

ENDOMETRIOSE: REPERCUSSÕES NA VIDA PROFISSIONAL, SOCIAL E SEXUAL DAS MULHERES¹.

M.SC. Michele Saray Bonfim

Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

Introdução

A endometriose é uma condição inflamatória crônica caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, afetando entre 1,5% à 15% das mulheres que freqüentam serviços terciários (JOHNSON *et al*, 2013). Diversos estudos evidenciam as consequências psicossociais da endometriose. Pesquisas em clínicas especializadas realizadas por Culley *et al*. (2013) sugerem que mulheres com endometriose apresentam diminuição da qualidade de vida, da saúde mental e do bem-estar emocional quando comparadas com a população geral.

Também Souza *et al*. (2015) e revisão bastante compreensiva descreve em pormenores os principais sintomas que acometem as pacientes de endometriose, dentre os quais destacamos primariamente as cólicas menstruais, dores durante as relações sexuais, dores pélvicas crônicas, e como secundários os sintomas depressivos ficam em evidência.

Estudos qualitativos revelam que a endometriose afeta todas as áreas da vida das mulheres, incluindo seu trabalho e vida social, relacionamentos íntimos, afetividade e autopercepção, (MATTA; MULLER, 2004 e 2006, MORADI, 2017, MINSON, 2012, MARQUI, 2014.). A despeito dessas evidências, as consequências psicossociais da endometriose não são consideradas prioridade de pesquisa conforme representantes de autoridades em endometriose (FEBRASGO, 2014). Da mesma forma, nem a atenção psicossocial é explicitamente abordada nas atuais diretrizes clínicas (BRASIL, 2016).

Em vista dessa falta de posicionamento crítico em diversos fóruns de discussão e de estabelecimento de políticas institucionais, que considerem e tomem em conta o sofrimento dessas mulheres e os impactos para sua saúde em diversas áreas, nos propomos aqui a aprofundar nossa compreensão da temática a partir da experiência e

¹ Parte da dissertação: BONFIM, M.S. **Vivências socioafetivas de pacientes com endometriose: Uma compreensão psicanalítica clássica.** Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Psicologia, Programa de Mestrado em Psicologia, 2019.

vivência das próprias mulheres. Trata-se de dar voz ao principal implicado, as mulheres com endometriose, o que reflete um posicionamento ético-político na área da saúde.

Metodologia

Neste estudo o enfoque qualitativo foi privilegiado uma vez que lidamos com a subjetividade enquanto realidade complexa e parte constitutiva do sujeito. Como esclarece Victora *et al* (2000) a metodologia qualitativa, por trabalhar em profundidade, nos possibilita uma compreensão da vida das pessoas, não sendo um mero inventário sobre a vida de um grupo, mas permitindo a explicação de comportamentos. Pope e Mays (2009) postulam que a pesquisa qualitativa se volta à compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a maneira como estas interpretam este mundo.

Quanto ao tipo, trata-se de pesquisa exploratória, como define Gil (2008), pois tem foco mais amplo e aberto para investigações de fenômenos e processos complexos e pouco conhecidos e/ou sistematizados, passíveis de várias perspectivas de interpretação.

Trabalhamos ainda com o Método Clínico de pesquisa, posto que aderimos à visão característica de homem e de concepção de pesquisa, através de seus três pilares sustentadores, quais sejam: 1. O entendimento do homem como portador de angústias e ansiedades; 2. Uma atitude clínica de acolhida dos sofrimentos emocionais das pessoas, com inclinação para a escuta e para o olhar, movido pelo desejo e hábito de proporcionar ajuda ao sujeito; e 3. A atitude psicanalítica fruto de uma visão de homem como portador de um inconsciente, o que repercutirá diretamente na construção e na aplicação dos instrumentos, assim como no referencial teórico para a discussão dos resultados (TURATO, 2010).

Abraçamos coerentemente a epistemologia freudiana quanto à forma de produção de conhecimento, em que se destaca o caráter *interpretativo, singular e em permanente desenvolvimento*. Nossa finalidade aqui é compreender o significado dos processos para as mulheres, admitindo que não há respostas definitivas para o problema investigado.

