UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PRISCILLA RODRIGUES BARCELOS

Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica

Goiânia
2010

PRISCILLA RODRIGUES BARCELOS

Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Délio Marques Conde
Co-orientador: Prof. Dr. José Miguel de Deus

Goiânia
2010

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

BANCA EXAMINADORA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Priscilla Rodrigues Barcelos

Orientador: Prof. Dr. Délio Marques Conde

Co-Orientador: Prof. Dr. José Miguel de Deus

Membros:

1. Prof. Dr. Délio Marques Conde

2. Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

3. Prof. Dr. Juarez Antônio de Sousa

OU

4. Profª Drª Margareth Rocha Peixoto Giglio

5.

Data: 16/06/2010

Dedico este trabalho aos meus pais, Bento e Ivani, que desde a infância me estimularam e me proporcionaram as ferramentas para o estudo, e que ainda hoje me apoiam e incentivam nessa jornada científica.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida e do livre arbítrio, permitindo que façamos escolhas por caminhos nem sempre fáceis, e pela força para superar os obstáculos.

A meu marido, Beto, e meus filhos, Isabella e Toninho, pela alegria, compreensão e apoio.

Ao Prof. Dr. Délio Marques Conde, por estar sempre presente, nos melhores e nos mais difíceis momentos deste estudo, e pelo exemplo de espírito científico.

Ao Prof. Dr. José Miguel de Deus, pelo apoio e incentivo e pelo exemplo aos que se dedicam à Ginecologia.

Aos dedicados professores da graduação e pós-graduação, pela grande importância na minha formação.

Ao Prof. Dr. Edson Zangiacomi Martinez, da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto, pelo incentivo e colaboração indispensável na realização deste estudo.

Aos amigos Marcelo Arantes e Silva, Heloísa Martins Soares e Fabio de Sousa Pereira, pelo convívio durante os anos de residência médica, cultivando amizade que permanece até hoje.

Às secretárias da Pós-graduação em Ciências da Saúde, Valdecina e Raquel, pelo apoio nos momentos necessários.

Aos funcionários do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, pelo auxílio e cooperação.

Aos colegas do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, que criaram condições favoráveis para que eu concluísse este estudo.

Às pacientes que gentilmente concordaram em participar deste estudo.

SUMÁRIO

FIGURAS	ix
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Dor Pélvica Crônica	1
1.1.1 Conceito	1
1.1.2 Medição da dor	2
1.1.3 Epidemiologia e Etiologia	4
I. Incidência e Prevalência	4
II. Fatores associados	4
III. Etiologia	6
IV. Uso dos serviços de saúde	8
1.1.4 Fisiopatologia	8
1.1.5 Comorbidades	12
1.1.6 Impacto Econômico	13
1.1.7 Diagnóstico	14
1.1.8 Tratamento	16
1.2 Qualidade de Vida	20
1.2.1 Conceito	20
1.2.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida	21

1.2.3 *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* - SF-36 21

1.2.4 Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica e fatores associados 23

2. OBJETIVOS 25

2.1 Objetivo geral 25

2.2 Objetivos específicos 25

3. PUBLICAÇÃO 26

3.1 Carta de submissão 27

3.2 Artigo 28

4. CONCLUSÕES 52

5. REFERÊNCIAS 53

6. ANEXOS 63

6.1 Anexo 1– Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa 64

6.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 65

6.3 Anexo 3 – Normas para Publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 67

6.4 Anexo 4 – Ficha de Coleta de Dados 74

6.5 Anexo 5 – Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) 81

FIGURAS

Figura 1	Escala Visual Analógica Clássica	2
Figura 2	Escala Visual Analógica Mecânica (frente)	3
Figura 3	Escala Visual Analógica Mecânica (verso)	3
Figura 4	Corte sagital do encéfalo	10
Quadro 1	Algumas doenças que podem estar relacionadas à DPC	7

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AINE	Antiinflamatório não Esteróide
CPP	*Chronic Pelvic Pain*
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DP	Desvio Padrão
DPC	Dor Pélvica Crônica
EVA	Escala Visual Analógica
FSFI	*Female Sexual Function Index*
GnRHa	*Gonadotrophin-releasing hormone analogue*
IASP	*International Association for the Study of Pain*
IMC	Índice de Massa Corpórea
LUNA	*Laparoscopic Uterosacral Nerve Ablation*
MCS	*Mental Component Summary*
mm	milímetro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCS	*Physical Component Summary*
PEACH	*Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health*
QOL	*Quality of Life*
QV	Qualidade de Vida

R$	Real
SCF	Sumário do Componente Físico
SCI	Síndrome do Cólon Irritável
SCM	Sumário do Componente Mental
SCP	Síndrome de Congestão Pélvica
SERM	*Selective Estrogen Receptor Modulator*
SF-36	*Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
USG	Ultrassonografia
VAS	*Visual Analogue Scale*
WHOQOL	*World Health Organization Quality of Life Assessment*
WHOQOL-bref	*World Health Organization Quality of Life Assessment brief version*

RESUMO

OBJETIVOS: comparar a qualidade de vida (QV) de mulheres com e sem dor pélvica crônica (DPC) e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC. MÉTODOS: realizou-se um estudo de corte transversal. Foram incluídas mulheres na pré-menopausa, com idade entre 18 e 50 anos, que estavam em seguimento no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Foi considerado um caso de DPC a presença de dor não cíclica na região pélvica, constante ou intermitente, há pelo menos seis meses. Mulheres que estiveram grávidas nos últimos 12 meses ou com antecedente de neoplasia maligna foram excluídas. Foram incluídas 30 mulheres com DPC e 20 sem DPC. Foram avaliadas características sociodemográficas e clínicas. A QV foi investigada através do questionário SF-36, que apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estes domínios podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). A intensidade da dor foi pesquisada, aplicando-se a escala visual analógica (EVA) mecânica. Utilizou-se análise de regressão múltipla para comparação dos escores de QV entre mulheres com e sem DPC e para identificação dos fatores associados à QV de mulheres com DPC. RESULTADOS: a média de idade das mulheres com e sem DPC foi de 35,2±7,5 anos e 36±9,3 anos (p=0,77), respectivamente. Mulheres com DPC apresentaram menor renda familiar mensal (p=0,04), e uma maior prevalência de dismenorreia (87% versus 40%; p<0,01) e depressão (30% versus 5%; p=0,04) quando comparadas àquelas sem DPC. Na análise ajustada por potenciais variáveis confundidoras, mulheres com DPC apresentaram menores escores de QV nos domínios dor (31 versus

72; p<0,01) e aspectos sociais (56,3 versus 100; p<0,01). Depressão associou-se negativamente ao domínio aspectos emocionais (coeficiente: -65,185; IC 95% -130,25 a -0,12; p=0,05) e ao SCM (coeficiente: -23,271; IC 95% -43,8 a -2,74; p=0,03), enquanto intensidade da dor relacionou-se negativamente ao domínio dor (coeficiente: -8,826; IC 95% -13,98 a -3,66; p<0,01) da QV de mulheres com DPC. CONCLUSÕES: mulheres com DPC apresentaram pior QV quando comparadas a mulheres sem DPC. O relato de depressão entre mulheres com DPC associou-se a uma pior QV. Quanto maior a intensidade da dor, avaliada através da EVA mecânica, pior a percepção da QV de mulheres com DPC. Dessa forma, esses fatores devem ser considerados na abordagem da mulher com DPC, buscando-se minimizar as repercussões dos mesmos sobre a QV.

Palavras-chaves: depressão; dor pélvica crônica; qualidade de vida; medição da dor.

ABSTRACT

OBJECTIVES: to compare the quality of life (QOL) of women who have or do not have chronic pelvic pain (CPP) and to investigate the factors associated with QOL in women with CPP. METHODS: a cross-sectional study was performed, in which 30 women with CPP and 20 women without CPP were included. They were premenopausal women aged 18 to 50 years attending the gynecologic outpatient department of a tertiary care university hospital (Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás, Brazil). A CPP case was considered when presenting with recurrent or constant pelvic pain of at least six months` duration, unrelated to periods. Women who had been pregnant in the previous year or who had a history of malignant disease were excluded. Sociodemographic and clinical features were assessed. The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) questionnaire was used to investigate QOL. It provides an eight-scale profile of scores: physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional and mental health. These eight domains can be summed up in two summary measures: physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). Pain intensity was evaluated using a mechanical visual analogue scale (VAS). Multiple regression analyses was used to compare QOL scores between women with and without CPP and to identify the factors associated with QOL in women with CPP. RESULTS: the mean age of women with and without CPP was 35.2±7.5 and 36±9.3 years, respectively (p=0.77). Women with CPP had a lower monthly family income (p=0.04) and a higher prevalence of dysmenorrhea (87% versus 40%; p<0.01) and depression (30% versus 5%; p=0.04) compared to those without CPP. After adjusting the analyses using potential confounding variables, women with CPP had lower

QOL scores in two domains: bodily pain (31 versus 72; p<0.01) and social functioning (56.3 versus 100; p<0.01). Depression was negatively associated with the role-emotional domain (coefficient: -65.185; CI 95% -130.25 to -0.12; p=0.05) and the MCS (coefficient: -23.271; CI 95% -43.8 to -2.74; p=0.03), whereas pain intensity was negatively associated with the bodily pain domain (coefficient: -8.826; CI 95% -13.98 to -3.66; p<0.01) of the QOL of women with CPP. CONCLUSIONS: women with CPP had poorer QOL compared to those without CPP. Depression in women with CPP was associated with lower QOL. Greater pain intensity, as assessed by the mechanical VAS, was also associated with lower QOL among women with CPP. These factors should be considered when managing CPP patients in an attempt to minimize the negative effects they may exert on QOL.

Keywords: depression; chronic pelvic pain; quality of life; pain measurement.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dor Pélvica Crônica

1.1.1 Conceito

Existem definições distintas para dor pélvica crônica (DPC) que têm sido usadas na literatura, dependendo da natureza e objetivo do estudo. Algumas requerem a presença de incapacidade física (HOWARD, 1993), e outras estabelecem a ausência de uma causa orgânica específica (IASP, 1986). O conceito mais comumente utilizado leva em conta a localização e duração da dor, excluindo o período gravídico-puerperal e a dor devido à doença maligna, bem como a dor que ocorre apenas durante a menstruação, ovulação ou relação sexual (ZONDERVAN & BARLOW, 2000).

A definição mais comum para DPC é a de uma dor no abdome inferior ou pelve, contínua ou intermitente, com pelo menos seis meses de duração, não exclusivamente cíclica ou relacionada ao coito (CAMPBELL & COLLET, 1994). A DPC, portanto, é diferenciada da dismenorreia, que é a dor durante a menstruação, da dispareunia, que é a dor durante o coito, e da dor do meio, que é aquela relacionada à ovulação. No entanto, a DPC pode continuar ou se exacerbar no período menstrual, durante ou após a relação sexual e no período ovulatório.

Quanto à duração de pelo menos seis meses, ressalta-se que é uma convenção que permite comparar os resultados entre estudos que usaram a mesma definição para DPC. O que distingue a dor aguda da crônica não é apenas sua duração, mas principalmente a incapacidade do corpo de restaurar suas funções fisiológicas aos níveis homeostáticos normais (LOESER & MELZACK, 1999).

1.1.2 Medição da dor

A dor é uma experiência subjetiva (IASP, 2007), e a intensidade da dor experimentada é individual, apresentando considerável variabilidade tanto interpessoal como para o mesmo indivíduo, em momentos diferentes. A intensidade da dor é uma estimativa quantitativa da gravidade ou magnitude da dor percebida (VON KORFF et al., 2000). Utilizando-se escalas unidimensionais ou multidimensionais, é possível mensurar a dor com resultados aplicáveis tanto em pesquisa científica quanto na avaliação clínica (ONG & SEYMOUR, 2004).

As escalas multidimensionais são de aplicação mais complexa, mas permitem ao indivíduo relatar com mais riqueza de detalhes sua experiência dolorosa. Dentre elas, o questionário de dor de McGill é o mais utilizado. Ele apresenta vários descritores de dor, agrupados em quatro classes (sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea) e 16 subclasses (NOGUEIRA et al., 2006).

Os métodos mais comumente usados para avaliar a intensidade da dor são as escalas unidimensionais, dentre elas, a escala visual analógica (EVA), a escala de categoria verbal e a escala de categoria numérica (VON KORFF et al., 2000). As EVAs são muito utilizadas devido a sua praticidade, reprodutibilidade e facilidade de análise (KELLY, 2001).

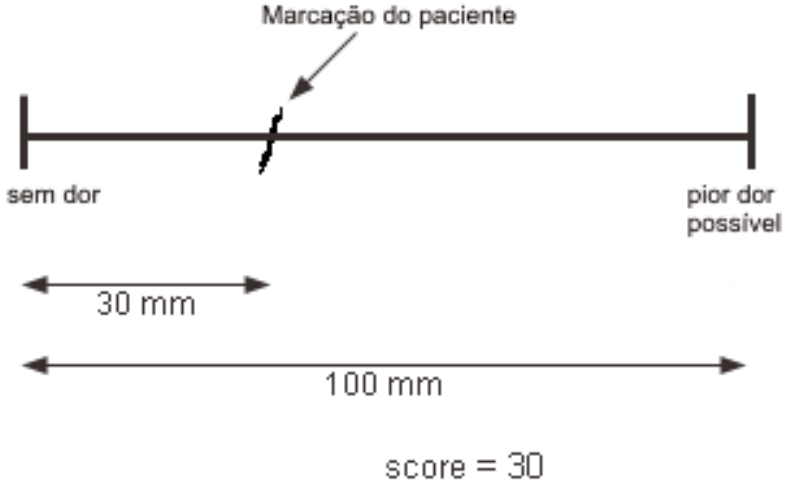

Figura 1 – Escala visual analógica clássica

A EVA clássica corresponde a uma linha de 10 cm em que se deve marcar um ponto que traduza a intensidade da dor, entre os dois extremos: à esquerda, ausência de dor e, à direita, pior dor possível (Figura 1).

