomou-se os códigos desenvolvidos na fase inicial, de codificação linha-a-linha, e aplicou-se a uma categoria maior, que abrangia mais dados. Análises comparativas forçaram a pesquisadora a testar a emergência de categorias a partir de suas estruturas, temporalidade, causa, contexto, dimensões, consequências e sua relação com outras categorias. Como as construções de categorias foram derivadas dos dados, repetir a amostragem teórica foi usada como estratégia para aumentar a profundidade do foco e assegurar a consistência, isso é, garantir que os dados fossem fundamentados em um caminho metodológico e sistemático para cada categoria. Conforme sugerido pelos autores da teoria, a descrição de categorias acabou quando houve saturação teórica. A saturação teórica é o ponto no qual aprendizagem adicional era mínima porque se se estava observando os fenômenos já descritos. A regra geral ao desenvolver esse trabalho foi reunir dados até que cada categoria estivesse saturada (Lawrence & Tar, 2013; Chamaz, 2006).

Os três procedimentos descritos acima, dizem respeito ao caminho que se seguiu com a finalidade de analisar os dados passíveis de análise. A primeira etapa consistiu em dar nomes gerais e embasados na abordagem teórica da Análise do Comportamento para os dados obtidos com as entrevistas. Após a leitura de cada campo foi possível, a partir de conceitos sensibilizadores, dar nomes para agrupar as respostas de cada participante. A segunda etapa,

refere-se ao comportamento de tomar notas ao longo de todo o processo, importante para a observação de dados adicionais coletados durante as entrevistas. A terceira etapa, e demandou mais cuidado, correspondeu ao agrupamento dos dados em categorias, bem como a verificação de que duas categorias não abordassem os mesmos tipos de análises. Todo esse processo garantiu a emergência de dados empiricamente fundamentados, pressuposto essencial no campo da pesquisa científica e importante para pesquisas iniciais em certos campos de conhecimento, como é o presente estudo.

Resultados e discussão

Por meio dos dados analisados (via transcrição de entrevista) emergiram cinco categorias (Quadro 3), descritas para agrupar eventos identificados nas entrevistas de todas as participantes. A título de ilustração, serão ressaltadas algumas subcategorias que compõem os cinco grupos gerais.

Quadro 3. Quadro geral das categorias e subcategorias emergentes da análise das entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
• 1. SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dor • Infertilidade
• 2. PROCESSO DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre o início dos sintomas e estabelecimento do diagnóstico
• 3. TRATAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação contínua • Cirurgias
• 4. RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Divergência médica • Amparo médico
• 5. DECORRÊNCIAS DA DOENÇA	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto profissional, social e familiar • Autoconceito • Sofrimento psicológico

Fonte: Raiana Bonatti de Sousa Botão (21/07/2016).

A título de ilustração, foram selecionadas algumas falas de participantes que compuseram essa subcategoria. Os relatos foram analisados a partir dos trechos ilustrativos e de outros dados presentes nas entrevistas. A seguir, serão expostos os recortes de análises e sua

relação com a literatura pertinente, bem como a compreensão analítico comportamental a partir das hipóteses funcionais.

A categoria (1) “sintomas” engloba todos os relatos das pacientes que descrevem sintomas gerais da doença. Como visto anteriormente, podem fazer parte dores (abdominais crônicas, durante a relação sexual e ao evacuar), problemas gastrointestinais, sangues nas fezes ou urina e dificuldade para engravidar (Matta & Muller, 2006). A partir dos dados obtidos com a presente amostragem, subcategorias referentes ao conteúdo apresentado foram obtidas.

- Dor: subcategoria que se refere a relatos de dor causada pela endometriose, variando entre as pacientes em contextos, locais, intensidade e frequência. Todas as participantes relataram dores abdominais consideradas crônicas, com alta intensidade e frequência e sem melhora. Dores durante a relação sexual foram apontadas por algumas pacientes (P1, P2 e P8), decorrendo em diminuição de atividades sexuais em alguns casos (P2 e P8) ou a prática de atos sexuais mesmo com a dor (P1). Algumas participantes (P1, P2 e P3) relataram sentir dor ao evacuar no período da menstruação, o que, em alguns casos, ocasionava a diminuição da frequência de idas ao banheiro nesse período (P1).

P1: No meu trabalho eu fico muito sentada e dirijo muito, fico muito na estrada, então assim, é, eu não consegui avaliar muito essa melhora dessa dor porque muitas horas sentada, eu levantava com dor, então eu falava assim, eu não sei se essa dor é da postura, é postural, ou se é a dor que ficou. (...). Todo esse processo ele está vivendo junto comigo né, não tenho o que dizer, mas assim quantas vezes eu fiz relação com dor.

Conforme apresentado no primeiro exemplo, a cliente descreveu dois contextos nos quais, por conta dos sintomas da endometriose, foi exposta a estimulação aversiva. A dor no trabalho e durante a relação sexual podem ser considerados estímulos aversivos e, diante desses, outros estímulos podem ser emparelhados, assumindo a função de estímulos pré-aversivos. É o caso de eventos ambientais que são ocasião para a dor, como o trabalho de P1, que envolve uma postura corporal que, juntamente com a doença, tornam-se antecedentes para respostas de dor

e outras. No caso dessa paciente, observou-se que ela não se engajava em respostas de fuga e/ou esquivas, no trabalho e no relacionamento sexual. Porém, o contexto no qual estava inserida pode ser considerada de estimulação aversiva sem possibilidade de retirada, caracterizando um ambiente favorável ao desenvolvimento de respostas de anedonia e desamparo, por exemplo (Banaco, Zamignani, Costa & Dantas, 2014). Pelo relato da paciente, pode-se entender que ela teria a possibilidade de emitir respostas para cessar a estimulação. Porém, em um trecho posterior, P1 citou um valor familiar transmitido pelos pais seria a relevância do trabalho e a importância de permanecer nele, independente de outros fatores. Tal aprendizado, mesmo que por regras, faz parte da cadeia de antecedentes e permite a compreensão da resposta emitida por essa paciente no presente contexto.

Alguns estudos apontaram a dor como principal sintoma da endometriose e um dos principais antecedentes para faltas no trabalho e decorrentes problemas no contexto profissional (Gorayeb ET AL., 2009). Percebe-se, contudo, a importância de se avaliar outros aspectos da vida de cada paciente, para a compreensão de comportamentos relacionadas a ausência no ambiente laboral. Sabe-se que a estimulação aversiva é condição para a emissão de respostas que possam removê-la. Porém esse evento torna-se um estímulo discriminativo para esses comportamentos durante a vida do indivíduo, e isso também é aprendido (Carmeschi & Abreu-Rodrigues, 2005).

O recorte a seguir descreve a falta do estabelecimento de relação entre os comportamentos de procura por tratamento e consequências reforçadoras como diminuição dos sintomas e tratamento adequado da doença.

P3: isso...aí primeiro (...) falavam que era normal, o doutor falou aí e normal, é só uma cólica e tal, e foi indo, foi indo, e foi aumentando, aumentando, aumentando...aí por causa da endometriose virou um tumor, aí eu tive que tirar um tumor do intestino.

