

Análise fenomenológica dos mecanismos de enfrentamento da dor em mulheres com dor pélvica crônica

Bruna Helena Mellado¹, Francisco José Candido dos Reis¹, Antonio Alberto Nogueira¹, Omero Benedicto Poli-Neto¹, Julio Cesar Rosa e Silva¹, Taynara Louise Pilger¹, Catarina do Vale Brandão²

¹ Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. bru.mell@usp.br; fjcreis@usp.br; aanoguei@fmrp.usp.br; julioocrs@usp.br; polineto@fmrp.usp.br; taynara.pilger@usp.br

² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. catarina@fpce.up.pt

Resumo. Este estudo qualitativo pretende compreender como as mulheres lidam com a dor no dia-a-dia, através de mecanismos de enfrentamento, adotando a abordagem fenomenológica. Já foram aplicadas entrevistas em profundidade a 56 mulheres com diagnóstico de dor pélvica crônica (DPC), sem restrição de causa, encaminhadas para o Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da FMRP. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise. O processo de análise consistiu em categorizar os dados coletados em códigos preliminares e a partir destes foram desenvolvidas as categorias consolidadas. Até ao momento foram realizadas 56 entrevistas em profundidade, cuja análise permitiu extrair as seguintes categorias: 1. Busca por apoio em familiares, amigos ou parceiro (a); 2. Intensificação ou aumento de dedicação a atividade laboral; 3. Ler ou estudar como mecanismo de fuga da dor; 4. Não ter ou não saber usar mecanismos para enfrentar a dor; 5. Fazer uso de medicamentos para fugir da dor.

Palavras-chave: dor pélvica, mecanismos de enfrentamento, entrevistas, pesquisa qualitativa, fenomenologia.

Phenomenological analysis of the coping mechanisms of pain in women with chronic pelvic pain

Abstract. This qualitative study intends to understand how women deal with the pain in the day to day, through coping mechanisms, adopting a phenomenological approach. We already conducted in-depth interviews to 56 women with a diagnosis of chronic pelvic pain (CPP), without cause restriction, at the Chronic Pelvic Pain Clinic of the Hospital das Clínicas of FMRP. The interviews were recorded and transcribed for analysis. The analysis process consisted in categorizing the collected data in preliminary codes and from these the consolidated categories were developed. To date, 56 in-depth interviews have been carried out, the analysis of which allowed us to extract the following categories: 1. Search for support in family, friends or partner; 2. Intensification or increase of dedication to work activity; 3. Read or study as a mechanism for escape of pain; 4. Not having or not knowing how to deal with pain; 5. Use medications to get away from the pain.

Keywords: pelvic pain, coping mechanisms, interviews, qualitative research, phenomenology

1 Introdução

A Dor Pélvica Crônica (DPC) é uma condição inesperadamente comum (Zondervan, Yudkin, Vessey, Jenkinson, Dawes, Barlow, & Kennedy, 2001), incapacitante, que as mulheres podem suportar durante anos, apesar do tratamento a longo prazo por médicos de clínica geral e ginecologistas. É definida como a dor sofrida por mulheres no abdômen inferior ou na pelve, com pelo menos 6 meses de duração, ocorrendo de forma contínua ou intermitente, não associada exclusivamente ao ciclo menstrual ou relações sexuais (Moore & Kennedy, 2000). Este problema de dor provou ser de difícil diagnóstico e tratamento, já que a patologia física subjacente pode ser difícil de detectar (Moore &