Para facilitar a obtenção dos escores, foram desenvolvidas EVAs mecânicas, que consistem em réguas de plástico ou papel laminado, com um marcador móvel, utilizado para estimar a intensidade da dor (VON KORFF et al., 2000). Num dos lados da escala, o que o paciente vê, além da inscrição da intensidade da dor (ausência de dor e pior dor possível) nas extremidades da régua, pode-se acrescentar um espectro de cores (Figura 2).

Figura 2 – Escala Visual Analógica Mecânica (Frente)

Do outro lado da régua, que não é visibilizado pelo paciente, há uma marcação numérica de zero a 100 milímetros (mm), que indica a intensidade da dor, no ponto em que for colocado o marcador (CHONIÈRE & AMSEL, 1996) (Figura 3).

Figura 3 – Escala Visual Analógica Mecânica (Verso)

As EVAs apresentam como vantagens a simplicidade, a possibilidade de compreensão, independente da escolaridade e do idioma e o grande número de categorias (em 100 mm, tem-se 101 possibilidades de resposta). Suas desvantagens são a dificuldade de uso em pessoas com problemas cognitivos

ou motores (VON KORFF et al., 2000). Tanto a EVA clássica quanto a EVA modificada (mecânica) apresentam boas qualidades psicométricas, com resultados comparáveis (CHONIÈRE & AMSEL, 1996).

1.1.3 Epidemiologia e Etiologia

I. Incidência e prevalência

A incidência mensal da DPC foi calculada em 1,6/1000 entre mulheres atendidas por clínicos gerais no Reino Unido (ZONDERVAN et al., 1999a). Sua prevalência foi avaliada em estudos populacionais de alguns países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, foi descrita uma prevalência de 14,7% entre mulheres de 18 a 50 anos (MATHIAS et al., 1996), sendo excluídas do cálculo aquelas que referiam dor apenas no meio do ciclo. No Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália, os estudos indicaram uma prevalência de 24%, 25,4% e 21,5%, respectivamente, entre mulheres da mesma faixa etária do estudo norte-americano, porém foram incluídas as mulheres com dor do meio do ciclo, devido à dificuldade de se caracterizar esse tipo de dor nos estudos (ZONDERVAN et al., 2001a; GRACE & ZONDERVAN, 2004; PITTS et al., 2008).

Uma metanálise sobre a prevalência de DPC, sem restrição de línguas, encontrou apenas 18 estudos até 2004, dentre os quais, não figurava nenhum estudo do Brasil ou da América do Sul. Apenas três deles foram considerados de alta qualidade, sendo dois do Reino Unido e um norte-americano (LATTHE et al., 2006a).

II. Fatores associados

Em uma metanálise sobre fatores predisponentes à DPC, foram encontradas associações entre abuso sexual, comorbidade psicológica e DPC

significativas o suficiente para sugerir que possam estar relacionados causalmente. Outros fatores importantes foram antecedente de aborto, fluxo menstrual excessivo, doença inflamatória pélvica (DIP), cesariana prévia, endometriose, aderências pélvicas e abuso de drogas e álcool (LATTHE et al., 2006b). A análise dos fatores de risco para DPC apresenta relevância quando se usa casos identificados na população geral, e mesmo assim, devido ao seu aspecto multifatorial, qualquer relação encontrada entre determinado fator e DPC deve ser interpretada com cautela (ZONDERVAN & BARLOW, 2000).

O abuso sexual está associado à DPC, embora não se possa estabelecer uma relação causal. Em dois estudos transversais, mulheres com DPC apresentaram maior frequência de antecedente de abuso sexual (COLLETT et al., 1998) e de abuso com penetração ou outro contato direto com os genitais e ânus (WALLING et al., 1994), que mulheres com outro tipo de dor crônica ou sem dor.

Em um estudo clínico multicêntrico prospectivo, um grupo de mulheres com DIP foi acompanhado, em média, por 35 meses, para avaliar os fatores associados ao desenvolvimento de DPC. Elas eram jovens, solteiras e negras, em sua maioria. O risco relativo para o desenvolvimento de DPC foi significativamente maior para aquelas de cor não negra, casadas, com dois ou mais episódios anteriores de DIP, fumantes e com pior percepção do componente mental da qualidade de vida, no início do acompanhamento. Uma pior percepção da saúde mental, vitalidade e aspectos sociais associou-se ao surgimento de DPC nessas mulheres, talvez por tais aspectos poderem influenciar a maneira de lidar com a dor (HAGGERTY et al., 2005).

Outros trabalhos mostraram uma relação da DPC com idade, cor e estado marital. Em dois estudos populacionais houve maior ocorrência de DPC entre mulheres de 25 a 35 anos (MATHIAS et al., 1996; GRACE & ZONDERVAN, 2004), mas a frequência também é elevada até os 40 anos (ZONDERVAN et al., 2001a). Está claro, por esses estudos, que o risco é menor para as mulheres abaixo dos 25 anos de idade. As separadas, divorciadas e viúvas também apresentam maior risco que as solteiras de relatar DPC (MATHIAS et

al., 1996). A cor não branca parece ser um fator de proteção (MATHIAS et al., 1996; ZONDERVAN et al., 2001a; GRACE & ZONDERVAN, 2004; HAGGERTY et al., 2005). Esses achados enfatizam a necessidade de se realizar estudos semelhantes no Brasil, uma vez que as diferenças socioculturais e a grande miscigenação não permitem extrapolar os dados para nossa população.

III. Etiologia

A etiologia da DPC não é totalmente compreendida (CHEONG & STONES, 2006). A pelve contém órgãos muito próximos, que compõem diferentes sistemas, além de um complexo sistema de estruturas nervosas, vasculares e musculoesqueléticas. Na prática clínica, a avaliação deve ser individualizada, de acordo com os sintomas e os achados do exame físico (HOWARD, 2003). Doenças dos sistemas reprodutivo, urológico, gastrointestinal e musculoesquelético podem associar-se à DPC (Quadro 1) (NOGUEIRA et al., 2006).

Mulheres com DPC, muitas vezes, não apresentarão um diagnóstico etiológico. Em estudos populacionais que avaliaram mulheres com DPC de 18 a 50 anos, no Reino Unido, metade delas (50,1%) não recebeu um diagnóstico (ZONDERVAN et al., 2001b); na Nova Zelândia, 47,7% dessas mulheres referiram não ter sido diagnosticadas (GRACE & ZONDERVAN, 2004), e nos Estados Unidos, 61% delas estavam na mesma condição (MATHIAS et al., 1996). Nos Estados Unidos, dentre as 39% que referiram diagnóstico, 25% apresentavam endometriose, 39% relataram outro diagnóstico ginecológico não relacionado ao ciclo mentrual e 10% referiram um diagnóstico não ginecológico; os 16% restantes não sabiam informar o diagnóstico ou informaram um que não pôde ser classificado (MATHIAS et al., 1996). No Reino Unido, dentre mulheres que se consultaram por DPC em unidades primárias de saúde, 30,8% obtiveram um diagnóstico de cistite, 29,1% de Síndrome do Cólon Irritável (SCI) e 10% de DIP. Apenas 4,1% foram diagnosticadas com endometriose (ZONDERVAN et al., 1999b).

Quadro 1 - Algumas doenças que podem estar associadas à dor pélvica crônica[7].

		Possibilidades diagnósticas
Sistema gastrintestinal (~37%)		Síndrome do intestino irritável Doença intestinal inflamatória, colite, doença diverticular Hérnias Constipação, obstrução intestinal crônica intermitente Carcinoma do cólon
Sistema urológico (~31%)		Cistite intersticial Cistite/uretrite aguda recorrente, ITU crônica, cistite actínica Urolitíase Síndrome uretral, divertículo/carúncula uretral Neoplasia vesical
Sistema genital (~20%)	Extra-uterina	Endometriose Doença inflamatória pélvica Massas pélvicas e anexiais Aderências Congestão pélvica Distopias e prolapsos genitais
	Intra-uterina	Adenomiose Estenose do canal cervical Pólipos, miomas, DIU
Sistema músculo-esquelético		Síndromes miofasciais Espasmo da musculatura do assoalho pélvico Inadequação postural Fibromialgia Síndrome do piriforme Hérnia de disco Neuralgia do ílio-inguinal, ílio-hipogástrico, gênito-femoral

Ainda no Reino Unido, ao se avaliar uma amostra da população de mulheres com DPC entre 18 e 49 anos, dentre as que receberam diagnóstico (49,9%), a maioria apresentava SCI (19,8%), seguido por estresse (9,5%), cisto ovariano (8,4%) e endometriose (7,4%) (ZONDERVAN et al., 2001b). Em outro estudo populacional, na Nova Zelândia, entre mulheres de 18 a 50 anos, o diagnóstico mais comum também foi SCI (13,6%). O estresse foi o diagnóstico relatado por 10,1%, dentre os 52,7% das mulheres com DPC que haviam sido diagnosticadas, sendo que endometriose foi referida por 7,7% delas (GRACE & ZONDERVAN, 2004).

IV. Uso dos Serviços de Saúde

Muitas mulheres com DPC lidam com seus sintomas sem procurar ajuda médica. No Reino Unido, 41% delas nunca haviam se consultado por esse motivo, embora 75,5% tivessem usado alguma medicação nos últimos 12 meses para alívio da dor; 30,9% haviam se consultado com um clínico geral no último ano, e 11,7% estiveram num hospital para consulta médica, nesse mesmo período (ZONDERVAN et al., 2001a). Na Nova Zelândia, as mulheres com DPC tendem a procurar mais os serviços de saúde, mas ainda assim, 28,3% nunca haviam se consultado devido a essa queixa (GRACE & ZONDERVAN, 2004). Ao avaliar o uso dos serviços de saúde por mulheres americanas com DPC, nos três meses anteriores, MATHIAS et al. (1996) encontraram que, apesar de 67% relatarem ter usado alguma medicação, 75% não haviam se consultado, e apenas 19% procuraram um ginecologista. Na Austrália, somente um terço das mulheres com DPC procuraram um profissional de saúde (PITTS et al., 2008).

Diante desses números, levanta-se a questão sobre até que ponto as mulheres que relatam DPC, e nunca se consultaram, são afetadas por seus sintomas. Comparando-as com aquelas que se consultaram recentemente, estas apresentavam dor mais intensa e maior restrição nas atividades (ZONDERVAN et al., 2001a). No entanto, aquelas que se consultaram há mais de um ano também apresentavam dor considerável, com restrição de suas atividades, e talvez tenham deixado de procurar ajuda pela falta de uma adequada abordagem, tanto diagnóstica, quanto terapêutica (GRACE & ZONDERVAN, 2004).

1.1.4 Fisiopatologia

Para estudar as origens dessa síndrome de dor crônica, deve-se inicialmente definir o termo dor. A dor é uma experiência sensorial ou emocional

desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 2007). A evolução da dor envolve quatro fases (LOESER & MELZACK, 1999):

1. Nocicepção: detecção de um sinal neurológico com base em um evento nocivo, podendo ocorrer na presença de alterações inflamatórias e neurais.
2. Percepção da dor: reconhecimento do sinal nociceptivo, podendo ocorrer na presença de lesões do sistema nervoso central e periférico. A dor pode ocorrer sem nocicepção, e a intensidade da dor crônica geralmente não tem relação com a extensão do dano ou com qualquer doença quantificável.
3. Sofrimento: respostas afetivas, geralmente negativas, a um evento ameaçador, de origem física ou psicológica.
4. Comportamentos associados à dor: mudanças adaptativas, funcionais ou disfuncionais, associadas à dor e ao sofrimento.

Na presença de dano tecidual, são liberadas substâncias indutoras de dor pelos terminais aferentes dos nociceptores. Ao receber os sinais nociceptivos periféricos, o sistema nervoso central emite um sinal antidrômico, em direção à periferia que, ao chegar à área inervada pelos nociceptores aferentes primários, produz uma inflamação neurogênica, ou seja, liberação de substâncias indutoras de inflamação através de estímulo emitido pelo sistema nervoso central. Essa “sopa inflamatória” altera a função nociceptora na região do dano (WESSELMANN, 2001).

Essas características geralmente são temporárias, durando enquanto ocorre a cura da região afetada. No entanto, através de efeitos excitatórios tóxicos de aminoácidos, pode ocorrer uma alteração permanente da função da medula espinhal, após importante estímulo nociceptivo, que poderia levar a dor crônica (DUBNER & RUDA, 1992). A inflamação neurogênica pode explicar a DPC associada à cistite intersticial e SCI, por exemplo (WESSELMAN, 2001).

Muitas vezes, no entanto, a DPC não está associada a nenhuma doença subjacente ou causa identificável. A plasticidade ou aprendizagem neuronal

apresenta um importante papel na gênese da dor. O cérebro é capaz de gerar dor na ausência de um estímulo nociceptivo periférico, como proposto pela teoria da matriz neural (MELZACK, 2001).

