



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
COMISSÃO DE INTERNATO

ERIDEVANIA LEAL DA SILVA

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

ARACAJU
2019

ERIDEVANIA LEAL DA SILVA

**AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA
CRÔNICA**

Monografia apresentada ao colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial
para conclusão da graduação em Medicina, pela
Universidade Federal de Sergipe.

Aracaju, SE ____/____/____

Autora: Eridevania Leal da Silva

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias
Universidade Federal de Sergipe

ERIDEVANIA LEAL DA SILVA

**AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA
CRÔNICA**

Monografia apresentada ao colegiado de Medicina da
Universidade Federal de Sergipe, como requisito
parcial para conclusão da graduação em Medicina, pela
Universidade Federal de Sergipe.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias
Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por fazer parte de minha vida em todas as horas.

Aos meus pais e irmãos pelo carinho e apoio.

A Elisabeth Brasil Matos Oliveira por ter me ajudado a concretizar este trabalho

A Dra. Júlia Dias, professora e orientadora que me deu toda ajuda necessária para a realização deste trabalho. Obrigada por sua alegria, incentivo e ensinamentos.

Agradeço as mulheres que dispuseram de seu tempo e aceitaram participar desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: dor pélvica crônica é uma dor pélvica que dura por três a seis meses ou mais e é de severidade suficiente para interferir na rotina do paciente. Este estudo tem por objetivo determinar o grau de otimismo e a resposta ao tratamento de pacientes com dor pélvica crônica.

Métodos: estudo de coorte prospectivo em pacientes do ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. As pacientes inicialmente responderam às perguntas de uma escala de otimismo já com a validação transcultural, TOV-R e um questionário sobre dados sociais e sexuais. Estas pacientes foram avaliadas no momento zero e mais três vezes após com relação à resposta ao tratamento.

Resultados: Das 132 pacientes entrevistadas, 67 (50,7%) realizaram quatro avaliações TOV. Observou-se associação significativa, com $p < 0,05$ em todas as seguintes variáveis: renda familiar com TOV₂ de $16,9 \pm 3,1$; escolaridade com TOV₁ $16,0 \pm 3,3$; ciclo Menstrual regular com TOV₂ de $15,7 \pm 3,2$; sexarca com TOV₂ $16,1 \pm 3,2$; contraceptivo com TOV₃ $16,2 \pm 3,8$ e TOV₄ $16,3 \pm 3,7$; Satisfação na primeira relação sexual TOV₁ $16,4 \pm 3,5$, TOV₂ $16,4 \pm 3,4$ e TOV₃ $16,6 \pm 4,0$; Libido com TOV₁ $16,1 \pm 3,0$ e TOV₄ $16,3 \pm 3,3$; Abuso sexual com TOV₃ $14,3 \pm 3,3$ e TOV₄ $13,8 \pm 3,8$; Drogas lícitas com TOV₄ $15,7 \pm 3,8$; Sono com TOV₁ $16,1 \pm 3,3$ e TOV₄ $16,2 \pm 3,7$; Medicação para dormir com TOV₂ $13,6 \pm 2,9$ e TOV₄ $13,1 \pm 3,9$; Melhora do quadro com TOV₃ $16,4 \pm 3,7$ e TOV₄ $16,5 \pm 3,6$; melhora com tratamento: 70 (81,4) com orgasmo e 74 (86,0) sem abuso sexual.

Conclusão: A maioria das pacientes foram submetidas a tratamento e houve associação entre maior grau de otimismo com melhora do quadro.

Palavras-chave: Dor pélvica; Comportamento; Otimismo.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pelvic pain is a pelvic pain that lasts at least six months and is of sufficient severity to interfere with the patient's routine. This study aims to determine the degree of optimism and response to treatment of patients with chronic pelvic pain. **Methods:** prospective cohort study in patients from the gynecology outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Sergipe. Patients initially answered questions on an optimism scale already with cross-cultural validation, TOV-R and a questionnaire on social and sexual data. These patients were evaluated at time zero and three more times after treatment response. **Results:** Of the 132 patients interviewed, 67 (50.7%) performed four TOV evaluations. Significant association was observed, with $p < 0.05$ in all the following variables: family income with TOV₂ of 16.9 ± 3.1 ; education with TOV₁ 16.0 ± 3.3 ; Regular menstrual cycle with TOV₂ of 15.7 ± 3.2 ; sexarche with TOV₂ 16.1 ± 3.2 ; contraceptive with TOV₃ 16.2 ± 3.8 and TOV₄ 16.3 ± 3.7 ; Satisfaction at first sexual intercourse TOV₁ 16.4 ± 3.5 , TOV₂ 16.4 ± 3.4 and TOV₃ 16.6 ± 4.0 ; Libido with TOV₁ 16.1 ± 3.0 and TOV₄ 16.3 ± 3.3 ; Sexual abuse with TOV₃ 14.3 ± 3.3 and TOV₄ 13.8 ± 3.8 ; Licit drugs with TOV₄ 15.7 ± 3.8 ; Sleep with TOV₁ 16.1 ± 3.3 and TOV₄ 16.2 ± 3.7 ; Sleep medication with TOV₂ 13.6 ± 2.9 and TOV₄ 13.1 ± 3.9 ; Improvement of the condition with TOV₃ 16.4 ± 3.7 and TOV₄ 16.5 ± 3.6 ; improvement with treatment: 70 (81.4) with orgasm and 74 (86.0) without sexual abuse. **Conclusion:** Most patients underwent treatment and there was an association between a higher degree of optimism and improvement in their condition.

Keywords: Pelvic pain; Behavior; Optimism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequência de dados socioeconômicos entre pacientes com dor pélvica crônica.....	50
Tabela 2: Distribuição de frequência de dados tocoginecológicos entre pacientes com dor pélvica crônica.....	51
Tabela 3: Distribuição de frequência de dados comportamentais entre pacientes com dor pélvica crônica	53
Tabela 4: Distribuição da média e desvio padrão de dados socioeconômicos entre pacientes com dor pélvica crônica	55
Tabela 5: Distribuição da média e desvio padrão de dados tocoginecológicos entre pacientes com dor pélvica crônica	56
Tabela 6: Distribuição da média e desvio padrão de dados comportamentais entre pacientes com dor pélvica crônica	57
Tabela 7: Associação entre dados socioeconômicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.	58
Tabela 8: Associação entre dados tocoginecológicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.	59
Tabela 9: Associação entre dados comportamentais e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.	60

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1: Avaliação do grau de otimismo das pacientes em 2016	61
Gráfico 2: Avaliação do grau de otimismo das pacientes em 2019	61
Gráfico 3: Avaliação do grau de otimismo das pacientes em 2016 e 2019.....	62

LISTA DE ABREVIACÕES

ACO- Anticoncepcional oral

AINES- Anti-inflamatórios não esteroides

DPC- Dor Pélvica Crônica

GnRH- Hormônio Liberador de Gonadotrofina injetáveis

IASP- Associação Internacional para o Estudo da Dor

IMC- Índice de Massa Corpórea

TCLE- Termo de Consentimento Livre e esclarecido

TOV-R-Teste de Orientação da Vida

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	11
2-REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1-Dor Pélvica Crônica.....	14
2.2-Epidemiologia.....	14
2.3-Fisiopatologia.....	15
2.4-Avaliação do paciente.....	17
2.5-Diagnóstico.....	19
2.6-Tratamento.....	19
2.7-Otimismo.....	22
2.8-Teste de Orientação da Vida (TOV-R).....	23
3-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
4- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	29
5- ARTIGO ORIGINAL.....	36
Resumo.....	37
Introdução.....	38
Métodos.....	38
Resultados.....	41
Discussão.....	43
Conclusão.....	46
Referências.....	48
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63
APÊNDICE 2 – TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (TOV-R)	64
APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	65

1 INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma presente na vida do ser humano e deve ser interpretado como um sinal de alerta. Pode ser definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano segundo a IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor)”. (VIANA e GEBER, 2012).

A dor aguda surge como um alarme de que há algum processo mórbido identificável, evitando, assim, um dano adicional ou piora do quadro. Por outro lado, a dor crônica não tem função biológica definida. Apresenta características próprias e pode originar-se de processos crônicos de diversos sistemas ou estar associada a processos psicopatológicos como depressão, história de abuso sexual, estresse, entre outros. (ALMEIDA et al, 2003).

A dor localizada no abdome e na pelve é subjetiva, frequentemente ambígua e uma das queixas mais comuns de pacientes. Além disso, promove altos custos medicinais, sofrimento humano e perda de produtividade. Por tudo isso, deve ser investigada e tratada adequadamente (HOFFMAN et al, 2014).

As dores pélvicas são sentidas pela maioria das mulheres em idade reprodutiva, em decorrência principalmente das questões que envolvem esse aspecto da capacidade feminina. Elas podem se caracterizar em agudas ou crônicas. A dor pélvica aguda é localizada no baixo ventre, que persiste por menos de seis meses, manifestando-se de modo pontual. Além disso, é frequentemente denominada abdome agudo, e pode ser classificada em três tipos: infeccioso (doença inflamatória pélvica aguda); hemorrágico (gravidez ectópica, cisto hemático roto de ovário) e isquêmico (torção anexial) (GAMA et al, 2017).

A Dor Pélvica Crônica é definida como dor em região inferior do abdome ou pelve, não cíclica, por mais de três meses de duração, ou dor pélvica cíclica, por seis meses de duração, e que interfere nas atividades normais e na rotina diária da vida da mulher. (ALDRIGHI et al, 2013).

Entre os fatores que contribuem para essa condição clínica, podem ser citados os viscerais, como dismenorreia e endometriose, síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial; condições musculoesqueléticas – síndromes dolorosas miofasciais de pontos-gatilhos dos músculos pélvicos; condições neuropáticas, como vulvodínia (MIRANDA, SCHOR, GIRÃO, 2009; GANESHAN et al, 2007; HURT, MARVEL, 2011)

Além dos citados acima; situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual, vida sexual insatisfatória, anorgasmia, relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro, situações de vulnerabilidade social e emocional, e traumas familiares; são fatores que podem causar, desencadear ou agravar a dor pélvica (BRASIL, 2016).

A DPC (Doença Pélvica Crônica) tem um grande impacto nas mulheres em idade reprodutiva e apresenta uma influência significativa na qualidade de vida; pois engloba uma variedade de sintomas, incluindo dismenorreia, dispareunia, disquezia e disúria, bem como dor visceral ou muscular pélvica. Em mulheres sem patologias orgânicas óbvias, postula-se que um insulto inflamatório prévio pode estimular uma cascata de mudanças semelhante. Em mulheres com e sem patologia pélvica visível óbvia, a amplificação no sistema nervoso central, secundária a uma variedade de fatores externos (por exemplo, privação do sono, disfunção endócrina e sofrimento psíquico) também pode contribuir para a experiência de dor. (WHITAKER et al,2016)

A Dor Pélvica Crônica apresenta uma prevalência elevada, por ser uma condição comum. Estima-se uma prevalência de 14% a 24% das mulheres com idade entre 18 e 50 anos. Porém, por ser pouco compreendida, há dificuldade em realizar o diagnóstico; e o tratamento limita-se ao alívio temporário e insatisfatório dos sintomas (SALATA et al, 2017). O diagnóstico é feito inicialmente por avaliação; que inclui anamnese, exame físico e realização de ultrassonografia pélvica (MIRANDA, SCHOR, GIRÃO, 2009).

Essa moléstia acomete um grande número de mulheres, sendo de diagnóstico difícil e, geralmente, de exclusão. A anamnese e o exame físico são fundamentais no direcionamento da etiologia da dor pélvica. Em um número significativo de pacientes, mesmo após vários exames, a etiologia permanece obscura; nos levando a tratar a própria dor crônica como patologia. (NOGUEIRA, REIS,NETO, 2006).

Não existe um tratamento ideal para a DPC, portanto deve-se conhecer bem a fisiopatologia da síndrome, diagnóstico e suas diferentes alternativas de tratamento, visando recuperar a qualidade de vida destas pacientes. Na história clínica deve-se considerar história psicossocial de traumas, incluindo violência doméstica e/ou sexual atual ou passada, já que vítimas de violência sexual têm alta incidência de condições médicas crônicas como dor pélvica crônica, ansiedade e depressão. Alterações de personalidade, de conduta e depressão tem papel bem definido na maneira de percepção da dor e embora a dor pélvica crônica psicogênica seja menos frequente; deve ser considerada. Em situações em que a doença tem papel questionável na produção da dor, geralmente é preferível tratamento multidisciplinar que costuma envolver ginecologista, fisioterapeuta e psicólogo. (BEREK e NOVAK,2012)

O tratamento, por sua vez; deve ser realizado considerando-se a teoria da psicossomática, segundo a qual não é possível dissociar a influência da mente no corpo, bem como o caminho inverso. Por isso, devem ser considerados também os sintomas emocionais, não negligenciando os sintomas físicos, o que torna os resultados terapêuticos mais assertivos. Levando esse aspecto em consideração, indícios científicos apontam que mulheres que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, influenciando diretamente para melhora da dor pélvica (DONATTI et al, 2017).

Assim, a Dor Pélvica Crônica constitui-se um grave problema de saúde pública, que necessita ser melhor estudado, a fim de delinear melhores práticas para seu diagnóstico e tratamento. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo avaliar o comportamento de pacientes com dor pélvica crônica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Dor Pélvica Crônica

A DPC é frequentemente conceituada como dor que dura pelo menos seis meses, localizada em região inferior do abdome ou pelve, não relacionada a gravidez, sendo de intensidade suficiente para interromper a rotina da mulher e impedir a realização de suas atividades diárias, acarretando distúrbios sociais e/ou psicológicos. Necessita de tratamento clínico, cirúrgico ou ambos. (FRANK, SAWSAN, 2019; MELLADO et al, 2017; GODOI et al, 2019). Este quadro clínico possui alta prevalência, constituindo um problema comum entre as mulheres com idade entre 18 e 50 anos (MIRANDA, SCHOR, GIRÃO, 2009).