Kennedy, 2000) e pode não explicar a dor mesmo quando ela é detectada. A patologia física foi encontrada em mulheres com e sem dor (Balasch, Creus, Fábregues, Carmona, Ordi, Martínez-Román, & Vanrell, 1996). Estudos têm sugerido que a dor pélvica sofrida por mulheres sem patologia óbvia deve ser devido a fatores psicológicos e sociais. No entanto, uma revisão meta-analítica de DPC (Mcgowan, Clark-carter & Pitts, 1998) concluiu que é cientificamente questionável e clinicamente inútil atribuir DPC ou patologia física nas mulheres onde é detectado, ou a fatores psicológicos nas mulheres onde ele não é. Geralmente, os pesquisadores reconhecem agora uma inter-relação muito mais complexa de fatores sociais, psicológicos e físicos que explicam a experiência de dor crônica (Gamsa, 1994). A prevalência da DPC pode variar de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos até 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva. Dados norte-americanos estimam que a DPC seja responsável por cerca de 10% das consultas ginecológicas, 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas, além de 10 a 15% das histerectomias, implicando um custo superior a dois bilhões de dólares por ano (Mathias, Kuppermann, Liberman, FLipschutz, & Steege, 1996). Em Ribeirão Preto, região Sudeste do Brasil, registra-se uma prevalência de 11,5% (147 / 1.278). Considerando-se só as mulheres em idade reprodutiva, a prevalência foi de 15,1% (Silva et al., 2011), o que representa um sério problema de saúde pública (Nogueira, Reis, & Poli-Neto, 2006), pois este impacto atua diretamente na relação conjugal, social, familiar e laboral. Em relação à etiologia, a DPC pode ser causada por condições ginecológicas, como a endometriose, aderências, infecção ou mais raramente pelo tumor, e por causas não ginecológicas, tais como a síndrome do intestino irritável, ou da bexiga relacionados, ou musculoesquelética ou, ainda, neuropática. Na maioria das vezes a causa permanece obscura durante toda a trajetória de dor (IASP, 2015). Contudo, se faz primordial abarcar a abordagem multidisciplinar desta temática, principalmente ao entendimento de que a percepção da dor não está somente ligada à quantidade de estímulos nociceptivos recebidos e sim a uma combinação de fatores, incluindo aspectos emocionais e sociais (Albert, 1999; Gelbaya & El-halwagy, 2001; Reiter, 1998). Semelhante a outras condições de dor crônica, a DPC tem um impacto importante sobre as atividades de vida diária e a qualidade de vida das mulheres acometidas (Grace & Zondervan, 2006). Neste contexto, podem emergir como mecanismos de defesa a construção de processos de enfrentamento da dor ao longo da história de vida. Portanto, compreender o significado da vivência das mulheres com DPC sobre os mecanismos de enfrentamento da dor é de fundamental importância para refinar o planejamento transdisciplinar de atenção a esta condição debilitante.

2 Objetivos

O objetivo deste estudo é compreender o significado da vivência experimentada por mulheres com dor pélvica crônica, em relação aos mecanismos de enfrentamento utilizados na rotina de dor.

3 Método

3.1 Desenho do estudo

Este estudo qualitativo foi conduzido utilizando uma abordagem fenomenológica. A fenomenologia foi escolhida porque o objetivo é compreender o significado dentro da experiência vivida por mulheres com dor pélvica crônica, em relação aos mecanismos de enfrentamento que elas utilizam na rotina de dor.

3.2 Contexto do estudo

O estudo foi conduzido em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, região sudeste do Brasil. A coleta dos dados ocorreu no Ambulatório de Ginecologia Endoscópica e Dor Pélvica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (AGDP – HCFMRP).

3.3 Participantes e recrutamento

Foram convidadas 96 mulheres com diagnóstico de Dor Pélvica Crônica (DPC) com duração igual ou superior a seis meses e intensidade de dor entre moderada ou severa. As mulheres foram elencadas por amostragem aleatória, portanto não intencional. Em pesquisas de cunho qualitativo, o tamanho amostral não é pré-determinado, uma vez que a amostragem ocorrerá por saturação, ferramenta conceitual frequentemente empregada em investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde (Denzin & Lincoln, 1994). Assim, foi usada para estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Portanto “Fechar” a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados. Nas amostras não probabilísticas (intencionais) tal definição é feita a partir da experiência do pesquisador no campo de pesquisa, numa empiria pautada em raciocínios instruídos por conhecimentos teóricos da relação entre o objeto de estudo e o corpus a ser estudado (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008). Com isso, as entrevistas serão finalizadas no momento em que os dados empíricos possibilitarem a compreensão do fenômeno investigado. Cinquenta e seis mulheres foram incluídas até agora. Todas são acometidas por dor pélvica crônica, como patologia principal e a endometriose, dispareunia, dismenorreia e vaginismo, como patologias secundárias

