

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

**ANA GABRIELA CARVALHO BANDEIRA SANTOS ZABULON**

**ASSISTÊNCIA ÀS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

**TERESINA**

**2021**

ANA GABRIELA CARVALHO BANDEIRA SANTOS ZABULON

**ASSISTÊNCIA ÀS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher (PPGSM) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Alves Rosal.

TERESINA

2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S596a

Assistência às pacientes com dor pélvica crônica em Hospital Universitário / Ana Gabriela Carvalho Bandeira Santos Zabulon. Teresina, 2021.

114 p.: il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí - UFPI. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2021.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Marta Alves Rosal.

1. Dor pélvica. 2. Dor crônica. 3. Terapêutica. 4. Epidemiologia. 5. Prevalência. 6. Custos de tratamento I. Título.

CDD 616.0472

Elaborado por Marcelo Cunha de Andrade – Bibliotecário CRB/3 1221

ANA GABRIELA CARVALHO BANDEIRA SANTOS ZABULON

**ASSISTÊNCIA ÀS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA EM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher (PPGSM) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.

Teresina-PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marta Alves Rosal  
Universidade Federal do Piauí  
Presidenta da Banca

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Carvalho Martins  
Universidade Federal do Piauí  
Avaliador Suplente

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ione Maria Ribeiro Soares Lopes  
Universidade Federal do Piauí  
Avaliador Interno

---

Prof. Dr. Avelar Alves da Silva  
Universidade Federal do Piauí  
Avaliador Externo

## DEDICATÓRIA

Dedico esta obra a todos que tornaram possível sua realização e conclusão.

Agradeço a meus pais, Washington e Lourdinha Bandeira, alicerces de uma família que sempre apoiou e incentivou minhas decisões, meu estudo, minha profissão e mais esta conquista.

A meu irmão Washington Filho, pelo apoio e incentivo ao meu aprimoramento profissional.

A minha Irmã Karynnae e meu cunhado Arimatéa Santos, exemplos de grandes profissionais médicos e ginecologistas/obstetras e que, sem dúvida alguma, foram influência para o despertar do meu interesse pela medicina e pela ginecologia/obstetrícia.

Aos meus afilhados Enrico e Sofia dos Santos, grandes presentes da minha vida e quase como filhos, que me enchem de alegria e paz, e me fazem crescer como pessoa.

Ao meu marido, Paulo Zabulon Neto, por todo incentivo, apoio e credibilidade em minha capacidade e trabalho.

A nossa filha Mariana, nossa benção, nosso milagre de Deus. Em meio a um momento tão turbulento no mundo, receber a notícia de que nosso bebê vai chegar é motivo de intensa felicidade, certeza dos planos certos de Deus e de sempre existir um amanhã melhor e mais esperançoso. Você, minha filha, me faz ter força, persistência, vontade de crescer e vencer e, sem dúvidas, ter ainda mais fé na vida. Você é minha grande motivação.

Todos eles com sua participação, a sua maneira, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Tenho que agradecer sobretudo a Deus, por me permitir ter todos vocês em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus mentores, pelo compromisso com a minha formação profissional e por todos os ensinamentos técnicos e de vida. Com eles, o entusiasmo pela medicina e ginecologia/obstetrícia só crescem assim como a vontade de sempre aprender e aprimorar.

Por tornar este trabalho possível e concreto, e pelo incentivo a aprender e gostar cada vez mais do mundo acadêmico agradeço a Dra. Marta Alves Rosal e a todos os professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí. Estes são exemplos de profissionalismo e competência, dignos de minha admiração e estímulo ao constante crescimento e capacitação.

## RESUMO

**Introdução:** A dor pélvica crônica é um problema de saúde frequente que acomete cerca de 15% das mulheres em todo o mundo. **Objetivos:** determinar a frequência, perfil sociodemográfico e clínico, a condução clínica e seus resultados de mulheres com dor pélvica crônica; identificar os custos implicados em sua assistência. **Métodos:** estudo transversal observacional descritivo, em que foram avaliadas mulheres atendidas com quadro de dor pélvica crônica na Unidade de Atenção à Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU/UFPI). Os dados foram coletados a partir do preenchimento de questionário pré-estruturado em que constam dados sociodemográficos e clínicos e a estimativa dos custos foi realizada com base na tabela unificada do SUS. O estudo foi aprovado pelo CEP da UFPI com número de parecer 3.334.801. **Resultados:** A frequência de DPC foi de cerca de 8,8% (N = 573). A idade média das pacientes foi de 43,7 ± 9,88 anos; 95,6% se autodeclararam como pardas ou negras; 35,4% possuíam o 1º grau incompleto. Quanto à situação de trabalho, 25% eram inativas e/ou desempregadas. Observou-se que 16,6% das pacientes apresentavam sobrepeso/obesidade; 4,5% eram tabagistas; 15,5% consumiam álcool socialmente e 28,4% eram sedentárias. Em 30,2% das pacientes houve referência a cirurgias prévias abdominais e/ou pélvicas. A duração média da dor foi de 3,15 anos e a maioria referia dor de intensidade moderada a intensa. Em mais de 70% dos casos foi instituído algum tipo de tratamento e em 36,8% foi necessária a realização de múltiplos tratamentos. No entanto, a maioria das mulheres referiu melhora parcial ou ausente com o tratamento instituído. Com relação aos gastos, estimou-se um custo de R\$ 184.177,47 reais para o manejo dessas pacientes. **Conclusão:** A frequência de dor pélvica crônica encontrada nesse centro terciário foi inferior à encontrada em outros centros no Brasil e no mundo, assim como os custos envolvidos em sua assistência. As avaliações do perfil sociodemográfico, do perfil clínico e da condução clínica e seus resultados foram prejudicados, visto que informações foram ignoradas nos registros da maioria dos prontuários. Como resultado deste trabalho, foi elaborado protocolo assistencial direcionado para as pacientes com dor pélvica crônica.

**Palavras – chave:** Dor pélvica. Dor crônica. Terapêutica. Epidemiologia. Prevalência. Custos de tratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic pelvic pain is a frequent health problem that affects about 15% of women worldwide. **Objectives:** to determine the frequency, sociodemographic and clinical profile of women with chronic pelvic pain; identify the costs involved in its assistance. **Methods:** descriptive observational cross-sectional study, in which women treated with “chronic pelvic pain” at the Women's Health Care Sector of the University Hospital of the Federal University of Piauí (HU / UFPI) were evaluated. Data were collected by filling out a pre-structured questionnaire containing sociodemographic and clinical data and the cost estimate was performed based on the SUS unified table. The study was approved by CEP of UFPI with protocol number 3,334,801. **Results:** The frequency of CPD was about 8.8% (N = 573). The mean age of the patients was 43.7  $\pm$  9.88 years; 95.6% declared themselves as brown or black; 35.4% had incomplete primary education. As for the work situation, 25% were inactive or unemployed. It was observed that 16.6% of the patients were overweight or obese; 4.5% were smokers; 15.5% consumed alcohol socially and 28.4% were sedentary. In 30.2% of the patients, there was a reference to previous abdominal and / or pelvic surgery. The average duration of pain was 3.15 years and the majority reported moderate to severe pain. In more than 70% of cases, some type of treatment was instituted and in 36.8% it was necessary to carry out multiple treatments. However, most women reported partial or absent improvement with the treatment instituted. With regard to expenses, a cost of R\$ 184,177.47 was estimated for the management of these patients. **Conclusion:** The frequency of chronic pelvic pain found in this tertiary center was lower than that found in other centers in Brazil and worldwide, as well as the costs involved in its assistance. The evaluations of the sociodemographic profile, the clinical profile and the clinical conduction and their results were impaired, since information was ignored in the records of most medical records. As a result of this work, a care protocol was developed for patients with chronic pelvic pain.

**Keywords:** Pelvic pain. Chronic pain. Therapy. Epidemiology. Prevalence. Treatment costs.

## LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Seleção de pacientes para o estudo .....	33
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tabela de Procedimentos SUS .....	34
Tabela 2- Características Sociodemográficas da População (N=573) atendida por DPC – Teresina, PI, Brasil 2020 .....	39
Tabela 3 – Antecedentes Obstétricos e Ginecológicos em Mulheres com DPC (N=573) Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	41
Tabela 4- Hábitos de Vida Associados a Dor Pélvica Crônica em Mulheres (N=573) Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	42
Tabela 5- Antecedentes clínicos Associados a Dor Pélvica Crônica em Mulheres (N=573) Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	43
Tabela 6- Doenças Diagnosticadas em pacientes (N=573) Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	44
Tabela 7- Características da Dor em Mulheres (N=573) com DPC Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	45
Tabela 8- Tratamento realizado em Mulheres (N=573) com DPC Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	46
Tabela 9- Consultas e Exames Complementares Realizados por pacientes (N=573) com DPC Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	48
Tabela 10- Custos Relacionados ao manejo da DPC em Mulheres (N=573) com DPC Atendidas no HU/UFPI - Teresina, PI, Brasil 2020 .....	48

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Nervos do assoalho pélvico, parede abdominal inferior, coxa e virilha envolvidos na dor pélvica crônica .....	19
Quadro 2 – Exemplos de causa de dor pélvica crônica .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES – Anti-Inflamatório Não Esteroidal

CPA- Colpoperineoplastia Anterior

CPP – Colpoperineoplastia Posterior

DIU – Dispositivo Intrauterino

DPC – Dor Pélvica Crônica

HTA – Histerectomia Total Abdominal

HU/UFPI – Hospital Universitário/ Universidade Federal do Piauí

HV – Histerectomia Vaginal

IMC – Índice de Massa Corpórea

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LE – Laparotomia Exploradora

PP - Perineoplastia

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

USG - Ultrassonografia

VHTC - Videohisteroscopia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1. Objetivos gerais</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2. Objetivos específicos</b> .....	<b>15</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1 Prevalência, definição e fisiologia da dor pélvica crônica</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2 Etiologia da dor pélvica crônica e fatores associados</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3 Diagnóstico da dor pélvica crônica</b> .....	<b>25</b>
<b>3.4 Opções terapêuticas para a dor pélvica crônica</b> .....	<b>27</b>
<b>3.5 Custos relacionados a assistência a pacientes com dor pélvica crônica</b> .....	<b>30</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1 Delineamento, local e período do estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2 População e amostra</b> .....	<b>31</b>
<b>4.3 Instrumento de coleta de dados e operacionalização do estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.4 Procedimentos para análise dos dados</b> .....	<b>33</b>
<b>4.5 Análise dos custos envolvidos na assistência as mulheres com dor pélvica crônica</b> .....	<b>34</b>
<b>4.6 Elaboração do protocolo</b> .....	<b>37</b>
<b>4.7 Aspectos éticos</b> .....	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>67</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES GERAIS</b> .....	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
<b>ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa- UFPI</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXO B – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo seres Humanos</b> .....	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A – Dados epidemiológicos e clínicos</b> .....	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B – Protocolo clínico</b> .....	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica é definida como uma dor contínua ou intermitente localizada na pelve ou em abdome inferior com duração de pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação, relação sexual ou gestação (YOSEF, 2016a).

Pode estar presente tanto em homens quanto em mulheres, sendo mais frequente na população feminina. A prevalência no sexo masculino varia de 2 a 17% (PASSAVANTI, 2017) e na população feminina mundial varia de 5,6% a 26,6% (WHITAKER, 2016). Acomete cerca de 15% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo, sendo também comum em pacientes em idade não reprodutiva, estando, nesses casos, mais associados a fatores psicológicos (AYORINDE, 2017; YOSEF, 2016a).

A prevalência da dor pélvica crônica varia de acordo com a região ou país avaliado e essa ampla variação pode refletir as diferenças socioculturais existentes entre as populações (PASSAVANTI, 2017).

A dor pélvica crônica é responsável por cerca de 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas, 10% das consultas ginecológicas e cerca de 12% das histerectomias (NOGUEIRA, 2006).

Trata-se de um sintoma, podendo apresentar-se como manifestação de uma doença, cuja etiologia é complexa, o que torna o seu manejo desafiador aos profissionais da saúde. Pode ter origem diversa: ginecológica, urológica, gastrointestinal, musculoesquelética, psicológica, dentre outras causas, ou pode ser resultado de uma interação de comorbidades de diversos sistemas (ALLAIRE, 2018). A dor neuropática também pode existir, sendo resultado de lesão, doença ou neuromodulação do sistema nervoso somatosensorial (WHITAKER, 2016).

Nesse contexto, alguns exemplos de causas ginecológicas de dor pélvica crônica são: endometriose, adenomiose, pólipos, doença inflamatória pélvica, aderências, distopias genitais, congestão pélvica. Como causas gastrointestinais podem ser citadas: síndrome do intestino irritável, doença intestinal inflamatória, doença diverticular, constipação, neoplasias malignas, hérnias, etc. Possíveis causas urológicas são: síndrome da bexiga dolorosa, cistite actínica, litíase, neoplasias. Já dentre as causas musculoesqueléticas podem ser elencadas: fibromialgia, hérnia de

disco, neuralgias, inadequação postural, espasmo da musculatura do assoalho pélvico, entre outras (NOGUEIRA, 2006).

No entanto, em cerca de 55% dos casos não é possível identificar uma causa óbvia para a dor. Nessas situações, tem-se proposto considerá-la como uma síndrome: a síndrome de dor pélvica crônica (AYORINDE., 2017; WHITAKER., 2016).

Alguns fatores de risco são considerados, porém não há consenso entre os diversos estudos. Os mais comumente citados são: uso de drogas ilícitas, alcoolismo, história de aborto, fluxo menstrual aumentado, dismenorréia, doença inflamatória e outras doenças pélvicas, cirurgia abdominal prévia, baixo nível educacional e problemas psicológicos como ansiedade e depressão (DEUS., 2014).

A dor pélvica crônica causa impacto negativo na vida das mulheres, seja no aspecto físico, psicológico e/ou social. (LODUCA, 2014). Em muitas mulheres essa dor pode apresentar-se incapacitante, estando associada a uma baixa qualidade de vida, redução da capacidade de exercer seu papel familiar durante as crises de dor, depressão, ansiedade, disfunções sexuais. (AYORINDE, 2017; CHEN, 2017).

Ainda, implica em gastos importantes, diretos e indiretos, para a saúde da mulher e para os sistemas de saúde, relacionados à assistência a essas pacientes, incluindo: consultas médicas, exames complementares, medicamentos, tratamento cirúrgico, tratamento psicológico e fisioterapêutico, internação hospitalar, falta ao trabalho, diminuição da produtividade laborativa, e, portanto, representam um importante problema socioeconômico (CHEN, 2017; LUZ, 2015; YOSEF, 2016a).

Em geral, o manejo da dor pélvica crônica objetiva o controle do sintoma e a definição do diagnóstico etiológico, quando este é possível. No entanto, a resposta ao tratamento instituído costuma ser frustrante (DEUS, 2014).

Em decorrência de sua origem multifatorial, é necessário um atendimento inter e multidisciplinar às pacientes com dor pélvica crônica, principalmente quando não se identifica uma causa bem estabelecida, incluindo, além de assistência ginecológica adequada, assistência psicológica, fisioterapêutica e de outras especialidades médicas (ALLAIRE, 2018; AYORINDE, 2017).

Trata-se, portanto, de um sintoma complexo associado a múltiplas fisiopatologias, fatores de risco e etiologias envolvendo diferentes sistemas, além da possibilidade de que nenhuma patologia plausível para justificar a dor seja diagnosticada. Além disso, tem influência negativa sobre a qualidade de vida das mulheres acometidas e implica em aumento de custos financeiros aos sistemas de

saúde. Em muitos casos, múltiplos tratamentos são necessários, sendo insuficientes em uma boa parcela dessa população.

Sendo assim, a caracterização da condição clínica e do perfil epidemiológico de mulheres atendidas com dor pélvica crônica é essencial para uma abordagem mais holística e para definir ações de controle dos possíveis fatores predisponentes ao surgimento, manutenção e intensidade da dor.

Ademais, a análise situacional do serviço com relação à condução dessas mulheres, incluindo: atendimento, diagnóstico, tratamento, resposta ao tratamento e seguimento em longo prazo, é valorosa na avaliação da eficácia e eficiência da assistência prestada à essas mulheres e pode contribuir para o planejamento de estratégias de abordagem individualizada, como a elaboração de protocolo assistencial, que possibilitem a melhoria da qualidade de vida e bem-estar, contribuindo para o aprimoramento quanto ao manejo dessas mulheres.

Dessa forma, o presente estudo torna-se relevante por abordar aspectos de fundamental importância para o diagnóstico e decisão terapêutica em mulheres com dor pélvica crônica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2. 1 Objetivos gerais**

Caracterizar o modelo de assistência prestado a mulheres com dor pélvica crônica em Hospital Universitário.

### **2. 2 Objetivos específicos**

Determinar a frequência das pacientes atendidas com dor pélvica crônica em um serviço público terciário em ginecologia;

Determinar o perfil sociodemográfico e clínico da população estudada;

Identificar a condução clínica e analisar seus resultados em pacientes com dor pélvica crônica;

Identificar os custos implicados no atendimento a mulheres com dor pélvica crônica;

Elaborar e propor implantação de “Protocolo Assistencial para o Manejo da Dor Pélvica Crônica” adequado ao cenário de estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Definição, prevalência e fisiopatologia da dor pélvica crônica

A dor pélvica crônica é definida, de acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, como dor contínua ou intermitente em pelve ou abdome inferior por pelo menos seis meses, não ocorrendo exclusivamente durante menstruação, relação sexual ou gestação. A sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá define a dor pélvica crônica como dor de duração de 6 meses ou mais, com melhora parcial com a maioria dos tratamentos, comprometimento funcional importante em casa e no trabalho, associada a sinais de depressão, anorexia e perda de peso. Já o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia conceitua dor pélvica crônica como dor não cíclica com duração de pelo menos seis meses, envolvendo pelve, parede abdominal anterior ou nádegas e que causa importante incapacidade ou necessidade de buscar atendimento médico (YOSEF, 2016b).

A dor pélvica crônica é um problema de saúde comum que acomete cerca de 15% das mulheres em todo o mundo e pode ocorrer em qualquer época da vida de uma mulher, sendo mais comumente referida entre aquelas em idade reprodutiva (ALLAIRE, 2018).

Um estudo, cujo objetivo foi estimar a prevalência da dor pélvica crônica em mulheres em idade reprodutiva e não reprodutiva, demonstrou prevalência significativamente maior em mulheres em idade reprodutiva (20,5%), em relação àquelas em idade não reprodutiva (9,6%), sendo que nestas existe maior associação com fatores psicossociais (AYORINDE, 2017).

A prevalência da dor pélvica crônica varia de acordo com a região ou país avaliado e essa ampla variação pode refletir as diferenças socioculturais existentes entre as populações e o manejo da dor preconizado em cada região, além da falta de consenso quanto a sua definição (PASSAVANTI, 2017).

Na Austrália, a prevalência de dor pélvica crônica é estimada em 21,5%; no Reino Unido é de 24% e na Nova Zelândia é de 25,4%. No Brasil, a real prevalência da dor pélvica crônica ainda é desconhecida (AYORINDE, 2017).

É importante enfatizar que se trata de um sintoma e não de um diagnóstico, cuja etiologia é complexa, podendo estar implicadas diversas causas e mecanismos

fisiopatológicos ocorrendo, em muitas situações, uma interação entre eles (LUZ, 2014).

Nesse sentido, citam-se três principais teorias para explicar a origem da dor, são elas: dor nociceptiva, induzida por estímulo nocivo com conseqüente injúria tecidual; dor inflamatória, decorrente de um processo inflamatório; e dor neuropática, decorrente de disfunção do sistema nervoso central e periférico (YOSEF, 2016b).

A dor nociceptiva divide-se em: dor somática e visceral. Em geral, está associada à dor aguda, e caracteriza-se por estímulo das fibras nociceptivas aferentes e liberação de neurotransmissores e substâncias neuroinflamatórias que modulam a resposta dolorosa (CAREY, 2016; CAREY, 2017).

A dor pélvica somática origina-se a partir do sistema musculoesquelético e caracteriza-se por dor aguda, em pontada e bem localizada. Tem como exemplos: dor miofascial, síndrome do piriforme (SMITH, 2018). Essa dor pode provocar a contração muscular nas áreas afetadas e surgimento de pontos de tensão miofascial.

Já a dor visceral tem origem em órgãos pélvicos: bexiga, útero, ovários, reto e outros órgãos. Apresenta-se como uma dor difusa, pouco localizada em virtude da baixa densidade da inervação sensorial visceral e divergência dos nervos aferentes dentro do sistema nervoso central. Os órgãos pélvicos são inervados pelos nervos simpáticos aferentes que convergem em múltiplos gânglios simpáticos na pelve, como o gânglio hipogástrico superior e gânglio ímpar (SMITH, 2018). A dor pode apresentar-se como uma “dor referida”, em que o local da dor corresponde àquele cuja inervação é a mesma da víscera afetada e se manifesta como hiperalgesia cutânea com exacerbação da dor através de estímulo local (YOSEF, 2016b).

A dor inflamatória, decorrente de processos inflamatórios crônicos ou repetitivos, pode estar associada à dor pélvica crônica, estando envolvidos muitos mediadores inflamatórios nesse processo, como: fator de necrose tumoral; prostaglandinas, principalmente E<sub>2</sub> e F<sub>2</sub>α; fator de crescimento neural; mastócitos, os quais armazenam muitos mediadores inflamatórios (histamina, serotonina, fator de crescimento neural); interleucinas, que além de participarem do processo inflamatório também tem papel importante na formação de fibrose e aderências (YOSEF, 2016b).

Quanto a dor de origem neuropática, esta é decorrente de lesão ou disfunção do sistema nervoso (CAREY, 2016). Pode ser identificada em cerca de 50% dos casos, independente de causa base existente. É geralmente bem localizada e apresenta-se como dor em queimação, pontada, em formigamento, ou como calor

local, hiperestesia, e dormência nas áreas afetadas. Pode ser resultado de encarceramento nervoso, lesões e doenças sistêmicas associadas a neuropatias (SMITH, 2018).

Nos casos de dor pélvica crônica, há frequentemente o envolvimento do sistema nervoso central e periférico, importantes na modulação da dor. Uma resposta ampliada e anormal ao estímulo doloroso pelo sistema nervoso central, conhecida por centralização, pode resultar em redução das vias inibitórias da dor e aumento das vias de amplificação, ocasionando em uma resposta dolorosa bem aumentada a um insulto periférico (CAREY, 2017).

As lesões nervosas e a neuroangiogênese secundária provocam maior sensibilização nervosa periférica e desenvolvimento de uma memória nociceptiva, podendo resultar em uma sensibilidade alterada, abrangendo uma área maior do que a originalmente afetada. Além disso, processos inflamatórios, fibrose, infecções e fatores externos, como: privação de sono, disfunções endócrinas e problemas psicológicos podem também levar a essas mudanças, além de neuromodulação e mudanças neuroplásticas do sistema nervoso central (PASSAVANTI, 2017; WHITAKER *et al.*, 2016). Anormalidades funcionais e estruturais do cérebro têm sido demonstradas em exames de imagem (ressonância magnética funcional) de mulheres com dor pélvica crônica, como redução do volume cerebral no tálamo, cíngulo, ínsula e putâmen (BRAWN, 2014; PASSAVANTI, 2017; MOORE, 2012).

A dor neuropática periférica tem origem na disfunção de nervos periféricos, como ocorre nos casos de neuropatia diabética e herpes zoster, e resulta em menor limiar de ativação nervosa, com consequente aumento da reatividade dos nervos periféricos a estímulos (CAREY, 2017).

Os principais nervos implicados na dor pélvica crônica são: raiz do nervo lombossacral, femoral, ciático, glúteo inferior e superior, cutâneo-femoral posterior, ileohipogástrico, ileoinguinal, pudendo, genitofemoral, cutâneo femoral lateral, cluneal superior e inferior, e ganglionar ímpar (Quadro 1).

A dor neuropática central pode ter origem tanto de estímulos nociceptivos quanto neuropáticos, crônicos e repetitivos, resultando em disfunção do sistema nervoso central. No entanto, a centralização também pode ocorrer na ausência de quaisquer desses estímulos (CAREY, 2017).

Quadro 1- Nervos do assoalho pélvico, parede abdominal inferior, coxa e virilha envolvidos na dor pélvica crônica

<b>NERVO</b>	<b>LOCAL E DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS</b>
<b>Lombossacral</b>	Glúteo
<b>Femoral</b>	Pelve anterior, virilha e coxa. Pode estar associado à queixa de fraqueza na perna.
<b>Ciático</b>	Glúteo posterior, coxa posterior, porção póstero-lateral da panturrilha, dorso do pé. Pode estar associado à queixa de fraqueza na perna.
<b>Glúteo superior</b>	Glúteo superior e profundo. Pode estar associado à fraqueza dos músculos abdutores.
<b>Glúteo inferior</b>	Glúteo inferior e profundo. Pode estar associado à fraqueza na extensão do quadril.
<b>Cutâneo femoral posterior</b>	Glúteo inferior; coxa posterior; períneo lateral; grandes lábios e parte do clitóris.
<b>Ileohipogástrico</b>	Inervação motora: músculo oblíquo interno. Inervação cutânea: parede abdominal inferior anterior e lateral; área suprapúbica; porção superior do monte pubiano; área glútea lateral.
<b>Ileoinguinal</b>	Inervação motora: músculo oblíquo interno. Inervação cutânea: parede abdominal inferior, virilha, monte pubiano, grandes lábios e porção medial da coxa.
<b>Pudendo</b>	Inervação motora: músculo bulboesponjoso; isquiocavernoso; transverso superficial e profundo do períneo; esfíncter externo da uretra; esfíncter externo do ânus. Inervação cutânea: pelve profunda, pelve anterior e área genital. Pode estar associado à dor em clitóris; lábios menor e maior; vestíbulo; área perianal; terço inferior do reto; dispareunia e disquezia.
<b>Ramos do pudendo</b>	Reto, períneo e clitóris.
<b>Genitofemoral</b>	Virilhas, lábios, porção anterior da coxa.