2.2 Epidemiologia

É uma condição com alta prevalência na população mundial. A taxa varia de 4 a 25% das mulheres em idade reprodutiva e a recorrência ao longo da vida pode chegar a 33%. Porém, apenas um terço das portadoras procuram ajuda profissional. Cerca de 10 a 20% das consultas ginecológicas acontecem por queixa de DPC, sendo também indicação frequente de cirurgias. Estima-se que cerca de 20% das histerectomias e 40% das laparoscopias ginecológicas são realizadas para tratamento da dor pélvica (LASMAR RB et al, 2017). É comum em ambos os grupos etários, embora as mulheres em idade reprodutiva sejam mais propensas a relatá-la. Sintomas somáticos são mais comuns em mulheres de idade pós reprodutiva em comparação com mulheres em idade reprodutiva (AYORINDE et al, 2016).

No Brasil, calcula-se que a DPC é responsável por cerca de 10% das consultas ginecológicas, 17% das histerectomias e 40% das laparoscopias e, presume-se que a prevalência seja superior à identificada em países desenvolvidos (ZAKKA et al, 2013). Em território nacional, estima-se que houve em 1997; cerca de 1,8 milhão de consultas e 300.000 internações hospitalares devido à queixa de DPC (ALDRIGHI et al, 2013).

No entanto, há ainda muitos países e regiões sem dados básicos sobre essa moléstia, devido ao fato de os profissionais de saúde e pesquisadores não se interessarem em realizar estudos sobre o assunto, principalmente porque é um quadro complexo e pela falta de conhecimento a respeito desse tema (MELLADO et al, 2018).

2.3 Fisiopatologia

A etiologia é pouco conhecida e não é definida para uma parcela considerável, que pode chegar a um terço das pacientes. Um dos motivos para isso, é que a dor inicia muitas vezes na adolescência, o que dificulta sua abordagem. Acredita-se que a DPC se origina de um conjunto de complexas interações entre diferentes estímulos dolorosos pélvicos viscerais, musculoesqueléticos e neuropáticos. Nas mulheres, várias causas são reconhecidas, embora em uma proporção não desprezível de pacientes não seja possível fazer um diagnóstico definitivo. Diferentes mecanismos neurofisiológicos estão envolvidos na fisiopatologia da DPC. A dor pode ser classificada como nociceptiva ou não nociceptiva. No primeiro caso, o sintoma se origina da estimulação de uma estrutura sensível à dor, enquanto na segunda, a dor é considerada neuropática ou psicogênica. (VERCELLINI et al, 2009).

A DPC pode ser causada, interferida ou potencializada por várias outras doenças, como: doenças ginecológicas – endometriose, adenomiose, aderências, síndrome da congestão pélvica, síndrome do ovário remanescente, miomatose, vulvodínia; doenças urológicas: cistite intersticial, infecção urinária crônica, síndrome uretral crônica, litíase urinária; doenças gastrintestinais: síndrome do cólon irritável, doença inflamatória intestinal, constipação crônica, colite, diverticulite; doenças musculoesqueléticas – dor miofascial, síndrome do músculo elevador do ânus; síndrome piriforme, fibromialgia, neuralgia (LASMAR RB et al, 2017).

Os fatores etiológicos mais comuns para a DPC são a endometriose, leiomiomas sintomáticos e síndrome do intestino irritável; sendo a endometriose uma causa mais frequente. A fisiopatologia da DPC é de difícil compreensão em muitos casos (HOFFMAN et al, 2014; DANIELS et al, 2010; ZONDERVAN et al, 2001). Usualmente, esta resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicológico, endócrino, e ainda com fatores socioculturais; é intensa o bastante para causar incapacidade funcional e exigir tratamento clínico ou cirúrgico (MIRANDA, SCHOR, GIRÃO, 2009).

O objetivo de longo prazo na ciência da dor crônica é uma clara compreensão dos mecanismos que originam a dor. Atualmente, muitos pacientes com dor crônica apresentam sintomas que existem na ausência de danos nos tecidos ou qualquer causa fisiopatológica provável. A catastrofização da dor e o medo são duas áreas que contribuem significativamente para a propagação psicológica dos estados de dor. Ao reconhecer e compreender como controlar tais sentimentos e pensamentos, os comportamentos podem ser impactados positivamente .

Estes componentes explicam apenas uma pequena proporção dos pacientes apresentando dor crônica.(HAGUE, SHENKER,2014)

Outros autores esclarecem que a DPC pode estar associada a diferentes problemas, como disfunção sexual, ansiedade e depressão. Esta condição acarreta grande angústia à mulher, que busca nos profissionais de saúde um atendimento integral, que busque compreender seus sintomas e delinear um tratamento com precisão (LASMAR RB et al, 2017).

Na laparoscopia diagnóstica, uma proporção substancial de mulheres com dor pélvica crônica (55%), nenhuma causa patológica óbvia foi encontrada para justificar sua dor; sendo esta síndrome chamada de idiopática. Uma revisão de fatores predisponentes à dor pélvica crônica identificou que uso indevido de drogas ou álcool, aborto espontâneo, fluxos menstruais intensos, cesárea anterior, patologias na pelve, abuso e comorbidades psicológicas foram associado a um maior risco de dor não cíclica. Fatores psicológicos afetam como as pessoas reagem e relatam dor, e eles resultam em estratégias de enfrentamento que podem ter um efeito positivo ou negativo no bem-estar. (DANIELS, KHAN,2010)

A DPC envolve aspectos psicológicos de grande impacto na vida da mulher. A severidade ou intensidade da dor não é proporcional ao tecido lesado, pois muitos fatores podem influenciar em sua percepção: fadiga, depressão, raiva, medo/ansiedade, outras doenças, sentimentos de desesperança e desamparo. A dor, por si só, já impõe limitações no estilo de vida do paciente. Dependendo da localização, pode afetar a mobilidade, em maior ou menor grau, a paciência e resignação (MACEDO, 2018).

Revisão sistemática de estudos evidenciaram os seguintes fatores que predispõem a mulher a dor pélvica recorrente: a Idade <30 anos, baixo índice de massa corporal, tabagismo, menarca precoce (<12 anos), ciclos mais longos, fluxo menstrual, nuliparidade, síndrome pré-menstrual, esterilização, suspeita de doença inflamatória pélvica, abuso sexual e sintomas psicológicos.

Idade precoce no primeiro parto, exercício e contraceptivos orais foram negativamente associados à dismenorreia. Menopausa, doença inflamatória pélvica, abuso sexual, ansiedade e depressão foram associados à dispareunia. Abuso de álcool ou droga, aborto, fluxo menstrual intenso, DIP, cesariana anterior, patologia pélvica, abuso e comorbidades psicológicas foram associadas a um aumento do risco de dor pélvica não cíclica. Ou seja, diversos fatores ginecológicos e psicossociais estão fortemente associados à dor pélvica crônica. (MIGNINI et al, 2006).

2.4 Avaliação do paciente

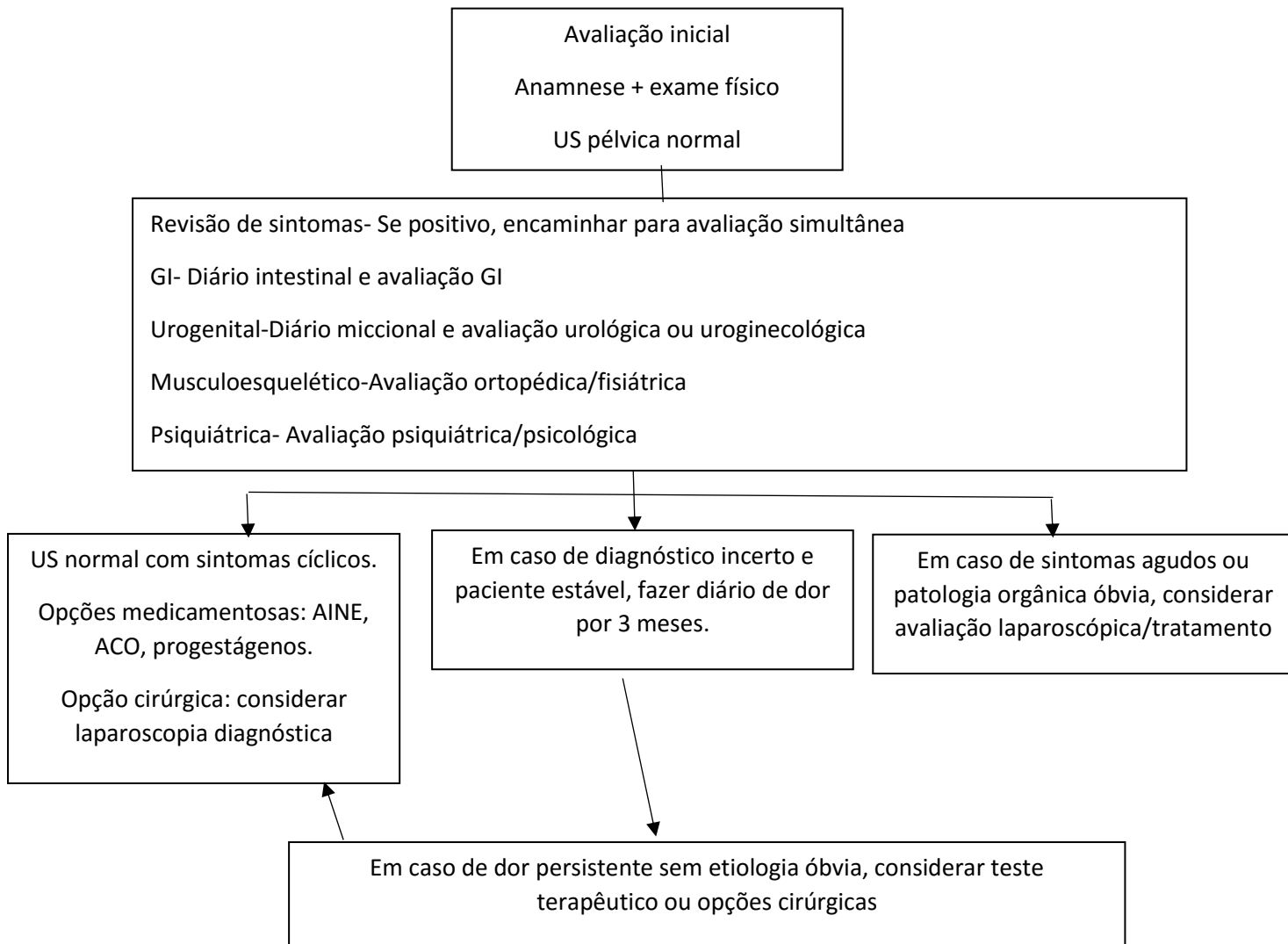
A anamnese e exame físico desempenham parte importante no diagnóstico de DPC. O uso de questionários e figuras do corpo humano feminino para a paciente assinalar os pontos de dor são disponibilizados e comumente usados para esse fim. As escalas de dor aprimoram a avaliação da dor, entre elas a escala visual analógica, a classificação em escala numérica e a escala descritiva verbal (HOFFMAN et al, 2014).

A investigação da história obstétrica é de suma importância para identificar possíveis traumas sofridos no período da gravidez ou no parto. De igual modo, a história cirúrgica, em busca de cirurgia abdominal anterior (aumenta o risco de aderências pélvicas na mulher, principalmente em casos de infecção, sangramento ou exposição de grandes áreas de superfícies peritoneais). A história psicossocial, como abuso físico, emocional e sexual, tem relação no aumento da taxa de diagnóstico da DPC. Deve-se pesquisar sintomas de depressão, pois também está relacionada com a dor pélvica crônica (NOGUEIRA, REIS, NETO, 2006).

O exame físico deve avaliar a postura e marcha. Inicialmente de pé, buscando identificar posturas inadequadas (Lordose e cifose concomitantes, por exemplo) assumidas pela paciente a fim de compensar a dor. A marcha antálgica ou claudicação, sugere dor musculoesquelética. O teste de mobilidade com flexão limitada da coluna lombar indica dor pélvica crônica ou doença ortopédica. Já em posição sentada, pacientes com DPC costumam deslocar o peso para uma das nádegas ou sentam-se na beirada da cadeira. Em posição litotômica, deve ser realizado o exame pélvico, buscando alterações gerais e lesões localizadas (MIRANDA, SCHOR, GIRÃO, 2009).

Os exames complementares são compostos por avaliações laboratoriais, como cultura e exame de urina, dosagem do hormônio estimulante da tireoide (TSH), avaliação sérica. Outros exames são a ultrassonografia transvaginal, tomografia computadorizada, ressonância magnética, enema baritado, sigmoidoscopia, colonoscopia, citoscopia, laparoscopia e endoscopia (HOFFMAN et al, 2014). A abordagem da paciente com queixa de dor pélvica crônica está esquematizada na imagem 1.

Imagem 1 – Avaliação da paciente com dor pélvica crônica. ACO, anticoncepcional oral combinado; AINE, anti-inflamatório não esteroide; DPC, dor pélvica crônica; GI, gastrointestinal; US, ultrassonografia.



Fonte: Cunha Filho, 2017.

Uma vez que a dor é frequentemente acompanhada de ansiedade e depressão, a paciente deve ser orientada sobre a subjetividade da dor e encaminhada a um psicólogo ou psiquiatra. Mais especificamente, o psicólogo é membro essencial de uma clínica de dor multiprofissional (LORENÇATTO et al, 2002; SILVA, MEDEIROS, MARQUI, 2016; NATHAN, 2014)

2.5 Diagnóstico

A história dos pacientes é crucial e geralmente é de extrema importância para um diagnóstico. Excluindo a endometriose, as causas mais frequentes de DPC são: aderências pós-operatórias, varizes pélvicas, cistite intersticial e síndrome do intestino irritável. DPC raramente reflete um único processo patológico; portanto, ganhar a confiança das mulheres e desenvolver uma forte relação médico-paciente é de extrema importância para o resultado a longo prazo dos cuidados. (VERCELLINI et al, 2009).