A presente investigação em psicanálise ocorre em situação extra-analítica – no Ambulatório de Endometriose situado no Ambulatório Araújo Lima (AAL), pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas, hospital escola da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). É nesse contexto que a pesquisa hermenêutica se efetiva, como

argumenta Pacheco, Coelho & Rosa (2000) explorando as vivências a partir de quem experimenta o fenômeno. Ao problematizar elementos subjetivos, em sua maioria manifestações inconscientes presentes nos discursos dos sujeitos, a teoria psicanalítica nos instrumentaliza com recursos teóricos e técnicos proporcionando leituras do homem em sua interação com o meio simbólico.

As participantes deste estudo foram 4 mulheres encaminhadas pela área médica do Ambulatório de Endometriose, de acordo com os critérios estabelecidos na pesquisa, quais sejam: a) idade reprodutiva (entre 18 e 42 anos); b) com diagnóstico de endometriose há pelo menos um ano; c) com ou sem dor pélvica; d) com ou sem infertilidade. Optou-se por este recorte temporal por entendermos que: 1. Permitir às mulheres um acúmulo de experiência e vivência em sua condição de saúde, 2. Ser a faixa etária de maior prevalência da doença, 3. Estar situada na fase da vida de maior produtividade social e desenvolvimento humano. Essas participantes estão indicadas pelas letras A, B, C e D na discussão que segue, para proteger suas identidades e manter a confidencialidade das respostas.

Como principal instrumento para coleta de dados utilizamos a técnica de entrevista em profundidade, ou entrevista semi-dirigida, em que se buscou dar liberdade às participantes do estudo para que pudessem se expressar livremente. Turato (2010), explica que na entrevista semidirigida, o sujeito pode falar segundo os princípios da *Livre Associação* de ideias, a qual consiste na livre expressão de pensamentos que ocorrem ao espírito, quer a partir de um elemento dado, quer de forma espontânea. O roteiro de entrevistas consistiu em 27 perguntas que exploram duas questões principais: as vivências das mulheres que possuem o diagnóstico de endometriose; e, sua relação com a doença, com seu corpo e com o tratamento.

Subsidiariamente, como instrumento utilizou-se o *Procedimento de Desenho-Estória (DE) com Tema* (TRINCA, 1997) e observações em *Diário de Campo*, como amplamente utilizado em estudos qualitativos, de modo a caracterizar os contextos em que as interações ocorrem.

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, sob número CAAE 02180518.7.00005020. E atendeu ao preconizado pela Resolução n° 510 do Conselho Nacional de Saúde (2016), que estabelece todos os cuidados para a

proteção dos direitos da pessoa. Atendendo ainda à legislação vigente foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todas as participantes.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente. No caso do procedimento de Desenhos-Estória com Tema, foram seguidas todas as orientações técnicas ligadas à aplicação do Procedimento D-E com Tema, conforme as melhores recomendações de Trinca (1997).

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados segundo o Método Clínico de pesquisa próprio da psicanálise que foca o sentido simbólico - latente das produções narrativas dos sujeitos.

No que diz respeito ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, este tem sua fundamentação baseada nas teorias e práticas da Psicanálise, das Técnicas Projetivas e da entrevista clínica (TRINCA, 2013). Já em Trinca (1997) encontramos um referencial de análise dos D-E composto por dez áreas, ou categorias:

I – Atitude básica: em relação a si próprio e em relação ao mundo; II – Figuras significativas: figura materna, figura paterna, relacionamento entre as figuras parentais, reações do sujeito para com as figuras parentais, figuras fraternas e outras; III – Sentimentos expressivos: tristeza, alegria, culpa, solidão, abandono, raiva, etc.; IV – Tendências e desejos: desejos de livrar-se de danificações físicas ou psíquicas, de sanar carência afetiva, necessidades de proteção, inclusão, afiliação, hostilidade, domínio, etc.; V – Impulsos: amorosos ou destrutivos; VI – Ansiedades: paranóides ou depressivas; VII – Mecanismos de defesa: cisão, negação, repressão, regressão, racionalização, etc.; VIII – Sintomas expressivos: hipercinesias, ideias delirantes, etc.; IX – Simbolismos apresentados: símbolos de religião, folclore, mitos, etc.; X – Outras áreas da experiência (p.117).