Segundo essa teoria, uma grande rede neuronal, com intersecções entre o tálamo e o córtex e entre este e o sistema límbico (Figura 4), apresenta distribuição e ligações sinápticas determinadas geneticamente, sendo depois esculpida através das experiências sensoriais, cognitivas e afetivas. O corpo (*self*) funciona e se percebe como um todo, inserido num meio e numa sociedade de relação.

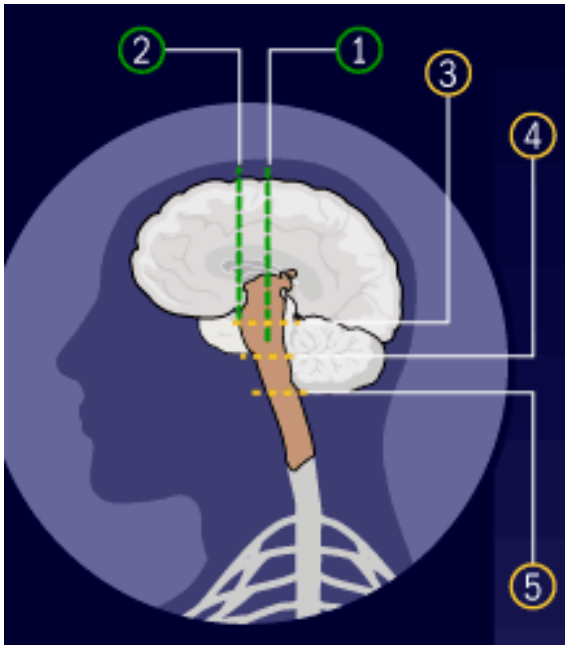

Figura 4. Corte sagital do encéfalo (1); 2. hipotálamo; 3. córtex; 4. tronco encefálico; 5. medula espinhal.

Em modelos animais foi comprovada a participação do sistema límbico na percepção da dor: existem áreas do hipocampo (componente do sistema límbico) que respondem exclusivamente ao estímulo doloroso, havendo evidência de redução de comportamentos dolorosos ao se bloquear receptores nessas regiões (MCKENNA & MELZACK, 2001).

O sistema de regulação do estresse é parte integrante dos mecanismos

determinantes da dor. Esse sistema é ativado quando há uma lesão física, infecção ou qualquer ameaça à homeostase, inclusive de origem psicológica ou mesmo quando há um desequilíbrio do ser (*self*) com seu meio e em seus relacionamentos. O desequilíbrio homeostático, por qualquer dessas causas, ativa mecanismos neurais, hormonais e comportamentais que visam o retorno ao equilíbrio, cujo padrão é determinado geneticamente, sendo moldados pelos estímulos ao longo da vida.

O cortisol é o principal hormônio secretado diante de estímulos estressores. Sua função é importante em situações de lesão ou emergências, porém, é uma substância destrutiva quando mantida sua secreção por longos períodos, pois causa perda de massa muscular, descalcificação óssea e lesão neural, contribuindo para o surgimento de dor crônica, fadiga e até mesmo doenças autoimunes (MELZACK, 2001). As síndromes de dor crônica são mais comuns em mulheres. Isso pode ser explicado, entre outros fatores, porque o estrógeno aumenta a liberação de citocinas periféricas que levam a um aumento da produção de cortisol (BERKLEY, 1997).

É necessário ver dor como uma experiência multidimensional e não apenas com a visão cartesiana de uma sensação produzida por um estímulo periférico. A percepção da dor é um mecanismo complexo, que envolve não apenas o sistema nervoso periférico, mas, principalmente, o sistema nervoso central, e as modulações dos sistemas neuroendócrino e imunológico. Trata-se de um sistema dinâmico, interativo, cuja atividade é mediada em vários níveis. Determinada sensação ou sensibilidade, antes indolor ou imperceptível, pode tornar-se dolorosa, ou seja, passar a ser percebida em tais termos, centralmente (GRACE, 2000).

Se a experiência dolorosa é percebida na mente, ela será afetada por fatores do ambiente de quem a sente, tanto físicos quanto psicológicos, como a presença de outra doença, níveis de estresse ou crenças sobre a dor. Portanto, na investigação da causa da DPC, a linha de raciocínio não é procurar uma causa, e sim, explicações. Na avaliação de indivíduos com dor crônica, é necessária uma visão holística, sem dividir as causas em orgânicas e

psicológicas, mas procurando explicações para o surgimento da síndrome dolorosa crônica (GRACE, 1998).

1.1.5 Comorbidades

As comorbidades psicológicas e a saúde mental de mulheres com DPC vêm sendo avaliadas no Brasil, sendo que a depressão e a ansiedade estão comumente associadas à dor pélvica. Um estudo brasileiro avaliou transversalmente a ocorrência dessas entidades clínicas em mulheres com e sem DPC, encontrando uma maior prevalência no grupo com DPC, tanto de depressão (40% versus 30%) quanto de ansiedade (73% versus 37%) (ROMÃO et al., 2009). Utilizando o mesmo instrumento para diagnóstico, a Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade, um estudo britânico mostrou diferença significativa entre os grupos somente na ocorrência de ansiedade (57% versus 23%), sendo maior no grupo com DPC (COLLET et al., 1998). Nas mulheres com endometriose e DPC, a prevalência de depressão pode chegar a 86% (LORENÇATTO et al., 2006). No entanto, ainda faltam estudos populacionais sobre DPC no Brasil. Na Austrália, mulheres que relataram diagnóstico de depressão ou que sofreram ansiedade no último mês apresentavam mais comumente qualquer forma de dor pélvica (PITTS et al., 2008).

As disfunções sexuais representam outro grupo de comorbidades que merece avaliação. Na Austrália, mulheres de 16 a 49 anos com DPC relataram mais dor durante o ato sexual, falta de interesse sexual, ansiedade sobre o sexo e secura vaginal, que mulheres sem DPC, na mesma faixa etária (PITTS et al., 2008). Utilizando o *Female Sexual Function Index* (FSFI), em estudo transversal comparando mulheres com e sem DPC, na faixa etária de 18 a 52 anos, observou-se maior frequência de disfunção sexual (67,8% versus 32,2%) e menores escores em todos os domínios do questionário (desejo, dor, excitação e orgasmo), no grupo de participantes com DPC (VERIT et al., 2006). Problemas sexuais são mais comuns em mulheres com DPC que naquelas com

outros tipos de dor crônica. Em comparação de três grupos de mulheres com idade de 16 a 50 anos (com DPC, sem dor e com outro tipo de dor crônica), aquelas com DPC relataram maior perda de interesse sexual, dispareunia, dor após o coito e vaginismo que as mulheres dos outros dois grupos (COLLETT et al., 1998).

Além desses problemas associados, a intensidade e duração da dor geralmente são consideráveis. A maioria das mulheres com DPC relata dor tipicamente moderada a intensa (GRACE & ZONDERVAN, 2004; PITTS et al., 2008) e cerca de um terço delas refere início dos sintomas há mais de cinco anos (ZONDERVAN et al., 2001a). A associação com dismenorreia e dispareunia é comum, ocorrendo em mais de 80% dos casos, com uma delas ou com ambas (ZONDERVAN et al., 2001a; GRACE & ZONDERVAN, 2004; PITTS et al., 2008). O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico é outro fator que deve ser levado em consideração. As pacientes com DPC, em sua maioria, consultam vários clínicos e especialistas até ter um diagnóstico ou algum alívio para a dor (HOWARD, 2003). Dois estudos brasileiros avaliaram o tempo médio entre o início de sintomas típicos de endometriose e o efetivo diagnóstico, encontrando intervalos de sete anos (ARRUDA et al., 2003) e cinco anos (SEPULCRI & AMARAL, 2009).

1.1.6 Impacto econômico

Ainda que muitas mulheres com DPC não utilizem os serviços de saúde, os custos são consideráveis. Os custos diretos da DPC com consultas foram estimados em 881,5 milhões de dólares anuais, nos Estados Unidos. Os gastos individuais foram estimados em 1,9 bilhões de dólares e os custos indiretos, devido a faltas ao trabalho, em 555,3 milhões de dólares anuais (MATHIAS et al., 1996). Os custos diretos da DPC decorrente de doença inflamatória pélvica aguda foram estimados em 166 milhões de dólares anuais (REIN et al., 2000) e o custo anual para os empregadores americanos por diminuição da

produtividade devido à DPC foi calculado em 2,2 bilhões de dólares (WINKEL, 1999).

Esses valores estão subestimados, pois foram calculados há mais de 10 anos, e não levaram em conta as cirurgias e exames com indicação devido à DPC, que representam uma parte considerável dos gastos. Nos Estados Unidos, 10 a 35% das laparoscopias e 10 a 12% das histerectomias são realizadas tendo a DPC como indicação (WINKEL, 1999). Tomando-se por base estas estimativas americanas, e considerando-se que no ano de 2009 foram pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 104.560 autorizações de internação hospitalar para realização de histerectomias no Brasil (BRASIL, 2010), estima-se que 11.500 delas foram indicadas devido à DPC. Partindo-se desses números, que indicam apenas as histerectomias realizadas no SUS, é possível inferir que os gastos com a DPC no Brasil devem ser consideráveis, indicando-se a necessidade de estudos sobre o tema.

O impacto no trabalho é outro ponto a se ressaltar. Nos Estados Unidos, as mulheres com DPC empregadas perderam, em média, um dia de trabalho por ano devido à dor pélvica (MATHIAS et al., 1996). Mulheres com DPC apresentaram maior frequência de faltas ao trabalho em comparação com as que apresentam apenas dismenorreia (ZONDERVAN et al., 2001a). Apesar de relatarem consideráveis restrições em suas atividades devido à dor pélvica, as mulheres neozelandezas com DPC não faltaram mais ao trabalho que aquelas sem DPC (GRACE & ZONDERVAN, 2006).

1.1.7 Diagnóstico

A história e o exame físico são imprescindíveis na avaliação de mulheres com DPC. Sua importância não está somente em guiar o diagnóstico, mas também por funcionarem como poderosas ferramentas terapêuticas (HOWARD, 2003). São importantes os históricos obstétrico, cirúrgico, psicossocial e de possível abuso (físico, psicológico e/ou sexual).

Deve ser realizada uma detalhada caracterização da dor quanto à localização, intensidade, tipo, frequência, fatores de melhora e de piora e relação com o ciclo menstrual. É necessário obter informações sobre o aparelho gastrointestinal e o urinário, o padrão menstrual e a ocorrência de dispareunia, além dos tratamentos clínicos e cirúrgicos realizados (GUNTER, 2003; NOGUEIRA et al., 2006).

A solicitação de exames complementares deve ser orientada pela história e exame físico, quando os resultados puderem auxiliar no diagnóstico e tratamento (HOWARD, 2003). A ultrassonografia (USG) é um método diagnóstico não invasivo e relativamente barato. Seu uso, associado à avaliação da mobilidade ovariana e de sensibilidade em áreas específicas da pelve, pode auxiliar na detecção ou exclusão de doenças pélvicas em mulheres com DPC, podendo reduzir a necessidade de realização de laparoscopias diagnósticas (OKARO et al., 2006).

Existe uma alta correlação (86,1%) entre os achados da laparoscopia diagnóstica e do exame ultrassonográfico (ZÚBOR et al., 2005). Associando-se a USG ao aconselhamento pode-se ainda obter redução na intensidade da dor e melhora do humor, em mulheres com DPC e laparoscopia negativa (CHEONG & STONES, 2006). O uso de fotografias laparoscópicas como apoio ao aconselhamento não apresentou benefícios (ONWUDE et al., 2004).

Previamente, a DPC foi responsável pela indicação de 40% das laparoscopias ginecológicas (HOWARD, 1993). Em estudo mais recente, foi a indicação de 27,8% das laparoscopias diagnósticas (ZÚBOR et al., 2005). Sua realização, no entanto, não deve fazer parte da avaliação de rotina, e sim ser baseada no histórico, exame físico e achados de exames não invasivos. Desse modo, evitam-se riscos e custos desnecessários, além de falsas expectativas por parte das pacientes (HOWARD, 2000).

Em cerca de um terço dos casos, os achados laparoscópicos são negativos. Nesses casos, a médio e longo prazo, os sintomas persistem na maioria das mulheres, mas alguns aspectos da qualidade de vida parecem melhorar, apesar da persistência da dor (YASMIN et al., 2005).

A laparoscopia e a histeroscopia diagnósticas podem detectar anormalidades entre 30% e 80% das pacientes com DPC (DROZGYIK et al., 2007). Entretanto, nem sempre é possível atribuir as alterações encontradas à causa primária da DPC. Além disso, a ausência de achados à histeroscopia e laparoscopia não significa que a paciente não tenha base orgânica para sua dor (NASCU et al., 2006).

1.1.8 Tratamento

Existem poucos estudos clínicos aleatorizados que investigaram um tratamento para a DPC. Uma recente revisão encontrou apenas 13 estudos, mas excluiu aqueles em que a DPC estava associada à endometriose ou à SCI. As intervenções apresentadas incluíram terapias hormonais, uso de antidepressivos, aconselhamento, tratamento cirúrgico e abordagem multidisciplinar, dentre outras (CHEONG & STONES, 2006).

Os analgésicos orais, como acetaminofeno e antiinflamatórios não esteróides (AINEs) são comumente usados para tratar a dor moderada. No entanto, não há estudos prospectivos controlados que mostrem um benefício específico na DPC (ORTIZ, 2008). Quando há a necessidade do uso de opioides, é necessário um plano de tratamento similar àqueles utilizados para tratar outros quadros dolorosos crônicos (HOWARD, 2003).