O diagnóstico é baseado na história clínica e exame físico. Recomenda-se o envolvimento da paciente em uma abordagem biopsicossocial, com tratamento de qualquer processo de doença identificável, como endometriose, cistite, síndrome da bexiga dolorosa e depressão. Medicamentos potencialmente benéficos incluem medroxiprogesterona de depósito, gabapentina, drogas antiinflamatórias não-esteróides e agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina com terapia hormonal de reposição. A terapia comportamental é parte integrante do tratamento. Em casos selecionados, a neuromodulação dos nervos sacrais pode ser apropriada. A histerectomia pode ser considerada como um último recurso se a dor parece ser de origem uterina, embora uma melhora significativa ocorra em apenas cerca de metade dos casos. Dor pélvica crônica deve ser gerenciada com uma abordagem colaborativa centrada no paciente. (LINDA et al, 2016)

O diagnóstico muitas vezes é difícil e atrasado, levando à frustração e insatisfação tanto para a mulher quanto para o médico. Devido à anatomia e complexa inervação da pelve, a DPC envolve várias especialidades médicas como ginecologia, gastroenterologia, urologia e medicina da dor. (VICENT, 2009).

Ao tratar um paciente com dor crônica, deve ser considerada a presença de multifatoriedade. Além da patologia que está ocasionando a dor, há a presença da depressão, que pode preceder a ocorrência da dor crônica, ser consequência da dor crônica, como também pode ser um evento biológico ocorrendo ao mesmo tempo que a dor crônica. Não há como tratar cada patologia isoladamente (TEIXEIRA, 2006).

2.6 Tratamento

Identificar os fatores envolvidos na dor pélvica crônica é um desafio devido à sua natureza multifatorial e confusão entre os fatores potenciais. Por exemplo, enquanto algumas

mulheres com endometriose têm dor pélvica crônica, pode haver comorbidades que estão implicadas na dor pélvica crônica, e não na própria endometriose. (YOSEF et al, 2016).

Na dor pélvica crônica, onde a dor é o principal problema, e não uma patologia progressiva claramente identificável, os tratamentos precisam ser adequados às necessidades específicas de cada mulher. Como a fisiopatologia não é bem compreendida, seu tratamento muitas vezes é insatisfatório e limitado ao alívio dos sintomas. (STONES et al, 2005).

A abordagem terapêutica da DPC pode seguir três linhas principais: I. Extensa avaliação diagnóstica seguida por tratamento da doença diagnosticada. Pode ser onerosa, pois talvez sejam necessários diversos exames complementares; II. Prescrição sequencial de medicações para tratar as principais causas de DPC. Neste caso, inicia-se pela causa mais provável (endometriose, na maioria dos casos) e observa-se a melhora ou não do quadro. Caso não ocorra melhora, parte-se para um novo teste, baseado em outra causa provável. Porém, mesmo que haja a melhora, não se pode afirmar a real etiologia da DPC, logo que um mesmo tratamento pode ser eficaz para diversas condições; III. Tratamento não específico com analgésicos – visa o tratamento da dor, ao invés do tratamento de causas específicas (LASMAR et al, 2017).

Tratamentos com acetato de medroxiprogesterona 50 mg/dia, análogos do GnRH; manejo multidisciplinar; aconselhamento após US normal e lise de aderências pélvicas, têm se mostrado benéficos nestes casos. Já os tratamentos hormonais, como anticoncepcional oral de baixa dosagem, progestogênios ou análogos do GnRH, têm sido indicados para pacientes com dor cíclica, mesmo que a causa provável seja síndrome do cólon irritável, cistite intersticial ou síndrome de congestão pélvica, uma vez que estas condições podem responder a tratamento hormonal. Além destes, antidepressivos tricíclicos e medicações anticonvulsivantes são eficientes para a dor neuropática. Às vezes, os relaxantes musculares são úteis para o espasmo muscular, porém devem ser usados como auxiliares até a conclusão do tratamento fisioterapêutico (HURT, MARVEL, 2012).

Analgésicos são frequentemente a primeira linha de gestão, e as mulheres muitas vezes tentam controlar a dor com analgésicos antes de consultar o clínico geral. As estratégias de tratamento devem ser adaptadas às necessidades de pacientes individuais, seja qual for a causa, precisam de longo prazo de tratamento e uma abordagem multimodal. A pílula anticoncepcional combinada oral é frequentemente usada com bons resultados, apesar de não haver evidência direta de eficácia na dor pélvica crônica e evidências limitadas na dismenorrea. A pílula pode ser usada da maneira usual com ciclos mensais ou continuamente para evitar períodos mensais e dor associada. A dor neuropática (dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial; NeP) pode existir tanto em mulheres com endometriose como em mulheres

em que não há causa macroscópica para a dor vista, seja na imagem ou na laparoscopia. O tratamento médico para NeP usando neuromoduladores (Antidepressivos e anticonvulsivantes) é barato, facilmente disponível e bem tolerado. (WHITAKER et al,2016)

Mulheres com dor pélvica crônica tendem a ser encaminhadas ao ginecologista. Uma abordagem multidisciplinar tem sido defendido e se encaixa com o modelo biopsicossocial de dor, portanto a dor pélvica crônica precisa de uma abordagem holística. É difícil identificar quais componentes da abordagem integrada são responsáveis, mas ensaios de terapia comportamental - que visa influenciar a disfunção emoções, comportamentos e cognições através de uma meta orientada, procedimento sistemático - têm sido favoráveis em outras condições de dor. O papel do aconselhamento e psicológico a terapia não é amplamente apreciada pelos ginecologistas, praticantes e pacientes. Meta-análise de dois pequenos ensaios clínicos randomizados, incluindo 142 mulheres com doença crônica dor pélvica deu uma diferença média em escores de dor, pelo menos, seis meses após a intervenção de $-1,57$ (intervalo de confiança de 95% $-2,53$ a $-0,61$, $P < 0,00001$) em favor da resposta psicológica grupo de intervenção. Os tratamentos cirúrgicos tendem a se concentrar nas causas orgânicas de dor pélvica. (DANIELS, KHAN, 2010)

Recomenda-se que a abordagem ocorra de maneira multidisciplinar, pois devido à complexidade da dor visceral dificilmente apenas um profissional será capaz de deter todo o conhecimento ginecológico, urológico, gastrointestinal e psicológico necessário para assegurar que a paciente será assistida de maneira completa e com embasamento científico adequado. (LASMAR et al, 2017).

A maior parte dos protocolos recomendados é baseada em opiniões de especialistas ou em estudos observacionais. O tratamento deve ser direcionado à causa da DPC quando esta é identificada. Porém, como na maioria dos casos não é possível um diagnóstico específico, deve-se buscar manejo multidisciplinar. A associação de medicações analgésicas com mudanças no estilo de vida, dieta, comportamento, bem como o tratamento de fatores psicológicos, tem demonstrado melhora na qualidade de vida das pacientes. O tratamento objetiva principalmente tratar as causas identificáveis, o que leva à restauração da função normal, minimização de incapacidades e prevenção da incapacitação (CHEONG, SMOTRA, WILLIAMS, 2014; HURT, MARVEL, 2012).

Entre as terapias cirúrgicas, a ablação dos nervos uterossacros por laparoscopia, neurectomia pré-sacral, a liberação do nervo pudendo ou histerectomia podem ser considerados. Geralmente, a histerectomia é considerada para pacientes que já passaram da idade reprodutiva

e que não responderam bem ao tratamento medicamentoso (HURT, MARVEL, 2012; STONES et al, 2005).

Para o tratamento complementar deve ser considerado um fisioterapeuta, para correção da postura, que deve ser tratada em conjunto com a terapia da doença de base. Assim também, devido à soma de transtornos emocionais, com risco para depressão, deve ser considerado o uso de medicamentos psicoativos. Além disso, deve-se atentar à hiperalgesia (sensação exagerada) e alodinia (dor sem que haja estímulo que a justifique), provocadas devido à neuroplasticidade do sistema nervoso central (LOVING et al, 2012; CHEONG, STONES, 2006),

2.7 Otimismo

A forma como a mulher lida com a dor é um importante fator de influência na mesma. Algumas dessas formas são a busca por apoio de familiares, parceiro ou amigos; intensificação ou aumento de dedicação à atividade laboral; ler ou estudar, buscando fugir da dor ou esquecê-la; fazer uso de medicamentos para dor. Porém, existem mulheres com DPC que não sabem como enfrentar a dor, não possuem mecanismos para isso e podem ter sua dor exacerbada por esse motivo, além de adotarem um comportamento resignado, levando a isolamento social e fortalecimento da introspecção física e psicológica. Nesta situação, a paciente perde a confiança no tratamento e passa a não adotar a abordagem terapêutica proposta (MELLADO et al, 2018).

Somando-se a isso, mulheres com DPC são predispostas à ansiedade e depressão, que talvez sejam desenvolvidas como uma resposta à dor. Porém, ambos tendem a acarretar somatização do quadro, bem como alteram a forma de a paciente visualizar seu problema. Isto afeta não apenas sua qualidade de vida, mas também o tratamento e a maneira de lidar com a dor (GRAZIOTIN, SKAPER, FUSCO, 2014).

Há evidências de que a depressão é uma consequência da dor; no entanto, não há consenso em relação a qual condição vem em primeiro lugar. Tem sido sugerido que a dor, além disso, está relacionada com o grau de depressão. A depressão é altamente prevalente em mulheres com endometriose, especialmente aquelas com dor pélvica. Os sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada, capacidade diminuída de pensar e sentimentos de morte são frequentes. Tais sentimentos impedem a mulher com DPC lidar com a dor de forma ativa e positiva, buscando a melhora de seu quadro (LORENÇATTO et al, 2006).

O otimismo, importante atributo psicológico positivo, tem grande influência na saúde, estando relacionado à redução de danos à saúde. O maior grau de otimismo também tem sido

associado a menor risco de mortalidade, em diversos tipos de doenças, incluindo doenças cardíacas, câncer e infecção (KIM et al, 2017).

Ser otimista melhora a saúde das pessoas, o desempenho no trabalho, a realização educacional e outros fatores relevantes para a mobilidade social (SCHEIER e CARVER,1993).

Revisão meta-analítica de 2009 sobre a associação de otimismo e saúde física; concluiu que otimismo é um preditor significativo de resultados positivos na saúde física (RASMUSSEN, SCHEIER E GREENHOUSE,2009) e também resulta em menos depressão (SCHEIER, CARVER e BRIGDES,1994).

2.8 Teste de Orientação da Vida (TOV-R)

Nos últimos anos, exames de variáveis, orientada a recursos têm atraído crescente interesse e têm sido reconhecidos como uma extensão importante da perspectiva orientada para o déficit em psicologia clínica. Otimismo é um desses recursos pessoais. A construção disposicional de otimismo é definida como uma relativamente tendência generalizada estável de esperar positiva em relação resultados negativos da vida (Scheier & Carver, 1985). É mais frequentemente medida com o teste de Orientação para a Vida–Revised (TOV-R) (SCHEIER, CARVER, BRIDGES, 1994).

O instrumento mais utilizado para medir o otimismo disposicional na pesquisa psicológica é o Teste de Orientação da Vida (TOV). O TOV desenvolvido por Scheier e Carver foi publicado pela primeira vez em 1985. O TOV-R é uma versão revista do TOV original, uma medida de 10 itens de otimismo contra o pessimismo. Dos 10 itens, 3 itens medem otimismo, 3 itens medem pessimismo, e 4 itens servem como neutros. Cada item em uma escala de 4 pontos: 0 = discordo totalmente, 1 = discordo, 2 = neutro, 3 = concordo, e 4 = concordo totalmente (SCHEIER, CARVER, BRIDGES, 1994; ZENGERA et al, 2013).

O Teste de Orientação da Vida visa medir o construto de orientação da vida, referente à maneira como as pessoas percebem suas vidas, de uma forma mais otimista ou menos otimista. Este construto foi definido em termos das expectativas que as pessoas possuem sobre os eventos que ocorrerão no futuro em suas vidas. Alguns autores consideraram o TOV como uma escala unidimensional bipolar, tendo otimismo e pessimismo como dois polos opostos de uma mesma dimensão ou construto, enquanto outros consideraram que havia dois fatores distintos. A versão revisada, contendo dez itens (SCHEIER, CARVER, BRIDGES, 1994) possui três afirmativas positivas, três afirmativas negativas e quatro questões neutras. As questões neutras não visam analisar o construto de orientação da vida e, portanto, não são incluídos na análise de dados.

Na análise estatística dos dados, os escores dos itens negativos do teste precisam ser invertidos, de modo que todos os valores próximos a 4 indiquem sempre um maior grau de expectativa otimista do sujeito em relação à vida. Após a inversão dos escores dos itens negativos, pode-se calcular o índice global de grau de otimismo através da soma dos seis itens (BANDEIRA et al, 2002).

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIGHI JM, OLIVEIRA VM, OLIVEIRA AM. **Ginecologia: fundamentos e avanços na propedêutica, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: editora Atheneu, 2013

ALMEIDA ECS, NOGUEIRA AA, REIS FJC. **Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher**. Femina 2002; 30: 699-703.

AYORINDE AA, 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**. European Journal of Pain, 2016;21(3), 445–455.

BAHAMONDES L, CAMARGOS AF. **Dienogest: Uma nova opção terapêutica em endometriose**. Femina. 2012; 40(3).

BANDEIRA, M et al. **Validação do transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R)**. Estudos de Psicologia, v.7.n.2.p.251-258, 2002.