Esse processo foi identificado na literatura sobre endometriose em situações nas quais as pacientes foram expostas a contextos de incontabilidade da dor e dificuldade para chegar ao diagnóstico, mesmo emitindo comportamentos de procura frequentes. Como efeito desse contexto, identificou-se respostas de desesperança, desistência do tratamento e generalização de expectativas de incontabilidade para outros contextos da vida da paciente (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005).

Além disso, nesse caso, o contexto de incontabilidade ao qual a P3 foi exposta teve como consequência o aumento de estímulos aversivos, ao descobrir o tumor ocasionado pelo progresso da endometriose. Na literatura, encontra-se informações acerca da relação da ginecopatía com outros órgãos do corpo e enfermidade relacionada a esses (Kaatz ET AL., 2009). É importante ressaltar que a inserção de estimulação aversiva não foi produto direto do comportamento da participante, mas decorrente do comportamento de desvalidação médica. Assim, verifica-se a relevância da relação médico-paciente no que tange o tratamento, melhora na qualidade de vida e adesão a tratamentos futuros (Huntington & Gilmour, 2005).

O exemplo abaixo ilustra como a dor durante a relação sexual pode ser antecedente para respostas de fuga e/ou esquiva desse contexto.

P8: exatamente, então o período de ovulação é terrível, então como que uma pessoa que está querendo engravidar, sabe que está ovulando, e não consegue nem se relacionar com o marido porque, é, eu coloco ele lá no canto, porque eu não consigo.

Conforme observado acima, a cliente relatou deixar de ter relações sexuais com o marido, mesmo durante o período fértil, por conta da dor. Um estudo qualitativo (Huntington & Gilmour, 2005) que explorou experiências de mulheres com a doença, apontou a interferência da endometriose na intimidade sexual, que se mostrou comprometida devido a dor durante o ato sexual, secura vaginal e diminuição da libido.

Ademais, é possível que a atividade sexual assuma a função de estímulo pré-aversivo para situações de dor e passem a ser evitadas por eliciar respondentes. Como decorrência dessa esquiva, as pacientes tendem a ter como consequência problemas no relacionamento conjugal e diminuição das chances de engravidar, o que tende a ampliar a classe de estímulos aversivos e pré-aversivos, aumentando as respostas públicas e privadas de ansiedade (Zamignani & Banaco, 2005).

Em relação à subcategoria 1.2, identificada no quadro 2, verifica-se relatos das participantes relacionados a dificuldade para engravidar, um dos sintomas mais frequentes dentre mulheres com esse diagnóstico, incluindo as participantes do presente estudo.

- Infertilidade: subcategoria que inclui as participantes da amostra (P1, P2, P3, P5, P6, P7 e P8) que relataram exercer atividades sexuais regulares e sem métodos contraceptivos por um período maior que um ano sem conseguir engravidar. Ademais, farão parte dessa divisão, relato de participantes sobre os impactos da infertilidade em diferentes setores de sua vida, como o relacionamento conjugal e o custo do tratamento para fertilização.

O relato a seguir, exemplifica que, para algumas participantes, engravidar e ser mãe são estímulos considerados reforçadores.

P8: Sabe, aquele sonho, o doce que você mais gosta de comer...o meu é fazer aquele exame de farmácia e aquele negocinho aparecer dois pontos, então...é, daí tem mês que atrasa, porque a ansiedade né, aí corre, faz, arranca sangue, e aí negativo né...então isso me mata aos poucos. (...) Aí, é, quando a minha irmã engravidou da Sofia é, ela não me contou, assim, ela ficou com medo de me contar né, porque foi um mês depois que eu perdi né, aí ficou aquela coisa assim a, conta, ou não conta, conta não conta, eu desconfiei de alguma coisa, estava esquisito, e apertei e ela falou, ah to grávida. E eu fiquei super feliz né, assim, feliz por ela e triste por mim.

Diante do exposto, ao comparar a gravidez com um 'sonho', analisa-se sua não inserção ou retirada (como é o caso do aborto que a participante sofreu) como o processo de retirada de estímulos reforçadores. Tal hipótese está corroborada principalmente na consideração de

estímulos tido como reforçadores primários ou, conforme interpretação, estímulos potencialmente reforçadores na nossa cultura (Baum, 2006). É o caso da diminuição de relações sexuais (reforçador primário) devido às dores durante as relações – também relatadas por essa participante – que tem como decorrência a diminuição das chances de engravidar. A retirada desses estímulos é condição ambiental presentes na explicação do fenômeno comportamental da depressão (Banaco, ET AL., 2014).

No segundo trecho da mesma participante, verifica-se que a dificuldade para gerar um filho pode servir como operação estabelecadora que altera a função de um estímulo que anteriormente seria considerado positivo – no caso, a gravidez da irmã. A participante relatou sentimentos ambíguos quanto ao acontecimento e os próprios familiares emitiram comportamentos de esquiva quanto ao relato da gravidez. A privação do filho, no presente caso, tornou a presença desse estímulo em outras pessoas como aversiva para a cliente e os indivíduos ao redor. Isso vai de encontro com a literatura, que aponta déficits nas relações sociais de pacientes inférteis e maior incidência de depressão (Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010; Banaco, ET AL., 2014).

Conforme identificado no trecho acima, a pressão social relacionada com a dificuldade para engravidar pode tornar-se um estímulo pré-aversivo para respostas de ansiedade.

P1: ai a pessoa olha e fala assim ah mas logo vai vir, você vai ver....quando você menos esperar, você só não pode ficar ansiosa. Ah, quando a pessoa fala isso...porque assim, eu sei que o fator ansiedade influencia, só que você está num contexto, que você vem do acompanhamento de uma doença, que eu realmente preciso saber se eu to ovulando.

Considera-se como infertilidade a ausência de gravidez após um período de doze meses de relações sexuais regulares sem medidas de anticoncepção. Dentre os casos do sintoma, cerca de 30 a 40% advem da endometriose (Kratka, 2002). A pressão social esta aliada a esse contexto e pode gerar sentimentos de frustração, inferioridade, ansiedade e depressão, bem como prejuízo a relação conjugal e afastamento social (Gorayeb ET AL., 2009). Assim, além da

infertilidade ser considerada um estímulo aversivo, como decorrência dessa e de comportamentos selecionados pela cultura de cobrança social, observa-se a retirada de estímulos antes considerados positivos, como o contato com outras pessoas (Gorayeb ET AL., 2009).

A partir do relato das participantes P2 e P5 observa-se o impacto da infertilidade acerca das crenças sobre a falta de relação entre os seus comportamentos e o resultado final, a gravidez.

P2: aí, as vezes atrapalha, que você fica assim meio, aí se sente um pouco impotente né, porque não e que você não quer, é que não da. E não tem o que você fazer, você vai fazer o que? Não dá, não dá...

P5: Eu chorei horrores, cheguei a pegar e querer acabar com o casamento, porque como é o sonho do marido ele tem que arrumar uma pessoa que realmente possa realizar esse sonho.

O modelo experimental de desamparo aprendido caracteriza-se pela exposição do indivíduo a situações aversivas sem a possibilidade de eliminá-las, ou seja, a um contexto de incontrolabilidade. O repertório de um organismo inserido nesse ambiente pode ser descrito como passivo perante situações aversivas futuras, o que diminui as chances de aprendizagem de novas respostas de fuga e esquiva. Esse processo abarca a explicação da abulia, falta de iniciativa, relatos verbais de insolubilidade de problemas e desesperança (Banaco ET AL., 2014).

