

FABÍOLA LUCIANA DE PAULA FURLAN

**SENTIMENTO DE RAIVA EM MULHERES
COM ENDOMETRIOSE**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**Unicamp
2010**

FABÍOLA LUCIANA DE PAULA FURLAN

**SENTIMENTO DE RAIVA EM MULHERES
COM ENDOMETRIOSE**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Médicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**Unicamp
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F978s

Furlan, Fabíola Luciana de Paula
Sentimento de raiva em mulheres com endometriose /
Fabíola Luciana de Paula Furlan. Campinas, SP: [s.n.],
2010.

Orientador: Carlos Alberto Petta
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Endometriose. 2. Dor pélvica. 3. Depressão. 4. Doenças
crônicas. I. Petta, Carlos Alberto. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The anger feeling in women with endometriosis

Keywords:

- Endometriosis
- Pelvic pain
- Depression
- Chronic disease

Titulação: Tocoginecologia

Área de concentração: Ciências Médicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Carlos Alberto Petta
Prof. Dr. Sergio Podgaec
Profa. Dra. Arlete Maria dos Santos Fernandes

Data da defesa: 25 – 08 – 2010

Diagramação e arte-final: Assessoria Técnica do CAISM (ASTEC)

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: FABÍOLA LUCIANA DE PAULA FURLAN

Orientador: PROF. DR. CARLOS ALBERTO PETTA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 25/08/2010

Dedico este trabalho...

*... à minha querida mãe,
por toda estrutura que me proporcionou
para que eu chegasse até aqui.
Obrigada por todos os sacrifícios
e incentivos que nunca me deixaram desistir.*

*...ao meu pai,
que iria se orgulhar se estivesse
aqui para acompanhar esta conquista.*

*...à minha amada irmã,
que sempre acreditou em mim
e em quem eu sempre me espelhei.
Obrigada por tudo que compartilhamos
e por estar sempre ao meu lado.*

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Petta, pela oportunidade de realizar este trabalho. Obrigada pela confiança.

A todas as pacientes do Ambulatório de Endometriose do CAISM que propiciaram a realização desta pesquisa. Obrigada pela confiança e por acreditarem em nosso trabalho.

À querida psicóloga Maria José, que desde o início acreditou em mim, compartilhando - além do espaço de trabalho - suas experiências. Obrigada por todo o carinho, por todas as conversas, pelos almoços e pela amizade que pôde se fortalecer.

À Carolina, que se mostrou receptiva e me deu grande apoio no momento em que precisei. Muito obrigada pela atenção e disponibilidade.

Aos amigos que tive a oportunidade de conhecer durante todo esse período, em especial à Virgínia, com quem pude aprender muito.

A toda equipe do Ambulatório de Endometriose, que colaborou para o andamento deste estudo.

A toda equipe do Serviço de Psicologia do CAISM, que me recebeu de forma tão acolhedora.

À equipe do Ambulatório de Planejamento Familiar pelo auxílio e disponibilidade.

À Sirlei, pela atenção em todos os momentos que precisei.

Sumário

Resumo	vii
Summary	ix
1. Introdução	10
2. Objetivos	22
2.1. Objetivo geral	22
2.2. Objetivos específicos	22
3. Publicação	23
Submissões Ativas	23
4. Conclusões	44
5. Referências Bibliográficas	45
6. Anexos	51
6.1. Anexo 1 – Ficha de Caracterização	51
6.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
6.3. Anexo 3 – Questionário STAXI	57
6.4. Anexo 4 – Carta de aprovação do CEP	62

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre os índices do sentimento de raiva em mulheres com e sem endometriose. **Métodos:** Foram avaliadas 90 mulheres divididas em três grupos: 33 com endometriose e queixa de dor pélvica crônica, 35 mulheres com endometriose sem queixa de dor pélvica crônica e 22 sem endometriose. As voluntárias foram atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM/Unicamp. Foi utilizado o STAXI (Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço) para a avaliação do índice do sentimento de raiva, além de um questionário sociodemográfico, aplicados sempre pela mesma pesquisadora. Para as análises estatísticas foram utilizados o teste qui-quadrado e análise bivariada. **Resultados:** As mulheres com endometriose apresentaram índices significativamente mais elevados do sentimento de raiva do que as mulheres do grupo de controle para as escalas: Estado de Raiva - média de 40,3 (DP=37,2) e 22,7 (DP=27,7) respectivamente ($p=0,0392$), Subescala de Reação de Raiva - média de 36,4 (DP=33,8) e 18,2 (DP=20,9) respectivamente ($p=0,0341$) e na Escala de Raiva para Dentro – média de 48,8 (DP=33,0) e 32,5 (DP=29,0) respectivamente ($p=0,0462$). **Conclusão:** Os resultados mostraram índices mais

elevados do sentimento de raiva nas pacientes com endometriose, quando comparados com o grupo-controle. Ter o diagnóstico de endometriose já se mostrou suficiente para a exacerbação do sentimento de raiva, fato que merece a devida avaliação e tratamento psicoterápico para contribuir com a melhora da qualidade de vida das mulheres com endometriose.

Palavras-chave: Endometriose, raiva, dor pélvica crônica, depressão e Staxi.

Summary

Objective: To evaluate the anger feeling in women with and without endometriosis.

Methods: Ninety women were interviewed. They were divided in three groups: 33 women with endometriosis and chronic pelvic pain, 35 women with endometriosis without chronic pelvic pain and 22 women without endometriosis and chronic pelvic pain. The volunteers were assisted of the Women's Hospital. STAXI (State-trait anger expression inventory) was used to evaluate the anger feeling levels. Statistical analysis was performed using the Chi-square test and Bivariate analysis.

Results: Women with endometriosis showed significantly higher levels of anger feeling than those of the control group in the following scales: Anger State – average of 40,3 (DP=37,2) and 22,7 (DP=27,7) respectively ($p=0,0392$), Anger Reaction - 36,4 (DP=33,8) and 18,2 (DP=20,9) respectively ($p=0,0341$) and Anger-In - 48,8 (DP=33,0) and 32,5 (DP=29,0) respectively ($p=0,0462$). **Conclusion:** The results showed higher levels of anger feeling in patients with endometriosis compared with the control group. Having the endometriosis diagnosis was enough for having the anger feeling increased, suggesting the need of psychological evaluation and psychotherapy treatment to women with endometriosis.

Key Words: Endometriosis, anger, chronic pelvic pain, depression, Staxi.

1. Introdução

A endometriose foi definida pela primeira vez em 1860, por von Rokitansky, como a ocorrência de tecido endometrial fora da cavidade uterina (1). Estima-se ser uma doença que acomete de 10% a 15% das mulheres em idade reprodutiva (2), sendo associada a sintomas de dor pélvica crônica, infertilidade, dismenorrea, dispareunia, queixas gastrointestinais e geniturinárias. Esses sintomas causam impacto físico, social, sexual e mental, interferindo diretamente na qualidade de vida dessas mulheres (3, 4, 5, 6). No entanto, algumas das mulheres afetadas pela endometriose mostram-se assintomáticas (7).

Apesar do avanço dos estudos nos últimos anos com relação ao entendimento da doença, ainda não se tem clara a fisiopatologia da endometriose. A menstruação retrógrada poderia explicá-la, uma vez que células endometriais adentram a cavidade pélvica durante este processo. No entanto, a menstruação retrógrada ocorre em 76% a 90% das mulheres em geral (8, 9) e, uma vez que não são todas que desenvolvem a endometriose, devem existir outros fatores – como o imunológico - para determinar a propensão da doença. Importantes

evidências indicam que fatores emocionais e ambientais também têm um papel relevante nesse processo (6, 10).

Para melhor definir e tratar a endometriose foi estabelecida pela American Society of Reproductive Medicine (1996) uma classificação que inclui número, tamanho e local do implante endometrial. Essa classificação varia do estágio I (mínimo) ao IV (grave), podendo ser diagnosticada através de procedimento cirúrgico (11). Contudo, não é possível afirmar uma relação clara entre a extensão da doença e a intensidade dos sintomas de dor. Entretanto a cirurgia, em muitos casos, está associada à melhora da dor e aumento da fertilidade em mulheres com endometriose (7).

Elevados níveis de estresse podem alterar a imunidade, sendo que o sistema imunológico pode reagir de diferentes maneiras, dependendo da natureza do agente estressor. Estresse crônico – como o que acontece em estágios avançados de endometriose – conduziria à diminuição da função imunológica. Por outro lado, o aumento da percepção do estresse e ativação do sistema imune é uma característica do estado depressivo, acompanhado pelo aumento da síntese de citocinas (3).

O estresse tem sido classicamente associado com hiperfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. No entanto, dados mais recentes mostram que níveis de glicocorticoide insuficientes podem ter um papel importante no desenvolvimento e expressão da patologia dos transtornos relacionados ao estresse como: síndrome da fadiga crônica, dor pélvica crônica, fibromialgia,

estresse pós-traumático e síndrome do intestino irritável. Contudo, níveis elevados de estresse têm sido percebidos em mulheres com endometriose, o que pode estar relacionado ao fato de que os sintomas da endometriose não são eliminados completamente pelo tratamento, e a eventual terapia hormonal tem muitos efeitos colaterais, que também podem contribuir para a má qualidade de vida e estresse que estão associados a essa desordem (12).