BEREK, JS. Berek e Novak: **Tratado de Ginecologia**. Tradução Cláudia Lúcia Caetano de Araújo, revisão técnica Ronaldo Carauta de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CHEONG Y, STONES R. W. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**. 2006; v. 20, n.5, p. 695-711.

CHEONG YC, SMOTRA G, WILLIAMS, AC. **Non- surgical interventions for the management of chronic pelvic pain**. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3, 2014.

DA LUZ RA, RODRIGUES FM, VILA VSC, DEUS JM, LIMA KP. **Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica**. Rev. bras. ginecol. Obstet. 2014; 36(2):79-83.

DANIELS J P, KHAN K S. **Chronic pelvic pain in women**. BMJ. 2010 ;341:c4834.

DEUS JM, SANTOS AFR, BOSQUETTI RB, POFHAL L, NETO, OA. **Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital**. Rev Dor. 2014;15 (3):191-7.

DONATTI L, et al. **Pacientes com endometriose que utilizam estratégias positivas de enfrentamento apresentam menos depressão, estresse e dor pélvica**. Einstein. 2017; v. 15, n. 1,

FINAN PH, GARLAND EL. **The Role of Positive Affect in Pain and its Treatment**. Clin J Pain. 2015; 31(2): 177–87

FRANK FT, SAWSAN AS. **Evaluation of Chronic Pelvic Pain in Women**. Literature review current through: Apr 2019. | This topic last updated: Apr 28, 2019.

GAMA, CRB et al. Dor pélvica Aguda. In: LASMAR, R. B. et al. **Tratado de Ginecologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017; Cap. 20, p. 244-250.

GANESHAN A, et al. **Chronic pelvic pain due to pelvic congestion syndrome: the role of diagnostic and interventional radiology**. Cardiovascular and interventional radiology, 2007; v. 30, n. 6, p. 1105-1111.

GODOI J E, et al. **Chronic pelvic pain portraits: perceptions and beliefs of 80 women**. BrJP, 2019; v. 2, n. 1, p. 8-13.

GOODIN BR, BULLS HWBS. **Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full**. Curr Pain Headache Rep. 2013; 17(5):329.

GRAZIOTTIN A, SKAPER S D, FUSCO M. **Mast cells in chronic inflammation, pelvic pain and depression in women**. Gynecological Endocrinology, 2014; v. 30, n. 7, p. 472-477.

HAGUE M, SHENKER N. **How to investigate: Chronic pain**. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2014; 28(6):860-874

HOFFMAN et.al. **Ginecologia de Williams**. Amgh Editora, 2ª ed., cap.11, 2014

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

HURT KJ, et al. **Dor pélvica Crônica**. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, cap. 27, p. 390-405.

KIM ES, et al. **Optimism and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort Study**. American Journal of Epidemiology. 2017; v. 185, n. 1, p. 21-29,

LARANJEIRA CA. **Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R)**. Univ. Psychol. 2008; 7(2): 469-76.

LATTHE P, MIGNINI L, GRAY R, HILLS R, KHAN K. **Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review**. BMJ Online First bmj.com. 2006; doi: 10.1136/bmj.38748. 697465.55.

LINDA MS, MD; SAUDIA M, MD; TARA E, MD. **Chronic Pelvic Pain in Women**. University of Toledo College of Medicine and Life Sciences, Toledo, Ohio. Am Fam Physician. 2016; 93 (5): 380-387.

LORENÇATTO C, et al. **Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain**. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2006; v. 85, n. 1, p. 88-92.

LOVING S, et al. **Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review**. Scandinavian Journal of Pain. 2012; v. 3, n. 2, p. 70-81.

MACEDO BS. **Estudo da dor e dos efeitos colaterais do tratamento oncológico em pacientes submetidos a quimioterapia**. Anais Seminário de Iniciação Científica, 2019, n.22.

MELLADO B H, et al. **Análise fenomenológica dos mecanismos de enfrentamento da dor em mulheres com dor pélvica crônica: segundo momento**. CIAIQ 2018, v. 2.

MIGNINI L, GRAY R, HILLS R, KHAN K. **Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review.** BMJ. 2006 ;332(7544):749-55.

MIRANDA R, SHOR E, GIRÃO MJBC. **Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica.** Rev Bras Ginecol Obstet,2009; v. 31, n. 7, p. 353-60.

NATHAN AJRL. **Dor pélvica e dismenorreia.** In: BEREK, J. S. Tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, cap. 16.

NOGUEIRA AA, REIS FJC, NETO OBP. **Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres.** Rev Bras Ginecol Obstet,2006; v. 28, n. 12, p. 733-40.

RASMUSSEN HN Ph.D, SCHEIER MF PhD, GREENHOUSE JB Ph.D. **Optimism and Physical Health: A Meta-Analytic Review.** Ann Behav Med.2009; 37 (3): 239-256.

LASMAR RB, et al. **Dor pélvica crônica.** Tratado de Ginecologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 21, p. 251-262.

SCHEIER MF, CARVER CS. **On the Power of Positive Thinking: The Benefits of Being Optimistic.** Current Directions in Psychological Science. Vol. 2, No. 1 (Feb., 1993), pp. 26-30

SCHEIER MF, CARVER CS, BRIDGES, MW. **Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test.** Journal of Personality and Social Psychology.1994;67(6),1063-1078.

STONES W, et al. **Interventions for treating chronic pelvic pain in women.**Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 2, 2005.

TEIXEIRA, M. J. **Dor e depressão.** Revista Neurociências. 2006; v. 14, n. 2, p. 44-53.

TEIXEIRA SAM, TAQUETTE SR. **Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos.** Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(4): 440-6.

VERCELLINI P, et al. **Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach.** Gynecological Endocrinology.2009; v. 25, n. 3, p. 149-158.

VIANA e GEBER. **Ginecologia.** Medbook, 3ª edição, 2012, cap.17, p.133-139

VINCENT K. **Chronic pelvic pain in women.** Postgraduate Medical Journal, 2009;85(999), 24–29.

WHITAKER LHR, et al. **An Exploratory Study into Objective and Reported Characteristics of Neuropathic Pain in Women with Chronic Pelvic Pain.** PLOS ONE,2016; 11(4), e0151950.

YOSEF A, et al. **Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2016 215(6), 760.

ZONDERVAN KT, et al. **Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses.** American journal of obstetrics and gynecology. 2001;v. 184, n. 6, p. 1149-1155.

ZAKKA T R M, et al. **Dor pélvica crônica não visceral: tratamento multidisciplinar.** Relato de caso. Revista Dor, 2013.

ZENGER M,et al. **Evaluation of the Latin American version of the Life Orientation Test-Revised.** International Journal of Clinical and Health Psychology. 2013;v. 13, n. 3, p. 243-252.

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 1806-9339), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar resultados de pesquisa sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista recebe submissões apenas no idioma inglês.

Instruções ao Autores

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade intelectual da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo.

Avaliação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista são recebidos pelo Escritório Editorial, que realiza a conferência das documentações obrigatórias, bem como analisa se as normas editoriais contidas nas Instruções aos Autores foram cumpridas. Se o processo estiver em conformidade, o manuscrito será enviado ao Editor Chefe que fará uma avaliação de mérito do manuscrito submetido. Se o Editor-Chefe concluir que o trabalho está em condições científicas e técnicas favoráveis, o manuscrito será encaminhado aos Editores Associados, que, por sua vez, designarão pareceristas (processo double mind) para avaliar o trabalho. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações sugeridas no prazo solicitado. Ao resubmeter o manuscrito, as correções solicitadas devem estar em destaque no texto (grifadas em amarelo). Em casos de não concordância com as sugestões, inclua as observações nos balões comentários. Seja assertivo e pontual com a inquirição, inclusive sustentando a hipótese com referências. **IMPORTANTE!** Os Autores devem cumprir os prazos, visto que o não atendimento resultará atraso de sua publicação ou até mesmo no arquivamento do processo. Os autores podem solicitar em qualquer

ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho, exceto quando o manuscrito estiver aceito para publicação. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

Documentos obrigatórios para submissão. Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a submissão online: Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar) Modelo; Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão; Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação; Página de Título; Manuscrito.

Página de Título:

Título do manuscrito, no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;

Nome completo, sem abreviações, dos autores (no máximo seis);

Autor correspondente (Nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato);

Afiliação Institucional de cada autor. Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: os autores devem informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;

Agradecimentos: os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das

agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas.

Contribuições: conforme os critérios de autoria científica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente: 1. Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e 3. Aprovação final da versão a ser publicada

Manuscrito

Instruções aos Autores

Título

Ao escrever um artigo científico, o pesquisador deve se atentar na elaboração do título do manuscrito. O título é o cartão de visitas de qualquer publicação. Deve ser elaborado com muito cuidado e de preferência escrito apenas após a finalização do artigo. Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

Resumo

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.

Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.

Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.

Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

Palavras-chave As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

Corpo do manuscrito (Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências)

Introdução A seção Introdução de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

Métodos

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estructure a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o

delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema.

Resultados

O propósito da seção Resultados é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes. Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento. Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

ATENÇÃO! As seções Métodos e Resultados nos Estudos de Caso devem ser substituídas pelo termo Descrição do Caso.

Discussão

Na seção Discussão enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las

claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

Conclusão

A seção Conclusão tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

Referências

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Atenção! Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências.

Para formatar as suas referências, consulte o American Medical Association (AMA) Citation Style.

*As instruções aos Autores deste periódico foram elaboradas baseadas na obra literária Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbgo-scielo>.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia Endereço: Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3421, 01401-001, sala 903, Jardim Paulista, São Paulo, SP, Brasil. Tel.: + 55 11 5573.4919 Email: editorial.office@febrasgo.org.br Home Page: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/10.1055/s-006-33175>

5 ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA PACIENTE COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

PATIENT BEHAVIORAL EVALUATION WITH CHRONIC PAIN PELVIC

Eridevânia Leal da Silva¹ Elizabeth Brasil Matos Oliveira², Bruna Karoline Monteiro³, Júlia
Maria Gonçalves Dias⁴

1. Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email: eridevanialeal@gmail.com. Telefone: (79)996421381. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.
2. Médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Email: bethbrasil81@hotmail.com. Telefone: (79)998169696. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.
3. Médica formada pela Universidade Federal de Sergipe. Email: brunakaroline2@hotmail.com. Telefone: (79)991361000. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.
4. Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Email: julia.dias@globo.com. Telefone (79) 981437568. Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio. CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

RESUMO

Introdução: dor pélvica crônica é uma dor pélvica que dura pelo menos seis meses e é de severidade suficiente para interferir na rotina do paciente. Este estudo tem por objetivo determinar o grau de otimismo e a resposta ao tratamento de pacientes com dor pélvica crônica.

Métodos: estudo de coorte prospectivo em pacientes do ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. As pacientes inicialmente responderam às perguntas de uma escala de otimismo já com a validação transcultural, TOV-R e um questionário sobre dados sociais e sexuais. Estas pacientes foram avaliadas no momento zero e mais três vezes após com relação à resposta ao tratamento.

Resultados: Das 132 pacientes entrevistadas, 67 (50,7%) realizaram quatro avaliações TOV. Observou-se associação significativa, com $p < 0,05$ em todas as seguintes variáveis: Renda familiar com TOV2 de $16,9 \pm 3,1$; Escolaridade com TOV1 $16,0 \pm 3,3$; TOV2 de $15,7 \pm 3,2$ no Ciclo Menstrual regular; Sexarca com TOV2 $16,1 \pm 3,2$; Contraceptivo com TOV 3 $16,2 \pm 3,8$ e TOV4 $16,3 \pm 3,7$; Satisfação na primeira relação sexual e TOV1 $16,4 \pm 3,5$, TOV2 $16,4 \pm 3,4$ e TOV3 $16,6 \pm 4,0$; Libido com TOV1 $16,1 \pm 3,0$ e TOV4 $16,3 \pm 3,3$; Abuso sexual com TOV 3 $14,3 \pm 3,3$ e TOV4 $13,8 \pm 3,8$; Drogas lícitas com TOV 4 $15,7 \pm 3,8$; Sono com TOV1 $16,1 \pm 3,3$ e TOV4 $16,2 \pm 3,7$; Medicação para dormir com TOV2 $13,6 \pm 2,9$ e TOV4 $13,1 \pm 3,9$; Melhora do quadro com TOV 3 $16,4 \pm 3,7$ e TOV4 $16,5 \pm 3,6$; Melhora com tratamento, de 70 (81,4) com orgasmo e 74 (86,0) sem abuso sexual.

Conclusão: A maioria das pacientes foram submetidas a tratamento e houve associação entre maior grau de otimismo com melhora do quadro.

Palavras-chave: Dor pélvica; Comportamento; Otimismo.

Introdução

A dor localizada no abdome e na pelve é subjetiva, frequentemente ambígua e uma das queixas mais comuns de pacientes. Além disso, promove altos custos medicinais, sofrimento humano e perda de produtividade. Por tudo isso, deve ser investigada e tratada adequadamente¹.

As dores pélvicas são sentidas pela maioria das mulheres em idade reprodutiva, em decorrência principalmente das questões que envolvem esse aspecto da capacidade feminina. Elas podem se caracterizar em agudas ou crônicas. A dor pélvica aguda é localizada no baixo ventre, que persiste por menos de seis meses, manifestando-se de modo pontual. Além disso, é frequentemente denominada abdome agudo, e pode ser classificada em três tipos: infeccioso (doença inflamatória pélvica aguda); hemorrágico (gravidez ectópica, cisto hemático roto de ovário) e isquêmico (torção anexial)².

A Dor Pélvica Crônica é definida como dor em região inferior do abdome ou pelve, não cíclica, por mais de três meses de duração, ou dor pélvica cíclica, por seis meses de duração, e que interfere nas atividades normais e na rotina diária da vida da mulher³.