(Continua)

Quadro 1- Nervos do assoalho pélvico, parede abdominal inferior, coxa e virilha envolvidos na dor pélvica crônica

(Continuação)

<b>NERVO</b>	<b>LOCAL E DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS</b>
<b>Cutâneo femoral lateral</b>	Pelve antero-lateral e coxa.
<b>NERVO</b>	<b>LOCAL E DISTRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS</b>
<b>Cluneal inferior</b>	Períneo posterior e glúteo lateral.
<b>Ganglionar ímpar</b>	Cóccix, reto.
<b>Obturador</b>	Inervação motora: músculo adutor; grácil; obturador externo. Inervação cutânea: porção superior-interna da coxa. Pode estar associado à dificuldade de adução da coxa.

Fonte: Khatri (2017); Lamvu (2018).

Disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal também pode ser encontrada nas pacientes com dor pélvica crônica, sendo responsável por uma redução na produção de cortisol e consequentemente exacerbação da dor, uma vez que o cortisol ocupa papel central no processo de analgesia (BRAWN, 2014).

### 3. 2 Etiologia da dor pélvica crônica e fatores associados

A etiologia da dor pélvica crônica é complexa e multifatorial.

Disfunção do sistema musculoesquelético ocorre em mais 85% das mulheres com dor pélvica crônica (SIMPSON, 2019) e consiste em uma disfunção neuromuscular associada a anormalidades sensoriais e motoras com acometimento do sistema nervoso central e periférico. Sua causa ainda não é completamente entendida, no entanto, acredita-se que alterações metabólicas (aumento de substâncias pró-inflamatórias como citocinas e prostaglandinas; aumento de acetilcolina com consequente maior reatividade muscular; e espasmos musculares); trauma neuromuscular e modificações, estruturais e funcionais, do sistema nervoso central e periférico estão associados à sua gênese (SPITZNAGLE, 2014).

É caracterizada por dor muscular local ou referida, sensibilidade à palpação, pode estar associada à presença de pontos de gatilho, perda de amplitude de movimento associado ao músculo específico ou fáscia e disfunção do assoalho pélvico. Alguns autores sugerem que a presença de dor muscular ao toque, independente da presença de pontos de gatilho, deve ser considerada como dor

miofascial (MEISTER, 2018; SPITZNAGLE, 2014). Quando a síndrome miofascial acomete os músculos do assoalho pélvico, a dor agrava-se uma vez que haja pressão sobre os pontos de gatilho ou contrações repetidas e mantidas. Geralmente, as pacientes tendem a sentar-se devagar e em uma nádega e queixam-se de dispareunia (FALL, 2010).

A musculatura do assoalho pélvico possui demandas funcionais regionais e é capaz de produzir mais força quando sofre estiramento devido ao comprimento menor do sarcômero. O comprometimento da função do músculo elevador do ânus (comprometimento nervoso, tecido conjuntivo ou músculo) ou o aumento da demanda funcional da musculatura (trabalho de parto prolongado, constipação, bronquite etc.) pode acarretar dor miofascial do assoalho pélvico (SPITZNAGLE, 2014).

Outras causas musculoesqueléticas associadas a dor pélvica crônica são: fibromialgia, hérnia de disco, neuralgias, inadequação postural (NOGUEIRA, 2006).

A endometriose é responsável por cerca de um terço das causas de dor pélvica crônica, ocorrendo predominantemente em mulheres em idade reprodutiva. São vários os mecanismos pelos quais a endometriose causa dor: compressão ou infiltração nervosa pelos focos de endometriose; inflamação; dor neuropática; disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Pacientes com endometriose podem apresentar ansiedade, depressão, infertilidade, disfunção sexual secundária a dispareunia, o que pode estar associado à gravidade da dor (BRAWN, 2014).

A Síndrome da congestão pélvica é causa relacionada à dor crônica, ocorrendo em cerca de 15% dos casos de acordo com Yosef *et al.* (2016b), enquanto Simpson e Mahmood relatam correlação da congestão pélvica e dor pélvica crônica em mais de 30% dos casos (SIMPSON, 2019; YOSEF, 2016b).

Tal síndrome caracteriza-se por dor geralmente unilateral, acíclica, com agudização ou piora após longos períodos em pé ou deambulando e melhora com repouso; pode estar associada à dismenorreia e dispareunia; varizes vulvares e em membros inferiores geralmente estão presentes; sensibilidade em região anexial e hiperemia em colo uterino pode ser encontrada; presença de veias pélvicas dilatadas e refluxo venoso (KHATRI, 2017; SIMPSON, 2019; YOSEF, 2016b). Sua causa é desconhecida, no entanto, sugere-se uma fraqueza vascular congênita como possível mecanismo fisiopatológico, podendo também ser secundária a compressão venosa (YOSEF, 2016b).

As disfunções do assoalho pélvico incluem as distopias genitais e disfunções urinárias e fecais e podem estar associadas à dor pélvica em 17 a 44% dos casos. O uso de telas sintéticas para correção de incontinência urinária e distopia genital também podem estar associados à dor pélvica crônica, em consequência da erosão ou extrusão de tela, redução da elasticidade vaginal, contraturas ou neuropatias (KHATRI, 2017).

Causas urológicas e gastrointestinais também estão associadas a etiologia da dor pélvica crônica. Como causas gastrointestinais podem ser citadas: síndrome do intestino irritável, doença intestinal inflamatória, doença diverticular, constipação, neoplasias malignas, hérnias etc. Possíveis causas urológicas são: síndrome da bexiga dolorosa, cistite actínica, litíase, neoplasias, dentre outras (NOGUEIRA, 2006).

A presença de sintomas de depressão é alta entre as mulheres com dor pélvica crônica, superior a 35%, em comparação com cerca de 21% entre a população feminina em geral (BARBOSA, 2016). A depressão pode ser um fator preditor da gravidade da dor e a dor, em particular a dor crônica, pode levar a sentimento de frustração, preocupação, ansiedade e depressão (COELHO, 2014). Isso significa que a depressão pode ser tanto fator desencadeador quanto uma consequência da dor, e o tratamento específico pode melhorar a qualidade de vida da mulher (LUZ, 2014; MOORE, 2012). Há um risco de 2 a 3 vezes maior de depressão e fadiga nas pacientes com dor pélvica crônica (AYORINDE, 2017) e risco 8 vezes maior de sintomas psicossomáticos (DEUS, 2014).

No Brasil, a prevalência de depressão e ansiedade entre mulheres com dor pélvica crônica varia de 30 a 86%. Mulheres com dor pélvica crônica têm pior percepção de qualidade de vida e tanto a depressão quanto a intensidade da dor associam-se negativamente à qualidade de vida (LUZ, 2014). No entanto, é difícil mensurar os aspectos emocionais, uma vez que dependem dos valores, crenças e realidades distintas vivenciadas por essas mulheres.

A catastrofização da dor consiste em uma resposta exageradamente negativa à dor e é considerada um fator de risco importante para a dor crônica (LUZ, 2014).

A dor crônica e comportamentos e pensamentos suicidas também podem estar relacionados. Uma metanálise em que foram avaliados estudos comparando grupos com e sem dor verificou maior prevalência de desejo suicida, ideação suicida, tentativas de suicídio e morte por suicídio entre aquelas com dor crônica (CALATI, 2015).

As cirurgias abdominais têm sido relacionadas à dor pélvica crônica provavelmente em decorrência das aderências causadas pela manipulação da cavidade peritoneal (WEIBEL, 2016).

As aderências pélvicas são bandas de fibrina resultantes de uma cicatrização peritoneal anormal. Em condições normais, a injúria peritoneal causa uma resposta inflamatória com consequente ativação da cascata de coagulação e formação de fibrina ligada ao mesotélio danificado, que, posteriormente, é quebrada revelando o peritônio regenerado. Nos casos de aderências, observa-se diminuição da fibrinólise com consequente formação de uma matriz de fibrina (HINDOCHA, 2015). São achados em mais de 50% das mulheres com dor pélvica crônica submetidas a cirurgias para investigação e podem também ser causadas por endometriose ou processos inflamatórios/infecciosos prévios (MOORE, 2012).

A incidência de dor pélvica crônica após procedimentos cirúrgicos varia de 10 a 50% (WEIBEL, 2016).

A dor é uma experiência sensorial e emocional, podendo ser afetada por fatores físicos, psicológicos e sociais e é considerada umas das principais causas de morbidade e incapacidade funcional entre as mulheres (LUZ, 2014).

Os possíveis fatores associados à dor pélvica crônica e a sua severidade são diversos e são várias as pesquisas com objetivo de demonstrá-los. Os mais comumente citados são: uso de drogas ilícitas; alcoolismo; história de aborto; fluxo menstrual aumentado; dismenorreia; doença inflamatória e outras doenças pélvicas; cirurgia abdominal prévia; baixo nível educacional e problemas psicológicos como ansiedade e depressão (DEUS, 2014).

Em estudo realizado com 656 mulheres, foram fatores associados a maior severidade da dor: obesidade, sensibilidade do assoalho pélvico, depressão, ansiedade, dismenorréia importante, menarca tardia, cesarianas prévias, fibromialgia, cirurgias de hérnias prévias, história familiar de dor pélvica crônica, baixa escolaridade, baixa renda familiar, desemprego ou inatividade laboral, mulheres sem um relacionamento estável, tabagismo, história de abuso sexual e/ou físico (YOSEF, 2016a).

Isso demonstra seu caráter multifatorial e, em muitas vezes, resulta de uma associação de fatores, o que torna muito complexo seu manejo pelos profissionais de saúde.

Alguns estudos demonstram, entre as pacientes com dor pélvica crônica, cerca de 3,5 vezes mais história de abuso sexual e 2,2 vezes mais história de abuso físico (DEUS, 2014).

Em todo o mundo, cerca de 10 a 27% das mulheres são vítimas de violência sexual durante sua vida e em alguns países esse número pode ainda ser maior. Tal evento tem sido relacionado à dor crônica musculoesquelética; sintomas somáticos como: cefaleia, insônia, fadiga, náusea, dificuldade de concentração, inquietação, taquicardia, tremores nas mãos, dentre outros; e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, contribuindo para grande sofrimento e baixa qualidade de vida dessas mulheres. Chama a atenção o fato de que a localização da dor é, na maioria das vezes, em partes do corpo não relacionadas diretamente com o trauma ocorrido, o que pode ser justificado por mecanismos de dor mediados pelo estresse, levando à hiperalgesia. Os locais mais comumente associados à dor são: cabeça; pescoço; costas e abdômen (ULIRSCH, 2014).

O início do abuso sexual na infância pode proporcionar uma série de eventos ou reações que tornam o indivíduo mais vulnerável a desenvolver a dor pélvica crônica quando adulto. Além disso, mulheres com história de abuso físico ou sexual na infância apresentam mais sintomas depressivos quando comparadas àquelas que não sofreram nenhum tipo de abuso (AS-SANIE, 2014).

Mulheres abusadas, física e/ou sexualmente, quando adultas apresentam maior incapacidade relacionada à dor e sintomas depressivos quando comparadas às mulheres que não sofreram abuso (AS-SANIE, 2014).

História prévia de doença inflamatória pélvica está associada à infertilidade e dor pélvica crônica. Um estudo multicêntrico randomizado (PEACH – Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health Study) acompanhou mulheres durante sete anos após diagnóstico de doença inflamatória pélvica: 21,3% apresentaram recorrência da doença; 19% desenvolveram infertilidade e 42,7% desenvolveram dor pélvica crônica (DAS, 2016).

A doença inflamatória pélvica é mais comum em mulheres em idade reprodutiva e ativas sexualmente, sendo que um em cada cinco casos de doença inflamatória pélvica ocorre em mulheres com menos de 19 anos (DAS, 2016).

Em outro estudo, realizado por Ayorinde *et al.* (2017), foi observada associação entre dor pélvica crônica e história de infertilidade, abortos espontâneos, interrupção da gestação, cesariana prévia e nuliparidade .

### 3. 3 Diagnóstico da dor pélvica crônica

Fica claro, portanto, que a abordagem de uma paciente com dor pélvica crônica implica em uma visão holística dessa mulher, visando, além do diagnóstico de possíveis doenças, análise social e psicológica dessa paciente (AYORINDE, 2017). Mesmo naqueles casos em que se identifica uma provável patologia como causa da dor pélvica, esta pode persistir após tratamento adequado ou ser desproporcional à extensão da doença associada (BRAWN, 2014; SIMPSON, 2019).

Dessa forma, desde o princípio, o manejo da dor crônica deve levar em consideração sua natureza multifatorial, reforçando a necessidade de abordagem multidisciplinar e biopsicossocial da mulher que sofre com a dor pélvica crônica, principalmente naqueles casos em que não é possível identificar uma patologia óbvia (SIMPSON, 2019).

Em decorrência da localização da dor, muitas mulheres procuram inicialmente um médico ginecologista, visto que tendem a acreditar que o problema esteja associado a doenças uterinas ou ovarianas. No entanto, a dor pélvica crônica apresenta caráter multifatorial podendo estar associada a problemas ginecológicos, urológicos, musculoesqueléticos, gastrointestinais e psicológicos (SPITZNAGLE, 2014).

A possibilidade de realizar um diagnóstico acurado e manejo efetivo desde a primeira apresentação da queixa pode contribuir para a redução da perturbação da vida da mulher, além de evitar sucessivas referências, investigações e operações (MOORE, 2012).

No entanto, em apenas cerca de metade das mulheres com dor pélvica crônica há um diagnóstico para a causa da dor, o que reflete a dificuldade na abordagem dessa mulher e conseqüentemente na escolha e eficácia de tratamentos propostos (AYORINDE, 2017).

Pode-se orientar a paciente à realização de um diário de dor por dois ou três ciclos menstruais, com o objetivo de ajudar a identificar fatores associados à dor e associação a possíveis eventos (MOORE, 2012).

Uma anamnese bem elaborada, seguida de exame físico abdominal e pélvico detalhado, é o passo inicial para o atendimento dessa paciente e deve constar informações relacionadas à dor e possíveis fatores associados.

Entretanto, em muitos casos, mesmo após exame físico minucioso e exames complementares de imagem ou procedimento cirúrgico, como laparoscopia, nenhum achado anormal é encontrado (BRAWN, 2014).

São descritos mais de 70 possíveis diagnósticos associados à dor pélvica crônica, alguns deles apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Exemplos de causas de dor pélvica crônica

<b>CAUSAS DE DOR PÉLVICA CRÔNICA</b>	
<b>GINECOLÓGICA</b>	Endometriose Adenomióse Doença inflamatória pélvica crônica Aderências Distopia genital Vulvodínea Síndrome do ovário residual Doenças malignas
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Síndrome do intestino irritável Doença inflamatória intestinal Doença celíaca Hérnia Trombose da veia mesentérica
<b>URINÁRIA</b>	Síndrome da bexiga dolorosa Síndrome uretral
<b>PSICOLÓGICA</b>	Depressão Abuso físico e sexual Distúrbios do sono Abuso de substâncias
<b>NEUROLÓGICA</b>	Neuralgia do pudendo Encarceramento de nervos Danos nervosos
<b>MUSCULOESQUELÉTICA</b>	Fibromialgia Escoliose Síndrome do piriforme Espasmo do elevador do ânus Síndrome miosfascial Vaginismo Iatrogênica (complicações de tela)
<b>ETIOLOGIA DESCONHECIDA</b>	Síndrome da dor pélvica crônica

Fonte: Adaptado de Moore, 2012.

As condições mais comumente diagnosticadas em mulheres com dor pélvica crônica são: constipação; síndrome do intestino irritável; síndrome da bexiga dolorosa; endometriose e aderências (MONTENEGRO, 2015).

### **3. 4 Opções terapêuticas para dor pélvica crônica**

São inúmeras as possibilidades terapêuticas para a dor pélvica crônica, em virtude de suas possíveis causas e fatores associados, dentre os quais podem ser citadas: tratamento farmacológico, psicoterapia, fisioterapia, cirurgias, neuromodulação, medicina complementar etc.

Os tratamentos existentes, em geral, têm resultados subótimos e, portanto, o uso de múltiplas medicações e tratamentos associados pode ser efetivo ao atuarem em diferentes mecanismos de dor (CAREY, 2016).

O manejo cirúrgico para a dor pélvica crônica inclui: laparoscopia, adesiólise, ablação do nervo uterosacro, neurectomia pré-sacral, ligação da veia ovariana, histerectomia e ooforectomia (CHEONG, 2010), e deve ser considerado a depender da condição associada à dor (SENAPATI, 2016).

A laparoscopia permanece como padrão-ouro para o diagnóstico etiológico da dor e tratamento nos casos em que se é possível a identificação de uma causa provável (CHEONG, 2010). É realizada em 40 a 50% dos casos de dor pélvica crônica e pode ter efeito placebo em 50% das mulheres em 3 meses e 25% em 6 meses, com recorrência posterior (DEUS, 2014).

A adesiólise faz parte do leque de opções terapêuticas para a dor pélvica crônica e esse tratamento ainda é controverso quanto ao alívio da dor, devido à alta possibilidade de se reformarem. Em um estudo avaliando 100 mulheres divididas em dois grupos: submetidas à laparoscopia com adesiólise e submetidas à laparoscopia isolada não houve diferença nos scores de dor após o procedimento (MOORE, 2012).

Já em outro estudo, pacientes submetidos à adesiólise laparoscópica apresentaram melhora significativa nos escores de dor, qualidade de vida e bem-estar físico e emocional quando comparadas a pacientes submetidas à laparoscopia diagnóstica isolada (CHEONG, 2014).

Dessa forma, o manejo atual para as aderências prioriza medidas preventivas para sua formação. Cuidados durante a técnica cirúrgica, como: minimizar trauma tecidual, realizar adequada hemostasia e profilaxia para infecção bacteriana são de

extrema importância. Deve-se ressaltar que cirurgias laparotômicas têm risco aumentado de dano tecidual e conseqüentemente de aderências pélvicas, quando comparadas à laparoscopia (HINDOCHA, 2015).

Agentes adesiolíticos também podem ser utilizados na prevenção da formação das aderências, seja através da criação de uma barreira inerte sobre o tecido que sofreu a injúria, seja modificando o processo de formação das aderências (HINDOCHA, 2015).

A ablação ou ressecção do nervo uterosacro e neurectomia pré-sacral envolvem o rompimento das fibras nervosas sensoriais uterinas e cervicais. A ablação laparoscópica do nervo uterosacro não se mostra efetiva no manejo da dor pélvica crônica (MOORE, 2012). Em ensaio clínico randomizado com seguimento por 5 anos, não houve diferença significativa nos escores de dor das pacientes submetidas à ablação do nervo uterosacro quando comparadas a controle (SENAPATI, 2016).

A ligação da veia ovariana é mais comumente praticada em pacientes com diagnóstico de congestão pélvica e tem por objetivo reduzir a estase venosa (CHEONG, 2010). Estudos mostram alívio da dor em mais de 75% das mulheres submetidas a esse procedimento (SENAPATI, 2016). Outra possibilidade terapêutica para os casos de congestão pélvica é a embolização ou escleroterapia das veias pélvicas (CHEONG, 2010).

A histerectomia tem sido, em muitas situações, a opção terapêutica definitiva pelos médicos ginecologistas e pacientes. No entanto, é preciso entender que a dor pélvica crônica pode envolver múltiplos sistemas, além de uma complexa interação com o sistema nervoso central e periférico. Portanto, a realização de histerectomia e outros procedimentos cirúrgicos nem sempre resultam em melhora da dor e qualidade de vida (CHEN, 2017).

Alguns estudos demonstram que entre mulheres com dor pélvica crônica submetidas à histerectomia, os benefícios em relação à qualidade de vida foram menores e houve maior desenvolvimento de dor pós-operatória, quando comparadas as mulheres submetidas a histerectomia por outros motivos (CHEN, 2017).

As técnicas de neuromodulação para dor pélvica crônica devem ser reservadas àqueles casos refratários aos tratamentos tradicionais e o método escolhido depende da distribuição e localização dos sintomas (TILL, 2017).

A prática de medicina complementar integrativa também é uma possibilidade, com cerca de 35% a 52% das mulheres com dor pélvica crônica utilizando-a. São

exemplos de terapia complementar: suplementos vitamínicos e minerais; massagem; acupuntura, técnicas de relaxamento, etc. Dentre os minerais e vitaminas mais usados têm-se o ferro e cálcio. As ervas mais comumente citadas são: ervas chinesas, camomila e óleo de prímola (CHAO, 2015).

Uma alimentação rica em elementos antioxidantes pode melhorar a dor inflamatória e neuropática relacionadas à dor crônica. A dieta deve incluir frutas vegetais e deve reduzir a ingestão de cafeína, carboidratos e açúcares. Atividade física também é recomendada, aeróbica e yoga, além de outras com vistas a restabelecer a capacidade funcional e promover a melhoria da qualidade de vida (CHAO, 2015).

O uso de abordagens terapêuticas complementares tem sido associado à melhoria da qualidade de vida das pacientes com dor pélvica crônica e baixo índice de complicações. No entanto, seus benefícios não estão totalmente elucidados e muitas abordagens complementares ainda não foram estudadas ou foram pobremente estudadas (CHAO, 2015).

Nesse sentido, mudanças de hábito e estilo de vida devem ser recomendadas, além de orientações quanto à cessação de tabagismo e etilismo, estímulo à atividade física, alimentação saudável e perda de peso devem ser estimulados (CHAO, 2015).

Os tratamentos complementares têm demonstrado bons resultados no alívio da dor, no entanto, não há evidências científicas que embasem seu uso como tratamentos únicos, devendo ser realizados em associação e complementarmente aos tratamentos convencionais (CHAO, 2015; SUNG, 2018).

O manejo da dor pélvica crônica é desafiador aos profissionais de saúde, em decorrência da heterogeneidade do grupo de pacientes, inespecificidade do sintoma, caráter multifatorial e da possibilidade de não ser encontrada uma causa provável para a dor, tornando a escolha de um tratamento difícil e em muitos casos podendo apresentar falhas.

### **3. 5 Custos relacionados a assistência a pacientes com dor pélvica crônica**

A assistência às mulheres com dor pélvica crônica implica em custos importantes, para a saúde da mulher e para os sistemas de saúde, referentes às consultas médicas, exames complementares, tratamento medicamentoso, tratamento cirúrgico, tratamento psicológico e fisioterápico, visita à emergência, internação hospitalar, acompanhamento dos pacientes ambulatoriais, além dos custos indiretos decorrentes da perda de produtividade laborativa dessas mulheres, perda das funções diárias e perda do potencial reprodutivo.

Cerca de um quarto das mulheres com dor pélvica crônica necessitam de repouso e afastamento devido à dor por 2,5 dias por mês (CHEN, 2017).

Nos Estados Unidos, foi estimado um gasto de 881,5 milhões de dólares ao ano, em 1994. No Reino Unido, os custos diretos anuais foram estimados em aproximadamente 158 milhões de libras esterlinas por ano. No Canadá, os custos foram de \$25 milhões por ano e \$2926, por pessoa, por ano (CHEN, 2017; LUZ, 2015; YOSEF, 2016a).

## **4 METODOLOGIA**

### **4. 1 Delineamento, local e período do estudo**

Trata-se de um estudo transversal observacional descritivo, em que foram avaliadas as pacientes atendidas com “dor pélvica crônica” no Setor de Atenção à Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU/UFPI), no período de novembro de 2012, data de sua inauguração, até junho de 2018.

### **4. 2 População e amostra**

Para a seleção das pacientes, foi considerada a definição de dor pélvica crônica, proposta pelo “Royal College of Obstetricians and Gynecologists”, em que se define dor pélvica crônica como dor contínua ou intermitente em pelve ou abdome inferior por pelo menos seis meses, não ocorrendo exclusivamente durante menstruação, relação sexual ou gestação. Assim, foram incluídas todas as mulheres com diagnóstico de dor pélvica crônica, atendidas nesse serviço, no referido período.

Foram excluídas mulheres: que não se enquadram no diagnóstico de dor pélvica crônica; em pós-operatório recente; em tratamento para câncer ou aquelas cujo diagnóstico de câncer ocorreu durante a investigação da dor; gestantes, puérperas ou lactantes; que o último parto tenha sido há menos de 12 meses; com diagnóstico de lesão precursora de colo, vulva ou vagina; e quando não houve especificação do tempo da dor referida pela paciente.

### **4. 3 Instrumento de coleta de dados e operacionalização do estudo**

Inicialmente foi efetuado um levantamento de todas as mulheres atendidas, no Setor de Atenção à Saúde da Mulher do HU/UFPI, no referido período (Fluxograma 1). Em seguida, foi realizada busca de dados da anamnese em prontuários eletrônicos dessas pacientes para filtrar aquelas atendidas por queixa de “dor”. Como resultado, 2687 mulheres foram identificadas como atendidas nesse serviço por dor.