A análise dos D-E seguiu o esquema proposto, identificando-se principalmente os afetos presentes nas produções das examinandas e análise das relações das mesmas com seu corpo e com o outro (relação com as figuras significativas).

Para estabelecimento das categorias analíticas foram observadas as recomendações para aplicação dos critérios de saturação apresentados por Fontanella *et al.* (2011). Na sequência seguimos apresentando os resultados da pesquisa realizada, observando as narrativas das pacientes. Nosso foco aqui é investigar as implicações da doença em diversas dimensões da vida das mulheres, em especial nos aspetos: profissional, social e sexual.

Resultados e Discussão

Vida profissional

Não ignoramos que a literatura reconhece o fato de que algumas mulheres com endometriose possam ser assintomáticas (BELLELIS *et al*, 2010), no entanto as narrativas encontradas em nossa pesquisa revelam incisivamente uma dor intensa que impacta diretamente as relações de trabalho, como podemos observar nos relatos:

Eu sempre tenho que estar repondo minhas faltas. A dor me impede de sair da cama... (Mulher A).

Se eu parar o remédio e menstruar, atrapalha, porque a dor é muito intensa, que eu não consigo me mexer. Eu sempre fico curvada, deitada. Aí eu falto muito... (Mulher B).

Eu acho isso horrível, além de me causar muitos problemas no trabalho, quer eu queira ou não. Eu sou uma interprete e, por exemplo, se você tá numa televisão, eu tenho que tá lá com você interpretando tudo o que você tá dizendo, para o público e até pra uma comunidade que precisa dessa informação e, às vezes, por eu tá com tanta dor, eu nem tenho como tá lá fazendo a minha parte (Mulher D).

Fica claro que dentre os sintomas, a dor é o maior impeditivo para o trabalho, fazendo com que as mulheres falem às suas atividades laborais. Trata-se de dor escruciante, incapacitante, que imobiliza essas mulheres. A situação é ainda agravada pelo fluxo menstrual intenso que agrega novos danos ao sentido de liberdade e imagem pessoal, como segue:

Aí descobri a fralda este ano. Fralda pra incontinência urinária, que uma paciente usa e me disse assim: 'porque você não usa quando você está menstruada? Porque ela é higiênica e discreta'. E pra trabalhar, eu tinha que fingir, pra sentar, com medo de vaziar. Que vergonha, era horrível (Mulher A).

Passei muita vergonha no trabalho, na rua, porque eu chegava melada [devido o fluxo intenso]. Quando eu via a calça tava suja, aí tinha que ir ao banheiro lavar (Mulher C).

As narrativas nos remetem aos prejuízos que o sintoma da endometriose, relacionado ao aumento do fluxo menstrual, causa nas mulheres. Elas trazem em suas falas a *vergonha*, o *medo*, a *angústia* relacionada à experiência de sujar-se com menstruação e sentirem-se expostas. Numa leitura psicanalítica, podemos compreender vergonha como um sentimento social que surge quando o olhar do outro vê o que não deveria ser visto (BILENKY, 2014). E para além de um sofrimento narcísico, aqui nas vivências das mulheres temos o sujar-se e ser visto objetivamente pelos colegas de

trabalho enquanto uma vivência angustiante. Isso tudo acontecendo num espaço social fortemente estruturado em torno de valores corporativos como a discrição, elegância, asseio, compostura. Lugar em que o controle social dado pelo olhar do outro pode ser massacrante.

Figura 04 – Mulher com endometriose



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No desenho acima, a participante B retrata uma mulher com endometriose. Nota-se, além de uma face angustiada e entristecida, manchas nas partes íntimas e visíveis. A figura é qualificada pela entrevistada como um desenho que representa a si mesma, angustiada e sozinha, impotente para lidar com a ocorrência do sangramento excessivo.

A vergonha possui origem narcísica e é constitutiva do ser humano, está no centro do processo de construção da subjetividade e é fundamental como reguladora dos vínculos sociais. Porém, devido a seu caráter traumático, a vergonha provoca defesas intensas que levam ao encobrimento. Bilenky (2014), descreve a vergonha como um sentimento multifacetado, que aparece em diferentes intensidades, podendo manifestar-se como simples pudor, até atingir um grau de sofrimento intenso. Dessa forma, a reação à vergonha também depende de sua intensidade, podendo causar desde bloqueios pontuais até impossibilidade de interação social.