As pesquisas com relação a hábitos alimentares e fisiológicos que podem favorecer a endometriose estão em crescente foco. Níveis de estrogênio, inflamação, metabolismo de prostaglandina, e ciclo menstrual são fatores que podem ser influenciados pela dieta alimentar. Verificou-se que a alimentação baseada no consumo de gordura insaturada e uma dieta potencialmente com maior consumo de gordura animal foram associadas com um risco aumentado de desenvolver a endometriose. Essa associação sugere que a dieta é um fator modificável do estilo de vida, que pode ser muito importante para desencadear a doença (13).

A partir dessa falta de correlação entre a intensidade da dor e a extensão da doença, algumas pesquisas caminharam com o intuito de delinear traços de personalidade como ansiedade, autoexigência, alta capacidade de controle, rígidos mecanismos de defesa, intolerância à frustração e insegurança que poderiam influenciar no curso da doença (4, 14).

Dentre todos os sintomas da endometriose, sem dúvida os mais frequentes são a dor pélvica crônica e a infertilidade (15, 16). Sabe-se que 25% a 50% das

mulheres inférteis, em geral, têm endometriose, e 30% a 50% das mulheres com endometriose são inférteis (17). Com relação à dor pélvica crônica, 14% a 24% das mulheres em idade reprodutiva são afetadas (18); no entanto, acredita-se que 40% a 70% dos casos de dor pélvica crônica sejam decorrentes da endometriose (19, 20, 21).

Uma definição de dor amplamente aceita na área da saúde foi apresentada pela International Association for the Study of Pain (IASP), 1998. A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com lesões no início da vida. A incapacidade de comunicar verbalmente a sensação de dor não nega a possibilidade de que um indivíduo a esteja sentindo e necessite de tratamento adequado para o seu alívio (22).

Por ser uma sensação que depende de como cada indivíduo irá interpretá-la, a dor crônica torna-se uma doença de difícil manejo. Em geral, os indivíduos com dor crônica relatam uma longa história de sofrimento com a dor, o que acarreta em prejuízo profissional, físico e emocional. Uma forte associação com a ansiedade e depressão também são encontradas nesses indivíduos (18, 23).

A dor pélvica crônica é definida como sendo uma dor com duração mínima de seis meses, localizada na pelve e com intensidade suficiente para interferir nas atividades cotidianas, a ponto de necessitar de cuidados médicos.

É um sintoma desafiador para os profissionais da área da saúde, uma vez que debilita e afeta aspectos da vida física e psicossocial (18, 24).

Por ser uma doença crônica e progressiva, e por muitas vezes estar associada à dor, sintomas depressivos são frequentemente observados nas mulheres com endometriose. Estudos mostram que a prevalência de depressão nessa população é alta (2, 18, 25), porém, na maioria dos casos, verifica-se que os índices de depressão mostram-se mais elevados nos casos em que a endometriose esteja associada à queixa de dor (23, 26). Nessas mulheres, a depressão é relatada como sentimento de perda e falta de controle, o que pode estar relacionado às limitações de atividades sociais, familiares e de habilidades físicas para realizar determinadas tarefas (23).

A depressão é classificada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como um Transtorno de Humor em que a principal característica é o humor deprimido, ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades por um período de, no mínimo, duas semanas (27). Sabe-se que os sintomas de depressão atingem até 25% das mulheres em geral, entre os 20 e 50 anos de vida (28). Em muitas situações, a depressão pode ser desencadeada após um fator estressante muito intenso, podendo estar ligado a uma situação específica, ou a uma condição médica geral, sem que essa seja consequência fisiológica da condição médica (28). Pode ser classificada de leve a grave, de acordo com a intensidade dos sintomas (27).

Frequentemente as pessoas com sintomas depressivos referem dificuldade no relacionamento conjugal e familiar, diminuição de atividades e interação social e prejuízo no desempenho profissional (27).

Outros sintomas também devem ser observados para que se possa caracterizar o diagnóstico de depressão: alteração de apetite, do sono e de atividades psicomotoras; diminuição de energia; sentimento de culpa; diminuição da capacidade de pensar e se concentrar e, nos casos mais graves, pensamentos de morte. Na maioria dos casos, a pessoa descreve estar triste, deprimida, e com frequente vontade de chorar. Porém, ansiedade, indiferença e queixas somáticas também podem ser percebidas. Alguns indivíduos relatam uma irritabilidade aumentada, demonstrando raiva persistente, tendência para responder às situações com ataques de ira e também sentimento exagerado de frustração. Esses sintomas, que também estão associados à depressão, podem ser renegados e passarem despercebidos pelos profissionais de saúde, dificultando o diagnóstico e tratamento da doença (27).

Devido ao longo período entre o início da dor e o diagnóstico de endometriose, que em média é de sete a oito anos, as mulheres com endometriose vivenciam um desgaste emocional pelas dúvidas e incertezas sobre a origem dos sintomas, conduzindo, muitas vezes, a um isolamento social. Diante disso, o sentimento de raiva e desespero podem estar presentes quando o diagnóstico de endometriose é confirmado, principalmente quando se deparam com a potencial realidade de infertilidade. Esses sentimentos podem se estender por anos, conforme forem lidando com a impossibilidade de engravidar (2, 29, 30).

Além da depressão, sintomas emocionais - como sentimentos de medo, confusão, frustração, sensação de humilhação e tendência a reprimir os sentimentos de raiva - têm sido notados nas mulheres com endometriose (2, 23).

As mulheres que vivem com endometriose podem ter desenvolvido suas próprias interpretações do significado da vida e suas expectativas de resposta ao tratamento serão influenciadas por isso. Elas esperam, em último caso, que seu corpo reaja da maneira pretendida e apenas quando o organismo não cumpre a função esperada, como com o diagnóstico de endometriose, é que a mulher começa a se questionar. Quando essas questões emocionais não podem ser exploradas de forma aberta e eficaz, surgem os sentimentos de raiva e depressão, que podem contribuir para o agravamento da dor física (31).

Conforme definição do dicionário (32), a palavra raiva deriva do latim – *rabia*- e significa violento acesso de ira, com fúria e desespero, ânsia veemente; desejo irresistível, aversão e ódio. É uma reação emocional diante de situações de ataque ou de ofensas reais ou imaginárias (33).

A raiva é considerada como um conceito mais elementar que hostilidade e agressão, definida como um sentimento que pode variar de um simples aborrecimento até a fúria. É acompanhada de vários sentimentos subjetivos, dentre eles a ansiedade, que variam em intensidade e provocam reações físicas como tensão muscular e excitação. A intensidade do estado de raiva está diretamente ligada à sensação de injustiça percebida e frustrações (34).

Apesar de a hostilidade geralmente envolver sentimentos de raiva, seu conceito envolve um conjunto complexo de sentimentos e atitudes que motivam comportamentos agressivos e muitas vezes negativos. Raiva e hostilidade estão ligadas a comportamentos e atitudes, enquanto que a agressividade denota comportamentos destrutivos e punitivos; sendo assim, verifica-se que emoção de raiva pode ser um estado transitório, causado em decorrência de uma situação específica, e é necessário mas não suficiente para gerar um comportamento agressivo (34).

A presença de raiva associada à depressão é comumente encontrada. Esta correlação pode mostrar uma estreita ligação entre a alteração na expressão da raiva, mudanças na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida relacionada à saúde. Percebe-se que o sentimento de raiva pode agravar o estado de humor ou dar indícios de uma doença emocional mais severa. Em pesquisa com pacientes depressivas e presença de sintomas de raiva verificou-se a relação entre agressividade e instabilidade emocional, sendo que a presença do sentimento de raiva pode ser um estágio entre o diagnóstico de depressão maior com raiva e o transtorno bipolar (35).

O diagnóstico e análise do sentimento de raiva frente a uma determinada doença auxiliam a traçar as características psicossomáticas e de personalidade da pessoa junto àquela doença (36), uma vez que a agressividade e raiva são características psicopatológicas fundamentais que podem influenciar no curso e resultado do tratamento (37). A qualidade de vida das mulheres com endometriose foi considerada ruim quando comparada com a da população

geral, porém, melhorar essas taxas era uma meta no tratamento em geral. Provedores de saúde defendem que a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, evitar o estresse e a ansiedade contribuem para a melhora na qualidade de vida das mulheres com endometriose. Observou-se, entre essas mulheres, que a atividade física estava fortemente relacionada à boa saúde mental (38).

Pesquisas têm mostrado a associação entre sentimento de raiva e várias situações clínicas que acometem mulheres, contribuindo de forma que se possa entender e propiciar melhor apoio diante do sofrimento emocional vivenciado por essas pacientes durante o tratamento (36, 37, 39, 40). Estudo realizado com mulheres obesas mostrou que o grupo de pacientes obesas com distúrbio alimentar apresentava níveis mais elevados de hostilidade, crítica e raiva para fora, dando destaque para a impulsividade. Porém, no grupo sem distúrbio alimentar os resultados apresentaram maior tendência a reprimir a raiva e níveis mais significativos de depressão (37).