O objetivo dos tratamentos hormonais é inibir a atividade ovariana. O acetato de medroxiprogesterona 50 mg via oral diminuiu os escores de dor durante o tratamento de mulheres com DPC, porém os resultados não foram mantidos após nove meses de seguimento (STONES et al., 2005). O uso de contraceptivos orais combinados é comum, porém não existem estudos com boa qualidade metodológica que comprovem benefício em mulheres com DPC (ORTIZ, 2008).

Em recente revisão sistemática, os efeitos dos contraceptivos orais na DPC relacionada à endometriose foram conflitantes (SERACCHIOLI et al.,

2009a). Apenas dois estudos avaliaram os resultados do uso desses medicamentos na melhora da recorrência da DPC após tratamento cirúrgico conservador para endometriose (SESTI et al., 2007; SERACCHIOLI et al., 2009b). A combinação de etinilestradiol 0,030 mg e gestodeno 0,075 mg, em regime contínuo, por seis meses, foi significativamente melhor que o placebo, porém, o estudo não especificou a definição de recorrência da DPC (SESTI et al., 2007).

O uso de etinilestradiol 0,020 mg e gestodeno 0,075 mg, em regime cíclico ou contínuo, por 24 meses, não foi superior ao grupo sem tratamento para a recorrência de DPC. Neste estudo, a definição de recorrência foi um escore superior a quatro, utilizando a EVA. Estes autores concluíram ainda que, apesar dos contraceptivos orais não evitarem a recorrência da DPC, eles impedem o agravamento do quadro, além de melhorarem a dismenorreia, em pacientes com endometriose (SERACCHIOLI et al., 2009b) .

Na DPC associada à endometriose, o uso dos agonistas do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRHa) é eficaz, sendo possível melhorar os efeitos colaterais hipoestrogênicos com terapia de reposição (PRENTICE et al., 2007). O danazol é igualmente eficaz, tendo seu uso limitado em seis meses devido à alta incidência de efeitos colaterais androgênicos (SELAK et al., 2007).

O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel é um tratamento promissor, por não provocar hipoestrogenismo, tendo se mostrado tão eficaz quanto o GnRHa acetato de leuprolide, porém com maior incidência de escape menstrual (PETTA et al., 2005). Resultado semelhante foi obtido com a injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (SCHLAFF et al., 2006).

Num estudo prospectivo randomizado, o raloxifeno, um modulador seletivo do receptor estrogênico (SERM), levou ao retorno da dor após tratamento cirúrgico da endometriose, em pacientes com DPC, o que não se correlacionou com retorno de lesões endometrióticas. Esse efeito foi tão claro, que houve necessidade de suspensão do estudo (STRATTON et al., 2008).

O efeito dos inibidores de aromatase na DPC também foi avaliado. Verificou-se que, em pacientes com endometriose, o uso do letrozol, associado

ao acetato de noretisterona, por seis meses, foi mais eficaz na redução da DPC que o acetato de noretisterona isoladamente. No entanto, não houve diferença entre os grupos, quanto à intensidade da dor e satisfação das pacientes, num seguimento de mais 12 meses. O tratamento combinado causou mais efeitos colaterais e apresentou custo elevado, devendo levar-se esses fatores em consideração (FERRERO et al., 2009).

O implante de etonogestrel levou a melhora significativa da dor, ao longo de um ano, quando comparado com um grupo sem tratamento (SHOKEIR et al., 2009), em mulheres com DPC devido à síndrome de congestão pélvica (SCP). Outro estudo comparou o uso de acetato de medroxiprogesterona 30 mg/dia e acetato de goserelina 3,6 mg/mês, por seis meses. Os dois medicamentos se mostraram eficazes na DPC associada à congestão pélvica, porém, após 12 meses do fim do tratamento, os resultados do grupo que usou acetato de goserelina foram melhores, com maior duração dos benefícios (SOYSAL et al., 2002).

O acetato de medroxiprogesterona associado à psicoterapia diminuiu a dor em pacientes com SCP, com resultados mantidos após nove meses (STONES et al., 2005). O uso de fração flavonoica micronizada purificada (Daflon) mostrou resultados melhores que o placebo, em mulheres com SCP, num pequeno estudo aleatorizado (SIMSEK et al., 2007).

A prescrição de antidepressivos é comum no manejo de quadros dolorosos crônicos. No entanto, existem poucos ensaios clínicos utilizando esses medicamentos para o tratamento da DPC. A nortriptilina (WALKER et al., 1991), a sertralina (ENGEL et al., 1998), a lofexidina (STONES et al., 2001) e o citalopram (BROWN et al., 2008) não se mostraram eficazes na redução da dor, em mulheres com DPC. Há de se enfatizar, no entanto, que esses estudos utilizaram amostras pequenas, havendo a necessidade de realização de estudos maiores, aleatorizados e controlados.

Apesar de não ter sido comprovada eficácia no tratamento da dor, os antidepressivos devem ser usados para tratar a depressão concomitante à DPC (ORTIZ, 2008). O citalopram apresentou bons resulatados no controle de

sintomas depressivos, em mulheres com DPC (BROWN et al., 2008). Na presença de DPC moderada a intensa, sem melhora com o uso de analgésicos não opioides associados a opioides leves, o uso de gabapentina, um anticonvulsivante, se mostrou mais eficaz e com menores efeitos colaterais que a amitriptilina. A associação de gabapentina e amitriptilina apresentou bons resultados na diminuição da intensidade da dor, porém com mais efeitos colaterais que a gabapentina em monoterapia (SATOR-KATZENSCHLAGER et al., 2005).

O tratamento multidisciplinar, com atenção aos fatores somáticos, psicológicos, dietéticos, ambientais e fisioterapêuticos, apresenta bons resultados no controle da dor, sendo melhor que a abordagem padrão realizada apenas pelo médico (PETERS et al., 1991). Em recente estudo prospectivo, aleatorizado, foram avaliadas 40 mulheres com DPC. Vinte mulheres receberam tratamento ginecológico e 20 receberam terapia somatocognitiva associada ao tratamento ginecológico. Na terapia somatocognitiva o objetivo é reduzir a dor, mudando os padrões de postura, movimento e respiração. Mulheres que receberam essa terapia apresentaram redução da intensidade da dor e melhora do bem-estar, que permaneceram após um ano, o que não ocorreu com as mulheres que receberam apenas tratamento ginecológico (HAUGSTAD et al., 2008).

Durante a laparoscopia diagnóstica, é possível constatar doenças pélvicas em 60% dos casos e realizar o tratamento no mesmo ato cirúrgico (ZÚBOR et al., 2005). No entanto, não há evidências de que a adesiólise seja benéfica (PETERS et al., 1992; SWANK et al., 2003), exceto em casos de aderências densas e vascularizadas, envolvendo o intestino (PETERS et al., 1992).

A ablação dos nervos uterossacros via laparoscópica (LUNA) não resulta em melhora da dor, dismenorreia, dispareunia ou da qualidade de vida (QV) de mulheres com DPC (DANIELS et al., 2009). A neurólise pré-sacral foi avaliada em estudo preliminar (SOYSAL et al., 2003), ocorrendo melhora dos sintomas pélvicos em mulheres com endometriose mínima. No entanto, não há estudos aleatorizados controlados com avaliação de resultados da neurectomia ou

neurólise pré-sacral, na DPC (STONES et al., 2005). A histerectomia total abdominal melhorou a dor em mulheres com DPC, num estudo de coorte (HILLIS et al., 1995), porém não houve melhora naquelas sem doença pélvica identificada.

A gênese da DPC é complexa, envolvendo fatores físicos e psicológicos, além da influência ambiental. O tratamento precoce e efetivo da dor é de suma importância, para evitar o estabelecimento de padrões neurais e comportamentais de dor crônica, de difícil reversão. A dor crônica continua quando o tratamento termina. Como a causa da percepção da dor pode continuar, independente dos tratamentos médicos, as terapias psicológicas e comportamentais podem ser usadas para mudar o efeito da dor na vida do indivíduo (LOESER & MELZACK, 1999).

Os efeitos da dor crônica podem repercutir na percepção da QV de seus portadores. Estudos prévios relataram prejuízos em várias dimensões da QV de mulheres com DPC (HAGGERTY et al., 2003; GRACE & ZONDERVAN, 2006; ROMÃO et al., 2009).

1.2 Qualidade de Vida

1.2.1 Conceito

O conceito de QV é subjetivo, multidimensional e influenciado por vários fatores relacionados à educação, à economia e aos aspectos socioculturais, não havendo um consenso quanto à sua definição (PINTO-NETO & CONDE, 2008). Embora não exista um consenso para o conceito de QV, três aspectos devem ser considerados na sua avaliação: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 2000). Partindo desses pessupostos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1993).

1.2.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

Atualmente, há uma tendência em se reconhecer a importância do ponto de vista do paciente em relação à sua própria doença para a monitoração da qualidade das medidas terapêuticas empregadas (CICONELLI ET AL., 1999). Para isso, se faz necessária a obtenção de dados objetivos e mensuráveis relacionados ao grau de limitação e desconforto que a doença ou seu tratamento ocasionam ao indivíduo e sua rotina de vida. Por esse motivo, foram desenvolvidos vários instrumentos de avaliação da QV, que podem ser genéricos ou específicos (CAMPOLINA & CICONELLI, 2008). Os instrumentos genéricos avaliam de forma global os aspectos importantes relacionados à QV, podem ser utilizados em qualquer condição de saúde, e permitem a comparação do impacto na QV provocado por diversas doenças (WARE, 2000). Como exemplos, podem-se citar o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) (WARE & SHERBOURNE, 1992) e o *World Health Organization Quality of Life* versão abreviada (WHOQOL-bref) (FLECK et al., 2000). Os instrumentos específicos são mais sensíveis, geralmente desenvolvidos para avaliar o impacto de determinada doença ou disfunção na QV, e permitem uma avaliação mais individual e específica (PINTO-NETO & CONDE, 2008).

1.2.3 *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* - SF-36

Segundo recente revisão sistemática, o SF-36 foi o instrumento mais frequentemente utilizado para a avaliação da QV de mulheres com DPC (NEELAKANTAN et al., 2004). É um instrumento genérico, multidimensional, não muito extenso, de fácil administração e compreensão (CICONELLI et al., 1999). Além disso, apresenta propriedades discriminativas, avaliativas e preditivas demonstradas em diversos estudos (CAMPOLINA & CICONELLI, 2008), e propriedades psicométricas adequadas, com validade e confiabilidade demonstradas em ensaios clínicos (WARE, 2000).

A estrutura do SF-36 é formada por 36 ítens, divididos em oito escalas ou domínios (WARE et al., 2000):

1. Capacidade Funcional - o escore mais baixo possível indica limitação provocada pela saúde em todas as atividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se. O escore mais alto possível determina que o indivíduo é capaz de realizar todo tipo de atividade física, incluindo as mais vigorosas.
2. Aspectos Físicos - escore mais baixo indica problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física. Escores altos indicam o oposto.
3. Dor - escores baixos indicam dor intensa e limitante. Escores altos indicam ausência de dor ou limitações decorrentes dela.
4. Estado Geral de Saúde - escores baixos avaliam a saúde pessoal como precária e o indivíduo acredita que ela vai piorar. Escores altos indicam uma boa avaliação pessoal da saúde.
5. Vitalidade - escores baixos indicam que o indivíduo sente-se cansado a maior parte do tempo, enquanto escores altos indicam indivíduo cheio de energia.
6. Aspectos Sociais - escores baixos indicam extrema interferência com as atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais. Escores altos indicam o oposto.
7. Aspectos Emocionais - escores baixos indicam problemas com o trabalho e outras atividades diárias devido a problemas emocionais. Escores altos indicam o oposto.
8. Saúde Mental - escores baixos indicam sentimentos de nervosismo e depressão na maior parte do tempo. Escores altos indicam sentimento de paz e felicidade na maior parte do tempo.

Cada escala possui de dois a dez itens, podendo ser resumidas através de duas medidas sumárias: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). O resultado é expresso numa pontuação de 0-100

para cada uma das oito escalas, sendo que quanto maior o valor, melhor a QV (WARE et al., 2000).

O questionário SF-36 foi considerado apropriado para uso em mulheres com DPC, por ser um instrumento válido, que apresenta razoável confiabilidade, permitindo comparações com outras doenças e com o estado de saúde da população geral (STONES et al., 2000).

1.2.4 Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica e fatores associados

A DPC é uma doença debilitante, com grande impacto na QV (NOGUEIRA et al., 2006). A influência da DPC na QV tem sido um dos objetivos de alguns estudos populacionais. Utilizando o SF-36, observou-se que o SCF e o SCM de mulheres com DPC foram significativamente menores que o de mulheres sem DPC (GRACE & ZONDERVAN, 2006) e que o de mulheres que apresentavam apenas dismenorreia (ZONDERVAN et al., 2001a). As médias dos escores de saúde geral de mulheres com DPC também foram menores que daquelas sem DPC, utilizando-se o *Medical Outcomes Study long form* (MATHIAS et al., 1996).

A intensidade da dor pode ser um fator determinante na percepção da QV. Com o aumento da intensidade da dor os escores de QV diminuem gradativamente, em mulheres com DPC. Há significativa piora na QV de mulheres com dor moderada a intensa (HAGGERTY et al., 2003). Em mulheres com endometriose, a intensidade da dor se correlaciona negativamente com a QV, especialmente no domínio físico (SEPULCRI & AMARAL, 2009).