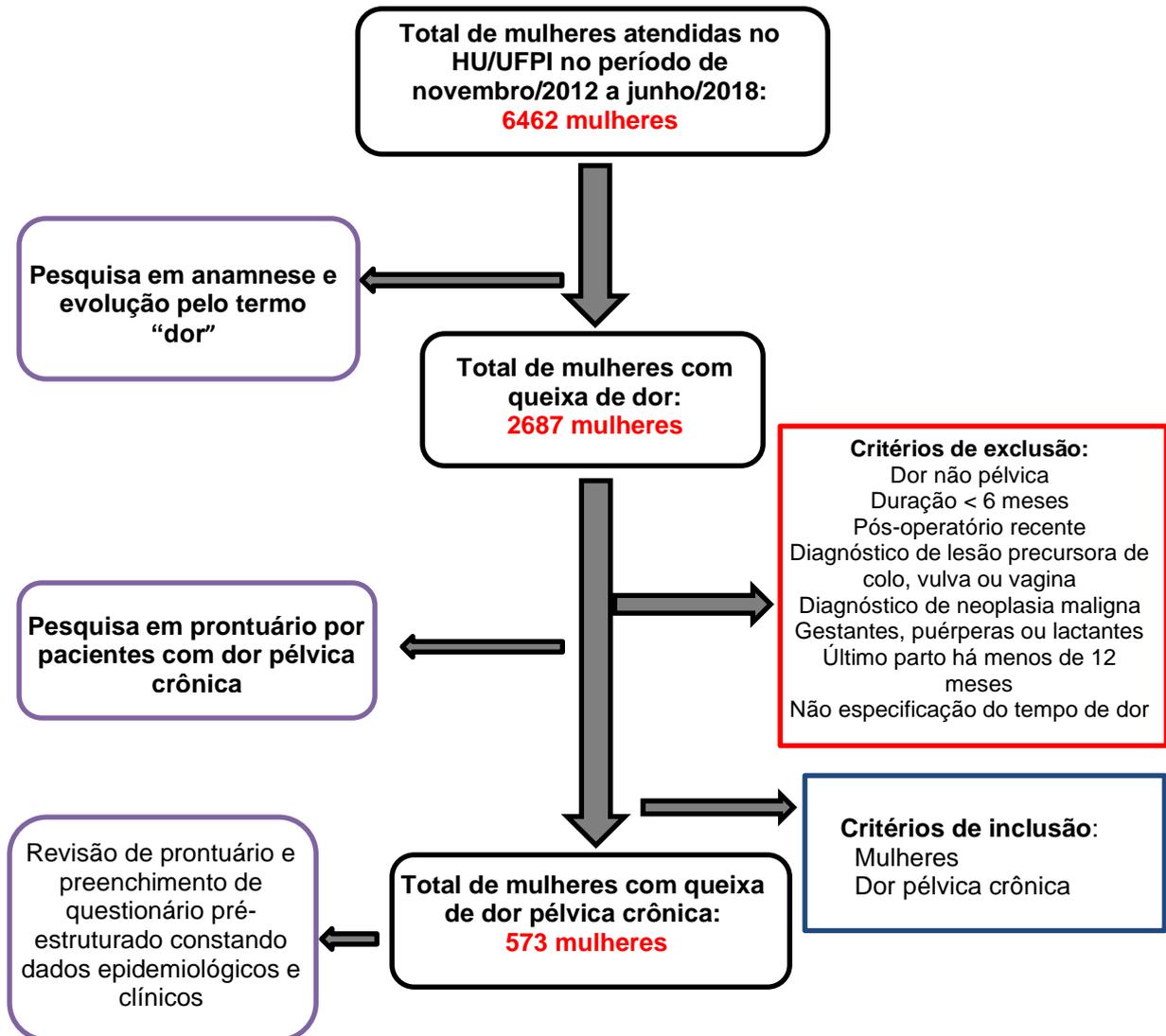
Dessa forma, procedeu-se, então, a revisão dos prontuários referente a esse grupo de pacientes, sendo selecionadas 573 mulheres após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento de questionário pré-estruturado (anexo II) em que constam dados sociodemográficos: idade; etnia (autodeclarada); paridade; tipo de parto; aborto; “status” menopausal; sobrepeso/obesidade (sobrepeso é definido como índice de massa corpórea (IMC) maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> e abaixo de 30 kg/m<sup>2</sup>, enquanto que obesidade é definida como IMC maior ou igual a 30 kg/m<sup>2</sup>); uso de métodos contraceptivos; tabagismo; etilismo; atividade física; escolaridade; situação laboral; estado marital; origem; cirurgias prévias; história de abuso físico e/ou sexual; comorbidades associadas.

Considerou-se tabagismo como o consumo de produtos à base de tabaco em quaisquer quantidades; etilismo como o consumo de álcool independentemente da quantidade e frequência; e atividade física como qualquer movimento, realizado com regularidade, feito pela musculatura que resulta em gasto energético.

Avaliaram-se, ainda, os possíveis eventos coincidentes com o início da dor; a duração da dor e sua intensidade; exames complementares; tratamentos realizados e sua eficácia na melhora da dor.

Fluxograma 1 – Seleção das pacientes para o estudo



Fonte: Autoria própria, 2020.

#### 4. 4 procedimentos para análise dos dados

A pesquisa em prontuário foi realizada no período de junho a outubro de 2019. Os dados foram submetidos a processo de digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e posteriormente exportado e analisado no software R versão 3.5.1.

As variáveis qualitativas nominais e ordinais quais sejam: características sociodemográficas; comorbidades associadas ao diagnóstico de dor pélvica crônica; características da paridade e método contraceptivo; sobrepeso/obesidade, tabagismo; consumo de álcool; realização de atividade física; doenças existentes; tratamentos

realizados; história de cirurgias prévias; cirurgias realizadas e demais fatores qualitativos foram caracterizados 9por meio de frequências absolutas e relativas percentuais.

As variáveis quantitativas como a duração da dor, fatores relacionados à paridade, quantidade de consultas, número de ultrassonografia (USG), tomografia (TC) e ressonância magnética (RNM), foram expressas por meio das estatísticas descritivas: média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana e coeficiente de variação.

#### **4. 5 Análise dos custos envolvidos na assistência as mulheres com dor pélvica crônica**

A estimativa dos custos envolvidos na assistência a essas pacientes com dor pélvica crônica foi realizada após pesquisa de valores de consultas e procedimentos pelo site: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada> (tabela 1). Somente os custos diretos com consultas ginecológicas, exames complementares e cirurgias realizadas foram estimados. Os custos indiretos, referentes à perda de dias trabalhados ou capacidade funcional não foram pesquisados, assim como aqueles referentes a consultas com outros profissionais ou especialidades médicas e gastos com medicamentos.

Tabela 1- Tabela de procedimentos SUS

<b>CONSULTA/PROCEDIMENTO</b>		<b>VALOR</b>
<b>Consulta ambulatorial especializada</b>		R\$ 10,00
<b>Ultrassonografia transvaginal</b>	<b>pélvica ou</b>	R\$ 24,20
<b>Tomografia computadorizada de pelve</b>		R\$ 138,63
<b>Ressonância de pelve</b>		R\$ 268,75
<b>Histerectomia total</b>		R\$ 634,03 Serviço hospitalar: R\$ 412,32 Serviço profissional: R\$ 221,71

(Continua)

Tabela 1- Tabela de procedimentos SUS

(continuação)

<b>CONSULTA/PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
<b>Histerectomia vaginal</b>	R\$ 460,08 Serviço hospitalar: R\$ 276,67 Serviço profissional: R\$ 183,41
<b>Histeroscopia cirúrgica</b>	R\$ 173,33 Serviço hospitalar: R\$ 94,81 Serviço profissional: R\$ 78,52
<b>Miomectomia</b>	R\$ 528,94 Serviço hospitalar: R\$ 343,97 Serviço profissional: R\$ 184,97)
<b>Ooforectomia/ ooforoplastia</b>	R\$ 509,97 Serviço hospitalar: R\$ 358,00 Serviço profissional: R\$ 151,86
<b>Colpoperineoplastia anterior e posterior</b>	R\$ 472,43 Serviço hospitalar: R\$ 298,12 Serviço profissional: R\$ 174,31
<b>Laparotomia exploradora</b>	R\$ 637,19 Serviço hospitalar: R\$ 497,20 Serviço profissional: R\$ 139,99
<b>Lise de aderências</b>	R\$ 829,06 Serviço hospitalar: R\$ 683,84 Serviço profissional: R\$ 145,22
<b>Laparoscopia para drenagem ou biópsia</b>	R\$ 606,15 Serviço hospitalar: R\$ 472,72 Serviço profissional: R\$ 133,43

Fonte: BRASIL, 2020.

Para o procedimento exérese de endometrioma de parede não foi encontrado código com respectivo valor de custo e, dessa forma, foi considerado como laparotomia.

#### 4. 6 Elaboração do protocolo

A partir da análise realizada, foi feito diagnóstico do atual modelo de assistência a estas pacientes no serviço estudado.

Como produto deste trabalho foi elaborado protocolo de assistência às mulheres com dor pélvica crônica, o qual será apresentado ao Hospital Universitário com a proposta de sua implementação na Unidade de Atenção a Saúde da Mulher do HU/UFPI, com o propósito de instituição de um serviço especializado no atendimento a essas mulheres que se queixam e sofrem com dor pélvica crônica.

O protocolo elaborado terá como público-alvo: médicos assistentes ginecologistas, médicos residentes em Obstetrícia e Ginecologia e acadêmicos de medicina e tem por objetivos: orientar o profissional de saúde e/ou acadêmico na condução e manejo das pacientes com dor pélvica crônica, bem como auxiliar no diagnóstico etiológico da dor; e propor a instituição de um serviço de assistência direcionado as mulheres com dor pélvica crônica.

Para a realização da pesquisa e elaboração de proposta de protocolo, foram pesquisados artigos nas bases de dados: PUBMED, COCHRANE e BIREME. Além disso, foram pesquisados protocolos e guidelines nacionais e internacionais.

Utilizamos os descritores: dor pélvica; pelvic pain; dor crônica, terapêutica, epidemiologia, prevalência, custos de tratamento e as seguintes estratégias de busca:  
 # chronic[All Fields] AND ("pelvic pain"[MeSH Terms] OR ("pelvic"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "pelvic pain"[All Fields]) AND ("syndrome"[MeSH Terms] OR "syndrome"[All Fields])

# chronic[All Fields] AND ("pelvic pain"[MeSH Terms] OR ("pelvic"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "pelvic pain"[All Fields])

# ("pelvic pain"[MeSH Terms] OR ("pelvic"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "pelvic pain"[All Fields]) AND ("etiology"[Subheading] OR "etiology"[All Fields] OR "causality"[MeSH Terms] OR "causality"[All Fields])

# ("pelvic pain"[MeSH Terms] OR ("pelvic"[All Fields] AND "pain"[All Fields]) OR "pelvic pain"[All Fields]) AND ("diagnosis"[Subheading] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms]) Filters activated: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews, Guideline, Practice Guideline, Clinical Trial, Review, published in the last 5 years

# ((Pain, Pelvic OR Pelvic Pains) OR chronic pelvic pain) AND (((Woman OR Related Pain) OR Neoplasm-Associated Pain) OR cancer) AND (((Pain Management OR Clinical Protocol) OR Treatment Protocol) OR Clinical Research Protocol) OR Treatment OR Therapy) NOT (((Pregnant Woman OR pregnancy) Minors) OR Minor) NOT ((man OR men) OR men's group) Filters activated: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews, Guideline, Practice Guideline, Clinical Trial, Review, published in the last 5 years

Foram selecionados os artigos relacionados e relevantes ao tema do estudo, aos objetivos deste trabalho e a elaboração e proposição de protocolo assistencial para este Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

#### **4. 7 Aspectos éticos**

A pesquisa foi submetida a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí - UFPI e recebeu parecer consubstanciado (Anexo III) CAAE 03476318.9.0000.5214, Número do Parecer: 3.334.801. Esta pesquisa esteve de acordo com os princípios éticos que constam na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS

Um total de 6462 mulheres foram atendidas no Setor de Atenção à Saúde da Mulher do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, no período de novembro de 2012 a junho de 2018. Destas, 2687(41,58%) apresentavam queixa de dor e 573 (8,86%) se enquadravam no diagnóstico de dor pélvica crônica.

Conforme demonstrado na Tabela 2, a idade média das pacientes foi de  $43,7 \pm 9,88$  anos, variando de 18 a 80 anos, sendo que 50% tinham até 44 anos de idade.

Observou-se que 95,6% (N=573) das pacientes autodeclararam-se pardas ou negras. Cerca de 35,4%(N=573) possuíam o 1º grau incompleto e 4,4%(N=573) eram analfabetas. Quanto à situação de trabalho, 25,5%(N=573) eram ativas e 25% (N=573) eram inativas e/ou desempregadas, no entanto, em 49,6% dos prontuários não havia dados sobre essa informação.

As mulheres (N=573) eram predominantemente procedentes da capital (68,6%); 20,8% de cidades do interior do estado e 10,6% eram da zona rural. Cerca de 68,1% eram casadas ou viviam em união estável; 23,4% eram solteiras; 3,1%, viúvas e 5,4%, divorciadas.

Tabela 2 – Características Sociodemográficas da População (N=573) Atendida Por DPC – Teresina, Pi, Brasil, 2020

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média ± DP ou % (x/N)</b>
Idade		43,7±9,88
Etnia		
Branco	25	4,36%
Negro	55	9,59%
Pardo	493	86,03%
Escolaridade		
1º grau incompleto	203	35,40%
1º grau completo	41	7,20%
2º grau incompleto	58	10,10%
2º grau completo	191	33,30%
Superior completo	33	5,80%
Superior incompleto	15	2,60%
Nenhum	25	4,40%
Ignorado	6	1,00%

(Continua)

Tabela 2 – Características Sociodemográficas da População (N=573) Atendida Por DPC – Teresina, Pi, Brasil, 2020

(Continuação)

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média ± DP ou % (x/N)</b>
<b>Situação do trabalho</b>		
Ativo	146	25,50 %
Inativo/desempregado	143	25,00 %
Não informado	284	49,60%
<b>Estado marital</b>		
Solteira	134	23,40%
Casada/união estável	390	68,10%
Viúva	18	3,10%
Divorciada	31	5,40%
<b>Origem</b>		
Capital	393	68,60%
Cidade do interior	119	20,80%
Zona rural	61	10,60%

**Fonte:** HU/UFPI (2020).

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; x: valor da amostra; N: população.

Das mulheres incluídas no estudo, 66 (11,51%) estavam na menopausa e a idade média de menopausa foi de 47,09 anos. A maioria (81,81%; N=66) não utilizava terapia hormonal (Tabela 3).

Cerca de 46,9% das pacientes na menacme (N=507) tinham sido submetidas à laqueadura tubária; 12,2% utilizavam anticoncepção oral; 12,8% utilizavam condom; e 15,7% pacientes não usavam nenhum método contraceptivo (Tabela 3).

O número médio de gestações foi de 2,67 por paciente, com mínimo de zero e máximo de 19, sendo que 50% (N=573) das mulheres tiveram até três gestações. A maioria não teve partos cesarianos e o maior número de cesarianas foram quatro. A média de cesarianas por mulher foi de 0,65 (Tabela 3).

Em 26,9% (N=573) das pacientes foi relatada história de aborto espontâneo, e nenhuma mulher referiu a realização de aborto provocado ou induzido (Tabela 3).

Tabela 3 – Antecedentes Obstétricos e Ginecológicos em Mulheres com DPC (N=573) Atendidas no HU/UFPI - Teresina, Pi, Brasil, 2020

Variável	N	Média ± DP ou % (x/N)
Pós -menopausa	66	11,5 %
Terapia de reposição hormonal (n=66)		
Sim	7	10,6 %
Não	54	81,8 %
Não informado	5	7,5 %
Idade da última menstruação		47,09 ± 6,6
Menacme	507	88,5 %
Método contraceptivo (n = 507)		
Anticoncepcional oral	62	12,2 %
Condom	65	12,8%
DIU	1	0,01%
Laqueadura	238	46,9%
Nenhum	80	15,7%
Não informado	61	12%
Número de Gestações		2,76 ± 2,17
Número de Cesarianas		0,65 ± 0,91
Número de Abortos		0,37 ± 0,73
Aborto		
Nenhum	418	72,9%
Espontâneos	154	26,9 %
Não informado	1	0,2 %

Fonte: HU/UFPI (2020)

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; DIU: dispositivo intrauterino; x: valor da amostra; N: população.

Observou-se que 16,6% (N=573) das pacientes apresentavam sobrepeso/obesidade, mas em 52,2% dos prontuários analisados não havia informações sobre essa variável; 4,5% (N=573) das pacientes eram tabagistas; 15,5% (N=573) consumiam álcool socialmente; 67,7% (N=573) negaram o consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 4).

Cerca de 28,4% (N=573) das mulheres eram sedentárias; 2,8% (N=573) praticavam atividades físicas menos que 3 vezes na semana; 6,6% (N=573)

praticavam atividades físicas mais que 3 vezes na semana, mas em 62,1% dos prontuários analisados essa informação foi ignorada (Tabela 4).

Tabela 4 – Hábitos de vida associados a dor pélvica crônica em mulheres (N=573) atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Sobrepeso/obesidade		
Sim	95	16,6
Não	179	31,2
Não informado	299	52,2
Tabagismo		
Sim	26	4,5
Não	461	80,5
Não informado	86	15,0
Consumo de álcool		
Sim	89	15,5
Não	388	67,7
Não informado	96	16,8
Atividade física		
Sedentário	163	28,4
Menos que 3x semana	16	2,8
Mais que 3x semana	38	6,6
Não informado	356	62,1

Fonte: HU/UFPI (2020)

Legenda: HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; IST: infecções sexualmente transmissíveis.

Em 30,2% (N=573) das pacientes houve referência a cirurgias prévias abdominais/pélvicas (excetuando-se cesarianas e laqueadura tubária) (Tabela 5). Cerca de 50% (N=66) das pacientes na pós-menopausa apresentavam história prévia de laqueadura tubária.

Aproximadamente 6,3% (N=573) possuíam história de infecções sexualmente transmissíveis (IST); 0,5% (N=573) tinham histórico de violência física e 0,9% (N=573) tinham sofrido violência sexual. No entanto, na maioria dos prontuários selecionados, mais de 90%, não tinha informações sobre história de IST; violência física e sexual (Tabela 5).

Tabela 5 - Antecedentes Clínicos Associados a Dor Pélvica Crônica em Mulheres (N=573) Atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020)

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Cirurgias prévias abdominais/pélvicas		
Sim	173	30,2
Não	397	69,3
Não informado	3	0,5
História de IST		
Sim	36	6,3
Não	9	1,6
Não informado	528	92,1
Histórico de violência física		
Sim	3	0,5
Não	1	0,2
Não informado	569	99,3
Violência sexual		
Sim	5	0,9
Não	1	0,2
Não informado	567	99,0

**Fonte:** HU/UFPI (2020)

Legenda: HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; IST: infecções sexualmente transmissíveis.

Ao avaliar as comorbidades presentes, 3,86% (N=573) das pacientes tinham diagnóstico de endometriose; 1,6% (N=573), doença inflamatória intestinal (Doença de Chron e retocolite ulcerativa); 2,3% (N=573), fibromialgia; 20,2% (N=573) eram hipertensas; 22,3% (N=573) apresentavam queixa de constipação; 5,6% (N=573) tinham litíase renal; 9,1% (N=573) apresentavam depressão e/ou ansiedade; 9,4% (N=573) referiam doenças musculoesqueléticas (lombalgia; hérnia de disco; artrite reumatoide; escoliose); 6,1% (N=573) tinham gastrite; 6,3% (N=573) eram diabéticas; 2,1% (N=573) tinham colelitíase e 2,4% (N=573) tinham distopias (Tabela 6).

Entretanto, na maioria dos prontuários não consta se houve investigação acerca de outras morbidades, seja em dados de anamnese (perguntas direcionadas à existência ou não de tais doenças) seja em dados de avaliação complementar (dados de exame físico ou exames complementares comprobatórios), conduzida de forma a suportar a inexistência de tais patologias pesquisadas neste estudo e que estão associadas à dor pélvica crônica.

Tabela 6 – Doenças diagnosticadas em pacientes (N=573) atendidas no HU/UFPI por DPC – Teresina, Pi, Brasil, 2020

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Endometriose		
Sim	22	3,8
Não	551	96,2
Doença Inflamatória Intestinal		
Sim	9	1,6
Não	564	98,4
Fibromialgia		
Sim	13	2,3
Não	560	97,7
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	116	20,2
Não	457	79,8
Constipação		
Sim	128	22,3
Não	445	77,7
Litíase		
Sim	32	5,6
Não	541	94,4
Ansiedade/depressão		
Sim	52	9,1
Não	521	90,9
Musculoesqueléticas		
Sim	54	9,4
Não	519	90,6
Gastrite		
Sim	35	6,1
Não	538	93,9
Diabetes Melitus		
Sim	36	6,3
Não	537	93,7
Colelitíase		
Sim	12	2,1
Não	561	97,9
Distopias genitais		
Sim	14	2,4
Não	559	97,6

Fonte: HU/UFPI (2020).

A duração média da dor foi de 3,15 anos, variando de seis meses a 50 anos, sendo que, 50% (N=573) das pacientes sentiam dores há pelo menos dois anos (Tabela 7).

Em relação à intensidade da dor, 18,8% (N=573) das pacientes sentiam dores leves; 33,5% (N=573) sentiam dores moderadas e 47,6% (N=573) sentiam dores intensas; 5,2% (N=573) afirmaram já ter ido à emergência/urgência em decorrência da dor, no entanto, não havia informações sobre a ida em emergência/urgência em 92,3% dos prontuários (Tabela 7).

Na sua maioria (91,8%; N=573), não havia informações sobre o evento coincidente com o início da dor, entretanto, dos prontuários analisados em que havia tais informações, o evento mais frequente associado foi gravidez/aborto/nascimento do filho em 3,8% (N=573) das pacientes, além do evento histerectomia em 3,1%(N=573) das pacientes (Tabela 7).

Tabela 7 – Características da dor em mulheres (N=573) com DPC atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>Média ± DP ou % (x/N)</b>
Duração da dor		3,15 ± 4,60
Intensidade da dor		
Leve	108	18,8 %
Moderada	192	33,5 %
Intensa	273	47,6 %
Ida a emergência em decorrência da dor		
Sim	30	5,2 %
Não	14	2,4 %
Não informado	529	92,3 %
Evento coincidente com o início da dor		
Nenhum percebido	1	0,2 %
Gravidez/aborto/nascimento do filho	22	3,8 %
Laqueadura tubária/LT	3	0,5 %
Histerectomia	18	3,1 %
Exame alterado	2	0,3 %
Menarca	1	0,2 %
Não informado	526	91,8 %

**Fonte:** HU/UFPI (2020).

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí  
x: valor da amostra; N: população.

Em 73,6% das mulheres (N=573) foi realizado tratamento para a queixa apresentada. Dentre os tratamentos realizados, 45,2% das pacientes foram tratadas com analgésicos e/ou anti-inflamatórios (AINES); 36,2% com medicação hormonal (supressão do eixo hormonal ou terapia hormonal pós-menopausa); 5,8% com antidepressivos; 0,7% foram encaminhadas à psicoterapia; 33,7% foram submetidas à cirurgia e em 36,8% dos casos múltiplos tratamentos foram realizados (Tabela 8).

A maioria (62%; N=193) das pacientes realizou cirurgia de histerectomia, sendo quatro histerectomias vaginais associadas à colpoperineoplastia anterior e posterior para correção de distopia genital, e 115 histerectomias abdominais. Em 18,2% (n=193) das pacientes foi realizada histeroscopia cirúrgica (29 polipectomias; 4 miomectomias e 2 retiradas de DIU) e em 6,3% (N=193) realizou-se miomectomia via laparotomia (Tabela 8).

Além das cirurgias realizadas, foram indicados mais 36 procedimentos cirúrgicos que até o final da coleta de dados não haviam sido realizados ou por recusa da paciente ou por espera na fila de cirurgia do setor. São eles: uma exérese de endometrioma de parede abdominal; 15 histerectomias abdominais; uma miomectomia; seis ooforectomia/ooforoplastia; 10 histeroscopias cirúrgicas por pólipos endometrial e três histerectomias vaginais por prolapso uterino.

Cerca de 25% (N=573) das pacientes apresentaram melhora da dor com o tratamento instituído; 26,2% (N=573) obtiveram melhora parcial e em 37,5% (N=573) das mulheres não houve melhora com o tratamento instituído (Tabela 8).

Tabela 8 – Tratamento realizado em mulheres (N=573) com DPC atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
<b>Tratamento</b>		
Sim	422	73,6
Não	150	26,2
Não informado	1	0,2
<b>Analgesicos/AINES</b>		
Sim	258	45,2
Não	313	54,8
<b>Hormonal</b>		
Sim	207	36,2
Não	365	63,8
<b>Antidepressivos</b>		
Sim	33	5,8
Não	539	94,2
<b>Psicoterapia</b>		
Sim	4	0,7
Não	568	99,3
<b>Cirúrgico</b>		
		0,0
Sim	193	33,7
Não	379	66,3

(Continua)

Tabela 8 – Tratamento realizado em mulheres (N=573) com DPC atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

(Continuação)

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
<b>Realização de múltiplos tratamentos</b>		
Sim	211	36,8
Não	361	63,0
Não informado	1	0,2
<b>Cirurgia realizada</b>		
Histerectomia	119	
Vaginal (prolapso uterino)	4	62,0
Abdominal	115	
Histeroscopia	35	18,2
Miomectomia	12	6,3
Ooforoplastia/Ooforectomia	13	6,8
Endometriose	6	3,1
Colecistectomia	1	0,5
Laparotomia	2	1,0
Correção de distopia (cistocele/retocele/roturaperineal)	4	2,1
<b>Melhora da dor com o tratamento instituído</b>		
Sim	146	25,5
Parcialmente	150	26,2
Não	215	37,5
Não informado	62	10,8

**Fonte:** HU/UFPI (2020).

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

Verificou-se um total de 3588 consultas realizadas nesse período com média de seis consultas por paciente; 1058 ultrassons; 32 tomografias e 61 ressonâncias (Tabela 9).

Pela Tabela 9, nota-se que 96% (N=573) das pacientes realizaram USG TV como exame complementar, 5,4% realizaram TC e 9,6% realizaram RNM.