Com relação à anorexia, os números indicam uma tendência de as mulheres inibirem negativamente as emoções de raiva (36), enquanto na bulimia nervosa a tendência é para expressar a raiva de forma impulsiva (39). Escores altos de raiva para dentro também são encontrados em pessoas com gastrite e esofagite (40).

O Manual do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – STAXI – é a escala mais usada para mensurar o sentimento de raiva. Foi

inicialmente desenvolvido e adaptado para a população norte-americana e, durante sua validação para essa população, usado para investigar a relação entre a forma de expressar a raiva e a pressão sanguínea. Segundo o autor, o teste foi desenvolvido de forma que pudesse fornecer um método de avaliar os componentes da raiva e obter avaliações detalhadas das personalidades normais e anormais, além de fornecer uma maneira de verificar as influências dos vários componentes da raiva no desenvolvimento de condições médicas (34).

O STAXI é composto de 44 itens que formam seis escalas e duas subescalas, de forma a fornecer medidas concisas da experiência e expressão da raiva. Para cada item o indivíduo tem que assinalar uma das quatro opções: (1) quase nunca; (2) algumas vezes; (3) frequentemente; (4) quase sempre. Essas respostas irão avaliar a intensidade e a frequência com que a raiva é expressa, vivenciada, reprimida ou controlada por cada um (34).

A forma de vivenciar a raiva, isto é, de sentir a raiva, é obtida através das escalas Estado de Raiva e Traço de Raiva, sendo que a Escala Traço de Raiva possui as subescalas – Temperamento de Raiva, Reação de Raiva. Os resultados de expressão da raiva serão avaliados através das escalas de Raiva para Dentro, Raiva para Fora, Controle de Raiva e Expressão de Raiva (34).

O teste é avaliado de forma a obter índices de percentis de 0 a 100 para cada escala, sendo que os percentis com amplitude entre 25 e 75 são os considerados normais. Os indivíduos com escores acima de 75 são propensos

a expressar sentimentos de raiva em um grau que pode vir a interferir nas suas relações interpessoais ou favorecer o desenvolvimento de alguma condição física ou psicológica. Escores baixos na maioria das escalas – menor de 25 – podem indicar defesa de negação excessiva e repressão dos sentimentos de raiva, muitas vezes inaceitáveis (34).

O manual – STAXI – apresenta validação para a população brasileira, assim como estudos relacionando o sentimento de raiva e determinadas patologias. Na literatura não foram encontrados estudos que associem o sentimento de raiva com a endometriose. No entanto, o fato de a endometriose ser uma doença que não tem cura e a possibilidade de recidiva dos sintomas, mesmo diante do tratamento, podem gerar insegurança e instabilidade emocional com a possibilidade de potencializar o sentimento de raiva (2). Estudos anteriores não podem provar que a raiva desencadeia determinadas doenças – hipertensão, doenças cardíacas, obesidade, dentre outras. No entanto, sugerem que há uma associação entre a raiva e essas doenças, de forma que pessoas com um perfil raivoso tendem a potencializar o quadro da doença e dificultar a adesão ao tratamento (37).

As sensações de raiva - frequentes, intensas e duradouras, incluindo a expressão afetiva disfuncional e repressão desse sentimento - estão associadas a alterações sociais significativas e abrangentes. Isso causa comprometimento socioemocional, profissional e físico. A dificuldade em identificar, classificar e tratar a raiva faz com que seja considerada um problema de saúde pública de difícil manejo (41).

As pesquisas relacionadas aos aspectos emocionais nessa população vêm aumentando, mas ainda se mostram insuficientes para fornecer informações concisas quanto aos aspectos psicológicos dessas pacientes. Percebe-se, também, a importância de um cuidado multidisciplinar para as mulheres acometidas por essa doença (18).

Sendo assim, diagnosticar a presença do sentimento de raiva e identificar a forma com que lidam com esse sentimento podem proporcionar melhor suporte durante o tratamento e, conseqüentemente, maior qualidade de vida para as mulheres com endometriose.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Estudar a associação entre o sentimento de raiva e a endometriose.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar o índice de raiva em pacientes com e sem o diagnóstico de endometriose.
- Estudar a associação entre índice de raiva e dor pélvica crônica em mulheres com diagnóstico de endometriose.

3. Publicação



[Página inicial](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > **[Submissões Ativas](#)**

Submissões Ativas

• **[ATIVO](#)**

• [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD	ENVIAR SEC AUTORES	TÍTULO	STATUS
RBGO- 08-17 398	ART	Furlan	SENTIMENTO DE RAIVA EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE	Aguardando designação

1 a 1 de 1 Itens

Iniciar Nova Submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de Submissão.

Av. Bandeirantes, 3900 Departamento de Ginecologia e Obstetrícia 14049-900 - Ribeirão Preto-SP

Sentimento de Raiva em Mulheres com Endometriose

The anger feeling in women with endometriosis

Fabíola Luciana de Paula Furlan (a), Maria José Navarro Vieira (b), Cristina Laguna Benetti-Pinto (c), Carlos Alberto Petta (d).

a – Pós-Graduada do Departamento de Tocoginecologia - FCM - Unicamp

b – Psicóloga do Serviço de Psicologia - CAISM - Unicamp

c – Professora-Doutora do Departamento de Tocoginecologia – FCM – Unicamp.

d – Professor Associado do Departamento de Tocoginecologia – FCM – Unicamp.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Estadual de Campinas. Campinas – São Paulo / Brasil.

Endereço para correspondência:

Carlos Alberto Petta

Endereço: Rua Eduardo Lane, 380. Bairro: Guanabara

Campinas – São Paulo

CEP: 13073-002

E-mail: cpetta@attglobal.net

Resumo

Objetivo: O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre os índices do sentimento de raiva em mulheres com e sem endometriose. **Métodos:** Foram avaliadas 90 mulheres divididas em três grupos: 33 mulheres com endometriose e queixa de dor pélvica crônica, 35 mulheres com endometriose sem queixa de dor pélvica crônica e 22 mulheres sem endometriose. As voluntárias foram atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM/Unicamp. Foi utilizado o STAXI (Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço) para a avaliação do índice do sentimento de raiva, além de um questionário sociodemográfico, aplicados sempre pela mesma pesquisadora. Para as análises estatísticas foram utilizados o teste qui-quadrado e análise bivariada. **Resultados:** As mulheres com endometriose apresentaram índices significativamente mais elevados do sentimento de raiva do que as mulheres do grupo de controle para as escalas: Estado de Raiva - média de 40,3 (DP=37,2) e 22,7 (DP=27,7) respectivamente ($p=0,0392$), na Subescala de Reação de Raiva - média de 36,4 (DP=33,8) e 18,2 (DP=20,9) respectivamente ($p=0,0341$) e na Escala de Raiva para Dentro – média de 48,8 (DP=33,0) e 32,5 (DP=29,0) respectivamente ($p=0,0462$). **Conclusão:** Os resultados mostraram índices mais elevados do sentimento de raiva nas pacientes com endometriose, quando comparados com o grupo-controle. Ter o diagnóstico de endometriose já se mostrou suficiente para a exacerbação do sentimento de raiva, fato que merece a devida avaliação e tratamento psicoterápico para contribuir na melhora da qualidade das mulheres com endometriose.

Palavras- chave: Endometriose, raiva, dor pélvica crônica, depressão, Staxi.

Sentimento de Raiva em Mulheres com Endometriose

The anger feeling in women with endometriosis

Introdução

A endometriose incide em 5% a 15% das mulheres em idade reprodutiva e é definida como a presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Os sintomas mais frequentes são dor pélvica crônica e infertilidade (1) Acredita-se que 40% a 70% de todos os casos de dor pélvica crônica sejam decorrentes da endometriose (2; 3; 4).

Entre os fatores emocionais percebidos em mulheres com endometriose, encontra-se frequentemente a condição depressiva, sendo que naquelas com dor pélvica crônica os índices de depressão são mais elevados (5, 6, 7). A depressão é relatada como sentimento de perda e falta de controle, pode estar relacionada às perdas de atividades sociais, familiares e de habilidades físicas para realizar determinadas tarefas (7).

A depressão é classificada pela presença dos seguintes sintomas: alteração de apetite, do sono e de atividades psicomotoras; diminuição de energia; sentimento de culpa; diminuição da capacidade de pensar e se concentrar e, nos casos mais graves, pensamentos de morte. No entanto, algumas pessoas com sintomas de depressão apresentam irritabilidade aumentada que se traduz em raiva persistente, podendo expressar ataques de ira, com sentimento exagerado de frustração. Tais sentimentos podem não ser valorizados ou podem dificultar o diagnóstico da depressão (8). Em mulheres com endometriose, o sentimento de raiva é

observado, provavelmente relacionando-se ao fato de a endometriose ser uma doença crônica com possibilidade de recorrência dos sintomas principalmente quando há queixa de infertilidade (9).