A depressão é outro fator capaz de influenciar a QV de mulheres com DPC. Comparando mulheres com DPC com e sem depressão, os escores de QV foram significativamente maiores em mulheres sem depressão, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental (ROMÃO et al., 2009). Dificuldades no trabalho, queixas somáticas, insatisfação e tristeza são mais comuns em mulheres com depressão e DPC, que em mulheres com depressão que não apresentam DPC (LORENÇATTO et al., 2006).

Diante do exposto, verifica-se que a DPC é uma entidade complexa, cujos efeitos podem repercutir sobre a QV das mulheres. No entanto, a maioria dos estudos sobre QV e DPC foi realizada em países desenvolvidos. Considerando-se a escassez de estudos sobre o tema em países em desenvolvimento, e que diferenças socioculturais podem influenciar a percepção da QV e da dor, conduziu-se o presente estudo, cujos objetivos foram comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres com e sem dor pélvica crônica, e investigar os fatores associados à qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica.

2.2. Objetivos Específicos

- Comparar a qualidade de vida de mulheres com e sem dor pélvica crônica
- Identificar os fatores associados à qualidade de vida de uma coorte de mulheres com dor pélvica crônica

3 PUBLICAÇÃO

Artigo

Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico

Priscilla Rodrigues Barcelos, Délio Marques Conde, José Miguel de Deus,

Edson Zangiacomi Martinez

Aceito para publicação na **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**,

em 15/06/2010 (Normas de publicação no Anexo 3).

Artigo

Délio Marques Conde <condedelio@uol.com.br> **15 de junho de 2010 20:17**
Para: carlos alberto santos fernandes <pricillabarcelos@ig.com.br>

Dr. Délio, boa tarde...

Seu artigo "Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: estudo de corte transversal analítico", protocolado sob nº 3794 será publicado no fascículo 5.

Atenciosamente,

Rosane Ap. Cunha Casula
Secretária Executiva da RBGO
(16) 3602-2803

Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico

Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study

Priscilla Rodrigues Barcelos[1], Délio Marques Conde[2], José Miguel de Deus[3], Edson Zangiacomi Martinez[4]

[1]Pós-graduanda, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO

[2]Preceptor, Programa de Residência em Mastologia, Hospital Materno Infantil, Goiânia-GO

[3]Professor Adjunto, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO

[4]Professor Associado, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP

Correspondência: Délio Marques Conde.

Rua 5, nº 223, apto. 303. Setor Oeste.

CEP: 74115-060 – Goiânia - GO.

Tel.: (62) 3209.61.51.

E-mail: condedelio@uol.com.br

Resumo

OBJETIVOS: comparar a qualidade de vida (QV) de mulheres com e sem dor pélvica crônica (DPC) e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC. MÉTODOS: conduziu-se estudo de corte transversal, incluindo 30 mulheres com DPC e 20 sem DPC. Foram avaliadas características sociodemográficas e clínicas. A QV foi investigada pelo questionário SF-36, que apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estes domínios podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). A intensidade da dor foi pesquisada, aplicando-se a escala visual analógica. Utilizou-se análise de regressão linear para comparação dos escores de QV entre mulheres com e sem DPC e para identificação dos fatores associados à QV de mulheres com DPC. RESULTADOS: a média de idade das mulheres com e sem DPC foi de 35,2±7,5 anos e 36,0±9,3 anos (p=0,77), respectivamente. Mulheres com DPC apresentaram menor renda familiar mensal (p=0,04), e maior prevalência de dismenorreia (87% versus 40%; p<0,01) e depressão (30% versus 5%; p=0,04) quando comparadas àquelas sem DPC. Na análise ajustada por potenciais variáveis confundidoras, mulheres com DPC apresentaram menores escores de QV nos domínios dor (p<0,01) e aspectos sociais (p<0,01). Depressão associou-se negativamente ao domínio aspectos emocionais (p=0,05) e ao SCM (p=0,03), enquanto intensidade da dor relacionou-se negativamente ao domínio dor (p<0,01) da QV de mulheres com DPC. CONCLUSÕES: mulheres com DPC apresentaram pior QV quando comparadas a mulheres sem DPC. Depressão e intensidade da dor relacionaram-se negativamente à QV de mulheres com DPC. Dessa

forma, a avaliação e o tratamento de sintomas depressivos e da dor devem estar entre as prioridades que objetivem melhorar a QV de mulheres com DPC.

Palavras-chaves: depressão; dor pélvica; qualidade de vida; medição da dor

Abstract

PURPOSES: to compare the quality of life (QOL) of women who have or do not have chronic pelvic pain (CPP) and to investigate the factors associated with QOL in women with CPP. METHODS: a cross-sectional study was performed in 30 women with and 20 women without CPP. Sociodemographic and clinical characteristics were evaluated. QOL was investigated using the SF-36 questionnaire which has eight domains: physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role-emotional, and mental health. These components are summed up in two summaries: the physical component summary (PCS) and the mental component summary (MCS). The intensity of pain was evaluated using the visual analog scale. Linear regression analysis was used to compare QOL scores between women with and without CPP and to identify the factors associated with QOL in women with CPP. RESULTS: the mean age of the women with and without CPP was 35.2±7.5 years and 36.0±9.3 years (p=0.77), respectively. Women with CPP had a lower monthly family income (p=0.04) and a higher prevalence of dysmenorrhea (87% versus 40%; p<0.01) and depression (30% versus 5%; p=0.04) compared to those without CPP. In the analysis adjusted for potential confounding factors, women with CPP had lower QOL scores in the bodily pain (p<0.01) and social functioning (p<0.01) domains. Depression was negatively associated with the role-emotional domain (p=0.05) and with the MCS (p=0.03), whereas pain intensity was negatively associated with the bodily pain domain (p<0.01) of the QOL of women with CPP. CONCLUSIONS: women with CPP had poorer QOL compared to women who do not have CPP. Depression and pain intensity were negatively associated with the QOL of women with CPP. Therefore, the evaluation and

treatment of symptoms of depression and pain should be included in the priorities aimed at improving the QOL of women with CPP.

Keywords: depression; pelvic pain; quality of life; pain measurement

Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico

Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) é uma condição comum entre mulheres em idade reprodutiva[1]. Devido ao grande número de possíveis causas e à sobreposição de sintomas, é de difícil diagnóstico e tratamento[2]. Anualmente, são gastos milhões de dólares na investigação da sua etiologia e tratamento[1]. A DPC pode associar-se à redução da produtividade no trabalho[1,3], restrição da mobilidade[4], alterações emocionais[5] e do sono[4], e disfunções sexuais[6]. DPC é definida como uma dor na região pélvica, contínua ou intermitente, com pelo menos seis meses de duração, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual[7].

Foram identificados quatro estudos de base populacional em que se investigou a prevalência de DPC em mulheres com idade entre 18 e 50 anos[1,2,3,8]. A prevalência descrita foi de 14,7% nos Estados Unidos[1], 24% no Reino Unido[3], 25,4% na Nova Zelândia[2] e 21,5% na Austrália[8]. Essa variação pode ser atribuída às diferentes definições, uma vez que alguns autores incluíram a dor do meio do ciclo menstrual como um caso de DPC[2,3,8], enquanto outros não o fizeram[1]. Nos estudos conduzidos no Reino Unido e na Nova Zelândia, quando mulheres com dor relacionada à ovulação foram excluídas, a prevalência de DPC reduziu, respectivamente, para 16,9%[3] e 16,5%[2], valores próximos daquele relatado para mulheres norte-americanas.

A fisiopatologia da DPC não é totalmente compreendida[9]. A pelve contém órgãos muito próximos, que compõem diferentes sistemas, dificultando o diagnóstico etiológico da DPC. Doenças dos sistemas genitourinário, gastrointestinal e musculoesquelético podem associar-se à DPC, destacando-se endometriose, síndrome do cólon irritável e cistite intersticial[2,10]. A identificação da origem da dor facilita seu tratamento. Entretanto, em uma proporção não negligenciável de mulheres a causa não será diagnosticada[1,2,10]. Em diferentes estudos, baseando-se no autorrelato, 47,7%[2], 50%[10] e 61%[1] das mulheres referiram não saber o motivo da DPC. A ausência de diagnóstico etiológico da dor pélvica associa-se a receio, medo[4] e ansiedade relacionada à possível causa da dor[3]. Além de ansiedade[5,11], mulheres com DPC podem apresentar depressão[5,11,12]. Essas alterações contribuem para a redução da qualidade de vida (QV)[5,13]. Estudos prévios relataram prejuízos em várias dimensões da QV de mulheres com DPC[4,5,14], porém ainda é pequeno o número de autores que estudaram esse tema.

A Organização Mundial de Saúde definiu QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"[15]. Esse conceito indica que, no contexto da DPC, a investigação da QV deve levar em consideração a autoavaliação da mulher, principalmente porque a dor é de percepção subjetiva[16]. Buscando captar os vários aspectos da QV, foram elaborados questionários, que produzem dados objetivos a partir de realidades subjetivas[17] e possibilitam a comparação dos resultados obtidos de diferentes populações.

A maioria dos estudos sobre QV e DPC foi realizada em países desenvolvidos. Considerando a escassez de estudos sobre o tema em países em desenvolvimento, e que diferenças socioculturais podem influenciar a percepção da QV e da dor, conduziu-se o

presente estudo cujos objetivos foram comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC.

Métodos

Conduziu-se estudo de corte transversal analítico no Ambulatório de Ginecologia da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, entre setembro de 2008 e agosto de 2009. Foram convidadas para participar do estudo mulheres em seguimento ambulatorial que apresentassem ou não DPC. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 50 anos. No grupo com DPC, as participantes referiram dor na região pélvica há pelo menos seis meses, não cíclica e não relacionada exclusivamente à relação sexual, devendo ter apresentado sintomas nos últimos três meses. No grupo sem DPC, as participantes não poderiam apresentar queixas de dor pélvica nos últimos três meses. Foram excluídas mulheres com antecedente de gravidez nos últimos 12 meses, em amenorreia, na pós-menopausa ou com histórico de tratamento de neoplasia maligna.

As pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia da UFG são encaminhadas das unidades básicas de saúde. Mulheres que apresentam DPC passam por avaliação clínica e ultrassonografia endovaginal. Outros exames são realizados de acordo com o quadro clínico, tais como urocultura, ultrassonografia de vias urinárias e colonoscopia. A laparoscopia é indicada quando há suspeita de endometrioma. Após investigação diagnóstica, havendo uma causa identificada da DPC, o tratamento específico é instituído. Para a terapia da dor são utilizados anti-inflamatórios, amitriptilina e indução à amenorreia, além de psicoterapia individual ou de grupo, ressaltando-se que o tratamento é individualizado.

Após consulta ambulatorial, 52 mulheres foram consecutivamente convidadas a participar do estudo. Duas mulheres recusaram-se a participar, uma referindo que não gostaria de falar sobre o tema e outra devido à falta de tempo. Dessa forma, 50 mulheres foram incluídas no estudo, sendo 30 com DPC e 20 sem DPC. Neste estudo, a origem da

DPC não foi investigada. As participantes sem DPC estavam em seguimento ambulatorial por diferentes alterações ginecológicas benignas tais como mioma uterino, pólipos uterinos, cistos ovarianos, entre outros.

A ficha de coleta de dados continha duas partes. Na primeira parte, as participantes responderam questões sobre características sociodemográficas, clínicas, reprodutivas, comportamentais e relacionadas à dor. A seguir, elas responderam o questionário de QV.

Foram investigados idade, raça/etnia, paridade, escolaridade (anos de estudo), estado marital, tabagismo (hábito de fumar no momento da inclusão no estudo), trabalho remunerado, renda familiar mensal (R$), tempo de dor (meses), índice de massa corpórea (IMC), atividade física, dismenorreia, antecedentes de cirurgias abdominal e vaginal e de doenças sexualmente transmissíveis e a prevalência de depressão e ansiedade. Para investigação da raça/etnia baseou-se na avaliação da participante, sendo classificada em branca, negra, parda, amarela, indígena ou outra. Para análise dos dados, categorizou-se em branca e não branca.

Atividade física, trabalho remunerado, dismenorreia, tabagismo, antecedentes cirúrgicos e de doenças sexualmente transmissíveis foram categorizados em sim ou não, conforme a declaração da participante. A prevalência de depressão e ansiedade foi investigada perguntando-se à participante se ela apresentava alguma dessas alterações, sendo categorizado em presente ou ausente.

A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala visual analógica (EVA)[18]. A participante referiu a intensidade da dor de acordo com uma escala graduada de 0-10, sendo que zero corresponde à ausência de dor, e 10, à pior dor possível. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A QV foi investigada com o uso do questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36)[19], um instrumento genérico para avaliação da QV. O questionário SF-36 foi traduzido e validado para a língua Portuguesa no Brasil[20]. O SF-36 é um questionário multidimensional, com oito domínios ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Estes componentes podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). Cada domínio corresponde a um valor, que varia de 0 a 100, zero correspondendo ao pior e 100 ao melhor estado de saúde[21]. O questionário foi aplicado por um dos investigadores na forma de entrevista.