Do total (N=573) de pacientes incluídas no estudo, 554 (96,68%) realizaram pelo menos um exame complementar e em 79 (14,25%) casos os exames foram normais. Em nove pacientes foram evidenciadas varizes pélvicas; em 37 mulheres observaram-se achados de endometriose; em 16 mulheres, sugestivo de adenomiose e em cinco casos, presença de aderências como resultado dos exames complementares.

Outros diagnósticos evidenciados pelos exames foram: miomatose uterina; pólipos endometriais; cistos ovarianos funcionais e neoplasias ovarianas benignas.

Tabela 9 – Consultas e exames complementares realizados por pacientes (N=573) com DPC atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

Variável	N	Média ± DP ou % (x/N)
Quantidade de consultas	3588	6,26 ± 8,23
Quantidade de USG realizados	1058	1,85 ± 1,,14
Quantidade de TC realizados	32	0 ± 0,24
Quantidade de RNM realizados	61	0 ± 0,34
USG TV		
Sim	550	96,0 %
Não	23	4,0 %
TC		
Sim	31	5,4 %
Não	542	94,6 %
RNM		
Sim	55	9,6 %
Não	518	90,4 %

Fonte: HU/UFPI (2020).

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; USG TV: ultrassom transvaginal; TC: tomografia computadorizada; RNM: ressonância nuclear magnética; x: valor da amostra; N: população.

Com relação aos gastos, estimou-se um custo global de R\$ 184.177,47 para o manejo dessas pacientes. Importante ressaltar que foram considerados as consultas médicas, exames complementares e procedimentos cirúrgicos realizados, não tendo sido contabilizados para tal cálculo os custos com compra de medicamentos, consultas com outros profissionais, internação hospitalar e atendimento em emergências, e custos relacionados a faltas em trabalho ou perda de capacidade funcional (Tabela 10).

Tabela 10- Custos relacionados ao manejo da DPC em mulheres (N=573) atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR INDIVIDUAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Consulta	3588	10,00	35.880,00
USG	1058	24,20	25.603,60
TC	32	138,63	4.436,16
RNM	61	268,75	16.393,75
HTA	115	634,03	72.913,45
HV	4	460,08	1.840,32

(Continua)

Tabela 10- Custos relacionados ao manejo da DPC em mulheres (N=573) atendidas no HU/UFPI – Teresina, Pi, Brasil, 2020

(Continuação)

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR INDIVIDUAL (R\$)</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
VHTC	35	173,33	6.066,55
Miomectomia	12	528,94	6.347,28
Ooforectomia/ooforoplastia	13	509,97	6.629,61
Distopias (CPA/PP/PP)	4	472,43	1.889,72
LE (lise de aderências)	2	829,06	1.658,12
LE (endometriose)	6	637,19	3.823,14
Colecistectomia	1	695,77	695,77
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 184.177,47</b>

**Fonte:** HU/UFPI (2020).

Legenda: DPC: dor pélvica crônica; HU/UFPI: Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí; USG: ultrassonografia; TC: tomografia computadorizada; RNM: ressonância nuclear magnética; HTA: histerectomia total abdominal; HV: histerectomia vaginal; VHTC: videohisteroscopia cirúrgica; CPA: colpoperioneoplastia anterior; CPP: colpoperioneoplastia posterior; PP: perineoplastia; LE: laparotomia exploradora.

## 6 DISCUSSÃO

A dor pélvica crônica é uma queixa ginecológica comum, podendo afetar mulheres em todas as idades. Sua prevalência na população feminina é de 5,7 a 26,6% em todo o mundo, acometendo mais de 25% das mulheres em idade reprodutiva e correspondendo a mais de 20% das consultas ginecológicas (LE, 2017; SIMPSON, 2019). Há estimativas de que uma a cada três pessoas sofrem de dor pélvica crônica (PAIVA, 2013).

Neste estudo, verificou-se frequência da dor pélvica crônica em cerca de 8,8% (N=573) das mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, centro de atenção terciária, no período de novembro de 2012 a junho de 2018.

Nos Estados Unidos, a prevalência descrita para dor pélvica crônica é de 14,7%, no Reino Unido é de 24%, na Nova Zelândia é de 25,4% e na Austrália é de 21,5% (AYORINDE, 2017).

No Brasil, não se sabe a real prevalência da dor pélvica crônica (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2018). Coelho *et al.* (2014) demonstraram prevalência de 19% de dor pélvica crônica em São Luís, capital do Maranhão, entre mulheres residentes na zona urbana e com idade entre 14 e 60 anos. Em Ribeirão Preto houve prevalência de 11,5% em mulheres acima de 14 anos e de 15,1% em mulheres na menacme, dentre aquelas residentes no distrito leste da cidade (DEUS *et al.*, 2014).

São escassos os dados relativos a real prevalência de dor pélvica crônica no mundo e no presente estudo, a frequência encontrada foi inferior ao encontrado na literatura. Tal discordância pode ser decorrente da falta de consenso quanto à definição de dor pélvica crônica, além das diferenças socioeconômicas e culturais de cada região.

A cultura pode interferir na experiência dolorosa, tanto do paciente quanto do profissional, em diversos aspectos, sofrendo influências das ideologias sobre saúde, qualidade de vida e “status” socioeconômico (LODUCA., 2014). O Brasil é um país de território vasto e abrange populações e culturas heterogêneas.

Além disso, o levantamento dos dados, obtidos retrospectivamente por meio da análise de prontuários, associado à ausência de sistematização quanto ao atendimento da mulher com queixa de dor, com conseqüente falha de registro de informações pertinentes, e ausência da padronização quanto a definição de “dor

pélvica crônica”, pode ter resultado em subdiagnóstico na população estudada nesta análise.

No presente estudo verificou-se, assim como em outro estudo realizado no Brasil (DEUS, 2014), que a maioria das mulheres se autodeclarou parda; encontrava-se casada ou em união estável; procedia da capital; tinha baixa escolaridade, estava desempregada-ou aposentada.

De acordo com a tabela 2, observou-se que 4,36% das mulheres autodeclararam-se brancas; 9,59%, negras e 86,03%, pardas. Há variações importantes com relação à prevalência da dor pélvica crônica e as condições relacionadas à dor entre as diversas etnias.

Em pesquisa realizada em Goiânia/Brasil, a maioria das mulheres (51,3%) que apresentavam dor pélvica crônica era parda (DEUS, 2014), no entanto, em São Luís/Brasil verificou-se maior prevalência em mulheres brancas, 61,3% (COELHO, 2014).

Estudos demonstram que caucasianos experimentam menos dor e menos incapacidade relacionada à dor quando comparados a pacientes negros. No Reino Unido, pessoas que se autodeclaravam brancas referiam menos existência de dor crônica do que as que se autodeclaravam negras, asiáticas ou de etnia mista (MILLS, 2019).

Ainda, em revisão sistemática avaliando resposta a estímulos dolorosos experimentais (térmico, frio, isquêmico, elétrico e/ou mecânico), indivíduos afro-americanos apresentaram maior intensidade e menor tolerância à dor (RAHIM-WILLIAMS, 2012).

O mecanismo exato pelo qual seja possível explicar tais diferenças ainda não é esclarecido. Acredita-se que possa estar relacionado a alterações nos mecanismos endógenos de controle da dor, mediados por fatores genéticos, ainda não completamente conhecidos (RAHIM-WILLIAMS, 2012).

É importante ressaltar que a avaliação quanto à etnia, no presente estudo, foi baseada no que as próprias mulheres declaravam. Além disso, o Brasil é caracterizado por uma miscigenação e, portanto, somos descendentes de uma mistura de diferentes raças/etnias.

Ainda de acordo com a tabela 2, aproximadamente 47% das mulheres eram analfabetas ou possuíam até o 1º grau completo de escolaridade. Evidências sugerem que fatores sociais, como nível educacional, estão inversamente relacionados à

intensidade da dor, severidade do sofrimento emocional e incapacidade relacionada à dor (AS-SANIE, 2014). Isso se deve provavelmente devido à falta de conhecimento frente ao sintoma sentido e conseqüentemente demora em buscar atendimento em saúde, além da dificuldade de acesso aos serviços disponíveis no sistema de saúde.

Dessa forma, pessoas desprivilegiadas socioeconomicamente são mais propensas a relatar dor crônica do que aquelas com maior poder econômico e, embora a formação socioeconômica e educacional de um indivíduo não seja modificável, a atenção política a esses fatores e adoção de políticas públicas adequadas pode ter uma grande influência na prevalência e gravidade futuras da dor crônica em nível social.

Foi possível observar que cerca de 25% da população estudada estava desempregada ou inativa, porém em cerca de 49% não havia registro, sobre a condição de trabalho, em prontuário (tabela 2).

Em estudo avaliando o “status” de trabalho, verificou-se que a dor pélvica crônica estava presente em 78,9% dos desempregados, em 39,8% dos que estavam com emprego remunerado e em 42,4% dos que trabalhavam voluntariamente ou não (MILLS, 2019).

Pessoas inativas devido a problemas de saúde ou incapacidade são mais propensas a ter dor crônica do que aquelas que estão empregadas. Os possíveis fatores de risco para tanto incluem controle inadequado do trabalho, expectativas de retorno ao trabalho (incluindo medo de lesões recorrentes), falta de autonomia no trabalho ou capacidade de modificar o trabalho, e maior dificuldade em atender os requisitos exigidos de trabalho (MILLS, 2019). Essa relação, no entanto, pode ser bidirecional, uma vez que as pessoas com dor crônica podem ter menos capacidade para trabalhar devido à queixa.

Além disso, a ocorrência de dor ou até que ponto a dor interfere na vida pode ser influenciada pelas respostas do parceiro ou da família à dor, demandas e controle no trabalho, reações do empregador e dos colegas de trabalho à dor ou mesmo por questões mais amplas, como o mercado de trabalho (VAN HECKE, 2013).

Nesse Hospital Universitário, à semelhança de Ayorinde *et al.*, 2017, a dor pélvica crônica foi mais prevalente em mulheres na menacme quando comparadas às mulheres na pós-menopausa (88,48% versus 11,51%, respectivamente). A idade média das pacientes foi de  $43,7 \pm 9,88$  anos, sendo que 50% tinham até 44 anos de idade e 6,25% das pacientes tinham mais de 60 anos.

Isso possivelmente é decorrente da influência hormonal na modulação da dor, além do fato de as principais doenças ginecológicas associadas à dor terem prevalência maior em mulheres na menacme.

O mecanismo exato pelo qual os hormônios ovarianos modulam a dor é incerto, porém é sabido que esses hormônios, principalmente o estrogênio, têm importante papel em alguns aspectos da resposta dolorosa, como: modulação da transdução do sinal e transmissão da nocicepção; estão presentes na substância gelatinosa da medula espinhal, em que a quantidade de receptores de estrogênio altera de acordo com a variação dos níveis de estrogênio no ciclo menstrual; e no cérebro, em que há predominância de receptores de estrogênio em regiões que modulam a percepção dolorosa como tálamo, amígdala, mesencéfalo (HASSAN, 2014).

O estrogênio também está associado ao aumento da atividade da COX 2 e aumento da produção de fator de crescimento neural (YOSEF, 2016a). Além disso, os hormônios ovarianos podem modular a percepção dolorosa através da modulação de diversos neurotransmissores, como: serotonina; dopamina; endorfina; ácido gama-aminobutírico (GABA) (HASSAN, 2014).

Ademais, em uma revisão sistemática constatou-se que as mulheres que experimentam dor têm maior probabilidade de usar estratégias de enfrentamento não adaptativas, como aceitação da dor e uso de medicamentos para alívio momentâneo, o que as predispõem à dor crônica e à pior capacidade funcional. As mulheres apresentam limiar e tolerância mais baixos à dor e são mais propensas a experimentar dores mais intensas (MILLS, 2019).

De acordo com a tabela 3, cerca de 26,9% referiram história de abortamento espontâneo prévio; a média de gestações foi de duas por paciente; aproximadamente 40,4% das mulheres tiveram ao menos uma cesariana e 46,9% das mulheres que estavam na menacme (N=507) havia sido submetida à laqueadura laparotômica.

A cesariana, assim como a laqueadura, é umas das cirurgias mais realizadas entre as mulheres e a sua frequência tem aumentado consideravelmente nos últimos anos. A dor pélvica crônica consequente a cesariana acontece em cerca de 15,4%; 11,5% e 11,2% das mulheres entre 3 e 6 meses após a cirurgia; entre 6 e 12 meses após a cirurgia e pelo menos 12 meses após a cirurgia, respectivamente (WEIBEL, 2016). Doze por cento das mulheres continuam relatando dor relacionada ao parto cesáreo 10,2 meses no pós-operatório. As causas potenciais de dor incluem:

aprisionamento do nervo ilioinguinal ou ilio-hipogástrico, defeito na cicatriz uterina e aderências pélvicas (BLOMQUIST, 2014).

Além disso, é importante esclarecer que, durante o parto vaginal, a descida do concepto provoca a distensão da musculatura do assoalho pélvico podendo causar lesão direta neuromuscular e nos tecidos, e, dessa forma, também predispor a dor pélvica crônica. Em estudo envolvendo 1115 mulheres divididas em grupos de acordo com o tipo de parto: 577 partos por cesariana e 538 com pelo menos um parto vaginal, a prevalência de dor pélvica foi semelhante entre as mulheres que deram à luz por via vaginal e as que deram à luz por cesariana (BLOMQUIST, 2014).

De acordo com resultados elencados na tabela 4, cerca de 4,5% das mulheres incluídas neste estudo fumavam e 15,5 % consumiam álcool socialmente.

Estudo incluindo 1470 mulheres divididas em dois grupos: dor pélvica crônica versus mulheres saudáveis, concluiu que tanto o tabagismo (25,9% x 14,6%) quanto o alcoolismo (45,7% x 31,2%) tinham associação significativa com a queixa de dor crônica, sendo o tabagismo um fator mais importante quando comparado ao alcoolismo (COELHO, 2014).

Em outro estudo, o tabagismo também foi associado de forma significativa à dor pélvica crônica, atuando como fator independente associado à gravidade da dor (YOSEF, 2016a). Da mesma forma, Cosar *et al.* (2014) demonstraram que o tabagismo estava significativamente mais presente em mulheres com queixa de dor pélvica crônica.

A relação causal direta entre tabagismo e dor não é esclarecida. Tabagistas têm mais frequentemente dor pélvica crônica, além de mais intensidade de dor, quando comparadas a não tabagistas. Ao mesmo tempo, pessoas com dor crônica são mais propensas a fumar do que aquelas sem queixas. Observa-se que o ato de fumar, muitas vezes, remete a uma estratégia de enfrentamento da dor, ou seja, uma maneira de gerenciar o sofrimento emocional gerado pela dor crônica e como fator distrator da dor (COELHO, 2014; VAN HECKE, 2013). Além disso, o tabagismo está implicado na etiologia de várias condições que cursam com dor crônica, supondo-se estar relacionado à intensidade do hábito (MILLS, 2019).

Já em relação à associação entre alcoolismo e dor pélvica crônica, é conhecido que o álcool pode ter efeito analgésico e seu uso em excesso pode acarretar o desenvolvimento de resistência a seus efeitos analgésicos, ocasionando, em muitos casos, em necessidade crescente de dose de álcool para alívio da dor. Além disso, a

abstinência alcoólica pode aumentar a sensibilidade à dor, o que pode promover um ciclo crescente de abuso de álcool, a fim de buscar efeitos de analgesia em doses mais altas à medida que a tolerância aumenta, e evitar dores relacionadas à abstinência. Importante ressaltar que no presente estudo, dentre as mulheres que relatavam consumo de álcool, não houve referência ao uso abusivo da substância.

A tabela 4 ainda mostra que pouco mais de 15% das mulheres atendidas neste hospital universitário eram obesas ou tinham sobrepeso, no entanto, em mais de 50% das pacientes não havia registro sobre esse dado em prontuário. Com relação à pesquisa sobre atividade física, mais de 25% eram sedentárias, entretanto, em cerca de 62% dos prontuários avaliados não havia tal informação.

Estudo que incluiu 656 mulheres com dor pélvica crônica, 43% das quais tinham sobrepeso ou obesidade, concluiu que o aumento do IMC está significativamente associado à maior severidade da dor (YOSEF, 2016a). Em outro estudo em que 230 mulheres com dor pélvica crônica foram avaliadas, cerca de 38% apresentavam sobrepeso ou obesidade (DEUS, 2014).

Quando avaliada a associação entre atividade física e dor, uma pesquisa comparando grupos de mulheres com e sem dor pélvica crônica evidenciou que 68% e 56,7% ( $p = 0,01$ ), respectivamente, eram sedentárias (SILVA, 2011). Em outro estudo 73% das mulheres que se queixavam de dor crônica não praticavam atividade física (LUZ, 2018).

Nessa perspectiva, sobrepeso/obesidade e sedentarismo podem ser considerados fatores associados à dor crônica.

A obesidade e sobrepeso estão relacionados à múltiplas doenças, apresentam alta morbidade, além de serem considerados preditores independentes de dor crônica. A obesidade gera uma sobrecarga mecânica e pode aumentar a dor crônica de várias maneiras: sobrecarregando as articulações de sustentação de peso, reduzindo a atividade física e contribuindo para o descondicionamento geral do corpo (MILLS, 2019).

Estudos sugerem que quase 40% das pessoas obesas experimentam dor crônica. Um estudo populacional em larga escala descobriu que a probabilidade de relatar dor crônica aumentou proporcionalmente com o IMC, em comparação com grupos de pessoas com um IMC saudável: em pessoas com IMC de 30 a 34, as taxas de dor foram de 68%; IMC de 35 a 39, as taxas relativas de dor crônica foram de 136% e de 254% naqueles com IMC > 40 (MILLS, 2019).

No geral, a literatura sugere uma associação entre perda de peso e melhora da dor. Estímulo à atividade física tem demonstrado impacto positivo sobre melhora da dor, qualidade de vida, funcionalidade física, humor e sono, devendo ser indicado a praticamente todos os pacientes com dor pélvica crônica, respeitando-se as condições de saúde, comorbidades associadas e causa da dor crônica. Caminhada, exercícios aeróbicos, musculação, pilates, natação, yoga, ou quaisquer outras atividades que os pacientes gostem são opções de atividade física (TILL, 2017).

No presente estudo, de acordo com a tabela 5, cerca de 6,3% das mulheres já haviam sido tratadas para alguma IST; e menos de 1% referiam ter sido vítimas de violência sexual ou física, no entanto, chama a atenção o fato de que em mais de 90% dos casos esses dados tenham sido ignorados. Todos estes fatores estão associados ao maior risco de desenvolvimento da dor crônica e podem estar implicados no alívio parcial ou inexistente da dor em mais da metade dos casos (YOSEF, 2016a).

Em estudo avaliando a qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica, constatou-se que 7% das mulheres com tal queixa atribuíram o abuso físico e/ou sexual como fator causal da dor (LUZ, 2015). Em outro estudo, em que 230 mulheres sintomáticas foram avaliadas, cerca de 15% e 11% tinham história de abuso físico e sexual, respectivamente (DEUS, 2014).

Em relação às IST's, estudo avaliando fatores associados à severidade da dor pélvica crônica em 656 mulheres verificou a ocorrência de clamídia, doença inflamatória pélvica e gonorreia em 72, 26 e 7 das pacientes analisadas, respectivamente (YOSEF, 2016a).

A história de abuso, físico ou sexual, é altamente prevalente entre mulheres com dor pélvica crônica, variando entre 45% e 65%, e predispõe ao surgimento de depressão, ansiedade ou somatização, o que predispõe ao desenvolvimento ou apresentação da dor crônica (AS-SANIE, 2014; MOORE, 2012). História de abuso sexual pode estar relacionada a um risco 2,39 vezes maior de apresentar incapacidade relacionada à dor e 2,55 vezes maior de apresentar sintomas depressivos. História de abuso físico apresenta risco relativo de 2,51 para o surgimento de sintomas depressivos (AS-SANIE, 2014).

O trauma decorrente do abuso pode desencadear o surgimento de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, que está associado à maior incapacidade relacionada à dor entre mulheres com dor pélvica crônica (AS-SANIE, 2014).

Com relação aos antecedentes cirúrgicos, cerca de 30% das mulheres incluídas neste estudo, como demonstra a tabela 5, referiram história prévia de cirurgias abdominopélvicas, excetuando-se cesáreas e laqueadura.

Em estudo avaliando mulheres com dor pélvica crônica, a história de cirurgias pélvicas prévias foi bastante comum, principalmente, laqueadura tubária (50,4%), cesárea (48,7%), histerectomia (14,3%) e cisto de ovário (11,3%) (DEUS, 2014).

Em outra pesquisa, a história de cirurgia prévia foi significativamente maior em mulheres com dor pélvica crônica quando comparadas a mulheres sem queixa (COSAR, 2014). De acordo com Silva *et al*, 66% das mulheres com dor crônica apresentavam cirurgia prévia, taxa significativamente maior do que a encontrada em mulheres assintomáticas (SILVA, 2011). Além disso, Coelho *et al.*, (2014), constataram que antecedente de três ou mais cirurgias abdominais prévias era duas vezes mais frequente em mulheres com dor pélvica crônica.

Nesse sentido, cirurgias prévias são consideradas fatores de risco para dor pélvica crônica, provavelmente devido ao surgimento de aderências pélvicas (WEIBEL, 2016). As aderências pélvicas são achadas em mais de 50% das mulheres com dor pélvica crônica submetidas a cirurgias para investigação (MOORE, 2012). A dor pós-cirúrgica crônica pode afetar até 10% dos pacientes (MILLS, 2019).

O provável mecanismo de dor das aderências pélvicas e abdominais reside no fato de possuírem nervos e de estarem ligadas a estruturas móveis sensíveis à dor dentro da cavidade peritoneal. Portanto, o estímulo gerado pelo movimento dessas estruturas pode resultar em dor e a lise dessas aderências pode reduzir o processo de sensibilização à dor (CHEONG, 2014).

Aproximadamente 25% das mulheres avaliadas neste estudo apresentavam alguma comorbidade previamente diagnosticada, como disposto na tabela 6: endometriose, fibromialgia, doença inflamatória intestinal; constipação, distúrbios musculoesqueléticos, distopia genital, ansiedade/depressão. É importante ressaltar que não foi possível identificar em prontuário se tais doenças foram, em sua totalidade, adequadamente investigadas ou indagadas durante anamnese à paciente. Dessa forma, os resultados obtidos podem estar subestimados.

São muitas as doenças e os fatores associados à dor pélvica crônica. Causas urológicas, ginecológicas, musculoesqueléticas, gastrointestinais, psicológicas, neurológicas estão implicadas na gênese da dor pélvica crônica. Essa multiplicidade

de doenças cursando com queixa de dor pode ser decorrente de múltiplos mecanismos fisiopatológicos implicados no surgimento da dor pélvica crônica.

De acordo com o apresentado na tabela 6, cerca de 3,8% das mulheres apresentaram diagnóstico prévio de endometriose. Porém, em cerca de 96% dos prontuários não foi encontrada tal informação.

Essa doença acomete cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva e de acordo com Paiva e Carneiro, 2013, sua prevalência em mulheres com dor pélvica crônica é de cerca de 33% (PAIVA, 2013).

A endometriose é uma das principais causas ginecológicas de dor pélvica crônica, estando associada a estímulo nociceptivo decorrente dos implantes endometrióticos e centralização. A disfunção do sistema nervoso central ocorre independente da severidade da doença e está envolvida no desenvolvimento e manutenção da dor, podendo explicar o porquê de muitas mulheres persistirem com a queixa de dor mesmo após tratamento cirúrgico com excisão das lesões endometrióticas ou histerectomia (CAREY, 2017).

Com relação às enfermidades psiquiátricas, como depressão e ansiedade, 9,1% das mulheres incluídas nesta pesquisa referiam tal condição, segundo consta em tabela 6, e em 90,9% não há registro de investigação sobre sua existência.

Barbosa *et al.* (2016), ao avaliar a influência da depressão na dor pélvica crônica, observaram que 63% e 35% das mulheres com queixa de dor apresentavam depressão e ansiedade, respectivamente. Já em outra pesquisa, a prevalência encontrada de depressão e ansiedade em mulheres com dor pélvica crônica foi de 66% e 63%, respectivamente, sendo significativamente maior quando comparada com as taxas encontradas entre mulheres assintomáticas (LUZ, 2018).

De acordo com da Luz *et al.* (2015) 14% das mulheres avaliadas em sua análise atribuíram o estado emocional e estresse como desencadeador da dor (LUZ, 2015).

A depressão pode ocorrer em mais de 38% das mulheres com queixa de dor crônica. A relação de causalidade ainda não é completamente compreendida, podendo a dor culminar em problemas psiquiátricos em virtude de seu caráter crônico, perda da esperança em cura, sentimento de frustração, preocupação e implicação negativa na qualidade de vida da mulher. Além disso, a depressão pode ocasionar dor, por meio de modificações do sistema nervoso com conseqüente dor neuropática e sensibilização central (SILVA, 2011; YOSEF., 2016b). É a desordem de humor mais comum entre mulheres com dor pélvica crônica e caracteriza-se por redução dos

neurotransmissores serotonina, norepinefrina e dopamina, responsáveis pela regulação da emoção, estresse, sono, apetite e função sexual. A serotonina e norepinefrina são os mais relevantes na percepção da dor (CAREY, 2017).

Já a prevalência de ansiedade em mulheres com dor pélvica crônica varia de 26 a 73% e impacta de forma negativa no bem-estar psicológico dessas mulheres e em sua qualidade de vida (CAREY, 2017).