O sentimento de raiva envolve um simples aborrecimento ou um ataque de fúria propriamente dito, sendo um estado transitório, em decorrência de uma situação específica e não necessariamente estar ligada a um comportamento agressivo. É acompanhada de vários sentimentos subjetivos, dentre eles ansiedade, insegurança, medo, culpa e depressão, sentimentos que variam em intensidade e provocam reações físicas como tensão muscular e excitação. A intensidade do estado de raiva está diretamente ligada à sensação de injustiça e frustrações (10).

Foi verificado nas mulheres com endometriose grande tendência a reprimir sentimentos de raiva, ansiedade e depressão (7), sendo que demais estudos mostraram que o sentimento de raiva pode potencializar os sintomas associados a determinadas patologias, assim como reduzir a eficácia do tratamento, ressaltando a importância dos estudos sobre os aspectos emocionais das doenças (11, 12, 13, 14).

Ainda não há estudos que mostrem a associação direta do sentimento de raiva com a endometriose, no entanto cada vez mais se percebe a necessidade de elucidar as questões referentes ao perfil psicológico dessas mulheres com intuito de separar sintomas emocionais dos sintomas da doença. Esse estudo teve como objetivo avaliar essa associação e verificar se há correlação com a presença de dor pélvica crônica.

Sujeitos e Métodos

Foi realizado um estudo de amostra de conveniência que avaliou 90 mulheres, no período de setembro de 2008 a novembro de 2009, divididas em 3 grupos: 33 mulheres com endometriose e dor pélvica crônica, 35 mulheres com endometriose sem sintomas de dor pélvica crônica e um grupo de controle com 22 mulheres sem sintomas sugestivos de endometriose. As pacientes com diagnóstico de endometriose foram avaliadas no Ambulatório de Endometriose do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP), enquanto que os dados das pacientes sem esse diagnóstico de endometriose foram coletados no Ambulatório de Planejamento Familiar do mesmo departamento.

Os critérios de inclusão para os três grupos foram: ter entre 18 e 45 anos, não estar fazendo uso de medicamento que pudesse alterar o humor (como por exemplo antidepressivo) e não ter desejo atual de gravidez. No grupo de endometriose com dor pélvica, também foi critério de inclusão: estar com sintoma de dor há pelo menos seis meses e ter tido queixa de dor na semana da entrevista. Para o grupo de endometriose sem dor pélvica: não ter queixa algica há pelo menos um mês. No grupo de controle, os critérios de inclusão foram: não ter diagnóstico cirúrgico prévio de endometriose, não ter dor pélvica crônica ou outros sintomas sugestivos de endometriose (dismenorreia, dispareunia, alteração intestinal cíclica) e nem queixa de infertilidade.

A presença das doenças: fibromialgia, câncer, hipertensão, cardiopatia, esclerose múltipla, assim como outras doenças crônicas foram critério de exclusão para todos os grupos. A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de

Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, e as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

O índice do sentimento de raiva foi obtido através do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço – STAXI, que está traduzido e validado para a população brasileira. Este teste possui 44 itens formando seis escalas e duas subescalas para avaliar a intensidade, frequência e a forma com que cada indivíduo vivencia e expressa seus sentimentos de raiva. Para avaliar a forma com que as mulheres vivenciam a raiva, foram utilizadas as escalas:

- Estado de Raiva e
- Traço de Raiva: sendo esta é dividida em duas subescalas: Temperamento de Raiva e Reação de Raiva.

A escala estado de raiva avalia a raiva no momento em que a pessoa responde o teste. A escala traço de raiva irá avaliar se a pessoa tem o temperamento raivoso e se isso pode ser caracterizado como traço de personalidade, algo mais crônico e intrínseco, que não está apenas relacionado a um momento de estresse ao qual a pessoa foi submetida.

Para avaliar a forma de expressar a raiva foram utilizadas as escalas:

- Raiva para Dentro,
- Raiva para Fora,
- Controle de Raiva e
- Expressão da Raiva.

O teste é avaliado de forma a obter índices de percentis de 0 a 100 para cada escala, sendo que os percentis com amplitude entre 25 e 75 são os

considerados normais. O significado de cada escala e subescalas podem ser definidos como:

- Estado de Raiva: mede a intensidade do sentimento de raiva naquele momento determinado.
- Traço de Raiva: mede as diferenças individuais relacionadas à disposição do indivíduo para vivenciar a raiva.
- Temperamento de Raiva: mede a tendência do indivíduo em vivenciar e expressar a raiva sem ter havido uma provocação específica.
- Reação de Raiva: diferenças individuais na forma de reagir à raiva, com situações que envolvem frustração, avaliação negativa, crítica ou injustiça.
- Raiva para Dentro: mede a frequência com que os sentimentos de raiva são guardados, reprimidos ou direcionados para si mesmos – ego. Resultando em algumas situações em sentimento de culpa e depressão, sem a consciência do sentimento de raiva.
- Raiva para Fora: frequência com que o indivíduo expressa a raiva em relação a outras pessoas ou objetos, de forma física ou verbal.
- Controle da Raiva: avalia o grau com que cada indivíduo tenta controlar a raiva.
- Expressão da Raiva: avalia a frequência com que a raiva é expressa.

Os dados das pacientes foram obtidos através de um questionário sociodemográfico que caracterizava as mulheres quanto às variáveis idade, escolaridade, estado civil, raça, número de filhos, tempo de diagnóstico da endometriose e tempo do sintoma de dor, formulado e testado previamente.

Também foi utilizada a Escala Visual Analógica no grupo com dor pélvica para classificar a intensidade da dor.

É uma escala numérica, que vai de 1 a 10, classificadas em: 1 a 3 – leve; 4 a 7- moderada e 8 a 10 – insuportável (15). As entrevistas foram realizadas no ambulatório de endometriose antes ou depois da consulta médica de forma que não atrapalhasse a rotina do local.

Análise Estatística

As características sociodemográficas foram avaliadas quanto aos grupos de estudo através do teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Os escores foram estudados em relação aos grupos através da análise bivariada do teste T de Stundet (ou Mann-Whitney) e ANOVA (ou ANOVA por Kruskal-Wallis). Após uma transformação de logaritmo dos escores para obter distribuição normal, utilizou-se a regressão linear múltipla com critérios de seleção de variáveis *stepwise* para selecionar as características associadas a cada escore. O nível de significância foi estabelecido em 5% e o *software* utilizado para análise foi o SAS versão 9.1.3.

Resultados

No grupo de mulheres com endometriose sem dor pélvica crônica a média de idade encontrada foi de 36,5 (DP=5,8), sendo que 74,3% eram casadas, 71,4% da raça branca e 42,1% tinham ao menos um filho. No grupo com dor a média de idade foi de 34,9 (DP=5,5) e 71,9% casadas, 59,4% da raça branca e 55% com ao menos um filho. Para o grupo-controle a média de

idade foi de 32,5 (DP=8,2), com 81,8% casadas, 45,5% da raça branca e 26,3% com pelo menos um filho. A análise sociodemográfica não mostrou diferença significativa em nenhuma das variáveis.

Com relação ao tempo médio desde o diagnóstico da endometriose, observou-se 4,8 anos para o grupo sem dor, enquanto para o grupo com dor a média foi de 3,5 anos ($p=0,0502$). O tempo médio de dor foi de 6,3 anos para o grupo com dor, sendo que a média da nota de dor relatada pelas mulheres desse mesmo grupo foi de 8,4.

O sentimento de raiva foi maior nas mulheres com endometriose do que no grupo-controle. A análise estatística associando as escalas do STAXI com os grupos de endometriose com dor e endometriose sem dor mostrou: que com relação à maneira de vivenciar o sentimento de raiva os resultados foram significativos nas escalas: Estado de Raiva ($p=0,0392$) e na subescala Reação de Raiva ($p=0,0525$). E na forma de expressar o sentimento de raiva a escala Raiva para Dentro ($p=0,0462$) (Tabela 1), foi a que teve resultado significativo. Porém, não foram observados resultados significativos nos grupos de mulheres com endometriose com e sem dor. (Tabela 2).

Discussão

Os índices de raiva observados neste estudo foram mais elevados no grupo de mulheres com endometriose do que no grupo sem a doença. Acredita-se que alguns motivos poderiam responder pelo aumento desse sentimento: enfrentamento de uma doença crônica que afeta a qualidade de vida (16), atrapalha as relações familiares, de amizade e profissionais, pelas frequentes

queixas de dor e, às vezes, infertilidade. As constantes consultas médicas e internações hospitalares devido aos procedimentos cirúrgicos (17,18) desencadeiam sofrimento físico e emocional (1, 15, 19), associando-se a alta recidiva dos sintomas, mesmo diante de tratamento adequado (20).

Em relação aos dados específicos avaliados pelo questionário STAXI - nas mulheres com endometriose -, verificou-se a maneira com que sentiam a raiva através da escala Estado e da subescala Reação de Raiva.