A seguir é apresentado o significado de cada domínio do questionário SF-36. Capacidade funcional: avalia a existência de limitação provocada pela saúde nas atividades físicas, desde tomar banho ou vestir-se até atividades mais vigorosas. Aspectos físicos: investiga se há interferência de problemas físicos no trabalho ou em outras atividades diárias. Dor: avalia o grau de limitação provocado pela dor. Estado geral de saúde: investiga a autoavaliação do indivíduo em relação à sua saúde e prognóstico. Vitalidade: analisa o grau de energia e disposição. Aspectos sociais: investiga o quanto problemas físicos e/ou emocionais interferem nas atividades sociais normais (relacionamento com a família, vizinhos, amigos ou em grupo). Aspectos emocionais: investiga se há interferência de problemas emocionais no trabalho ou em outras atividades diárias. Saúde mental: avalia como o indivíduo se sente a maior parte do tempo com relação a sentimentos de nervosismo, depressão, felicidade, paz[21].

Os resultados são apresentados em média e desvio-padrão (DP), mediana, percentis 25% e 75%, ou em frequências absoluta e relativa, de acordo com o tipo de variável. Para comparar as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos foram utilizados teste t de Student, teste exato de Fisher ou teste não paramétrico de Wilcoxon.

Os escores do questionário SF-36 foram padronizados em uma escala de 0 a 100 e, devido à distribuição assimétrica dos valores amostrais, foram descritos em mediana e percentis 25% e 75%. As medianas dos escores de QV foram comparadas entre os grupos por regressão linear quantílica univariada e multivariada[22], para considerar o possível efeito confundidor das variáveis idade, renda familiar, dismenorreia, cirurgia, IMC, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão. A regressão quantílica permite estudar a associação entre a mediana de uma variável dependente (os escores de QV) e uma série de variáveis independentes.

Para investigação dos fatores associados à QV de mulheres com DPC, realizaram-se análises para cada um dos domínios e dos sumários, separadamente, selecionando-se as variáveis de maior interesse clínico. Nessa investigação aplicou-se o modelo linear de regressão quantílica[22], com ajuste por potenciais variáveis confundidoras (idade, estado marital, depressão, ansiedade, tempo de dor e intensidade da dor). Nas inferências estatísticas estabeleceu-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do software STATA versão 10.

Resultados

A média de idade das mulheres com e sem DPC foi de 35,2±7,5 anos e 36,0±9,3 anos (p=0,77), respectivamente. A mediana da renda familiar mensal foi igual a R$ 675,00 para mulheres com DPC e R$ 900,00 para as mulheres sem DPC (p=0,04). Oitenta e sete por cento das mulheres com DPC e 40% daquelas sem DPC referiram dismenorreia (p<0,01). Trinta por cento das mulheres com DPC e 5% das mulheres sem DPC apresentaram depressão (p=0,04), conforme apresentado na Tabela 1. A mediana de anos de estudo foi de 7,5 e 8,5 para mulheres com e sem DPC (p=0,60), respectivamente. Não houve diferença entre os grupos em relação às demais variáveis. A média do tempo de dor foi de 62,3±72,3 meses e a mediana da intensidade da dor foi de 4,5 (variação: 2,0-8,5).

Na Tabela 2 observa-se que, na análise não ajustada, mulheres com DPC apresentaram significativamente menores escores nos domínios aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e nos sumários dos componentes físico e mental. Após ajuste por potenciais variáveis confundidoras (idade, renda, dismenorreia, cirurgia, IMC, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão), as diferenças persistiram nos domínios dor (mediana igual a 31 para mulheres com DPC e de 72 para aquelas sem DPC; p<0,01) e aspectos sociais (mediana igual a 56,3 para mulheres com DPC e de 100 para mulheres sem DPC; p<0,01).

A depressão associou-se negativamente aos aspectos emocionais (p=0,05) e SCM (p=0,03), e intensidade da dor relacionou-se negativamente ao domínio dor (p<0,01), conforme demonstrado na Tabela 3. Não foram identificados fatores relacionados aos demais domínios do questionário SF-36.

Discussão

Neste estudo de corte transversal, os objetivos foram comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC. Embora alguns autores tenham avaliado esses aspectos em mulheres em idade reprodutiva, a maioria dos estudos foi conduzida em países desenvolvidos[1,3,4,14]. Mulheres de países em desenvolvimento compartilham diferentes realidades socioculturais, que podem influenciar a percepção da dor e da QV. No presente estudo, aplicou-se o SF-36, que, segundo recente revisão sistemática da literatura, foi o questionário mais utilizado na investigação da QV de mulheres com DPC[23].

Na presente coorte, não se observaram diferenças de QV entre mulheres com e sem DPC nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. Porém, verificou-se que mulheres com DPC apresentaram significativamente menores escores de QV nos domínios dor e aspectos sociais. No questionário SF-36 para avaliação do domínio dor são aplicadas duas questões que buscam quantificar a dor nas últimas quatro semanas prévias ao estudo e o quanto essa dor interferiu no trabalho, dentro e fora de casa[19]. O componente aspectos sociais é investigado por dois itens que objetivam avaliar o quanto a saúde física ou alterações emocionais interferiram nas atividades sociais em relação à família, vizinhos e amigos[19]. Nossos achados indicam que mulheres com DPC apresentaram prejuízo na vida social. Além disso, a dor pélvica comprometeu a produtividade no trabalho, confirmando achados de estudos conduzidos em diferentes países[1,3].

O estudo *Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health* (PEACH)[14] foi um ensaio clínico aleatorizado, delineado para comparar o tratamento ambulatorial e hospitalar de mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP). Um dos objetivos

específicos desse estudo foi comparar a QV de mulheres com e sem DPC. Após 32 meses e utilizando o questionário SF-36, os autores relataram que mulheres com DPC apresentaram menores escores nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais, saúde mental, SCF e SCM[14]. Em outro estudo conduzido nos Estados Unidos[1], entre mulheres de 18 a 50 anos de idade, demonstrou-se que o escore do estado geral de saúde de mulheres com DPC foi significativamente menor que o da população geral de mulheres sem DPC. Em estudo transversal conduzido no Reino Unido[3], com participação de mulheres da mesma faixa etária do estudo norte-americano, comparou-se a QV de mulheres com DPC com a de mulheres que referiram exclusivamente dismenorreia. Os autores verificaram diferenças nos sumários dos componentes físico e mental entre os grupos, com menores escores em mulheres com DPC[3], o mesmo sendo observado em outro contexto cultural[4].

À semelhança de estudos prévios[1,3,4], as participantes do presente estudo apresentavam idade entre 18 e 50 anos. Na análise não ajustada da QV, houve diferença entre os grupos, com maiores escores para mulheres sem DPC, nos domínios aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e nos sumários dos componentes físico e mental. Ao se ajustar por variáveis sociodemográficas e clínicas, a diferença se manteve nos domínios dor e aspectos sociais. Esses dados indicam que, em futuros estudos sobre a QV de mulheres com DPC, o efeito confundidor dessas variáveis (idade, renda, dismenorreia, cirurgia, índice de massa corpórea, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão) deve ser considerado.

É possível que as diferenças observadas entre nossos dados e os de países desenvolvidos relacionem-se às diferenças socioculturais das populações estudadas. Outro aspecto que pode explicar a diferença de achados refere-se à forma de

administração do questionário de QV. Nós aplicamos o questionário SF-36 na forma de entrevista, após consulta ambulatorial, entre frequentadoras de um serviço público de saúde, de atendimento terciário. Contrariamente, em outros estudos investigou-se a QV, enviando o questionário pelo correio[3] ou por entrevista telefônica[1,14]. Vale lembrar que na análise ajustada por variáveis que podem influenciar a percepção da QV, como ansiedade e depressão[5], houve diferença num menor número de domínios. Outros autores não consideraram o possível efeito confundidor dessas variáveis nas comparações dos escores de QV[3,14], o que pode ter contribuído para a identificação de diferenças em um maior número de domínios naqueles estudos.

A prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com DPC foi de 30% e 73%, respectivamente. No presente estudo, a investigação de ansiedade e depressão baseou-se no autorrelato da participante. Vale ressaltar que em estudo conduzido no Brasil[5] e que aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS)[24], os autores relataram frequência de 40% de depressão e 73% de ansiedade em mulheres com DPC[5]. Outros autores descreveram prevalência de 86% de sintomas depressivos entre mulheres com endometriose e DPC[11,12]. Essas diferenças podem relacionar-se aos instrumentos utilizados na investigação da ansiedade e depressão, além das características das populações estudadas. Fatores psicológicos podem afetar negativamente a QV[5,11,13]. Verificou-se que depressão associou-se negativamente ao domínio aspectos emocionais e ao SCM. Outros autores relataram associação negativa entre depressão e ansiedade com os componentes psicológico, físico, social e ambiental da QV[5], além de comprometimento da função sexual[6]. Nossos dados e os de outros pesquisadores[4,5,11,14] indicam que mulheres com DPC apresentam prejuízo em vários domínios da QV, não se restringindo à dimensão física.

A *International Association for the Study of Pain* definiu dor como uma "experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano", sendo sempre subjetiva[16]. Na presente coorte, houve associação negativa entre a intensidade da dor e o domínio dor. Em outros estudos foi descrita uma relação negativa entre a intensidade da dor e a QV[11,14], porém outros autores não identificaram essa associação[25].

Nossos achados devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. O delineamento de corte transversal não permite estabelecer relações de causalidade ou temporais, possibilitando identificar associações. No presente estudo, a pesquisa da prevalência de depressão e ansiedade foi baseada no autorrelato da participante e apresentou valores semelhantes aos descritos por autores que utilizaram instrumentos específicos[5]. A despeito da limitação do autorrelato de depressão e ansiedade, foi descrito que uma simples questão em relação a essas alterações é suficiente para diagnosticá-las com alta sensibilidade e especificidade[26]. Vale destacar a utilização de um questionário de QV traduzido e validado internacionalmente e a presença de um grupo controle, composto por mulheres sem DPC. Destaca-se ainda a comparação dos escores de QV com ajuste por condições comuns em mulheres com DPC, incluindo dismenorreia, depressão e ansiedade.

Finalmente, acreditamos que os nossos achados são de interesse para os profissionais envolvidos nos cuidados da saúde da mulher. Observou-se que mulheres com DPC apresentaram pior QV do que aquelas sem DPC, e que depressão e intensidade da dor associaram-se negativamente à QV de mulheres com DPC. Esses dados indicam a necessidade de se priorizar o tratamento de sintomas depressivos e da dor, minimizando as repercussões negativas desses fatores sobre a QV de mulheres com DPC.

Referências:

1. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol. 1996;87(3):321-7.

2. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. Aust N Z J Public Health. 2004;28(4):369-75.

3. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001;51(468):541-7.

4. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. Health Care Women Int. 2006;27(7):585-99.

5. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, 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.

6. Ter Kuile MM, Weijenborg PT, Spinhoven P. Sexual Functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. J Sex Med 2010;7(5):1901-10.

7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guidelines and Audit Committee [Internet]. Guideline No. 41. The initial management of chronic pelvic pain, 2005. [cited 2010 May 22]. Available from: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT41InitialManagementChronicPelvicPain2005.pdf>

8. Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. Med J Aust. 2008;189(3):138-43.

9. Weijenborg PT, Ter Kuile MM, Gopie JP, Spinhoven P. Predictors of outcome in a cohort of women with chronic pelvic pain - a follow-up study. Eur J Pain. 2009;13(7):769-75.

10. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community--symptoms, investigations, and diagnoses. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(6):1149-55.

11. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;142(1):53-6.

12. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(1):88-92.

13. Cruz LN, de Almeida Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil [Internet]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009. [cited 2010 May 24]. Available from: <http://www.springerlink.com.w10051.dotlib.com.br/content/3584745541055672/fulltext.pdf

14. Haggerty CL, Schulz R, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health Study Investigators. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol. 2003;102(5 Pt 1):934-9.

15. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res. 1993;2(2):153-9.

16. International Association for the Study of Pain [Internet]. Pain terminology; 2007. [cited 2010 Mar 14]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_DeWnitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>

17. Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB. Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. Arch Gynecol Obstet. 2007;276(6):583-9.

18. Briggs M, Closs JS. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. J Pain Symptom Manage. 1999;18(6):438-46.

19. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-83.

20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol. 1999;39(3):143-50.

21. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gardek B. The SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: Quality Metric Incorporated; 2000.

22. Koenker RW, Bassett GW. Regression quantiles. Econometrica. 1978;46:33-50.

23. Neelakantan D, Omojole F, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. J Obstet Gynaecol. 2004;24(8):851-8.

24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.

25. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. J Reprod Med. 2004;49(2):115-20.

26. Wyshak G, Barsky AJ. Relationship between patient self-ratings and physician ratings of general health, depression, and anxiety. Arch Fam Med. 1994;3(5):419-24.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de mulheres com e sem dor pélvica crônica (DPC).

Características	Com DPC (n=30)		Sem DPC (n=20)		p-valor
Idade (anos)*	35,2	7,5	36,0	9,3	0,77[1]
Estado marital[#]					0,55[2]
Com companheiro	22	73	13	65	
Sem companheiro	8	27	7	35	
Dismenorreia[#]					<0,01[2]
Sim	26	87	8	40	
Não	4	13	12	60	
Depressão[#]					0,04[2]
Sim	9	30	1	5	
Não	21	70	19	95	
Ansiedade[#]					0,07[2]
Sim	22	73	9	45	
Não	8	27	11	55	

*Valores expressos em média DP.

[#]Valores expresso em N %.

[1]Teste t de Student.

[2]Teste exato de Fisher.

Tabela 2. Comparação das medianas dos escores do SF-36 de mulheres com (n=30) e sem (n=20) dor pélvica crônica (DPC).

