

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

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; juliocrs@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 pretendeu compreender como as mulheres lidam com a dor no dia-a-dia, por meio de mecanismos de enfrentamento, adotando a abordagem fenomenológica. Foram aplicadas entrevistas abertas a 67 mulheres com diagnóstico de dor pélvica crônica, encaminhadas para o Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 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. A análise das entrevistas permitiu extrair as seguintes categorias: 1. Busca por apoio em familiares, amigos ou parceiro; 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; e 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 aimed to understand how women deal with day-to-day pain through coping mechanisms, adopting the phenomenological approach. Open interviews were conducted with 67 women diagnosed with chronic pelvic pain who were referred to the Chronic Pelvic Pain Clinic of the Hospital of the Clinics of the Medical School of Ribeirão Preto. The interviews were recorded and transcribed for analysis. The analysis process consisted in categorizing the data collected in preliminary codes and from these the consolidated categories were developed. The interviews analysis 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 of escape of pain; 4. Not have or do not know how to use mechanisms to face pain; and 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 definida como uma condição que gera incapacidades nos sujeitos acometidos, como interferências na qualidade de vida, déficit na eficiência das atividades laborais e prejuízos na interação com o meio social. A maioria dos estudos epidemiológicos definiu a DPC como "dor abdominal inferior cíclica ou não cíclica de pelo menos 6 meses de duração, que não está relacionada com a gravidez e não exclusivamente por dismenorreia ou dispareunia". Esta definição é consistente com a adotada pelo Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG, 2012).

A DPC impacta diretamente na qualidade de vida das mulheres acometidas, conferindo à elas prejuízos sociais, emocionais e psicológicos (Grace & Zondervan, 2004; Latthe, Mignini, Gray, Hills, & Khan, 2006; Zondervan, Cardon, & Kennedy, 2001). 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, interior de São Paulo, encontramos uma prevalência de 11,5%, na população de mulheres estudadas, essa taxa apresenta um aumento significativo quando se considera somente as mulheres em idade reprodutiva, onde a prevalência atinge 15,1% (Silva et al., 2011), o que representa um sério problema de saúde pública (Nogueira, Reis, Neto, & Benedicto, 2006), pois este impacto atua diretamente na relação conjugal, social, familiar e laboral. As oscilações das taxas de prevalência, de 5,7% a 26,6%, incluem países que anteriormente nunca haviam tido publicações de estudos de base populacional sobre prevalência da DPC, como é o caso de Gana, Egito, Áustria, Austrália e Brasil (Ahangari, 2014). Esse estudo afirma que há muitos países e regiões sem dados básicos sobre a DPC e refere que essa ausência, talvez, esteja ligada ao fato dos profissionais de saúde e pesquisadores não terem interesse em realizar estudos com esta temática, devido à DPC ser de natureza complexa e também pela falta de conhecimento a respeito do tema.

Assim, 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). 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 Objetivo

O objetivo deste estudo foi 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, proposta por Amadeo Giorgi. A fenomenologia foi escolhida porque o objetivo foi buscar o significado

da experiência vivida por mulheres acometidas com dor pélvica crônica. A análise dos dados teve como base a análise temática, segundo arcabouço metodológico de Braun e Clark (2006).

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 a participar no estudo 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 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, esta 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 foram finalizadas no momento em que os dados empíricos possibilitaram a compreensão do fenômeno investigado, no que se traduziu na participação de 67 mulheres no estudo.

3.4 Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas abertas, seguindo um roteiro semiestruturado (Barreira & Ranieri, 2010). Elaborou-se um roteiro de entrevista contendo questões que visavam 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 posicionou-se atentamente, buscando testemunhar a experiência relatada e a retomada do relato caso este tivesse 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.