A partir dessa compreensão teórica podemos inferir que a vergonha causada pela exposição social à situações vexatórias vividas pelas mulheres desse estudo pode

contribuir juntamente com os sintomas dolorosos incapacitantes para as faltas ao trabalho e os impactos negativos no desempenho das atividades laborais.

Vida social

Articulados aos prejuízos na área do trabalho, as mulheres vivenciam diversos impactos em sua vida social mais ampla, como podemos observar:

A doença me afastou de muita gente. Eu fiquei mais reclusa, porque eu passo muito mal (Mulher A).

Não viajei esse ano, a gente tira férias, não viajei porque pra eu sair de casa..., eu só vou pra trabalhar (Mulher A).

Porque a dor é muito intensa, aí eu prefiro ficar em casa. Quando eu tô com cólica mesmo, eu tomo remédio. Tomo, não passa. Eu fico deitada, quietinha, e os dias vão passando (Mulher B).

Atrapalha no meu relacionamento em muita coisa. Às vezes até na minha casa em fazer algumas coisas. Tem hora que eu tô bem, tranquila. Mas tem hora que eu tô com uma dor horrível. Que eu vou parar no Tramal subcutâneo (Mulher C).

Até na situação de vida acadêmica, na área de educação.... E eu lembro uma vez que eu tava com tanta dor, que eu não conseguia ficar nem sentada e nem em pé... Eu fiquei a prova toda nesse negócio: senta, levanta, levanta, senta. Então eu percebo que atrapalha até os colegas. Eu tava fazendo violino e tive que parar pra fazer a cirurgia. Mas é complicado! Às vezes eu quero passear, mas eu acabo desistindo por conta da dor (Mulher D).

Eu deixei de fazer a musculação, a academia, na época tava bem intensa (Mulher B).

Toda vez eu me inscrevo, faço minha matrícula na academia, começo e minha barriga começa inchar, começa a doer e eu não consigo (Mulher C).

A dor surge como barreira para as relações sociais, impedindo as portadoras de endometriose do convívio com o outro, em viagens e lazer, atrapalhando as atividades educacionais e físicas, gerando ainda a sensação de estar parada vendo o tempo passar. Essas expressões sobre a dor, narradas como produtoras de uma tensão entre experiência pessoal e exigências sociais, são comentadas por Le Breton (2013): *”A dor não é um fato fisiológico, mas um fato de existência. Não é o corpo que sofre e, sim, o indivíduo em sua totalidade”* (p 42.). Além disso o estar parada, o ter que parar, ficar quietinha, fazer cirurgia, interromper os exercícios são vivenciados como um fracasso pessoal: *“Não consigo”*, vivido como um estreitamento da vida. Vida que cada vez mais vai acontecendo apenas no espaço da casa. O desgaste não vem apenas pelo trabalho de manejar os inconvenientes da endometriose (dor, vazamento de sangue), mas também pelo desgaste das relações sociais, como vemos: *“Eu não tenho mais vontade de explicar porque eu*

estou passando mal (...), porque tudo é julgamento. Raramente é acolhimento” (Mulher A). Aparece aí um sentido de incompreensão e desconexão com o outro, com o retorno à formas mais infantis e regressivas de vinculação.

Figura 05 – Mãe, meu apoio



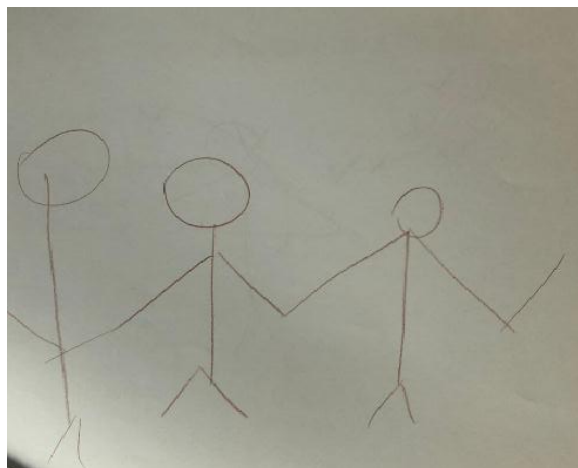
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No desenho acima a Mulher B ao tratar sobre as figuras que lhe representam apoio social perante a doença, desenha a figura da mãe, numa perspectiva empobrecida, sem muitos detalhes e nota-se a ausência de boca no desenho. Quando solicitada a contar a estória, a participante discursa sobre a mãe ser uma das únicas figuras que lhe presta apoio sem julgamentos, a acolhe sem questionar, validando seus sintomas e ouvindo.

