



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

GIULIANA INOCENTE

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE GRUPO  
PSICOTERAPÊUTICO COM MULHERES PORTADORAS DE  
ENDOMETRIOSE**

---

Londrina  
2018

**GIULIANA INOCENTE**

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE GRUPO  
PSICOTERAPÊUTICO COM MULHERES PORTADORAS DE  
ENDOMETRIOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares.

Londrina  
2018

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

Inocente, Giuliana.

Análise comportamental de grupo psicoterapêutico com mulheres portadoras de endometriose / Giuliana Inocente. - Londrina, 2018.  
94 f.

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, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Endometriose - Tese. 2. Psicoterapia - Tese. 3. Intervenção - Tese. 4. Grounded theory - Tese. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. III. Título.

GIULIANA INOCENTE

**ANÁLISE COMPORTAMENTAL DE GRUPO PSICOTERAPÊUTICO  
COM MULHERES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE**

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: Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Márcia Cristina Caserta Gon  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC

Londrina, 18 de setembro de 2018

INOCENTE, Giuliana **Análise comportamental de grupo psicoterapêutico com mulheres portadoras de endometriose**. 2018. 94f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMO

Endometriose é uma doença ginecológica crônica com sintomas que podem contribuir para a ansiedade, depressão e isolamento social. A intervenção psicológica em grupo é considerada uma alternativa de tratamento para auxiliar mulheres com tal diagnóstico, uma vez que apresenta vantagens quando aplicada em contexto de saúde por beneficiar um maior número de pacientes e fornecer modelo de enfrentamento da situação. O presente estudo pretende descrever uma intervenção realizada a um grupo de mulheres diagnosticadas com endometriose sob enfoque Analítico Comportamental e analisar seus efeitos sobre a melhora dos sintomas e da qualidade de vida. O trabalho está dividido em três partes, compostas por propostas de artigos científicos a serem submetidos à publicação. O primeiro refere-se a uma revisão sistemática às bases de dados Index Psi, Lilacs, PePsic, PubMed, Scielo e Science Direct com os descritores “endometriose AND psicologia”, “endometriose AND saúde” e “endometriose AND grupo de apoio”. Cumpriam os critérios de inclusão 14 artigos que foram divididos em: Revisão bibliográfica, Análise de contexto e Intervenção psicológica. Identificou-se uma escassez de estudos que relacionaram a endometriose e a Psicologia. O segundo artigo apresenta um protocolo de intervenção em grupo de abordagem Analítico Comportamental. Foi composto por seis participantes portadoras de endometriose, duas psicoterapeutas e dez sessões com o objetivo de desenvolver repertório relacionado a habilidades sociais, como expressão de sentimentos, empatia e assertividade, além de desenvolver autoconhecimento. Os resultados corroboraram com a literatura no quesito de demora ao receber o diagnóstico e a necessidade de se trabalhar habilidades sociais com o intuito de extinguir comportamentos de fuga e esquivas de contextos sociais. O terceiro artigo analisa a primeira e a última sessão de intervenção por meio da transcrição dos relatos das participantes. Com o método *The Grounded Theory* elaborou-se duas categorias: Habilidades Sociais e Autopercepção, que possuem subcategorias que as descrevem. Tais categorias são afetadas pelos sintomas da endometriose e foram trabalhadas durante a intervenção psicoterapêutica. A intervenção levou a mudança no repertório comportamental das participantes melhorando a qualidade de vida. Conclui-se que a endometriose ainda é um tema recente e que necessita de pesquisas que investiguem e avaliem aspectos relacionados à intervenção psicológica.

**Palavras-chave:** Endometriose. Psicoterapia. Análise aplicada do comportamento. Intervenção. *Grounded theory*.

INOCENTE, Giuliana. **Behavioral analysis of a psychotherapeutic group with women with endometriosis**. 2018. 94p. Dissertation (Master's degree in Behavior Analysis) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## ABSTRACT

Endometriosis is a chronic gynecological disease with symptoms that can contribute to anxiety, depression and social isolation. Psychological intervention is considered an alternative treatment to assist women with this diagnosis, since it presents advantages when applied in the context of health by benefiting a larger number of patients and providing coping model of the situation. The present study intend to described an intervention performed on a group of women diagnosed with endometriosis, under a behavioral analytical approach, and analyzed the effects about the improvement of symptoms and quality of life. The study is divided into three parts, that consists of proposls for scientific articles to be submitted for publication. The first refers to a systematic review of databases Index Psi, Lilacs, PePsic, PubMed, Scielo and Science Direct with the descriptors "endometriosis AND psychology", "endometriosis AND health" and "endometriosis AND support group". Fulfilled the inclusion criteria 14 articles that were divided into: Bibliographic review, Context analysis and Psychological intervention. A shortage of studies linking endometriosis and psychology has been identified. The second article presentes a protocol describes a strategy of intervention in group of Behavioral Analytical approach. It was contained six participants, two psychotherapists and ten sessions with the objective of developing repertoire related to social skills, as expression of feelings, empathy and assertiveness, as well as developing self-knowledge. The results corroborated with the literature regarding the delay in receiving the diagnosis and the need to work with social skills in order to extinguish behaviors of escape and avoidance of social contexts. The third article analyzes the first and the last intervention session through the transcript of participant reports. With The Grounded Theory method was developed two categories: Social Skills and Self-perception, which have subcategories that describe them. Those categories are affected by the symptoms of endometriosis and were worked during a psychotherapeutic intervention. The intervention led to a change in the behavioral repertoire of the participants, improving their quality of life. It was concluded that endometriosis is still a recent issue and requires research that investigates and evaluate aspects related to psychological intervention.

**Keywords:** Endometriosis. Psychotherapy. Applied behaviour analysis. Intervention. Grounded theory.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

<b>Tabela 1</b> – Resultado da busca eletrônica nas bases de dados.....	23
<b>Tabela 2</b> – Artigos recuperados e alocados na categoria Revisão bibliográfica .....	24
<b>Tabela 3</b> – Artigos recuperados e alocados na categoria Análise de contexto .....	24
<b>Tabela 4</b> – Artigos recuperados e alocados na categoria Intervenções psicoterapêuticas.....	25

### ARTIGO 2

<b>Tabela 1</b> – Descrição dos objetivos e procedimentos de cada sessão .....	39
--	----

### ARTIGO 3

<b>Tabela 1</b> – Dados sociodemográficos e sobre a endometriose das participantes .....	57
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise do Comportamento
AF	Análise Funcional
GT	Grounded Theory
Index Psi	Indexador de Psicologia de Periódicos Técnico-Científicos
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PePsic	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PubMed	Public Medline
SciELO	Scientific Electronic Library OnLine
GnRH	Hormônio liberador de Gonadotrofina
P1-6	Participantes 1 à 6

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	8
<b>Endometriose</b> .....	8
<b>Psicoterapia Analítico Comportamental</b> .....	12
<i>The Grounded Theory</i> .....	13
<b>Artigo 1</b> - Endometriose e intervenções psicológicas .....	18
<b>Artigo 2</b> - Protocolo de intervenção comportamental em grupo para mulheres com endometriose.....	31
<b>Artigo 3</b> - Endometriose: Análise comportamental dos relatos de um grupo psicoterapêutico com participantes portadoras de endometriose .....	52
<b>Referências</b> .....	85
<b>ANEXOS</b> .....	88
ANEXO A – Contos para trabalhar assertividade adaptado de Oliveira (1998).....	89
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92

## **Apresentação**

O presente trabalho visa analisar uma intervenção psicoterapêutica, Analítico Comportamental em grupo, com pacientes diagnosticadas com endometriose. Antes da apresentação dos artigos, para melhor compreensão do trabalho, serão abordadas questões relacionadas à Endometriose, Psicoterapia Analítico Comportamental e o Método da Teoria Fundamentada.

## **Endometriose**

Endometriose é um distúrbio ginecológico frequente, acomete 10 a 20% das mulheres em idade reprodutiva (Figueiredo & Nascimento, 2008; Nácúl & Spritzer, 2010). Sua origem ainda é desconhecida, possuindo diferentes hipóteses para o início da endometriose (Kratka, 2002; Matta & Muller, 2006; Nácúl & Spritzer, 2010; Vila, Vandenberghe & Silveira, 2010). A doença caracteriza-se pelo crescimento e alocação do tecido endometrial de maneira atípica. Dessa maneira, o tecido pode ser encontrado no ovário, ligamentos uterinos, pelve peritoneal, colo uterino, bexiga, intestino e raramente na pleura e pericárdio. A cada ciclo menstrual há o risco do tecido endometrial se expandir formando aderências no local em que houve a alocação atípica, o que causa um processo inflamatório e dificulta a mobilidade adequada das áreas acometidas (Caldeira, Noronha, Oliveira & Amorim, 2008; Ferreira, Bessa, Drezett & Abreu, 2016; Kratka, 2002).

O diagnóstico de endometriose leva cerca de seis anos para ser fechado, uma vez que seus sintomas são variados e subjetivos (Matta & Muller, 2006; Mendes & Figueiredo, 2012). É realizado por histórico clínico, exames físicos (como apalpação vaginal) e complementares (por exemplo, ultrassonografia transvaginal, dopplervelocimetria colorida, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, laparoscopia e dosagens de marcadores). O principal exame de diagnóstico é a vídeo-laparoscopia, um procedimento cirúrgico. Antes de

realizá-lo, é comum a solicitação do consentimento livre e esclarecido, autorizando os médicos em caso de necessidade, intervirem nos focos de endometriose caso sejam encontrados. Assim, ao fazer o diagnóstico, pode-se retirar os focos de endometriose no mesmo ato operatório. A retirada dos focos pode causar lesões múltiplas e profundas, sendo necessária experiência médica. A retirada dos focos endometriais melhora os sintomas de dor pélvica e pode facilitar a gravidez (Caldeira et al., 2008; Nácul & Spritzer, 2010).

Os sintomas podem variar em intensidade, magnitude e topografia, de acordo com a localização e tamanho do endométrio ectópico, podendo ser influenciado por variáveis psicossociais. Os principais sintomas são dor pélvica crônica, infertilidade e dispareunia (dor durante a relação sexual), sendo que um a dois por cento das mulheres com endometriose são assintomáticas. Tais sintomas afetam áreas sociais, físicas e psicológicas das pacientes, acarretando em prejuízos na qualidade de vida, profissional, conjugal e sexual (Caldeira et al., 2008; Ferreira et al., 2016; Figueiredo & Nascimento, 2008, Kratka, 2002; Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta, 2002; Marqui, 2014; Matta & Muller, 2006).

O diagnóstico de dor pélvica crônica é definido por não ser menstrual, nem cíclico, durar no mínimo seis meses e interferir no cotidiano dos pacientes. Sessenta a setenta por cento dos pacientes com este diagnóstico possuem endometriose, não estando correlacionada a intensidade da dor com a gravidade da endometriose. O diagnóstico é estabelecido por meio de anamnese e exames físicos. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, quando a etiologia da dor não é encontrada o tratamento visa o alívio da dor, podendo não ser efetivo e apresentar efeitos adversos (Caldeira et al., 2008). Pacientes com dor pélvica tem mais propensão à depressão e ansiedade, fatores que podem alterar a percepção da dor. Tratamentos alternativos, como por exemplo, psicoterapia, acupuntura, reflexologia, *biofeedback*, têm demonstrado bons resultados no alívio das dores (Caldeira et al., 2008; Lorençatto et al., 2002).

A infertilidade é caracterizada pela incapacidade de engravidar após 12 meses de tentativas. Vinte a cinquenta por cento das mulheres inférteis apresentam endometriose (Caldeira et al., 2008; Matta & Muller, 2006; Nácúl & Spritzer, 2010). Acomete grande sofrimento e perturba o bem-estar individual, familiar e social do casal, assim como aumenta o stress, a ansiedade e a depressão, e diminui a qualidade de vida (Batista, Bretones & Almeida, 2016; Chen, Chang, Tsai & Juang, 2004; Domar, Zuttermeister & Friedman, 1993).

Na maioria dos casos de infertilidade a sociedade aponta a mulher como única participante, havendo pressão social para engravidar. Tal fator causa sofrimento emocional, o que pode levá-las a fingir que não pretendem ter filhos no momento, como forma de justificar a não gravidez, o que pode influenciar no próprio isolamento social, uma maneira de se esquivar deste estímulo aversivo. Os tratamentos de fertilização, como a estimulação ovariana, fertilização *in vitro*, inseminação intrauterina e outros tipos de fertilização assistida, embora auxiliem no processo de gravidez, nem sempre apresentam resultados positivos, são custosos financeiramente e alteram a rotina principalmente da mulher que se submete a inúmeros procedimentos invasivos (Batista et al., 2016).

Sabe-se que a gravidez e a menopausa interferem na evolução da endometriose, sendo relatado diminuição e eliminação da dor. Assim, um dos tratamentos para a endometriose pode ser à base de medicamentos hormonais, que atuam de maneira semelhante a estas condições fisiológicas, além da indicação à gravidez, podendo recorrer a técnicas de reprodução assistida. Porém, ainda hoje, tais tratamentos controlam os sintomas, mas não garantem a cura, além de que nem todas as pacientes apresentam bons resultados diante dos tratamentos disponíveis. O tratamento deve ser individualizado, levando em conta os aspectos da doença e o impacto causado na vida de cada paciente (Caldeira et al., 2008; Kratka, 2002; Lorençatto, Vieira, Benetti-Pinto & Petta, 2007; Nácúl & Spritzer, 2010).

Os tratamentos podem gerar desgaste emocional, interferência no âmbito profissional, econômico, familiar e afetivo, reduzindo assim, a qualidade de vida e a autoestima. Faz-se necessário um cuidado psicossocial e multiprofissional para estas pacientes, incluindo suporte emocional; redução do estresse; apoio social; estratégias de enfrentamento da dor e tratamentos; tratamento psicosssexual; melhora na qualidade de vida e nos relacionamentos afetivos; aconselhamento profissional e; mudança no estilo de vida, na dieta e nos hábitos de sono (Caldeira et al., 2008; Ferreira et al., 2016; Kratka, 2002; Mendes & Figueiredo, 2012; Vila et al., 2010). Matta e Muller (2006) também ressaltam a importância do preparo médico ao lidar com tais pacientes para conseguir transmitir segurança e acolher os sentimentos.

Mulheres com endometriose podem ter maior probabilidade de desenvolverem depressão e ansiedade, o que pode dificultar o tratamento dos sintomas. Também é muito frequente apresentarem queixa de irritabilidade, fadiga, preocupação somática, falta de satisfação, insegurança, tristeza, mudança de humor, crises de choro, distúrbios do sono, inibição para o trabalho e diminuição da autoestima. O que indica a necessidade de uma intervenção que aborde tanto os sintomas físicos como os agravantes biopsicossociais (Figueiredo & Nascimento, 2008; Kratka, 2002; Lorençatto et al., 2002; Lorençatto et al., 2007; Mendes & Figueiredo, 2012).

## **Psicoterapia Analítico Comportamental**

O Behaviorismo Radical é a filosofia que rege a Análise do Comportamento (AC) e tem como objeto de estudo o comportamento dos organismos. Por comportamento compreende-se a relação de mútua interferência entre organismo e ambiente. A AC inclui em sua análise tanto os comportamentos públicos, como os comportamentos privados (sentimentos e pensamentos), considerados passíveis de estudo por métodos específicos (Sério, 2005; Skinner, 1956/1972; Skinner, 1945; Skinner, 1982).

A AC Aplicada manipula as contingências ambientais para solucionar problemas de ordem individual, social e cultural. Para isso utiliza-se como principal ferramenta a análise funcional (AF), a qual identifica os estímulos que mantêm determinada resposta. Por meio desta ferramenta é possível analisar as consequências a curto e longo prazo que mantem o comportamento analisado (Hübner & Moreira, 2013; Matos, 1999; Morris, 1988; Skinner, 1979/2003).

Na prática para realizar uma AF é preciso definir o comportamento que se deseja estudar, descrever a topografia da resposta e os estímulos antecedentes e consequentes. Isto possibilita o levantamento de hipóteses sobre os efeitos da manipulação destas variáveis (por exemplo, reforçamento, punição, extinção, etc.), e maior probabilidade de se alcançar o objetivo desejado (por exemplo, aumento ou diminuição de uma resposta) após a modificação dos estímulos ambientais. Sugere-se que haja contínua observação da resposta, com o intuito de afirmar ou refutar a hipótese formulada (Hübner & Moreira, 2013; Matos, 1999).

De acordo com Banaco (1997) o comportamento que o terapeuta Analítico Comportamental visa modificar é aquele que de alguma forma é prejudicial ao indivíduo. A AF torna o indivíduo único, não o rotulando pelo seu comportamento, mas analisando-o com o intuito de entender a função de seus comportamentos e então elaborar estratégias de intervenção.

### *The Grounded Theory*

Como abordado anteriormente, a AC torna a Psicologia uma ciência natural, capacitando o estudo do comportamento de maneira similar aos outros fenômenos da natureza, fornecendo previsão e controle. Porém os métodos de pesquisa em Psicologia, em sua maioria qualitativa, geram discussões acerca de seu caráter empírico. Pesquisas qualitativas visam uma análise sistemática dos dados, assim como em qualquer pesquisa quantitativa, porém, a maioria das pesquisas qualitativas fornece ampla gama de dados, o que pode dificultar sua análise (Holanda, 2006; Lawrence & Tar, 2013).

O comportamento humano por ser complexo requer um método que permita analisar, isolar, questionar e organizar os dados obtidos na coleta a fim de codificá-los em um denominador comum. Holanda (2006) descreve sete métodos de investigação utilizados para tratar dados de humanos, entre um desses métodos está a Teoria Fundamentada, ou *Grounded Theory* (GT). Walsh et al. (2015) destacam que esse método serve para analisar tanto dados quantitativos, quanto dados qualitativos, embora mais recorrente aos últimos.

A GT elaborada por Glaser e Strauss (1967), hoje amplamente utilizada em áreas sociais e da saúde, também é indicada para campos em que há poucas pesquisas, uma vez que gera dados que podem ser reanalisados por outros métodos. Seu objetivo é encontrar e descrever padrões que expliquem seu tema de pesquisa. A análise dos dados é realizada concomitante à coleta de dados, os conceitos advindos da análise são questionados e reinterpretados constantemente, cessando, análise e coleta, no momento em que houver saturação da reelaboração dos conceitos e validação entre eles (Charmaz, 2009; Holanda, 2006; Lawrence & Tar, 2013; Strauss & Corbin, 2008; Tarozzi, 2011; Walsh et al., 2015).

A GT elabora as categorias partindo do zero, sem categorias pré-concebidas, ela parte da descrição do evento. Evitando, assim, padrões de pensamentos existentes sobre o tema pesquisado e fazendo com que as categorias se encaixem nos dados, e não o contrário, que os

dados se encaixem nas categorias. As categorias elaboradas são constantemente questionadas sobre suas lacunas, sendo possível voltar a campo para refutá-las ou afirmá-las (Charmaz, 2009; Holanda, 2006; Lawrence & Tar, 2013; Strauss & Corbin, 2008; Tarozzi, 2011; Walsh et al., 2015).

A GT possui três práticas específicas a serem seguidas, o que a torna um método sistemático e empírico. As práticas são sugeridas, não são regras fixas, podem ser adaptadas de acordo com cada estudo. São elas: Codificação, Memorando e Amostragem Teórica. Para seguir as práticas é necessário que os dados sejam gravados e transcritos, a análise pode ser realizada palavra por palavra, linha a linha ou incidente por incidente (Charmaz, 2009; Lawrence & Tar, 2013; Strauss & Corbin, 2008; Tarozzi, 2011).

A Codificação de dados, conta tanto com as transcrições, quanto com as notas de campo, e dependendo do viés pode seguir algumas etapas. Charmaz (2009) propõe quatro principais etapas para o passo da codificação: inicial, focalizada, axial e teórica. Na Codificação inicial o pesquisador irá realizar uma codificação aberta da transcrição, linha a linha, buscando responder “O que este incidente indica?”, o que irá gerar os primeiros conceitos. Em seguida, na Codificação focalizada, o pesquisador irá analisar a transcrição novamente, agora observando trechos mais longos e buscando responder “Sobre o que é o estudo?”, “Qual categoria esse incidente indica?” e “Qual é o problema psicológico social enfrentado pelo participante neste trecho?”, gerando as primeiras categorias. Assim, poderá comparar os conceitos elaborados na Codificação inicial com as categorias elaboradas na Codificação focalizada e agrupá-los em categorias comuns (Charmaz, 2009; Tarozzi, 2011).

A Codificação axial visa estabelecer relação entre categorias e subcategorias a partir da comparação daquele código com mais incidentes, gerando novas categorias, desta vez, mais sucintas e abreviadas. Especifica as propriedades e dimensões das categorias respondendo as perguntas “quando, onde, por que, quem, como e com que consequências”.

Por fim, na fase de Codificação teórica, realiza-se a Codificação seletiva que refina as categorias em uma teoria explicativa sobre o fenômeno investigado, resultando em um único conceito chave, uma *core category* (Charmaz, 2009; Tarozzi, 2011).

Na fase dos Memorandos o pesquisador irá trabalhar com os registros tomados durante a coleta e análise de dados. Os registros devem ser escritos livremente, da maneira mais natural possível, sendo até mesmo informal. Eles servirão como dados para o pesquisador, não sendo publicados. O pesquisador posteriormente elaborará categorias para os registros e as analisará comparando com as categorias elaboradas com os dados da transcrição, a fim de unificá-las e gerar novas e mais refinadas categorias. Tais categorias podem ser justificadas pelos registros dos memorandos, sendo reescritos formalmente para a publicação (Charmaz, 2009; Lawrence & Tar, 2013; Strauss & Corbin, 2008; Tarozzi, 2011).

A fase da Amostragem Teórica visa aperfeiçoar e complementar as categorias. A partir do momento que houver uma categoria elaborada e ter observado suas lacunas, por meio dos Memorandos, pode-se iniciar o refinamento com a Amostragem Teórica. Este refinamento consiste em complementar as categorias pela busca de novas fontes, podendo ser a volta ao mesmo campo de coleta, a um campo diferente, ou mesmo à bibliografia pertinente. Assim, é possível redefinir as categorias com vários casos comuns, e não apenas com o seu estudo. Há a sugestão de que a leitura da bibliografia pertinente seja realizada após a Codificação aberta dos dados, com o intuito de interferir ainda menos nas categorias elaboradas pelo pesquisador. O comparativo constante das categorias torna-as refinadas e justificadas (Charmaz, 2009; Lawrence & Tar, 2013; Strauss & Corbin, 2008; Tarozzi, 2011).

O presente trabalho é continuidade da pesquisa realizada por Botão (2016) e orientada por Maria Rita Zoéga Soares. Visa analisar, de acordo com a Análise do Comportamento, uma intervenção realizada por psicólogas (Gabriela Oliva Serizawa Gonzáles e Giuliana

Inocente) a um grupo de mulheres diagnosticadas com endometriose. O trabalho foi realizado por membros do grupo de pesquisa “Análise do Comportamento e Endometriose” pertencente ao programa de Mestrado de Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Para melhor organização dos dados, a dissertação será dividida em três artigos: 1- Endometriose e intervenções psicológicas; 2- Protocolo de intervenção comportamental em grupo para mulheres com endometriose; 3- Endometriose: Análise comportamental dos relatos de um grupo psicoterapêutico com participantes com endometriose. O primeiro artigo refere-se a uma busca eletrônica realizada em 2016, com o intuito de analisar os resultados publicados sobre intervenções psicológicas como auxílio no tratamento médico para endometriose, assim como as publicações que correlacionaram “psicologia e endometriose”. Tal pesquisa serviu como subsídio teórico para os outros artigos e auxiliou na categorização do artigo 3.

O segundo artigo apresenta um protocolo de intervenção psicoterapêutico, o qual descreve os objetivos e procedimentos de uma intervenção realizada pelo grupo de pesquisa “Análise do Comportamento e Endometriose”. Foi realizado um registro estruturado das sessões, com intuito de fornecer subsídio para futuras intervenções em grupo com mulheres diagnosticadas com endometriose, assim como, esclarecer como foi realizada a obtenção dos resultados apresentados no artigo 3.

No último artigo foram transcritas a primeira e última sessão de intervenções realizadas por membros do grupo de pesquisa “Análise do Comportamento e Endometriose”. O relato das participantes do grupo foi analisado segundo o método da *Grounded Theory* e resulta em duas categorias: Habilidades Sociais e Autopercepção. Cada categoria possuía subcategorias que melhor definiam-nas. Observou-se que os sintomas de endometriose, como as dores crônicas e a dificuldade para engravidar, prejudicavam o desenvolvimento de repertório relacionado às Habilidades Sociais e à Autopercepção. Na intervenção estes dois

tópicos foram trabalhados. Comparando-se as duas sessões selecionadas, observou-se maior apresentação de tais comportamentos na última sessão, o que indica que a intervenção pode ter favorecido o desenvolvimento de tais habilidades além de possibilitar melhora na qualidade de vida.

**Artigo 1**

*Endometriose e intervenções psicológicas*

*Endometriosis and interventions psychological*

Inocente, G., & Soares, M. R. Z.

Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Programa de Mestrado em Análise do Comportamento 2016

INOCENTE, G., & SOARES, M. R. Z. (2018). *Endometriose e intervenções psicológicas*. Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná.

### Resumo

Endometriose é uma doença ginecológica crônica que interfere na vida biopsicossocial das pacientes e pode ocasionar ansiedade, depressão e isolamento social. O objetivo do estudo foi analisar os resultados de intervenções psicológicas como auxílio no tratamento médico dos sintomas da endometriose. Trata-se de um estudo de revisão sistemática realizada em 2016, nas bases de dados Index Psi, Lilacs, PePsic, PubMed, Scielo e Science Direct. Os descritores utilizados foram “endometriose AND psicologia”, “endometriose AND saúde” e “endometriose AND grupo de apoio”. Os critérios de inclusão foram conter no título a palavra “endometriose” e discorrer no resumo ou no título do artigo sobre análise, intervenção e/ou recomendações psicológicas para o tratamento de mulheres com endometriose; ou conter “endometriose” no título e serem publicados em revistas científicas de Psicologia. Os critérios de exclusão foram referir no título termos exclusivamente médicos ou apenas um sintoma da endometriose. A busca resultou em 13 artigos e três categorias: Revisão bibliográfica, Análise de contexto e Intervenção psicológica. Os resultados indicaram escassez de bibliografia relacionada à condição de endometriose e a Psicologia simultaneamente, principalmente no que tange à intervenção. Tais dados demonstram a necessidade de estudos que investiguem e desenvolvam estratégias de intervenção para mulheres nesta condição.

**Palavras-chave:** revisão sistemática; endometriose; psicologia; intervenção.

### Abstract

Endometriosis is a chronic gynecological disease that interferes in the biopsychosocial life of patients and can lead to anxiety, depression and social isolation. The objective of the study was to analyze the results of psychological interventions as an aid in the medical treatment of endometriosis symptoms. This is a systematic review study conducted in 2016, in the databases Index Psi, Lilacs, PePsic, PubMed, Scielo and Science Direct. The descriptors used were "endometriosis AND psychology", "endometriosis AND health" and "endometriosis AND support group". The inclusion criteria were to contain in the title the word "endometriosis" and to describe in the summary or in the title of the article on psychological analysis, intervention and/or recommendations for the treatment of women with endometriosis; or contain "endometriosis" in the title and be published in scientific journals of Psychology. Exclusion criteria were to be referred in the title to as exclusively medical terms or to only one symptom of endometriosis. The search resulted in 13 articles and three categories: Bibliographic review, Context analysis and Psychological intervention. The results indicated a shortage of bibliography related to the condition of endometriosis and Psychology simultaneously, mainly regarding to psychological intervention. These data demonstrate the need for studies that investigate and develop intervention strategies for women in this condition.

**Key-words:** systematic review; endometriosis; psychology; intervention.

Endometriose é uma doença ginecológica caracterizada pelo endométrio fora da cavidade uterina. A prevalência de endometriose no mundo é de 5 a 15% das mulheres em idade reprodutiva (Ferreira, Bessa, Drezett & Abreu, 2016). O diagnóstico na maioria das vezes é tardio, sendo necessário que a mulher realize várias consultas médicas e exames para o diagnóstico (Matta & Muller, 2006). Atualmente o tratamento da endometriose não visa à cura, mas amenizar os sintomas (Caldeira, Noronha, Oliveira & Amorim, 2008).

Os principais sintomas da endometriose são dores crônicas e dificuldade para engravidar. A ansiedade e a depressão são identificadas como sintomas psicológicos recorrentes em mulheres com endometriose (Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta, 2002; Lorençatto, Vieira, Marques, Benetti-Pinto & Petta, 2007; Zhao et al., 2012). Tais sintomas podem comprometer o cotidiano de portadoras de endometriose, prejudicando as áreas familiar, social, profissional, econômica e pessoal, o que justifica uma intervenção multiprofissional (Culley et al., 2013; De Graff et al., 2013; Fourquet, Báez, Figueroa, Iriarte & Flores, 2011; Gilmour, Huntington & Wilson, 2008; Spigolon, Amaral & Barra, 2012).

A intervenção multiprofissional pode contar com médicos especialistas em dor, reprodução ou ginecologia, assim como psicólogos, fisioterapeutas, acupunturistas, nutricionistas, entre outros (Lorençatto et al., 2007; Mendes & Figueiredo, 2012; Serafini, Motta, Pereira, Coslivsky & Yadid, 2008). Dessa forma, o presente estudo pretende, por meio de revisão de literatura, identificar os resultados obtidos em intervenção psicoterapêutica individual ou em grupo direcionada ao atendimento de mulheres com o diagnóstico de endometriose.

## **Método**

Foi realizada em maio de 2016, revisão sistemática de artigos publicados sobre endometriose e Psicologia. A revisão sistemática utiliza-se de métodos explícitos e

sistematizados para resumir as evidências publicadas sobre um tipo de intervenção (Sampaio & Mancini, 2007).

As bases de dados consultadas para a revisão sistemática foram: Index Psi (Indexador de Psicologia de Periódicos Técnico-Científicos), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PePsic (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), Pub Med (Public Medline), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Science Direct. Os descritores utilizados foram: “endometriose AND psicologia”, “endometriose AND saúde” e “endometriose AND grupo de apoio”. Os descritores restringiram-se à língua portuguesa, porém, foram considerados artigos em português, inglês e espanhol.

Foram incluídos artigos em revistas de Psicologia, que continham a palavra “endometriose” no título ou no resumo. Além disso, os artigos que possuíssem a palavra “endometriose” no título e que abordavam questões relacionadas a análise, intervenção e/ou recomendações psicológicas para o tratamento de mulheres com endometriose no resumo, independente da área da revista, também foram incluídos. Os critérios de exclusão foram artigos da área médica, que apresentavam avaliações e/ou tratamentos exclusivamente médicos para a endometriose e; artigos que referiam-se apenas a um dos sintomas da endometriose, como por exemplo, a dor crônica ou a infertilidade.

Na base de dados Index Psi foram encontrados e recuperados dois artigos no descritor “endometriose AND psicologia”, nos outros descritores não foram encontrados artigos. Na base de dados Lilacs foram encontrados oito artigos no descritor “endometriose AND psicologia” e recuperados cinco, encontrados 41 artigos no descritor “endometriose AND saúde” e recuperados cinco, no descritor “endometriose AND grupo de apoio” foi encontrado e recuperado um artigo. Na PePsic não foram encontrados artigos nos descritores sugeridos.

Na base de dados PubMed foram encontrados dois artigos apenas no descritor “endometriose AND saúde”, dos quais um foi recuperado. Na Scielo encontrou-se e

recuperou-se quatro artigos no descritor “endometriose AND psicologia”, no descritor “endometriose AND saúde” encontrou-se 19 artigos, recuperando cinco e no descritor “endometriose AND grupo de apoio” recuperou-se os dois artigos encontrados. Enquanto na Science Direct foram encontrados quatro artigos no descritor “endometriose AND psicologia”, 17 artigos no “endometriose AND saúde” e dois artigos no descritor “endometriose AND grupo de apoio”, porém, foi recuperado apenas um artigo do descritor “endometriose AND saúde”. Tais resultados foram sintetizados na Tabela 1.

Foram encontrados 107 artigos nos três descritores, porém muitos deles eram duplicados em outras bases de dados sugeridas ou dentre os descritores. Foram recuperados 25 artigos, sendo 12 duplicados, totalizando, assim, 13 artigos recuperados. Dentre os artigos recuperados dois não foram encontrados na íntegra, nem o seu resumo, são eles Jofré e Alkolombre (1988) e Montgomery e Pereira (1994).

Os dados obtidos foram organizados como Revisão bibliográfica, Análise de contexto e Intervenção psicológica. Em Revisão bibliográfica foram inseridos cinco artigos que realizaram revisão bibliográfica com outros termos (endometriose e custo econômico ou análise de custos; endometriose e acupuntura, massagem, Pilates ou terapia cognitivo comportamental; endometriose e qualidade de vida; endometriose e ansiedade; e endometriose e depressão) e que se encaixaram nos critérios de inclusão do presente artigo. A categoria Análise de contexto, incluiu três artigos que avaliaram e/ou analisaram dados referentes às comorbidades da doença, como ansiedade e depressão, além da rotina e aspectos culturais de pacientes com endometriose. Três artigos abordaram estratégias de intervenção com o direcionamento de psicólogos, foram incluídos na categoria Intervenção psicológica.

## Resultados e discussão

O resultado da busca eletrônica realizada neste trabalho encontra-se na Tabela 1, com a identificação dos descritores e bases de dados pesquisadas. Os artigos recuperados estão sintetizados em tabelas. A Tabela 2 refere-se aos artigos da categoria Revisão bibliográfica, a Tabela 3 mostra os artigos constituintes da categoria Análise de contexto e a Tabela 4 os artigos da categoria Intervenção psicológica.

**TABELA 1**

Resultado da busca eletrônica nas bases de dados

Descritores		Base de dados					
		Index Psi	Lilacs	PePsic	Pub Med	SciELO	Science Direct
endometriose AND psicologia	Nº de artigos encontrados	02	08	00	00	04	04
	Nº de artigos recuperados	02	05	00	00	04	00
endometriose AND saúde	Nº de artigos encontrados	00	41	00	02	19	22
	Nº de artigos recuperados	00	05	00	01	05	01
endometriose AND grupo de apoio	Nº de artigos encontrados	00	01	00	00	02	02
	Nº de artigos recuperados	00	01	00	00	02	00

**TABELA 2**

Artigos recuperados e alocados na categoria Revisão bibliográfica

Artigo 1	Autores	Spigolon, Amaral & Barra
	Ano	2012
	Título	Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas
	Revista	FEMINA
Artigo 2	Autor	Marqui
	Ano	2014
	Título	Non-pharmacological approach to pain in endometriosis
	Revista	Revista Dor
Artigo 3	Autores	Silva & Marqui
	Ano	2014
	Título	Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão
	Revista	Revista Brasileira de Promoção à Saúde
Artigo 4	Autores	Ferreira, Bessa, Drezett & Abreu
	Ano	2016
	Título	Quality of life of the womam carrier of endometriosis: systematizes review
	Revista	Reprodução & Climatério
Artigo 5	Autores	Silva, Medeiro & Marqui
	Ano	2016
	Título	Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica da literatura
	Revista	Interação em Psicologia

**TABELA 3**

Artigos recuperados e alocados na categoria Análise de contexto

Artigo 1	Autores	Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta
	Ano	2002
	Título	Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica
	Revista	Revista Associação Médica Brasileira
Artigo 2	Autores	Matta & Muller
	Ano	2006
	Título	Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose
	Revista	Psicologia, saúde & doenças
Artigo 3	Autores	Vila, Vandenberghe & Silveira
	Ano	2010
	Título	A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde
	Revista	Psicologia, saúde & doenças

**TABELA 4**

Artigos recuperados e alocados na categoria Intervenções psicoterapêuticas

Artigo 1	Autores	Montgomery & Pereira
	Ano	1995
	Título	Uma abordagem psicossomática e sexológica da endometriose
	Revista	Reprodução & climatério
Artigo 2	Autores	Lorençatto, Vieira, Marques, Benetti-Pinto & Petta
	Ano	2007
	Título	Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo
	Revista	Revista Associação Médica Brasileira
Artigo 3	Autores	Mendes & Figueiredo
	Ano	2012
	Título	Psychological approach to endometriosis: women's pain experience and quality of life improvement
	Revista	Psicologia, saúde & doenças

Os dados apresentados nas Tabelas de 1 a 4 demonstram publicações de trabalhos com o tema endometriose e Psicologia desde o ano de 1995. Houve um aumento na quantidade de publicações relacionando os dois temas desde os anos de 2002 até os dias atuais.

Os artigos de Revisão bibliográfica (Tabela 2) ressaltaram a necessidade de apoio psicológico para mulheres com endometriose para um tratamento biopsicossocial dos sintomas da doença. Marqui (2014) realizou busca bibliográfica semelhante à deste trabalho, com revisão e análise da literatura sobre terapias não farmacológicas no tratamento da dor de endometriose. Tal levantamento obteve como resultado pouca literatura que abordasse especificamente o assunto, sendo que sete artigos foram recuperados de um total de 61. Ferreira et al. (2016) e Silva e Marqui (2014) realizaram busca na literatura sobre endometriose e qualidade de vida. Ambos identificaram reduzida qualidade de vida nesta população, com diminuição do bem-estar físico, social e mental, além de níveis elevados de depressão e ansiedade. Spigolon et al. (2012) encontraram impacto financeiro na vida das portadoras de endometriose. Silva, Medeiros e Marqui (2016) analisaram a prevalência de alto nível de depressão e de ansiedade.

Artigos de Análise de contexto (Tabela 3) também investigaram sobre a qualidade de vida das mulheres com endometriose. Matta e Muller (2006) constataram, por meio de entrevistas, o sofrimento em decorrência da doença e a baixa qualidade de vida. Lorençatto et al. (2002), por meio de inventários, avaliaram e identificaram alta frequência de depressão em mulheres com endometriose. Vila, Vandenberghe e Silveira (2010) avaliaram o ambiente em que as mulheres estavam inseridas e discutiram que mais da metade da população questionada não praticava atividade física; ingeria de maneira insuficiente vitaminas E, C e fibras; frente ao diagnóstico, apresentava sinais de insegurança e ansiedade; apegava-se à uma fé, ao parceiro e à família; além de concordar que havia preconceito cultural em relação a enfermidade.

Estudos que aplicaram Intervenção psicológica restringiram-se a três (Tabela 4). Montgomery e Pereira (1995) interviram com psicólogos, prestando ajuda sexológica a mulheres com endometriose que haviam se submetido a tratamento médico com agonista de GnRH. Obtiveram como resultado diminuição na queixa de dor, melhora na sexualidade e no relacionamento com o parceiro. Lorençatto et al. (2007) realizaram intervenção multiprofissional, com a participação de psicólogos cognitivistas comportamentais e fisioterapeutas, totalizando 10 sessões semanais. Obtiveram como resultado uma diminuição nos escores de dor e depressão, aferidos pela Escala Visual Analógica e Inventário de Depressão de Beck, referidamente. Mendes e Figueiredo (2012) propuseram intervenção em grupo multiprofissional, contando com um especialista em dor, um ginecologista, um psicólogo cognitivista comportamental e um sociólogo. Além de compararem o tratamento usual, o tratamento individual e um grupo de apoio sem intervenção terapêutica. Neste estudo foi proposto uma intervenção, mas não houve sua realização.

## **Conclusão**

De acordo com a revisão sistemática realizada, atualmente o tratamento médico é o mais usual para a endometriose. Mesmo que as evidências apontem para a necessidade de um tratamento com características multiprofissionais, a intervenção psicológica ainda tem sido pouco divulgada para esta população, limitando a troca de conhecimentos e experiências.

Este trabalho identificou poucos estudos que correlacionam a endometriose com a área de Psicologia e intervenção. Assim, há necessidade de se realizar estudos, intervenções e publicações na área da Psicologia, no sentido de contribuir para melhor compreensão do quadro e fornecer estratégias efetivas. Vale ressaltar, que os descritores utilizados fora apenas em português, podendo os resultados serem estendidos caso os descritores fossem buscado em outras línguas. Para ampliar os resultados da pesquisa, sugere-se a realização de buscas com a utilização de descritores em inglês e espanhol.

## Referências

- Caldeira, R. P., Noronha, V. M. A., Oliveira, B. E. C. de, & Amorim, F. G. P. de. (2008, jan.-jun.). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univ. Ci. Saúde, Brasília, 6(1), 69-83*. Retrieved from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/633/557>
- 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*. doi: 10.1093/humupd/dmt027
- De Graff, A. A., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., WERF EndoCost Consortium, & Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from international cross-sectional survey. *Human reproduction, 28(10), 2677-85*. doi: 10.1093/humrep/det284
- Ferreira, A. L. L., Bessa, M. M. M., Drezett, J., & Abreu, L. C. (2016). Quality of life of the woman carrier of endometriosis: systematized review. *Reprod. clim, 31(1), 48-54*. doi: 10.1016/j.recli.2015.12.002
- 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*. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.04.095
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International journal of nursing practice, 14, 443-448*. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00718.x
- Jofré, F; Alkolombre, P. (1988, jul.). Grupo de ayuda a la paciente con endometriosis (GAAPE). *Rev. Soc. obstet. ginecol, 77(932), 176-177*.

- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2007, out.). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53, 433-438. doi: 10.1590/S0104-42302007000500020
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Pinto, C. L. B., & Peta, C. A. (2002, set.). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3), 217-221. doi: 10.1590/ S0104-42302002000300033
- Marqui, A. B. T. (2014, dec.). Non-pharmacological approach to pain in endometriosis. *Rev. dor*, 15(4), 300-303. doi: 10.5935/1806-0013.20140065
- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 57-72. Retrieved from: [http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/95](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/95)
- Mendes, N., & Figueiredo, B. (2012). Psychological approach to endometriosis: Women's pain experience and quality of life improvement. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 36-48. Retrieved from: [sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf](http://www.sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf)
- Montgomery, M., & Pereira, D. H. M. (1995, jul./set.). Uma abordagem psicossomática e sexológica da endometriose. *Reprod. clim.*, 10(3), 129-131.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007, jan./fev.). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.*, 11(1), 83-89. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Serafini, P, Motta, E., Pereira, R., Coslovsky, M, & Yadid, I. (2008). *Endometriose – resolvendo a dor e o sonho de ser mãe*. Barueri: Manole.
- Silva, M. P. C., & Marqui, A. B. T. (2014, set.). Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. *Rev. bras. promoç. Saúde*, 27(3). Retrieved From: [www.redalyc.org/pdf/408/40838483017.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/408/40838483017.pdf)

- Silva, M. P. C., Medeiros, B. Q., & Marqui, A. B. T. (2016, maio/ago.). Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica da literatura. *Interação psicol.*, 20(2), 226-233. doi: 10.5380/psi.v20i2.34308
- Spigolon, D. N., Amaral, V. F., & Barra, C. M. C. M. (2012, maio/jun.). Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Femina*, 40(3), 129-134. Retrieved from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n3/a3239.pdf>
- Vila, A. C. D., Vandenberghe, L., & Silveira, N. de A. (2010). A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 219-228. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a03.pdf>
- 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), 211-215. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.02.029

**Artigo 2**

*Protocolo de intervenção comportamental em grupo para mulheres com endometriose*

*Protocolo of behavioral group intervention for women with endometriosis*

Inocente, G., Gonzáles, G. O. S., & Soares, M. R. Z.

Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Programa de Mestrado em Análise do Comportamento 2016

INOCENTE, G., GONZÁLES, G. S., & SOARES, M. R. Z. (2018). *Intervenção em grupo para mulheres com endometriose*. Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná.

### **Resumo**

A intervenção psicológica em grupo apresenta vantagens no contexto da saúde. Permite atender maior número de pacientes, promover a interação entre os membros e fornecer modelos de comportamentos adequados. É considerado uma condição socialmente reforçadora e semelhante ao contexto fora de sessão, o que facilita a generalização de comportamentos. Atualmente existem poucas publicações sobre intervenção psicológica em grupo direcionada a mulheres com endometriose. O presente artigo apresenta um protocolo de atendimento em grupo para mulheres com tal diagnóstico com enfoque Analítico Comportamental. O protocolo foi elaborado para o atendimento de cerca de seis participantes diagnosticadas com endometriose e dois psicoterapeutas. Sugere-se 10 sessões semanais com uma hora e meia de duração. Os objetivos incluíram o desenvolvimento de vínculo, assertividade, expressão de sentimentos, empatia e autoconhecimento, temas levantados em literatura pertinente. Os comportamentos relacionados às habilidades sociais são trabalhados com o intuito de diminuir a frequência de padrões de fuga e esquiva a contextos sociais. Considera-se que os comportamentos de autoconhecimento e empatia podem auxiliar no desenvolvimento de repertório relacionado às habilidades sociais. O protocolo tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pacientes e auxiliar futuras intervenções para esta população.

**Palavras-chave:** Psicologia; protocolo; grupo; endometriose; saúde.

### **Abstract**

Group psychological intervention has advantages when used in the context of health. It allows a greater number of patients to be attended, promote interaction between members and provide models of appropriate behaviors. Is considered a socially reinforcing condition and similar to the out-of-session context, which facilitates the generalization of behaviors. Currently there are few publications about psychological intervention in group directed to women with endometriosis. This article presents a group treatment protocol for women with such a diagnosis with a behavioral analytic approach. The protocol is designed for an average of six participants diagnosed with endometriosis and two psychoterapists. It is suggested 10 weekly sessions with an hour and a half of duration. The objective included developing of bond, assertiveness, expression of feelings and self-knowledge, themes raised in pertinente literature. Behaviors relates to social skills are worked with the intention of reducing the frequency of escape and avoidance patterns of social contexts. It is considered that the behaviors of self-knowledge and empathy can help in the development of repertoire to social skills. The objective protocol to improve the quality of life of patients and assist future interventions for this population.

**Key-words:** Psychology; protocol; group; endometriosis; health.

A psicoterapia em grupo é uma alternativa à psicoterapia individual e apresenta vantagens relacionadas a atender uma maior demanda em menor tempo, permitir interação social, fornecer modelos comportamentais, organizar condições reforçadoras e possibilitar generalização de comportamentos mais adaptativos adquiridos (Coêlho, & Barros, 2011; Delitti, & Derdyk, 2008).

Grupos psicoterapêuticos voltados para pacientes diagnosticados com infertilidade e pacientes com dor crônica têm apresentado bons resultados, colaboram para melhorar a qualidade de vida e diminuir a ansiedade e a depressão (Gorayeb, Borsari, Rosa-e-Silva, & Ferriani, 2012; Liz, & Strauss, 2005; Oliveira, Marques, Silva, Tolotti & Vandenberghe, 2014; Saban, 2013; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007). Embora a dificuldade de engravidar e dores crônicas sejam os principais sintomas da endometriose, pouco tem sido abordado na literatura sobre intervenção psicoterapêutica em grupo para essa população (Botão, 2016).

Os sintomas da endometriose afetam vários âmbitos da vida da portadora uma vez que dificultam a realização de tarefas e/ou afetam seu estado emocional. O tratamento médico visa aliviar os sintomas e não a cura da doença. Desse modo faz-se necessário um trabalho multidisciplinar para auxiliar as pacientes (Caldeira, Noronha, Oliveira, & Amorim, 2008).

Lorençatto, Vieira, Marques, Benetti-Pinto, e Petta (2007) realizaram um grupo de apoio multiprofissional, com a participação de médicos, fisioterapeutas e psicólogos cognitivos comportamentais, para mulheres com endometriose. Os autores constataram sofrimento emocional e dificuldade no relacionamento interpessoal das participantes, além de indicativos de depressão e estresse. Ao final do grupo de apoio, as participantes obtiveram melhora nos escores de dor e depressão. Embora o grupo não tenha propiciado um alívio total da dor, os resultados apontaram melhora no bem-estar físico e emocional das pacientes, o que indica a relevância do grupo de apoio como auxílio para o tratamento da endometriose.

Oliveira, et al. (2014) apresentam um protocolo de atendimento comportamental em grupo para pessoas com dor crônica. A partir da hipótese de mútua influência entre sensação de dor e problemas e esquivas sociais, sensação de dor e estresse físico e mental, os autores sugerem 12 sessões com objetivos pertinentes a essas questões. Como por exemplo, reconhecimento e descrição da dor; análise da história individual e suas consequências atuais; análise e manejo adequado de relações interpessoais conflituosas; elaboração de objetivos de mudanças no cotidiano; aumentar a atenção para emoções positivas; diversificar o repertório comportamental no intuito de obter mais reforçadores naturais; discriminar sentimentos; ensinar comportamentos de enfrentamento; autoconhecimento; e aceitação de diferenças interpessoais.

O presente artigo é resultado da intervenção psicoterapêutica em grupo para mulheres com endometriose a partir de uma abordagem Analítico Comportamental. Os objetivos da intervenção foram elaborados a partir de literatura pertinente, que apontaram a necessidade de trabalhar à expressão de sentimento; desenvolvimento de habilidades sociais; maior padrão de enfrentamento da dor e ao tratamento; menor esquiva emocional; maior repertório de autoconhecimento e desenvolvimento de estratégias de relaxamento (Botão, 2016; De Graaf, et al., 2013; Gilmour, Huntington, & Wilson, 2008; Lorençatto, et al., 2007; Matta, & Muller, 2006; Oliveira, et al., 2014).

As habilidades sociais são tema importante para se trabalhar com estas mulheres, uma vez observado o afastamento de atividades sociais. O afastamento pode ter como causa a dor incapacitante ou mesmo a esquiva para abordar assuntos como endometriose e fertilidade, geralmente considerados estímulos aversivos para estas mulheres (Botão, 2016). Dentre esta classe de respostas relacionada às habilidades sociais, encontra-se o comportamento assertivo. De acordo com Bolsoni-Silva (2002), o comportamento assertivo faz menção à resposta verbal do indivíduo em expressar sentimentos e pensamentos de maneira adequada,

defendendo seus próprios direitos e respeitando os direitos dos próximos. Comportamentos assertivos tendem a aumentar a autoestima de quem o emite, sentindo-se mais satisfeito e confiante.

Para emitir comportamento assertivo é importante que o indivíduo também apresente comportamentos empáticos. Empatia é definida como uma habilidade de comunicação. Em interações sociais, a empatia acontece em duas etapas. Primeiro, o indivíduo se envolve em compreender a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa, experienciando o que está acontecendo com o outro. A segunda etapa consiste em comunicar esse entendimento de forma sensível. De maneira resumida, a empatia inclui ouvir e verbalizar sensivelmente (Barrett-Lennard, 1981; Falcone, 1999).

Ainda dentro da classe de habilidades sociais, identificam-se os comportamentos de autoconhecimento e expressão de sentimentos. A expressão de sentimento se faz importante, principalmente para mulheres com endometriose, visto que a grande maioria se queixa de desvalidação de sentimentos, geralmente advinda do ambiente familiar e social, no período em que se queixam de sintomas e não tem o diagnóstico correto. O diagnóstico de endometriose leva em média seis anos após o aparecimento dos primeiros sintomas para ser concluído, uma vez que cada paciente pode apresentar um sintoma específico, ou não apresentar sintomas. Tal condição pode levar a diferentes hipóteses diagnósticas, que devem ser testadas e analisadas para chegar ao resultado. A possibilidade de relatar seu sofrimento e ser acolhida pode diminuir a angústia vivida por estas mulheres (Matta, & Muller, 2006).

Ainda segundo Matta, e Muller (2006):

“Reconhecer seus sentimentos frente à dor ou à dificuldade de engravidar e as mudanças que estes limites trouxeram para sua vida pode ser um começo para viver melhor. Não que isto signifique que os sintomas desaparecerão, o objetivo de considerar o aspecto emocional no tratamento da endometriose é de compreender a associação existente entre esse fator com a doença e seus sintomas, para estabelecer um tratamento mais efetivo, garantindo atenção para as queixas físicas e emocionais.” (Matta, & Muller, 2006, p. 69).

O grupo também possuiu como objetivo o autoconhecimento, ou seja, incentivava-se a observação do seu próprio comportamento, facilitando a discriminação dos estímulos que o alteram. O autoconhecimento é definido pela capacidade de o indivíduo realizar a análise funcional de seu próprio comportamento, identificando os três termos da contingência, antecedente, resposta e consequente. Assim, indivíduos com repertório comportamental de autoconhecimento estão mais aptos a manipular as contingências com efetividade para alcançarem o que desejam (Skinner, 1974).

De maneira similar, o autoconhecimento corporal, que pode ser adquirido mediante relaxamento, auxilia no alívio dos sintomas de endometriose, uma vez que permite o indivíduo explorar-se, experimentar-se e aceitar-se (Payné, 2005). Oliveira, et al. (2014) afirmam que o relaxamento pode auxiliar o indivíduo a manipular sua tensão muscular, produzindo alívio da dor.

O presente artigo pretende descrever um protocolo de intervenção comportamental em grupo, elaborado para auxiliar mulheres com diagnóstico de endometriose. Os temas levantados em literatura formaram os objetivos das sessões (expressão de sentimentos; desenvolvimento de habilidades sociais; maior padrão de enfrentamento da dor e ao tratamento; menor esquiva emocional; maior repertório de autoconhecimento e desenvolvimento de estratégias de relaxamento). Posteriormente este protocolo foi aplicado com readequações de acordo com as análises funcionais realizadas por psicólogas após a realização de cada sessão. A análise dos resultados da aplicação deste protocolo estão descritas em Inocente (2018). O presente protocolo de intervenção será apresentado com o intuito de contribuir para a elaboração de novas intervenções e auxiliar no tratamento desta população.

## **Método**

### **Participantes**

O protocolo foi elaborado para um número médio de seis participantes, maiores de 18 anos e diagnosticadas com endometriose. O número de participantes se justifica por permitir realizar trocas de experiências e fornecer modelos comportamentais, além de possibilitar uma intervenção com foco nos interesses individuais das participantes (Delitti, & Derdyk, 2008). O recrutamento das participantes pode se dar via rádio, TV e cartazes.

### **Equipe**

O protocolo deve ser conduzido por duas psicoterapeutas (terapeuta e co-terapeuta), cujos papéis devem ser estabelecidos previamente a cada sessão, com a possibilidade de cada uma assumir as duas funções no processo. O terapeuta teria a tarefa de intervir diretamente, enquanto o co-terapeuta deveria observar, anotar e em caso de necessidade, redirecionar a sessão, auxiliando o terapeuta (Delitti, & Derdyk, 2008). O objetivo de cada sessão pode ser avaliado e readequado a partir da análise funcional da sessão anterior, realizada em um grupo de supervisão com a possibilidade de participação de outros profissionais, de preferência com experiência em psicologia clínica e na condução de grupos com o enfoque na Análise do Comportamento.

### **Local e Material**

A sala de atendimento deve apresentar condições físicas básicas para o desenvolvimento da intervenção em grupo, como cadeiras, sofás, mesa, televisão ou quadro para escrever. Caso os participantes autorizem, seria interessante realizar registro em áudio e vídeo para posterior análise das sessões.

## **Procedimento**

O protocolo foi elaborado para ser realizado em 10 sessões, com frequência semanal, e uma média de uma hora e meia de duração. O número de sessões foi definido em função dos objetivos encontrados na literatura (De Graaf, et al., 2013; Gilmour, et al., 2008; Botão, 2016; Matta, & Muller, 2006; Lorençatto, et al., 2007).

Antes do início da intervenção deve-se realizar uma sessão individual com cada participante para investigar dados sociodemográficos, características da doença (sintomas), consequências da enfermidade, tratamentos realizados, noções de autoconhecimento e expectativas quanto à melhora de qualidade de vida. Nesta sessão os terapeutas podem começar a investir no vínculo com a participante. Após esta sessão, deve-se sistematizar por escrito os dados obtidos sobre cada participante, identificando o repertório comportamental apresentado e os possíveis déficits que deverão ser trabalhados. Sugere-se a avaliação do nível de ansiedade e depressão das participantes, utilizando testes validados à época.

Nas três primeiras sessões, o grupo pode ter uma condição aberta, permitindo o ingresso de novas participantes. Posteriormente, para o melhor desenvolvimento das atividades, é necessário restringir a entrada de novos membros, tornando o grupo fechado.

De modo geral, as sessões apresentam três fases: iniciação, intervenção e encerramento. O objetivo da fase de iniciação é facilitar a adaptação das participantes com a situação e permitir um diálogo livre, no qual podem relatar como foi a última semana. Em caso de falta, deve-se incentivar para que as participantes descrevam como foi a sessão anterior. Esta fase tem duração média de 20 minutos. Durante a fase de intervenção, deve-se conduzir as atividades com o intuito de cumprir o objetivo da sessão. Nesta fase, a atuação se dará no sentido de modelar os comportamentos das participantes. Tal fase tem duração média de 50 minutos. Na fase de encerramento, é realizada uma avaliação por parte das participantes sobre sua participação e o conteúdo trabalhado em sessão. Incentiva-se a descrição de

sentimentos e, se necessário, pode-se realizar procedimentos de relaxamento progressivo nesta fase que tem duração média de 20 minutos. Tal descrição pode ser observada na Tabela 1. Após a sessão, é indicado que se realize o registro por escrito dos procedimentos e resultados observados.

Após as 10 sessões, sugere-se realizar uma sessão individual de *follow up* para nova aplicação dos testes, com o intuito de comparar os resultados. Além disso, deve-se fornecer *feedback* sobre os comportamentos de melhora de cada participante e quais ainda devem ser trabalhados. Em caso de necessidade, sugere-se encaminhamento para atendimento individual.

**TABELA 1**

Descrição dos objetivos e procedimentos de cada sessão

<b>Nº</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Início (20 min.)</b>	<b>Intervenção (50 min.)</b>	<b>Encerramento (20 min.)</b>
<b>1</b>	Apresentar os objetivos, verificar as expectativas e integrar	Apresentação dos terapeutas e do grupo	Dinâmica Cosme e Damião, roteiro: nome, expectativas ao grupo e quando recebeu o diagnóstico	Discussão sobre regras do grupo
<b>2</b>	Vínculo e empatia	Apresentação das participantes	Dinâmica com frases: gosto quando amigos desabafam comigo; me sinto sobrecarregada; gosto de estar sempre rodeada de pessoas; eu sinto que as pessoas me acham chata; me sinto culpada pelo que acontece comigo; não crio expectativas quanto ao meu futuro	Avaliação da sessão pelas participantes
<b>3</b>	Vínculo e empatia; expressar sentimentos	Apresentação das participantes	Discussão sobre os medos e esperanças de cada participante	Avaliação da sessão pelas participantes
<b>4</b>	Expressar sentimentos	Diálogo livre entre os membros	Explicação sobre incontrolabilidade de sentimentos	Expressão de sentimentos eliciados ao longo da sessão

5	Empatia	Diálogo livre entre os membros	Vivência: “Fechem os olhos e pensem em uma situação triste que alguém te contou: Você conseguiu se colocar no lugar dela? [...] Agora lembre de uma situação triste que passaram. [...] Como você gostaria que as pessoas se comportassem? Você consegue se colocar no lugar dela?”	Avaliação da sessão pelas participantes
6	Assertividade	Solicitação de descrição da última sessão	Leitura e de dois contos adaptados sobre assertividade, agressividade e passividade	Avaliação de aprendizagem na sessão
7	Autoconhecimento	Solicitação de descrição da última sessão	Vivência: “Agora nós vamos fazer uma viagem no tempo [...] Quais foram as principais mudanças que ocorreram no meu relacionamento com minha família. [...] O que quero mudar daqui para a frente?”	Avaliação sobre participação e condução terapêutica
8	Autoconhecimento e expressar de sentimentos	Solicitação de descrição da última sessão	Vivência: “Imagine que você sofreu um acidente e seus familiares e amigos encontram-se reunidos. [...] O que eles estão falando sobre você? [...]”	Relaxamento de Jacobson
9	Empatia, autoconhecimento e assertividade	Solicitação de descrição da última sessão	Solicitação: listar cinco características de pessoa que possuía relacionamento difícil (semelhanças e diferenças, se colocar no lugar)	Relaxamento de Jacobson
10	Avaliar a intervenção	Discussão sobre os encontros e sessões	Dinâmica amigo secreto: avaliação de uma participante sobre a outra	Avaliação da intervenção e dos terapeutas

## Resultado

A 1ª sessão de atendimento consiste em apresentar os membros do grupo, além de discutir regras como sigilo, pontualidade e assiduidade. Deve haver preocupação em incentivar a participação, cooperação e respeito entre os membros. Como técnica de apresentação, sugere-se a “Cosme e Damião” (Bolsoni-Silva, 2009), na qual as participantes são divididas em duplas para dialogarem seguindo um roteiro pré-estabelecido que inclui nome, expectativas em relação ao grupo e trajetória realizada para chegar ao diagnóstico de endometriose. Posteriormente, cada membro apresenta ao grupo a participante com quem dialogou, permitindo a discussão sobre a história de cada uma e suas expectativas em relação ao grupo.

A 2ª sessão tem como objetivo o estabelecimento de vínculo e empatia entre os membros do grupo. Para isso, deve-se incentivar um diálogo livre, que possibilite a troca de informações entre elas. Em seguida, distribui-se papéis coloridos, sendo que cada participante fica com uma cor específica. O co-terapeuta escreve em um quadro as frases: “gosto quando amigos desabafam comigo”; “me sinto sobrecarregada”; “gosto de sair, ver amigos, estar sempre rodeada de pessoas”; “eu sinto que as pessoas me acham chata”; “me sinto culpada pelo que acontece comigo”; e “não crio expectativas quanto ao meu futuro”. Cada frase é apresentada e discutida separadamente, de modo que as participantes não tenham acesso a todas as frases de uma só vez. Após a apresentação de cada frase, solicita-se que se levantem e coletem no quadro o papel colorido, caso se identifiquem com a frase. Disponibiliza-se um tempo para que possam expor os motivos por terem se identificado ou não com cada frase. Para finalizar, incentiva-se que discutam sobre as semelhanças e diferenças do grupo (frases com mais ou menos papéis). No encerramento, deve-se questionar sobre os sentimentos levantados ao longo da atividade.

Na 3ª sessão o objetivo é trabalhar a expressão de sentimentos e a empatia entre os membros do grupo. Inicia-se com um período para diálogo livre entre as participantes. Como atividade principal, as participantes são divididas em dois subgrupos, sendo que para cada grupo uma delas teria a função de “secretária”, a qual deveria anotar os tópicos abordados ao longo da atividade. Solicita-se que cada participante fale “o que vier à cabeça, sem censura” sobre seus medos, em cinco minutos, cronometrados. Após a exposição de todas as participantes, a mesma instrução deve ser dada para que verbalizem sobre suas esperanças. Finalizada a atividade, as secretárias leem as anotações para o grande grupo, discutindo as diferenças e as semelhanças. A sessão é finalizada com recurso retirado de Silva (2002), no qual as participantes são solicitadas a responderem uma das seguintes perguntas: “o que eu mais gostei na sessão foi”; “o que eu menos gostei na sessão foi”; “o que eu mudaria no grupo é”; “o que eu estou achando do grupo”; “o que eu aprendi com o grupo foi”; “o que eu ainda gostaria de aprender com o grupo é”. A resposta tem que ter a duração da chama de um palito de fósforo, ou seja, antes de iniciar a resposta a participante acende o fósforo e deve finalizar ao apagar.

O objetivo da 4ª sessão é incentivar a expressão de sentimentos. Inicia-se com espaço para diálogo livre. A atividade principal consiste em abordar questões relacionadas à incontrolabilidade de sentimentos e pensamentos. Explica-se sobre sentimentos e pensamentos e solicita-se que as participantes pensem em três sentimentos eliciados em uma situação determinada (como por exemplo, quando descobrem a gravidez de alguém próximo, quando se esquivam de ir a eventos sociais, quando colegas de profissão as julgam pelas faltas, ou outra situação já abordada em sessões posteriores). O co-terapeuta distribui para cada participante um copo transparente com água e diferentes cores de tintas. O terapeuta explica que o copo de água representa a vida e as tintas coloridas representam diferentes sentimentos. Posteriormente solicita que cada participante escolha uma cor para cada

sentimento e coloque uma quantidade dentro do copo. Em seguida é pedido para que tentem retirar aquele sentimento (cor de tinta) que geralmente se sentem envergonhadas ou tristes por sentirem naquele momento. Com isso, tem-se a oportunidade de explicar e ilustrar sobre a incontrollabilidade dos sentimentos. Finaliza-se a sessão com o incentivo à expressão de sentimentos ao longo da sessão.

Na 5ª sessão, após a fase de iniciação, discute-se sobre empatia, por meio de vivência, utilizando música tranquila. Deve-se fornecer a seguinte instrução: “Fechem os olhos e pensem em uma situação triste que alguém te contou. Você conseguiu se colocar no lugar dela? Como foi para você? Pense agora em uma situação triste que você passou. Como as pessoas se comportaram? O que você não gostou? Como você gostaria que as pessoas se comportassem? Como seria se as pessoas se colocassem no seu lugar e experimentassem o que você estava sentindo? Você consegue se colocar no lugar dela?”. Assim, haveria possibilidade de se discutir a importância da empatia na relação interpessoal. O tema também poderia ser explorado por meio de vídeos explicativos (como por exemplo, o vídeo *The power of empathy*, que pode ser encontrado em <http://www.gobblynne.com/>). Por fim, a avaliação da atividade deve ser realizada utilizando o controle de tempo, como feito na terceira sessão, com a chama de fósforo.

No início da 6ª sessão realiza-se a fase de iniciação. O tema assertividade é abordado por meio da leitura de dois contos adaptados de Oliveira (1998). Cada conto apresenta três finais diferentes: passivo, agressivo e assertivo (Anexo A). Não se deve identificar a que padrão se refere cada um dos desfechos. Após a leitura de cada conto, solicita-se que as participantes descrevam em qual desfecho elas se identificaram mais. É uma oportunidade para que se explique sobre as diferenças entre os três tipos de padrão de comportamento. Por fim, se solicita que indiquem o que aprenderam na sessão.

A 7ª sessão consiste em trabalhar autoconhecimento, sendo possível que cada participante reconheça seus comportamentos e os ambientes onde ocorrem. Após a fase de iniciação, com música ao fundo, solicita-se que as participantes se acomodem de modo confortável e respirem de maneira profunda e calma, seguindo a instrução: “Agora nós vamos fazer uma viagem no tempo e lembrar de quando éramos crianças e frequentávamos a escola. Como era? Onde eu morava? Como era meu relacionamento com as pessoas no geral? Como era meu relacionamento com meus pais e irmãos? Eu podia falar dos meus sentimentos com eles, os bons e os ruins? Eu dava minhas opiniões? Era criticada? Quando fazia algo errado, como meus pais agiam? E meus irmãos? Agora vamos para a adolescência. Quais foram as principais mudanças que ocorreram no meu relacionamento com minha família? Os momentos mais felizes e aqueles de extrema dificuldade. Guardei alguma magoa? E hoje em dia como está meu relacionamento com meus pais e irmãos? O que mudou de positivo? O que continua sendo dificuldade? O que me pareço com meus pais e irmãos? O que quero mudar daqui para frente?” (Bolsoni-Silva, 2009). Deve-se abrir espaço para que cada participante possa relatar como foi a atividade. A avaliação da sessão pode ser feita por cada participante atribuindo nota para sua própria participação na sessão e para os psicólogos.

A 8ª sessão continua com o objetivo de autoconhecimento e expressão de sentimentos. Como atividade principal, deve ser aplicada uma vivência adaptada de Hayes, Strosahl, e Wilson (1999). Ao som de uma música tranquila, as participantes são instruídas para que fechem os olhos e imaginem que ocorreu um acidente muito grave com elas e os familiares e amigos estariam reunidos: “Imagine as pessoas que você ama em um mesmo local, aquelas que você tem certeza que amam você, mesmo as que moram distantes, elas deram um jeito de ir ao encontro. Quem está ali? Seu pai? Sua mãe? Seus irmãos? Quem mais da sua família? E seus amigos, quem está? Agora vamos imaginar o que eles devem estar falando sobre você? O que cada uma dessas pessoas fala de você? Falam coisas boas? Apontam algum defeito seu?”

Quais lembranças de vocês eles comentam? Vamos imaginar o que cada uma dessas pessoas falaria: seus pais, irmãos, familiares, amigos...”. Posteriormente, são incentivadas a contar como foi a vivência, indicando o que foi mais difícil e o mais prazeroso. Indaga-se sobre como cada uma tem se comportado e como poderiam mudar alguma condição. Aproveitando a música, é realizado treino de respiração lenta e profunda e o relaxamento progressivo de Jacobson (Payne, 2005).

A 9ª sessão tem como fase de intervenção a solicitação de listarem cinco características de uma pessoa com quem tenham um relacionamento difícil, além de abordarem situações que vivenciaram nesse relacionamento nos últimos tempos. São questionadas sobre: “O que incomodou? Já fez alguma coisa parecida com outra pessoa?”. Devem tentar imaginar a situação sob o ponto de vista do outro, além de levantar os pontos positivos desta outra perspectiva. Finaliza-se a sessão novamente com o relaxamento de Jacobson.

Na 10ª e última sessão é feita a avaliação geral dos encontros. Para isso, é realizado um amigo secreto, com a distribuição de papéis com os nomes de cada participante e a solicitação para que cada uma fizesse uma avaliação da pessoa que tirou. Nesse sentido, devem ressaltar a característica que considera que mais contribuiu para o desenvolvimento do grupo e o que acham que a outra participante mais aprendeu durante as sessões. Em seguida, é solicitado que cada participante escreva o que mais gostou no grupo, o que não gostou e o que acrescentaria no programa. Há espaço para discussão sobre o que foi escrito. A sessão é finalizada com exposição dialogada sobre como as participantes avaliaram o processo e a condução das psicoterapeutas.

## Discussão

As sessões individuais e a aplicação dos testes favorecem uma comparação sobre a evolução dos comportamentos das participantes, o que auxilia na avaliação da eficácia do protocolo. Nas três primeiras sessões, o principal objetivo foi desenvolver um ambiente acolhedor, que permitisse a exposição e a interação entre as participantes. De acordo com Delitti, e Derdyk (2008), ao conduzir atividades em grupo, o psicoterapeuta deve buscar que os membros participem e interajam, mediar conflitos e estabelecer o objetivo do grupo e/ou da sessão. Também é necessário criar um ambiente reforçador e de encorajamento para que os participantes possam se expor, o que é assegurado na sessão individual e nas três primeiras sessões em grupo.

O diagnóstico de endometriose é estabelecido em cerca de seis anos após o primeiro sintoma, o que pode desvalidar o relato das pacientes e influenciar na diminuição da frequência de respostas relacionadas à expressão de sentimentos, principalmente aos que se referem à doença (Matta & Muller, 2006). Nesse sentido, busca-se incentivar o desenvolvimento de vínculo entre os membros do grupo para possibilitar a expressão de sentimentos e aumentar a frequência de emissão. A expressão de sentimentos pode auxiliar no processo de melhoria da qualidade de vida destas pacientes.

Botão (2016) relatou isolamento social das portadoras de endometriose pela presença de dor incapacitante e por esquiva de assuntos relacionados à enfermidade, considerados estímulos aversivos para estas mulheres. Assim, foi necessário incluir estratégias para trabalhar habilidades sociais, como assertividade e empatia, para permitir que lidassem melhor com tais cobranças. . O autoconhecimento é trabalhado no sentido de tornar as participantes mais conscientes das consequências produzidas por seus próprios comportamentos, além de discutir a possibilidade de planejar mudanças em variáveis ambientais, com o intuito de obter reforçadores mais vantajosos. No grupo, o

autoconhecimento também é trabalhado por meio do reconhecimento corporal com a inclusão de exercícios de respiração e do relaxamento físico (Skinner, 1974 e Oliveira, et al. 2014).

O presente protocolo sugere alguns passos para intervenção comportamental em grupo para mulheres com endometriose, porém, a sua aplicação requer análise funcional de cada sessão e readequação das atividades. Importante decidir em que momento inserir cada tema, de acordo com a demanda das participantes. Para atingir os objetivos propostos, o comportamento do profissional deve também estar de acordo com as contingências em vigor e não só com as regras estabelecidas. Por exemplo, durante a aplicação desse protocolo, na sessão 4, que tem como objetivo trabalhar a expressão de sentimentos, não foi seguida a atividade indicada com o uso de tintas, uma vez que a gravidez da terapeuta serviu como indicativo para abordar a questão relacionada a incontrolabilidade de sentimentos diante de alguém próximo grávida. Outro exemplo se refere às sessões 2 e 6, onde não foram trabalhadas todas as frases/contos sugeridos em função do tempo restrito. Também, optou-se pelo acréscimo de duas sessões multiprofissionais (com ginecologista e fisioterapeuta), como indicado por Caldeira, et al. (2008). Importante considerar que não foram constatados prejuízos com estas alterações no protocolo.

### **Conclusão**

A intervenção comportamental em grupo para mulheres com endometriose pode ser considerada de extrema relevância por ter potencial para diminuir a frequência de comportamentos relacionados à depressão e à ansiedade, além de possibilitar a apresentação de um repertório comportamental mais adaptativo. De acordo com Matta, e Muller (2006, p. 64): “Quando conhecem outras mulheres com endometriose, as participantes relatam que há empatia e troca de experiências, contato que é tido como agradável e que auxilia na transformação de expectativas mais negativas associadas à doença.”.

Verifica-se a necessidade de desenvolvimento e avaliação de protocolos de intervenções direcionados às mulheres com endometriose. Pesquisas e artigos podem possibilitar o desenvolvimento de programas de intervenção de qualidade, compatíveis com a diminuição do sofrimento e melhora da qualidade de vida desta população.

## Referências

- Barrett-Lennard, G. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91-100. doi: 10.1037/0022-0167.28.2.91
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em psicologia*, 6, 233-242. doi: 10.5380/psi.v6i2.3311
- Bolsoni-Silva, A. T. (2009). Habilidades sociais de universitários: procedimento de intervenção na perspectiva da Análise do Comportamento. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: desafios, soluções e questionamentos* (vol. 23, pp. 21-52). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Botão, R. B. de S. (2016). *Endometriose: Reflexões analítico comportamentais acerca do contexto da doença* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Caldeira, R. P., Noronha, V. M. A., Oliveira, B. E. C. de, & Amorim, F. G. P. de. (2008, jan.-jun.). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, 6(1), 69-83. Retrieved from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/633/557>
- Coêlho, C. C. B., & Barros, M. F. F. (2011). *Psicoterapia comportamental em grupo*. Retrieved from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0256.pdf>
- De Graff, A. A., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., WERF EndoCost Consortium, & Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from international cross-sectional survey. *Human reproduction*, 28, 2677-85. doi: 10.1093/humrep/det284

- Delitti, M., & Derdyk, P. (2008). *Terapia analítico comportamental em grupo*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Falcone, E. (1999). A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 1, 23-32. doi: 10.31505/rbtcc.v1i1.267
- Gilmour, J. A., Huntington, A., & Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International journal of nursing practice*, 14, 443-448. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00718.x
- Gorayeb, R., Borsari, A. C. T., Rosa-e-Silva, A. C. J. S., & Ferriani, R. A. (2012) Brief cognitive behavioral intervention in groups in a brazilian assisted reproduction program. *Behavioral Medicine*, 38, 29-35. doi: 10.1080/08964289.2012.654834
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Inocente, G. (2018). *Análise comportamental de grupo psicoterapêutico com mulheres portadoras de endometriose* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2007, out.). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53, 433-438. doi: 10.1590/S0104-42302007000500020
- Liz, T. M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20, 1324-1332. doi: 10.1093/humrep/deh743

- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 57-72. Retrieved from:  
[http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/95](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/95)
- Oliveira, M. A. V. (1998). *Pilotando bem sua vida com competência emocional*. São Paulo: O nome da rosa.
- Oliveira, R. D. G., Marques, D. B. A., Silva, D. S., Tolotti, L. L., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia de grupo para dor crônica: um protocolo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16, 62-80. doi: 10.31505/rbtcc.v16i2.691
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación: Guía práctica*, 3ed. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Saban, M. T. (2013). *Análise dos efeitos da terapia de aceitação e compromisso em grupo de clientes com dor crônica* (Tese de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. In M. P., Vilalobos (Trad.). 10 ed. São Paulo: Cultrix.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 779-787. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007

**Artigo 3**

*Endometriose: Análise comportamental dos relatos de um grupo psicoterapêutico com  
participantes portadoras de endometriose*

*Endometriosis: Behavioral analysis of the reports of a psychotherapeutic group with  
participants with endometriosis*

Inocente, G., & Soares, M. R. Z.

Universidade Estadual de Londrina (Brasil)

Programa de Mestrado em Análise do Comportamento 2016

INOCENTE, G., & SOARES, M. R. Z. (2018). *Endometriose: Análise comportamental dos relatos de um grupo psicoterapêutico com participantes com endometriose*. Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná.

### Resumo

Endometriose é uma doença caracterizada pela alocação do endométrio de maneira ectópica em diferentes órgãos e suas aderências. Seus sintomas podem gerar depressão e ansiedade, prejudicando a vida profissional, social, afetiva e sexual. O presente trabalho tem como objetivo analisar e comparar os relatos de seis participantes de um grupo de intervenção para mulheres com diagnóstico de endometriose. A intervenção foi desenvolvida em sete sessões psicoterapêuticas com enfoque Analítico Comportamental. As sessões foram registradas em vídeo e, posteriormente, transcritas e categorizadas por meio do método *Grounded Theory*. A análise dos resultados possibilitou a definição de categorias e subcategorias relacionadas às Habilidades Sociais e ao repertório de Autopercepção. Os dados demonstraram que a intervenção proporcionou melhor aceitação de sentimentos; enfrentamento de aspectos relacionados à doença e ao tratamento; desenvolvimento de repertório de habilidades sociais, mais especificamente a assertividade; redução de respostas relacionadas à esquiva social e; maior autoconhecimento, o que pode auxiliar no processo de mudança do repertório comportamental em geral. Espera-se que o presente trabalho contribua para incentivar pesquisas sobre intervenção psicológica direcionada a esta população, utilizando-se de métodos de análise científicos para melhor compreensão dos resultados.

**Palavras chave:** Psicoterapia em grupo; intervenção; endometriose; *Grounded Theory*.

### Abstract

Endometriosis is a disease characterized by the ectopic allocation of the endometrium in different organs and their adhesions. Its symptoms can generate depression and anxiety, damaging the professional, social, affective and sexual life. The present study had the objective of analyzing and comparing the reports of six participants from an intervention group for women diagnosed with endometriosis. The intervention was performed in seven psychotherapeutic sessions with a behavioral analytic approach. The sessions were recorded on video, and later transcribed and categorized with the *Grounded Theory*. The analysis of the results allowed the definition of categories and subcategories related to Social Skills and Self-perception. The data demonstrate that intervention made possible a better acceptance of feelings; coping to the related aspects of the disease and treatment; development of social skills repertoire, more specifically assertiveness; reduction of responses related to social avoidance; and greater self-knowledge, which may help in the process of changing the behavioral repertoire in general. It is expected that the present study contribute to encourage research on psychological intervention directed to this population, using methods of scientific analysis to better understand the results.

**Key-words:** Group psychotherapy; intervention; endometriosis; *Grounded Theory*.

A endometriose é caracterizada pela alocação do endométrio de maneira ectópica em diferentes órgãos e suas aderências, o que contribui para que os sintomas se diferenciem entre as pacientes. Mulheres com tal diagnóstico geralmente apresentam dificuldade para engravidar, se queixam de dores abdominais crônicas e durante a relação sexual. A literatura demonstra que os sintomas físicos afetam a qualidade de vida das pacientes e seu estado emocional, podendo levar a quadros de depressão e ansiedade (Caldeira, Noronha, Oliveira & Amorim, 2008; Culley et al., 2013; De Graff et al., 2013; Ferreira, Bessa, Drezett & Abreu, 2016; Figueiredo & Nascimento, 2008; Lorençatto, Vieira, Pinto & Petta, 2002; Marqui, 2014; Matta & Muller, 2006; Silva & Marqui, 2014; Silva, Medeiros & Marqui, 2016).

Por ser considerado um estímulo imprevisível e incontrolável, a dor pélvica crônica pode gerar depressão e ansiedade. Além disso, idas frequentes a médicos e hospitais podem prejudicar a vida profissional e social (Caldeira et al., 2008; Lorençatto et al., 2002; Oliveira, Marques, Silva, Tolotti & Vandenberghe, 2014). Pelo fato de ser um estímulo interno, a dor pode ser pouco validada e compreendida socialmente, o que influencia de maneira negativa a qualidade das relações afetivas e sexuais (Ferreira et al., 2016; Matta & Muller, 2006; Mendes & Figueiredo, 2012; Oliveira et al., 2014; Silva, Rocha & Vandenberghe, 2010).

A dificuldade para engravidar também pode aumentar a predisposição para apresentar sintomas relacionados à depressão e à ansiedade, além de prejudicar as relações sociais e afetivas. A sociedade ocidental tem expectativa de que a mulher possa gerar e criar filhos, influenciando-as com regras sociais para que cumpram esta função. Assim, o fato de não conseguir engravidar pode gerar sofrimento, estresse e exclusão social, com intuito de se esquivar de cobranças (Batista, Bretones & Almeida, 2016; Chen, Chang, Tsai & Juang, 2004).

A ansiedade e a depressão são correlacionadas de maneira negativa com as habilidades sociais (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005; Fernandes, Falcone & Sardinha,

2012). O termo habilidades sociais abarca comportamentos que auxiliam o indivíduo a manejar de maneira adequada suas interações sociais. Apresentar repertório de habilidades sociais aumenta a probabilidade de obter consequências imediatas reforçadoras para si e consequências reforçadoras de médio a longo prazo para o grupo, ocasionando uma melhora na qualidade de vida para aqueles que emitem comportamentos assertivos (Teixeira, Del Prette & Del Prette, 2013).

Assertividade é definida como uma habilidade social e refere-se aos comportamentos de expressar sentimentos, opiniões, concordar ou discordar (mesmo diante de situações de risco de reação indesejável do ouvinte). Também inclui comportamentos de solicitar desejos e mudanças de comportamentos, relacionar-se afetivamente e com autoridades, lidar com críticas de forma apropriada para defender direitos e respeitar outras pessoas (Bandeira et al., 2005; Fernandes et al., 2012; Teixeira et al., 2013).

O treino de comportamentos assertivos aliados ao treino de comportamentos empáticos pode fornecer melhor condição interpessoal e maior chance de obtenção de consequências reforçadoras (Fernandes et al., 2012; Teixeira et al., 2013). Empatia refere-se à tentativa de se colocar no lugar do outro, ouvir sem julgar, compreender, respeitar e aceitar pontos de vista diferentes, experienciar o que o outro está sentindo, além de comunicar sua compreensão sem ofender ou magoar. Pessoas que emitem comportamentos empáticos podem eliciar uma sensação de validação e valorização ao outro, além de produzir relações interpessoais com mais qualidade e vínculo (Falcone, 2001).

Porém, para que um indivíduo crie boas relações e possua um bom repertório de habilidades sociais é necessário reconhecimento do contexto e de seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos (Falcone, 2001). O autoconhecimento é justamente definido pelo comportamento de estar consciente do controle do ambiente, discriminando variáveis e descrevendo comportamentos, ou seja, realizando análise funcional. Este comportamento

auxilia o indivíduo a prever e controlar seus próprios comportamentos (Skinner, 1974). Assim, compreende-se que para mulheres com diagnóstico de endometriose, seria relevante incentivar tanto o desenvolvimento de repertórios relacionados ao autoconhecimento, como às habilidades sociais.

Para isso, o presente trabalho analisou o relato verbal de mulheres com endometriose, que participaram de uma intervenção psicoterapêutica em grupo com embasamento na Análise do Comportamento. Foram analisadas a primeira e a última sessão, com intuito de identificar alterações no padrão comportamental após o processo de intervenção e avaliar sua eficácia.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram da intervenção seis mulheres diagnosticadas com endometriose num período de três meses a oito anos. Possuíam entre 24 a 35 anos, todas com curso superior completo e a maioria casada (exceto P4). P5 já havia realizado três cirurgias de retirada de foco do endometrioma, P1 duas cirurgias, P3 e P4 haviam se submetido à uma cirurgia e P2 e P6 não haviam realizado cirurgia com esta finalidade. O principal objetivo das participantes no momento do processo psicoterapêutico era obter alívio das dores (P3 e P4) e engravidar (P1, P2, P5 e P6). Todas apresentavam dificuldade para engravidar de modo natural.

P5 foi a participante que há mais tempo havia passado por tratamentos para alívio dos sintomas (oito anos). P1, P3 e P4 haviam recebido diagnóstico de endometriose há três anos da intervenção, enquanto P2 e P6 receberam-no em menos de seis meses. Na época da intervenção, P5 acabara de realizar a cirurgia para retirada de focos endometriais ectópicos e não apresentava dor crônica, tinha como sintomas recorrentes infecções urinárias. Assim, com exceção de P5, as demais participantes apresentavam dores crônicas, dor no período

menstrual e dor durante a relação sexual. P3 era quem se queixava de mais sintomas, como dores gástricas, no pulmão e ao evacuar. P3 e P4 eram as únicas que estavam sob tratamento médico no início da intervenção, utilizavam hormônios para alívio das dores. Alguns dados sociodemográficos e sobre a endometriose das participantes foram sintetizados na Tabela 1.

**TABELA 1**

Dados sociodemográficos e sobre a endometriose das participantes

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>
<b>Idade</b>	28	24	31	33	35	35
<b>Escolaridade</b>	Superior	Superior	Especialista	Superior	Superior	Especialista
<b>Estado civil</b>	Casada	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada
<b>Sintomas</b>	Dores: menstrual, ao evacuar, na relação sexual. Dificuldade e para engravidar	Dor: menstrual. Dificuldade e para engravidar	Dores: menstrual, ao evacuar, na relação sexual, gástrica. Dificuldade e para engravidar	Dores: menstrual, pélvica, na relação sexual. Dificuldade e para engravidar	Infecções urinárias. Dificuldade e para engravidar.	Dores: menstrual, pélvica, na relação sexual. Dificuldade e para engravidar
<b>Tratamento</b>	Sem. 2 cirurgias	Sem	Anticoncepcional. 1 cirurgia	Anticoncepcional. 1 cirurgia	Sem. 3 cirurgias	Sem
<b>Diagnóstico</b>	3 anos	6 meses	3 anos	3 anos	8 anos	3 meses

### Local e Material

A intervenção foi realizada no período de janeiro a março de 2016, em uma clínica de diagnóstico por imagem e psicoterapia em Análise do Comportamento, em uma cidade localizada no norte do Paraná. A sala apresentava mobiliário compatível para o

desenvolvimento de sessões em grupo. Foi utilizada uma câmera filmadora para o registro das sessões, com o consentimento livre e esclarecido das participantes (Anexo B).

### **Procedimento**

Para análise e comparação dos resultados obtidos, foi utilizada a transcrição da primeira e da última sessão de intervenção psicoterapêutica em grupo. Foram realizadas sete sessões semanais com uma hora e meia de duração. O processo foi conduzido por duas psicoterapeutas analistas do comportamento (uma delas autora do presente trabalho). Os objetivos das sessões foram determinados previamente, em função de sugestões indicadas pela literatura (Batista et al., 2016; Caldeira et al., 2008; Culley et al., 2013; De Graff et al., 2013; Ferreira et al., 2016; Lorençatto et al., 2002; Mendes & Figueiredo, 2012; Matta & Muller, 2006; Oliveira et al., 2014; Silva et al., 2016). Além disso, os objetivos também foram discutidos após cada sessão, com a participação das duas terapeutas e a orientadora, todas com experiência em psicoterapia clínica.

Cada sessão buscava abordar um ou mais repertórios comportamentais, tais como: expressão de sentimentos, empatia, assertividade e autoconhecimento. As sessões foram constituídas por três fases: iniciação, intervenção e encerramento. A iniciação teve duração de 20 minutos, com objetivo de facilitar a adaptação das participantes ao *setting*. Este era o momento das participantes retomarem o que havia sido trabalhado na semana e na última sessão. Na fase de intervenção (50 minutos) foram desenvolvidas atividades com o intuito de cumprirem os objetivos previstos para a sessão, por meio de diálogo, leitura, escrita, vivência ou dinâmica. O encerramento tinha cerca de 20 minutos de duração e consistia em uma avaliação da sessão realizada.

As sessões foram gravadas, transcritas e analisadas pela autora, por meio do método *The Grounded Theory*, que analisa os dados tornando-os qualitativos, interpretativos, contextuais e indutivos de maneira sistemática e, assim, empírica (Lawrence & Tar, 2013).

Este método possui algumas etapas a serem seguidas, mas o presente estudo não seguiu rigidamente todos os passos, como indicou Charmaz (2009) e Lawrence e Tar (2013) e será explicado a seguir. Além disso, acrescentou-se a comparação das categorias elaboradas na primeira e última sessão, tornando os dados mais quantitativos, semelhante ao que Vieira (2007) realizou.

Vieira (2007) pesquisou sobre a exposição do terapeuta em sessão individual. Para isso, entrevistou 10 analistas do comportamento que atuavam na clínica. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo o método *Grounded Theory*. As categorias foram elaboradas e posteriormente comparadas entre os participantes. No presente estudo a comparação será realizada entre sujeitos, ou seja, será comparado o grupo como um todo e não a evolução de cada participante, em função das faltas dos participantes nas sessões.

Silva et al. (2010) também realizaram procedimento semelhante ao do presente trabalho. Interviram em grupo na modalidade cognitivo-comportamental a pacientes com dor crônica e analisaram as sessões de acordo com o método *Grounded Theory*. Como resultado, descreveram a realidade dos participantes, sintetizados em quatro categorias (Convivência com a dor, Problemas do cotidiano, Relacionamento com os terapeutas e Interação ao vivo entre participantes). As categorias possibilitaram a identificação de como a intervenção auxiliou os participantes a lidarem com a dor, além de abordarem questões pessoais e sociais que influenciaram na dor crônica.

Para o presente trabalho, a codificação foi realizada em quatro etapas (inicial, focada, axial e teórica), sem incluir a volta ao campo para coletar dados mais refinados, nem a codificação concomitante com a coleta como é sugerido na versão original da teoria (Glaser & Strauss, 1967). Como a utilização desse método ocorreu posteriormente à realização da intervenção, não houve a possibilidade de volta ao campo nem da codificação concomitante com a coleta de dados. As fases de codificação e memorando se deram ao mesmo tempo,

enquanto a fase de amostragem teórica foi realizada ao finalizar as codificações inicial, focada e axial.

Na codificação inicial cada linha da transcrição pertencente às falas das participantes foi selecionada e codificada por meio de termos não técnicos, com o intuito de deixar mais fidedigno à linguagem das participantes. Após cada trecho codificado, foi realizado o memorando o qual consistia em discussão e hipóteses levantadas pela autora diante de tal linha. Na codificação focada, da mesma forma, as falas transcritas das participantes foram codificadas, agora abrangendo trechos, e não mais linha a linha, ampliando a generalização da análise. Os memorandos nesta etapa descreviam as primeiras categorias levantadas. Na codificação axial as primeiras categorias foram revistas e refinadas de modo a abranger as falas e os memorandos. Em seguida, as bibliografias pertinentes foram retomadas com o intuito de generalizar ainda mais as categorias e readequá-las. Por último, se deu a codificação teórica, a qual, a partir das categorias já geradas, elencou-se uma única teoria que explicasse toda a análise realizada das falas das participantes.

O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina com o protocolo nº50121615.1.0000.5231. Antes do início da intervenção as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que continha questões sobre sigilo de identificação e liberdade para encerrarem a pesquisa quando acharem conveniente.

### **Resultados e Discussão**

O estudo identificou, por meio do relato das participantes, que a endometriose é uma doença com sintomas variados. A análise realizada sobre a intervenção psicoterapêutica por meio da *Grounded Theory* indicou na codificação teórica, na qual elenca uma teoria explicativa, que os comportamentos referentes às habilidades sociais e à autopercepção são

influenciados pela endometriose e por isso, devem ser alvos de intervenção em grupo. As duas categorias que emergiram após a aplicação do método *Grounded Theory* nas transcrições referiam-se a esses comportamentos. Cada uma destas categorias possuía subcategorias que descreviam de maneira pormenorizada ao que se referiam. A categoria Habilidades Sociais incluiu as subcategorias: Interação entre os membros, Emitir opinião contrária, Expressar sentimento no *setting* psicoterapêutico, Expressar sentimento fora do *setting*, Esquiva experiencial, Aceitação emocional, Passividade, Agressividade, Receber elogios e Empatia. Na categoria Autopercepção as subcategorias foram: Autocobrança e Autoconhecimento.

Interessante identificar as faltas ocorridas no grupo. Na primeira sessão, P1 não compareceu e na última, P3 e P5, por isso a comparação da primeira e última sessão referem-se à evolução do grupo e não de cada participante. As dores e a submissão aos procedimentos médicos foram justificativas apresentadas com frequência no grupo, o que evidencia a dificuldade das participantes para cumprirem atividades de rotina e compromissos estabelecidos, o que corrobora com Caldeira et al. (2008), Lorençatto et al. (2002) e Silva et al. (2010). Dessa forma, nem todas as participantes tiveram acesso a todo o conteúdo trabalhado, o que pode ter prejudicado o processo de intervenção para cada uma delas. Para reparar esse possível dano, no início da sessão se solicitava para que uma das participantes retomasse o que havia sido discutido na sessão anterior. A seguir, serão apresentados os dados relacionados a cada categoria e subcategoria, na primeira e na última sessão.

### **Habilidades Sociais: *Interação entre os membros***

Na primeira sessão, diante de questionamentos levantados, observou-se que as participantes emitiram, geralmente sorrindo, respostas curtas e diretas em relação ao assunto abordado e em algumas oportunidades se esquivaram de responder (“T1: Bom gente, retomando um pouquinho, como é que vocês passaram de fim de ano? [silêncio] Como foi esse comecinho de ano? [pausa] P5: Foi bom. [silêncio seguido de risos].”).

Por outro lado, na última sessão, constatou-se que as participantes apresentaram com maior frequência, um padrão de diálogo com o relato dos membros. Nesta situação, complementaram a fala da outra, verbalizaram situações que ocorreram ao longo do processo, expressaram sentimentos diante do que havia sido dito e até, realizaram brincadeiras.

A análise demonstrou um padrão comportamental de interação diferente nas duas sessões, o que pode estar relacionado com a melhora no vínculo estabelecido entre terapeutas e participantes ao longo do processo e melhora no repertório comportamental referente à assertividade. Silva et al. (2010) realizaram um grupo psicoterapêutico com participantes com dores crônicas e também relataram, na primeira sessão, esquiva por parte das participantes para falar sobre si mesma. Tal fato pode estar relacionado ao contexto de punição em função do desconforto e da dor.

### **Habilidades Sociais: *Emitir opinião contrária***

Na primeira sessão, P4 foi a única participante que demonstrou respostas relacionadas à assertividade, ao emitir opinião contrária a outro membro do grupo, sem ofender e sem se omitir. Demonstrou uma postura e tom de voz tranquilos, além de emitir autoclíticos e exemplos pessoais para se fazer entender (“P4: e é isso, é muito difícil você se colocar no lugar do outro, julgar e achar que ele estava errado. Você faria diferente, tudo bem, mas eu não acho que foi com má intenção, eu prefiro pensar assim, que ela não agiu com má intenção com você [P5], mas para te preservar.”). Apesar disso, esta participante nem sempre foi bem interpretada. Algumas atitudes observadas, como por exemplo, não responder, olhar para baixo, discordar, indicaram certo incômodo de determinados membros diante de tal postura. Falcone (2001) e Teixeira et al. (2013) afirmam que comportamentos assertivos podem não serem compreendidos e produzirem consequências aversivas, principalmente quando contrapostos a padrões passivos. Os autores sugerem treino de empatia concomitante ao treino de assertividade para reduzir as chances de consequências aversivas. No grupo a maioria das

participantes apresentavam comportamentos passivos, justificando o treino de comportamentos empáticos para aperfeiçoar a comunicação interpessoal.

Na última sessão, observou-se que todas participantes expuseram opiniões, mesmo contrárias, de maneira tranquila e sem ofensas. Descreveram situações que ocorreram fora do *setting* psicoterapêutico, o que havia desagradado, tipo de sentimento envolvido e o que esperavam de mudanças na relação. Fernandes et al. (2012) e Teixeira et al. (2013) descrevem o comportamento assertivo como expressar opinião, sentimento e desejo, mesmo contrários ao outro, de maneira a controlar as emoções e respeitar os seus próprios direitos, assim como os direitos dos outros. Assim, foi observado um aumento na frequência de apresentação de comportamentos assertivos em sessão e relatos sobre a generalização deste padrão para situações do cotidiano.

#### **Habilidades Sociais: *Expressar sentimento no setting psicoterapêutico***

Na primeira sessão, T2 verbalizou que estava grávida e expôs seus sentimentos em relação à situação, aproveitando a oportunidade para trabalhar sentimentos e fornecer modelo às participantes. Relatou que se sentia ambígua quanto aos sentimentos, ao mesmo tempo estava feliz com a gravidez, mas se identificava com o relato do fato ser aversivo para elas. Uma vez já haviam comentado que saber da gravidez de alguém próximo causava desconforto. De acordo com Batista et al. (2016) a falta de conhecimento popular sobre infertilidade e seus tratamentos geram nas pacientes a sensação de ser pior do que as outras mulheres. A terapeuta respeitou e validou o relato de participantes, incentivando e oportunizando para que se expressassem.

Foi observado que as participantes tiveram dificuldade em demonstrar o que sentiram, apresentaram verbalizações curtas de que estavam felizes (“que legal”, “que linda”), sorriram e abaixaram a cabeça diante da notícia. Falcone (2001) descreve o comportamento passivo também por suas características não verbais, como por exemplo, olhar para baixo evitando

contato ocular, voz baixa, mãos retorcidas e risos falsos. Estes comportamentos apresentados pelas participantes foram interpretados como desconforto e não fidedignos aos sentimentos relatados. Falcone (2001) também afirma que em situações como a citada, em que os comportamentos verbais e não verbais se contradizem, deve-se dar mais atenção aos comportamentos não verbais, uma vez que são mais involuntários. Assim, o comportamento das participantes foi considerado passivo por conta dos comportamentos não verbais apresentados.

Ao longo do processo, ao descobrir que também estava grávida, P2 solicitou orientação junto às terapeutas sobre como proceder para abordar tal aspecto no grupo. Após um mês da descoberta da gravidez, na última sessão, descreveu para as outras participantes sua trajetória para conseguir engravidar e o receio de magoá-las com tal notícia. Neste momento, o grupo se posicionou no sentido de que não havia necessidade de que P2 se sentisse assim. Os membros demonstraram compreensão quanto ao receio de abordar o tema, dizendo que entendiam P2 só em relação ao risco de um aborto espontâneo. Verificou-se uma demonstração espontânea e genuína do grupo de sentimentos de alegria, além de esperança de que também pudessem engravidar, através de verbalizações como: “é como se houvesse uma luz no fim do túnel” e expressões faciais com sorrisos, movimentos nos braços e abraços à P2.

Comparando as duas sessões, observou-se a diferença entre as reações apresentadas pelas participantes nas duas situações. Acredita-se que a intervenção focada na expressão de sentimentos, pode ter favorecido a demonstração de sentimentos no grupo sobre a gravidez de P2. Este padrão de comportamento demonstrou que as participantes poderiam estar mais predispostas a exporem sentimentos diante de situações consideradas aversivas (gravidez de outra pessoa), o que indica um ganho comportamental favorecido pela intervenção. O vínculo estabelecido entre os membros também pode ter auxiliado para tal tipo de reação entre as participantes ao final do processo. No grupo de Silva et al. (2016) também foi trabalhado os

tópicos assertividade, expressão de sentimentos e aceitação emocional. Os resultados indicaram que os participantes apresentaram, ao longo do processo, maior frequência de relatos de sentimentos e pensamentos, principalmente os positivos.

Na última sessão, diante do não comparecimento de P3 e P5, as participantes verbalizaram que estavam angustiadas, tristes e sem esperança diante do posicionamento geralmente apresentado pelas ausentes (“P1: porque para mim me angustia mais ficar pensando ‘será que eu vou ser mais uma que vou ficar tentando até os trinta e poucos anos e não vou conseguir’ igual a P5, eu acho que isso me deixa mais... me deixa triste, olhar e nossa, me angustia mais.”). Importante salientar que P3 e P5 possuíam mais de três anos de tempo de diagnóstico e uma ou mais cirurgias de retirada de foco de endometriose sem sucesso, o que pode justificar o comportamento mais pessimista.

Fernandes et al. (2012) afirmam que pessoas expostas a situações estressantes, como é o caso da endometriose, são mais propensas a lidar com estes eventos de maneira não habilidosa socialmente, podendo contribuir para quadros depressivos. Pessoas depressivas tendem a ter uma visão negativista sobre si mesmo, o mundo e o futuro, o que pode prejudicar as relações interpessoais. Levanta-se a hipótese que as duas participantes, que haviam passado por sucessivas histórias de tratamentos sem sucesso, poderiam estar apresentando sintomas de uma condição depressiva, o que corrobora com Lorençatto et al. (2002) sobre uma prevalência de depressão de 92% em mulheres com endometriose e dor crônica. P1 relatou que a presença e o relato de determinadas participantes a desmotivava a participar das sessões no grupo, ou seja, a presença delas era considerada aversiva.

As participantes também relataram sentimentos de tristeza e ansiedade com o término da intervenção psicoterapêutica, o que sugeriu que as sessões podem ter sido uma oportunidade para aprender a identificar, nomear e relatar sentimentos. Segundo Falcone

(2001), expressar sentimentos e desejos facilita ao ouvinte a compreender a situação, além de incentivar a apresentação de tais comportamentos.

### **Habilidades Sociais: *Expressar sentimentos fora do setting***

Durante a primeira sessão, P3, P4 e P5 demonstravam atitudes contraditórias quanto ao desejo de engravidar, verbalizando sentimentos de medo e dúvidas sobre esta decisão (“P5: eu não sei se eu quero, eu não consigo falar eu quero ou eu não quero . . . e assim, eu tenho medo, tenho medo de me arrepender de não ter feito a fertilização, tenho medo de fazer e ter”). Segundo elas, o medo de ter filhos também estaria relacionado à própria história com relação aos resultados negativos de gravidez, possibilidade de aborto espontâneo, gestação ectópica ou má formação do bebê por conta dos tratamentos. Batista et al. (2016) apontam que o futuro incerto de mulheres inférteis aumenta a probabilidade de apresentação de sentimentos de medo, frustração e preocupação. Tais comportamentos indicaram a necessidade de abordar o tema, levando-as a refletir o que realmente queriam sobre a maternidade.

As participantes (P2, P5 e P6) discutiram sobre situações fora do *setting* psicoterapêutico, quando descobriam que alguém próximo a elas estaria grávida, antes da terapeuta contar sobre sua gravidez. Todas acreditavam que outras pessoas poderiam se sentir constrangidas para contar sobre a gravidez para alguém com endometriose que tinha dificuldade para engravidar. Verbalizaram que em situações como esta, geralmente uma pessoa mais próxima abordava o assunto, após um tempo da descoberta da gravidez. Se sentiriam mais respeitadas e validadas se houvesse um diálogo sincero entre a mulher grávida e a que apresenta o quadro de endometriose

Após o relato da terapeuta sobre sua gravidez, foi discutida a hipótese de que tal constrangimento, que acontecia fora do *setting*, poderia ser em função do receio de magoá-las, preocupação que as incomodava (“P2: Eu fiquei mais assustada com a reação de todo mundo de ficar olhando para a minha cara do que a minha própria reação com ela [cunhada que

relatou estar grávida].”). Verbalizaram que não aprovavam tal reação e negavam terem sentimentos de ciúmes, embora relatassem se sentirem inferiores, incapazes e inúteis diante do assunto da gravidez. Tal sentimento corrobora com Silva et al. (2016), que apontam a infertilidade como uma condição que pode prejudicar os contextos sociais das mulheres, levando aos sentimentos de fracasso e inferioridade, além de isolamento social e redução da autoestima. As participantes verbalizaram que se sentiam mais frustradas diante da revelação da gravidez de alguém, quando ocorria imediatamente após um aborto espontâneo ou resultado negativo de gravidez.

Levanta-se a hipótese de que a gravidez de outra pessoa, quando contada por outros, fazia com que se sentiam inferiores a outras mulheres diante do assunto de maternidade (“P5: Aconteceu de uma das minhas melhores amigas engravidar, todas as amigas ficaram sabendo e não contarem para mim! E eu ficar sabendo pela boca do meu marido que o marido dela contou para ele e ele ainda perguntou, perguntou para meu marido três vezes se eu estava bem, como eu estava para contar, absurdo, é ridículo! . . . ela não pensou em mim como amiga, ela pensou no meu problema, para mim amizade assim não dá!”). Provavelmente estavam se queixando da falta de comportamentos empáticos de outras pessoas. Fernandes et al. (2012) definem empatia como o comportamento de compreender os comportamentos e sentimentos do outro e demonstrar esta compreensão sem julgamentos, e não apenas sentimento de compaixão pelo estado do outro.

Na primeira sessão, algumas participantes (P2, P4 e P6), expressaram esperança diante de um novo ano, embora demonstrassem cansaço após intensa rotina médica do ano anterior. As participantes que possuíam histórico de insucesso relativo aos tratamentos submetidos (P3 e P5) demonstraram relatos de desesperança (“P3: eu estou pagando para ver [se o novo tratamento dará resultado]”). As participantes que possuíam menos de um ano de diagnóstico (P2 e P6) relatavam mais otimismo diante dos tratamentos. Na última sessão, apenas P1

relatou perda de esperança quanto aos tratamentos, após longo período sem resultados positivos. Como aponta Fernandes et al. (2012), um histórico de situações relacionadas ao estresse e frustração por não alcançar os objetivos desejados pode favorecer o surgimento de quadros depressivos, sensações de cansaço e desesperança.