3.5 Procedimentos

As entrevistas ocorreram em sala previamente reservada e localizada no 8º andar do referido hospital, com cadeiras móveis. Todas as entrevistas foram gravadas usando o *digital voice recorder* (gravador do tipo MP3), com o conhecimento e o consentimento das entrevistadas. O gravador ficou apoiado sobre a mesa, próximo ao entrevistador para que não causasse distração do entrevistado; a disposição dos pesquisadores era aleatória, a fim de manter o anonimato e maior interação com o entrevistado. Havia dois pesquisadores no momento das entrevistas, o pesquisador principal, BHM, e a aluna de iniciação científica, TLP, a opção pela presença da aluna de iniciação científica foi para poder auxiliar na condução do relatório e também do diário de campo. O tempo médio das entrevistas foi de 20 minutos, incluindo uma revisão final dos pontos destacados durante a entrevista, por meio do diário de campo elaborado pelo entrevistador. O diário de campo foi construído pelos dois pesquisadores presentes nas entrevistas, onde buscavam anotar tudo que não fosse expressado verbalmente pelos sujeitos, como percepções, gestos, expressões. As entrevistas foram transcritas na íntegra, a fim de facilitar a análise do material coletado, e salvas em formato Word 2016. Em uma segunda etapa, os documentos foram salvos no formato sem formatação do bloco de notas, para que pudessem ser adicionados ao software de análise qualitativa, "RQDA". Cada mulher recebeu um código EP (número relacionado à ordem de coleta da entrevista) para que pudesse ser garantido o anonimato durante todo o percurso da pesquisa. Todas as falas foram transcritas na íntegra (verbatim transcription), para garantir a originalidade das ideias. A transcrição ocorreu no dia da entrevista, para que não houvesse perda de detalhes na análise dos resultados. Também foi elaborada, pelo relator/observador, uma minuta contendo os principais pontos ocorridos durante a entrevista para que o pesquisador, durante a codificação e análise, pudesse pontuar essas questões na interpretação dos dados.

3.6 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas, em seguida, às leituras analíticas buscando-se compreender o que era e como se manifestavam os mecanismos de enfrentamento de dor a partir das vivências dolorosas dessas mulheres. O corpus de análise consistiu na transcrição completa das 67 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 indivíduo 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, a partir 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). A análise dos dados foi 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 foram armazenadas em um banco de dados SQLite com o auxílio do pacote 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; 9) Renomear arquivos, códigos, categorias de códigos, e casos.

3.6.1 Passos para a análise das transcrições

Em um primeiro momento, procedemos a codificação das respostas à pergunta principal; nessa etapa realizamos o recorte nas transcrições, pelo “RQDA”, buscando codificar as respostas que atenderam à questão científica. Na proporção que surgiram os códigos discordantes, estes foram analisados por outros dois pesquisadores da equipe de investigação e resolvidos por consenso. Para obter maior fidedignidade das transcrições, elas foram 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 buscávamos compreender a experiência vivenciada pelas mulheres dentro do contexto trazido por elas.

Em um segundo momento, procedemos a identificação dos códigos emergentes; nessa etapa foram identificados os códigos emergentes que respondiam à questão científica, para que pudéssemos avançar com aqueles que explicavam a pergunta principal “Como surgiram os meios de lidar com a dor?”. Os códigos discordantes foram analisados e resolvidos por consenso pela equipe de pesquisadores.

3.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o processo, 1.353.746 em 7 de dezembro de 2015, CAAE (49999615.4.0000.5440). As mulheres elegíveis anuíram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

3.9 Rigor Metodológico

Para garantir a confiabilidade dos dados, alguns critérios foram 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, esta foi diretamente relacionada com a rigorosidade e a afinidade entre os dados coletados e os resultados obtidos, em que ambos

necessitam estar entrelaçados e interligados para a obtenção de resultados seguros. Para aumentar a transferibilidade (Letts, 2003) usou-se a amostragem intencional e a seleção das participantes com experiências em duas fases distintas de dor (agudas e crônicas), aumentando assim o recorte temporal de análise da rotina dolorosa. Os pesquisadores descreveram todo o processo de estudo, nomeadamente com recurso ao diário de campo, e realizaram atividades de forma precisa e consistente com o objetivo em questão. A fim de aumentar a confiabilidade e confirmabilidade (Letts, 2003) procedeu-se à verificação dos membros da “team research” pela confirmação das participantes sobre as amostras codificadas, com o intuito de verificar a veracidade das falas.

4 Resultados da análise temática

Primeira etapa: Familiarização com os dados

Nesta etapa foram marcados 507 trechos referentes às respostas da questão científica – Como você lida com a dor?