Então lembramos Freud (1914), quando sustenta que quanto à doença orgânica há uma redistribuição da libido, já que a dor intensa acaba por provocar um desinteresse em relação ao mundo externo. Explicita que o doente ao sofrer com a dor passa a se desinteressar pelo mundo exterior, recolhendo seus investimentos libidinais para os cuidados com seu corpo, um certo “*egoísmo*” se instala, abarcando tanto a libido quanto o interesse do Eu. A atenção pelos objetos externos só é retomada após a cura, de maneira que, para o autor, é como se o processo de adoecimento provocasse uma forma de encapsulamento narcísico, um fechamento do sujeito em torno de si mesmo. Podemos compreender que o processo de adoecimento implica, tal como acontece nos quadros hipocondríacos e psicóticos, um recolhimento libidinal e um investimento no próprio eu. É como se a capa narcísica que se forma com o intuito de proteger o sujeito em caso de adoecimento pode se tornar necessária quando não há outro capaz de se oferecer

libidinalmente como regulador pulsional e disponível para transformar a pulsão em palavra. Observemos outro desenho:

Figura 06 – Apoio da família



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No desenho, a entrevistada, Mulher A é solicitada que faça um desenho de sua rede social de apoio, a mesma desenha figuras da família, num traçado sem detalhe algum, empobrecido, quase que esvaziado em si, porém conecta várias pessoas da família.

É preciso reconhecer na área dos relacionamentos sociais a importância dos espaços digitais que as entrevistadas encontraram em busca por apoio relacionado à endometriose. Conforme discussão acima, percebemos como as pacientes se afastam do convívio social regular devido aos sintomas e um verdadeiro fechamento em torno de si mesmas. Porém, o que encontramos aqui são verdadeiros espaços em que as mulheres debatem, divulgam e compartilham diversas experiências sobre a endometriose e a vida com endometriose. Vejamos os relatos:

Eu tô no grupo também (na internet), tem um grupo, foi por lá que eu conheci a Ana Luiza. É “endometriose sem censura”, que é fechado no face (facebook), são 1.500 mulheres no Brasil todo a gente se ajuda lá. Quando uma tá triste a gente conversa, ninguém se sente só, desamparado (Mulher A).

E eu conversei com outras pessoas que “teve” endometriose, que fez o tratamento só com medicamento e conseguiu engravidar. E eu procurei outros métodos pra não ter que passar por cirurgia.

Aí foi que eu conheci a doutora e aí entrei no projeto, entendeu? (Mulher B).

Tô até fazendo parte de um grupo de mulheres com endometriose. Ajuda muito porque lá, a moça que criou o grupo, ela fez um estudo a respeito da doença e disse que conseguiu identificar certos alimentos que influenciam na piora da endometriose... e muitas mulheres seguindo as orientações dela conseguiram melhoras, até engravidar (Mulher C).

E aí uma colega falou “entra nesse grupo que tem várias mulheres...”. Foi lá que eu vim descobrir isso..., essa moça, ela tem endometriose e são mulheres do Brasil todo, tipo ela virou especialista no assunto (risos) (Mulher D).

Criados por mulheres, os grupos que são descritos pelas entrevistadas estão disponíveis em redes sociais e se tornam valiosos na busca de apoio, identificação da doença, informação e conhecimento sobre seu curso e terapêutica, útil para sanar dúvidas sobre a doença, tratamentos e troca de indicações de profissionais qualificados, para comemorarem alguma vitória pessoal, administração de conflitos, entre outras questões. As comunidades virtuais são espaços de ajuda mútua, liderança e protagonismo feminino. É uma construção de experiência e intersubjetividade oriunda do compartilhamento de experiências pessoais na interação e interpretação das experiências entre iguais.