3.4 Coleta de dados

Estão sendo realizadas entrevistas abertas e em profundidade, seguindo um roteiro semiestruturado (Barreira & Ranieri, 2010). As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas, em seguida, às leituras analíticas de inspiração fenomenológica, buscando-se compreender o que é e como se manifestam os mecanismos de enfrentamento de dor a partir das vivências dolorosas destas mulheres. Elaborou-se um roteiro de entrevista contendo questões que visam acessar e aproximar-se, através da narrativa, da experiência vivida do outro. Com efeito, uma questão aberta inicial (Como surgiram os meios para enfrentar a dor?), previamente elaborada, favoreceu que as narrativas e as experiências vividas das mulheres na rotina dolorosa fossem atreladas de modo congruente. Já na entrevista, o pesquisador posiciona-se atentamente, buscando testemunhar a experiência relatada e a retomada do relato caso este tenha se desviado para falas secundárias, isto é, falas que não contêm a descrição da própria experiência do sujeito.

Durante muitos anos, a discussão metodológica da pesquisa qualitativa girou em torno da observação como o principal método de coleta de dados (Barreira & Ranieri, 2010). Mais recentemente, são as entrevistas que têm atraído interesses e passaram a ser amplamente utilizadas nas pesquisas. As entrevistas em profundidade são aquelas que apresentam uma maior flexibilidade, permitindo ao entrevistado construir suas respostas sem ficar preso a um nível mais rigoroso de diretividade e mediação por parte do entrevistador, como acontece no caso do uso de questionário ou de uma entrevista totalmente estruturada. O uso de entrevistas em profundidade na pesquisa qualitativa deve ser apreciado e valorizado, considerando a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de ampliar o entendimento dos objetos investigados através da interação entre entrevistados e entrevistador. Importa, contudo, enfatizar que a definição do método de pesquisa a

utilizar depende da natureza do objeto investigado, do problema de pesquisa e da abordagem paradigmática que guia o pesquisador (Oliveira, Martins, & Vasconcelos, 2012).

3.5 Procedimentos

As entrevistas estão ocorrendo em sala previamente reservada e localizada no 8º andar do referido hospital, com cadeiras móveis. Todas as entrevistas estão sendo gravadas usando o digital voice recorder (gravador do tipo MP3), com o conhecimento e o consentimento das entrevistadas. O gravador fica apoiado sobre a mesa, próximo ao entrevistador para que não cause distração do entrevistado; a disposição dos pesquisadores é aleatória, a fim de manter o anonimato e maior interação com o entrevistado. O tempo médio das entrevistas em profundidade é de cerca de 20 minutos, incluindo uma revisão final dos pontos destacados durante a entrevista, através do diário de campo elaborado pelo entrevistador. As entrevistas são transcritas na íntegra, a fim de facilitar a análise do material coletado, e salvas em formato Word 2016. Em uma segunda etapa, os documentos estão sendo salvos no formato sem formatação do bloco de notas, para que possam ser adicionados ao software de análise qualitativa, RQDA.

Cada mulher recebe um código EP (número relacionado à ordem de coleta da entrevista em profundidade) para que possa ser garantido o anonimato durante todo o percurso da pesquisa. Todas as falas estão sendo transcritas na íntegra (verbatim transcription), para garantir a originalidade das ideias. A transcrição está ocorrendo no dia da entrevista, para que não haja perda de detalhes na análise dos resultados. Também está sendo elaborada pelo relator/observador uma minuta contendo os principais pontos ocorridos durante a entrevista para que o pesquisador, durante a codificação e análise, possa pontuar essas questões na interpretação dos dados.