A escala Estado de Raiva avaliou como a pessoa se sentia no momento da aplicação do teste, sendo que as mulheres com endometriose sentiam mais raiva naquele momento. Os índices elevados nessa escala revelam o sentimento de raiva como um estado emocional transitório, diante de uma situação específica, com sentimentos de tensão, irritação e fúria, com a estimulação paralela do sistema nervoso autônomo (10). Esta alteração na escala de Estado de Raiva pode ter sido desencadeada pela expectativa da consulta médica, resultado de novos exames, conduta do tratamento a ser seguido e recente diagnóstico da doença, fatos que podem ter aflorado sentimentos subjetivos, de ansiedade, insegurança e medo que precisam ser valorizados e trabalhados a cada contato com as pacientes com endometriose.

Na subescala Reação de Raiva foi avaliada com que frequência as mulheres se sentiam irritadas diante de determinadas situações, e para isso responderam a perguntas como: “Eu me irrita quando tenho que retardar o meu ritmo por causa dos erros dos outros?”, “Fico irritado quando não recebo reconhecimento por ter feito um bom trabalho?”, “Fico furioso quando sou criticado na frente dos outros?” e “Fico furioso quando faço um bom trabalho e

recebo uma avaliação fraca?”(10). As pacientes com endometriose responderam que frequentemente ou quase sempre se sentiam dessa forma, o que revela que seus sentimentos estavam ligados a situações específicas de frustração, avaliações negativas, críticas ou sensação de injustiça, o que afirma um perfil de personalidade perfeccionista, exigentes consigo mesmas e intolerantes a frustrações (21). Este perfil, por muito tempo comentado, apenas recentemente foi comprovado por avaliações objetivas de estado emocional em mulheres com endometriose (5, 6, 7,22).

Verificou-se que as mulheres com endometriose apresentaram resultados significativos na escala de Raiva para Dentro, escala que demonstra como a pessoa expressa seu sentimento de raiva. Essa escala - de Raiva para Dentro - demonstra que as mulheres com endometriose frequentemente reprimem ou guardam seus sentimentos de raiva, o que pôde ser verificado por altos escores em questões que deveriam responder: “ quando estou com raiva ou furioso eu...: guardo as coisas dentro de mim, fico emburrado, me afasto das pessoas, ferve por dentro mas não demonstro, tendo a guardar rancor mas não falo para ninguém, critico intimamente os outros, tenho mais raiva do que estou disposto a admitir e fico mais irritado do que as pessoas percebem” (10). Sem ter a consciência de que essas sensações e comportamentos estão ligados ao sentimento de raiva, as mulheres com endometriose muitas vezes direcionam a raiva para si mesmas, resultando em sentimento de culpa e depressão. Um estudo que avaliou a presença de depressão em pacientes com endometriose também encontrou maior ocorrência de sentimentos de retração social, sensação de fracasso e culpa nessas mulheres (5). Concordantes com o resultado descrito anteriormente,

outro estudo realizado para avaliar melhor os aspectos psicológicos das mulheres com endometriose revelou grande tendência a reprimir sentimentos de raiva, ansiedade e depressão (7).

A raiva é um dos componentes da depressão, que por sua vez é um aspecto psicológico comum na reação à dor e à doença crônica, sendo relatada como um sentimento de perda e falta de controle (7). Estudos mostram a associação de endometriose com depressão, sendo que os índices mais elevados de depressão estão relacionados com o sintoma de dor (6, 7, 15). Apesar de existirem evidências sugerindo que a depressão pode ser consequência da dor, isto não é um consenso, já que uma condição pode preceder e potencializar a outra (15).

A associação entre raiva e depressão é frequentemente encontrada, apresentando correlação entre a expressão da raiva e mudanças nos sintomas depressivos relacionados à qualidade de vida. O sentimento de raiva pode agravar o estado de humor ou dar indícios de uma doença emocional mais severa (24). Contudo, o diagnóstico do sentimento de raiva diante de doenças como hipertensão, anorexia, bulimia, dentre outras, permite traçar características de personalidade e psicossomáticas frente àquela doença (12).

Diagnosticar a presença do sentimento de raiva e elucidar a forma com que esse sentimento se manifesta mostrou-se importante também com outras patologias, para que se possam distinguir os sintomas orgânicos dos emocionais. Na maioria das vezes, a raiva é vista como um sentimento ruim que resulta em frustração e comportamentos agressivos; no entanto, também é uma das fontes de energia de um indivíduo, proporcionando condição para mudar alguma situação desagradável ou ameaçadora (23).

Na comparação entre os grupos de endometriose com e sem dor, os índices de sentimento de raiva não se mostraram mais elevados nas mulheres com queixa de dor pélvica crônica. Esta falta de correlação com a dor também foi observada em estudos que associaram a endometriose à depressão (5,19,20). A ausência de significância estatística pode estar relacionada ao tamanho da amostra, que apesar do grande número de pacientes atendidas semanalmente em nosso ambulatório, os critérios de inclusão e exclusão foram rigorosos sendo difícil encontrar população homogênea e sem influência de tratamentos ou outras doenças crônicas quando se estudam mulheres com endometriose.

Outra limitação do estudo é o fato de que o grupo-controle não teve procedimento cirúrgico que comprovasse a ausência de endometriose, o que não descarta a possibilidade de algumas dessas mulheres terem a doença de forma assintomática.

De qualquer maneira, nesse estudo encontrou-se que as mulheres com endometriose apresentam sentimentos de raiva mais elevados do que aquelas sem o diagnóstico da doença, independente do sintoma de dor pélvica (15). Nessas mulheres, a raiva tem a ver com um sentimento de frustração, gerada pela presença da doença – que muda os planos, condição de vida e flutua de acordo com as situações que vão enfrentando diante das consequências da doença.

Nossa vivência clínica no ambulatório de endometriose do CAISM/Unicamp nos fez perceber que com certa frequência essas pacientes manifestavam comportamentos verbalmente agressivos de sensação de injustiça, frustração e indignação, voltadas à equipe médica pela demora na remissão dos sintomas e por não **haver** um método certo e eficaz para conter o avanço da doença. Na

maioria das vezes, esse sentimento de raiva era tido como um descaso da equipe médica diante dos seus sofrimentos e não como um curso natural da doença. Durante os atendimentos psicológicos às mulheres com endometriose, notou-se que essas sensações poderiam, em alguns casos, aumentar os sintomas de raiva, o que conduz à necessidade do acompanhamento psicológico para que se possa separar os sintomas clínicos dos psicossomáticos, possibilitando um maior sucesso do tratamento (11, 12, 25).

Pesquisas anteriores mostram crescente necessidade de maiores esclarecimentos com relação aos aspectos emocionais associados à doença e, conseqüentemente, uma crescente necessidade de um trabalho multiprofissional para apoiar essas mulheres, propiciando um resgate da qualidade de vida (1, 5, 15, 19, 26, 27).

Em conclusão, este estudo mostrou associação do sentimento de raiva com a endometriose, sem correlação com o sintoma de dor pélvica crônica. Isso reforça a necessidade de atendimento multidisciplinar como parte importante no tratamento da endometriose.

Referências Bibliográficas

1. Kaatz J, Ann Solari-Twadell P, Cameron J, Schultz R. Coping with Endometriosis. *Obstet Neo Nurs* 2010; 39 (2): 220-226.
2. Hurd WW. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1998; 92:1029-32.
3. Abrão MS, Dias Junior JA, Podgaec S. Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose. Uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In: Abrão MS. *Endometriose – Uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter 2000b.p.1-12.
4. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and Sterility* 2008, 90 (3): S260-S268.
5. Lorençatto C, Navarro MJ, Pinto CLB, Petta CA. Evolução e frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3):217-21.
6. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression In women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol* 2006; 85: 88-92.
7. Eriksen HLF, Gunnarsen KF, Sorensen JA, Munk T, Nielsen T, Knudsen UB. Psychological aspects of endometriosis: Differences between patients with or without pain on four psychological variables. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 139: 100-105.

8. DSM-IV-TR™. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
9. Denny E, Kahn KS. Systemic reviews of qualitative evidence: What are the experiences of women with endometriosis. *J Obstet Gynecol* 2006; 26(6): 501-506.
10. Spielberger CD. Manual de Inventário de Expressão e Raiva como Estado e Traço (STAXI). 2 ed. São Paulo:Vetor; 2003.
11. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychos Res* 2003; 54(6):559-66.
12. Abbate-Daga G.; Pierò A.; Gramaglia C.; Gandione M.; Fassino S. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res* 2007; 149:215-21.
13. Fassino S, Abbate-Daga G, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. *J Psychosom Res* 2001; 51:757-64.
14. Moreno MTN. Raiva: uma das emoções ligada à gastrite e esofagite. 1.ed. São Paulo:Vetor, 2007.
15. Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJC, Rosa e Silva JC, Nogueira AA. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2009, 63(5): 707-711.

16. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian Women with Endometriosis Assessed Through a Medical Outcome Questionnaire. *J Reproduc Medic* 2004, 49(2): 115-120.
17. Gao X, Outley J, Botteman M, Spalding J, Simon JA, Pashos CL. Economic burden of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86:1561-72.
18. Mirkin D, Murphy-Barron C, Iwasaki K. Actuarial analysis of private payer administrative claims data for women with endometriosis. *J Manag Care Pharm* 2007; 13: 262-72.
19. Sepulcri RP, Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety of quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 142: 53-56.
20. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reproduc* 2005; 20(10): 2698-2704.
21. Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão MS. *Endometriose: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter 2000a. p 249-57.
22. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, Mills A, Kennedy S. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Hum Reprod* 2006; 21(10): 2686-93.

23. Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6 ed. Trad. Álvaro Cabral, L.T.C. 1982. Original publicado em 1964.
24. Nickel C, Lahmann C, Tritt K, Muehlbacher M, Kaplan P, Kettler C. Topiramate in treatment of depressive and anger symptoms in female depressive patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Affect Disord* 2005; 87(2-3):243-52.
25. Bongard S, Al'Absi M. Domain specific anger expression and blood pressure in an occupational setting. *J Psychosom Res* 2005; 43-49.
26. American Society for Reproductive Medicine. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility* 2010; 93(7): 2424-2428.
27. Lorençatto C, Navarro MJ, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(5): 433-8.

Tabela 1 – Associação das escalas de raiva com os grupos com e sem endometriose

Medidas	Com endometriose (n = 68)				Sem endometriose (n = 22)				Valor-p
	n	média	desvio-padrão	mediana	n	média	desvio-padrão	mediana	
Vivenciar a Raiva									
Estado de Raiva	68	40,3	37,2	50,0	22	22,7	27,7	5,0	0,0392*
Traço de Raiva	68	41,0	36,6	27,5	22	22,7	27,4	10,0	0,0524*
- Temperamento de Raiva	68	46,2	34,1	50,0	22	29,8	29,5	10,0	0,0991*
- Reação de Raiva	68	36,4	33,8	20,0	22	18,2	20,9	5,0	0,0341*
Expressar a Raiva									
Raiva para Dentro	68	48,8	33,0	50,0	22	32,5	29,0	17,5	0,0462*
Raiva para Fora	68	16,1	22,5	5,0	22	11,6	13,5	5,0	0,5639*
Controle de Raiva	68	46,0	29,4	52,5	22	47,3	29,8	45,0	0,8844*
Expressão de Raiva	68	44,1	32,8	35,0	22	34,3	29,8	27,5	0,2020*

* Teste de Mann-Whitney

Tabela 2 – Associação das Escalas de Raiva com os Grupos de Endometriose com e sem dor e Grupo-Controle

Medidas	Com endometriose sem dor (n = 35)				Com endometriose com dor (n = 33)				Sem Endometriose (n = 22)				Valor-p
	n	média	desvio-padrão	mediana	n	média	desvio-padrão	mediana	n	média	desvio-padrão	mediana	
Vivenciar a Raiva													
Estado de Raiva	35	36,8	35,5	5,0	33	44,0	39,2	50,0	22	22,7	27,7	5,0	0.1578**
Traço de Raiva	35	40,4	36,8	20,0	33	41,6	36,9	45,0	22	22,7	27,4	10,0	0.1428**
- Temperamento de Raiva	35	45,1	32,8	50,0	33	47,3	35,8	50,0	22	29,8	29,5	10,0	0.2454**
- Reação de Raiva	35	35,5	34,2	20,0	33	37,3	34,0	35,0	22	18,2	20,9	5,0	0.0976**
Expressar a Raiva													
Raiva para Dentro	35	45,7	32,1	35,0	33	52,1	34,1	55,0	22	32,5	29,0	17,5	0.1107**
Raiva para Fora	35	14,7	20,2	5,0	33	17,6	24,9	5,0	22	11,6	13,5	5,0	0.8329**
Controle de Raiva	35	44,3	29,1	50,0	33	47,9	30,0	55,0	22	47,3	29,8	45,0	0.8703**
Expressão de Raiva	35	45,1	33,2	35,0	33	43,0	32,8	35,0	22	34,3	29,8	27,5	0.4144*

* T de Student

** Krustal - Walls

4. Conclusões

- Os índices de sentimento de raiva mostraram-se mais elevados nas pacientes com diagnóstico de endometriose do que nas pacientes do grupo-controle (sem endometriose).
- Verificou-se que os índices de sentimento de raiva não estavam associados à queixa de dor pélvica crônica.

5. Referências Bibliográficas

1. Von Rokitansky K: Uber Uterusdrusen-Neubildung. Z Gesellschaft Aerzte (Wien). 1860; 16: 577-81.
2. Kaatz J, Ann Solari-Twadell P, Cameron J, Schultz R. Coping with Endometriosis. Obstet Neo Nur. 2010; 39 (2): 220-6.
3. Siedentopf F, Tariverdian N, Rucke M, Kentenich H, Arch PC. Immune Status, Psychosocial Distress and Reduced Quality of Life in Infertile Patients with Endometriosis. American Journal of Reproductive Immunology. 2008; 60: 449-61.
4. Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, Vasconcelos E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão MS. Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter. 2000a. p 249-57.
5. Abrão MS, Nogueira AP, Petta CA, Ferriani RA. Novas teorias sobre a etiopatogenia da endometriose. Femina. 2000c. 28: 429-34.
6. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000; 14(3):403-14.
7. Simoens S, Hummelshoj L, D`Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. Hum Reproduc Update. 2007; 13(4): 395-404.

8. Blumenkrantz MJ, Gallanher N, Bashore RA, Twnckho H. Retrograde menstruation in women undergoing chronic peritoneal dialysis. *Obstet Gynecol.* 1981; 57: 667-70.
9. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1984; 64: 151-4.
10. Mihalyi A, Kyama CM, Simsa P, Debrock S, Mwenda JM, D'Hooghe TM. The role of immunological and inflammatory factors in the development of endometriosis: indications for treatment strategies. *Therapy.* 2005; 2: 623-39.
11. ASRM: Revised American Society for Reproductive Medicine classification for endometriosis: 1996. *Fertil Steril.* 1997; 72: 817- 21.
12. Petrelluzzi KFS, Garcia MC, Petta CA, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress.* 2008; 11(5): 390-7.
13. Missmer SA, Chavarro JE, Malspeis S, Bertone Johnson ER, Hornstein MD, Spiegelman D et al. A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. *Hum Reprod.* 2010. 25 (6): 1528-35.
14. Camargos AF, Lemos CNCD. Endometriose. In: Halbe HW. *Tratado de ginecologia.* v2, 3ª ed. São Paulo: Ed. Roca; 2000. p. 1324-34.
15. Sutton CJG, MB, Chir B, Pooley AS, MB, BS, Ewen SP, MB, Haines Ch B P, BSc. (Hons). Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertility and Sterility.* 1997; 68 (6): 1070-4.

16. Sepulcri RP, Amaral V. Depressive symptoms, anxiety and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009; 142: 53-6.
17. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Endometriosis and Infertility. *Fertility and Sterility.* 2004, 82: suppl I: S40- S45.
18. Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJC, Rosa e Silva JC et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009, 63(5): 707-11.
19. Hurd WW. Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1998; 92:1029-32.
20. Abrão MS, Dias Junior JA, Podgaec S. Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose. Uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In: Abrão MS. *Endometriose – Uma visão contemporânea.* Rio de Janeiro: Revinter. 2000b. p 1-12.
21. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Fertility and Sterility.* 2008, 90 (3): S260-S268.
22. Galer BS, Bruchi S, Harden RN. IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome: a Preliminary empirical validation study. International Association for the Study of Pain. *Clin J Pain.* 1998; 14: 48-54.
23. Eriksen HLF, Gunnarsen KF, Sorensen JA, Munk T, Nielsen T, Knudsen UB. Psychological aspects of endometriosis: Differences Between patients with or without pain on four psychological variables. *Europ J Obst Gynecol Reprod Biol.* 2008; 139: 100-5.

24. McGowan L, Escott D, Luker K, Creed F, Chew-Graham C. Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2010; 11: 7.
25. American Society for Reproductive Medicine. Patients' report on how endometriosis affects health, work, and daily life. *Fertility and Sterility*. 2010; 93(7): 2424-8.
26. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression In women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obst Gynecol*. 2006; 85: 88-92.
27. DSM-IV-TR™. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
28. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
29. Arruda M, Petta CA, Abrão MS, Benetti Pinto C. Time elapsed from the initial complaints to the diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod*. 2003; 18: 756-9.
30. Denny E, Mann CH. A clinical overview of endometriosis: A misunderstood disease. *British J Nur*. 2007; 16(18): 112-6.
31. Denny E, Kahn KS. Systemic reviews of qualitative evidence: What are the experiences of women with endometriosis. *J Obstet Gynaecol*. 2006; 26(6): 501-6.
32. Weiszflog W. *Michaelis Dicionário Moderno da Língua Portuguesa*. 2009. Ed Melhoramentos.