Nesse sentido, Denny (2004, 2009) afirma que a busca de informação sobre a doença e o adoecer pessoal, para as mulheres com endometriose, que convivem intensamente com a dor crônica é um dos esforços mais significativos para a compreensão dessa dor. Essa dor ainda sem nome, representando um espaço de mistério e encantamento ou maldição, quando envolto pelo desconhecimento e incompreensão. Nesse caminho, encontram no espaço virtual com informações sobre a endometriose, identificam-se e tomam a doença para si, na tentativa de sentirem-se acolhidas em suas demandas existenciais e sentirem suas queixas e relatos valorizados e ouvidos.

Vida sexual

Outra área importante de impacto da endometriose é a área sexual. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), saúde sexual integra aspectos afetivos, psicológicos, intelectuais e sociais, resultando no enriquecimento e desenvolvimento da personalidade humana, da comunicação e do amor. E como temos demonstrado neste estudo, a endometriose é uma doença muito impactante para a qualidade de vida da mulher sob vários aspectos. Vejamos abaixo os relatos sobre a qualidade da vida sexual das entrevistadas:

...quando o parceiro vai me tocar eu já... Sabe? Não quero assim, aí eu vou deixando, deixando até que na hora as coisas acontecem já me sinto mais a vontade. Mas só de pensar... Porque é... Tem todo um trabalho né? Mas assim, como eu te falei, só de pensar que eu vou sentir dor, eu já não quero, entendeu? Porque eu tenho que fazer praticamente na mesma posição sempre, sempre aquela mesma posição, mas ele é... Ele é bem compreensivo, né? Ele fala pra eu não ficar assim, que ele entende... É, mas ele diz que não é pra eu ficar assim: “relaxa que eu entendo você, eu sei que não é fácil, isso não vai afetar a gente”. Só que no meu íntimo não é assim, né? (Mulher A).

Desde lá pra cá eu “num” tenho vontade de ter relação, sabe? Porque eu sei que eu vou ter dor, e aí eu já fico me sentindo frustrada antes de... Eu quero até resolver o problema da dor, que é onde dois seres humanos tão juntos que era pra sentir prazer e eu tenho que tá encontrando uma forma ali, sabe? De burlar a dor. É prazeroso? É, mas não é 100%, entendeu? (Mulher B).

O que me deixa mais frustrada é justamente a dor na relação assim, onde é pra eu sentir mais prazer eu não consigo, né? Eu sempre tenho que dar um jeitinho, uma posição pra que eu me sinta confortável, hoje assim. Então assim, são duas preocupações, uma que é a questão da dor no ato sexual, que continua constante..., outra é a ansiedade se eu vou conseguir ou não engravidar (Mulher C).

Ele fica lá na dele, afeta nesse sentido de, de que às vezes eu percebo que ele quer, e eu não to bem. Aí ele diz: fica tranquila, amor, quero que você fique bem! Mas eu também quero, mas eu não to me sentindo bem, eu não posso, as vezes posições que doem. Ai eu digo ai meu Deus, que coisa chata esse negócio... Então é difícil sentir prazer na relação, muito difícil... Vontade não falta, mas é complicado com todas essas dores (Mulher D).

Nos relatos acima observamos mais uma vez o sintoma dor, agora, repercutindo na vida sexual das mulheres. Aspectos físicos relacionados à endometriose, como a presença de lesões altamente inflamatórias localizadas na região do aparelho genital podem provocar desconforto ou dor de variada intensidade durante e/ou após o ato sexual. Este quadro é chamado de dispaurenia de profundidade, um dos sintomas mais comuns da endometriose e certamente apresenta impacto muito negativo na satisfação sexual e no convívio do casal. Para além, desperta nas mulheres sentimentos de frustração, evitação do ato sexual, devido as dores e conseqüentemente, diminuição da satisfação sexual. Elas relatam que aprenderam a adaptar a posição sexual para suportar a dor e enfrentam o conflito entre o desejo delas e do parceiro e o impeditivo da dor, mais ou menos incompreendida por ambos.

Considerações finais

As mulheres entrevistadas neste estudo viram suas vidas sendo reduzidas devido as limitações impostas pela endometriose. Enquanto algumas encontram em seus amigos e familiares uma fonte de apóio prático e emocional, outras viram seus contatos sociais diminuírem à medida que a doença as forçou a cancelar eventos sociais, faltar ao trabalho e evitar parceiros.