3.6 Análise dos dados

O corpus de análise consistiu na transcrição completa das 56 entrevistas realizadas. O início da análise intencional buscou identificar categorias primeiramente extraídas dos relatos por meio de suas sínteses intencionais e a subtração dos elementos que não constituem o material fundamental do objeto. Esta é a primeira etapa do método fenomenológico, denominada de redução fenomenológica, deixando de lado os aspectos superficiais do fenômeno, partindo para as manifestações singulares dos elementos comuns da vivência, nesta fase ocorre o desnude da existência, permanecendo a essência. Buscou-se para tanto, apreender a estrutura da experiência vivencial como se manifesta a experiência, testemunhando atentamente o conteúdo expresso da vivência no fluxo de consciência do sujeito, realizando a análise intencional para apreender a estrutura típica, a qual é específica e própria do objeto, daquilo que se mostra a ele. A Fenomenologia é exatamente a compreensão (-logia, logos) daquilo que se manifesta (fenômeno), com aquilo que se dá intencionalmente à consciência da pessoa. Num conjunto de relatos obtidos, pode-se, através de um processo que envolve ações de comparação, diferenciação, associação e definição, separar e exprimir esta estrutura pré-categorial (aspectos comuns) de elementos predicativos do objeto (Barreira & Ranieri, 2010). Nesse sentido, a redução possibilita a entrada em um terreno não explícito anteriormente: o fluxo de consciência, e, a partir de um processo semelhante a uma escavação, uma arqueologia fenomenológica, busca-se quais são e como se configuram as vivências (Ales Bello, 1998, 2004, 2006). Por fim, a descrição fenomenológica visa apresentar todo o processo, desde a subtração até a compreensão da essência que se individualiza pela análise.

A análise dos dados está sendo realizada com auxílio de um software de análise qualitativa, RQDA. O RDQA é um pacote de R para análise de dados qualitativos, funciona em plataformas Windows,

Linux/FreeBSD e as Mac OSX, revelando-se uma ferramenta fácil para auxiliar na análise de dados textuais. Todas as informações estão sendo armazenadas em um banco de dados SQLite através do pacote de R de RSQLite. Através do RQDA, foi possível realizar: 1) Nível da personagem de codificação usando códigos; 2) Edição de ficheiros depois da codificação; 3) Memos de documentos, códigos, codificação, projeto, arquivos; 4) Recuperação de codificação (para aliviar o problema da segmentação); 5) Organizar códigos em categorias de código, que é fundamental para a construção de teoria; 6) Organizar os arquivos em categorias de arquivo; 7) Procurar ficheiros por palavras-chave com destaque para a palavra-chave no arquivo aberto; 8) Aplicar atributos para arquivo, que é útil para a análise de conteúdo; e 9) Renomear arquivos, códigos, categorias de códigos, e casos.

3.6.1 Passos para a análise das transcrições

Em um primeiro momento, estamos procedendo a codificação das respostas à pergunta principal; nesta etapa está sendo realizado o recorte nas transcrições, através do software de análise qualitativa (RQDA), buscando codificar as respostas que atendam à questão científica. Para que posteriormente se possa analisar estes trechos e assim identificar os possíveis códigos emergentes. Na proporção que surgem códigos discordantes, estes estão sendo analisados por outros dois pesquisadores da equipe de investigação e resolvidos por consenso. Para obter maior fidedignidade das transcrições, elas estão sendo impressas e analisadas pelos três pesquisadores (BHM; FJCR; TLP) envolvidos no processo de análise. Esse movimento de ir e vir é tão necessário quanto fundamental para poder regredir ao fenômeno investigado, uma vez que buscamos compreender a experiência vivenciada pelas mulheres dentro do contexto trazido por elas.