Entre os fatores que contribuem para essa condição clínica, podem ser citados os viscerais, como dismenorreia e endometriose, síndrome do intestino irritável, síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial; condições musculoesqueléticas – síndromes dolorosas miofasciais de pontos-gatilhos dos músculos pélvicos; condições neuropáticas, como vulvodínia.^{4, 5, 6}

Além dos citados acima; situações de violência doméstica, intrafamiliar, sexual, vida sexual insatisfatória, anorgasmia, relações conflituosas com familiares e/ou com parceiro, situações de vulnerabilidade social e emocional, e traumas familiares; são fatores que podem causar, desencadear ou agravar a dor pélvica⁷.

A Dor Pélvica Crônica apresenta uma prevalência elevada, por ser uma condição comum. Estima-se uma prevalência de 14% a 24% das mulheres com idade entre 18 e 50 anos. Porém, por ser pouco compreendida, há dificuldade em realizar o diagnóstico; e o tratamento limita-se ao alívio temporário e insatisfatório dos sintomas⁸. O diagnóstico é feito inicialmente por avaliação; que inclui anamnese, exame físico e realização de ultrassonografia pélvica⁴.

Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com pacientes do Ambulatório de Ginecologia e Patologia Cervical do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

A análise descritiva foi realizada a partir de questionário sobre dados sociais, sexuais, ginecológicos, obstétricos; e posteriormente aplicação do TOV-R (Anexo 3) com perguntas de uma escala de otimismo. Foram incluídas no estudo todas as pacientes atendidas no referido ambulatório, portadoras de dor pélvica e que aceitaram participar da pesquisa no período do estudo.

Após consulta, as pacientes identificadas com hipótese diagnóstica de dor pélvica crônica foram convidadas a participar da pesquisa, onde se explicou o objetivo do projeto e solicitou-se autorização através de assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido(TCLE), conforme determina a resolução número 196, de 13 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 2). Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo CAAE 51178715.6.0000.5546.

Inicialmente as pacientes responderam questionário com as seguintes variáveis: Idade, Procedência, Renda familiar, Escolaridade, Gestações, Partos, Abortos, Menarca, Sabia sobre menstruação antes da Menarca?, Ciclos menstruais, Dismenorreia, Dispareunia, História de dor pélvica na família, Início da vida sexual ativa, Número de parceiros, Uso de contraceptivo, Como classifica sua primeira experiência sexual?, Libido, Orgasmo, Masturbação, Estupro, Abuso sexual, Fumo, Álcool, Uso de drogas, Qualidade do sono, Usa medicamento para dormir?, Histórico de distúrbios psiquiátricos e IMC(Anexo 4).

Depois de respondido o questionário, as pacientes avaliaram questões através de uma escala de otimismo já com a validação transcultural, TOV-R (Anexo 3)

A aplicação dos dois questionários foi feita após consulta médica, em outro ambiente reservado, por um dos autores. Desta forma, foi garantido o cegamento das informações, impedindo o viés de observação, haja vista o médico e a pesquisadora não souberam quem eram as pacientes otimistas e pessimistas segundo o TOV-R. Ressalta-se também que o cálculo da pontuação pela pesquisadora, só foi feito após o total de avaliações de cada paciente.

Estas pacientes foram avaliadas no momento zero e mais três vezes após com relação à resposta ao tratamento. Foram feitas quatro avaliações no total e a repetição da aplicação da escala de otimismo em cada uma destas.

O conhecimento teórico sobre Dor pélvica crônica, Otimismo e Teste de Orientação da Vida(TOV-R) foi determinado por uma Revisão de Literatura através de pesquisa em banco de dados PubMed, MEDLINE, UPTODATE, Scielo e periódico CAPES.A pesquisa foi realizada por meio de artigos publicados até maio de 2019.

Análise Estatística

A pesquisa foi realizada em duas ocasiões. A primeira em 2016 e a segunda no período de abril a julho de 2019. Na primeira ocasião foram entrevistadas 63 pacientes e na segunda ocasião foram entrevistadas 69 pacientes, perfazendo um total de 132 pacientes.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha do Excel e posteriormente analisados e interpretados utilizando a estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências simples e relativas. As variáveis numéricas exibidas em média e desvio-padrão. Na parte inferencial, foi utilizado o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para comparar os valores do TOV em relação às características socioeconômicas, tocoginecológicas e comportamentais. O nível de significância estatística estipulado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e todos os testes serão bicaudais. O software utilizado para as análises foi o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 25.0).

A versão utilizada do Teste de Orientação da Vida (TOV-R) no presente trabalho corresponde à revisada, contendo dez itens⁹. Dentre esses itens, encontram-se três afirmativas positivas (itens 1, 4 e 10), três afirmativas negativas (itens 3, 7 e 9) e quatro questões neutras (2, 5, 6 e 8). As questões neutras não visam analisar o construto de orientação da vida e, portanto, não são incluídos na análise de dados. Ao responder o questionário, o sujeito deve avaliar cada afirmativa em uma escala tipo Likert de 5 pontos, com gradações de 0 a 4, conforme o seu grau de concordância ou discordância em relação à mesma (ver Anexo). Para a análise estatística dos dados, os escores dos itens negativos do teste precisam ser invertidos, de modo que todos os valores próximos a 4 indiquem sempre um maior grau de expectativa otimista do sujeito em relação à vida. Após a inversão dos escores dos itens negativos, pode-se calcular o índice global de grau de otimismo através da soma dos seis itens com uma pontuação que pode variar de 0 a 24¹⁰.

Com relação a resposta ao tratamento: os dados socioeconômicos, tocoginecológicos e comportamentais foram analisados e interpretados utilizando a estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências simples e relativas. Na parte inferencial, foi utilizado para as variáveis numéricas o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para comparar os valores do TOV em relação às características socioeconômicas, tocoginecológicas e comportamentais. Para testar associação entre essas características descritas acima e o resultado do tratamento, foram utilizados, quando possível, o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. O nível de significância estatística estipulado foi

de 5% ($p \leq 0,05$) e todos os testes foram bicaudais. O software utilizado para as análises foi o Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 25.0).

Resultados

Foram entrevistadas 132 pacientes, representadas por 11 adolescentes (8,3%) e 121 adultas (91,7%), sendo que 72 (54,5%) eram procedentes da capital Aracaju, 91 (68,9%) cursaram ensino médio ou superior e 101 (76,5%) possuíam renda familiar mensal inferior ou igual a 2 salários mínimos, conforme Tabela 1.

Em relação aos dados tocoginecológicos, 60 (54,1 %) das pacientes entrevistadas haviam tido até duas gestações, 80 (69,6%) tiveram menos de três partos e 40 (30,3%) haviam abortado, sendo 24 (60% desses abortos) de forma espontânea. A primeira menstruação ocorreu em 51 (38,6% das entrevistadas) com idade menor que doze anos e 70 (53,0%) não sabiam o que era menstruar quando do momento da menarca. Quanto ao ciclo menstrual, 52 (41,3%) das pacientes tiveram o ciclo irregular, enquanto 79 (62,7%) apresentaram dismenorreia primária e 69 (52,7%) tiveram dispareunia. A história de dor pélvica na família ocorreu em 82 (62,1%) das pacientes. Já para 27 pacientes (21,3%), a primeira relação sexual foi entre dez e quinze anos e 104 (83,9%) tiveram até quatro parceiros. A anticoncepção foi relatada por 86 (65,2%) das entrevistadas (Tabela 2).

Quanto aos dados comportamentais, 65 (51,2%) das pacientes observaram que a primeira relação sexual foi insatisfatória. Além disso, 87 (65,9%) afirmaram ter libido e 98 (74,2%), orgasmo. A prática da masturbação foi relatada por 26 (19,7%). Com relação ao abuso sexual, 26(19,7%) das pacientes relataram ter sofrido algum tipo de abuso. Quanto aos hábitos das 132 pacientes entrevistadas, 38 (28,8%) costumavam fazer uso de drogas lícitas, 39 (29,5%) tinham má qualidade do sono, 19 (14,4%) fizeram uso de medicações para dormir e 57 (43,2%) tinham histórico de distúrbio psiquiátrico. Em relação ao Índice de Massa Corpórea, 56 (42,4%) apresentaram IMC alterado (Tabela 3). Quanto ao tratamento instituído, 102(77,7%) estavam em tratamento e 86(67,7%) relataram melhora.

O Grau de otimismo das pacientes foi avaliado seguindo o teste de orientação de vida TOV-R.O grau de otimismo variou de 8 a 24 pontos, sendo que a pontuação poderia ir de 0 até 24. Quanto maior a pontuação, maior o grau de otimismo. Quanto ao tratamento de todas as entrevistadas:102(77.3%) estavam com o tratamento instituído, com melhora de 76(74.5%), indicando que a maioria respondeu ao tratamento (Tabela 3). Entre as 132 pacientes entrevistadas, 67 (50,8%) fizeram as quatro avaliações do TOV-R. As outras 65 (49,2%)

pacientes estão com o processo de avaliação em andamento. Das 67 que fizeram as avaliações completas, 30 (44,7%) aumentaram o grau de otimismo, mas 32(47,7%) não tiveram melhora do estado emocional segundo o TOV-R, 43(64,1%) das pacientes avaliadas quatro vezes tiveram melhora da dor com o tratamento instituído. (Gráficos 1,2,e 3)

Na análise de associação entre as médias dos TOVs e as demais variáveis observou-se:

Tabela 4: Associação significativa entre a variável renda familiar acima de dois salários mínimos com média no TOV2 de $16,9 \pm 3,1$ ($p < 0,05$). Escolaridade: Ensino médio ou superior com TOV1 $16,0 \pm 3,3$ ($p < 0,05$).

Tabela 5: Houve associação significativa entre ciclo menstrual e TOV2 de $15,7 \pm 3,2$ no ciclo regular. Sexarca de quinze anos ou mais com TOV2 $16,1 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). Uso de contraceptivo com associação no TOV 3 $16,2 \pm 3,8$ e TOV4 $16,3 \pm 3,7$ ($p < 0,05$).

Tabela 6: Associação entre boa satisfação na primeira relação sexual e TOV1 $16,4 \pm 3,5$; TOV2 $16,4 \pm 3,4$ e TOV3 $16,6 \pm 4,0$ ($p < 0,05$). Libido com TOV1 $16,1 \pm 3,0$ e TOV4 $16,3 \pm 3,3$ ($p < 0,05$). Associação entre Abuso sexual e TOV 3 $14,3 \pm 3,3$ ($p < 0,05$) e TOV4 $13,8 \pm 3,8$ ($p < 0,05$). Drogas lícitas com TOV 4 $15,7 \pm 3,8$ ($p < 0,05$). Sono bom com TOV1 $16,1 \pm 3,3$ ($p < 0,05$) e TOV4 $16,2 \pm 3,7$ ($p < 0,05$). Medicação para dormir com TOV2 $13,6 \pm 2,9$ ($p < 0,05$) e TOV4 $13,1 \pm 3,9$ ($p < 0,05$). Houve associação significativa entre o TOV 3 $16,4 \pm 3,7$ ($p < 0,05$) e TOV4 $16,5 \pm 3,6$ ($p < 0,05$) e melhora do quadro.

Tabela 7: Não houve associação significativa entre dados socioeconômicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.

Tabela 8: Não observou-se associação significativa entre dados tocoginecológicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.

Tabela 9: Com relação aos dados comportamentais e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica, observou-se associação significativa entre orgasmo e melhora das pacientes com tratamento instituído, em que 70(81,4) ($p < 0,05$) pacientes que apresentaram orgasmo, obtiveram melhora. Também houve associação entre abuso sexual e resposta ao tratamento, indicando que 74 (86,0) ($p < 0,05$) pacientes que não sofreram abuso sexual melhoraram com o tratamento instituído e 13 (31,7) ($p < 0,05$) que sofreram abuso, tiveram insucesso no tratamento.

Metade das pacientes fizeram as quatro avaliações do TOV. Na análise da associação entre as médias dos TOVs e as demais variáveis, verificou-se portanto; associação significativa nos dados socioeconômicos entre a variável renda familiar e o TOV₂, com um maior grau de otimismo em pacientes com renda superior a dois salários mínimos e na escolaridade a partir do Ensino Médio completo para o TOV₁. Já nos dados tocoginecológicos, percebeu-se um

maior grau de TOV₂ para o ciclo menstrual regular e em sexarca de 15 ou mais anos e, para aquelas pacientes que usaram contraceptivo, o grau de otimismo foi maior em TOV₃ e TOV₄ em relação às que não usaram. Em que pese aos dados comportamentais, um grau maior de TOV₁ está associado a uma boa satisfação na primeira relação sexual, a uma boa qualidade do sono e à libido. O maior grau de TOV₂ está associado a uma boa satisfação na primeira relação sexual e ao não uso de medicação para dormir. Um alto grau de TOV₃ se associa à satisfação na primeira relação sexual, ao não abuso sexual e a uma melhora na resposta. Já o maior grau de TOV₄ se associa à libido, a não ser abusada sexualmente, a usar drogas lícitas, a ter um bom sono, a não usar medicações para dormir e a ter uma melhora na resposta. Também foi demonstrada através de associação significativa, uma melhor resposta ao tratamento instituído nas pacientes que apresentam orgasmo e que não foram abusadas sexualmente.

Discussão

Neste estudo de coorte prospectivo, o objetivo foi determinar o grau de otimismo e a resposta ao tratamento de pacientes com dor pélvica crônica. A terapia baseada em evidências para dor pélvica crônica permanece limitada e muitas vezes está voltada para alívio dos sintomas. A causa e consequência da dor pode envolver vários fatores, de modo que o tratamento requer uma abordagem holística.¹¹ Estudos demonstram que em número significativo de mulheres com DPC, não são encontradas alterações ao exame físico ou de imagem e, em muitos casos, nenhum diagnóstico orgânico é encontrado. Sabe-se que vários fatores psicológicos possuem influência na percepção do quadro algico e podem interferir no diagnóstico e tratamento.¹² Em nosso estudo foi observado 57(43,2%) pacientes com histórico de distúrbio psiquiátrico, contudo; não houve associação significativa entre essa variável e resposta terapêutica.