É importante ressaltar, em termos de prevenção, que organismos que passaram por uma condição de aprendizagem de fuga efetiva prévia a exposição a estimulação aversiva, pode se tornar imune ao desamparo aprendido (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005; Banaco ET AL., 2014). Isso é importante e auxilia na compreensão de diferentes respostas frente a contextos semelhantes. No presente estudo, observou-se diferentes comportamentos das participantes frente a infertilidade. Tal discrepância pode ser explicada pela história passada de cada indivíduo, que também entra como antecedente em um quadro de análise funcional. O presente

estudo, no entanto, pretendeu oferecer hipóteses funcionais referentes ao contexto da doença, não tendo como objetivo obter dados adicionais sobre a história passada de cada indivíduo.

No contexto de doenças crônicas como a endometriose, o procedimento de desamparo aprendido é um arranjo ambiental que permite a compreensão do desenvolvimento da depressão em pacientes com essa enfermidade. Algumas pesquisas apontaram a dificuldade em manejar a estimulação dolorosa em pacientes com a doença, uma vez que o tratamento disponível se mostra pouco efetivo na diminuição da estimulação aversiva (Huntington & Gilmour, 2005). Assim, mulheres com dor crônica estão, muitas vezes, expostas a um contexto de estimulação aversiva sem a possibilidade de emitir respostas que cessem tais eventos. Tal arranjo ambiental pode ser responsável por alguns padrões comportamentais apontados nessas mulheres como passividade, não adesão ao tratamento e generalização de problemas relacionados a doença aos contextos sociais, familiares e no que se refere a autoimagem (Gorayeb ET AL., 2009). Tais efeitos são comuns a indivíduos expostos a esse tipo de procedimento, uma vez que eles tendem a generalizar as implicações dessa exposição para outros contextos. Outro resultado do desamparo aprendido é a aprendizagem e generalização de autorregras que descrevem contingências de incontornabilidade. Isso é caracterizado por relatos de desesperança e dificuldade em emitir comportamentos de fuga/esquiva em contextos em que podem emitir (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005).

A categoria (2) “processo diagnóstico” reuniu os relatos das pacientes acerca do intervalo de tempo percorrido em busca do diagnóstico que abrangem aspectos como: consulta com diferentes profissionais, pedidos de exames e intervenções realizadas. A partir da análise contextual do conteúdo obtido com as entrevistas, subcategorias emergiram e serão apresentadas a seguir.

2.1. Relação entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico: subcategoria que abrange relatos de participantes acerca do período percorrido entre a percepção dos primeiros sintomas e o recebimento do diagnóstico. Dentro da presente amostra, algumas participantes levaram entre 1 mês e 1 ano para receber o diagnóstico (P2, P5 e P8), outras esperaram de 1 a 3 anos (P3, P4 e P6), enquanto algumas participantes (P1 e P7) aguardaram entre 3 e 20 anos por um diagnóstico definitivo. Durante esse processo, algumas mulheres (P1, P3, P4, P6 e P7) relataram terem sido consultadas por mais de três médicos até conseguirem esse diagnóstico. O número de exames aos quais foram submetidas variaram entre 1-2 (P2, P5 e P8); 2-4 (P3, P4 e P6) e 4-6 (P1 e P7). Essa subcategoria também abrange as participantes que receberam o diagnóstico de médicos fora da área da ginecologia (P6 e P7).

A partir dos relatos das participantes P3, P4 e P7 pode-se considerar o início dos sintomas e a procura por diagnóstico como a inserção de estímulos aversivos, constituindo um contexto possível para o desenvolvimento de transtornos como a ansiedade e depressão, uma vez que se sabe que esses são produtos da exposição do indivíduo a contingências aversivas.

P3: Aí foi passando assim os meses, eu cada vez com mais dor, daí eu voltei no médico de novo. Aí ele pediu uma outra ressonância, com doppler né (...) aí foi constatado ele falou que está com focos de endometriose né.

P4: olha, foi uns três anos sofrendo viu... indo no médico. Até que eu resolvi trocar de médico né. Me indicaram, falaram olha troca de médico que isso aí não é normal. Porque esse falava que era normal, que era assim mesmo.

P7: o diagnóstico certo mesmo eu tenho há 10, 11 meses, que eu corro atrás desse diagnóstico (...), há 14 anos, tá?! Como que eu cheguei a esse diagnóstico? Eu sempre tive cólica, porém eu venho de uma família onde, a minha mãe veio do sítio, tá?! Ela teve que lutar muito. (...). Então toda a dor que a gente sentia, era normal. A está com dor? Toma remédio e volta a trabalhar. Então essa foi a educação que eu tive. (...). O diagnóstico sempre falho. Me deram os anticoncepcionais, porém nada valia, eu menstruava na metade do mês, ah é normal, a é estresse, a e isso, a é aquilo. Aí eu levei a minha vida até os 25 como se isso fosse normal.

A inclusão de eventos aversivos pode ser descrita por meio de sintomas, busca por tratamento, custo financeiro, e alterações no autoconceito e no contexto familiar, social e profissional (Sepulcri & Amaral, 2009). Ademais, a doença em si configura-se enquanto alteração na homeostase do indivíduo, o que, a nível biológico, é contexto para alterações anatomofisiológicas, também presentes em contingências de depressão e de ansiedade (Coêlho,

2006). Ressalta-se que essa análise é especulativa e embasada na formulação de hipóteses a respeito do desenvolvimento da ansiedade e de depressão em pacientes com endometriose.

A partir disso, fica claro a falta de relação entre as respostas das clientes de procura por diagnóstico e a consequência, que seria o fechamento desse e início do tratamento. A informação acerca dessa relação de independência, em termos da cognição, é processada e decomposta, criando a expectativa de que respostas e eventos ambientais são independentes. Adjunta a essa expectativa, o indivíduo pode apresentar os seguintes déficits: (a) diminuição de motivação para emitir respostas; (b) diminuição da capacidade de aprender relações de controlabilidade; (c) modificações fisiológicas como alteração no peso, no apetite, manifestação de úlceras estomacais e um (d) repertório comportamental de passividade (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005). No que tange alterações no peso, três participantes (P1, P2 e P8) relataram sofrer com variações corporais devido a medicamentos e hormônios para tentar engravidar. Além disso, quatro pacientes (P2, P4, P6 e P7) citaram o desenvolvimento de problemas estomacais, que podem ter sido ocasionados tanto por focos da doença, como pelo arranjo ambiental dessa. Relatos de passividade foram emitidos pela maioria das mulheres entrevistadas (P2, P3, P4, P5, P6 e P7), no que tange comportamentos emitidos para amenizar as dores ou a expectativa pela gravidez.