Tanto a depressão quanto a ansiedade podem ser resultados do estresse, o qual provoca resposta do eixo hipotálamo-hipófise e do sistema nervoso autônomo a este estímulo. A exposição crônica ao estresse ocasiona em liberação, contínua e patológica, de citocinas inflamatória, prostaglandinas e hormônio liberador de corticotrofina, que afetam na sensibilidade dolorosa. Níveis elevados de hormônio liberador de corticotrofina estão associados à depressão, ansiedade e hipersensibilidade visceral (CAREY, 2017).

Além de ser um fator de risco para a dor pélvica crônica, os transtornos do humor podem, ainda, dificultar a participação de mulheres na reabilitação cognitiva, importante na melhoria da dor. A experiência individual da dor é pessoal e subjetiva, sendo provavelmente afetada por estados emocionais e, portanto, por fatores psicossociais (SILVA, 2011). Dessa forma, os tratamentos disponíveis devem se concentrar em melhorar o enfrentamento, em vez de simplesmente focarem na redução dos sintomas (WESTLING, 2013).

Segundo a tabela 7, no presente estudo, a média de tempo de dor desde o início até a sua primeira consulta, nesse hospital universitário, foi de três anos, a maioria referindo intensidade da dor de moderada a intensa, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado por Deus *et al.* (2014) e Coelho *et al.* (2014).

Durante análise dos prontuários, neste estudo, verificou-se a não utilização sistemática da escala analógica visual para mensuração da dor, a qual foi descrita como leve, moderada ou intensa/grave, de acordo com o referido pela própria paciente.

Ainda, da mesma forma que em nosso estudo, outra pesquisa realizada no Brasil, em Ribeirão Preto, observou duração média da dor de  $51,8 \pm 61,2$  [6-360] meses: 6-12 meses em 34,0% das mulheres (50/147), 13-36 meses em 28,6% (42/147) e mais de 36 meses em 37,4% (55/147) (SILVA, 2011).

Mais de 15% das mulheres apresentam dor pélvica crônica por um período superior a um ano, com duração média dos sintomas de 2,5 anos (LE, 2017). A média

de tempo até um diagnóstico em adolescentes com dor pélvica é de 5,4 anos, em contraste com 1,9 anos quando a queixa tem início já na fase adulta da vida (MANN, 2013).

Apenas cerca de um terço das mulheres com dor pélvica crônica buscam assistência médica. Muitas pacientes relatam dificuldade em descrever as características da dor e insatisfação com manejo da dor, conseqüentemente se sentem desencorajadas a buscar atendimento médico apesar da persistência do sintoma. Relatam também a necessidade de que os profissionais da saúde, familiares e amigos acreditem na existência real da dor (TWIDDY, 2017).

Os possíveis motivos para o atraso no diagnóstico dessas pacientes são os mais diversos, dentre os quais podem ser citados: natureza vaga de muitos dos sintomas referidos, frequente troca de médicos e medicações, vários procedimentos possíveis para tratamento e diagnóstico (TWIDDY, 2017).

Além disso, são muitas as barreiras encontradas pelas pacientes em receber uma atenção em saúde ótima, como: não cobertura dos planos de saúde; falta de conhecimento e treinamento dos profissionais de saúde; falta de empatia ou interesse dos profissionais; dificuldade de marcação para os profissionais adequados; falta de conhecimento e conscientização da própria mulher sobre dor pélvica, uma vez que algumas acreditam ser a dor um evento normal; e hesitação em procurar ajuda, com conseqüente demora no diagnóstico e tratamento e longos períodos de dor (MANN, 2013).

Todas essas dificuldades, vividas por estas mulheres que sofrem com a dor, refletem no impacto negativo que a dor causa em sua qualidade de vida e saúde, na demora dessa mulher em buscar ajuda, na dificuldade de acesso a serviço médico especializado pelo SUS e dificuldade em seguir acompanhamento nesse sistema de saúde.

De acordo com a tabela 8, mais de 70% das pacientes receberam algum tratamento e em cerca de 36% dos casos, foi proposto mais de um tratamento para a dor, o que reflete a complexidade de manejo dessa condição, tanto pela fisiopatologia ainda não completamente compreendida, quanto pelos inúmeros fatores de risco associados a seu início, persistência e gravidade.

O tratamento medicamentoso consistiu em uso de analgésicos e/ou anti-inflamatórios (45,2%); supressão do eixo hormonal (36,2%); e antidepressivos (5,8%).

Menos de 1% das mulheres foram encaminhadas para acompanhamento com psicólogo.

A escolha do tratamento adotado foi dependente das informações obtidas em anamnese e exame físico, achados dos exames complementares, experiência e opinião do profissional.

Dos procedimentos cirúrgicos realizados (N=193), entre as mulheres incluídas neste estudo, a histerectomia foi a mais prevalente, ocorrendo em mais de 60% das indicações cirúrgicas; seguidas de histeroscopia cirúrgica para realização de 29 polipectomias, 4 miomectomias e 2 retiradas de DIU; ooforoplastia/ooforectomia e miomectomia via laparotômica.

Estima-se que cerca de 12% das histerectomias realizadas são por dor pélvica crônica (NOGUEIRA, 2006), sendo considerada por muitos profissionais ou pacientes como tratamento definitivo para a dor (CHEN, 2017). A histerectomia tem sido associada a bons resultados e satisfação da paciente. Em estudo avaliando úteros de mulheres com dor pélvica crônica e endometriose demonstrou-se quantidade de fibras nervosas superior nestes úteros quando comparados aos controles (SENAPATI, 2016).

No entanto, o tratamento cirúrgico nem sempre é, de fato, definitivo. Estudo avaliando a dor após histerectomia em mulheres com dor crônica idiopática observou que 78% das mulheres apresentaram melhora após o procedimento, entretanto, 22% referiram persistência do sintoma. Em outro estudo, foi observado alívio completo da dor em 74% das mulheres submetidas à histerectomia, todavia, em 21% houve melhora parcial e em 5% não houve melhora ou houve piora da dor após seguimento de 2 anos (SENAPATI, 2016).

No presente estudo, não foi possível analisar a resolutividade da dor especificamente após o tratamento cirúrgico devido à ausência de registro de seguimento. A melhora da dor foi avaliada considerando os tratamentos realizados de forma geral e não de maneira individualizado. Houve pacientes que realizaram cirurgia como tratamento inicial e único, outras receberam modalidades diferentes de tratamento medicamentoso simultaneamente, já outras mulheres receberam outros tratamentos prévio a cirurgia e em outros casos a cirurgia não foi opção de tratamento adotada.

As pacientes submetidas a cirurgia, em muitos casos, ou perderam seguimento ou foram referenciadas a outros níveis de atenção à saúde o que impossibilitou acompanhamento pós-operatório a longo prazo.

Além disso, não foi avaliada a correlação entre tratamento realizado e causa específica da dor pélvica, uma vez que o objetivo deste estudo se concentra na determinação do perfil epidemiológico da população afetada e perfil situacional do serviço quanto à condução dessas pacientes.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, como mostra a tabela 8, somente em 25% dos casos houve melhora da dor e em mais de 50% dos casos observou-se alívio parcial ou nenhuma melhora da dor. Mesmo após tratamento medicamentoso ou cirúrgico apropriado, muitas pacientes ainda poderão relatar persistência do sintoma com impacto em sua qualidade de vida.

Como anteriormente elucidado, os possíveis mecanismos fisiopatológicos e sistemas envolvidos na dor pélvica crônica são os mais variados, além da possível inexistência de doença de base atribuível ao sintoma dor. Além disso, são inúmeros os fatores envolvidos no surgimento, persistência e gravidade da dor. Diante de tantas possibilidades etiológicas e fatores associados, o processo de diagnóstico é extremamente difícil, assim como seu tratamento, sendo importante uma abordagem holística e multidisciplinar do paciente com vistas a aumentar as chances de sucesso no manejo destas pacientes.

Durante a condução das pacientes avaliadas neste estudo, como mostra a tabela 9, foram realizadas mais de 3500 consultas, 1058 ultrassons, 32 tomografias e 61 ressonâncias magnéticas.

Dentre os achados mais frequentemente encontrados nos exames realizados para investigação da causa da dor crônica das mulheres incluídas neste estudo, pode-se citar em ordem decrescente: endometriose; adenomiose; aderências pélvicas; congestão pélvica. Outras patologias ginecológicas evidenciadas foram: miomatose uterina, pólipos endometrial, cistos funcionais ovarianos e neoplasias benignas ovarianas, doenças geralmente assintomáticas ou oligossintomáticas na maioria das mulheres.

Ainda, em cerca de 14% dos casos não foi evidenciada nenhuma anormalidade em exames complementares. Dados importantes do exame físico para investigação de dor pélvica crônica não foram identificados nos registros dos prontuários da grande maioria das pacientes.

A inexistência de provável doença associada à dor pélvica ocorre em cerca de metade dos casos (SIMPSON, 2019). No Reino Unido, cerca de 60% das mulheres com dor pélvica crônica nunca receberam diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor (LUZ, 2014).

Em estudo realizado com 230 mulheres com dor pélvica crônica, a maioria das pacientes apresentavam exame físico normal (84,3%) e ultrassonografia normal (69,6%) ou com achados incidentais como pequenos miomas, cistos ovarianos funcionais, hidrossalpinge, dentre outros, os quais, em geral, apresentam-se assintomáticos na maior parte dos casos, o que reforça a dificuldade em demonstrar um diagnóstico óbvio e plausível à dor (DEUS, 2014).

Outra pesquisa evidenciou que apenas 4% das mulheres com dor pélvica crônica afirmaram ter recebido um diagnóstico específico. Aventou-se três possíveis hipóteses, contribuindo para esse achado: se o médico é capaz de fornecer o diagnóstico correto; se a relação entre o paciente e o médico permite uma comunicação e explicação eficazes do diagnóstico; e se as mulheres se queixam de suas condições clínicas aos médicos (SILVA, 2011).

Diante de tantas possibilidades etiológicas e fatores associados, o processo de diagnóstico da dor pélvica crônica torna-se extremamente difícil, sendo importante uma abordagem holística e multidisciplinar do paciente.

Uma anamnese bem elaborada, constando informações acerca de: caracterização da dor; sintomas associados a dor; fatores relacionados ao início e/ou alívio da dor; fatores ergonômicos e ambientais; fatores sociais e psicológicos; hábitos e estilo de vida; antecedentes gineco-obstétricos; antecedentes clínico-cirúrgicos; antecedentes familiares, é o passo inicial para o atendimento deste paciente. (YOSEF, 2016b; SIMPSOM, 2019; SIEDENTOPF, 2015; CHANDLER, 2018; LAMVU, 2018; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)

Em sequência, deve ser realizado exame físico completo, abordando: avaliação da sensibilidade cutânea; busca por pontos de gatilho; avaliação músculo-esquelética; exame pélvico, abdominal e ginecológico. (YOSEF, 2016b; SIMPSOM, 2016; CHANDLER, 2018; LAMVU, 2018; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ; MEISTER, 2018).

Dentre os exames complementares a serem possivelmente solicitados, cita-se: sorologias para avaliação de ISTs; exames de urina; pesquisa de sangue oculto nas fezes; ultrassom transvaginal, ultrassom abdominal, ressonância magnética,

tomografia computadorizada e laparoscopia diagnóstica. (CAREY, 2017; CHANDLER, 2018)

O Ultrassom pélvico é capaz de identificar lesões estruturais no útero, ovários e estruturas vizinhas. Além disso, é um exame de baixo custo e mais acessível a população. (CHANDLER, 2018).

A avaliação por imagem de pacientes com dor pélvica crônica geralmente tem início com a realização de ultrassonografia pélvica, sendo a ressonância magnética e tomografia computadorizada também solicitadas a depender da hipótese diagnóstica. (KHATRI, 2017).

Importante ressaltar que a acurácia dos métodos diagnósticos varia de acordo com a patologia avaliada. Os exames de imagem não invasivos apresentam, de forma geral, boa acurácia para o diagnóstico ou exclusão de determinadas condições e, portanto, podem muitas vezes eliminar a necessidade de realização de procedimentos invasivos como a laparoscopia, além de permitir planejamento terapêutico a partir de seus resultados (KHATRI, 2017).

A laparoscopia diagnóstica é considerada método padrão-ouro para investigação de dor pélvica crônica quando há suspeição de lesão orgânica, e para exclusão de várias causas de dor. No entanto, em cerca de 40-55% dos casos não há achados positivos. Trata-se de um método invasivo, de alto custo e com possíveis riscos associados ao procedimento cirúrgico e anestesia (TIRLAPUR, 2015). Portanto, apesar de sua alta acurácia para diagnóstico etiológico da dor crônica, seu uso deve ser reservado àqueles casos em que outras intervenções não invasivas não foram possíveis de elucidação diagnóstica (KHATRI, 2017; TIRLAPUR, 2015). Atualmente é considerado método diagnóstico de segunda linha quando outros métodos falharem (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA).

Neste Hospital Universitário do Piauí, o custo global estimado para a assistência às mulheres com dor pélvica crônica, discriminado na tabela 10, foi de R\$ 184.177,47, ou seja, cerca de R\$ 30.696,25 por ano. O cálculo realizado incluiu as consultas ginecológicas, exames complementares e procedimentos cirúrgicos realizados, levando-se em consideração a tabela unificada de procedimentos do SUS.

Nos Estados Unidos, os custos com saúde são de 881,5 bilhões de dólares por ano (dólar = R\$ 5,3) (PAIVA, 2013). No Reino Unido, os custos diretos anuais foram estimados em aproximadamente 158 milhões de libras esterlinas por ano (libra = R\$

6,9). No Canadá, os custos foram de \$25 milhões por ano e \$2926 por pessoa por ano (dólar = R\$ 5,3) (CHEN, 2017; LUZ, 2015).

É importante ressaltar que a tabela SUS não é reajustada há mais de 15 anos, além do fato de não terem sido incluídos no cálculo outros custos e gastos adicionais envolvidos no manejo da mulher com dor pélvica crônica, como: medicamentos, atendimento psicológico e fisioterapêutico, avaliação de outros especialistas, custos com internação hospitalar e perdas econômicas relacionadas à redução de capacidade laborativa dessa mulher.

Dessa forma, o custo calculado neste estudo é subestimado, o que significa que o tratamento dessa condição, possivelmente, implica em um problema econômico importante para nosso estado.

Além disso, grande parte das pacientes que sofrem com dor pélvica crônica, cerca de 85%, acreditam que apenas intervenções externas, como: uso de medicações, assistência de profissionais de saúde, principalmente o médico, são capazes de reverter o quadro de dor (LODUCA., 2014). Isso pode dificultar a condução dessa paciente, além de onerar ainda mais os custos com saúde, significando um fardo socioeconômico.

A dor pélvica crônica apresenta impacto negativo na qualidade de vida da mulher, resultando em importante sofrimento e fardo físico, social e mental, além de angústia, redução da capacidade funcional e disfunção sexual (LE, 2017; SIMPSON, 2019).

Em geral, é o médico ginecologista o primeiro a avaliar uma mulher com a queixa de dor pélvica, e dessa forma deverá ser o profissional a buscar identificar uma causa provável para a dor, seja ginecológica ou não ginecológica.

A abordagem inicial minuciosa, composta de anamnese bem elaborada e exame físico adequado, é o passo inicial para o atendimento desse paciente, possibilitando a identificação das possíveis causas ou fatores associados à dor, além de estreitar os laços entre paciente e profissionais de saúde, aumentando-se a confiança e possibilidade de resultados melhores com os tratamentos propostos.

Nesse contexto, informações acerca de: aspectos socioeconômicos, comorbidades pré-existentes, tabagismo, etilismo, atividade física, história prévia de IST, violência sexual e física, eventos coincidentes com o início da dor, exame físico pélvico detalhado, investigação sobre outros sistemas, dentre outros, são valiosos para o entendimento da dor crônica e, conseqüentemente, para a escolha

individualizada do manejo e seu sucesso. Muitas dessas informações foram ignoradas na maior parte dos prontuários avaliados neste estudo.

## 7 CONCLUSÃO

A frequência de dor pélvica crônica encontrada nesse centro terciário foi de 8,8%, achado esse inferior ao encontrado em outros centros no Brasil e no mundo, provavelmente em consequência da não padronização da definição da dor.

A idade média das pacientes foi de  $43,7 \pm 9,88$  anos; a maioria encontrava-se na menacme (88,5%); 95,6% se autodeclararam como pardas ou negras; 35,4% possuíam o 1º grau incompleto. Quanto à situação de trabalho, 25% eram inativas e/ou desempregadas. Observou-se que 16,6% das pacientes apresentavam sobrepeso/obesidade; 4,5% eram tabagistas; 15,5% consumiam álcool socialmente e 28,4% eram sedentárias. Em 30,2% das pacientes houve referência a cirurgias prévias abdominais e/ou pélvicas. Cerca de 6% referiam antecedente de infecção sexualmente transmissível, 0,5% de violência física e 0,9% de violência sexual. Aproximadamente 25% das mulheres apresentavam alguma comorbidade previamente diagnosticada.

A duração média da dor foi de 3,15 anos e a maioria das mulheres referia dor de intensidade moderada a intensa.

Em mais de 70% dos casos foi instituído algum tipo de tratamento, quais sejam: medicamentoso, psicológico e/ou cirúrgico, e em 36,8% foi necessária a realização de múltiplos tratamentos. Foram realizadas 193 cirurgias, sendo em sua maioria, 62%, histerectomia.

A condução clínica não se demonstrou adequada, uma vez que a assistência falhou na maioria das pacientes, as quais manifestaram manutenção ou piora da dor mesmo com o tratamento instituído.

As avaliações do perfil sociodemográfico, do perfil clínico e da condução clínica e seus resultados foram prejudicadas, visto que informações relevantes foram ignoradas na maioria dos registros de atendimento das pacientes.

Quanto aos gastos envolvidos na assistência à mulher que sofre com dor pélvica crônica, estimou-se um custo de R\$ 184.177,47 reais para o manejo dessas pacientes, valor abaixo do verificado na literatura.

## **8 CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Diante do aspecto multifatorial que caracteriza a etiopatogenia da dor pélvica crônica, a investigação diagnóstica, a conduta terapêutica e o seguimento dessas pacientes tornam-se extremamente complexos, sendo essencial uma assistência multidisciplinar e sistematizada da paciente.

As várias lacunas identificadas na análise dos registros de atendimentos das pacientes estudadas deveram-se, provavelmente, à falta de sistematização do atendimento. A elaboração de protocolo clínico assistencial sistematizado, direcionando o atendimento multi e interdisciplinar, e norteando aspectos relevantes na anamnese e exame físico, pode contribuir para maior eficiência e eficácia da assistência em saúde a essas mulheres.

Dessa forma, elaborou-se, como produto desta pesquisa, um protocolo de assistência às mulheres com dor pélvica crônica, que será proposto para implementação na Unidade de Atenção à Saúde da Mulher do HU/UFPI.

## REFERÊNCIAS

ALLAIRE, C.; WILLIAMS, C.; BODMER-ROY, S.; ZHU, S.; ARION, K.; AMBACHER, K.; WU, J.; YOSEF, A.; WONG, F.; NOGA, H.; BRITNELL, S.; YAGER, H.; BEDAIWY, M. A.; ALBERT, A. Y.; LISONKOVA, S.; YONG, P. J. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. **Am J Obstet Gynecol.** [s. l.], v. 218, n. 1, p. 114.e1-114.e12, jan. 2018.

AS-SANIE, S.; CLEVINGER, L. A.; GEISSER, M. E, WILLIAMS, D. A.; ROTH, R. S. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. **Am J Obstet Gynecol.** [s. l.], v. 210, n. 4, p. 317.e1–317.e8, abr. 2014. Doi:10.1016/j.ajog.2013.12.048.

AYORINDE, A. A.; BHATTACHARYA, S.; DRUCE, K. L.; JONES, G. T.; MACFARLANE, G. J. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post reproductive age: a population-based study. **Eur J Pain.** [s. l.], v. 21, n. 3, p. 445-455, mar. 2017.

BARBOSA, H. F.; NOGUEIRA, A. A.; SILVA, J. C.R.; POLI NETO O. B.; REIS, F.J.C. A influência da educação e depressão sobre a autonomia de mulheres com dor pélvica crônica : um estudo transversal. **Rev Bras Ginec Obst.**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 47-52, 2016.

BLOMQUIST, J. L.; MCDERMOTT, K.; HANDA, Victoria L. Pelvic Pain and Mode of Delivery. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 210, n. 5, p. 423.e1–423.e6. Doi:10.1016/j.ajog.2014.01.032.

BRAWN, J.; MOROTTI, M.; ZONDERVAN, K. T.; BECKER, C. M.; VINCENT, K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. **Hum Reprod Update.** [s. l.], v. 20, n. 5, p. 737–747, 2014. doi:10.1093/humupd/dmu025.

CALATI, R.; BAKHIYI, C. L.; ARTERO, S.; ILGEN, M.; COURTET, P. The impact of physical pain in suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. **Journal of Psychiatric Research.**, [s. l.], v. 71, p. 16-32, dez. 2015.

CAREY, E. T.; TILL, S. R.; AS-SANIE, S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. **Drugs**, [s. l.], v. 77, p. 285-381, 10 jan. 2017. DOI 10.1007/s40265-016-0687-8

CAREY, E. T.; AS-SANIE, S. New developments in the pharmacotherapy of neuropathic chronic pelvic pain. **Future Sci. OA**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. FSO148. 5 out. 2016.

CHAO, M. T.; ABERCROMBIE, P. D.; NAKAGAWA, S.; GREGORICH, S. E.; LEARMAN, L. A.; KUPPERMANN, M. Prevalence and use of complementary health approaches among women with chronic pelvic pain in a prospective cohort study. **Pain Med.**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 328–340, fev. 2015. Doi:10.1111/pme.12585.

CHANDLER J, WAGNER E, RILEY K. Evaluation of Female Pelvic Pain. **Semin Reprod Med** 2018;36:99–106

CHEN, I.; THAVORN, K.; SHEN, M.; GODDARD, Y.; YONG, P.; MACRAE, G. S.; NISHI, C.; MATAR, A.; ALLAIRE, C. Hospital-associated Costs of Chronic Pelvic Pain in Canada: A Population-based Descriptive Study. **J Obstet Gynaecol Can.** [s. l.], v. 39, n. 3, p. 174-180, mar. 2017.

CHEONG, Y. C.; READING, I.; BAILEY, S.; SADEK, K.; LEDGER, W.; LI, T. C. Should women with chronic pelvic pain have adhesiolysis? **BMC Women's Health**, [s. l.], v. 14, n. 36, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/14/36>.

CHEONG, Y. C.; SINGH, S.; STONES, W. Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 1, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008212.

COELHO, L.S.C.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M.B.C.; MASCARENHAS, T. S.; COSTA, J.P.L.; NOGUEIRA, A.A.; POLI NETO, O. B. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. **Braz J Med Biol Res.**, [s. l.], v. 47, n. 9, 2014.

COSAR E. *et al.* Sleep disturbance among women with chronic pelvic pain. **Int J Gynaecol Obstet.**, [s. l.], v. 126, n. 2014, p. 232-234.

DAS, B. B.; RONDA, J.; TRENT, M. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. **Infection and Drug Resistance**, [s. l.], v. 9, p. 191-197, 19 ago. 2016.

DEUS, J. M. de; SANTOS, A. F. R. dos; BOSQUETTI, R. B.; POFHAL, L; ALVES NETO, O. Análise de 230 mulheres com dor pélvica crônica atendidas em um hospital público. **Rev dor.**, São Paulo, v. 15, n. 3, jul./set, 2014.

FALL, M.; BARANOWSKI, A. P.; ELNEIL, S., ENGELEr. D.; HUGHES, J.; MESSELINK EJ; OBERPENNING, F. WILLIAMS, A. C. C. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. **European Urology**, [s. l.], v. 57, n. 575 – 48, 2010.

HASSAN, S. *et al.* Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review. **Pain**, [s. l.], v. 155, n. 12, p. 2448-2460, dec. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.08.027>.

HINDOCHA, A; BEERE, L.; DIAS, S.; WATSON, A.; AHMAD, G. Adhesion prevention agents for gynaecological surgery: an overview of Cochrane reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 1, 06 jan. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011254.pub2/full>.

KHATRI, G.; KHAN A; RAVAL, G.; CHHABRA, A. Diagnostic Evaluation of Chronic Pelvic Pain. **Phys Med Rehabil Clin N Am.** [s. l.], v. 28, n. 3, p. 477-500, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.004>.

LAMVU, G.; CARRILLO, J.; WITZEMAN, K.; ALAPPATTU, M. Musculoskeletal Considerations in Female Patients with Chronic Pelvic Pain. **Semin Reprod Med.**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 107–115, 2018.

LE, P. U.; FITSGERALD, C. M. Pelvic pain: an overview. **Phys Med Rehabil Clin N Am.**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 449-454, aug. 2017. Doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.002.

LODUCA, A.; MÜLLER, B. M.; AMARAL, R.; SOUZA, A. C. M. D.; FOCOSI, A. S.; SAMUELIAN, C.; YENG, L. T.; BATISTA, M. Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. **Rev Dor.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 30-35, jan./mar. 2014.

LUZ, R. A.; DEUS, J. M. DE; CONDE, D. M. Quality of life and associated factors in brazilian women with chronic pelvic pain. **Journal of pain research.**, [s. l.], v. 11, p. 1367-1374, 2018.

LUZ, R. A.; RODRIGUES, F. M.; VILA, V. S. C.; DEUS, J. M.; CONDE, D. M. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 17, n. 3, jul. /set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.27656>.

LUZ, R. A.; RODRIGUES, F. M.; VILA, V. S.; DEUS, J. M.; LIMA, K. P. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 79-83, fev. 2014.

MANN, J.; SHUSTER, J.; MOAWAD, N. Attributes and Barriers to Care of Pelvic Pain in University Women. **J Minim Invasive Gynecol.**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 811–818, 2013. Doi:10.1016/j.jmig.2013.05.003.