Segunda etapa: Geração de códigos iniciais

Nesta fase, exportamos os códigos iniciais gerados (115) durante a primeira fase no software “RQDA”. Criamos uma planilha no Excel com todos esses códigos e também 2 colunas com o nome de caixas, nas quais eventualmente esses códigos poderiam ser inseridos. Para tal processo, imprimimos os códigos e os recortamos para que assim pudéssemos ter uma visão geral deles. Então foram colocados sobre uma mesa e posteriormente realocados em caixas, as quais receberam um nome inicial para poder diferir umas das outras. A princípio, os nomes das caixas foram constituídos por palavras únicas, como: 1. perdas; 2. viver; 3. lidar; 4. isolar; 5. distrair; 6. tomar; 7. emoção; 8. não saber. Então os códigos foram se encaixando nessas caixas, em um segundo momento, houve uma releitura desses códigos e consequentemente dos nomes das caixas também. Nesse momento, as caixas foram renomeadas com temas mais específicos: 1. Perder autonomia sobre as AVD’s; 2. Viver em função da dor; 3. Criar meios para lidar com a dor; 4. Isolar do convívio social (laboral, familiar, conjugal e amigos); 5. Usar mecanismos focados na emoção. Depois de renomeadas e os códigos realocados novamente, algumas caixas já não faziam sentido de existir e então foram eliminadas. São elas: tomar (caixa 5), distrair (caixa 6) e não saber (caixa 8). Após, voltamos ao Excel e completamos a planilha, a fim de criar uma visão estruturada desta fase e assim partirmos para a próxima etapa.

Terceira etapa: Procurando por temas

Nesta fase, buscamos “encaixar” os códigos iniciais, surgidos na 1ª fase, em alguns temas mais abrangentes, emergidos na 2ª fase, na tentativa de agrupá-los de acordo com a similaridade do tipo de mecanismo usado para lidar com a dor. Esse processo foi feito por 3 vezes, com a finalidade de checar à quais temas os códigos pertenciam ou se comunicavam e se por algum momento haveria mudança no tema que pertenciam.

Quarta etapa: Revisão dos temas

Em um segundo momento, retornamos ao software para averiguar se havia ligação entre as categorias emergidas e os códigos iniciais, então houve uma revisão dos temas já emergidos e as caixas foram renomeadas. Nessa fase, foram excluídas as caixas, distrair, tomar e não saber (caixas 5, 6 e 8).

Assim, emergiram os temas: 1. Alterar/perder rotina em função da dor; 2. Viver em função da dor; 3. Criar meios para lidar com a dor; 4. Isolar do convívio social; 5. Usar estratégias focadas na emoção; 6. Usar automedicação.

Dentro destes temas, foram alocados os subtemas. Em alterar/perder a rotina em função da dor, emergiram como subtemas: não sentir prazer; não ter força para fazer as coisas; limitações; não conseguir trabalhar; depender dos outros; perdas relacionadas ao trabalho e aos estudos; não ter rotina; não ter disposição; dor na relação sexual.

Quanto a viver em função da dor, emergiram como subtemas: precisar de ajuda; a causa de tudo; dor companheira; ficar com a dor; viver deitada; não saber o que fazer; dar atenção a dor; não ter como esquecer; comandar a vida.

Em relação a criar meios para lidar com a dor, emergiram como subtemas: aprender a lidar com a dor; controlar a cabeça; acreditar em deus; não deixar de fazer as coisas; tirar o foco da dor; tentar esquecer a dor; pedir forças para deus; aprender a conviver com a dor; desabafar com outras pessoas; não pensar na dor; tomar cuidados; enfrentar a dor; distrair a cabeça; aguentar a dor; ficar de bruços; trabalhar para esquecer; fazer compressas mornas; não deixar a dor dominar; suportar a dor; ir levando; fazer exercícios; amenizar a dor de alguma forma; adaptar-se a dor; manter a cabeça ocupada; não ficar parada; manter-se de pé; se dar bem com a dor; ter auto controle; fazer as coisas devagar; conciliar a dor; não se deixar abater pela dor; entender a dor; buscar um caminho; esperar a dor passar; ter expectativas; procurar solução; sair de casa; fingir que não tem dor; criar meios para lidar com a dor; buscar apoio; ir a igreja; viver melhor; ocupar o tempo; desfocar; ter uma vida normal; não demonstrar dor; tomar chá; costurar; não tomar medicamento; ler; relaxar.

Em isolar do convívio social, emergiram como subtemas: se isolar; ficar sozinha; ficar em casa; ficar deitada; ficar sozinha; não sair; evitar relação sexual; se sentir sozinha; não ter amigos; não conversar; fugir do sexo; se trancar no quarto; não ter vontade de sair; evitar conversar; evitar as pessoas; não ter vida social; não ser entendida (marido).