Em um segundo momento, estamos procedendo a identificação dos códigos emergentes; nesta etapa são identificados os códigos emergentes que respondem à questão científica, para que posteriormente se possa avançar com aqueles que explicam a pergunta principal “Como surgiram os meios de lidar com a dor?”. Os códigos discordantes estão sendo analisados e resolvidos por consenso pela equipe de pesquisadores.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, segundo a resolução de 1992, e as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, sendo uma de responsabilidade da paciente e a outra do pesquisador.

3.9 Rigor Metodológico

Para garantir a confiabilidade dos dados, alguns critérios estão sendo considerados, como o envolvimento a longo prazo com as participantes para coletar informações e ter um feedback sobre os dados coletados. Em relação à credibilidade, está sendo diretamente relacionada com a rigurosidade e a afinidade entre os dados coletados e os resultados obtidos, onde ambos necessitam estar entrelaçados e interligados para a obtenção de resultados seguros. Para aumentar a transferibilidade (Letts, 2003) está a usar-se a amostragem intencional e a selecionar participantes com experiências em duas fases distintas de dor (agudas e crônicas), aumentando assim o recorte temporal de análise da rotina dolorosa. Os pesquisadores estão descrevendo todo o processo de estudo e realizando atividades de forma precisa e consistente com o objetivo em questão. A fim de aumentar a

confiabilidade e confirmabilidade (Letts, 2003) está a proceder-se à verificação dos membros da “team research” através da confirmação das participantes sobre as amostras codificadas, com o intuito de verificar a veracidade das falas.

4 Resultados

A análise preliminar dos dados recolhidos até ao momento permitiu identificar dois principais grupos de pacientes de acordo com os mecanismos de lidar com a dor (Tabela 1). As mulheres que desenvolvem mecanismos sociais "ativos", e as mulheres que dependem de comportamento social "passivo". No primeiro grupo foram identificadas as seguintes categorias: 1. Tentativa ativa de encontrar apoio na família, amigos ou parceiros; 2. Intensificação das atividades laborais; 3. Tentativa ativa para aprender a lidar com a dor crônica. No segundo grupo temos mulheres que confiam inteiramente em medicamentos para lidar com a dor ou que não conseguem perceber qualquer mecanismo de enfrentamento para lidar com a dor. Dentre estas categorias que emergiram, chamaram à atenção o não uso de qualquer mecanismo de enfrentamento da dor ou o facto de não saber identificar algum mecanismo utilizado para lidar com esta dor no dia a dia. Uma parcela destas mulheres não soube dizer como enfrentam a dor ou ainda não tinham consciência que faziam uso de alguns mecanismos para enfrentar a dor. Isto ficava evidente quando diziam que para enfrentar a dor dormiam ou deitavam, ou procuravam ficar quietas, longe de outras pessoas, compilando desta forma, comportamentos resignados.

Tabela 1. Temas emergentes sobre os mecanismos de enfrentamento da dor em mulheres com dor pélvica crônica.

Categorias	Demonstrações (recorte das falas das mulheres)
Mecanismos sociais "ativos"	
Tentativa ativa de encontrar apoio na família, amigos ou parceiro(a)	“A família também senti junto com você, ela vê você sofrer e não tem o que fazer” EP002; “Eu gosto muito de conversar com as meninas que também tem endometriose” EP009; “Meu marido e minha filha me entendem, se não fossem eles eu não teria aguentado, eles me apoiam, falam que eu vou sair dessa”EP027.
Tentativa ativa para aprender a lidar com a dor crônica	“Eu costumo escrever, eu “viajo”, caça palavras, paciência, eu gosto. Acabo saindo da realidade”EP011; “Eu procuro ler. Eu até voltei a ir para a escola para não ficar presa naquele mundinho meu”EP022.
Intensificação das atividades laborais para lidar com a dor crônica	“Procuro trabalhar para esquecer da dor. Pois eu sinto dor da hora que eu levanto até a hora de dormir. Aí eu procuro fazer alguma coisa para esquecer da dor”EP022; “Ah eu estou trabalhando, geralmente é o trabalho que me tira do foco da dor”EP042.
Comportamento social "passivo"	
Fazer uso de medicação para lidar com a dor crônica	“É só a medicação mesmo... via oral ou intravenoso, depende da intensidade da dor que vem...”EP007; “Minha filha diz “ela não toma dipirona, ela engole dipirona” de tanta dor que eu sinto”EP018; “Eu só me medico bastante, tomo mesmo sem dó. Porque ficar com dor constante não dá”EP045.
Não saber ou não ter meios para lidar com a dor crônica	“Então é difícil porque não tem alternativa, você trabalha e não tem tempo de buscar coisas novas, então é complicado, não tem outra alternativa”EP052; “Eu não deito, eu não gosto, eu fico nervosa e desconto tudo no meu marido, aí eu começo a chorar, dá um desespero, porque eu quero sarar, aí hoje eu estou bem, e amanhã estou péssima”EP054.