MEISTER, M. R.; SHIVAKUMAR, N.; SUTCLIFFE, S. *et al.* Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 219, n. 5, p. 497.e1 – 497.e1, nov. 2018.

MONTENEGRO, M. L. L. S.; BRAZ, C. A.; ROSA-E-SILVA, J. C. *et al.* Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain. **BMC Anesthesiol.**, [s. l.], v. 15, n. 175, 1 dec. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0155-0>.

MOORE, S. J.; KENNEDY, S. H. **The initial management of Chronic pelvic pain.** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline n. 41, maio 2012.

MILLS, S. E. E.; NICOLSON, K. P.; SMITH, B. H. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. **British Journal of Anaesthesia**, [s. l.], v. 123, n. 2, p. e273ee283, aug. 2019.

NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C. dos; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. **Rev Bras Ginecol Obstet.** [s. l.], v. 28, n. 12, p. 733-740, dez. 2006.

PAIVA, S.; CARNEIRO, M. M. Complementary and Alternative Medicine in the Treatment of Chronic Pelvic Pain in Women: What Is the Evidence? **ISRN Pain**, [s. l.], v. 2013, 28 nov. 2013. DOI: 10.1155/2013/469575.

PASSAVANTI, M. B.; POTA, V.; SANSONE, P.; AURILIO, C.; DE NARDIS, L.; PACE, M. C. Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. **Pain Research and Treatment**, [s. l.], v. 2017, 15 p. 20 nov. 2017.

RAHIM-WILLIAMS, BRIDGETT.; RILEY, J. L.; WILLIAMS, A. K. K.; FILLINGIM, R. B. A. Quantitative Review of Ethnic Group Differences in Experimental Pain Response: Do Biology, Psychology and Culture Matter? **Pain Med.**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 522–540, April 2012. Doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01336.x.

SENAPATI, S.; ATASHROO, D.; CAREY, E.; DASSEL, M.; TU, F. F. Surgical interventions for chronic pelvic pain. **Curr Opin Obstet Gynecol**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 209 – 296, aug. 2016.

SILVA, G. P. O. G.; NASCIMENTO, A. L.; MICHELAZZO, D.; ALVES, J. R. F. F.; ROCHA, M. G.; JULIO, ROSA-E-SILVA C. *et al.* High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. **Clinics.**, [s. l.], v. 66, n. 8, p. 1307-1312, 2011.

SIEDENTOPF F., WEIJENBORG P., ENGMAN M., MAIER B., CAGNACCI A., MIMOUN S., WENGER A., KENTENICH H. (2015) ISPOG European Consensus Statement – chronic pelvic pain in women (short version), **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 36:4, 161-170, DOI: 10.3109/0167482X.2015.1103732

SIMPSON, L. R.; MAHMOOD, T. Medical and surgical management of chronic pelvic pain. **Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine**, [s. l.], v. 29, n. 10, p. 273-280, out. 2019.

SMITH, S. E.; Eckert, J. M. Interventional Pain Management and Female Pelvic Pain: Considerations for Diagnosis and Treatment **Semin Reprod Med.**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 159–163, mar. 2018.

SUNG, SOO-HYUN; SUNG, ANGELA-DONG-MIN; SUNG, HYUN-KYUNG; AN, TTEUL-E-BOM; PARK, KYEONG HAN; KIM, JANG-KYUNG. Acupuncture Treatment for Chronic Pelvic Pain in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [s. l.], v. 2018, 27 sep. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1155/2018/9415897>.

SPITZNAGLE, T. M.; ROBINSON, C. M. Myofascial Pelvic Pain. **Obstet Gynecol Clin N Am.** [s. l.], v. 41, n. 3, p. 409–432, set. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2014.04.003>.

TILL, S. R.; WAHL, H. N.; AS-SANIE, S. The role of nonpharmacologic therapies in management of chronic pelvic pain: what to do when surgery fails. **Curr Opin Obstet Gynecol.**, [s. l.], 2017, v. 29, n. 4, p. 231-239. DOI:10.1097/GCO.0000000000000376.

TIRLAPUR SA, DANIELS JP, KHANA KS. Chronic pelvic pain: how does noninvasive imaging compare with diagnostic laparoscopy? **Curr Opin Obstet Gynecol** 2015, 27:445–448 DOI:10.1097/GCO.0000000000000222

TWIDDY, H.; BRADSHAW, A.; CHAWLA, R.; JOHNSON, S.; LANE, N. Female chronic pelvic pain: the journey to diagnosis and beyond. **Pain Manag.**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 155–159, 2017. DOI: 10.2217/pmt-2016-0052.

ULIRSCH, J. C.; BALLINA, L. E.; SOWARD, A. C.; ROSSI, C.; HAUDA, W.; HOLBROOK, D.; WHEELER, R.; FOLEY, K. A.; BATTIS, J.; COLLETE, R.; GOODMAN, E.; MCLEAN, S. A. Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: Results of a prospective longitudinal study. **Eur J Pain**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 559-566, abr. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. EBSEH. **Protocolo Clínico. Dor pélvica Crônica**. 20 nov. 2018. PRO.MED-GIN.014-Página 1/9. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106177/PRO.MED-GIN.014+-+DOR+P%C3%89LVICA+CR%C3%94NICA.pdf/a2b970ed-f5f1-4b20-8bdb-4d0a4914d82c>.

VAN HECKE, O.; TORRANCE, N. SMITH, B. H. Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in?. **British Journal of Pain.**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 209– 217, nov. 2013.

WEIBEL, S.; NEUBERT, K.; JELTING, Y.; MEISSNER, W.; WÖCKEL, A.; ROEWER, N.; KRANKE, P. Incidence and severity of chronic pelvic pain after caesarean section. A systematic review with meta-analysis. **Eur J Anaesthesiol.**, [s. l.], v. 33, n. 11, p. 853-865, nov. 2016.

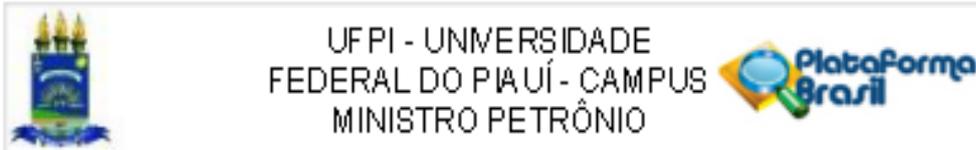
WESTLING, A. M.; TU, F. F.; GRIFFITH, J. W.; HELLMAN, K. M. The association of dysmenorrhea with noncyclic pelvic pain accounting for psychological factors. **Am J Obstet Gynecol**. [s. l.], v. 209, n. 5, p. 422.e1–422.e10, nov. 2013. Doi: 10.1016/j.ajog.2013.08.020.

WHITAKER, L. H.; REID, J.; CHOA, A.; MCFEE, S.; SERETNY, M.; WILSON, J.; ELTON, R. A.; VINCENT, K.; HORNE, A. W. An Exploratory Study into Objective and Reported Characteristics of Neuropathic Pain in Women with Chronic Pelvic Pain. **PLoS One**. [s. l.], v. 11, n. 4, p. 5 abr. 2016. doi: 10.1371/journal.pone.0151950.

YOSEF, A.; ALLAIRE, C.; WILLIAMS, C.; AHMED, A. G.; AL-HUSSAINI, T.; ABDELLAH, M. S.; WONG, F.; LISONKOVA, S.; YONG, P. J. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. **Am J Obstet Gynecol**. [s. l.], v. 215, n. 6, p. 760.e1-760.e14, dec. 2016.

YOSEF, A.; AHMED, A. G.; AL-HUSSAINI, T.; ADDELLAH, M. S.; CUA, G.; BEDAIWY, M. A. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. **Middle East Fertility Society Journal**. [s. l.], v. 21, n. 4, p. 205-221, dez. 2016.

## ANEXO A - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da assistência às pacientes com dor pélvica crônica em Hospital Universitário

Pesquisador: MARTA ALVES ROSAL

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 03476318.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.334.801

## Apresentação do Projeto:

Protocolo de pesquisa é sobre a Dor pélvica crônica é definida como uma dor contínua ou intermitente localizada em pelve ou abdome inferior com duração de pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação, relação sexual ou gestação. Pode estar presente tanto em homens quanto em mulheres, sendo mais frequente na população feminina. A prevalência no sexo masculino varia de 2 a 17% e na população feminina mundial varia de 5,6% a 26,6%. Acomete cerca de 15% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo, sendo também comum em pacientes em idade não reprodutiva, estando, nestes casos, mais associados a fatores psicobiológicos. A prevalência da dor pélvica crônica varia de acordo com a região ou país.

Atualizado e essa ampla variação pode refletir as diferenças socioculturais existentes entre as populações.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor a implantação de um serviço de assistência às mulheres com dor pélvica crônica no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

## Objetivo Secundário:

Determinar a frequência das pacientes atendidas por dor pélvica crônica em um serviço público de rotina em ginecologia; Determinar o perfil sócio demográfico da população estudada; Identificar a condição das pacientes com dor pélvica crônica e os custos implicados em seu atendimento;

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela.  
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-900  
 UF: PI Município: TERESINA  
 Telefone: (33) 3297-2932 Fax: (33) 3297-2932 E-mail: cepufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer 3 224/201

Elaborar e sistematizar um protocolo de atendimento às pacientes com dor pélvica crônica, com vistas a estabelecer um serviço especializado na assistência destas mulheres.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o TCLE "Quanto aos possíveis riscos, pode-se haver coação involuntária ou desconforto em relação a algumas perguntas que constam no questionário e, neste caso, a senhora poderá se recusar em respondê-las ou desistir de participar da pesquisa. No intuito de minimizar os riscos, o questionário será realizado por pesquisadores treinados que assumem a responsabilidade de seguir todas as recomendações éticas que constam na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Seus dados serão mantidos em confidencialidade e sua privacidade garantida."  
Haverá benefícios diretos e indiretos ao participante, uma vez que o resultado almejado é aprimorar o atendimento das pacientes com dor pélvica crônica, trazendo maior eficácia e eficiência no atendimento e tratamento das mesmas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante sobre a saúde da mulher, em específico a dor pélvica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo de pesquisa.

**Recomendações:**

Sem recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido em parecer de aprovado. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/COMPP e o laboratório de laboratório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://npf.br/cep>

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela,  
Bloco: Inqpa Cel: 04 049-9330



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.334/201

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1259274.pdf	02.05.2019 19:31:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_maior_2019.docx	02.05.2019 19:30:24	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_abril_2019.docx	13.04.2019 08:52:00	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	17.12.2018 17:53:37	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	curiculo.pdf	17.12.2018 17:53:07	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	26.11.2018 23:38:46	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	curiculo_marta.pdf	26.11.2018 23:38:23	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	curiculo_ana.pdf	23.11.2018 21:43:09	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	23.11.2018 21:42:48	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23.11.2018 21:42:26	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	autorizacao_institucional.pdf	21.11.2018 22:46:51	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	termo_uso_dados.jpg	21.11.2018 22:42:53	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.jpg	21.11.2018 22:42:36	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_do_pesquisador.jpg	21.11.2018 22:41:50	MARTA ALVES ROSAL	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	21.11.2018 22:20:31	MARTA ALVES ROSAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.



UFPI - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS  
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.334.201

TERESINA, 20 de Maio de 2019

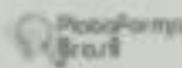
---

Assinado por:

Maria do Socorro Ferreira dos Santos  
(Coordenador(a))

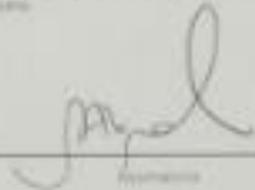
## ANEXO B – FOLHA DE ROSTO PARA A PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa Avaliação da adesão às prescrições com uso de pilhas eletrônicas em Hospital Universitário			
2. Número de Partecipantes da Pesquisa - 100			
3. Área Temática			
4. Área de Conhecimento Grande Área 4 - Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome MARTA ALVES ROSAL			
6. CPF 374.660.203-04		7. Endereço (Rua n.º) MICRODRE 1136 JOQUELI AP. 802 TERRACENA PRAT-60441111	
8. Nacionalidade BRASILEIRO		9. Telefone (85) 3667.7013	
10. Outros Telefones		11. E-mail MTR056@pucprinas.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e compreendo os requisitos da Resolução CNS 466/12 e seus complementares. Comprometo-me a utilizar os recursos e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados segundo as normas vigentes. Assumo as responsabilidades pela condução científica do presente projeto. Todos os dados que este termo seja enviado ao Plataforma Brasilmente aprovada por todos os responsáveis e feita pela exigência de documentação de retorno.			
Data <u>19.11.2018</u>		_____ Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ		13. CNPJ 04.517.387/0001-34	
14. Unidade/Órgão		15. Telefone (86) 3413-4881	
16. Outros Telefones		Termo de Compromisso do responsável pela instituição: Declaro que conheço e compreendo os requisitos da Resolução CNS 466/12 e seus complementares e comprometo-me a utilizar os recursos e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados segundo as normas vigentes. Assumo as responsabilidades pela condução científica do presente projeto. Todos os dados que este termo seja enviado ao Plataforma Brasilmente aprovada por todos os responsáveis e feita pela exigência de documentação de retorno.	
Responsável: <u>MARTA ALVES ROSAL</u> = <u>37466020310</u>		Cargo/Função: <u>GERENTE DE ENSINO E PESQUISA</u>	
Data: <u>19.11.2018</u>		_____ Assinatura de Marta Alves Rosal GERENTE DE ENSINO E PESQUISA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica			



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Título da Pesquisa Avaliação de aceitáveis de pacientes com dor aguda crônica em Hospital Universitário			
2. Número de Partecipantes da Pesquisa - 100			
3. Área Temática			
4. Área de Conhecimento Ciência Área 7 - Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome MARTA ALVES ROSA			
6. CPF 374.660.203-30	7. Endereço (Rua, nº) MORRO DO SOL JOQUEI LAR 300 TERESINA PIAUI 64061-20		
8. Nacionalidade BRASILEIRO	9. Telefone (86) 9967-7212	10. Outro Telefone	11. E-mail MARTALAVES@UFPIA.COM
<p>Termo de Compromisso: Declaro que confiro e cumprirei as exigências da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar as informações e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e a publicar os resultados apenas com o consentimento prévio escrito do responsável técnico pela instituição participante desta pesquisa. Tento ciência que esta folha será arquivada no PROBioFarm independentemente da validade ou não da pesquisa e fará parte integrante da documentação de pesquisa.</p>			
<p>Data: <u>19.11.2018</u></p> <p></p>			
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	13. CNPJ 06.217.287/0001-24	14. Endereço	
15. Telefone (86) 413-3001	16. Outro Telefone		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que confiro e cumprirei as exigências da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento desta pesquisa, autorizo sua realização.</p>			
<p>Assinatura: <u>MARTA ALVES ROSA</u> em <u>37466020330</u></p> <p>Cargo/Função: <u>COORDENADORA DE ENSINO E PESQUISA</u></p> <p>Data: <u>19.11.2018</u></p> <p></p> <p>Prof.ª Dr.ª Marta Alves Rosa CENTRO DE ENSINO E PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ TERESINA PIAUI 64061-200</p>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
<p>Não se aplica</p>			

## APÊNDICE A - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

IDADE: (anos)

ETNIA:  1. Branca 2. Pardo/ Negro 3. Índio 9. Não informado

PARIDADE: G P A CESÁREAS: (quantas cesáreas)

ABORTOS:  1. Nenhum 2. Espontâneos 3. Provocados 9. Não informado

ÚLTIMA REGRA: (data da última menstruação)

PADRÃO MENSTRUAL:  1. Regular 2. Irregular 9. Não informado

TERAPIA HORMONAL:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

MÉTODO CONTRACEPTIVO:  1. Nenhum 2. anticoncepcional oral 3. Injetável  
4. Camisinha 5. DIU 6. LT 9. Não informado

OBESIDADE/SOBREPESO:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

TABAGISMO:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

ETILISMO:  Sim 0. Não 9. Não informado

ATIVIDADE FÍSICA:  1. Sedentário 2. < 3 X semana 3. > 3X semana 9. Não informado

ESCOLARIDADE:  1. 1º grau incompleto 2. 1º grau completo 3. 2º grau incompleto  
4. 2º grau completo 5. Superior 6. Superior incompleto 7. Nenhum 8. Ignorado

SITUAÇÃO DE TRABALHO:  1. Ativo 2. Inativo/desempregado 9. Não informado

ESTADO MARITAL:  1. Solteiro 2. Casado / união estável 3. Viúvo  
4. Separado/Divorciado 9. Não informado

ORIGEM:  1. Capital 2. Cidades interior 3. zona rural 9. Não informado

CIRURGIAS PRÉVIAS ABDOMINAIS E/OU PÉLVICAS:  1. Sim. Quais:  
0. Não 9. Não informado

DURAÇÃO DA DOR: (em anos)

INTENSIDADE DA DOR:  ( 1. Leve 2. Moderada 3. Intensa)

IDA A URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS 3 MESES DEVIDO A DOR :

HISTÓRIA DE IST:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL:  1. Sim 0. Não 9. Não informado

EVENTO COINCIDENTE COM O INÍCIO DA DOR:



## APÊNDICE B – PROTOCOLO CLÍNICO



Hospital  
Universitário

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

Campus Ministro Petrônio Portela, s/n - Ininga

64.048-901 Teresina – PI

(86) 3237-2060

Tipo de Documento de PROTOCOLO CLÍNICO PRT. Xxx.001 – Página x/x

Título de Documento de MANEJO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA Emissão: Próxima revisão:  
Versão: 01

### SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>1.1 Epidemiologia .....</b>	<b>85</b>
<b>1.2 Objetivos .....</b>	<b>85</b>
<b>2 PÚBLICO ALVO .....</b>	<b>86</b>
<b>3 ETIOLOGIA DA DOR PÉLVICA CRÔNICA .....</b>	<b>87</b>
<b>4 AVALIAÇÃO DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA CRÔNICA .....</b>	<b>88</b>
<b>5 DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>93</b>
<b>6 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO .....</b>	<b>95</b>
<b>7 TRATAMENTO .....</b>	<b>97</b>
<b>8 ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO .....</b>	<b>103</b>
<b>9 FLUXOGRAMA DOR PÉLVICA .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
--------	------	------------------------

(\*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

(Poderão ser incluídos no quadro abaixo as identificações dos responsáveis pela elaboração/revisão e avaliação)

Validação Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aprovação (Nome, Função, Assinatura) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

## 1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica é definida como uma dor contínua ou intermitente localizada em pelve ou abdome inferior com duração de pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação, relação sexual ou gestação (YOSEF, 2016a).

Trata-se de um sintoma e não de um diagnóstico, cuja etiologia é complexa, o que torna o seu manejo desafiador aos profissionais da saúde. Pode estar associada a diferentes mecanismos fisiopatológicos (Tabela 1) e pode ter etiologia diversa: ginecológica, urológica, gastrointestinal, musculoesquelética, psicológica, dentre outras causas ou pode ser resultado de uma interação de comorbidades de diversos sistemas (ALLAIRE, 2018). Alguns fatores de risco são considerados: uso de drogas ilícitas, alcoolismo, história de aborto, fluxo menstrual aumentado, dismenorréia, história de abuso físico e/ou sexual, história de infecções sexualmente transmissíveis, cirurgia abdominal prévia, baixo nível educacional, problemas psicológicos como ansiedade e depressão, dentre outros (DEUS, 2014).

No entanto, em cerca de 55% dos casos não se pode identificar uma causa óbvia para a dor. Nestas situações tem-se proposto considerá-la como uma síndrome de dor pélvica crônica (AYORINDE, 2017; WHITAKER, 2016)

Em muitas mulheres a dor pode persistir por longo período e apresentar-se incapacitante estando associada a uma baixa qualidade de vida, redução da capacidade de exercer seu papel familiar durante as crises de dor, redução da capacidade laboral, falta ao trabalho e escola, depressão, ansiedade, disfunções

sexuais além de ampla necessidade de utilização de serviços de saúde (AYORINDE, 2017; CHEN,2017).

Quadro 1 – Principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos na origem da dor

<b>FISIOPATOLOGIA DA DOR</b>	
<p><b>NOCICEPTIVA</b></p> <p>Induzida por estímulo nocivo com consequente injúria tecidual</p>	<p><b>SOMÁTICA:</b> origina-se a partir do sistema musculoesquelético e caracteriza-se por dor aguda, em pontada e bem localizada. Tem como exemplos: dor miofascial, síndrome do piriforme etc.</p> <p><b>VISCERAL:</b> tem origem em órgãos pélvicos: bexiga, útero, ovários, reto e outros órgãos. Apresentam-se como uma dor difusa, pouco localizada.</p>
<p><b>INFLAMATÓRIA</b></p> <p>Decorrente de processos inflamatórios crônicos ou repetitivos</p>	<p>Envolve mediadores inflamatórios como: fator de necrose tumoral; prostaglandinas (E2 e F2<math>\alpha</math>); fator de crescimento neural; mastócitos, os quais armazenam mediadores inflamatórios (histamina, serotonina, fator de crescimento neural); interleucinas, que além de participarem do processo inflamatório também tem papel importante na formação de fibrose e aderências.</p>
<p><b>NEUROPÁTICA</b></p> <p>Disfunção do sistema nervoso central e periférico</p>	<p>Decorrente de lesão ou disfunção do sistema nervoso. É geralmente bem localizada e apresenta-se como dor em queimação, pontada, em formigamento, calor local, hiperestesia, e dormência nas áreas afetadas.</p> <p>- <b>PERIFÉRICA:</b> origem na disfunção de nervos periféricos, como ocorre nos casos de neuropatia diabética e herpes zoster, e resulta em menor limiar de ativação nervosa com consequente maior reatividade dos nervos periféricos a estímulos.</p> <p>- <b>CENTRAL:</b> pode ter origem tanto de estímulos crônicos e repetitivos nociceptivos como neuropáticos, resultando em disfunção do sistema nervoso central. No entanto, a centralização também pode ocorrer na ausência de quaisquer destes estímulos.</p>

Fonte: CAREY, 2016; CAREY, 2017; PASSAVANTI, 2017; SMITH, 2018; WHITAKER, 2016; YOSEF, 2016b.

O manejo da dor pélvica crônica é desafiador aos profissionais de saúde, uma vez que o grupo de pacientes que apresentam o sintoma é heterogêneo, devido a inespecificidade do sintoma, seu caráter multifatorial e a possibilidade de não ser encontrada uma causa provável para a dor, tornando a escolha de um tratamento difícil, o qual, em muitos casos, pode apresentar falhas.

## 1. 1 Epidemiologia

A dor pélvica crônica pode estar presente tanto em homens quanto em mulheres, sendo mais frequente na população feminina. A prevalência no sexo masculino varia de 2 a 17% (PASSAVANTI, 2017) e na população feminina mundial varia de 5,6% a 26,6% (WHITAKER, 2016). Acomete cerca de 15% das mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo, sendo também comum em pacientes em idade não reprodutiva, estando, nestes casos, mais comumente associada a fatores psicológicos (AYORINDE, 2017; YOSEF, 2016a).

A prevalência da dor pélvica crônica varia de acordo com a região ou país avaliado e essa ampla variação pode refletir as diferenças socioculturais existentes entre as populações (PASSAVANTI, 2017), além da falta de consenso quanto a sua definição.

No Brasil não se sabe a real prevalência da dor pélvica crônica. No Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, a frequência de mulheres atendidas, pelo setor de Atenção à Saúde da Mulher, por dor pélvica crônica foi de cerca de 8,8%.

## 1. 2 Objetivos

- 1 Orientar o médico ginecologista/obstetra, na condução de pacientes com dor pélvica crônica bem como no seu diagnóstico etiológico, com a sistematização do atendimento dessas pacientes;
- 2 Propor a implantação de um serviço de assistência às mulheres com dor pélvica crônica no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí.

## **2 PÚBLICO ALVO**

Médicos assistentes ginecologistas; médicos residentes em Obstetrícia e Ginecologia e acadêmicos de medicina.

### 3 ETIOLOGIA DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

<b>GINECOLÓGICA</b>	<p>Endometriose</p> <p>Adenomiose</p> <p>Doença inflamatória pélvica crônica</p> <p>Aderências</p> <p>Distopia genital</p> <p>Vulvodínea</p> <p>Síndrome do ovário residual</p> <p>Doenças malignas</p>
<b>GASTROINTESTINAL</b>	<p>Síndrome do intestino irritável</p> <p>Doença inflamatória intestinal</p> <p>Doença celíaca</p> <p>Hérnia</p> <p>Trombose da veia mesentérica</p>
<b>URINÁRIA</b>	<p>Síndrome da bexiga dolorosa</p> <p>Síndrome uretral</p>
<b>PSICOLÓGICA</b>	<p>Depressão</p> <p>Abuso físico e sexual</p> <p>Distúrbios do sono</p> <p>Abuso de substâncias</p>
<b>NEUROLÓGICA</b>	<p>Neuralgia do pudendo</p> <p>Encarceramento de nervos</p> <p>Danos nervosos</p>
<b>MUSCULOESQUELÉTICA</b>	<p>Fibromialgia</p> <p>Escoliose</p> <p>Síndrome do piriforme</p> <p>Espasmo do elevador do ânus</p> <p>Síndrome miosfascial</p> <p>Vaginismo</p> <p>Iatrogênica (complicações de tela)</p>
<b>ETIOLOGIA DESCONHECIDA</b>	<p>Síndrome da dor pélvica crônica</p>

Fonte: Adaptada de Moore (2012).

## 4 AVALIAÇÃO DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Diante de tantas possibilidades etiológicas e fatores associados, o processo de diagnóstico é extremamente difícil, sendo importante uma abordagem holística e multidisciplinar do paciente.