### **Habilidades Sociais: *Esquiva experiencial***

Esta subcategoria refere-se ao comportamento de tentar evitar entrar em contato com eventos encobertos aversivos e foi observada apenas na primeira sessão. Tal condição pode indicar possível melhora neste quesito ou falta de oportunidade de as participantes emitirem tal comportamento na última sessão. Esquiva experiencial é quando o indivíduo passa a se esquivar de entrar em contato com pensamentos ou sentimentos que acredita serem ruins. Porém, esta esquiva nem sempre obtém o resultado desejado. Muitas vezes o evento é incontrolável e não pode ser evitado, o que faz com que tenha que aceitá-lo (Brandão, 2008).

Identificou-se que as participantes emitiram relatos que poderiam indicar esquiva em relação ao que estavam vivenciando, provavelmente uma alternativa encontrada para evitar sensações desagradáveis. As participantes (P2, P3, P5 e P6) demonstraram que com frequência tentavam fugir de determinadas situações para evitar algum sentimento ou pensamento que era considerado aversivo. Exemplificando, diante de questionamento sobre gravidez, justificavam que não queriam ser mães ou não era um bom momento, embora entre elas relatavam o desejo da maternidade. Este dado foi encontrado no estudo de Batista et al. (2016), que relataram que a pressão social para a maternidade pode gerar grande sofrimento emocional e fazer com que a mulher finja não pretender ter filhos no momento. Neste tipo de situação, fora do *setting* as participantes não mencionavam a enfermidade ou a dificuldade para terem filhos.

Foi observado que muitas vezes, tentavam diminuir sua própria responsabilidade quanto à opção por filhos (“P5: eu não tenho mais essa vontade [de ter filhos] no meu coração

. . . Eu não vou mais tentar tratamentos, mas se Deus quiser me dar naturalmente, aí tudo bem.”). Segundo Bandeira et al. (2005), observar as contingências de maneira “externalista”, explicando-as como se as variáveis dependessem de algo fora do sujeito, pode sugerir um déficit em assertividade. Deixar a maternidade “ao acaso” foi uma condição analisada como uma resposta relacionada à esquiva emocional, uma vez que assim, evitariam assumir a dificuldade biológica para engravidar naturalmente e entrar em contato com a realidade.

Normalmente, diante de assuntos relacionados à enfermidade, as participantes demonstravam tal padrão de esquiva por meio de piadas, risos e explicações supersticiosas para os sintomas (“P3: Fica ‘o que eu fiz para Deus? Deveria ter sido p\*\*\* em outra vida’ [risos coletivo]. Às vezes eu sinto tanta dor, tanta dor, que eu fico: eu devo ter feito aborto até nos olhos, porque não é possível [risos].”). Silva et al. (2010) afirmam que ao fugir de situações desagradáveis, os eventos privados sempre estarão presentes, não sendo uma boa estratégia de enfrentamento. O fato de esta subcategoria ter aparecido apenas na primeira sessão, pode indicar que o processo psicoterapêutico contribuiu para que as participantes se mantivessem em contato real com situações aversivas decorrentes da enfermidade e dos sintomas, sem precisar recorrer a piadas, superstição ou mentiras.

### **Habilidades Sociais: *Aceitação emocional***

Diferentemente da esquiva experiencial, durante a primeira sessão, algumas participantes apresentaram comportamentos relacionados à aceitação emocional. Refere-se aos comportamentos em que o indivíduo passa a aceitar os eventos encobertos aversivos, deixa de tentar se esquivar, sente ou pensa no que é aversivo, o que aumenta a chance de entrar em contato com consequências reforçadoras (Brandão, 2008). P2 e P6 demonstraram que poderiam estar entrando e mantendo contato com o contexto relativo à doença ao falar sobre alguns aspectos com outras pessoas. P2 estava investigando questões relacionadas à história genética da doença e sintomas de endometriose na própria família. P6 investigava

junto ao médico o tempo em que não conseguiu realizar o coito programado por conta dos repouso exigidos pelos tratamentos.

Na última sessão, todas as participantes demonstraram compreender melhor que não poderiam ter controle de todas as contingências da vida, inclusive algumas relacionadas à doença. Que poderiam não gostar disso, mas não teriam como controlar todos os aspectos. Que poderiam se engajar no tratamento, apresentar comportamentos adaptativos à situação sem garantias de resultados (“P6: Mas eu vou continuar [com o tratamento médico], mesmo sabendo que para outras pessoas não deu muito certo, mas eu vou fazer a minha parte, vou fazer os exames, ir nas consultas. Eu não quero, mas se precisar eu realizo a cirurgia [de remoção do endométrio ectópico], e vai dar tudo certo. Se eu não fizer minha parte aí também não dá né, já não temos garantia que vou conseguir engravidar, mas tenho que ir atrás né”). Na intervenção de Silva et al. (2010) a aceitação emocional foi trabalhada juntamente com a disposição de enfrentar situações aversivas. Tal condição permite que o indivíduo entre em contato com reforçadores que antes não eram alcançados devido aos comportamentos de esquiva.

Nas duas sessões houve poucos relatos atribuídos a esta categoria, o que indica a necessidade de continuidade para conduzir atividades relacionadas aceitação emocional. Brandão (2008) discute que a aceitação emocional pode ser um comportamento facilitado pelos comportamentos de empatia, autoconhecimento e pelo vínculo psicoterapêutico, o que pode justificar a decisão por incluir tais temas em sessão. O intuito foi incentivar comportamentos relacionados à aceitação emocional e com isso, terem mais chance de serem consequenciados com reforço positivo.

### **Habilidades Sociais: *Passividade***

Na primeira sessão, foi observado exemplos de repertório passivo das participantes. Em alguns momentos, assumiram que tinham dificuldade para se expor, provavelmente em

função de limitações no repertório de enfrentamento ou por esquivar em emitir opiniões contrárias. Segundo Falcone (2001), comportamento passivo refere-se a padrões comportamentais nos quais o indivíduo desconsidera seus próprios desejos em vista aos dos outros e manifesta inadequação de expressão de sentimentos.

Foram discutidas questões relativas às cobranças da sociedade para que mulheres casadas (condição da maioria do grupo) tivessem filhos. Batista et al. (2016), Matta & Muller (2006) e Silva et al. (2016) referem-se a cultura ocidental como determinante da regra estipulada aos casais sobre a maternidade, como sendo primordial para a identidade, principalmente da mulher gerar e cuidar de filhos. Segundo P3, para não se sentir estigmatizada, geralmente não mencionava o diagnóstico de endometriose e se posicionava no sentido de que não queria ter filhos (“P3: eu prefiro escutar ‘você não queria [filho] e engravidou’ do que ‘nossa, coitada, queria e não consegue’ . . . o filho é importante? É importante, porém devido toda a decorrência da doença é mais fácil falar que você não quer, pela repercussão da sociedade, então se vir ótimo”). Tal condição pode demonstrar um comportamento com função de esquivar de questionamentos e julgamentos, ao invés de um padrão de enfrentamento de maneira assertiva.

O comportamento passivo também foi observado dentro do *setting* quando P5 foi questionada por P4 sobre o afastamento de uma amiga que demorou para contar sobre sua gravidez, e P5 respondeu tentando amenizar o que havia dito, se corrigindo para ficar mais próxima da opinião de P4 (“P4: Mas vocês se afastaram por uma postura dela ou sua? P5: Minha... Na verdade isso já faz um tempo que aconteceu . . . Mas assim, não tenho raiva, não tenho mágoa, não tenho nada, mas para mim ou você confia em mim e seja o mais clara possível ou cada um fica na sua.”). Falcone (2001) descreveu a passividade como um comportamento que desconsidera os próprios desejos, esse comportamento pode favorecer sensação de infelicidade, levando à depressão.

Na última sessão, as participantes assumiram que, em função da presença de duas participantes (P3 e P5), geralmente buscavam se esquivar e não realizar enfrentamentos verbais. Nesta sessão, estas duas participantes não compareceram, o que facilitou tal exposição. O comportamento de relatar incômodo com P3 e P5 apenas na sua ausência pode demonstrar repertório mais próximo à passividade, o que indica a necessidade de se trabalhar assertividade. O grupo relatou que buscava um momento adequado para abordar tais assuntos mais difíceis, analisavam o ambiente para verificar a possibilidade de opinarem, mas não buscavam arranjar contingências para tal (“P2: Eu ainda brinquei com a T2, dependendo do clima eu conto, dependendo do clima eu não conto, deixa quieto e a gente parte para outra [risos].”). Disseram que quando não conseguiam prever as consequências preferiam se omitir (“P1: Semana passada eu fiquei assim ‘será que eu falo, será que eu não falo...’, ai eu não falei, sabe, porque eu fiquei, ‘nossa como ela vai reagir sabendo que ela causou isso em mim?’, nem é voluntario.”).

Falcone (2001) e Teixeira et al. (2013) confirmaram que o comportamento assertivo é inibido pela ansiedade, seguindo o princípio da inibição recíproca, o qual propõe que respostas antagônicas não são emitidas simultaneamente. Situações sociais previamente pareadas com estímulos aversivos passam a eliciar ansiedade e conseqüentemente inibem respostas assertivas. Este princípio pode ter influência no comportamento passivo das participantes diante de situações aversivas ocasionadas pelos sintomas da endometriose, como a dificuldade para engravidar. Embora a frequência de comportamentos assertivos tivesse aumentado, identificou-se que os comportamentos passivos ainda permaneciam no repertório destas participantes.

### **Habilidades Sociais: *Agressividade***

Durante a primeira sessão, este padrão ficou mais evidente nas colocações de P3, provavelmente por verbalizar de maneira enfática, adotar um tom de voz elevado e utilizar

com frequência palavrões para se expressar. Falcone (2001) aponta que o comportamento agressivo é inapropriado para expressar sentimentos porque desconsidera o desejo dos outros e leva em conta apenas os seus. É definido como um olhar fixo, voz alta, fala fluida e rápida e postura intimidatória. Apresentar comportamentos agressivos tem função de fuga ou esquiva, uma vez que inibe a resposta do outro. Assim, estes comportamentos se repetem por terem sido reforçados, prejudicando a variabilidade comportamental para alcançar um comportamento mais vantajoso socialmente.

P3 identificou que diante do marido também se comportava desta maneira, provavelmente com a função de encerrar o assunto (“P3: Até essa semana ele [marido] falou ‘mas eu queria tanto ter filho’, eu falei ‘então nós vamos ter que pensar na possibilidade de não vivermos juntos mais’.”). Batista et al. (2016) afirmam que o marido também pode exercer pressão social para a maternidade, o que aumenta a carga emocional para as mulheres inférteis. Por outro lado, casais que passam pela questão da infertilidade tem a oportunidade de melhorar a comunicação e fortalecer a relação.

Constatou-se que algumas participantes apresentavam um padrão irônico. A ironia também pode ser uma forma de comportamento agressivo, uma vez que pode ofender o outro. Segundo elas, alguns profissionais (médicos) verbalizaram que acreditavam que a cura para a endometriose era a gravidez. Diante disso, as participantes (P2, P3 e P5) ironizavam, uma vez que tal fato não seria comprovado, além de parecer contraditório pedir que engravidassem quando apresentavam dificuldade para tal. Também com ironia, constatou-se que relatavam casos de mulheres que tinham facilidade para engravidar. Neste caso, a ironia poderia provavelmente demonstrar raiva e revolta. Na última sessão, não foram identificadas verbalizações categorizadas com padrão agressivo, o que pode ter sido influenciado pelo fato de P3 não estar presente, assim como pela maior apresentação de comportamentos assertivos.

**Habilidades Sociais: *Receber elogios***

Na primeira sessão, algumas participantes (P3 e P4) elogiaram o comportamento de outras (P2 e P5). Foi uma oportunidade para se observar que, quem recebia o elogio, não sabia como reagir, geralmente sorria, não realizava comentários e nem agradecimentos. Durante a última sessão, também houve troca de elogios entre as participantes. Desta vez, quem recebeu o elogio (P2, P4 e P6), reagiu comentando sobre o que foi dito ou agradecendo. O trabalho relacionado ao desenvolvimento de repertório assertivo pode ter contribuído para tal reação, Bandeira et al. (2005) observou que pessoas com alto grau de autoestima aceitam melhor elogios, enquanto pessoas com baixo grau de autoestima aceitam melhor *feedback* negativos. Assim, é possível hipotetizar que as participantes, ao longo da intervenção, tiveram melhora na autoestima, provavelmente gerado pelo acolhimento e validação do grupo às exposições verbais. Falcone (2001) também afirma que emitir comportamentos assertivos aumentam a autoestima, reduzem a ansiedade e a depressão, uma vez que maximiza as consequências positivas, tanto para o indivíduo, quanto para a relação.

**Habilidades Sociais: *Empatia***

Na primeira sessão, P3 e P5 descreveram que possuíam sucessivas histórias de tratamentos sem sucessos e comentaram de maneira negativa sobre tratamentos que outras participantes estariam realizando (“P3: Não querendo te desanimar, mas todas essas dores gástricas são da endometriose, eu já passei por isso.”). De acordo com Falcone (2001), a empatia envolve duas etapas: o ouvir sensível e a comunicação empática. O ouvir sensível se refere a compreender e experiências o que o outro relata e; a comunicação empática se refere ao verbalizar sensivelmente esta compreensão, sem julgamentos. Diante disso, constatou-se que P3 e P5 não apresentaram a comunicação empática. Como Falcone (2001) argumenta, as verbalizações não empáticas focam só em si próprio, impondo seu ponto de vista sobre o que

o outro deve sentir ou fazer. Além disso, desconsideram os sentimentos e perspectivas do outro, minimizando o problema.

Na última sessão, P1 relatou que se sentiu desanimada frente aos relatos emitidos por P5. As outras participantes responderam com um padrão comportamental relacionado à empatia, tentando se colocar no lugar de P1, demonstrando apoio, mesmo considerando que provavelmente se comportariam de maneira distinta se estivessem passando pela mesma situação (“P4: Ela [P1] tá dizendo que a acolhida dela foi diferente né, e eu enxergo, por não estar passando pela situação dela [P1], eu enxerguei de uma outra forma, eu não achei que ela [P5] foi incisiva e nada, mas isso para você [P1] soou muito dessa forma. Eu não percebi assim, porque eu não estou na sua situação nem nada, talvez se me falasse de um outro assunto eu iria sair chorando, entendeu, se me falasse de qualquer outro problema né, tocasse na minha ferida né. Eu não vi dessa forma, mas entendo perfeitamente, porque quantas vezes a gente escuta ‘para com isso, você tá procurando coisa onde não tem’, mas para você naquele momento está ali . . . Mas é assim, totalmente compreensível, porque você [P1] estava muito sensível, só que ela [P5] também estava.”). Falcone (2001) reconhece o ouvir sensível quando a pessoa deixa de lado suas próprias perspectivas e sentimentos, busca identificações com os sentimentos do outro e a relação com o contexto. Tais comportamentos podem ser observados na fala de P4, onde o comportamento empático valoriza o outro, promove autoaceitação e aumenta o vínculo entre os envolvidos.

Matta e Muller (2006) apontam que quando mulheres com endometriose se conhecem e trocam experiências, normalmente referem-se como um contato agradável e empático. Todas as participantes descreveram que se sentiram mais acolhidas quando relatavam algo no grupo, em comparação quando isto ocorria fora. Para elas, parecia que as participantes entendiam melhor a situação, por provavelmente terem passado por condição semelhante. Constatou-se que as participantes podem ter apresentado no grupo um padrão comportamental

mais empático quando comparado com as pessoas fora do *setting*, o que possibilitou este tipo de sensação de acolhimento.

### **Autopercepção: Autocobrança**

Durante a primeira sessão, foram identificados relatos em que as participantes (P3, P4 e P6) se cobravam por algo não ter dado certo ou por expectativas não cumpridas. Por exemplo, mencionavam que se sentiam responsáveis por não conseguirem engravidar (“P6: eu não me cuidei assim, não me observei, não cuidei certinho do meu ciclo, do período fértil . . . P4: Então, assim, também o sofrimento de cobrança [para engravidar] interna e de se culpar é a mesma coisa, não muda, independentemente da nossa escolha de querer ou não engravidar.”). Batista et al. (2016) identificaram em entrevistas com mulheres inférteis, um sentimento universal de culpa pessoal, principalmente quando atrelado à uma história de sucessivos tratamentos para engravidar sem sucesso. Esse sentimento de culpa pode estar correlacionado com a cultura ocidental e a pressão social gerada por expectativas de todos diante da gravidez.

Na última sessão, esta subcategoria foi observada por meio de relatos sobre cobranças para mudar determinados comportamentos discutidos no grupo, como por exemplo, emitir comportamentos relacionados à assertividade e à empatia. O padrão de autocobrança e autoexigência foi observado ao longo do processo psicoterapêutico. Antes verbalizavam que se sentiam culpadas por coisas que não tinham total controle, como a gravidez ou eficácia do tratamento. Posteriormente, passaram a se cobrar para apresentarem um repertório comportamental que promovesse mudanças nas contingências e que trouxessem mais chances de alcançarem reforçadores positivos. Bandeira et al. (2005) afirmam que quando os indivíduos se percebem responsáveis por mudanças na sua vida, produzem mais bem-estar psicológico, tornam-se mais ativos, aumentam as possibilidades de reforços positivos e

diminuem a tendência de desenvolver distúrbios psicopatológicos. A assertividade está estritamente relacionada ao padrão de comportamentos de se responsabilizar.