5 Conclusão parcial

Os dados preliminares revelam que há pelo menos dois grupos distintos de comportamento entre as mulheres com dor pélvica crônica. As percepções ativas ou passivas podem ter implicações nos resultados de tratamentos em doenças crônicas como a dor pélvica.

Cabe ressaltar que os elementos que foram manifestados durante os relatos apontaram para a importância de compartilhar as experiências dolorosas das mulheres acometidas pela dor crônica. Um elemento importante a ser considerado neste processo, é a fluida percepção da necessidade de apoio e compreensão do outro e do mundo durante a rotina de dor, permitindo um processo constante de autoconhecimento das vivências experimentadas. Assim, o processo de percepção e autoconhecimento pode ser considerado, um elemento de superação na rotina de dor desta parcela de mulheres. Ao realizar este percurso analítico, pode-se retomar a pergunta inicial “Como é essa experiência de conviver com a dor”? a fim de respondê-la. Assim, a partir da análise destes relatos, pretendeu-se compreender a superação durante a rotina de dor como uma dinâmica singular de vivências que se empenham junto a um obstáculo, imposto e favorecido pelos códigos e normas que delineiam as ações alvo da rotina dolorosa, nas dimensões corpórea, psíquica e espiritual, sendo assim ancorada no pleno valor do significado na vida destas mulheres.

Vale salientar que a ancoragem da fenomenologia neste estudo foi condizente a apreensão pela compreensão das vivências experimentadas por mulheres acometidas por DPC, onde buscou-se extrair a essência destas vivências como parâmetro para a análise fenomenológica. Para tanto, foi essencial utilizar as entrevistas em profundidade, que buscam apreender “em profundidade” o que deve ser apreciado e valorizado, considerando a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de ampliar o entendimento dos objetos investigados através da interação entre entrevistado e entrevistador.

A interação ou também denominada de implicação do pesquisador com o pesquisado, é algo de suma importância para o bom andamento de todo o processo da coleta de dados. Em fenomenologia chama-se de “EPOCHÉ” quando o pesquisador necessita se desnudar de todo o conhecimento prévio que tenha apreendido durante a sua historicidade para que ele consiga emergir no contexto trazido pelo entrevistado e assim não “possuir o desejo de inferi-lo” segundo suas preconcepções. No tocante a esta interação, a investigadora principal está a perceber o quão valioso é para as mulheres terem a oportunidade de serem ouvidas. Elas relatam que nestes momentos sentem não estarem sozinhas, que a luta contra a difícil rotina acaba sendo minimizada ao ser compartilhada, o fardo ficava mais leve e, assim, sentem-se acolhidas e, principalmente, enxergadas pelo sistema de saúde.

Os próximos passos do estudo passam por complementar a caracterização dos mecanismos utilizados para lidar com a dor e entender as razões por trás dos mecanismos ativos e passivos. Este percurso metodológico está sendo escolhido por permitir extrair percepções além do que estava explícito, ou seja, permitir a inferência do significado das experiências vivenciadas pelas mulheres acometidas por dor crônica.