É fundamental uma boa relação médico-paciente, em que haja confiança e em que a paciente se sinta à vontade para poder conversar e relatar todos os possíveis fatores associados à dor, que serão essenciais para a avaliação. Além disso, essa boa relação está relacionada à melhor recuperação do paciente. Possibilidades terapêuticas também devem ser esclarecidas e as decisões devem ser compartilhadas.

Pode-se orientar a paciente a realização de um diário de dor por dois ou três ciclos menstruais no intuito de ajudar a identificar possíveis fatores associados a dor e associação a possíveis eventos (MOORE, 2012).

Cuidados com sinais de alerta como: atraso menstrual, amenorreia ou gestação confirmada; parto ou abortamento precoce; febre, calafrio, hipotensão, taquicardia, taquipneia; distensão ou rigidez abdominal, sinais de irritação peritoneal; história de violência sexual; hematoquezia; massa pélvica; ideação suicida; perda de peso excessiva; sangramento genital anormal pós-menopausa, pois podem indicar necessidade de prosseguir investigação e/ou referenciar a outros especialistas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2018).

A sequência do exame físico deve ser ajustada de acordo com a paciente e as informações obtidas em anamnese. Recomenda-se iniciar o exame pelas áreas menos propensas a gerar estímulo doloroso. Isso porque iniciar o exame pelas áreas mais sensíveis poderá gerar mais ansiedade e comprometer os resultados do exame de outras áreas, com distorção da resposta dolorosa nas regiões avaliadas em sequência, comprometendo a realidade do sintoma referido.

### **ANAMNESE:**

- Caracterização da dor:
  - Início (gradual ou súbito?) – duração – frequência;
  - Intensidade pode ser mensurada por meio da escala analógica visual, em que poderá ser atribuída uma nota de 0 a 10 a dor, sendo 0 – ausência de dor e 10- a maior dor já sentida;

- Localização
- Radiação (sacro, reto, vagina, quadril ou coxa)
- Relação com ciclo menstrual e movimentos
- Quando os sintomas ocorrem?
- Fatores associados ao início ou alívio da dor
- Fatores ergonômicos ou ambientais: longos períodos em pé ou sentado; estilo de vida sedentário; atividades repetitivas; levantamento de peso.
- Interferência na qualidade de vida da paciente: relacionamento amoroso, sexualidade, trabalho, lazer.
- Investigação de sinais e sintomas relacionados ao bem-estar do paciente, fatores psicológicos e sociais: emprego, disfunção sexual, distúrbios do sono, apetite, choro fácil, labilidade emocional.
- Dispareunia? (de penetração ou profunda?). Posições que causam dor? A presença de dispareunia pode indicar dor de origem miofascial.
- Antecedentes familiares: existência de doenças em familiares aumenta o risco desta doença
- Hábitos e estilo de vida
- Antecedentes de abuso sexual e/ou físico, atual ou quando criança:
- Avaliação psicológica (depressão, ansiedade e catastrofização da dor).
- Cirurgias prévias.
- Existência de outras condições: fibromialgia, síndrome da bexiga dolorosa, síndrome do intestino irritável, doenças inflamatórias intestinais, endometriose etc.
- Testes diagnósticos já realizados e tratamentos prévios para a dor
- Sucesso de tratamentos prévios
- História ginecológica: características dos ciclos menstruais, história de IST e se foi realizado tratamento adequado, avaliação da resposta sexual. Avaliar a correlação da dor com os ciclos menstruais.
- História obstétrica: número de gestações e abortos, desfechos de cada gestação, tipo de parto, episiotomia ou lacerações, avaliar se a o início da dor tem relação com parto, aborto ou episiotomia (CHANDLER, 2018; LAMVU, 2018; SIEDENTOPF, 2015; SIMPSON, 2019; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ, 2018; YOSEF, 2016b).

## EXAME FÍSICO

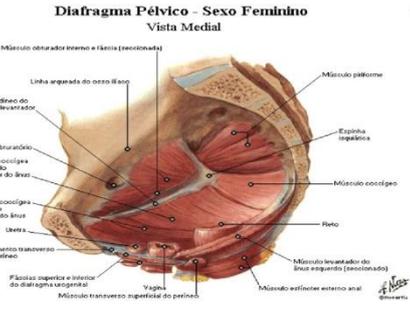
Quadro 2 – Aspectos a serem investigados no exame físico

EXAME FÍSICO	AVALIAÇÃO
<p><b>SENSIBILIDADE CUTÂNEA</b></p> <p>Iniciar a avaliação pelas áreas menos dolorosas e informar a paciente sobre cada passo do exame realizado.</p>	<p>Testada através da realização de movimentos gentis com um aplicador com ponta de algodão através da pele</p> <p><b>HIPERALGESIA:</b> limiar de dor reduzido nas áreas afetadas.</p> <p><b>PONTOS DE GATILHO:</b> consistem em bandas musculares tensas e contraídas com aumento de sensibilidade. Um algômetro de pressão pode ser utilizado para avaliar a dor nos pontos de gatilho, sendo que a dor existirá com uma pressão menor do que a normal nas áreas afetadas. Deve ser investigado em parede abdominal e assoalho pélvico.</p>
<p><b>MUSCULOESQUELÉTICA</b></p> <p>Caracteriza-se por piora com esforço físico e longos períodos em pé.</p>  <p>Figura 1- Avaliação do assoalho pélvico e ossos pélvicos (Google imagens)</p>  <p>Figura 2 - Avaliação do assoalho pélvico e ossos pélvicos (Google imagens)</p>	<p><b>INSPEÇÃO DA MARCHA E POSTURA:</b> observar paciente ao sentar, levantar e caminhar.</p> <p><b>EXAME DA COLUNA E COSTAS:</b> palpação da coluna lombar e sacral em busca de pontos de gatilho</p> <p><b>PALPAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES:</b> sacroilíacas, sínfise púbica e quadril.</p> <p><b>PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS ABDOMINAIS</b></p> <p><b>AVALIAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E OSSOS PÉLVICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente em posição supina e quadril semifletido, aplicando-se pressão sobre o joelho flexionado, caso haja dor em região glútea no lado testado deve ser considerado dor de origem musculoesquelética. (Figura 1)</li> <li>• Aplicação de leve pressão no joelho fletido</li> </ul>

(Continua)

Quadro 2 – Aspectos a serem investigados no exame físico

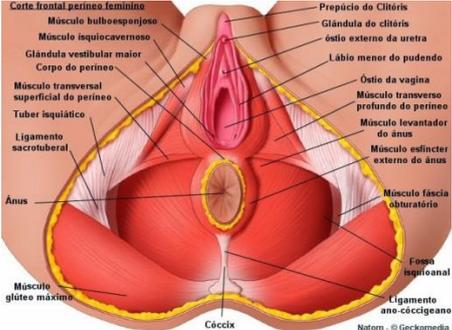
(Continuação)

EXAME FÍSICO	AVALIAÇÃO
<p><b>ABDOMÊN</b> Paciente em posição supina.</p>	<p><b><u>INSPEÇÃO DAS CICATRIZES CIRÚRGICAS</u></b></p> <p><b><u>AVALIAÇÃO DE MASSAS ABDOMINAIS E HÉRNIAS</u></b></p> <p><b><u>PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS ABDOMINAIS.</u></b></p>
<p><b>PELVE</b> Informar a paciente sobre as etapas do exame pélvico e ginecológico. A paciente deve adotar posição de litotomia.</p>  <p>Figura 7: Q tip teste Fonte: google imagens</p>  <p>Figura 8 – diafragma pélvico (google imagens)</p>  <p>Figura 9 – diafragma pélvico (google imagens)</p>	<p><b><u>EXAME VULVOVAGINAL:</u></b> avaliação de anormalidades anatômicas, tumor, cicatriz, alterações cutâneas; áreas de atrofia, descoloração ou hiperqueratose; distopias genitais; lesões sugestivas de IST; solicitação a paciente para contrair e relaxar voluntariamente os músculos do assoalho pélvico com visualização da elevação do corpo perineal; toque suave no períneo provocam um reflexo de contração do ânus;</p> <p><b><u>Q TIP TESTE PARA AVALIAÇÃO DE VULVODÍNEA:</u></b> avaliação dos locais dolorosos na vulva e períneo por meio de toque suave. Deve ser iniciado na porção interna da coxa, com movimentos medial e simétrico em direção ao vestíbulo e hímen (Figura 7).</p> <p><b><u>EXAME ESPECULAR:</u></b> coleta de citologia oncológica; avaliação de possíveis lesões em colo, vagina e vulva, sugestivas de processos neoplásicos; avaliação de vulvovaginites, cervicites.</p> <p><b><u>TOQUE VAGINAL:</u></b> avaliação da sensibilidade nas paredes vaginais; base da bexiga; fundo de saco; ligamento uterosacro; colo do útero; útero e região anexial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicialmente realizar toque unidigital:</li> </ul>

(Continua)

Quadro 2 – Aspectos a serem investigados no exame físico

(Conclusão)

EXAME FÍSICO	AVALIAÇÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• observar se há hipercontratilidade do períneo ou incapacidade de relaxamento muscular; solicitar a paciente que aperte/contraia e relaxe a musculatura; avaliação de pontos de gatilho;</li> </ul>
 <p>Figura 10 – músculos superficiais do assoalho pélvico (Google image)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos músculos do assoalho pélvico: aplicação de moderada pressão nas paredes vaginais (Figuras 8,9 e10). Deve ser feito de forma cuidadosa e guiado pela paciente na localização dos locais dolorosos, buscando determinar se a sensação referida é similar àquela do seu dia a dia.</li> <li>• Toque vaginal bimanual</li> </ul> <p><b><u>TOQUE RETAL:</u></b> não é realizado de rotina.</p>

Fonte: CHANDLER, 2018; LAMVU, 2018; MEISTER, 2018; SIMPSON, 2019; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2018; YOSEF, 2016b).

## 5 DIAGNÓSTICO

Os exames diagnósticos incluem exames laboratoriais e de imagem e devem ser solicitados de acordo com os dados obtidos a partir de anamnese e exame físico.

Quadro 3 – Exames Diagnósticos

<b>EXAMES DIANÓSTICOS</b>	
Sorologias para pesquisa de infecções sexualmente transmissíveis	Sífilis, HIV, clamídia, gonorreia, HPV, trichomonas, dentre outros.
Urina I, urocultura	Exclusão de infecções do trato urinário. Caso haja o achado de hematúria em mulheres com mais de 40 anos e tabagistas, a citologia urinária deve ser realizada no intuito de excluir neoplasia maligna do trato urinário
pH vaginal	Distinção entre possíveis infecções vaginais
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Auxilia na detecção da presença de sangramentos no intestino grosso, que podem ser sinais de úlceras, colite ou até câncer.
Bacterioscopia de secreção vaginal	Distinção entre possíveis infecções vaginais
Ultrassom pélvico (transvaginal ou transabdominal)	Deve ser o primeiro exame de imagem a ser solicitado.
Ultrassom de parede abdominal	Útil para avaliação de endometrioma de parede e hérnia.
Ressonância magnética	Contraindicações: presença de fragmentos metálicos; clips; derivações cerebrais; implantes cocleares; marcapasso; uso de piercings; clips em aneurismas etc. Quando feita com o uso de contraste há aumento de sua sensibilidade e especificidade para a avaliação pélvica.
Tomografia computadorizada	Solicitada a depender da hipótese diagnóstica.
Laparoscopia diagnóstica	Considerado método padrão-ouro para investigação de dor pélvica crônica quando há suspeição de lesão orgânica, e para exclusão de várias causas de dor.

(Continua)

## Quadro 3 – Exames Diagnósticos

(Conclusão)

<b>EXAMES DIANÓSTICOS</b>	
	Reservado para os casos em que outras intervenções não invasivas não foram possíveis de elucidação diagnóstica. Atualmente é considerado método diagnóstico de segunda linha quando outros métodos falharem.

**Fonte:** CAREY, 2017; CHANDLER, 2018; KHATRI, 2017; TIRLAPUR, 2015; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, 2018.

## 6 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

CONDIÇÃO	QUANDO SUSPEITAR
Constipação intestinal e outras doenças intestinais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritmo intestinal não diário, fezes ressecadas.</li> <li>- Presença de muco ou sangue nas fezes.</li> <li>- Diarreia, náuseas, vômitos.</li> <li>- Febre, desidratação.</li> </ul>
Doença inflamatória intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarreia crônica, distensão abdominal, emagrecimento, anemia e desnutrição.</li> </ul>
Síndrome do intestino irritável	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor e desconforto abdominal, além de mudanças do hábito intestinal, com alternância entre diarreia e constipação, na ausência de alterações estruturais identificáveis.</li> </ul>
Síndrome da bexiga dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor vesical, desconforto e sensação de pressão com piora com o enchimento vesical e que ocorre na ausência de outras causas orgânicas, com duração de pelo menos seis meses e associada a outro sintoma urinário, como frequência e urgência miccional</li> </ul>
Endometriose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piora cíclica da dor, principalmente no período perimenstrual.</li> <li>- Dismenorreia progressiva</li> <li>- História de infertilidade.</li> <li>- História familiar de endometriose.</li> <li>- Dor irradiada para região lombossacra ou ânus.</li> <li>- Alterações intestinais cíclicas (diarreia e/ou constipação, mudança na consistência das fezes no período perimenstrual).</li> <li>- Sangramento cíclico nas fezes e na urina.</li> </ul>
Aderências Pélvicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor à palpação e distensão dos anexos, agravada com atividade física e obstipação.</li> <li>- Ao toque vaginal, há redução de mobilidade uterina.</li> <li>- Antecedente de infecção ou cirurgia pélvica (principalmente cesariana e laqueadura).</li> </ul>

(Continua)

## DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

(Continuação)

CONDIÇÃO	QUANDO SUSPEITAR
Síndrome miofascial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor muscular local ou referida, podendo estar associada a presença de pontos de gatilho, perda de amplitude de movimento associado ao músculo específico ou fásia e disfunção do assoalho pélvico</li> </ul>
Vulvodínea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor vulvar por pelo menos três meses, na ausência de uma causa provável.</li> <li>- Diagnóstico de exclusão: outras causas vulvares, vaginais, urológicas, ginecológicas e musculoesqueléticas devem ser descartadas.</li> <li>- Desconforto vulvar, com sensação de queimação, que ocorre na ausência de achados clínicos relevantes ou desordem neurológica.</li> </ul>
Síndrome da congestão pélvica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor geralmente unilateral acíclica, maçante, com agudização ou piora após longos períodos em pé ou deambulando e melhora com repouso; pode estar associada a dismenorrea e dispareunia; varizes vulvares e em membros inferiores geralmente estão presentes;</li> <li>- Presença de veias pélvicas dilatadas e refluxo venoso</li> <li>- USG</li> <li>- Venografia</li> </ul>
Adenomiose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangramento anormal</li> <li>- Dismenorréia</li> <li>- Dor pélvica crônica</li> <li>- Dispareunia</li> <li>- USG/ RNM</li> </ul>
Dor neuropática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parestesia, aumento de sensibilidade local, hiperalgesia, fadiga, câimbras em áreas inervadas pelo nervo comprometido, queimação</li> </ul>

**Fonte:** AMIRBEKIAN, 2014; ARAUJO, 2015; BAPTISTA, 2017; CABRAL, 2012; DANIELS, 2016; FALL, 2010; HINDOCHA, 2015; KHATR, 2017; PATEL, 2019; PEREIRA, 2018; BRASIL, 2016; MOORE, 2012; SENAPATI, 2016; SIMPSOM, 2019; VAN DEN BEUKEL, 2017.

## 7 TRATAMENTO

O manejo da dor pélvica crônica, em geral, inclui uma somatória de vários tipos de tratamentos medicamentosos: analgésicos, medicações hormonais, antidepressivos, anticonvulsivantes, dentre outros; tratamentos complementares e tratamento cirúrgico em alguns casos.

Em decorrência de sua origem multifatorial, faz-se necessário um atendimento inter e multidisciplinar às pacientes com dor pélvica crônica, principalmente quando não se identifica uma causa bem estabelecida, incluindo além de assistência ginecológica adequada, assistência psicológica, fisioterapêutica e de outras especialidades médicas (ALLAIRE, 2018; AYORINDE, 2017).

Caso a história clínica sugira a existência de uma doença não ginecológica ou fatores associados, a paciente deverá ser referenciada ao profissional especialista, como por exemplo: gastroenterologista, psiquiatra, psicólogo, urologista, reumatologista, fisioterapeuta.

### **MEDIDAS NÃO MEDICAMENTOSAS:**

#### ➤ **Mudanças de hábito e estilo de vida:**

- ✓ Cessar tabagismo e etilismo;
- ✓ Perda de peso;
- ✓ Dietas livres de glúten e hipocalóricas; incluir frutas e vegetais e redução na ingestão de cafeína, carboidratos e açúcares;
- ✓ Pacientes com dor pélvica crônica que apresentam sintomas vesicais devem evitar alimentos irritativos da bexiga como cítricos; tomate; café; chá; carboidratos; álcool; comidas apimentadas; adoçantes artificiais e vitamina C;
- ✓ Encaminhar ao nutricionista;
- ✓ Estimular atividade física;
- ✓ Fisioterapia, neuromodulação, terapia cognitivo comportamental, terapia complementar integrativa (CAREY, 2017; CHAO, 2015; PAIVA, 2013; TILL, 2017).

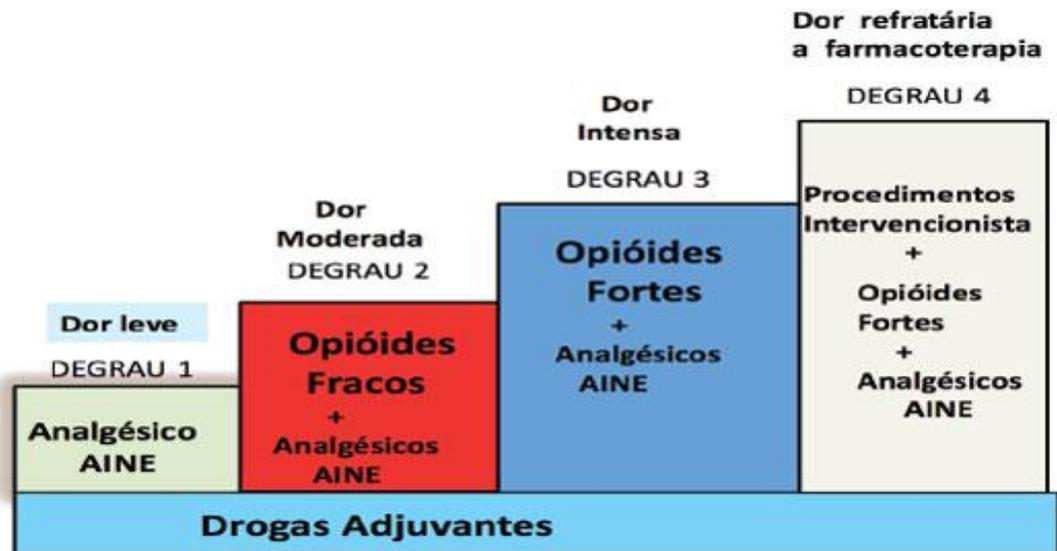
## TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

- **Supressão do eixo hormonal hipotálamo-hipófise-ovário, nas pacientes em que a dor se relaciona com o ciclo menstrual:**
  - ✓ Anticoncepcionais combinados (orais, anel vaginal, adesivos);
  - ✓ Progestágenos isolados;
  - ✓ Análogos de GnRh (Goserelina)
    - Não usar por tempo prolongado (ação negativa sobre densidade mineral óssea)
    - Promovem hipogonadismo hipogonadotrófico
    - FDA recomenda uso apenas para endometriose
  - ✓ Dispositivo intrauterino medicado com levonorgestrel (CAREY, 2017; MOORE, 2012; RCOG, 2012).
  
- **Mulheres na pós-menopausa com dor vaginal ou vulvar associada a atrofia genital**
  - ✓ Estrogênios tópicos.
    - Contra-indicações: neoplasias malignas estrogênio dependentes ou história de tromboembolismo (CAREY, 2017).
  
- **Vulvodínea**
  - ✓ Estrogênio tópico;
  - ✓ Gel ou pomada de lidocaína 2-5%;
  - ✓ Medicamentos orais: Amitriptilina; Duloxetina; Venlafaxina; Gabapentina; Pregabalina (BAPTISTA, 2017).
  
- **Dor miofascial**
  - ✓ Anti-inflamatórios não esteroidais
  - ✓ Relaxantes musculares
  - ✓ Injeção local de agentes anestésicos nos pontos de gatilho (lidocaína 1 ou 2 %; bupivacaína 0,5%) (CAREY, 2017).
  
- **Dor neuropática**
  - ✓ Antidepressivos: amitriptilina; nortriptilina
  - ✓ Anticonvulsivantes: gabapentina; pregabalina (CAREY, 2016; NICE, 2013).

➤ **Dor nociceptiva**

- ✓ Respeitar a proposta de “Degraus da escada analgésica” em que medicações como: analgésicos não opioides; terapia adjuvante e opióides fracos e fortes são utilizadas de acordo com a intensidade da dor (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Escala analgésica da OMS



Fonte: Escala analgésica da OMS adaptada (Vargas-Schaffer, 2010).

- ✓ As medicações devem ser ministradas de horário e não de acordo com a demanda, e com intervalos a depender da meia-vida do fármaco, optando-se preferencialmente pela administração via oral devido a maior facilidade de uso. Uma vez controlada a dor, a medicação usada deve ser mantida na dose considerada efetiva (PORTARIA, 2012; VARGAS-SCHAFFER, 2010).
- ✓ Os degraus podem ser seguidos em ambas as direções: de baixo para cima nos casos de dor crônica e câncer; e de cima para baixo, nos casos de dor aguda intensa ou crescente, dor crônica não controlada e agudização da dor crônica (VARGAS-SCHAFFER, 2010).

Quadro 4 - Medicações usadas no tratamento da dor pélvica crônica nociceptiva.

<b>NÃO OPIÓIDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiinflamatórios</li> <li>• Acetaminofeno</li> </ul>
---------------------	--

(Continua)

Quadro 4 - Medicações usadas no tratamento da dor pélvica crônica nociceptiva.

(Continuação)

<b>NÃO OPIÓIDES</b>	
<b>TERAPIA ADJUVANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepressivos (amitriptilina) - <b>Primeira escolha;</b></li> <li>• Anticonvulsivantes(gabapentina) - <b>Segunda escolha;</b></li> <li>• Corticoides (dexametasona)</li> <li>• Ansiolíticos (diazepam)</li> </ul>
<b>OPIÓIDE FRACO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codeína;</li> <li>• Tramadol</li> </ul>
<b>OPIÓIDE FORTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfina;</li> <li>• Oxycodona;</li> <li>• Metadona;</li> <li>• Fentanila;</li> <li>• Hidromorfina</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2012.

- ✓ Uso de opioides:
- Usar na menor dose efetiva e avaliar resposta a cada 1 a 4 semana
  - Riscos: overdose, abuso ou dependência que aumentam nos casos de uso por longos períodos (DOWELL,2016).
  - Efeitos adversos: boca seca, náusea, vômitos, sonolência, confusão, tolerância, dependência física, sintomas de abstinência (DOWELL, 2016)
  - Não devem ser considerados como primeira linha de tratamento ou como tratamento de rotina para dor crônica (DOWELL, 2016)
  - Antídoto: Naloxone (DOWELL, 2016).

Quadro 5 – Medicações antidepressivas usadas no tratamento adjuvante da dor pélvica crônica

<b>ANTIDEPRESSIVOS:</b>	<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<p><u>1ª ESCOLHA: tricíclicos</u>  <u>(amitriptilina, nortriptilina,</u>  <u>imipramina)</u></p>	<p>Devem ser evitados em mulheres com glaucoma, intervalo QT pequeno no eletrocardiograma, retenção urinária, constipação severa ou epilepsia. Nos casos de sedação como efeito colateral, a amitriptilina pode ser substituída pela nortriptilina na mesma dosagem.</p>

(Continua)

Quadro 5 – Medicções antidepressivas usadas no tratamento adjuvante da dor pélvica crônica

(Continuação)

ANTIDEPRESSIVOS:	OBSERVAÇÕES:
<p><u>1ª ESCOLHA: tricíclicos</u>  <u>(amitriptilina, nortriptilina,</u>  <u>imipramina)</u></p> <p>-</p>	<p>A amitriptilina é o antidepressivo mais comumente utilizado e apresenta como efeitos colaterais fadiga, boca seca e constipação.</p> <p>A nortriptilina é mais bem tolerada devido a menos efeitos adversos associados, mas é menos efetiva no alívio da dor quando comparados a amitriptilina</p>
<p>Inibidores de Receptação da Serotonina e Norepinefrina (duloxetina e milnacipran)</p>	<p>Duloxetina e milnacipran não há dados na literatura sobre seu uso no tratamento da dor pélvica crônica. São mais comumente utilizados nos casos de fibromialgia e estão associados a melhora significativa da dor e qualidade de vida.</p>
<p>Inibidores de Receptação da Serotonina (sertralina)</p>	<p>A sertralina, está associada à melhora da percepção de saúde pela mulher com melhora da capacidade funcional emocional.</p>
<p>Inibidores de Receptação da dopamina e noradrenalina (bupropiona)</p> <p>Derivados da triazolopiridina (trazodona)</p>	<p>Tem o benefício de não apresentarem como efeito adverso a disfunção sexual</p>

Fonte: CAREY, 2016; CAREY 2017; EVANS, 2014; NICE, 2013; MOORE, 2012.

- ✓ Ciclobenzaprina (CAREY, 2017)
  - Relaxante muscular com semelhança farmacológica aos antidepressivos tricíclicos;
  - Evidências demonstram melhora do sono, fadiga, sensibilidade e dor em pacientes com fibromialgia;
  - Efeitos adversos: sonolência (usar a noite).