### **Autopercepção: *Autoconhecimento***

Na primeira sessão, as participantes (P3, P4, P5 e P6) relataram ficar atentas aos seus sintomas e sensações físicas, porque tinham receio de que pudessem indicar alguma piora do quadro, o que provavelmente poderia predispor à hipersensibilidade e hipervigilância (“P5: Aí eu fiz os exames de rotina e deu tudo normal, não foi encontrado nada que poderia estar causando as infecções urinárias. Esse mês graças a Deus eu não tive, então... Aí eu tive um problema no intestino, mas depois que passou as festas pode ser que eu exagerei em alguma coisa, não sei também né.”). Silva et al. (2010) mencionaram um ciclo relacionado à dor crônica, no qual se inicia na vigilância excessiva em detectar estímulos pré-aversivos de dor, realizar esquivas disfuncionais para evitar essa possível sensação, aumento da tensão corporal e emocional, e por fim aumento da dor, o que gera mais vigilância e assim por diante.

Apenas P2 relatou, na primeira sessão, perceber um padrão comportamental de esquiva em relação ao assunto relacionado à gravidez, por meio do uso de piadas (“P2: hoje em dia eu brinco com a situação, não sei se é uma forma de fugir, mas eu não vejo nenhum problema”).

Na última sessão, as participantes verbalizaram fatos ocorridos sobre si com mais detalhes e clareza, correspondendo com o que foi observado em sessão pelas psicoterapeutas. Disseram que entendiam como se comportavam, identificavam suas qualidades e dificuldades, buscavam melhoras (“P4: Eu na minha vida em geral eu tenho facilidade de expor a minha opinião, às vezes eu acho até que eu tenho que controlar o excesso, eu acho que eu falo além do que eu devo e de uma forma que não é tão agradável”). Também indicaram, que ao longo do grupo, melhoraram o repertório comportamental em relação ao autoconhecimento, assertividade e exposição de sentimentos (“P6: Mas eu acho que me ajudou muito [o grupo],

no meu autoconhecimento, de eu ter mudado algumas coisinhas lá fora, de algumas atitudes. Eu não sou muito de falar, mas eu estou tentando, procurando mudar a partir do que a gente reflete aqui e tentando fazer lá fora e tem dado certo . . . tem me ajudado muito, pelo menos falo por mim, a tentar a ser mais assertiva, a falar mais sentimento tanto coisa que gostou quanto coisa que não gostou.”). Silva et al. (2010) reconheceram a importância do autoconhecimento em participantes com dor crônica, obtiveram melhores autoanálises e estratégias de enfrentamento de situações aversivas mais eficazes.

De uma maneira geral, na primeira sessão os relatos mais frequentes foram sobre sensações corporais, enquanto que na última sessão, verbalizaram mais sobre o próprio padrão comportamental e quais contingências poderiam alterar para mudar o repertório. De acordo com Falcone (2001) reconhecer, nomear e organizar os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos pode auxiliar no desenvolvimento de comportamentos sociais mais efetivos.

### **Conclusão**

A partir dos resultados, observou-se que o processo psicoterapêutico contribuiu para a melhora de padrões comportamentais relativos à expressão de sentimentos, empatia, assertividade, aceitação da enfermidade e autoconhecimento. Considera-se que a endometriose é uma condição que pode apresentar consequências em diferentes âmbitos da vida das pacientes, afetando principalmente os comportamentos referentes à habilidade social e à autopercepção.

Uma vez identificado a importância da empatia, assertividade e aceitação emocional e por se tratar de comportamentos complexos que demandam mais tempo para serem adquiridos e generalizados, sugere-se o aumento do número de sessões para se oportunizar o aprofundamento de tais temas.

Também sugere-se que na seleção das mulheres para participar do grupo, se adote como critério um tempo de diagnóstico similar entre elas. Constatou-se que as participantes apresentaram um repertório comportamental muito distinto relacionado a habilidades sociais, enfrentamento da situação e expressão de sentimentos entre aquelas que receberam o diagnóstico com menos de um ano (P2 e P6) e as demais. Provavelmente por conta da história de vida de cada uma, as participantes com maior tempo de diagnóstico relataram sucessivas tentativas de tratamentos, exames e consultas médicas sem o resultado esperado e com maior exposição à desvalidação de sentimentos e sintomas. Enquanto, as participantes com menor tempo de diagnóstico, sem provável história de punição ou extinção, demonstravam mais sentimentos de esperança em relação aos resultados do tratamento.

O presente estudo procurou comparar a evolução de cada participante e não analisar o grupo como um todo, em função das faltas de algumas participantes em uma ou mais sessões. As faltas foram justificadas por idas a consultas médicas e pela presença de sintomas (dores intensas). Tal condição pode ser uma generalização de situações que ocorrem fora do *setting*. Sugere-se que o protocolo possa ser aplicado com frequência quinzenal, o que pode contribuir para que as participantes se organizem melhor em relação às rotinas de tratamento que devem cumprir.

O método *Grounded Theory* foi selecionado por sua indicação ao desenvolvimento de estudos em campos em que há poucas pesquisas realizadas. O método auxilia na elaboração sistemática de uma análise preliminar sobre o tema (Strauss & Corbin, 2008). Como elucidado por Charmaz (2009), o presente estudo não seguiu os passos da *Grounded Theory* de maneira rígida. Porém, acredita-se que se o método tivesse sido aplicado ao longo da intervenção psicoterapêutica, os dados poderiam ser melhor analisados e interpretados, além de poderem auxiliar na tomada de decisão quanto aos conteúdos a serem trabalhados nas sessões de intervenção. Tal condição está presente nos fundamentos da psicoterapia com base

analítico comportamental, que indica a avaliação passo a passo como condição fundamental para o processo psicoterápico.

## Referências

- Bandeira, M., Quaglia, M. A., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005, abr.-jun.). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 111-121. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200001
- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & Almeida, R. J. (2016, jul.). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 121-127. doi: 10.1016/j.recli.2016.05.004
- Brandão, M. Z. S. (2008). Esquiva experiencial do cliente no grupo terapêutico e promoção de aceitação emocional. In M., Delitti, & P., Derdyk (Orgs.), *Terapia Analítico Comportamental em Grupo* (pp. 61-91). São Paulo: ESETec.
- Caldeira, R. P., Noronha, V. M. A., Oliveira, B. E. C. de, & Amorim, F. G. P. de. (2008, jan.-jun.). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, 6(1), 69-83. Retrieved from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/633/557>
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*, 19(10), 2313-2318. doi: 10.1093/humrep/deh414
- 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. doi: 10.1093/humupd/dmt027

- De Graff, A. A., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., WERF EndoCost Consortium, & Simoens, S. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from international cross-sectional survey. *Human reproduction*, 28(10), 2677-85. doi: 10.1093/humrep/det284
- Falcone, E. M. O. (2001). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp. 202-212). Santo André, SP: ESETec.
- Fernandes, C. S., Falcone, E. M. O., & Sardinha, A. (2012, abr.). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196. Retrieved from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n1a12.pdf>
- Ferreira, A. L. L., Bessa, M. M. M., Drezett, J., & Abreu, L. C. (2016). Quality of life of the womam carrier of endometriosis: systematized review. *Reprod. clim*, 31(1), 48-54. doi: 10.1016/j.recli.2015.12.002
- Figueiredo, J., & Nascimento, R. (2008, set.-dez.). Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). *ACM arq. catarin. med.*, 37(4), 20-26. Retrieved from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/605.pdf>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. I. (1967). *The Discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- 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*, 11(1), 29-40. Retrieved from: <http://www.ejbrm.com/issue/download.html?idArticle=289>

- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2002, set.). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3), 217-221. doi: 10.1590/ S0104-42302002000300033
- Marqui, A. B. T. (2014, dec.). Non-pharmacological approach to pain in endometriosis. *Rev. dor*, 15(4), 300-303. doi: 10.5935/1806-0013.20140065
- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 57-72. Retrieved from: [http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/95](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/95)
- Mendes, N., & Figueiredo, B. (2012). Psychological approach to endometriosis: Women's pain experience and quality of life improvement. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 36-48. Retrieved from: [sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf](http://www.sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf)
- Oliveira, R. D. G., Marques, D. B. A., Silva, D. S., Tolotti, L. L., & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia de grupo para dor crônica: um protocolo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(2), 62-80. doi: 10.31505/rbtcc.v16i2.691
- Silva, M. P. C., & Marqui, A. B. T. (2014, set.). Qualidade de vida em pacientes com endometriose: um estudo de revisão. *Rev. bras. promoç. Saúde*, 27(3). Retrieved From: [www.redalyc.org/pdf/408/40838483017.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/408/40838483017.pdf)
- Silva, M. P. C., Medeiros, B. Q., & Marqui, A. B. T. (2016, maio/ago.). Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica da literatura. *Interação psicol.*, 20(2), 226-233. doi: 10.5380/psi.v20i2.34308
- Silva, D. A., Rocha, E. P., & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 335-343. Retrieved from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200008)

- Skinner, B. F. (1974). *Sobre o behaviorismo*. (M. P. Vilalobos, Trad.). 10 ed. São Paulo: Cultrix.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. In L. O. Rocha (Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, C. M., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2013, jul.) Assertividade: uma análise da produção acadêmica nacional. *Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 56-72. doi: 10.31505/rbtcc.v18i2.883
- Vieira, M. F. J. A. (2007). *Campo e função da auto-revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico – a vivência do terapeuta* (dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

## Referências

- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. In D. R. Zamignani (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp.80-88). Santo André: Arbytes.
- Batista, L. A. T., Bretones, W. H. D., & Almeida, R. J. (2016, jul.). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, 31(3), 121-127. doi: 10.1016/j.recli.2016.05.004
- Botão, R. B. de S. (2016). *Endometriose: Reflexões analítico comportamentais acerca do contexto da doença* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- Caldeira, R. P., Noronha, V. M. A., Oliveira, B. E. C. de, & Amorim, F. G. P. de. (2008, jan.-jun.). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, 6(1), 69-83. Retrieved from: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/633/557>
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chen, T. H., Chang, S. P., Tsai, C. F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reproduction*, 19(10), 2313-2318. doi: 10.1093/humrep/deh414
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 14, 45-52.
- Ferreira, A. L. L., Bessa, M. M. M., Drezett, J., & Abreu, L. C. (2016). Quality of life of the womam carrier of endometriosis: systematized review. *Reprod. clim*, 31(1), 48-54. doi: 10.1016/j.recli.2015.12.002
- Figueiredo, J., & Nascimento, R. (2008, set.-dez.). Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). *ACM arq. catarin. med.*, 37(4), 20-26. Retrieved from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/605.pdf>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. I. (1967). *The Discovery of grounded theory, strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 24(3), 363-372. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a10.pdf>
- Hübner, M. M. C., & Moreira, M. B. (2012). *Fundamentos de Psicologia: Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Kratka, P. C. (2002). *O enigma da endometriose* (Monografia de licenciatura). 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*, 11(1), 29-40. Retrieved from: <http://www.ejbrm.com/issue/download.html?idArticle=289>

Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2007, out.). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53, 433-438. doi: 10.1590/S0104-42302007000500020

Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Pinto, C. L. B., & Petta, C. A. (2002, set.). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3), 217-221. doi: 10.1590/S0104-42302002000300033

Marqui, A. B. T. (2014, dec.). Non-pharmacological approach to pain in endometriosis. *Rev. dor*, 15(4), 300-303. doi: 10.5935/1806-0013.20140065

Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 57-72. Retrieved from: [http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/95](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/95)

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.

Mendes, N., & Figueiredo, B. (2012). Psychological approach to endometriosis: Women's pain experience and quality of life improvement. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 36-48. Retrieved from: [sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf](http://www.sp-ps.pt/uploads/jornal/230.pdf)

Morris, E. K. (1988). Contextualism: The word view of behavior analysis. *Journal of Experimental Child Psychology*, 46, 289-323. doi: 10.1016/0022-0965(88)90063-X

Nácul, A. P., & Spritzer, P. M. (2010). Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia*, 32(6), 298-307. Retrieved from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/62009/000865335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sério, T. M. A. P. (2005). O behaviorismo radical e a psicologia como ciência. *Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 247-262. doi: 10.31505/rbtcc.v7i2.554

Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277. doi: 10.1037/h0062535

Skinner, B. F. (1972). A case history in scientific method. In B. F. Skinner, *Cumulative record: A selection of papers* (pp. 101-124). New York: AppletonCentury-Crofts. (Original publicado em 1956).

Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. In J. C. Todorov, & R. Azzi (Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1979).

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. In L. O. Rocha (Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Tarozzi, M. (2011). *O que é a grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. In C. Lussi (Trad.). Petrópolis: Vozes.

Vila, A. C. D., Vandenberghe, L., & Silveira, N. de A. (2010). A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 219-228. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a03.pdf>

Walsh, I., Holton, J. A., Bailyn, L., Fernandez, W., Levina, N., & Glaser, B. (2015). What grounded theory is... A critically reflective conversation among scholars. *Organizational Research Methods*, 18(4), 581-599. doi: 10.1177/1094428114565028

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Contos para trabalhar assertividade adaptado de Oliveira (1998)

#### **No restaurante**

Carlos e Sofia estavam iniciando um relacionamento. Sábado à noite, depois do cinema, resolveram ir a um restaurante. O clima entre os dois estava muito agradável e a conversa deslanchara fácil naquele momento em que buscavam se conhecer. Depois de consultar o cardápio, Carlos pediu um filé com fritas bem-passado. Quando o garçom trouxe o pedido, ele percebeu que seu filé estava malpassado, sangrando, muito diferente do jeito que apreciava as carnes.

#### **Comportamento passivo**

Carlos queixa-se a Sofia do seu filé, fica injuriado e diz a ela que jamais voltara àquele restaurante. No meio do jantar, volta o garçom à mesa, sorrindo, e pergunta se está tudo bem. Carlos responde que sim, de cara fechada. Ao mesmo tempo que se sente com raiva, Carlos critica mentalmente seu próprio comportamento, avaliando-se como uma pessoa fraca. Sua autoestima fica abalada. Continua a conversar com Sofia, mas o papo fica desinteressante, do tipo “parece que o assunto acabou”. O clima não é mais o mesmo do início, esfriou. Sofia observa a atitude de Carlos e nota que a admiração que vinha sentindo por ele diminuiu.

#### **Comportamento agressivo**

Assim que Carlos corta seu filé e percebe que está malpassado, fecha a cara e chama o garçom num tom de voz elevado. Quando o funcionário vem à mesa, ele ironicamente lhe diz que, com certeza, seus dias como garçom estão contados, já que é incapaz de ter competência para realizar uma tarefa tão simples. Mostra-lhe o prato detalhadamente, apontando para o caldo vermelho que escorre. Enquanto ele fala com o garçom, Sofia fica envergonhada e seu constrangimento aumenta ao notar o funcionário humilhado e raivoso. Carlos manda o filé de volta e exige outro. Ao receber seu prato do jeito que desejava, sente que foi capaz de resolver a

situação, conseguindo seu objetivo. Carlos tenta reatar a conversa, mas o papo não reage mais como antes. Ela responde às perguntas do namorado de forma lacônica, demonstrando certo desinteresse. Quando Carlos pergunta-lhe o que deseja de sobremesa, Sofia lembra-lhe que precisa acordar cedo no dia seguinte e sugere ao namorado que peça a conta.

### **Comportamento assertivo**

Quando Carlos nota que seu filé está malpassado, faz um sinal para o garçom. O funcionário chega, Carlos mostra-lhe o filé sangrando e pede de forma elegante e firme que o prato seja trocado pelo seu pedido original. O garçom, ao olhar o prato, pede desculpas e rapidamente providencia a troca. Sofia aprecia o comportamento de Carlos e reinicia a conversa. O garçom sente-se respeitado e continua atendendo o casal de modo prestativo. Carlos fica satisfeito com a sua maneira de agir. E a noite continua agradável assim como a relação entre os dois namorados.

### **Encontro de amigas**

Caroline chamou suas amigas para um café da tarde em sua casa. Todas já haviam chegado e conversavam alegremente. O pai de Caroline chega em casa cansado após o trabalho e se depara com as mulheres conversando e rindo em tom alto, vai a cozinha e vê a bagunça que fizeram ali. Então o pai volta à sala e briga com Caroline: “Que zona é essa na minha casa? Você não tem nada mais útil para fazer não filha?”. Caroline sente-se envergonhada diante das amigas.

### **Comportamento passivo**

Caroline espera seu pai sair da sala e pede para que suas amigas vão embora. Após, recolhe-se em seu quarto e põem-se a chorar, não falando com seu pai o resto do dia. No dia seguinte fine que nada aconteceu entre ela e seu pai.

### **Comportamento agressivo**

Caroline de imediato retruca: “Olha só o que você está fazendo” Você é sem noção? Elas são minhas convidadas e vão ficar aqui até a hora que eu quiser!”. O pai ainda mais irritado com a situação sai de cena. As amigas de Caroline ficam perplexas com a cena e aos poucos vão embora sem graça.

### **Comportamento assertivo**

Caroline espera seu pai sair da sala, pede desculpas para as amigas, entendendo que seu pai deve estar cansado, pede para se retirar por alguns minutos. Quando o pai lhe diz: “Pai, o que houve? Eu estava com as minhas amigas e o senhor veio gritando... Me senti extremamente envergonhada com a situação, penso que minhas amigas também. Eu não gostaria de ter te irritado”. O pai percebe que agiu mal na situação, explica estar cansado e vendo toda a bagunça ficou irritado, Caroline então continua: “Pode deixar que assim que elas forem embora eu mesma arrumo, eu sujei, eu limpo. Mas numa próxima vez espero que o senhor me puxe de lado se algo te desagradar e não se exalte na frente das minhas amigas”. Caroline retorna a sala e diz às amigas que está tudo resolvido, assim, continuam a conversa.

## ANEXO B

## 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.