Agradecimentos. Agradecemos ao CNPQ, agência de fomento brasileira, à qual a primeira autora é bolsista, pelo financiamento à pesquisa. Ao HCFMRP-USP, por permitir o desenvolvimento da pesquisa em suas dependências. A FMRP, por apoiar academicamente a pesquisa.

Referências

Albert, H. (1999). Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *Journal Psychosomatic of Obstetrics and Gynaecology*, 20(4), 216-25. ISSN 0167-482X.

- Ales Bello, A. (1998). *Culturas e Religiões: uma leitura fenomenológica*. São Paulo: Edusc.
- Ales Bello. (2004). *Fenomenologia e Ciências Humanas: psicologia, história e religião*. São Paulo: Edusc.
- Ales Bello. (2006). *Introdução à Fenomenologia*. São Paulo: Edusc.
- Balasz, J., Creus, M., Fabregues, F., Balasz, J., Creus, M., Fábregues, F., Carmona, F., Ordi, J., Martínez-Román, S., & Vanrell, J. A. (1996). Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Human Reproduction*, 11, 387-391.
- Barreira, C. R. A. & Ranieri, L. P. (2010). A superação esportiva vivenciada por atletas com deficiência visual: análise fenomenológica. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte, São Paulo*, 3(2).
- Broder, M. S, Kanouse, D.E, Mittman, B.S., & Bernstein, S. J. (2000). The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 95(2),199-205.
- Denzin, N.K, Lincoln, Y.S. editors. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fontanella, B.J.B, Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24, 17-27.
- Gambone, J. C., Mittman, B. S, Munro, M.G., Scialli, A. R., & Winkel, C. A. (2002). Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertility Steril*, 78(5), 961-72. ISSN 0015-0282.
- Gamsa, A. (1994). The role of psychological factors in chronic pain II: A critical appraisal. *Pain*, 57, 17–29.
- Gijsbers, K. & Niven, C.A. (1993). Women and the experience of pain. In Niven, C. & Carroll, D. (Eds.), *The Health Psychology of Women*, 55–56. Harwood Academic Publishers, Switzerland.
- Gelbaya, T. A., & El-halwagy, H. E. (2001). Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstetrics and Gynecology Survival*, 56(12), 757-64. ISSN 0029-7828.
- Grace, V. & Zondervan, K. (2006). Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women International*, 27(7), 585-99. ISSN 0739-9332.
- Howard, F. M. (1993). The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrics and Gynecology Survival*, 48(6), 357-87. ISSN 0029-7828.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2015). Classification of chronic pain. <http://www.iasp-pain.org/>.
- Letts, L. (2003). Occupational therapy and participatory research: A partnership worth pursuing. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 77-87.

- Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C., & Steege, J. F. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 87(3), 321-7. ISSN 0029-7844.
- Mcgowan, L.P.A., Clark-carter, D.D., & Pitts, M.K. (1998). Chronic pelvic pain: a meta-analytic review. *Psychology and Health*, 13, 937-951.
- Moore, J., & Kennedy, S.H. (2000). Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14, 389-402.
- Nogueira, A. A., Reis, F. J. C., & Poli-Neto, O. B. (2006). Management of chronic pelvic pain in women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 733-40.
- Oliveira, V. M. de, Martins, M. de F., & Vasconcelos, A. C. F. (2012). *Entrevistas "em profundidade" na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e metodológicas*. Universidade Federal de Campina Grande.
- Reiter, R. C. (1998). Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 41(2), 422-35. ISSN 0009-9201 (Print) 0009-9201.
- Silva, G. P., Nascimento, A. L. do, Michelazzo, D., Júnior, F. F. A., Rocha, M. G., Rosa e Silva, J. C., Reis, F. J. C., Nogueira, A. A., & Poli-Neto, O. B. (2011). High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics*, 66(8), 1307-12. ISSN 1980-5322.
- Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Jenkinson, C. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H., & Kennedy, S. H. (2001). The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *British Journal of General Practice*, 51, 541.