A gravidez e o parto são eventos traumáticos para a pelve e podem levar à DPC, 69(63,63%) das mulheres de nosso estudo tinham até quatro gestações, o que tem influenciado o quadro de dor pélvica. Já mulheres nulíparas podem ter doenças que causam infertilidade e dor pélvica crônica, como a endometriose, doença inflamatória pélvica crônica, ou aderências pélvicas, 34(25,75%) não tiveram gestações e algumas estão sendo investigadas quanto a essas causas¹³.

Vários fatores de risco estão associados com a dor pélvica crônica. Em uma revisão sistemática realizada concluiu-se que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, patologia pélvica, cesáreas e morbidades psicológicas;

são fatores que estão realmente influenciando na dor crônica da paciente¹⁴. Nossos achados concordam com esta revisão visto que 69 (52,7%) possuem dispareunia, 57(43,2%) sofrem de distúrbios psiquiátricos, 93 (70,5%) tinham má qualidade do sono e 38(28,7%) fazem uso de drogas lícitas como o tabagismo e bebidas alcoólicas. Além disso, 126 (95,4%) pacientes tinham dismenorreia, o que para Deus et al ¹⁵ é considerado como um dos fatores de risco mais citados e investigados não só por ele, mas também por diversos outros autores.

As mulheres em idade reprodutiva estão entre os grupos de maior risco para depressão associado a dor crônica. Em nosso estudo foi constatado que 57(43,2%) sofriam transtornos psicológicos que possibilitam a diminuição da qualidade de vida das pacientes bem como as expectativas de melhora com o tratamento ficam comprometidas, pois o estado depressivo influencia muito na resposta ao tratamento.

As emoções explicam as diferenças individuais na experiência da dor aguda e crônica. Em nosso estudo, 31 (46,2%) tiveram melhora do estado emocional, haja vista estudos mostram que o otimismo está associado com menor relato de dor clínica e menos interferências relacionadas à dor, bem como a dor menos severa. E também que os tratamentos são bem sucedidos quando há redução do afeto negativo ^{16, 17}.

Contudo, em pacientes que tiveram o tratamento instituído, 26(38,8%) menos da metade obtiveram melhora do emocional e da dor mostrando que deve existir o tratamento multiprofissional para melhora total da paciente segundo Deus et al, a terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem já aceita e recomendada no tratamento de mulheres com DPC, visto que em nosso estudo foi instituído tratamento medicamentoso associado a psicológico em 8(6,0%) das pacientes. Associado a isso, medicamentos como anticoncepcionais orais combinados, progestágenos intrauterinos, implantes subcutâneos, danazol ou análogos de GnRH, usados em pacientes com dor pélvica crônica proveniente de síndrome da congestão pélvica, miomas e adenomiose, ajudam na melhora clínica¹⁸.

Uso de progestagênio oral Dienogest, que é uma medicação com boa resposta terapêutica no tratamento da endometriose, principalmente no tocante aos sintomas de dor associados, redução de lesões, e que cria um ambiente progestagênico contínuo com redução moderada dos estrogênios circulantes¹⁹. Em nosso estudo 39(29,5%) pacientes faziam uso de algum tipo de contraceptivo oral, destas, 35(89,7%) diminuíram a dor pélvica.

Sexarca abaixo dos quinze anos teve associação significativa no TOV₂ 14,5 (*p<0,05). Contudo, as entrevistadas com sexarca acima de quinze anos apresentaram TOV₂ 16,5 (*p<0,05) indicando um pouco mais de otimismo. A sexarca feminina em adolescentes mais novas, de 10 a 14 anos, devido ao fator atribuído à menor idade, onde ainda existe pensamento

abstrato incipiente, o que faz com que sejam mais vulneráveis, se expondo a riscos. A maior vulnerabilidade é descrita em estudos que verificaram uma associação significativa entre adolescentes com baixa idade no início da atividade sexual e variáveis como: vítimas de abuso físico ou sexual, imaturidade biopsicossocial, o não reconhecimento da legitimidade do exercício sexual.²⁰

Pode-se inferir que as mulheres que não tem maturidade sexual para a experiência sexual podem ter congestão pélvica, além disso, o otimismo baixo pode estar relacionado à história de abuso e violência anterior ainda não identificados.

Em artigos de revisão, o tabagismo foi considerado fator de risco para dismenorreia e uso de drogas ou álcool onde foram associados com um aumento do risco de dor pélvica não-cíclica¹³. O estudo mostrou associação significativa com TOV₄ 15,7 (*p<0,05) e drogas lícitas como o tabagismo e bebidas alcoólicas, mostrando que as mulheres expostas a estes fatores de risco, apesar de apresentarem um TOV indicando um bom otimismo, ainda apresentam dor pélvica importante provavelmente pelo envolvimento principalmente do fumo na fisiopatologia da dor pélvica crônica. Já as entrevistadas que utilizam drogas ilícitas apresentaram TOV₄ 9,7 indicando menos otimismo.

Além disso, foi obtida associação significativa entre as variáveis uso de medicações para dormir com TOV₂ 13,6 (p<0,05) e TOV₄ 13,1 (p<0,05) e boa qualidade do sono com TOV₁ 16,1(p<0,05) e TOV₄ 16,2 (p<0,05). Estudos brasileiros sobre DPC identificaram a prevalência de depressão e ansiedade entre 30 a 86%. Os autores desses estudos descreveram que mulheres com DPC têm uma pior percepção de qualidade de vida, a depressão e a intensidade da dor associaram-se, negativamente, à qualidade de vida²¹. A má qualidade de vida permite uma menor qualidade do sono, o estudo mostrou que o TOV baixo está associado à má qualidade do sono, um baixo otimismo, pior resposta ao tratamento. As pacientes que relataram boa qualidade do sono apresentaram uma média significativa para o TOV.

O otimismo tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico. Devido a esta relação entre otimismo e bem-estar, ele ajuda o corpo a manter a Auto Regulação, assim reflete antecipação de acontecimentos positivos e deverá estar associado predominantemente com a extroversão e estados emocionais positivos²². O Teste de Orientação da Vida visa medir a orientação da vida, como as pessoas percebem suas vidas, se de uma forma mais otimista ou menos otimista²³.

As pacientes otimizistas têm um melhor estado de saúde física e psicológica. Houve associação significativa entre o TOV₃ média 16,4(p<0,05) e TOV₄ média 16,5 (p<0,05) e a

melhora das pacientes que tiveram o tratamento instituído, indicando otimismo naquelas que responderam ao tratamento. (Tabela 6). Entre estas, a melhora da dor ocorreu em 61 (62,8%) pacientes e 26 (26,8%) obtiveram melhora do estado emocional e comportamental. Mulheres que tem visão de vida mais otimista, são beneficiadas com melhora da sensação da dor.

Na análise da associação entre o resultado dos tratamentos e as demais variáveis, observou-se associação significativa da resposta com algumas variáveis comportamentais, a saber: ter orgasmo influenciou em alcançar melhora com o tratamento instituído, assim como não ser abusado sexualmente. Paciente insatisfeita com a vida sexual pode descarregar suas frustrações nos órgãos pélvicos. Há evidências que mulheres com DPC tenham mais alterações psicológicas e o abuso sexual é um fator que pode gerar distúrbios psicológicos e interferir na terapêutica, uma vez que mulheres que sofreram abuso sexual se sentem culpadas e inconscientemente começam a se maltratar resultando em prejuízo aos órgãos pélvicos. Sempre que frustrada ou que se inibe a emoção, a pessoa se compacta, se encolhe e se segura. Na prática é observado que indivíduos submetidos a estresse refletem todas as emoções em seu corpo, todo o organismo adota uma postura retraída verificável, principalmente, na cadeia muscular posterior que se contrai⁴.

Conclusão

Idade média das pacientes de 21 a 40 anos. A maioria das pacientes era procedente da capital Aracaju, cursaram ensino médio completo, vivem com renda familiar mensal inferior ou igual a 2 salários mínimos.

Mais da metade das pacientes haviam tido menos que três gestações e aborto aconteceu com a minoria. A maioria das entrevistadas menstruou com idade maior que doze anos e aproximadamente metade não sabia o que era menstruar quando do momento da menarca. Em relação ao ciclo menstrual, menos da metade das pacientes tem o ciclo irregular. A maioria apresentam dismenorreia primária e dispareunia. A maioria tem história de dor pélvica na família. Menos da metade teve a primeira relação sexual com idade entre dez a quinze anos, mas a maioria teve até quatro parceiros. A anticoncepção foi relatada pela maior parte das entrevistadas.

Menos da metade das pacientes disseram ter tido uma primeira relação sexual de boa satisfação, a maioria afirma ter libido e orgasmo. A maioria não pratica a masturbação e uma pequena parcela revelou ter sofrido abuso sexual. A maioria não sofre de distúrbios

psiquiátricos. Em relação ao Índice de Massa Corpórea, menos da metade apresentou IMC alterado. Não houve associação significativa entre o TOV e IMC.

Houve associação significativa entre a pontuação de TOV e renda familiar acima de dois salários mínimos, escolaridade a partir do ensino médio, ciclo regular, sexarca de 15 anos ou mais, pacientes que usaram contraceptivo, boa satisfação na primeira relação sexual, libido, não abuso sexual, uso de drogas lícitas, boa qualidade do sono, não uso de medicamento para dormir. Todas essas variáveis indicaram um maior grau otimismo das pacientes em um ou mais TOVs.

Também foi demonstrada através de associação significativa, uma melhor resposta ao tratamento instituído nas pacientes que apresentam orgasmo e que não foram abusadas sexualmente.

Houve associação significativa entre o TOV com média maior e a melhora das pacientes que tiveram o tratamento instituído. O TOV demonstrou portanto, que durante a evolução da terapêutica, as mais otimistas obtiveram melhora do quadro de dor pélvica crônica.

Referências

1. Hoffman et.al. Ginecologia de Williams. Amgh Editora, 2ª ed, cap.11, 2014
2. Gama, CRB et al. Dor Pélvica Aguda. in: Lasmar, RB et al. Tratado de ginecologia. 1. ed. rio de janeiro: guanabara koogan, 2017. cap. 20, p. 244-250.
3. Aldrighi JM, Oliveira VM, Oliveira, AM. Ginecologia: fundamentos e avanços na propedêutica, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Atheneu, 2013
4. Miranda R, Shor E, Girão, MJBC. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 31, n. 7, p. 353-60, 2009. doi: 10.1590/S0100-72032006001200008
5. Ganeshan A, et al. Chronic pelvic pain due to pelvic congestion syndrome: the role of diagnostic and interventional radiology. Cardiovascular and interventional Radiology, v. 30, n. 6, p. 1105-1111, 2007. Doi:10.1007/s00270-007-9160-0.
6. Hurt KJ, Marvel RP. Dor pélvica crônica. in: hurt, j. k. et al. Manual de ginecologia e obstetrícia do johns hopkins. 4. ed. porto alegre: artmed, 2012, cap. 27, p. 390-405.
7. Brasil. ministério da saúde. Instituto sírio libanês de ensino e pesquisa. protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: ministério da saúde, 2016. <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolos-da-atencao-basica-saude-das-mulheres/>. Acessado em 02/04/2019.
8. Salata MC, et al. Dor pélvica crônica em mulheres e análise da marcha. Revista pesquisa em fisioterapia, v. 7, n. 2, p. 143-148, 2017. DOI: 10.17267/2238-2704rpf.v7i2.1240
9. Scheier MF, Carver CS. On the power of positive thinking. The benefits of being optimistic. Psychological science, 2(1), 26-30, 1993. doi:10.1111/1467-8721.ep10770572
10. Bandeira M, et al. Validação do transcultural do teste de orientação da vida (tov-r). Estudos de psicologia, v.7.n.2.p.251-258, 2002.
11. Linda MS, Saudia M, Tara E. Chronic Pelvic Pain in Women. University of Toledo College of Medicine and Life Sciences, Toledo, Ohio. Am Fam Physician. 2016; 93 (5): 380-387.
12. Godoi JE, et al. Chronic pelvic pain portraits: perceptions and beliefs of 80 women. BrJP. São Paulo, 2019 jan-mar; 2(1):8-13. Doi 10.5935/2595-0118.20190003,
13. Howard, FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2003; 101(3):594-611. doi:10.1016/s0029-7844(02)02723-0
14. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ. 2006 Apr 1; 332(7544):749-55. doi: 10.1136/bmj.38748.697465.55.