33. Presa LAP. Mensuração de raiva em motoristas: STAXI. São Paulo: Vetor; 2002.
34. Spielberger CD. Manual de Inventário de Expressão e Raiva como Estado e Traço (STAXI). 2 ed. São Paulo:Vetor; 2003.
35. Nickel C, Lahmann C, Tritt K, Muehlbacher M, Kaplan P, Kettler C. Topiramate in treatment of depressive and anger symptoms in female depressive patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. Br J Affect Disord. 2005; 87(2-3):243-52.
36. Abbate-Daga G; Pierò A; Gramaglia C; Gandione M; Fassino S. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. Psychiatry Res. 2007; 149:215-21.
37. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. J Psychosom Res. 2003; 54(6):559-66.
38. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian Women with Endometriosis Assessed Through a Medical Outcome Questionnaire. J Reproduc Medic. 2004, 49(2): 115-20.
39. Fassino S, Abbate Daga G, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. J Psychosom Res. 2001; 51:757-64.
40. Moreno MTN. Raiva: uma das emoções ligada à gastrite e esofagite. 1.ed. São Paulo:Vetor, 2007.
41. Fuller JR, DiGiuseppe R, O`Leary S, Fontain T, Lang C. An Open Trial of a Comprehensive Anger Treatment Program on an Outpatient Sample. Behav Cogn Psychother. 2010 Jul; 38(4):485-90.

42. Lorençatto C, Navarro MJ, Pinto CLB, Petta CA. Evolução e frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(3):217-21.
43. Gao X, Outley J, Botteman M, Spalding J, Simon JA, Pashos CL. Economic burden of endometriosis. Fertil Steril. 2006; 86:1561-72.
44. Mirkin D, Murphy-Barron C, Iwasaki K. Actuarial analysis of private payer administrative claims data for women with endometriosis. J Manag Care Pharm. 2007; 13: 262-72..
45. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reproduc. 2005; 20(10): 2698-704.
46. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, Mills A, Kennedy S. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. Hum Reprod. 2006; 21(10): 2686-93.
47. Winnicott DW. A criança e seu mundo. 6 ed. Trad. Álvaro Cabral, LTC. 1982. Original publicado em 1964.
48. Bongard S, Al'Absi M. Domain specific anger expression and blood pressure in an occupational setting. J Psychosom Res. 2005; 43-9.
49. Lorençatto C, Navarro MJ, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(5): 433-8.

6. Anexos

6.1. Anexo 1 – Ficha de Caracterização

N.º _____

Formulário

Índice de sentimento de raiva em mulheres com endometriose

Pesquisador responsável: Fabíola Luciana de Paula Furlan

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Marcar em qual grupo o sujeito se encaixa:

[] GRUPO 1 (mulheres com endometriose sem queixa de dor pélvica crônica)
Responder - Questionário de identificação

[] GRUPO 2 (mulheres com endometriose com queixa de dor pélvica crônica)
Responder - Questionário de identificação

[] GRUPO 3 (mulheres sem endometriose)
Responder - Questionário de identificação e Escala Visual Analógica

Check List

- **Grupo 1: Endometriose sem queixa de dor**

- Tem diagnóstico cirúrgico de endometriose? () **sim** () **não**
- Sentiu dor no último mês? () **sim**_____ () **não**
- Tem alguma outra doença crônica ? () **sim**_____ () **não**
- Toma alguma medicação? () **sim**_____ () **não**
- Tem parceiro atualmente? () **sim** () **não**

- **Grupo 2: Endometriose com queixa de dor**

- Tem diagnóstico cirúrgico de endometriose? () **sim** () **não**
- Sentiu dor no último mês? () **sim**_____ () **não**
- Tem alguma outra doença crônica? () **sim**_____ () **não**
- Toma alguma medicação? () **sim**_____ () **não**
- Tem parceiro atualmente? () **sim** () **não**

- **Grupo 3: Sem endometriose**

- Tem diagnóstico cirúrgico de endometriose? () **sim** () **não**
- Sentiu dor no último mês? () **sim**_____ () **não**
- Tem alguma outra doença crônica? () **sim**_____ () **não**
- Toma alguma medicação? () **sim**_____ () **não**
- Tem parceiro atualmente? () **sim** () **não**

Questionário de Identificação**Grupos 1, 2 e 3**

1- Quantos anos fez em seu último aniversário? |__| |__| ANOS

2- Qual a última série que você completou na escola?
/ _____ / SÉRIE DO / _____ / GRAU

- [1] NENHUMA / PRIMÁRIO INCOMPLETO
- [2] PRIMÁRIO COMPLETO / GINASIAL INCOMPLETO
- [3] GINASIAL COMPLETO / COLEGIAL INCOMPLETO
- [4] COLEGIAL COMPLETO / SUPERIOR INCOMPLETO
- [5] SUPERIOR COMPLETO

3- Você atualmente é solteira, casada, vive junto, separada/ desquitada/ divorciada ou viúva?

- [1] SOLTEIRA
- [2] CASADA
- [3] VIVE JUNTO
- [4] SEPARADA/ DESQUISTADA/ DIVORCIADA
- [5] VIÚVA

4- Como você classificaria a sua cor/raça?

- [1] BRANCA
- [2] PRETA
- [3] AMARELA
- [4] PARDA
- [5] INDÍGENA
- [6] OUTRA

5- Qual a sua religião?

- [1] CATÓLICA
- [2] PROTESTANTE (PRESBITERIANA, BATISTA, METODISTA)
- [3] ESPÍRITA
- [4] RELIGIÕES ORIENTAIS
- [5] EVANGÉLICA (CRENTE, ASSEMBLEIA, CONGREGAÇÃO UNIVERSAL)
- [6] NENHUM
- [7] OUTRAS. Qual? _____

6- Quantas vezes a Sra. ficou grávida? |__| |__| [88] NENHUMA
PASSE A 11

7- Quantos filhos a Sra. teve? |__| |__| [88] NENHUM

Responder às questões abaixo se você tem endometriose (mulheres com e sem dor):

19- Quanto tempo faz que foi realizado o diagnóstico cirúrgico da endometriose?

20- Qual é o grau da endometriose? (se não souber retiramos o dado do prontuário médico)

() I () II () III () IV

21- Você tem vontade de engravidar?

() sim () não

22- Tem apresentado sintomas de infertilidade (que tenta ter filhos e não consegue)?

() sim () não

23- A quanto tempo está tentando engravidar?

Responder às questões abaixo se você sentiu dor no último mês:

24- Você tem dor na barriga por? (dor pélvica crônica)

() sim () não

25- Você acredita que essa dor seja pela endometriose?

() sim () não

26- Quanto tempo faz que você sente essa dor?

27- Quando a senhora sente dor, se pudesse dar uma nota a ela, de 0 a 10, quanto seria? O zero significa sem dor, e o dez a pior dor existente.

Escore de dor: _____

28- Você toma algum remédio para a dor pélvica crônica?

() sim () não

29- Quando é que você toma o remédio?

() quando imagina (pressupõe, ou sabe) que vai ter dor
() quando tem um pouco de dor
() quando a dor é insuportável

30- Com qual frequência você toma remédio para essa dor?

() uma ou duas vezes por semana
() três a cinco vezes por semana
() diariamente
() diariamente, mais que uma vez por dia

6.2. Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Índice de sentimento de raiva em mulheres com endometriose

Pesquisador responsável: Fabíola Luciana de Paula Furlan

Orientador responsável: Dr. Carlos Alberto Petta

Nome: _____

Idade: _____ anos RG: _____

Endereço: _____

HC: _____

Nº da pesquisa: _____

Fui convidada a participar de uma pesquisa sobre endometriose. Essa pesquisa tem o objetivo de contribuir para aumentar o conhecimento sobre o estado psicológico das mulheres que têm essa doença.

Se eu aceitar participar desse estudo, vou responder a um questionário com perguntas sobre meus sentimentos e comportamentos em algumas situações. Algumas perguntas serão feitas pela pesquisadora e outras eu responderei sozinha. Vou gastar aproximadamente 20 minutos do meu tempo, antes ou depois da minha consulta com o médico, e isso não irá atrapalhar em nada a minha rotina.

Tenho o direito de não querer participar desta pesquisa, sem que essa decisão me traga nenhum prejuízo ao meu atendimento no ambulatório. As informações levantadas nessa pesquisa poderão ajudar no futuro outras mulheres com endometriose.

Aceitando participar, todas as informações que eu revelar serão totalmente sigilosas e meu nome não será revelado. Poderei tirar qualquer dúvida, a qualquer momento, pessoalmente ou através do telefone (19) 3521-9225, no ambulatório de endometriose e em caso de reclamação poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em pesquisa pelo telefone (19) 3521-8936.

Paciente (Voluntário)

Pesquisadora responsável
Fabíola Furlan

Campinas, _____ de _____ de 200____.

6.3. Anexo 3 – Questionário STAXI

Teste STAXI

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Nome: _____ Sexo: _____
Idade: _____ anos e _____ meses Data: ____ / ____ / ____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____
Ocupação: _____

INSTRUÇÕES:

Antes de começar, preencha as informações que lhe são pedidas no ALTO da folha de respostas.