Além disso, como efeito desse contexto, identificou-se respostas de desesperança, desistência do tratamento e generalização de expectativas de incontrolabilidade para outros contextos da vida da paciente (Huntington & Gilmour, 2005). Outro efeito comum da exposição a esse tipo de ambiente é a redução da sensibilidade a novas contingências. Assim, os indivíduos que passaram por histórias de incontrolabilidade, podem ter maior probabilidade de ficar sob controle de crenças de incapacidade de controle e autorregras do que contingências. Além disso, constatou-se auto conceituação negativa como subproduto desse arranjo comportamental. Por isso, conforme indica a literatura, é comum que as pacientes apresentassem as mesmas queixas

de desesperança, mesmo quando expostas a contextos de validação e de tratamento correto da doença (Kaatz ET AL., 2010). Na análise dos dados presentes na entrevista, observou-se essa generalização de desesperança em todas as participantes. A participante P8, que apresentou o relato da dificuldade de diagnóstico, acabou generalizando os relatos sobre descrença para todos os contextos médicos aos quais foi exposta, mesmo quando validada e acolhida.

A categoria (3) “tratamento” abrange os relatos das participantes acerca do processo de tratamento da doença. A presente etapa ocorre posteriormente ao fechamento do diagnóstico por meio da realização de exames e outros procedimentos médicos. Abrange as subcategorias tratamento medicamentoso e intervenções cirúrgicas

3.1. Medicação contínua: subcategoria que se refere aos relatos das participantes acerca do tratamento medicamentosos as quais foram submetidas. Dentro dessa amostragem, todas as participantes relataram utilizar esse tipo de tratamento. Algumas mulheres disseram tomar remédios para dor, enquanto outras aderiram ao tratamento com o objetivo de engravidar. Além disso, algumas relataram que a medicação para dor não apresenta o efeito esperado (P1, P2, P3, P7 e P8).

Conforme relato das pacientes, observou-se que os medicamentos utilizados possuíam pouco efeito no que tange a cura dos sintomas, servindo como medidas paliativas para a amenização da dor, fatos já apontados na literatura pertinente (Kratka, 2002).

P5: Aí como eu estava tendo muita dor, a cólica estava já insuportável, uma noite eu não conseguia dormir, eu pedi para ele se eu não podia antecipar, aí então mais ou menos, é, no começo do mês, eu tenho tomado medicamento, eles são, eles, eu tenho tomado durante 20 dias, paro 10 dias e volto 20 dias, tomando duas vezes por dia. Eu percebo que com esse medicamento, pelo menos a dor melhorou. (...). Não posso falar que eu não tenho, eu tenho, mas pelo menos eu não passo a noite acordada com dor

P7: Daí esses dias eu estava tomando belapentina, que é mais forte que morfina, o que que ela faz? Primeiro que ela ataca meu estomago, e segundo que ele me leva a dormir, ela não tira a minha dor, ela me leva a dormir.

Observou-se que os medicamentos utilizados possuíam efeitos colaterais que poderiam gerar outros estímulos aversivos, como dores estomacais e sono, alterando o aspecto funcional

das pacientes, conforme citado pela P7. Tal efeito pode gerar implicações no contexto profissional e social das mulheres, diminuindo o contato dessas com possíveis reforçadores positivos, contexto que pode ocasionar respostas de ansiedade e depressão.

3.2. Intervenções cirúrgicas: essa classe abrange relatos de pacientes sobre intervenções cirúrgicas realizadas. Alguns relatos apontaram de 1 a 2 procedimentos cirúrgicos (P2, P3, P4, P6 e P7) e P1 disse ter realizado entre 3 e 4 intervenções. Houveram, ainda, relatos de que os procedimentos foram ineficazes para amenizar sintomas (P1, P2, P7 e P8).

Os relatos apresentados a seguir, indicam que o tratamento não é pré-estabelecido e se constitui, no geral, em tentativas e erros.

P1: Aí nesse processo então, eu comecei a sentir dor em 2010, eu fui operar em maio de 2012, e aí eu continuei sentindo algumas dores na região aqui mais da frente, daí ele falou assim bom, depois de seis meses, vamos fazer uma cirurgia, uma segunda cirurgia, eu preciso te abrir para saber se restou algum foco.

P7: Eu fiz a cirurgia, eu gastei 16 mil nessa cirurgia, estou me privando de várias outras coisas por causa dessa bendita cirurgia e não adiantou nada. Aí ele falou não, vai passar, espera quatro meses que vai passar. Aí eu comecei a tomar uma tal de injeção hormonal, que é importada, ela custa 3 mil e meio cada injeção (...).

Assim, mesmo que as pacientes emitam os comportamentos desejáveis relacionados ao fazer uso da medicação e realizar os procedimentos cirúrgicos, condições relacionadas ao amenizar os sintomas e estabilizar o quadro clínico não são contingentes a essas respostas. Observa-se, novamente, o contexto de incontrolabilidade descrito no decorrer do texto. Ademais, no contexto da doença, ocorre uma sobreposição de estimulação aversiva, responsável pelo emparelhamento respondente. O contexto de difícil diagnóstico, desvalidação, exposição a estímulos dolorosos frequentes e com difícil possibilidade de retirada, além do alto custo financeiro do tratamento, após diagnóstico justificam, por exemplo, a diminuição na taxa do responder operante de algumas pacientes. É o que acontece com mulheres que deixam de frequentar reuniões sociais, diminuem atividades profissionais e comportamentos emitidos no contexto familiar como a diminuição de atividades cotidianas, por exemplo (Gorayeb ET AL., 2009).

A categoria (4) “relacionamento médico-paciente” diz respeito a relatos das pacientes sobre os diversos médicos consultados, assim como as relações desenvolvidas com esses. Na literatura, alguns estudos apontam a relevância da relação médico-paciente para a adesão ao tratamento de doenças crônicas ou de duração prolongada (Lorençatto, 2002). No presente estudo os relatos das participantes foram divididos em duas subcategorias descritas a seguir.

4.1. Divergência médica: nessa subcategoria serão agrupados relatos das mulheres com endometriose acerca de divergências médicas. Algumas delas disseram ter mostrado o mesmo exame a médicos diferentes e recebido diagnósticos distintos (P1, P3, P6 e P7). Outras citaram a desvalidação médica exemplificada como diminuição e negação da dor por parte dos profissionais (P1, P2, P4, P6, P7 e P8), assim como a vinculação da dificuldade para engravidar a fatores psicológicos e não biológicos. Ademais, algumas pacientes citaram problemas na relação médico-paciente como antecedente para abandonar o tratamento (P1, P4 e P7).

A partir do relato abaixo, observa-se o contexto de desvalidação médica que é frequentemente relatado por pacientes com endometriose.

P1: é, e o que eu acho que desgasta muito, nesse contexto, é que eu estava com essa dor na perna, eu fui nos ortopedistas e aí eu contava ah, to com uma dor na perna. Aí ele falava ah tá, e assim, você tem algum histórico de doença? Ah eu fui operada de endometriose. Eles mudavam a linha de pensamento deles. Então, a sua dor é endometriose. Ai eu, olha, mas eu fiz exame, a gente não está achando nada né, então eu acho que realmente talvez a minha dor seja ortopédica, esse médico que eu fui agora foi o único que falou assim olha, eu acho que a sua dor não tem nada a ver com endometriose. Ele foi o único. (...) é assim é tudo muito você é mais uma né, que está com dor e não interessa né, e isso eu acho que impacta muito também. Na minha ansiedade eu acho que impacta bastante.

Por meio do relato das participantes, constatou-se a existência de um período longo (geralmente anos) entre o início dos sintomas e o fechamento de diagnóstico. Nesse intervalo, a mulher geralmente se sente fragilizada, sofre alterações de humor, passa por desvalidação médica e de pessoas próximas que desconhecem a doença (Matta & Muller, 2006). Segundo as autoras, os sintomas da doença muitas vezes são desvalidados e entendidos pelos profissionais da saúde como “frescura”, exagero ou preocupação exacerbada relacionada à gravidez. Assim, antes do diagnóstico da endometriose, é comum a paciente dispender tempo entre exames e

consultas médicas, até encontrar um profissional que realmente valide o seu relato. (Matta & Muller, 2006).

4.2. Amparo médico: subcategoria que diz respeito ao relato das participantes acerca de condutas médicas consideradas apropriadas (P1, P2, P3 e P6). Segundo essas mulheres, se sentiram acolhidas perante alguns comportamentos de profissionais como a validação de sentimentos e a demonstração de preocupação. Condutas de médicos que não conseguiram fechar o diagnóstico mas que fizeram encaminhamentos apropriados também foram avaliadas como positivas. Algumas pacientes disseram ter decidido continuar o tratamento devido a uma conduta profissional apropriada.

Conforme os relatos expostos a seguir, verifica-se que a relação médico-paciente, quando avaliada como positiva, pode servir como um estímulo alterador de função do diagnóstico e tratamento em si.

P1:...ai me indicaram um outro ginecologista e quando eu fui, que eu estava muito debilitada e com muita dor ai ele falou assim, olha, eu acho que você tem endometriose, porém como eu não trabalho com isso eu não vou saber diagnosticar eu te recomendo você ir no (...). eu até evito muito de ligar para ele, de ficar mandando mensagem assim mas quando isso acontece ele, acho que essa relação dele de mostrar que realmente se importa faz muita diferença, porque só mostrar que ele se importa já me acalma.

P4: aí eu peguei o endereço de uma amiga minha, que ela me indicou o posto perto da casa dela que tinha um médico muito bacana, e foi aí que ele pediu mais exame mais profundo assim, interessou né em mim, e depois ele viu que não era ele que ia resolver e já me encaminhou para um especialista mesmo né.

P6: Na verdade, pelo exame clínico...outra coisa que eu fiquei feliz, hoje em dia elas só querem saber de exame ne, aí pelo clínico ele fez apalpação, ele nem olhou direito a meu ultrassom que veio com diagnóstico de hérnia, ele fez apalpação, ficou ali, olhando, aí ele falou olha, não está tão característico de hérnia e tal, pelo clínico. Eu ainda nem tinha feito o exame de sangue. Ai quando chego o exame de sangue ele confirmou. Ele falou é, aqui não está com cara de hérnia mesmo, você tem uma herniazinha mas acho que descobriu por acaso, vamos operar, eu posso investigar, posso ver para você já que vai ser por vídeo se tem os focos, foi demais mesmo, muito bom mesmo. Fiquei bem feliz mesmo, sabe?

Nesse sentido, seria mais provável que as pacientes emitissem comportamentos de adesão, aumentando, também, a probabilidade de estabilização dos sintomas e da enfermidade.

Alguns comportamentos dos médicos foram considerados positivos pelas pacientes, tais como: indicação para outros médicos, apoio e validação do relato.

Foram agrupadas na categoria (5) “decorrências da doença” alguns relatos das participantes que pontuam alterações na rotina familiar, social e profissional por conta dos sintomas e tratamento da endometriose. Além disso, foram reunidos relatos acerca de sofrimento psicológico concomitante ao quadro da doença. Tal sofrimento é apontado em diferentes estudos (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993; Gorayeb ET AL., 2009; Hunting & Gilmour, 2005; Kratka, 2002; Lorençatto ET AL., 2002; Matta & Muller, 2006; Mendes & Figueiredo, 2012; Sepulcri & Amaral, 2009). Na presente pesquisa, tal condição aparece em uma das subcategorias apresentada abaixo.

5.1. Contexto profissional, social e familiar: subcategoria que enquadra relatos acerca da alteração de rotina nos contextos citados devido aos sintomas e tratamento da endometriose (Gilmour, Huntington & Wilson, 2008). No que tange ao contexto profissional, as pacientes relataram falta no trabalho por conta da dor (P1, P2, P5 e P7), alteração na capacidade de concentração e atenção e queda no rendimento (P1, P4, P7 e P8) ou agravamento da dor por conta da postura de execução do trabalho (P1 e P4). Quanto ao contexto social, algumas pacientes relataram não haver alterações (P6), enquanto outras disseram percebê-las (P1, P2, P3, P4, P5, P7 e P8). Dentre as alterações no contexto social, foram citadas: diminuição de contato social por conta da dor e esquivas de contato por conta de cobrança social. No ambiente familiar, todas as participantes relataram perceber alterações. Dentre essas foram citadas cobranças do marido e outros familiares por filhos, brigas relacionadas à dificuldade de engravidar e diminuição de atividades sexuais por conta de dores.

Diante do exposto, observa-se a repercussão dos sintomas, principalmente da dor, no contexto profissional das pacientes.

P1: por essa minha rotina de realmente viajar muito e eu trabalho assim, eu sou consultora, só que eu tenho que vender o meu produto, então assim, você tem que estar muito bem, até para prestar consultoria, mas pra vender principalmente. Então eu acho que assim, é...por ter jornadas de trabalho extensivas, saio sete da manhã chego oito da noite, dez da noite, então, é, você fazer isso com dor é difícil, então assim, é, eu venho de uma cultura familiar que meu pai entrou no trabalho e ficou 30 anos no emprego, e que assim, não se pode faltar, não se pode pegar atestado. (...). Mas é muito ruim porque, é, de 365 dias no ano, praticamente eu acho que 300 eu fui com dor trabalhar. Umás mais intensas e outras menos, mas sempre com dor. Né, é...outras vezes tendo que desmarcar com clientes e isso é muito ruim. É, eu acho que a área do trabalho é a que mais a endometriose afetou.

P2: é, de repente no trabalho, que daí você foca mais ali, você pensa ah não dá para ter o que eu quero ali, mas de repente aqui da, entendeu?!

P4: é, as vezes no trabalho, eu trabalho com uma senhora bem compreensiva também, sabe, e tem sete anos que eu to ali com ela, e muitas vezes eu tenho que deitar sabe...deitar não, eu falo sentar, ficar quieta um pouco.

P5: Teve um dia só que eu tive muita dor no trabalho, aí eu achei que naquele dia eu ia ter que pedir para ir embora. Mas aí eu pensei, não, eu tenho que aguentar e eu ia dar aula só meio período naquele dia, aí eu falei assim não, vamos até o final, tranquilo.

P1 relatou uma alta jornada de trabalho que, associada a dor intensa, pode-se constituir enquanto estímulo aversivo. Além disso, o modo como a participante entende o trabalho pode ser antecedente para o desenvolvimento da própria doença, uma vez que um estudo desenvolvido com o objetivo de investigar algumas causas e antecedentes da enfermidade associou a doença a condições de vida moderna relacionadas ao sedentarismo, a dieta não balanceada, álcool, tabaco e outras drogas, além de altas horas de jornada de trabalho (Vandenberghe & Ferro, 2005).

Ademais, a inserção do estímulo aversivo dor e emparelhamento desse com o ambiente profissional, pode ser antecedente para a emissão de respostas de fuga e/ou esquiva, ocasionando em faltas no trabalho. Outra hipótese é que, mesmo quando as pacientes vão ao trabalho com dor, uma consequência da estimulação aversiva pode ser a queda na produtividade e atenção, o que também pode prejudicar suas atividades e acarretar em alterações nesse contexto. As hipóteses apontadas vão de encontro com dados que indicaram déficits no contexto profissional dessas pacientes (Huntington & Gilmour, 2005).

Conforme identificado nos trechos a seguir, observa-se que os dados encontrados vão de encontro a outras pesquisas que apontam a interferência da doença nos contextos social e familiar das pacientes (Gorayeb ET AL., 2009; Lorençatto, 2002).

P7: Eu tinha relação sexual e eu tinha dor. Então para mim não era algo prazeroso. Aí eu larguei do meu namorado na época. Mas aí eu voltei porquê? Porque eu gostava dele na época, e isso atrapalhava. Aí a gente sentou, conversou e eu comecei a procurar outros médicos. Até esses dias atrás, em uma crise, eu chorando, eu falei assim vai embora, você não tem que passar por isso, isso é meu, não é seu, né, e aí a gente acaba brigando. Porque eu acho que eu to sendo injusta com ele, que eu estou sendo egoísta com ele, e ele não encara dessa forma né. Porque eu vejo que eu dou patada em Deus e no mundo. Então até hoje eu estava conversando com a minha parceira, que ela dá aula para o outro F5, aí ela perguntou e aí como é que está o resultado das injeções, daí eu falei ah, a última deu melhor. Ela falou, dá para perceber no seu rosto. Porque tem dias que eu chego na creche e as meninas falam ah você está com dor hoje, daí eu falo que não. Para que? Elas não vão poder tirar a minha dor. Então é assim, eu tive que abdicar da minha vida, eu tive que abdicar de alguns luxos, porque eu fiz um empréstimo consignado. Meu salário é descontado 700 reais todo mês, fora as medicações. Que eu tomo. Então, eu não sei.

Como descrito anteriormente, a dor pode ser um estímulo aversivo antecedente para esquiva e/ou fuga de contextos sociais. Além disso, a exposição a estímulos estressores frequentes e sem possibilidade de retirada como a dor crônica, pode ser antecedente para um aumento na frequência de respostas de repouso, que são incompatíveis com atividades sociais. Quanto ao contexto familiar, a dificuldade para engravidar pode fazer parte da cadeia de antecedentes para respostas de autocobrança que, por sua vez, podem interferir na relação conjugal. Ademais, o contexto de incontrolabilidade citado acima, pode ocasionar a generalização dos sentimentos de desesperança e de autorregras relacionadas a passividade para o contexto familiar (Sanabio-Heck & Souto e Motta, 2005), aumentando a estimulação aversiva as quais essas pacientes estão submetidas.

5.2. Autoconceito: subcategoria abrange relatos sobre a interferência dos sintomas e tratamento da endometriose no conceito que as participantes têm delas mesmas. Algumas mulheres relataram não ter notado diferença (P3 e P5), enquanto outras afirmaram que se percebiam de maneira diferente depois da manifestação dos sintomas e a descoberta da doença (P1, P2, P4,

P6, P7 e P8). Pacientes relataram se sentirem feias devido aos inchaços frequentes, culpadas e incapazes devido à dificuldade em gerar filhos.

A partir dos relatos das participantes P2 e P4, identificou-se a interferência da endometriose em como as participantes se veem e se descrevem.

P2: que eu tive que mudar toda a alimentação, devido a endometriose, eu cortei muito alimento que eu não posso comer, que afeta mais, agrava mais.

P4: Tem horas que as vezes você se sente inútil, e (chora) ...desculpa. (...). não...é que você espera tanto tempo que você acha ah agora vou ficar bem ne, mas aí não fica. (Silêncio).

A auto-imagem foi identificada a partir da percepção de variáveis relacionadas a roupas que vestem em função do inchaço menstrual e no conceito sobre o papel assumido enquanto mulher no casamento e na sociedade. O autoconhecimento é um repertório considerado especial, visto que trata da capacidade de identificar as variáveis que intervêm no comportamento do próprio indivíduo, sendo o repertório anterior a capacidade de autocontrole (Skinner, 1974). No presente estudo, observou-se que, dentre os contextos que sofreram alterações, o autoconceito foi o menos enfatizado. Isso pode ser resultado de um déficit no repertório relacionado ao autoconhecimento, ocasionado provavelmente porque aprenderam a ficar sob controle de outros estímulos, que não os que são ocasião para seus próprios comportamentos.

Quanto as participantes que disseram perceber alterações na auto-conceito, identificou-se auto conceituação negativa como subproduto do arranjo comportamental de incontrolabilidade, característico do contexto da endometriose. Assim, compreende-se que essas pacientes generalizaram as mesmas queixas de desesperança e passividade para o modo como se veem (Snabio-Heck & Souto e Motta, 2005; Banaco ET al., 2014). Como apontado na literatura, mulheres acometidas por endometriose tendem a apresentar conceito negativo de si mesmas, sendo que frequentemente se sentem culpadas por não conseguirem engravidar e por outras decorrências da doença (Spigolon, Amaral & Barra, 2012).

5.3. Sofrimento psicológico: nesta categoria agrupam-se relatos referentes a sentimentos de ansiedade (P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7), tristeza (P1, P3, P4 e P8), estresse (P1 e P7), raiva dos médicos (P1, P4, P7 e P8) e pensamentos de inferioridade (P4, P6, P7 e P8) percebidos após o aparecimento dos sintomas e no decorrer do processo de diagnóstico. Após o diagnóstico algumas mulheres relataram se sentirem aliviadas e outras frustradas (P3, P4, P5 e P7) por tratar-se de uma doença crônica. No decorrer do tratamento, sentimentos como ansiedade, depressão e frustração foram identificados no relato das pacientes.

Os trechos apresentados, emitidos por quatro participantes, demonstra consequências psicológicas advindas do contexto da doença.

P3: porque todo mês a gente fica com uma esperança, de aí será que eu engravidei, e nada, entendeu?! Você fica cabisbaixa, desanima da vida, entendeu...porque tenta, tenta e não consegue.

P5: (tossiu) na verdade o que eu acho que mais pegou foi o fato de eu ser, na verdade eu sempre fui uma pessoa que se cobra demais. Em tudo. Eu acho que aí foi quando eu passei a me cobrar mais. Porque na verdade eu passei a querer achar onde eu errei. (...). Eu sempre fui o tipo de pessoa que queria controlar a situação e com isso eu sempre me cobrei demais e fui ansiosa demais, até ver os resultados. E aí foi, aí é onde eu acho que pega. Essa ansiedade, essa cobrança, eu acabo criando um certo bloqueio para certas coisas né, e eu acho que essa questão de engravidar é onde eu crio o bloqueio de vez. Eu quero, mas ao mesmo tempo que eu quero eu tenho medo de engravidar e perder outra vez.

P7: Eu tenho vontade, eu moro no quarto andar né, no quarto e último andar, aquele bloquinho sabe, de prédio. Tem dias que eu falo assim Jesus, as vezes eu acho que assim o único caminho é pular daqui, sabe?!

P8: é. O pessoal fala assim, ai, você é muito forte, porque eu não demonstro né eu sempre fui assim né, porque eu sou a irmã mais velha, e sempre fui assim essa coisa de irmã mais velha, ser mais forte, proteger. Eu sempre fui muito grudada com meu pai e sempre tive essa coisa de proteger. Aí você vai para a igreja tem os jovens, você vai proteger os jovens, então, eu entendo isso, e é bem difícil para mim abrir assim, então, eu não exponho os meus sentimentos em relação a nada. Para todo mundo está sempre tudo muito bem para mim, eu to sempre sorrindo, estou sempre brincando, quando eu tenho dor aí não tem jeito, aí eu vou para o meu canto, tranco a casa, fico lá quietinha, porque ninguém vai me ver né, no meu canto.

Essa subcategoria foi identificada em todas as entrevistas e, nas quatro participantes citadas, foi verbalizada com mais frequência. Tais resultados corroboram com a literatura de

outras vertentes psicológicas (Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993; Gorayeb ET AL., 2009; Hunting & Gilmour, 2005; Kratka, 2002; Lorençatto ET AL., 2002; Matta & Muller, 2006; Mendes & Figueiredo, 2012; Sepulcri & Amaral, 2005), que apontam para a relação entre a endometriose e sintomas psicológicos.

A análise funcional revela que o comportamento se trata de relações, ou seja, da interação entre o organismo e o meio em que vive. Assim, o comportamento emocional é considerado como a relação entre o evento ambiental externo antecedente, o comportamento operante, a emoção (ou o comportamento respondente) e o evento ambiental consequente. De acordo com essa visão, os nomes dados as emoções servem para classificar o comportamento operante em relação as várias circunstâncias antecedentes e consequentes que afetam sua probabilidade de ocorrência (Haydu, V. B. & Borloti, E., 2012). No decorrer do texto e das análises propostas em outras subcategorias, observou-se alguns processos comportamentais que permitiram a compreensão de respostas emocionais em mulheres com endometriose, a partir de uma análise do contexto da doença, tais como: a inserção de estímulos aversivos sem a possibilidade de retirada; a perda de estímulos considerados reforçadores positivos; as mudanças em diversos contextos; a incontabilidade e; a falta de relação entre as respostas emitidas e as consequências esperadas. Tais processos ocorrem em conjunto ou separadamente e descrevem um arranjo ambiental propício para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, como é o caso da ansiedade e da depressão.

Considerações finais

O comportamento é o objeto de estudo da Análise do Comportamento, vertente embasada nos princípios filosóficos do Behaviorismo Radical. Nessa perspectiva, toda ação é compreendida a partir de um contexto e a análise da interação do indivíduo com o ambiente que o cerca faz-se necessária. Tal análise pode ser feita a partir de dados coletados por diferentes metodologias, dentre as quais a entrevista semi-estruturada. Tal instrumento possibilita que o

pesquisador conduza a coleta de seus dados a partir de determinados princípios, assim como remodele a entrevista enquanto essa acontece. Os dados coletados são analisados como relatos verbais e, portanto, a análise posterior segue esse viés.

Por meio da análise dos resultados alcançados na busca bibliográfica inicial, obtida para a confecção do instrumento de coleta, identificou-se a incidência de depressão, ansiedade e estresse em mulheres com o diagnóstico de endometriose (Lorençatto, 2002). Portanto, o presente trabalho baseou-se no arranjo ambiental capaz de desenvolver esses transtornos para embasar o processo de entrevista.

Ao tomarmos como fonte de análise entrevistas de mulheres com endometriose, tornamo-nos mais aptos a intervir acerca dessa problemática, atuando de modo mais proveitoso sobre essa parcela da realidade que atinge aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva. Somos capazes de identificar, por exemplo, que a demora no diagnóstico, desvalidação médica, desconhecimento da doença e a incontabilidade presente no contexto de tratamento e cura da enfermidade, são contextos para o desenvolvimento de transtornos psicológicos como a ansiedade e depressão. Ao retirar a causa do sofrimento psicológico de dentro do indivíduo, somos capazes de intervir e organizar o ambiente, de tal modo que as pacientes passem pelo processo de diagnóstico e tratamento, mantendo outros contextos de sua vida intactos. Tal condição pode diminuir o sofrimento emocional inerente a ginecopatias e expandir as suas fontes de apoio.

Além disso, o emprego da metodologia utilizada demandou sensibilidade teórica e fundamentação na literatura da Análise do Comportamento. Ao mesmo tempo, a teoria dispõe da possibilidade de desenvolvimento dos dados durante todo o processo, o que é útil para entender elementos contextuais que constituem o principal foco do estudo de caso (Lawrence & Tar, 2013). A análise contextual e indutiva permitiu a aproximação entre a teoria e o

embasamento teórico da Análise do Comportamento, tornando possível a análise qualitativa e sistemática dos dados.

A partir da descrição dos aspectos ambientais presentes no contexto da doença, torna-se possível a realização da análise funcional e contextual dos comportamentos de ansiedade e depressão identificados em pacientes com endometriose. A relação entre modificação biológica e ambiental advindas com a enfermidade e a emissão de comportamentos considerados problemáticos permite-nos compreender tal incidência e, ao mesmo tempo, refletir sobre possibilidades de intervenção que auxiliem pacientes e promovam práticas profissionais mais condizentes com a realidade a qual tem acesso, modificando-a e sendo modificados por ela.

Referências

- Banaco, R. A., Zamignani, D. R., Costa, C. E. & Dantas, M. R. (2014). Modelos experimentais da depressão. In Bittencourt, A. C. C. P.; Neto, E. C. A.; Rodrigues, M. E. & Araripe, N. B. (Eds.), *Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental*. (pp. 107-112). Curitiba: Juruá.
- Baum, W. M. (2006) *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. (Silva, M. T. A., Trad.). 2. Ed. Rev. e ampl. – Porto Alegre: Artmed, 2006.
- Burch, V. (2011). *Viva bem com a dor e a doença: O método da atenção plena*. Editora: Summus.
- Chamaz, H. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*.
- Coppede, A. S. M. (2007). *Intimidade no relacionamento terapeuta-cliente: alcances e limites*. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás. Mestrado em psicologia, 2007.
- Del Prette, G. (2011). Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. *Revista Perspectivas*, 2011, vol. 02, nº 01, pp.53-71.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14:45-52.
- Gorayeb, R., Borsari, A.C.T., Gomes, A.C.R., Romão, A.P.M.S. & Shuhama, R. (2009). Caracterização clínica e psicossocial da clientela de um ambulatório de esterilidade. *Rev. Estudos de Psicologia.* 26(3):287-96.
- Haydu, V. B. & Borloti, E. (2012) O pensar e o sentir numa análise comportamental da ansiedade. In C. V. B. B. Pessoa, C. E. Costa & M. F. Benvenuti (Orgs.), *Comportamento em foco* (Vol. 1, PP. 283-292). São Paulo: ABPMC.
- Huntington, A. & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: women and endometriosis. *J. Clin. Nurs.* 2005 Oct; 14(9): 1124-32.
- Kaatz, J., Solari-Twadell, P. A., Cameron, J., Schultz, R. (2010). Coping with endometriosis. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2010 Mar-Apr; 39(2):220-5; quiz 225-6.