Viver com endometriose traz alguma repercussão na maioria das relações das mulheres com seus parceiros principalmente relacionada ao ato sexual, que devido as dores, essas mulheres tendem a evitar. Mas também, alguns parceiros são a maior fonte de apoio para elas, que muitas vezes sentem que não conseguiriam lidar com os efeitos físicos e emocionais da endometriose sem eles.

Relacionado aos impactos no trabalho, relatamos como viver com dor severa implica em licenças médicas e atestados, ou simplesmente na incapacidade de executar o trabalho de forma adequada. Também identificamos como o fluxo menstrual intenso pode expor as mulheres em seus locais de trabalho gerando diversas experiências constrangedoras.

Não houve relatos sobre as relações no trabalho, com empregador ou seus pares, solidárias ou não com as necessidades da mulheres, que pudessem contribuir com o desenvolvimento das atividades no ambiente de trabalho.

Referências

- BELLELIS, P. *et al.* Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica: uma série de casos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 4, p. 467-471, 2010.
- BILENKY, Marina K.. Vergonha: sofrimento e dignidade. *Ide (São Paulo)*, São Paulo, v. 37, n. 58, p. 133-145, jul. 2014 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 879 do Ministério da Saúde, de 12 de julho de 2016. Aprova o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Endometriose*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 510*, de 7 de Abril de 2016.

- CULLEY, L.; LAW, C.; HUDSON, N.; DENNY, E.; MITCHELL, H.; BAUMGARTEN, M.; et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update*. 2013;19(6):625-639.
- DENNY, E. Womens's experieciue of endometriosis. Issue and inovations in nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 641-648, 2004.
- DENNY, E. "I never know from one day to another how I will feel": pain and uncertainty in women with endometriosis. *Qualitative Health Research*, v. 19, n. 7, p. 985-995, 2009.
- FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia *Manual de endometriose*. São Paulo, 2014.
- FONTANELLA, B. J. B, LUCHESI B. M., SAIDEL M. G. B., RICAS J., TURATO E. R., MELO D.G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Fev [citado 2015 Nov 09] ; 27(2): 388394.
- FREUD, S. (1914). *Sobre o narcisismo: Uma introdução*. In: EDIÇÃO standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.
- GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- JOHNSON, N.P.; HUMMELSHOJ, L.; CONSORTIUM, W.E.S.M. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*. 2013; 28:1552-1568
- LE BRETON, D. *Antropologia da dor*. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013.
- MARQUI, A.B.T. Depressão e Ansiedade em mulheres com Endometriose: uma revisão Crítica da Literatura. *Interação Psicol*, Curitiba, v. 20, 226-233, maio/ago, 2014.
- MATTA, A. Z.; MULLER, M.C. Endometriose: considerações teóricas para uma leitura junguiana. *Mudanças. Psicologia da Saúde* 2004; 12(1):153-166.
- MATTA, A. Z.; MULLER, M.C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2006, 7 (1), 57-72.

- MINSON, F. P. *et al.* Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev Bras Ginecol Obst.* V34, nº1. 11-15. 2012.
- MORADI, M. *et al.* Impact of endometriosis on women's lives: A qualitative study. *MBC women's health*, 2014. National Endometriosis Society-nes, Facts about endometriosis, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais.* 3. ed. Genebra, Suíça: 2004.
- PACHECO, A.F. COELHO, ROSA, M.D. (org). *Ciência, Pesquisa, Representação e realidade em psicanálise.* São Paulo. Casa do Psicólogo: EDUC, 2000.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- SOUSA, T. R. *et al.* Prevalência dos sintomas da endometriose: Revisão Sistemática. *Revista CES Medicina*, v29, nº 02, julho-dezembro, 2015.
- TRINCA, W. (org.) *Formas de investigação clínica em psicologia.* São Paulo: Vetor, 1997.
- TRINCA, W. *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões.* 1 ed. São Paulo: Vetor, 2013.
- TURATO, E. R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- VICTORA, C.G., KNAUTH, D.R., HASSEN, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema.* Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.