15. Deus JM, Santos AFR., Bosquetti RB, Pofhal L, Neto, OA. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Rev Dor*. 2014; 15(3):191-7.doi:10.5935/1806-0013.20140042
16. Goodin BR, Bulls HWBS. Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Curr pain headache rep*. 2013; 17(5):329.doi: 10.1007/s11916-013-0329-8
17. Finan PH, garland EL. The role of positive affect in pain and its treatment. *Clin j pain*. 2015; 31(2): 177–87. Doi:10.1097/AJP.0000000000000092.
18. Nogueira AA, Reis, FJC, Neto, OBP. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 28, n. 12, p. 733-40, 2006. Rio de Janeiro v. 28, n. 12, p. 733-740, Dec. 2006 . doi: 10.1590/S0100-72032006001200008
19. Bahamondes L, Camargos AF. Dienogest: uma nova opção terapêutica em endometriose. *Femina*. 2012; 40(3).
20. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(4): 440-6
21. Da luz RA, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JM, Lima KP. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2014; 36(2):79-83. Doi:10.1590/S0100-72032014000200006
22. Laranjeira CA. tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (lot-r). *Univ. psychol*. 2008; v. 7, n. 2, p. 469-476
23. Scheier, m. f; carver, c s; bridges, m.w. distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *Journal of personality and social psychology*.1995: 67(6):1063-78.doi: 10.1037//0022-3514.67.6.1063

Tabela 1: Distribuição de frequência de dados socioeconômicos entre pacientes com dor pélvica crônica

Variável	N	%
Idade		
Abaixo de 20 anos	11	8,3
20 anos ou mais	121	91,7
Procedência		
Capital	72	54,5
Interior	60	45,5
Renda Familiar		
Até 2 salários	101	76,5
Mais de 2 salários	31	23,5
Escolaridade		
Abaixo do Ensino Médio	41	31,1
Médio ou Superior	91	68,9

Tabela 2: Distribuição de frequência de dados tocoginecológicos entre pacientes com dor pélvica crônica

Variável	N	%
Gestações		
Menos que 3	60	54,1
3 ou mais	51	45,9
Partos		
Menos que 3	80	69,6
3 ou mais	35	30,4
Abortos		
Sim	40	30,3
Não	92	69,7
Abortos		
Espontâneo	24	18,2
Provocado	14	10,6
Menarca		
Abaixo de 12 anos	51	38,6
12 anos ou mais	81	61,4
Sabia sobre menstruação		
Sim	62	47,0
Não	70	53,0
Ciclo menstrual		
Regular	74	58,7
Irregular	52	41,3
Dismenorreia		
Primária	79	62,7
Secundária	47	37,3
Dispareunia		
Sim	69	52,7

Não	62	47,3
História de dor pélvica na família		
Sim	82	62,1
Não	50	37,9
Sexarca		
Abaixo de 15 anos	27	21,3
15 anos ou mais	100	78,7
Número de parceiros		
Até 4	104	83,9
Mais de 4	20	16,1
Contracepção		
Sim	86	65,2
Não	46	34,8

Tabela 3: Distribuição de frequência de dados comportamentais entre pacientes com dor pélvica crônica

Variável	N	%
Satisfação na primeira relação sexual		
Bom	62	48,8
Ruim	65	51,2
Libido		
Sim	87	65,9
Não	45	34,1
Orgasmo		
Sim	98	74,2
Não	34	25,8
Masturbação		
Sim	26	19,7
Não	106	80,3
Abuso sexual		
Sim	26	19,7
Não	106	80,3
Drogas		
Lícitas	38	92,7
Ilícitas	3	7,3
Sono		
Bom	93	70,5
Ruim	39	29,5
Medicação para dormir		
Sim	19	14,4
Não	113	85,6
Histórico de distúrbios psiquiátricos		
Sim	57	43,2

Não	75	56,8
IMC		
Normal	76	57,6
Alterado	56	42,4
Tratamento		
Instituído	102	77,3
Não instituído	30	22,7
Resposta		
Melhorou	86	67,7
Não melhorou	41	32,3

Tabela 4: Distribuição da média e desvio padrão de dados socioeconômicos entre pacientes com dor pélvica crônica

	1		2		3		4	
	Valor	p	Média	p	Média	p	Média	p
Idade		0,257		0,155		0,295		0,557
Abaixo de vinte anos	14,8±3,7		14,3±3,0		14,4±4,1		14,6±5,1	
Vinte anos ou mais	15,8±3,1		15,9±3,2		15,8±3,6		15,7±3,8	
Procedência		0,648		0,760		0,725		0,820
Capital	15,5±3,2		15,6±3,4		15,5±3,7		15,5±4,1	
Interior	15,9±3,1		15,8±3,0		15,9±3,6		15,7±3,7	
Renda Familiar		0,201		0,022*		0,388		0,264
Dois ou menos salários	15,5±3,2		15,2±3,1		15,4±3,7		15,2±4,1	
Acima de dois salários	16,3±3,0		16,9±3,1		16,3±3,5		16,6±3,4	
Escolaridade		0,029*		0,116		0,187		0,097
Abaixo do Ensino Médio	14,9±2,7		15,0±2,9		14,8±3,9		14,6±3,4	
Ensino Médio ou superior	16,0±3,3		16,0±3,3		16,0±3,5		16,0±4,0	
Total	15,5±3,0		15,4±3,1		15,7±3,7		15,6±3,9	0,877

Nota: Teste U de Mann-Whitney

*p < 0,05 = significativo estatisticamente

Os dados estão exibidos em média ± desvio-padrão.

Tabela 5: Distribuição da média e desvio padrão de dados tocoginecológicos entre pacientes com dor pélvica crônica

	1		2		3		4	
	Valor	p	Média	p	Média	p	Média	p
Gestações		0,522		0,667		0,545		0,986
Menos que três	15,0±2,9		15,5±3,7		15,1±3,9		15,1±4,6	
Três ou mais	15,6±2,9		15,3±2,9		15,8±3,5		15,5±3,3	
Partos		0,671		0,447		0,617		1,000
Menos que três	15,4±3,0		15,8±3,5		15,4±3,7		15,4±4,2	
Três ou mais	15,7±3,1		15,4±3,0		16,1±4,0		15,7±3,6	
Abortos		0,691		0,755		0,273		0,238
Sim	15,5±2,9		15,8±3,4		16,3±3,6		15,0±3,9	
Não	15,8±3,3		15,7±3,1		15,3±3,6		16,0±3,9	
Menarca		0,243		0,879		0,137		0,348
Abaixo de doze anos	16,0±3,3		15,7±2,9		16,4±3,4		16,1±4,3	
Doze ou mais	16,0±3,1		15,7±3,5		15,2±3,7		15,3±3,6	
Sabia sobre menstruação		0,551		0,904		0,098		0,346
Sim	15,5±3,2		15,7±3,2		14,8±3,4		15,0±4,3	
Não	15,9±3,1		15,7±3,2		16,4±3,7		16,1±3,5	
Ciclo menstrual		0,053		0,034*		0,121		0,202
Regular	15,5±3,2		15,7±3,2		14,8±3,4		15,0±4,3	
Irregular	15,9±3,1		15,7±3,2		16,4±3,7		16,1±3,5	
Dismenorreia		0,831		0,945		0,151		0,351
Primária	15,6±3,3		15,7±3,2		15,0±3,2		15,0±3,8	
Secundária	15,5±3,0		15,5±3,1		16,3±4,0		16,0±3,8	
Dispareunia		0,146		0,890		0,757		0,581
Sim	15,3±3,1		15,7±3,3		15,7±3,4		15,4±3,9	
Não	16,1±3,2		15,8±3,0		15,9±3,9		16,0±3,8	
História de dor pélvica na família		0,412		0,475		0,958		0,577
Sim	15,5±3,0		15,9±3,2		15,7±3,7		15,7±3,8	
Não	15,9±3,5		15,4±3,2		15,6±3,6		15,4±4,1	
Sexarca		0,155		0,027*		0,069		0,369
Abaixo dos quinze anos	14,9±3,3		14,5±3,2		14,1±3,7		14,5±4,5	
Quinze anos ou mais	15,9±3,1		16,1±3,2		16,1±3,5		15,9±3,6	
Número de parceiros		0,236		0,463		0,683		0,290
Até quatro	15,7±3,0		15,8±3,1		15,6±3,4		15,8±3,5	
Acima de 4	15,1±3,5		15,2±4,0		15,3±4,2		14,2±4,6	
Contraceptivo		0,783		0,081		0,040*		0,018*
Sim	15,7±2,8		16,1±2,9		16,2±3,8		16,3±3,7	
Não	15,8±3,8		15,0±3,7		14,5±4,1		14,0±3,9	

Nota: Teste U de Mann-Whitney

*p < 0,05 = significativo estatisticamente

Os dados estão exibidos em média ± desvio-padrão

Tabela 6: Distribuição da média e desvio padrão de dados comportamentais entre pacientes com dor pélvica crônica

	1	2	3	4
	Valor	P	Média	p
Satisfação na primeira relação sexual		0,011*	0,039*	0,048*
Bom	16,4±3,5		16,4±3,4	16,6±4,0
Ruim	15,0±2,6		15,0±2,9	14,7±2,9
Libido		0,037*	0,222	0,200
Sim	16,1±3,0		15,9±3,0	16,0±3,5
Não	15,0±3,3		15,0±3,7	14,7±4,1
Orgasmo		0,890	0,058	0,406
Sim	15,7±3,0		16,1±3,1	15,9±3,5
Não	15,7±3,6		14,8±3,2	15,1±4,2
Masturbação		0,331	0,500	0,714
Sim	16,2±3,2		16,1±2,8	16,0±3,1
Não	15,6±3,1		15,6±3,3	15,6±3,8
Abuso sexual		0,400	0,229	0,039*
Sim	15,3±2,6		15,0±3,1	14,3±3,3
Não	15,8±3,3		15,9±3,2	16,2±3,7
Drogas		0,108	0,196	0,115
Lícitas	15,5±2,6		15,8±3,2	15,9±3,9
Ilícitas	13,3±1,1		13,7±2,3	12,0±2,0
Sono		0,025*	0,086	0,051
Bom	16,1±3,3		16,1±3,2	16,2±3,6
Ruim	14,8±3,1		14,7±2,9	14,4±3,6
Medicação para dormir		0,056	0,004*	0,061
Sim	14,4±3,4		13,6±2,9	14,1±3,5
Não	15,9±3,1		16,1±3,1	16,1±3,6
Histórico de distúrbios psiquiátricos		0,183	0,420	0,392
Sim	15,3±3,1		15,4±3,3	15,3±3,9
Não	16,0±3,2		16,0±3,1	16,0±3,4
IMC		0,711	0,782	0,687
Normal	15,9±3,1		15,8±3,0	15,8±3,2
Alterado	15,4±3,3		15,6±3,4	15,5±4,2
Tratamento		0,587	0,677	0,268
Instituído	15,6±3,2		15,8±3,2	15,9±3,6
Não Instituído	15,9±3,1		15,3±3,4	14,6±3,6
Resposta		0,403	0,202	0,017*
Melhorou	15,9±3,2		16,0±3,2	16,4±3,7
Não Melhorou	15,4±2,9		15,0±3,1	14,0±3,1

Nota: Teste U de Mann-Whitney

*p < 0,05 = significativo estatisticamente

Os dados estão exibidos em média ± desvio-padrão.

Tabela 7: Associação entre dados socioeconômicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.

Características	Resposta		p
	Melhorou	Não melhorou	
Idade¹			0,746
Abaixo de 20 anos	7 (8,1)	4 (9,8)	
20 anos ou mais	79	37 (90,2)	
Procedência²			0,511
Capital	45 (52,3)	24 (58,5)	
Interior	41 (47,7)	17 (41,5)	
Renda Familiar²			0,375
2 ou menos salários	63 (73,3)	33 (80,5)	
Acima de 2 salários mínimos	23 (26,7)	8 (19,5)	
Escolaridade²			0,659
Abaixo do Ensino Médio	24 (27,9)	13 (31,7)	
Ensino médio ou mais	62 (72,1)	28 (68,3)	

¹Teste Exato de Fisher

²Teste Qui-Quadrado

*Significativo a 5%

Tabela 8: Associação entre dados tocoginecológicos e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.

Características	Resposta		p
	Melhorou	Não melhorou	
Gestações²			0,600
Menos que 3	36 (53,7)	23 (59,0)	
3 ou mais	31 (46,3)	16 (41,0)	
Partos²			0,665
Menos que 3	48 (68,6)	29 (72,5)	
3 ou mais	22 (31,4)	11 (27,5)	
Abortos²			0,659
Sim	24 (27,9)	13 (31,7)	
Não	62 (72,1)	28 (68,3)	
Menarca²			0,558
Abaixo de 12 anos	34 (39,5)	14 (34,1)	
12 anos ou mais	52 (60,5)	27 (65,9)	
Sabia sobre Menstruação²			0,200
Sim	44 (51,2)	16 (39,0)	
Não	42 (48,8)	25 (61,0)	
Ciclo Menstrual²			0,571
Regular	46 (56,1)	24 (61,5)	
Irregular	36 (43,9)	15 (38,5)	
Dismenorreia²			0,475
Primária	52 (64,2)	23 (57,5)	
Secundária	29 (35,8)	17 (42,5)	
Dispareunia²			0,365
Sim	42 (48,8)	23 (57,5)	
Não	44 (51,2)	17 (42,5)	
Hist. Dor Pélvica família²			0,101
Sim	50 (58,1)	30 (73,2)	
Não	36 (41,9)	11 (26,8)	
Sexarca²			0,805
Abaixo de 15 anos	18 (22,0)	8 (20,0)	
15 anos ou mais	64 (78,0)	32 (80,0)	
Nº de Parceiros²			0,513
Até 4 parceiros	66 (82,5)	34 (87,2)	
Acima de 4	14 (17,5)	5 (12,8)	
Contraceptivo²			0,099
Menos que 3	61 (70,9)	23 (56,1)	
3 ou mais	25 (29,1)	18 (43,9)	

¹Teste Exato de Fisher

² Teste Qui-Quadrado

*Significativo a 5%

Tabela 9: Associação entre dados comportamentais e à resposta terapêutica entre pacientes com dor pélvica crônica.