## MANEJO CIRÚRGICO

**Deve ser considerado a depender da condição associada a dor.**

- Laparoscopia:
  - ✓ Padrão-ouro

- ✓ Reservada para os casos em que é possível a identificação de uma causa provável
- Adesiólise:
  - ✓ Em casos de aderência;
  - ✓ Preferencialmente via laparoscópica;
  - ✓ Risco de novas aderências após adesiólise, o que pode ser responsável pela recorrência da dor.
- Ligação da veia ovariana:
  - ✓ Praticada em pacientes com congestão pélvica;
  - ✓ Objetivo de reduzir a estase venosa.
- Embolização ou escleroterapia das veias pélvicas:
  - ✓ Praticada em pacientes com congestão pélvica.
- Histerectomia e ooforectomia:
  - ✓ Reservados aos casos em que os métodos mais conservadores não obtiveram êxito.
- Neuromodulação
  - ✓ Reservado aos casos refratários aos tratamentos tradicionais e o método escolhido depende da distribuição e localização dos sintomas (CHEONG, 2010; DANIELS, 2016; MOORE, 2012; SENAPATI, 2016; VAN DER BEUKEL, 2017).



**ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

(continuação)

TRATAMENTOS PRÉVIOS PARA A DOR: (medicamentoso; fisioterapia; psicoterapia; tratamentos complementares; cirurgia; neuromodulação; injeção de anestésico ou toxina botulínica; medicações tópicas)

TRATAMENTOS CONSIDERADOS EFETIVOS NA MELHORIA DA DOR: (de acordo com a paciente)

MEDICAÇÕES EM USO ATUAL PARA DOR E ALÍVIO ASSOCIADO:

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS RELACIONADOS A DOR PÉLVICA:

ESTADO CIVIL:

COM QUEM VIVE:

COMO É O RELACIONAMENTO COM QUEM VIVE:

ESCOLARIDADE:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

EM QUE TRABALHA:

CIRURGIAS PRÉVIAS REALIZADAS E INDICAÇÃO:

HÁBITOS E ESTILO DE VIDA: (tabagismo, etilismo, prática de atividade física, alimentação, uso de drogas ilícitas)

PESO:

ALTURA:

IMC:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

G

P

A

QUANTAS CESÁREAS:

INTERCORRÊNCIAS DURANTE OU APÓS AS GESTAÇÕES: (episiotomia, lacerações, fórceps, cesárea, hemorragias, histerectomia, óbito fetal, dentre outras.)

**ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

(continuação)

MENARCA:

DUM:

CICLOS MENSTRUAIS:

QUANTOS DIAS DURAM A MENSTRUAÇÃO:

QUANTIDADE DE MENSTRUAÇÃO:

DOR ANTES, DURANTE OU DEPOIS DA MENSTRUAÇÃO:

INICIO DA VIDA SEXUAL:

DOR DURANTE OU APÓS O ATO SEXUAL: (avaliar se interfere na atividade sexual e se a dor faz com que a paciente evite ter relações sexuais).

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

HISTÓRIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: (se sim, avaliar se houve tratamento adequado)

ABUSO SEXUAL E/OU FÍSICO NA INFÂNCIA E/ OU ADULTO:

COMORBIDADES: (doenças atuais ou pré-existentes, como depressão, ansiedade, fibromialgia, disfunções vesicais ou intestinais, endometriose, miomatose, etc. e se realizou ou realiza tratamento em virtude das doenças associadas).

ANTECEDENTES FAMILIARES: (história familiar de dor pélvica crônica, fibromialgia, depressão, endometriose, câncer, disfunções vesicais ou intestinais, dentre outras).

JÁ SOFREU ACIDENTES: (quedas ou lesão em coluna ou bacia pélvica)

JÁ FOI HOSPITALIZADO: ( Se sim, porquê?)

APRESENTA DISTÚRBIOS ALIMENTARES: (Anorexia/bulimia)

NÁUSEAS OU VÔMITOS: (se sim, avaliar se estão associadas a dor, uso de medicação ou ingestão de determinados alimentos)

**ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

(continuação)

APRESENTOU SANGRAMENTO RETAL OU PELAS FEZES:

A DOR AUMENTA COM EVACUAÇÃO:

A DOR MELHORA COM A EVACUAÇÃO:

HÁ DOR OU DESCONFORTO ASSOCIADO A:

ALTERAÇÃO DA FREQUENCIA DAS EVACUAÇÕES:

ALTERAÇÃO DA APARÊNCIA DAS FEZES:

PERDA URINARIA AOS ESFORÇOS:

DIFICULDADE PARA URINAR:

INFECÇÃO URINARIA DE REPETIÇÃO:

HEMATÚRIA:

SENSAÇÃO DE Esvaziamento vezical incompleto:

DOR DURANTE ENCHIMENTO VESICAL OU COM BEXIGA CHEIA:

A DOR MELHORA COM A MICÇÃO:

APRESENTA SENSÇÃO DE URGÊNCIA MICCIONAL:

NOCTÚRIA:

A DOR PIORA APÓS ATIVIDADE FÍSICA PROLONGADA:

A DOR MELHORA COM REPOUSO:

APÓS O ATO SEXUAL, APRESENTA DOR OU LATEJAMENTO:

APRESENTA DOR PROFUNDA OU DOR PÉLVICA DURANTE O ATO SEXUAL:  
A DOR PÉLVICA É MIGRATÓRIA:

COM QUEM VOCÊ CONVERSA SOBRE A DOR: (Parceiro, parentes, amigos, profissionais da saúde, grupos de apoio, ninguém)

**ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

(continuação)

COMO O PARCEIRO AGE DIANTE DA SUA DOR: (cuidado, tenta distrair, ajuda a tentar resolver a dor, não percebe quando a paciente esta com dor, fica com raiva, abandonou a paciente por causa da dor)

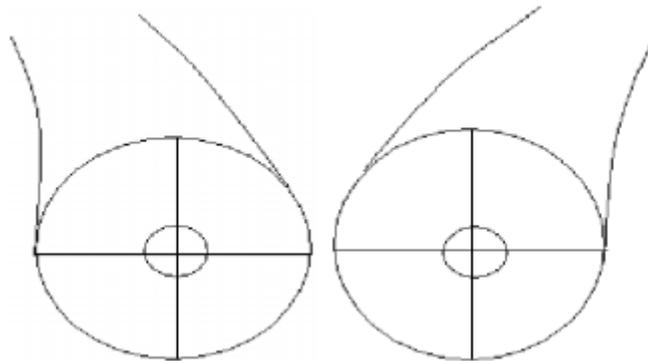
QUAL O GRAU DE IMPORTANCIA DA DOR NA VIDA DA MULHER:

**EXAME FÍSICO:**

EXPRESSÃO FACIAL: (normal, doente, chorosa, depressiva)

AVALIAÇÃO DA MARCHA:

EXAME DAS MAMAS:

**DIREITA****ESQUERDA**

INSPEÇÃO:

PALPAÇÃO:

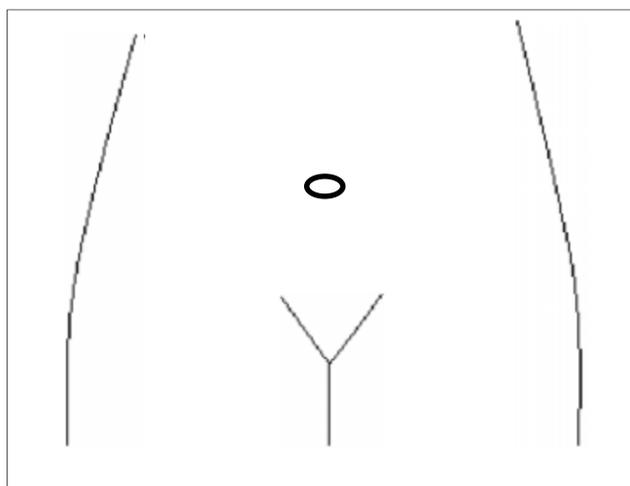
LINFONODOS:

EXPRESSÃO:

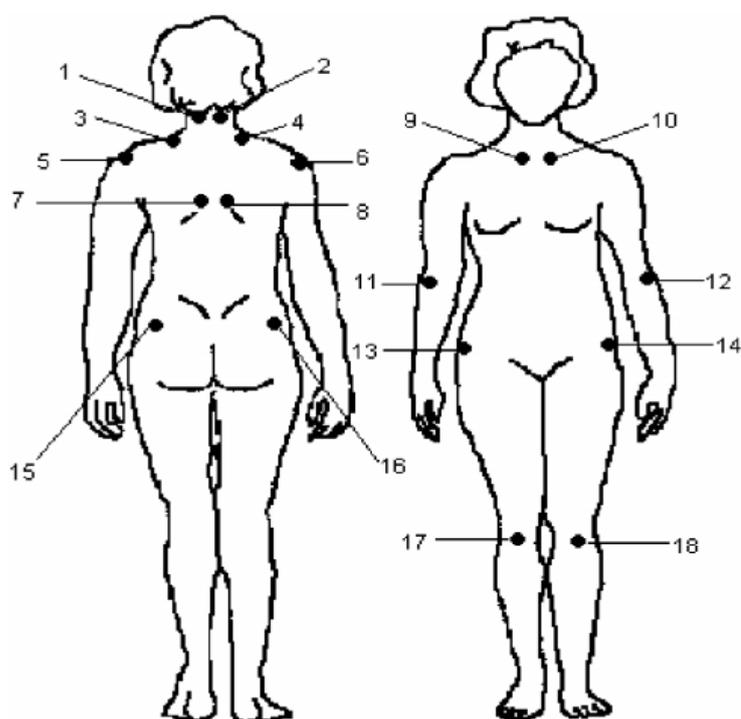
**ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

(continuação)

EXAME ABDOMINAL : (avaliação de dor a palpação, cicatrizes, pontos de gatilho, massas abdominais palpáveis).



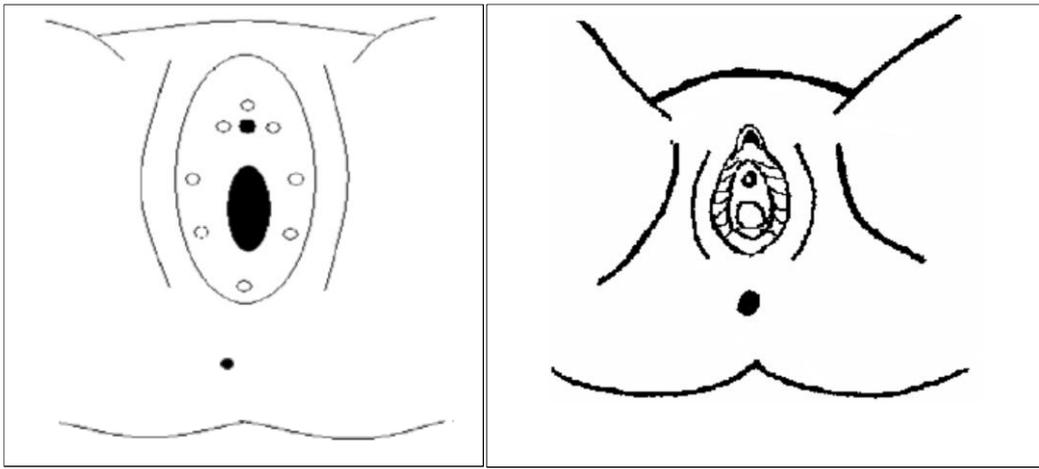
AVALIAÇÃO DE DOR E PONTOS DE GATILHO EM DORSO/  
LOMBAR/QUADRIL/GLUTEOS:



## ROTEIRO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO

(Conclusão)

**AValiação DA GENITÁLIA EXTERNA:** (avaliação de áreas de atrofia, hiperqueratose, cicatrizes, lesões sugestivas de infecções sexualmente transmissíveis, dor ou hipersensibilização , realizar o Q tip test para avaliação de vulvodínea)



**EXAME ESPECULAR:**

SECREÇÃO VAGINAL:

COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA:

COLO UTERINO:

VAGINA:

CONTINÊNCIA URINÁRIA:

DISTOPIA GENITAL:

**TOQUE VAGINAL:**

COLO:

ÚTERO:

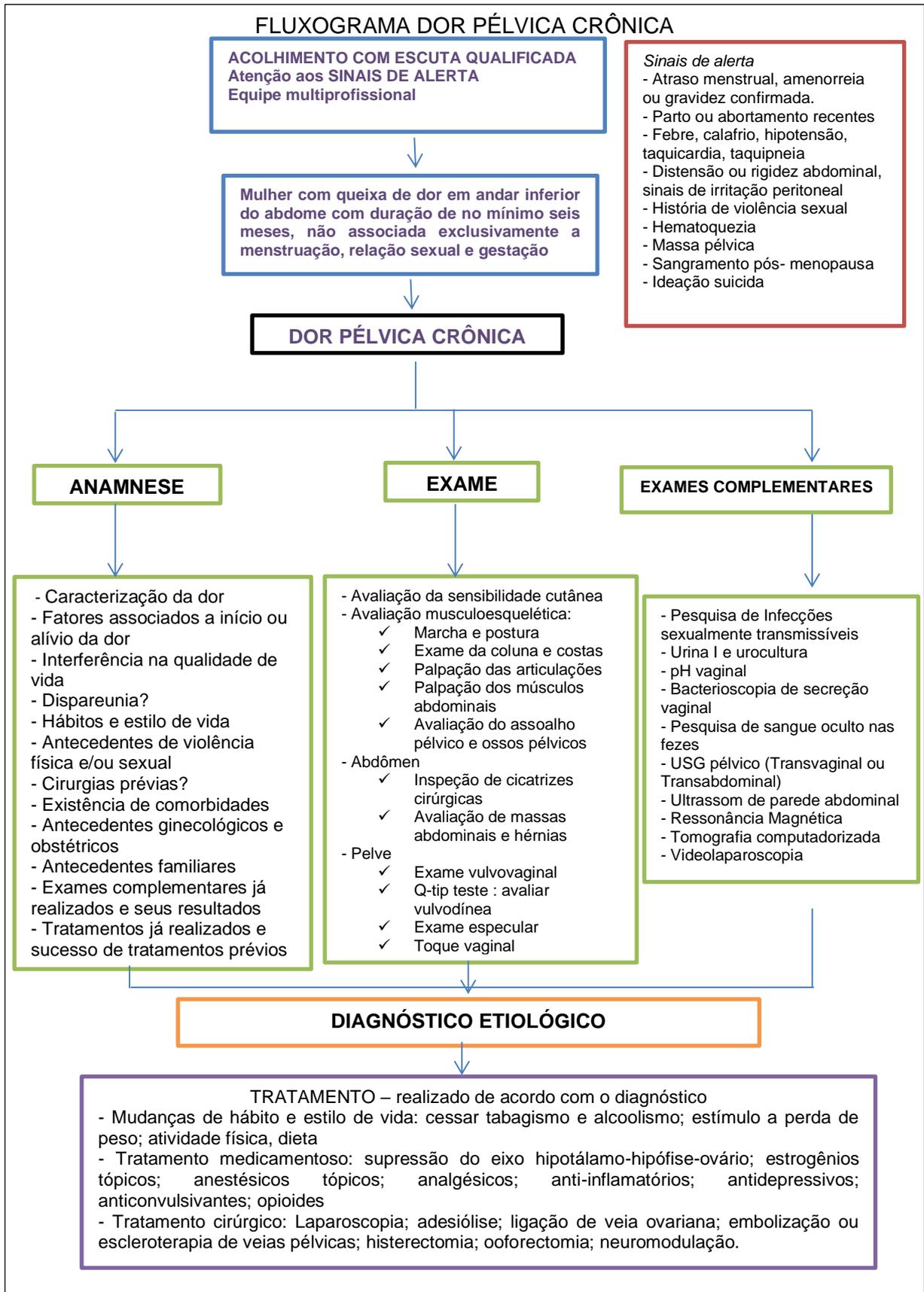
ANEXOS:

MÚSCULOS PERINEAIS: (Avaliação de força e dor)

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

**CONDUTA:**

## 9 FLUXOGRAMA DOR PÉLVICA



## REFERÊNCIAS

- ALLAIRE, C.; WILLIAMS, C.; BODMER-ROY, S.; ZHU, S.; ARION, K.; AMBACHER, K.; WU, J.; YOSEF, A.; WONG, F.; NOGA, H.; BRITNELL, S.; YAGER, H.; BEDAIWY, M. A.; ALBERT, A. Y.; LISONKOVA, S.; YONG, P. J. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. **Am J Obstet Gynecol.** [s. l.], v. 218, n. 1, p. 114.e1-114.e12, jan. 2018.
- AYORINDE, A. A.; BHATTACHARYA, S.; DRUCE, K. L.; JONES, G. T.; MACFARLANE, G. J. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post reproductive age: a population-based study. **Eur J Pain.** [s. l.], v. 21, n. 3, p. 445-455, mar. 2017.
- AMIRBEKIAN S., HOOLEY R J. Ultrasound Evaluation of Pelvic Pain. **Radiol Clin N Am** 52 (2014) 1215–1235
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BAPTISTA PV, DONDEERS G, MARGESSON L, EDWARDS L, HAEFNER HK, LÓPEZ FRP. Diagnosis and management of vulvodynia in postmenopausal women. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.11.003>
- CABRAL MG, ABBY F. Diagnóstico das Doenças Inflamatórias Intestinais. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 11, outubro / dezembro de 2012
- CAREY, E. T.; TILL, S. R.; AS-SANIE, S. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain in Women. **Drugs**, [s. l.], v. 77, p. 285-381, 10 jan. 2017. DOI 10.1007/s40265-016-0687-8.
- CAREY, E. T.; AS-SANIE, S. New developments in the pharmacotherapy of neuropathic chronic pelvic pain. **Future Sci. OA**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. FSO148. 5 out. 2016.
- CHANDLER, J.; WAGNER, E.; RILEY, K. Evaluation of Female Pelvic Pain. **Semin Reprod Med**, v. 36, p. 99–106, 2018.
- CHAO, M. T.; ABERCROMBIE, P. D.; NAKAGAWA, S.; GREGORICH, S. E.; LEARMAN, L. A.; KUPPERMANN, M. Prevalence and use of complementary health approaches among women with chronic pelvic pain in a prospective cohort study. **Pain Med.**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 328–340, fev. 2015. Doi:10.1111/pme.12585.
- CHEN, I.; THAVORN, K.; SHEN, M.; GODDARD, Y.; YONG, P.; MACRAE, G. S.; NISHI, C.; MATAR, A.; ALLAIRE, C. Hospital-associated Costs of Chronic Pelvic Pain in Canada: A Population-based Descriptive Study. **J Obstet Gynaecol Can.** [s. l.], v. 39, n. 3, p. 174-180, mar. 2017.

CHEONG, Y. C.; SINGH, S.; STONES, W. Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 1, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008212.

DANIELS, J. P.; CHAMPANERIA, R.; SHAH, L.; GUPTA, J. K.; BIRCH, J.; MOSS, J. G. Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. **J VascIntervRadiol**, [s. l.], v. 27, n. 10. p. 1478–1486, out. 2016.

DEUS, J. M. de; SANTOS, A. F. R. dos; BOSQUETTI, R. B; POFHAL, L; ALVES NETO, O. Análise de 230 mulheres com dor pélvica crônica atendidas em um hospital público. **Rev dor**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 191 – 197, jul./set. 2014.

DOWELL, D.; HAEGERICHT, T. M.; CHOU, R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. **JAMA**. [s. l.], v. 315, n. 15, p. 1624–1645, 19 april 2016. doi:10.1001/jama.2016.1464.

EVANS, S. Medication management of chronic pelvic pain. **Office gynaecology**, [s. l.], v. 16, n. 3, spring 2014.

FALL, M.; BARANOWSKI, A. P.; ELNEIL, S., ENGELEr. D.; HUGHES, J.; MESSELINK EJ; OBERPENNING, F. WILLIAMS, A. C. C. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. **European Urology**, [s. l.]. v. 57, n. 575 – 48, 2010.

HINDOCHA, A; BEERE, L.; DIAS, S.; WATSON, A.; AHMAD, G. Adhesion prevention agents for gynaecological surgery: an overview of Cochrane reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 1, 06 jan. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011254.pub2/full>. Acesso em: 05 jan. 2020.

KHATRI, G.; KHAN A; RAVAL, G.; CHHABRA, A. Diagnostic Evaluation of Chronic Pelvic Pain. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. [s. l.], v. 28, n. 3, p. 477-500, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.004>. Acesso em: 25 maio 2019.

LAMVU, G.; CARRILLO, J.; WITZEMAN, K.; ALAPPATTU, M. Musculoskeletal Considerations in Female Patients with Chronic Pelvic Pain. **Semin Reprod Med.**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 107–115, 2018.

MEISTER, M. R. *et al.* Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 219, n. 5, p. 497.e1 – 497.e1, nov. 2018.

MOORE, S. J.; KENNEDY, S. H. **The initial management of Chronic pelvic pain.** Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline n. 41, maio 2012.

NICE GUIDELINE. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in nonspecialist settings. **NICE- National Institute for Health and Care Excellence**. 20 nov. 2013. Disponível em: [nice.org.uk/guidance/cg173](https://www.nice.org.uk/guidance/cg173). Acesso em: 20 set. 2020.

PAIVA, S.; CARNEIRO, M. M. Complementary and Alternative Medicine in the Treatment of Chronic Pelvic Pain in Women: What Is the Evidence? **ISRN Pain**, [s. l.], v. 2013, 28 nov. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/469575>.

PATEL M.D., YOUNG S.W., DAHIYA N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. **Radiol Clin N Am** - (2019) <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.01.010>

PASSAVANTI, M. B.; POTA, V.; SANSONE, P.; AURILIO, C.; DE NARDIS, L.; PACE, M. C. Chronic Pelvic Pain: Assessment, Evaluation, and Objectivation. **Pain Research and Treatment**, [s. l.], v. 2017, 15 p. 20 nov. 2017.

PEREIRA, G.M.V.; MARCOLINO, M. S.; NOGUEIRA, R.Z.S.; VALE, C.M.M. A systematic review of drug treatment of vulvodynia: evidence of a strong placebo effect. **BJOG**, [s. l.], v. 125, n. 10, p. 1216–1224, 18 set. 2018.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of Chronic pelvic pain. **Green-top Guideline**, n. 41, maio 2012.

RIOS, L. C.; AUGUSTO, C. L. **Protocolo Clínico. Dor pélvica Crônica**. UFCE; EBSEH, 2018. PRO.MED-GIN.014. 20 nov. 2018. 9p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106177/PRO.MED-GIN.014+-+DOR+P%C3%89LVICA+CR%C3%94NICA.pdf/a2b970ed-f5f1-4b20-8bdb-4d0a4914d82c>.

SENAPATI, S.; ATASHROO, D.; CAREY, E.; DASSEL, M.; TU, F. F. Surgical interventions for chronic pelvic pain. **Curr Opin Obstet Gynecol**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 209 – 296, aug. 2016.

SIEDENTOPF, F.; WEIJENBORG, P.; ENGMAN, M.; MAIER, B.; CAGNACCI, A.; MIMOUN, S.; WENGER, A.; KENTENICH, H. ISPOG European Consensus Statement – chronic pelvic pain in women (short version). **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 161-170, 2015. DOI: 10.3109/0167482X.2015.1103732

SIMPSON, L. R.; MAHMOOD, T. Medical and surgical management of chronic pelvic pain. **Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine**, [s. l.], v. 29, n. 10, p. 273-280, out. 2019.

SMITH, S. E.; ECKERT, J. M. Interventional Pain Management and Female Pelvic Pain: Considerations for Diagnosis and Treatment **Semin Reprod Med.**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 159–163, mar. 2018.

TIRLAPUR, S. A.; DANIELS, J. P.; KHANA, K. S. Chronic pelvic pain: how does noninvasive imaging compare with diagnostic laparoscopy? **Curr Opin Obstet Gynecol.**, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 445–448, dec. 2015. DOI:10.1097/GCO.0000000000000222.

TILL, S. R.; WAHL, H. N.; AS-SANIE, S. The role of nonpharmacologic therapies in management of chronic pelvic pain: what to do when surgery fails. **Curr Opin Obstet Gynecol.**, [s. l.], 2017, v. 29, n. 4, p. 231-239. DOI:10.1097/GCO.0000000000000376.

VAN DEN BEUKEL, B. A.; DE REE, R.; VAN LEUVEN, S.; BAKKUM, E. A.; STRIK, C.; VAN GOOR, H.; TEN BROEK, R. P. G. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. **Human Reproduction Update**, v. 23, n. 3, p. 276–288, 1 may 2017. Disponível em: doi: 10.1093/humupd/dmx004. PMID: 28333221.

VARGAS-SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 6, p. 514-517, jun. 2010.

WHITAKER, L. H.; REID, J.; CHOA, A.; MCFEE, S.; SERETNY, M.; WILSON, J.; ELTON, R. A.; VINCENT, K.; HORNE, A. W.

An Exploratory Study into Objective and Reported Characteristics of Neuropathic Pain in Women with Chronic Pelvic Pain. **PLoS One**. [s. l.], v. 11, n. 4, p. 5 abr. 2016. doi: 10.1371/journal.pone.0151950.

YOSEF, A.; ALLAIRE, C.; WILLIAMS, C.; AHMED, A. G.; AL-HUSSAINI, T.; ABDELLAH, M. S.; WONG, F.; LISONKOVA, S.; YONG, P. J. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. **Am J Obstet Gynecol**. [s. l.], v. 215, n. 6, p. 760.e1-760.e14, Dec. 2016a.

YOSEF, A.; AHMED, A. G.; AL-HUSSAINI, T.; ABDELLAH, M. S.; CUA, G.; BEDAIWY, M. A. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment. **Middle East Fertility Society Journal**. [s. l.], v. 21, n. 4, p. 205-221, dez. 2016b.