Domínios do SF-36	Grupo	Mediana	Percentil 25% - 75%	p-valor bruto	p-valor ajustado*
Capacidade Funcional	Com DPC	65,0	50,0 – 85,0	0,09	0,16
	Sem DPC	92,5	75,0 – 100,0		
Aspectos físicos	Com DPC	12,5	0 – 75,0	0,03	0,06
	Sem DPC	100,0	75 – 100,0		
Aspectos emocionais	Com DPC	100,0	33,0 – 100,0	0,22	1,00
	Sem DPC	100,0	100 – 100,0		
Dor	Com DPC	31,0	20,0 – 41,0	<0,01	<0,01
	Sem DPC	72,0	61,5 – 79,0		
Vitalidade	Com DPC	40,0	20,0 – 60,0	0,03	0,08
	Sem DPC	67,5	55,0 – 77,5		
Saúde mental	Com DPC	54,0	28,0 – 76,0	0,08	0,37
	Sem DPC	76,0	66,0 – 84,0		
Aspectos sociais	Com DPC	56,3	50,0 – 75,0	<0,01	<0,01
	Sem DPC	100,0	75,0 – 100,0		
Estado geral de saúde	Com DPC	50,0	37,0 – 67,0	0,01	0,16
	Sem DPC	74,5	62,0 – 82,0		
Sumário do componente físico	Com DPC	37,4	32,1 – 49,5	<0,01	0,49
	Sem DPC	51,9	47,7 – 55,2		
Sumário do componente mental	Com DPC	43,2	28,2 – 54,7	0,04	0,29
	Sem DPC	53,2	48,6 – 55,9		

*Comparação entre medianas, usando o modelo de regressão linear quantílica, com ajuste por idade, renda, dismenorreia, cirurgia, índice de massa corpórea, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão.

Tabela 3. Fatores associados à qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica (n=30).

Variáveis	Coeficiente	Erro padrão	IC 95%	p-valor	R^2
Aspectos emocionais					0,38
Constante	86,8				
Idade (anos)	-0,2	1,3	(-2,81 a 2,36)	0,86	
Estado marital	-1,6	27,0	(-57,48 a 54,27)	0,95	
Depressão	-65,2	31,5	(-130,25 a -0,12)	0,05	
Ansiedade	18,6	26,7	(-36,69 a 73,87)	0,49	
Tempo de dor	-0,1	0,2	(-0,50 a 0,27)	0,54	
Intensidade da dor	0,8	6,0	(-11,69 a 13,26)	0,90	
Dor					0,39
Constante	76,6				
Idade (anos)	0,01	0,5	(-0,93 a 0,96)	0,98	
Estado marital	12,2	7,8	(-3,92 a 28,38)	0,13	
Depressão	-9,1	10,1	(-30,90 a 10,94)	0,33	
Ansiedade	5,9	9,9	(-14,62 a 26,50)	0,56	
Tempo de dor	0,04	0,08	(-0,12 a 0,19)	0,65	
Intensidade da dor	-8,8	2,5	(-13,98 a -3,66)	<0,01	
Sumário do componente mental					0,35
Constante	40,1				
Idade (anos)	0,07	0,5	(-0,91 a 1,05)	0,89	
Estado marital	4,6	9,8	(-15,75 a 24,95)	0,65	
Depressão	-23,3	9,9	(-43,80 a -2,74)	0,03	
Ansiedade	10,3	8,7	(-7,76 a 28,38)	0,25	
Tempo de dor	-0,04	0,07	(-0,17 a 0,09)	0,50	
Intensidade da dor	-0,3	2,4	(-5,23 a 4,57)	0,89	

IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

R^2: pseudocoeficiente de determinação: proporção da variação da variável dependente explicada pelas variáveis independentes.

4 CONCLUSÕES

- Mulheres com dor pélvica crônica apresentaram pior qualidade de vida quando comparadas a mulheres sem dor pélvica crônica.

- Depressão e intensidade da dor relacionaram-se negativamente à qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica.

5 REFERÊNCIAS

Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of braszilian women. Human Rep 2003; 18 (4):756-759.

Berkley KJ. Sex differences in pain. Behav Brain Sci 1997; 20(3):371-380.

BRASIL. Ministério da Saúde – DATASUS. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def. Acesso em 13 Mar 2010.

Brown CS, Franks AS, Wan J, Ling FW. Citalopram in the treatment of women with chronic pelvic pain: an open-label trial. J Reprod Med 2008; 53(3):191-195.

Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. Acta Reumatol Port 2008; 33(2):127-133.

Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2006; 20(5):695-711.

Choinière M, Amsel R. A visual analogue thermometer for measuring pain intensity. J Pain Symptom Manage 1996; 11(5):299-311.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. Rev Bras Reumatol 1999; 39(3):143-150.

Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(1):87-92.

Daniels J, Gray R, Hills RK, et al. LUNA Trial Collaboration. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. JAMA 2009; 302(9):955-961.

Drozgyik I, Vizer M, Szabo I. Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 133(2):223-226.

Dubner R, Ruda MA. Activity-dependent neuronal plasticity following tissue injury and inflammation. Trends Neurosci 1992; 15(3):96-103.

Engel CC Jr, Walker EA, Engel AL, Bullis J, Armstrong A. A randomized, double-blind crossover trial of sertraline in women with chronic pelvic pain. J Psychosom Res 1998; 44(2):203-207.

Ferrero S, Camerini G, Seracchioli R, Ragni N, Venturini PL, Remorgida V. Letrozole combined with norethisterone acetate compared with norethisterone acetate alone in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis. Hum Reprod 2009; 24(12):3033-3041.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL – bref”. Rev Saude Publica 2000; 34(2):178-183.

Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. Health Care Women Int 2006; 27(7):585-599.

Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. Aust N Z J Public Health 2004; 28(4):369-375.

Grace VM. Pitfalls of the medical paradigm in chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14(3):525-539.

Grace VM. Mind/body dualism in medicine: The case of chronic pelvic pain without organic pathology: a critical review of the literature. Int J Health Serv 1998; 28(1):127-151.

Gunter J. Chronic Pelvic Pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Surv 2003; 58(9): 615-623.

Haggerty CL, Schulz R, Ness RB.. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 2003; 102 (5): 934-939.

Haggerty CL, Peipert JF, Weitzen S, Hendrix SL, Holley RL, Nelson DB. Predictors of chronic pelvic pain in an urban population of women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Diseases 2005; 32(5): 293-299.

Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1995; 86(6):941-945.

Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, et al. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somatocognitive therapy: results of a 1-year follow-up study. Am J Obstet Gynecol 2008; 199(6):615.e1-615.e8.

Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv 1993; 48(6):357-387.

Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2003; 101(3):594-611.

International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Definitions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Pain 1986; (supplement): S1-S221.

International Association for the Study of Pain. Pain terminology 2007.

Disponível em http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_DeWnitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728. Acesso em 14 Mar 2010.

Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health 2006; 6:177.

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ 2006; 332(7544):749-755.

Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. Lancet 1999; 353(9164):1607-1609.

Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(1):88-92.

Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol 1996; 87(3):321-327.

McKenna JE, Melzack R. Blocking NMDA receptors in the hippocampal dentate gyrus with AP5 produces analgesia in the formalin pain test. Exp Neurol 2001; 172(1):92-99.

Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. J Dent Educ 2001; 65(12):1378-1382.

Nascu PC, Vilos GA, Ettler HC, Abu-Rafea B, Hollet-Caines J, Ahmad R. Histopathologic findings on uterosacral ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. J Minim Invasive Gynecol 2006; 13(3):201-204.

Neelakantan D, Omojole F, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. J Obstet Gynaecol 2004; 24(8):851-858.

Nogueira AA, Reis FJC, Neto OBP. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. RBGO 2006; 28(12):733-740.

Okaro E, Condous G, Khalid A, et al. The use of ultrasound-based 'soft markers' for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain—can we reduce the need for laparoscopy? BJOG 2006; 113(3):251-256.

Ong KS, Seymour RA. Pain measurement in humans. Surgeon 2004; 2(1):15-27.

Onwude JL, Thornton JG, Morley S, Lilleyman J, Currie I, Lilford RJ. A randomised trial of photographic reinforcement during postoperative counselling after diagnostic laparoscopy for pelvic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;112(1):89-94.

Ortiz DD. Chronic pelvic pain in women. Am Fam Physician 2008; 77(11):1535-1542.

Peters AA, Trimbos-Kemper GC, Admiraal C, Trimbos JB, Hermans J. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99(1):59-62.

Peters AA, van Dorst E, Jellis B, van Zuuren E, Hermans J, Trimbos JB. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1991; 77(5):740-744.

Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30(11):535-536.

Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. Med J Aust 2008; 189(3):138-143.

Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2007; (2):CD000346.

Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. Obstet Gynecol 2000; 95(3):397-402.

Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, 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):707-711.

Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. Wien Klin Wochenschr 2005; 117(21-22):761-768.

Schlaff WD, Carson SA, Luciano A, Ross D, Bergqvist A. Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. Fertil Steril 2006; 85(2):314-325.

Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4):CD000068.

Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009; 142(1):53-56.

Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, et al. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence

after conservative surgery for endometriosis. Hum Reprod 2009; 24(11):2729-2735.

Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C, Manuzzi L, Savelli L, Venturoli S. Long-term oral contraceptive pills and postoperative pain management after laparoscopic excision of ovarian endometrioma: a randomized controlled trial. Fertil Steril 2009 May 12 [Epub ahead of print]. Disponível em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T6K-4W8TJJT-3&_user=10&_coverDate=05%2F13%2F2009&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=dd1b2ddbef1edfc4ecbf6c8555fdbd0a. Acesso em 05 Abr 2010.

Sesti F, Pietropolli A, Capozzolo T, et al. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III-IV. A randomized comparative trial. Fertil Steril 2007; 88(6):1541-1547.

Shokeir T, Amr M, Abdelshaheed M. The efficacy of Implanon for the treatment of chronic pelvic pain associated with pelvic congestion: 1-year randomized controlled pilot study. Arch Gynecol Obstet 2009; 280(3):437-443.

Simsek M, Burak F, Taskin O. Effects of micronized purified flavonoid fraction (Daflon) on pelvic pain in women with laparoscopically diagnosed pelvic congestion syndrome: a randomized crossover trial. Clin Exp Obstet Gynecol 2007; 34(2):96-98.

Soysal ME, Soysal S, Gurses E, Ozer S. Laparoscopic presacral neurolysis for endometriosis-related pelvic pain. Hum Reprod 2003; 18(3):588-592.

Soysal ME, Soysal S, Vicdan K, Ozer S. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. Hum Reprod 2001; 16(5):931-939.

Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic

impact of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14(3):415-431.

Stones RW, Bradbury L, Anderson D. Randomized placebo controlled trial of lofexidine hydrochloride for chronic pelvic pain in women. Hum Reprod 2001; 16(8):1719-1721.

Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD000387.

Stratton P, Sinaii N, Segars J, et al. Return of chronic pelvic pain from endometriosis after raloxifene treatment: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2008; 111(1):88-96.

Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. Lancet 2003; 361(9365):1247-1251. Erratum in: Lancet 2003; 361(9376):2250.

Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual disfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet 2006; 274 (5): 297-302.

Von Korff M, Jensen MP, Karoly P. Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25(24):3140-3151.

Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Jemelka R. An open trial of nortriptyline in women with chronic pelvic pain. Int J Psychiatry Med 1991; 21(3):245-252.

Walling MK, Reiter RC, O`hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. Obstet Gynecol 1994; 84(2):193-199.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6):473-483.

Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gardek B. The SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: Quality Metric Incorporated, 2000.

Ware JE Jr. SF-36 health survey update. Spine (Phila Pa 1976) 2000; 25(24):3130-3139.

Wesselmann U. Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain. World J Urol 2001; 19(3):180-185.

WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2(2):153-159.

Winkel CA. Modeling of medical and surgical treatment costs of chronic pelvic pain: new paradigms for making clinical decisions. Am J Manag Care 1999; 5(5 Suppl):S276-S290.

Yasmin H, Bombieri L, Hollingworth J. What happens to women with chronic pelvic pain after a negative [normal] laparoscopy? J Obstet Gynaecol 2005; 25 (3): 283-285.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(11):1156-1161.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106(11):1149-1155.

Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000; 14(3):403-414.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract 2001; 51(468): 541-547.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(6):1149-1155.

Zúbor P, Szunyogh N, Galo S, et al. Laparoscopy in chronic pelvic pain -a prospective clinical study. Ceska Gynekol 2005; 70(3):225-231.

Referências segundo normas da ABNT.

6 ANEXOS

6.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

6.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

6.3 Anexo 3 – Normas para Publicação da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

6.4 Anexo 4 – Ficha de Coleta de Dados

6.5 Anexo 5 – Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)

6.1. Anexo 1

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 106/2008 **Goiânia, 28/08/2008**

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: *Dra. Priscilla Rodrigues Barcelos*

TÍTULO: *"Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica"*

Área Temática: *Grupo III*
Local de realização: *HC/UFG – Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal analisou e aprovou o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

➔ Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

➔ **O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).**

➔ O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)

Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

6.2. Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Qualidade de vida de mulheres com Dor Pélvica Crônica

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Meu nome é Priscilla Rodrigues Barcelos, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é a Ginecologia.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecida sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Dra. Priscilla Rodrigues Barcelos, no telefone: 3269-8293. Em caso de dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas nos telefones: 62-32698338 ou 62-32698426.

A pesquisa, cujo título é “Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica”, consiste na comparação da qualidade de vida de mulheres que apresentam ou não dor pélvica.

A avaliação consistirá do preenchimento do questionário de qualidade de vida SF-36 e de ficha clínica padronizada para avaliação de dor pélvica crônica, o que será realizado sob orientação da pesquisadora, uma única vez.