- Kratka, P. C. (2002). O enigma da endometriose. 41 f. Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) – Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Lawrence, J. & Tar, U. (2013). The use of grounded theory technique as a practical tool for qualitative data collection and analysis. *The electronic journal of business research methods* Volume 11 Issue 1 (pp.29-40).
- Lorençatto, C., Vieira, M.J.N., Marques, A., Pinto, C.L.B. & Petta, C.A. (2007) Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo.
- Lorençatto, C., Viera, M.J.N., Pinto, C.L.B. & Petta C.A. (2002) Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor crônica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3):217-21.
- Matta, A.Z. & Muller, M.C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(1):57-72.
- Mendes, N. & Figueiredo, B. (2012). Abordagem psicológica na endometriose: Experiência de dor e melhora na qualidade de vida das mulheres. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 13(1):36-48.
- Sanabio-Heck, E. T. & Souto e Motta, K. G. (2005). Desamparo aprendido. In: Abreu-Rodrigues, J. & Ribeiro, M. R. (org.): *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. Artmed.
- Sepulcri, R. P. & Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur. J. Obstet. Reprod. Biol.* Jan; 142 (1):53-6.
- Sepulcri, R.P. (2005). Avaliação do perfil emocional em mulheres com endometriose pélvica – rotina ou exceção? *Femina*. 33(5):353-57.
- Skinner, B. F (1979). *Ciência e comportamento humano*. (Todorov, J. C. & Azzi, R., Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. (Villalobos, M. P., Trad.). 10. Ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- Spigolon, D.N., Amaral, V.F. & Barra, C.M. (2012). Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Femina*. 40(3):129-34.

- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2005, 7 (1): 137-151.
- Vieira, M. F. J. A. (2007). Campo e função da auto-revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico. Dissertação (mestrado). Universidade Católica de Goiás. Mestrado em Psicologia, 2007.
- Vila, A.C.D., Vandenberghe, L. & Silveira, N. A. (2010). A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 11(2):219-228.
- Zamignani, D. R. & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e cognitiva*, Vol. III, nº 1, 077-092.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Elaboração de um Programa de Intervenção Analítico Comportamental para Mulheres com Endometriose”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa **“Elaboração de um Programa de Intervenção Analítico Comportamental para Mulheres com Endometriose”**, a ser realizada em **“Clínica Psicológica Espaço Comportamental”**. O objetivo da pesquisa é elaborar e aplicar um protocolo de intervenção em grupo para mulheres com o diagnóstico de Endometriose, maiores de dezoito anos e que não estejam em processo psicoterápico individual concomitante.

Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: participação na entrevista inicial e individual, resposta a questionários de avaliação ao longo do processo de seleção e intervenção; participação no grupo e em eventuais atendimentos individuais. As sessões serão gravadas em áudio e vídeo, por meio de filmadoras e gravadores digitais. Além disso, serão acompanhadas por observados na sala, sendo esses membros da equipe de pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa (ou pesquisas futuras realizadas pela pesquisadora responsável) e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os materiais resultantes das gravações serão guardados em uma sala da Universidade Estadual de Londrina, em um armário trancado, ao qual apenas a pesquisadora responsável ou pessoas autorizadas por essa terão acesso, sob responsabilidade da pesquisadora. Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: conhecimento acerca da doença, troca de experiências, identificação de variáveis da vida diária que estão comprometidas pelo diagnóstico, desenvolvimento de repertório social e atuação sobre as problemáticas identificadas durante o período de avaliação.

Quanto aos riscos, a presente pesquisa não oferece riscos físicos, bem como se compromete a realizar os devidos atendimentos individuais ou encaminhamentos caso o participante apresente alguma dificuldade decorrente de sofrimento psicológico.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Raiana Bonatti de Sousa Botão, (43) 9610-7630 raianabonatti@hotmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao à senhora.

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

Raiana Bonatti de Sousa Botão

RG: 8.807.334-7

_____ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.

APÊNDICE B
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu **Raiana Bonatti de Sousa Botão, Brasileira, solteira, Psicóloga, inscrita no CRP/ PR sob o nº 08/**, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Elaboração de um programa de Intervenção analítico Comportamental em Grupo para Mulheres com Endometriose”**, a que tiver acesso nas dependências do (Sala de atendimento psicológico em grupo) da (Espaço Comportamental)

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não me apropriar de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada que possibilite a identificação dos participantes, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa a identidade dos participantes, gravações em áudio e vídeos das sessões individuais e em grupo. Além disso, dados idiossincráticos como profissão, estrutura familiar, etc. que possibilitem a identificação das participantes serão alterados.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação dos itens acima mencionados.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Local, ___/___/___.

Ass. _____

Raiana Bonatti de Sousa Botão

APÊNDICE C

Entrevista semiestruturada

Explicar sobre o projeto de pesquisa: como começou, quais nossos objetivos, como pretendemos interferir na vida delas. Depois disso, explicar sobre o processo ético, sigilo, divulgação dos dados em futuras publicações, gratuidade do processo, termo de compromisso e participação voluntária (podendo sair no meio do processo). Por fim, expor os critérios para a escolha das participantes do grupo, os quais: diagnóstico de Endometriose, ter mais que 18 anos e não participar de processo psicoterápico individual concomitante. Além disso, deve ser explicado falar sobre opção ofertada para as que não forem selecionadas como palestras psicoeducativas e acompanhamento psicoterápico individual relacionado a problemática. No final, deve ser explicado o objetivo da entrevista inicial, o qual: conhecer a participante; coletar dados sobre a história da participante com a doença; identificar as expectativas relacionadas ao tratamento e verificar os comportamentos que precisariam ser desenvolvidos visando a melhora na qualidade de vida.

Dados sociodemográficos

Nome:	Idade:
Estado civil:	Escolaridade:
Profissão:	Filhos:

Entrevista

- 1. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico? Como foi o percurso até ele?**
- 2. Quais são os seus sintomas?**

Como a endometriose interfere / interferiu na sua vida:

- 3. O que mudou com a doença? (Pedir exemplos – como fazia antes e como começou a fazer depois do diagnóstico)**
- 4. Quais partes da sua vida foram alteradas? (Social, familiar, profissional e visão de si)**

Se houve alterações:

- a) Como era a vida social antes e depois da doença? (Pedir exemplos)**
- b) Como era a estrutura familiar antes e depois da doença? (Pedir exemplos)**
- c) Como era a vida profissional antes e depois da doença? (Pedir exemplos)**
- d) Como você se via antes e como se vê agora? (Pedir exemplos)**

- 5. Quais são as suas expectativas com relação ao tratamento?**
- 6. O que acha que precisaria mudar para melhorar sua qualidade de vida?**

Comportamentos que precisam ser instalados (campo preenchido pelo pesquisador após análise das respostas coletadas na entrevista):