Características	Resposta		p
	Melhorou	Não melhorou	
Satisfação na primeira relação²			0,157
Boa	44 (53,7)	16 (40,0)	
Ruim	38 (46,3)	24 (60,0)	
Libido²			0,053
Sim	63 (73,3)	23 (56,1)	
Não	23 (26,7)	18 (43,9)	
Orgasmo²			0,027*
Sim	70 (81,4)	26 (63,4)	
Não	16 (18,6)	15 (36,6)	
Masturbação²			0,323
Sim	19 (22,1)	6 (14,6)	
Não	67 (77,9)	35 (85,4)	
Abuso sexual²			0,019*
Sim	12 (14,0)	13 (31,7)	
Não	74 (86,0)	28 (68,3)	
Drogas¹			0,196
Lícitas	26 (96,3)	9 (81,8)	
Ilícitas	1 (3,7)	2 (18,2)	
Sono²			0,912
Sim	60 (69,8)	29 (70,7)	
Não	26 (30,2)	12 (29,3)	
Medicação para dormir²			0,918
Sim	12 (14,0)	6 (14,6)	
Não	74 (86,0)	35 (85,4)	
Hist. Distúrbio Psiquiátrico²			0,634
Sim	36 (41,9)	19 (46,3)	
Não	50 (58,1)	22 (53,7)	
IMC²			0,761
Normal	50 (58,1)	25 (61,0)	
Alterado	36 (41,9)	16 (39,0)	
Tratamento²			<0,001*
Instituído	75 (87,2)	22 (53,7)	
Não instituído	11 (12,8)	19 (46,3)	

¹Teste Exato de Fisher

²Teste Qui-Quadrado

*Significativo a 5%

Gráfico 1: Avaliação do grau de otimismo das pacientes em 2016.

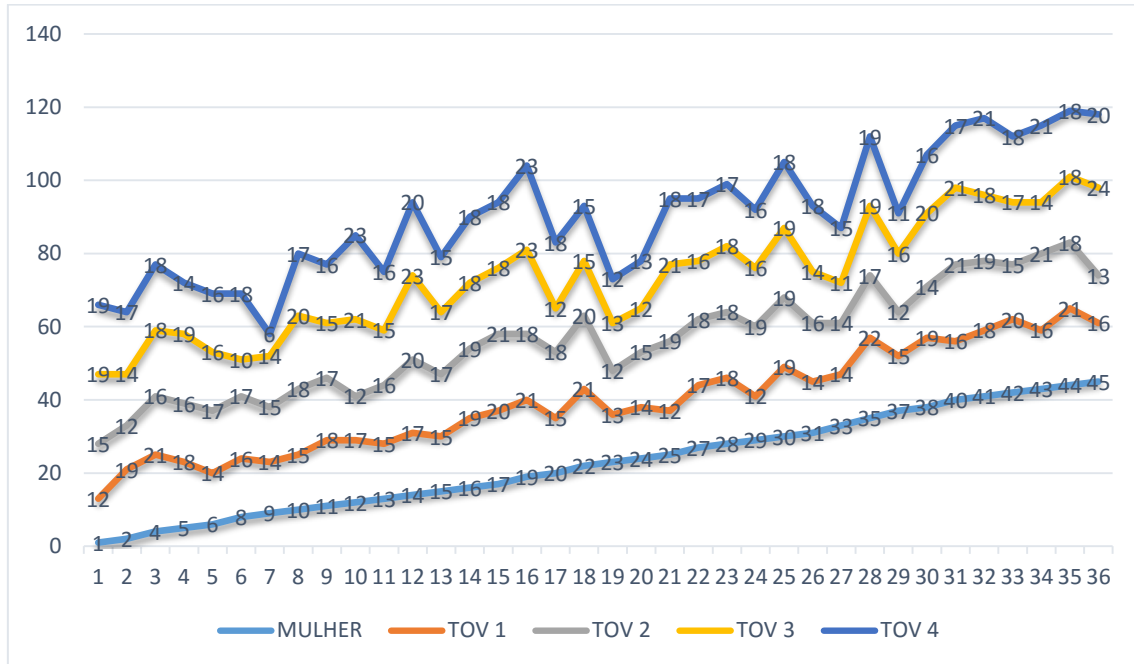


Gráfico 2: Avaliação do grau de otimismo das pacientes em 2019

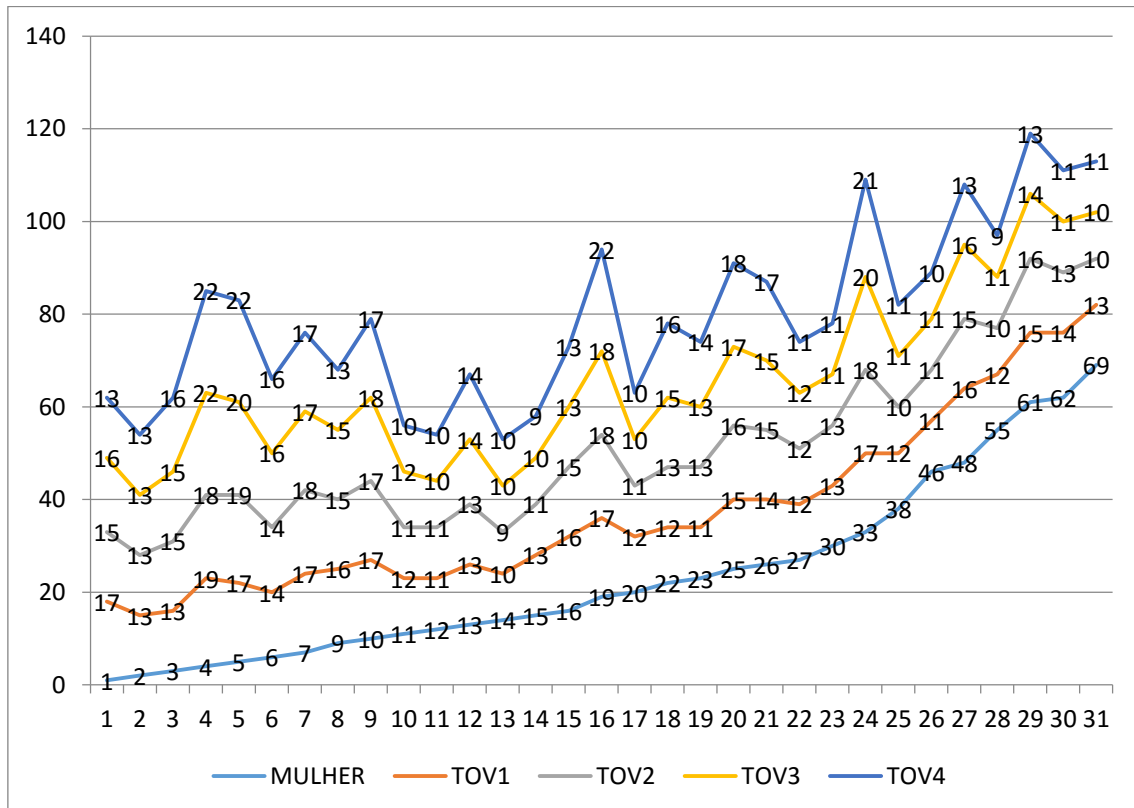
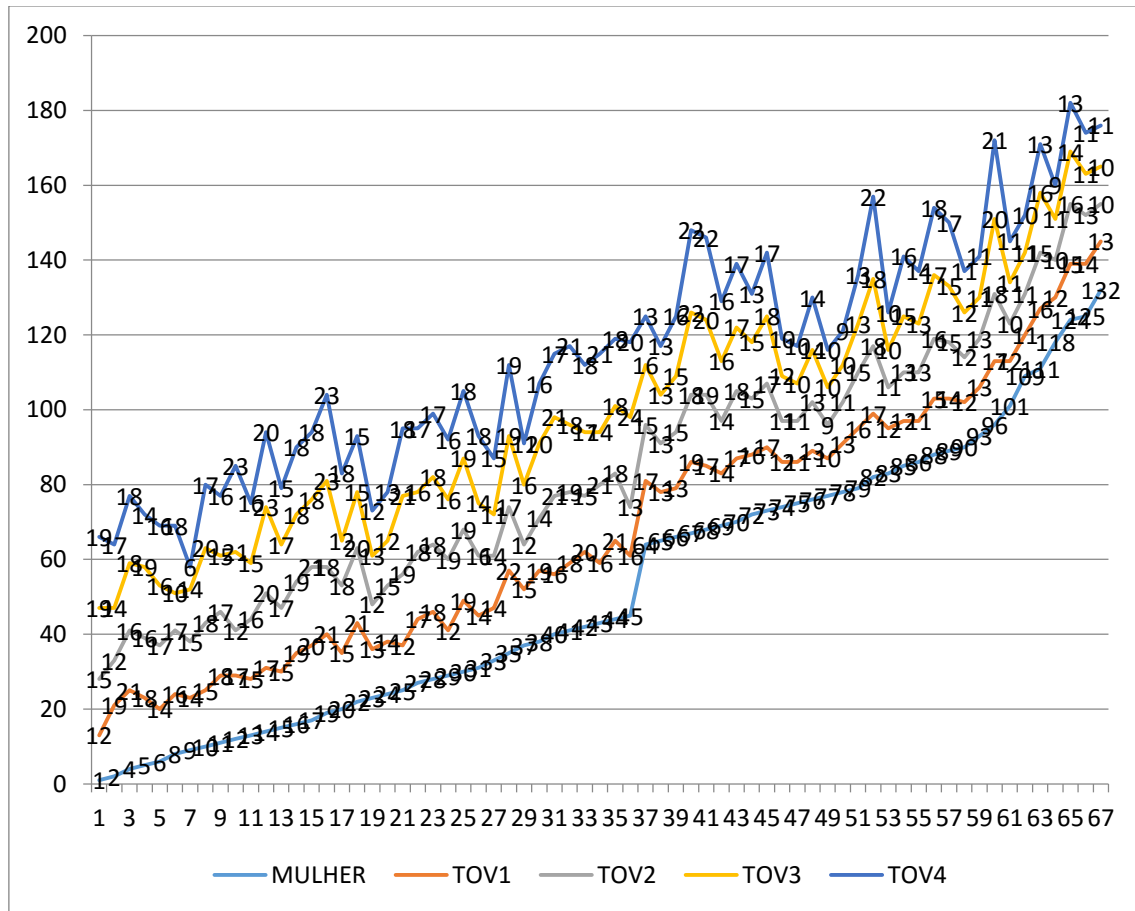


Gráfico 3: Avaliação do grau de otimismo de 2016 e 2019.



8 APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “Avaliação comportamental da paciente com dor pélvica crônica”, desenvolvido por Eridevânia Leal da Silva, a qual poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (079) 99642-1381 ou e-mail eridevanialeal@gmail.com. Fui informada, ainda, de que o projeto é orientado pela Prof. Dr. Júlia Maria Gonçalves Dias, da Universidade Federal de Sergipe.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o grau de otimismo e a resposta ao tratamento de pacientes atendidas com dor pélvica crônica.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista para preenchimento de questionário, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora. Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Aracaju, ____ de _____ de 2019.

Orientadora

Prof. PhD Júlia Maria Gonçalves Dias

CPF: 507.414.894-49

Pesquisadora

Eridevânia Leal da Silva

CPF:029.730.724-09

Assinatura da participante ou responsável

APÊNDICE 2 – MODELO DO FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU

TESTE DE ORIENTAÇÃO DA VIDA (TOV-R)

INSTRUÇÕES

Marque com um X as questões abaixo a respeito de você, indicando o seu grau de acordo, segundo a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
0	1	2	3	4

Seja o(a) mais sincero(a) possível e procure não deixar sua resposta a uma questão influenciar suas respostas às outras questões. Não há respostas certas nem erradas.

1. Nos momentos de incerteza, geralmente eu espero que aconteça o melhor.	0	1	2	3	4
2. É fácil para mim relaxar.	0	1	2	3	4
3. Se alguma coisa ruim pode acontecer comigo, vai acontecer.	0	1	2	3	4
4. Eu sou sempre otimista com relação ao meu futuro.	0	1	2	3	4
5. Eu gosto muito da companhia de meus amigos e amigas.	0	1	2	3	4
6. É importante para mim manter-me em atividade.	0	1	2	3	4
7. Quase nunca eu espero que as coisas funcionem como eu desejaria.	0	1	2	3	4
8. Eu não me zango facilmente.	0	1	2	3	4
9. Raramente eu espero que coisas boas aconteçam comigo.	0	1	2	3	4
10. De maneira geral, eu espero que me aconteçam mais coisas boas do que coisas ruins.	0	1	2	3	4

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU

Idade: () 10-20anos () 21-30anos () 30-40anos () mais de 40anos

Procedência: () Capital () Interior

Renda Familiar: () menos 1 salário () 1-2salarios () >2-3 salários () mais de 3 salários

Escolaridade: () analfabeta () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo
 () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto ()
 ensino superior completo

Gesta: _____ Partos: _____

Abortos: () sim () não; Se sim: () espontâneo () provocado

Menarca: _____

Sabia sobre menstruação antes da menarca? () sim () não

Ciclos menstruais: () regulares () irregulares

Dismenorreia: () primária () secundária

Dispareunia: _____

História de dor pélvica na família: () sim () não

Início da vida sexual ativa: () antes 10 () 10-15anos () 15-20 () mais de 20

Número de parceiros: () 1 () 2-4 () 5-7 () mais de 7

Uso de contraceptivo: () sim () não

Se sim, qual? () pílula () DIU () camisinha () coito interrompido () tabela

() laqueadura de trompa () injeção

Se não usa contraceptivo oral porque não usa? () engorda () varizes () tem medo

()faz uso de outro método ()outro_____

Como classifica sua primeira experiência sexual?()ótimo ()bom ()regular ()péssimo

Libido: ()sim ()não

Orgasmo: ()sim ()não

Masturbação: ()sim ()não

Estupro: ()sim ()não

Abuso sexual: ()sim ()não

Fumo: ()sim ()não

Álcool: ()sim ()não

Uso de drogas: ()sim ()não; Se sim, qual?_____

Qualidade do sono: ()ótimo ()bom ()regular ()péssimo

Usa medicamento para dormir? ()sim ()não

Histórico de distúrbios psiquiátricos: ()sim ()não

IMC: ()normal até 25 ()sobrepeso 25-29 ()obesidade 30 e acima.

Classificação de otimismo: 1ª, 2ª, 3ª 4ª .

Tratamento instituído:_____