Não há nenhuma possibilidade de riscos, prejuízo, desconfortos, lesões que possam ser provocados pela atual pesquisa e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na mesma. A avaliação será feita no dia da consulta de rotina no ambulatório de ginecologia.

Garantimos sigilo sobre os dados coletados, sendo que não haverá divulgação de qualquer dado de identificação. Você tem total liberdade de não aceitar participar da pesquisa, bem como retirar o consentimento posteriormente, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento.

Os dados coletados serão usados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

.....

Priscilla Rodrigues Barcelos

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,.....,abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Qualidade de vida de mulheres com Dor Pélvica Crônica como sujeito voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Priscilla Rodrigues Barcelos sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data:.....

Assinatura da paciente: .....

Assinatura dactiloscópica:

Nome do pesquisador: Priscilla Rodrigues Barcelos

Assinatura do pesquisador: .....

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:.....

Assinatura:.....

Nome:.....

Assinatura:.....

6.3. Anexo 3

Normas para publicação – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico http://www.icmje.org/.

Apresentação do texto

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que forem mencionadas no texto.

3. Para impressão, utilizar folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras não digitadas.

Página de rosto

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, titulação, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Dar preferência para o endereço da

instituição onde o trabalho foi desenvolvido. O autor tem de indicar quais informações pessoais não devem ser publicadas.

Resumo

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo. Abaixo do resumo, indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos.

Na mesma página do resumo, citar pelo menos cinco palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico http://decs.bvs.br/.

Em outra página, deve ser impresso o abstract como versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results, conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras. Para Notas Prévias, não há necessidade do resumo.

Introdução

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar

o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

Métodos

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado.

Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga devem, necessariamente, incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline – Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials (http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html). Ver também item 4 das “Informações gerais”.

Resultados

Apresentar os resultados em sequência lógica, com texto, tabelas e figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também tabelas). Nos Relatos de Casos, as seções “métodos” e “resultados” são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções “introdução” e “resultados”. Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar

as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Recomenda-se tabular informações sobre os casos já publicados para comparação.

Agradecimentos

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham dado apoio material.

Referências

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou publicações de circulação restrita. Não empregar referências do tipo “observações não publicadas” e “comunicação pessoal”. Para textos escritos originalmente em português, a referência também deve ser feita em português. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: “aceito e aguardando publicação”, ou “in press”, indicando-se o periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis on-line, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como “ahead of print”.

No caso de citações de outras publicações dos autores (autocitação), incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais (não citar capítulos ou revisões), impressos em periódicos regulares e relacionados ao tema.

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 30. Para Notas Prévias, no máximo dez. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Formato impresso

• Artigos em revistas

- Moran CA, Suster S, Silva EG. Low-grade serous carcinoma of the ovary metastatic to the anterior mediastinum simulating multilocular thymic cysts: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 3 cases. Am J Surg Pathol. 2005;29(4):496-9.

- Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FG, Pereira BG, Passini Junior R, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(1):27-32.

- Miyatake T, Ueda Y, Yoshino K, Shroyer KR, Kanao H, Sun H, et al. Clonality analysis and human papillomavirus infection in squamous metaplasia andatypical immature metaplasia of uterine cervix: is atypical immature metaplasia a precursor to cervical intraepithelial neoplasia 3? Int J Gynecol Pathol. 2007;26(2):180-7.

• Livro

- Baggish MS, Karram MM. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2006.

• Capítulos de livro

- Daher S, Mattar R, Sass N. Doença hipertensiva específica da gravidez: aspectos imunológicos. In: Sass N, Camano L, Moron AF, editores. Hipertensão arterial e nefropatias na gravidez. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 45-56.

Formato eletrônico

Apenas para informações estatísticas oficiais e citação de referências de periódicos não impressos. Para estatísticas oficiais, indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico, o nome do arquivo ou entrada. Incluir o número de telas, data e hora do acesso. Termos como “serial”, “periódico”, “homepage” e “monography”, por exemplo, não são mais utilizados. Todos os

documentos devem ser indicados apenas como [Internet]. Para documentos eletrônicos com o identificador DOI (Digital Object Identifier), mencionar no final da referência, além das informações que seguem:

- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado 2007 Fev 7]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def >

• Monografia na internet ou livro eletrônico

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Tabelas

Imprimir tabelas em páginas separadas, com espaço duplo e fonte Arial 8. A numeração deve ser sequencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas devem ter título e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deve conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e, para nova linha, a tecla enter. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras devem ser impressas em folhas separadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ter qualidade gráfica adequada (usar somente fundo branco) e apresentar título e legenda, digitados em fonte Arial 8. No disquete, CD ou DVD devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original

está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o processo de digitalização de imagens (scan) deve obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos (preto e branco) usar 300 dpi/RGB ou grayscale. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão .tif e/ou .jpg. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico (preto e branco) para que possam ser devidamente digitalizadas. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw®), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). São aceitas, no máximo, cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas, devem vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas

Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela, e na ordem que foram citadas no trabalho.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

6.4. Anexo 4

Ficha para coleta de dados

Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica

Grupo |___| 1. Com DPC |___| 2. Sem DPC Nº no estudo: |___|___|___|

Data: |___||___||___||___||___||___|

Seção I - Características pessoais

“Gostaria de fazer algumas perguntas”:

1.1a Qual a sua idade? |___|___| anos

1.1b Qual sua data de nascimento? |___|___|_____|

1.2 Entre estas, qual você considera que é a sua cor ou raça?

1. Branca
2. Negra
3. Parda
(5) Amarela
(6) Indígena
(7) Outra Qual?_____

1.3 Atualmente você é?

|1 | Solteira

| 2 | Casada

| 3 | Vive junto

| 4 | Separada/Divorciada

| 5 | Viúva

1.4 Você fuma atualmente?

| 1 | Sim

| 2 | Não

1.5 Qual a renda mensal da sua família? _____

1.6 Quantos anos você estudou? _____

1.7 Atualmente você realiza algum trabalho pelo qual recebe pagamento?

| 1 | Sim | 2 | Não >>>> passe para 1.9

1.8 Quantas horas você trabalha por semana? |__|__| horas

1.9 Qual é o seu peso em quilogramas? |__|__|__|,|__|__| Kg

1.10 Qual é a sua altura em metros? |__|, |__|__| m

1.11 IMC: _____

1.12 No último mês, você praticou atividades físicas (caminhada, natação, hidroginástica, musculação, yoga, outras)? | 1 | Sim | 2 | Não >>>>> passe para 1.14

1.13 Em média, com que frequência você tem praticado atividade física?

| 0 | Menos de 1vez por semana

| 1 | 1 vez por semana

| 2 | 2 vezes por semana

| 3 | 3 vezes por semana

| 4 | Mais de 3 vezes por semana

1.14 Atualmente você tem depressão?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.15 Atualmente, você tem ansiedade?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.16 Você já sofreu abuso físico?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.17 Você já sofreu abuso sexual?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.18 Você tem uma relação satisfatória com seu parceiro?

| 1 | Sim | 2 | Não | 3 | Não tenho parceiro

1.19 Você considera sua vida sexual satisfatória?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.20 Você está satisfeita com sua situação profissional?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.21 Você está satisfeita com sua vida, em geral?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.22 Você é usuária habitual de álcool ou drogas?

| 1 | Sim | 2 | Não

1.23 O sustento de sua família lhe causa preocupação?

| 1 | Nenhuma | 2 | Um pouco | 3 | Moderada | 4 | Muita

Seção II – Aspectos reprodutivos

2.1 Quantos anos tinha quando teve sua primeira menstruação? |___|___| anos

2.2 A Sra. já ficou grávida?

1. Sim
2. Não >>>>>>>> Passe a 2.7

2.3 Quantos anos a Sra. tinha quando teve seu primeiro filho? |___|___| anos

|_8_|_8_| Nunca teve parto >>>>>>>> Passe a 2.7

2.4 Quantos partos normais a Sra. teve? |___|___| partos normais

2.5 Quantas cesareanas a Sra. Teve? |___|___| cesareanas

2.6 Quantos abortos a Sra. teve? |___|___| abortos

2.7 A Sra. já foi submetida a alguma cirurgia?

| 0 | Nenhuma
| 1 | Cirurgia abdominal
| 2 | Cirurgia vaginal
| 3 | Mais de uma dessas

2.8 Qual a data da sua última menstruação?

|__||__||__||__||__||__| (dia/mês/ano)

2.9 Você sente dor durante a menstruação? | 1 | Sim | 2 | Não

2.10 Você usa algum método anticoncepcional?

| 0 | Nenhum

| 1 | hormonal (pílula, injetável, anel vaginal, adesivo)

| 2 | cirúrgico (laqueadura de trompas)

| 3 | barreira (camisinha masculina ou feminina)

| 4 | DIU

| 5 | Mais de um desses

2.11 Você já teve alguma doença sexualmente transmissível ou doença inflamatória pélvica?

| 1 | Sim | 2 | Não

2.12 Nos últimos três meses, você sentiu dor na região pélvica (na barriga, abaixo do umbigo), fora do período menstrual?

| 1 | Sim | 2 | Não >>>>>>> fim

2.13 Há quanto tempo você sente essa dor?

|__|__|__| meses

2.14 Qual desses tipos de dor você sente?

| 1 | cólica
| 2 | pontada
| 3 | queimação
| 4 | latejante
| 5 | peso
| 6 | mais de um desses. Quais? _____
| 7 | outros _____

2.15 Qual a intensidade da dor? Escala visual: _____

2.16 Quantos dias no último mês você sentiu dor?

| 1 | 1 a 3 dias
| 2 | 4 a 7 dias
| 3 | 8 a 15 dias
| 4 | 16 ou mais dias

2.17 A dor piora com algum desses fatores?
| 1 | deambulação
| 2 | micção
| 3 | evacuação
| 4 | esforço físico
| 5 | posição _____
| 6 | outros _____
| 7 | mais de um desses _____
| 8 | nenhum

2.18 A dor melhora com algum desses fatores?
| 1 | repouso
| 2 | analgésicos
| 3 | eliminação de gases ou evacuação
| 4 | posição _____
| 5 | outros _____
| 6 | mais de um desses _____

2.19 Ao sentir dor, também sente algum dos itens abaixo?
| 1 | enjôo
| 2 | vômitos
| 3 | febre
| 4 | outros _____
| 5 | mais de um desses _____
| 6 | nenhum

2.20 Em relação à menstruação, sua dor:
| 1 | não muda
| 2 | piora durante a menstruação
| 3 | melhora durante a menstruação
| 4 | outros _____

2.21 Em relação à atividade sexual sua dor:
| 1 | não muda
| 2 | piora durante a relação
| 3 | melhora durante a relação
| 4 | piora após a relação
| 5 | melhora após a relação
| 6 | outros _____
| 7 | mais de um desses _____

2.22 Como é o funcionamento do seu intestino?
| 1 | normal
| 2 | fica mais de dois dias sem evacuar
| 3 | tem diarréia
| 4 | apresenta muco (“catarro”) ou sangue nas fezes
| 5 | mais de um desses _____

2.23 Como é o funcionamento da sua bexiga?
| 1 | normal
| 2 | acorda mais de uma vez à noite para urinar
| 3 | sente vontade de urinar frequentemente
| 4 | sente dor para urinar
| 5 | sente vontade súbita de urinar, necessitando ir ao banheiro com urgência
| 6 | mais de um desses _____

6.5. Anexo 5 - Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)

Grupo: 1. |___| Com dor pélvica crônica 2|___| Sem dor pélvica crônica

Nº estudo |__||__||__|

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Caso você esteja insegura em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
   - Excelente..... 1
   - Muito boa..... 2
   - Boa..... 3
   - Ruim..... 4
   - Muito ruim..... 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)
   - Muito melhor agora do que há um ano atrás..... 1
   - Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2
   - Quase a mesma de um ano atrás..... 3
   - Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4
   - Muito pior agora do que há um ano atrás..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	**SIM.** Dificulta muito	**SIM.** Dificulta um pouco	**NÃO.** Não dificulta de modo algum
a. **Atividades vigorosas**, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. **Atividades moderadas**, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir **vários lances** de escada	1	2	3
e. Subir **um lance** de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar **mais de 1 quilômetro**	1	2	3
h. Andar **vários quarteirões**	1	2	3
i. Andar **um** quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como conseqüência da sua saúde física**?

(circule um número em cada linha)

Atividades	SIM	NAO
a. Você diminuiu **a quantidade de tempo** que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
c. Esteve **limitado** no seu tipo trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve **dificuldade** de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como conseqüência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)**?

(circule um número em cada linha)

	SIM	NAO
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou **menos tarefas** do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

•De forma nenhuma.....	1
•Ligeiramente.....	2
•Moderadamente.....	3
•Bastante.....	4
•Extremamente.....	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**? (circule uma)

•Nenhuma.....	1
•Muito leve.....	2
•Leve.....	3
•Moderada.....	4
•Grave.....	5
•Muito grave.....	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

•De maneira alguma.....	1
•Um pouco.....	2
•Moderadamente.....	3
•Bastante.....	4
•Extremamente.....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às **últimas 4 semanas.**

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc) (circule uma)

•Todo o tempo.....	1
•A maior parte do tempo.....	2
•Alguma parte do tempo.....	3
•Uma pequena parte do tempo.....	4
•Nenhuma parte do tempo.....	5

11. O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	Definitivamente falsa	A maioria das vezes falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5