Quanto a usar estratégias focadas na emoção, emergiram como subtemas: tristeza; medo de sentir dor; ficar tensa; deixar estressada; ficar irritada; desespero; chorar; desânimo; não querer sexo; não ter vontade de sexo.

Em relação a automedicação, emergiram como subtemas: tomar remédios; tomar chá; tomar cuidados; apoio; conseguir trabalhar; relaxar; suportar a dor; tirar o foco; acostumar com a dor; amenizar a dor; conciliar a dor; ter vida normal; acostumar com a dor; não ficar parada; aprender a conviver; aprender a lidar com a dor; controlar a cabeça; desfocar; distrair; entender a dor; se manter de pé; não deixar se abater.

Quinta etapa: Definição dos temas

Nesta etapa, houve o refinamento e a renomeação dos temas emergidos na fase 4. Assim, a nova configuração ficou: 1. Perder autonomia sobre as AVD's (atividades de vida diárias); 2.

Viver em função da dor; 3. Autogestão da dor; 4. Isolar do convívio social (laboral, familiar, conjugal e amigos); 5. Adotar estratégias em função da emoção; 6. Adotar a automedicação.

Sexta etapa: Criação do relatório

Na última etapa, houve a elaboração de um texto contendo discussões sobre os temas gerados com o auxílio do software “RQDA”, assim como a exemplificação dos temas através dos relatos correspondentes.

5 Discussão

Entrevistamos mulheres com dor pélvica crônica, para saber quais eram os mecanismos de enfrentamento da dor que elas recorriam. Com base na abordagem qualitativa da análise temática, segundo arcabouço metodológico de Braun e Clark (2006), fomos capazes de identificar os meios que as mulheres utilizaram para lidar com a dor. Nossa hipótese é que a falta de compreensão sobre como lidar com a dor e as falhas de adesão aos tratamentos propostos corroboraram para o comportamento resignado e evoluíram para o isolamento social, fortalecendo a introspecção física e psicológica, bem como a não adesão das terapêuticas. É importante ressaltar que todos os dados apresentados sobre os indivíduos foram produzidos a partir da comunicação estabelecida entre os pesquisadores e as participantes, por meio de análise de prontuários e também por contato face a face quando os dados de prontuários eram insuficientes para atender às necessidades da pesquisa. Esclarece-se ainda que a opção pelo uso da primeira pessoa, utilizada para descrever as falas registradas no momento da entrevista, permitiu aos pesquisadores maior fidedignidade ao relatar o processo de comunicação estabelecido com as participantes durante o trabalho de campo. Os dados foram baseados em experiências humanas e este é o principal ponto forte do nosso estudo. Fomos capazes de compreender os mecanismos de enfrentamentos de dor utilizados pelas mulheres. Nós também fomos capazes de redirecionar nossas perguntas com base em informações emergidas durante as entrevistas. Pela análise preliminar dos dados, foram tomadas as decisões sobre como ajustar o guia de entrevista para os próximos encontros, na intenção de parear o guia de acordo com as vivências trazidas pelas mulheres. Por meio deste processo iterativo de coleta de dados e análise, fomos capazes de identificar e expandir todas as informações potencialmente relevantes, logo que percebidas. Cabe destacarmos, que este artigo recebeu no título uma especificação (segundo momento), isso se refere ao fato desta versão contemplar as análises finais, uma vez que em 2017 havíamos submetido a versão inicial deste estudo.

6 Conclusão parcial

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.

Este percurso metodológico foi 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 pélvica 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

- Ahangari, A. P.T (2014). Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. *Pain Physician*, 17,141-147. ISSN 2150-1149.
- 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.
- 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).
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101.
- 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.
- 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.
- Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: Vários autores, A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos (p. 386409., A. Cristina, Trad.). Petrópolis, RJ:

Voices.

- Grace, V.; Zondervan, K. (2004). Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust. Nz. J. Public Health*, 28(4), 369–375.
- 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.
- Huang, R. RQDA: R-based Qualitative Data Analysis. R package version 0.2-8. Disponível em: <<http://rqda.r-forge.r-project.org/>>. Acesso em: 10.01.2018.
- Latthe, P. et al. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6(177). DOI:10.1186/1471-2458-6-177.
- 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.
- 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.
- 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.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. (2012). Chronic Pelvic Pain, Initial Management (Green-top 41). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponível em: www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf. Acesso em: 02 de junh. de 2017.
- 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.