Este folheto está dividido em três partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas usam para descrever seus sentimentos e comportamentos.

Por favor, note que **cada parte tem instruções diferentes**.

Leia cuidadosamente as instruções de cada parte antes de marcar suas respostas.

Não há respostas CERTAS ou ERRADAS. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que melhor descreve você.

Copyright 1992, 2000 - VETOR Editora Psico-Pedagógica Ltda. - São Paulo
PAR - Psychological Assessment Resources, Inc. - Copyright 1979, 1986, 1988
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação, para qualquer finalidade, mesmo sob forma informatizada, sem autorização expressa dos editores.



VETOR

EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.

Rua Cubatão, 46 - CEP 04013-000 - SP
Tél. (11) 3146-0333 - Fax. (11) 3146-0340

www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

PARTE UM – INSTRUÇÕES:

Abaixo você verá várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever-se a si mesmas. Leia cada afirmação e depois assinale aquela que indica como você se sente agora, neste momento. Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma delas, mas dê a resposta que lhe parece melhor para descrever seus sentimentos atuais.

Preencha (1) para “absolutamente não”

(2) para “um pouco”

(3) para “moderadamente”

(4) para “muito”

COMO EU ME SINTO AGORA

1. Estou furioso(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Eu me sinto irritado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Eu me sinto zangado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Estou com vontade de gritar com alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Estou com vontade de quebrar coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Estou louco(a) de raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Estou com vontade de dar um soco na mesa.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Estou com vontade de bater em alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Eu estou fervendo de raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Estou com vontade de xingar.	(1)	(2)	(3)	(4)

PARTE DOIS – INSTRUÇÕES:

Abaixo você verá várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever a si mesmas. Leia cada afirmação e então marque aquela que indica como você geralmente se sente. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma das afirmações, mas dê a resposta que melhor descrever “como você geralmente se sente”.

- Preencha (1) para “quase nunca”
(2) para “algumas vezes”
(3) para “freqüentemente”
(4) para “quase sempre”

COMO EU GERALMENTE ME SINTO

11. Eu me irritado com facilidade.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Sou temperamental.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Eu sou uma pessoa de “cabeça quente”.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Eu me irritado quando tenho que retardar o meu ritmo por causa dos erros dos outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Fico irritado(a) quando não recebo reconhecimento por ter feito um bom trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Perco as estribeiras.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Quando eu estou furioso(a), digo coisas desagradáveis.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Fico furioso(a) quando sou criticado(a) na frente dos(as) outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Quando fico frustrado(a), tenho vontade de bater em alguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Fico furioso(a) quando faço um bom trabalho e recebo uma avaliação fraca.	(1)	(2)	(3)	(4)

PARTE TRÊS – INSTRUÇÕES:

Todo mundo se sente zangado(a) ou furioso(a) de vez em quando, mas as pessoas diferem na maneira como reagem quando estão sentindo raiva. A seguir aparecem várias afirmações que as pessoas costumam usar para descrever suas reações quando se sentem zangadas ou furiosas. Leia cada afirmação e então marque o número que indica “como geralmente você reage ou se comporta ao descrever seus sentimentos de raiva ou fúria”. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas. **Não perca muito tempo** em cada uma das afirmações.

- Preencha (1) para “quase nunca”
(2) para “às vezes”
(3) para “freqüentemente”
(4) para “quase sempre”

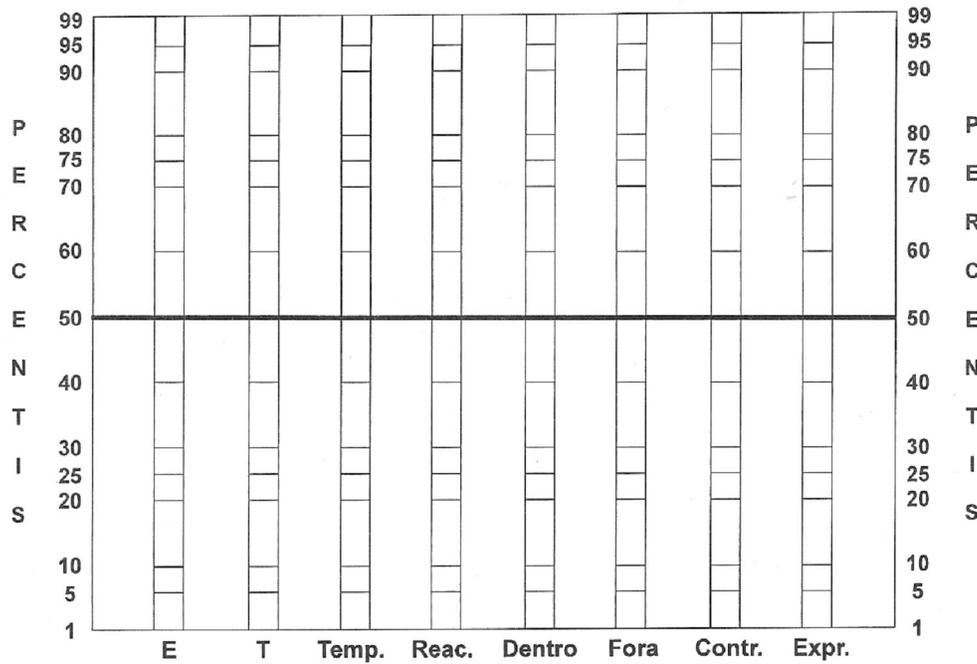
QUANDO ESTOU COM RAIVA OU FURIOSO...

21. Controlo meu temperamento.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Expresso minha raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Eu guardo as coisas dentro de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Sou paciente com os outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Fico emburrado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Eu me afasto das pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eu faço comentários sarcásticos aos(às) outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Fico frio(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Faço coisas como bater com a porta.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Fervo por dentro, mas não demonstro.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Eu controlo meu comportamento.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Discuto com os outros.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Tendo a guardar rancor mas não falo para ninguém.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Eu ataco qualquer coisa que me enfureça.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Eu consigo evitar perder a cabeça.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Critico intimamente os(as) outros(as).	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Tenho mais raiva do que estou disposto(a) a admitir.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Eu me acalmo mais depressa do que a maioria das pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Digo coisas desagradáveis.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Eu tento ser tolerante e compreensivo(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
41. Fico mais irritado(a) do que as pessoas percebem.	(1)	(2)	(3)	(4)
42. Perco a cabeça.	(1)	(2)	(3)	(4)
43. Se alguém me aborrece, tenho a tendência de dizer-lhe como me sinto.	(1)	(2)	(3)	(4)
44. Controlo meus sentimentos de raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)

Nome:

FOLHA DE PERFIL DO STAXI

GRADE DE APURAÇÃO				
	SUB-ESCALA	ESCORES BRUTOS	PERCENTIL	T
	ESTADO	_____	_____	_____
	TRAÇO	_____	_____	_____
	TEMPERAM.	_____	_____	_____
	REAÇÃO	_____	_____	_____
	DENTRO	_____	_____	_____
	FORA	_____	_____	_____
	CONTROLE	_____	_____	_____
	EXPRESSÃO	_____	_____	_____





VETOR
 EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA LTDA.
 RUA CUBATÃO, 48 - CEP 04013-000 - SP
 Tel: (11) 3146-0333/3283-5922 Fax: 3146-0340
www.vetoreditora.com.br vendas@vetoreditora.com.br

Copyright © 1979, 1986, 1988 e 2001 by Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda. SP. É proibida a reprodução parcial ou total por qualquer meio existente, sem autorização por escrito da editora.

6.4. Anexo 4 – Carta de aprovação do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 16/12/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 913/2008 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0723.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “SENTIMENTO DE RAIVA EM MULHERES COM ENDOMETRIOSE”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fabiola Luciana de Paula Furlan

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/11/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 16/12/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Avaliar associação entre o sentimento de raiva e endometriose.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo analítico de corte-transversal. Para avaliar o índice do sentimento de raiva será aplicado o STAXI (Inventário de expressão de raiva com estado e traço), em três grupos: mulheres com endometriose e dor pélvica crônica, mulheres com endometriose sem dor pélvica crônica e um grupo controle de mulheres sem endometriose ou dor. Os dados dos dois primeiros grupos serão coletados no ambulatório de endometriose e os dados do último grupo no ambulatório de planejamento familiar, ambos do CAISM/Unicamp. Como não foram encontrados dados consistentes na literatura para o cálculo da amostra, serão coletadas todas as pacientes que passarem nos dois ambulatórios no período de seis meses a partir da aprovação do projeto. Estima-se que para obter um nível de significância de 5% serão necessários aproximadamente 168 mulheres no total. Para comparar os valores de índice de raiva entre os grupos será usado ANOVA (seguido de Turkey).

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Os critérios de inclusão, exclusão e descontinuação dos sujeitos estão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística bem embasados. Os aspectos éticos são discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento está adequado e a pesquisadora arcará com as despesas. Consideramos o projeto adequado a esse tipo de estudo.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de dezembro de 2008.

Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP