

Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital*

Análise de 230 mulheres com dor pélvica crônica atendidas em um hospital público

José Miguel de Deus¹, Ana Flávia Ribeiro dos Santos², Raiane de Barros Bosquetti², Lenyze Pofhal², Onofre Alves Neto³

*Recebido do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

DOI

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pelvic pain is prevalent, presents difficult treatment and has been poorly investigated. The objective of this study was to analyze 230 patients from the chronic pelvic pain ambulatory of Hospital das Clínicas, Federal University of Goiás.

METHODS: Cross-sectional and intervention study, from 2007-2011.

RESULTS: Mean age was 38.3±10.0 years. Most women were multigravida, married/cohabitating, attended elementary school, financially dependent, had an income of up to five minimum wages, normal body mass index, up to three children and sexual activity. Almost 30% had abortions, 15.8%, physical abuse and 11%, sexual abuse. Previous surgeries were common. Most had normal bowel and bladder function. Pain lasted over 16 days/month; it worsened in perimenstrual period and started, on average, 6.7 years before. In over 70% of cases there was a coincident event with the onset of pain, and conflict and/or trauma were the most commonly reported. Physical examination and ultrasound were normal in most of these women. Adhesion and/or endometriosis were found in almost 2/3 of 41 laparoscopies performed. There was an average reduction of 39.2% of the pain scale (3.1/7.9) with various adopted treatments (drugs, psychotherapy and laparoscopy) $p < 0.001$. History of sexual abuse and abortion was associated with less pain reduction.

CONCLUSION: This study adds epidemiological and clinical information on women with chronic pelvic pain in Brazil. Clinical and psychotherapeutic treatments induced significant reduction of the pain scale between the first and last visit of patients. Laparoscopy did not potentiate the reduction of pain.

Keywords: Epidemiology, Pelvic pain, Psychotherapy, Signs and symptoms, Therapeutics.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor pélvica crônica é prevalente, apresenta tratamento difícil e tem sido pouco investigada. O objetivo deste estudo foi analisar 230 pacientes do ambulatório de dor pélvica crônica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

MÉTODOS: Estudo de corte transversal e de intervenção realizado entre 2007 e 2011.

RESULTADOS: A média de idade das mulheres foi de 38,3±10,0 anos. A maioria das mulheres era parda, casada/amasiada, cursou ensino fundamental, dependente financeiramente, tinha renda de até cinco salários mínimos, índice de massa corpórea normal, até três filhos e atividade sexual ativa. Aborto ocorreu em 29,1%, abuso físico em 15,8% e abuso sexual em 11%. A maioria sofreu cirurgia prévia e possuía função intestinal e urinária normais. A dor permaneceu por mais de 16 dias/mês, piorava no período perimenstrual e começou, em média, 6,7 anos antes. Em mais de 70% dos casos foi percebido um evento coincidente com o início da dor, sendo conflitos e/ou traumas os mais citados. Os exames físico e ultrassonográfico foram normais na grande maioria dessas mulheres. Adesões e/ou endometriose foram encontrados em quase 2/3 das 41 laparoscopias realizadas. Houve redução média de 39,2% da escala de dor (3,1/7,9) com as várias condutas adotadas (farmacológica, laparoscópica e psicoterápica) $p < 0,001$. História de abuso sexual e de aborto provocado associou-se a menor redução da dor.

CONCLUSÃO: Este estudo acrescenta informações epidemiológicas e clínicas sobre mulheres com dor pélvica crônica no Brasil. O tratamento clínico e psicoterápico promoveu redução significativa da escala de dor entre a primeira e a última consulta. Laparoscopia não potencializou a redução da dor.

Descritores: Dor pélvica, Epidemiologia, Psicoterapia, Sinais e sintomas, Terapêutica.

INTRODUÇÃO

Dor pélvica crônica (DPC) é dor não cíclica, de duração igual ou superior a seis meses, de localização na pelve anatômica, na parede abdominal abaixo do umbigo ou na região glútea e possui intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais e/ou exigir ajuda médica^{1,2}.

A DPC é responsável por 10% das consultas com ginecologistas, 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas e, aproximadamente, 12% de todas as histerectomias^{3,4}. Apresenta impacto direto na vida conju-

1. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brazil.

2. Universidade Federal de Goiás, Hospital de Clínicas, Goiânia, GO, Brazil.

3. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, GO, Brazil.

Apresentado em 19 de dezembro de 2013.

Aceito para publicação em 18 de agosto de 2014.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

José Miguel de Deus
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Rua 235 com 1ª Avenida, s/n, Setor Universitário
74605-020 Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: jm.dedeus@hotmail.com

gal, social e profissional dessas pacientes^{4,5}, o que transforma a DPC em um sério problema de saúde pública^{4,6}.

Os seus fatores de risco ainda não são consensuais, visto os resultados conflitantes de estudos realizados. Os mais citados são: abuso de drogas ou álcool, antecedente de aborto, fluxo menstrual aumentado e dismenorrea, doença inflamatória e outras doenças pélvicas, cirurgia abdominal prévia, baixo nível educacional e comorbidades psicológicas, tais como ansiedade e depressão^{4,7}. Os dados disponíveis até o momento são, de certa forma, limitados especialmente nos países em desenvolvimento. Um estudo relatou prevalência geral de 11,5% (147/1278) de DPC em mulheres acima de 14 anos em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil) e 15,1% (127/841) em mulheres de idade reprodutiva⁴, assemelhando-se a um estudo nos Estados Unidos (14,7%- 773/5263 mulheres de 18-50 anos pesquisadas pela Organização Gallup)¹.

O tratamento da DPC é focado nos sintomas ou no próprio diagnóstico. Mesmo quando o diagnóstico é especificado, como síndrome da bexiga dolorosa, síndrome do intestino irritável, endometriose e aderências, a resposta é frustrante^{3,6,7}. Compõem o arsenal terapêutico anti-inflamatórios não esteroides (AINES), bloqueadores musculares, contraceptivos hormonais, amitriptilina e outros antidepressivos, anticonvulsivantes e psicoterapia^{8,9}. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem já aceita e recomendada no tratamento de mulheres com DPC^{9,10}. Constelação familiar é uma abordagem sistêmica, desenvolvida por Bert Hellinger e que conecta o sofrimento/adoecimento com processos inconscientes, a partir de exclusões, conflitos e traumas ocorridos na vida pessoal e/ou familiar. Em sua obra intitulada "O essencial é simples" ele aborda a utilização da constelação familiar em diversos sintomas/doenças, entre eles a síndrome de dores crônicas^{11,12}. O tratamento cirúrgico, especialmente com laparoscopia, tem sido indicado para diagnóstico e tratamento de endometriose e aderências pélvicas^{1,2}, mas tem sido cada vez mais questionado^{13,14}.

O ambulatório de DPC do Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) existe com o objetivo de receber, investigar e tratar mulheres com DPC. Este estudo foi realizado para buscar informações sobre essa população, a fim de compreender melhor a realidade desse grupo de mulheres e de promover avanços em seu atendimento, bem como compartilhar essas informações com outros profissionais de atenção à saúde da mulher e com os gestores de políticas de saúde pública.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal e de intervenção, no qual se utilizaram fichas pré-estruturadas para primeira consulta e para consultas de retorno, que foram preenchidas durante os atendimentos, entre fevereiro/2007 e maio/2011, no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do HC-UFG. Posteriormente, tabulou-se os dados catalogados para identificar possíveis fatores epidemiológicos, clínicos e ecográficos associados à DPC, bem como a evolução da escala analógica visual de dor (EAV) com os tratamentos indicados. As variáveis coletadas e analisadas foram: idade, cor, estado civil, escolaridade, rendimento familiar, dependência financeira, índice de massa corporal (IMC= peso/altura²), número de filhos, ocorrência de abortos, história de abuso físico e/ou sexual, atividade sexual, desejo sexual,

orgasmo, dispareunia, antecedente de doenças sexualmente transmissíveis, características do ciclo e fluxo menstrual, antecedentes cirúrgicos, local predominante da dor, escore de dor pela EAV na primeira e na última consulta, eventos coincidentes com início da dor, duração da dor, piora perimenstrual da dor, conflitos conjugais ou com família de origem e traumas familiares, hábito intestinal, queixas urinárias, achados do exame físico, da ultrassonografia e da laparoscopia, tratamento farmacológico e psicoterápico (cognitivo-comportamental e constelação familiar). Avaliou-se, ainda, o seguimento ambulatorial. No ambulatório do HC-UFG, a escolha do fármaco é feita da seguinte forma: se a dor tem piora ou existe oscilação de humor perimenstrual, opta-se, inicialmente, por induzir amenorrea com contraceptivos hormonais; se a paciente apresenta neuralgia, dor osteomuscular, fibromialgia, conflitos, traumas ou perfil depressivo, inicia-se com amitriptilina ou outros antidepressivos, conforme a tolerabilidade. Também tenta-se associar amenorrea com amitriptilina ou outros antidepressivos, quando as condições acima são superpostas. Os anti-inflamatórios são indicados nas crises de dor. Além disso, sugere-se psicoterapia sempre (as disponíveis foram a cognitivo-comportamental e constelações familiares). A terapia cognitivo-comportamental foi conduzida em 6-8 sessões individuais de cerca de uma hora, enquanto a constelação familiar foi administrada em uma única sessão em grupo ou individual (duração de uma a duas horas).

Consideraram-se as pacientes em seguimento ambulatorial quando se consultaram em um período menor que um ano da análise do prontuário. As consultas eram agendadas trimestralmente e passavam para semestral, caso a paciente ficasse com escala de dor menor ou igual a 2. Mais de um ano sem retorno foi tido como perda de seguimento. O critério estabelecido para alta do ambulatório de DPC foi: escala de dor ≤ 2 por pelo menos um ano, sem uso de qualquer fármaco para dor.

Os dados foram digitados e analisados no *Software Excel* para Windows para posterior análise em programa estatístico, o *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 17.0.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar diferença na escala de dor entre a primeira e a última consulta nas variáveis específicas: antecedente de abortamento, abuso físico, abuso sexual, laparoscopia, tratamento atual e psicoterapia. Os testes de Kruskal-Wallis e Wilcoxon foram utilizados para verificar a existência ou não de diferença significativa entre a primeira e a última consulta em relação às variáveis: abortamento e tratamento atual (Kruskal-Wallis); abuso físico, abuso sexual, laparoscopia e psicoterapia (Wilcoxon). Adotou-se nível de 95% de confiança, ou seja, considerou-se significativo $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFG, parecer nº 004/2007. As pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Inicialmente, foram incluídas 271 pacientes, sendo que 13 pacientes foram excluídas do estudo por incompletude ou perda de dados, e 28 por não se enquadrarem nos critérios de DPC (dor exclusivamente cíclica em 21 pacientes e dispareunia isolada em sete pacientes). Dessa forma, foram avaliadas as 230 pacientes restantes. A média de idade das mulheres com DPC foi de $38,3 \pm 10,0$ anos.

Observou-se que a maioria era parda, casada ou amasiada, cursou até o ensino fundamental, tinha renda de até cinco salários mínimos, era dependente financeiramente e apresentava IMC normal (Tabela 1). A maioria das pacientes tinha até três filhos, atividade sexual com desejo e orgasmo, apesar de dispareunia. Quase 30% tiveram abortos, 15,8% abuso físico e 11% abuso sexual (Tabela 2). A menstruação se apresentava em intervalo regular em 57,8% das pacientes, com fluxo normal em 46,9% e havia amenorria em 28% delas. Cirurgias pélvicas prévias foram muito comuns, especialmente laqueadura tubária (50,4%) e cesariana (48,7%), seguidas de histerectomia (14,3%) e cisto de ovário (11,3%), entre outras. A maioria das pacientes tinha função intestinal normal (58,2%), mas 38,3% relatavam obstipação, e 2,6% obstipação e diarreia, sendo que esta, isoladamente, ocorreu em 0,9% das mulheres. A função urinária estava normal em 79,1% dos casos.

A localização da dor foi, em ordem decrescente de frequência: fossa ilíaca esquerda (38,7%), fossa ilíaca direita (32,7%), hipogástrio (19,1%), baixo ventre (17,0%) e vaginal (2,6%). A dor durava mais da metade do mês em 63% dos casos e piorava no período perimenstrual em 55,2% dos casos. Ela tinha iniciado em média 6,7±7,6 (0,5-54) anos antes, com EAV média de 7,9±1,8 (2-10). Houve redução média de 3,1 pontos na EAV entre a primeira e a última consulta e o tempo de seguimento foi de 1,6±1,6 anos (0-3,2). Em mais de 70% dos casos foi percebido um evento coincidente com o início da dor, sendo a história de conflitos e/ou traumas e eventos obstétricos, os mais citados (Tabela 3). Conflitos conjugais e/ou familiares estiveram presentes em cerca de 40% das pacientes, enquanto traumas familiares ocorreram em mais da metade dos casos (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição das pacientes do ambulatório de dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	n	%
Cor		
Branca	82	35,7
Preta	30	13,0
Parda	118	51,3
Estado civil		
Solteira	24	10,4
Casada/amasiada	167	72,5
Separada/divorciada	32	14,0
Viúva	7	3,1
Escolaridade		
Analfabeta	8	3,4
Ensino fundamental	137	59,8
Ensino médio	77	33,4
Ensino superior	8	3,4
Rendimento per capita (salários mínimos)		
Menor que 1	79	34,4
1 a 5	147	64,0
Acima de 5	4	1,6
Dependência financeira		
Parceiro	123	53,4
Outros	22	9,4
Não depende	85	37,2
Índice de massa corpórea		
Baixo peso	8	3,3
Normal	134	58,3
Sobrepeso	64	27,8
Obesidade	24	10,6

Tabela 2. Fatores obstétricos e ginecológicos em pacientes com dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	n	%
Número de filhos		
0	30	13,0
1-3	167	72,6
3-4	33	14,4
Abortos		
Não	163	70,9
Espontâneos	54	23,4
Provocados	13	5,7
Abuso físico		
Sim	36	15,8
Não	194	84,2
Abuso sexual		
Sim	25	11,0
Não	205	89,0
Atividade sexual		
Sim	191	83,0
Não	39	17,0
Orgasmo		
Sim	143	62,0
Não	87	38,0
Dispareunia		
Superficial	32	14,0
Profunda	150	65,0
Sem dispareunia	48	21,0
Desejo sexual		
Sim	138	60,0
Não	92	40,0
História de doença sexualmente transmissível		
Sim	41	17,8
Não	189	82,2

Tabela 3. Evento coincidente com o início da queixa de dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	n	%
Evento coincidente com o início da dor		
Nenhum percebido	66	28,7
Conflito e/ou trauma	65	28,3
Gravidez/aborto/nascimento de filho	51	22,2
Perda ou afastamento de ente querido	48	20,9
Laqueadura tubária	24	10,4
Histerectomia	9	3,9

Tabela 4. Questões familiares das pacientes do ambulatório de dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	n	%
Conflito conjugal (parceiro)		
Sim	96	42,0
Não	134	58,0
Conflito familiar (excluído parceiro)		
Sim	91	39,5
Não	139	60,5
Trauma familiar*		
Sim	119	51,7
Não	111	48,3

*Abandono pelos pais, doação de filho, mortes precoces e/ou trágicas, morte de pessoas próximas com quem estavam em conflito.

Os exames físico e ultrassonográfico foram normais na grande maioria dessas mulheres (Tabela 5). Nas 41/230(17,8%) laparoscopias realizadas encontraram-se aderências (34%), endometriose (29%), pelve normal (22%) e outros achados em 15% dos casos.

Os fármacos mais utilizados na condução das pacientes com DPC foram os contraceptivos hormonais e a amitriptilina (Tabela 6). Houve redução média de cerca de 40% da EAV (3,1/7,9) com as várias condutas adotadas (farmacológica, laparoscópica e psicoterá-

pica), sendo que a história de abuso sexual e de aborto provocado associou-se com menor redução da EAV (2,2 e 1,4, respectivamente). Dos fármacos avaliados, o contraceptivo hormonal relacionou-se à maior redução da EAV (Tabela 7). Houve adesão à psicoterapia em 25,2% das pacientes, sendo 20,9% à constelação familiar; 2,6% à cognitivo-comportamental e 1,7% a outras modalidades. Houve perda de seguimento em 26,6% dos casos e 5,2% das pacientes receberam alta ambulatorial.

Tabela 5. Achados do exame físico e da ultrassonografia pélvica (n=230)

Variáveis	n	%
Exame físico		
Normal	194	84,3
Endometriose	26	11,3
Outro	10	4,4
Ultrassonografia		
Normal	160	69,6
Endometriose (ovário e/ou parede abdominal)	19	8,3
Miomas uterinos pequenos (<2cm)	15	6,5
Sugestivo de cisto funcional de ovário	13	5,6
Sugestivo de hidrossalpinge	8	3,5
Outros achados (cisto paraovariano, cisto de inclusão etc.)	15	6,5

Tabela 6. Tratamento farmacológico na última consulta de pacientes com dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	n	%
Tratamento na última consulta		
Contraceptivo hormonal	87	37,8
Amitriptilina	76	33,0
Anti-inflamatórios não hormonais	45	19,6
Outros antidepressivos	18	7,8
Sem fármaco	58	25,2

Tabela 7. Comparação da média da escala de dor na primeira e última consulta em relação às variáveis independentes nas pacientes com dor pélvica crônica (n=230)

Variáveis	Escala de dor				p	Diferença das médias
	1ª consulta		Última consulta			
	Média ± DP	IC 95%	Média ± DP	IC 95%		
Escala de dor	7,9 ± 1,8	(7,7-8,2)	4,8 ± 3,2	(4,3-5,3)	<0,001 ¹	3,1
Abuso físico						
Sim	8,4 ± 1,6	(7,8-8,9)	5,1 ± 2,7	(3,8-6,4)	<0,001 ¹	3,3
Não	7,9 ± 1,8	(7,6-8,1)	4,8 ± 3,3	(4,2-5,3)	<0,001 ¹	3,1
Valor de p	0,135 ³		0,818 ³			
Abuso sexual						
Sim	8,1 ± 1,6	(7,5-8,8)	5,9 ± 3,1	(4,4-7,3)	0,004 ¹	2,2
Não	7,9 ± 1,8	(7,7-8,2)	4,7 ± 3,2	(4,1-5,2)	<0,001 ¹	3,2
Valor de p	0,789 ³		0,116 ³			
Abortamento						
Geral	7,6 ± 1,8	(7,1-8,1)	5,5 ± 3,2	(4,6-6,4)	<0,001 ¹	2,1
Espontâneo	7,6 ± 1,9	(7,1-8,1)	5,2 ± 3,1	(4,3-6,2)	<0,001 ¹	2,4
Provocado	8,5 ± 1,2	(7,8-9,2)	7,1 ± 3,4	(4,3-9,9)	<0,001 ¹	1,4
Valor de p	0,176 ²		0,085 ²			
Laparoscopia						
Não	7,8 ± 1,9	(7,5-8,1)	4,9 ± 3,2	(4,3-5,5)	<0,001 ¹	2,9
Sim	7,8 ± 1,8	(7,2-8,5)	4,6 ± 3,2	(3,5-6,7)	<0,001 ¹	3,2
Valor de p	0,769 ³		0,633 ³			
Tratamento atual						
AINH	7,2 ± 1,7	(7,1-8,2)	4,6 ± 3,0	(3,3-5,8)	<0,001 ¹	2,6
Contraceptivo	8,2 ± 1,7	(7,9-8,6)	5,1 ± 3,2	(4,4-5,9)	<0,001 ¹	3,1
Amitriptilina	8,2 ± 1,5	(7,9-8,6)	6,0 ± 2,3	(5,4-6,7)	<0,001 ¹	2,2
Outros AD	8,7 ± 1,2	(8,1-9,3)	5,9 ± 3,7	(3,8-8,1)	0,005 ¹	2,8
Valor de p	0,154 ²		0,086 ²			
Psicoterapia						
CC	8,3 ± 1,6	(6,4-10,2)	3,6 ± 1,9	(0,6-6,6)	0,066 ¹	4,7
CF	7,7 ± 2,0	(7,1-8,3)	4,8 ± 3,5	(3,7-5,8)	<0,001 ¹	2,9
Valor de p	0,938 ³		0,422 ³			

¹Mann-Whitney (dados independentes); ²Kruskal-Wallis e ³Wilcoxon (dados pareados).

AINH: anti-inflamatório não hormonal; CC: cognitiva-comportamental; CF: constelação familiar; AD: antidepressivos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, um dos objetivos foi realizar a caracterização epidemiológica de 230 pacientes do ambulatório de DPC do HC-UFG-Goiania, visto que no Brasil existem poucos estudos com esse fim⁴. Essas pacientes apresentaram uma média de idade de 38,3 anos, a maioria parda, casada/amasiada, com baixa escolaridade, baixa renda, dependente financeiramente do parceiro e IMC normal, dados semelhantes aos da literatura brasileira^{4,5} e à realidade do país¹⁵.

Observou-se que 87% das pacientes possuíam filho(s), sendo mais frequentes as que tiveram de 1 a 3 filhos (72,6%), achado que condiz com estudo anteriormente publicado⁴. Encontrou-se, ainda, antecedente de abortamento em 29,1%, semelhante ao estudo supracitado⁴, que relatou 27,9%, quase duas vezes o número de abortos no grupo de mulheres sem DPC (16,4%, $p < 0,01$). No presente estudo, 19,6% dos abortos foram provocados. Observou-se, ainda, que as pacientes com antecedente de aborto provocado tiveram menor redução na média da EAV entre a primeira e a última consulta com o tratamento clínico, sendo esta a pior resposta dentre os grupos avaliados (de 1,4 contra 3,1 da média geral). Esse dado requer uma melhor compreensão; no entanto, cogita-se que possa estar associado à expiação de culpa inconsciente pelo aborto ainda não bem processado psicologicamente (observado em psicoterapia).

Constatou-se uma frequência de 15,8% de abuso físico e de 11% de abuso sexual na população em questão. Um grupo estudioso de DPC⁷ relatou 3,5 vezes e 2,2 vezes mais história de abuso sexual e físico, respectivamente, em mulheres com DPC, quando comparadas aos controles. No presente estudo, as pacientes vítimas de abuso físico tiveram melhora da dor semelhante às que não sofreram esse tipo de situação; contudo, as vítimas de violência sexual apresentaram menor redução na escala de dor, o que sugere maior seqüela psicológica.

Das pacientes do estudo, mais de 80% referiram vida sexual ativa e cerca de 60% relatavam desejo sexual e orgasmo ao coito. No entanto, quase 80% das mulheres queixavam-se de dispareunia. Esse sintoma tem sido considerado um fator independente associado à DPC⁴. História de doença sexualmente transmissível foi observada em menos de 1/5 das pacientes, embora seja considerada um fator de risco para DPC⁷.

A maioria das pacientes deste estudo referia padrão menstrual normal, mas encontrou-se uma frequência de 55% de piora da DPC no período perimenstrual, enquanto outros autores^{2,5} relataram prevalência acima de 80%. Possivelmente, a menor prevalência aqui observada deve-se ao fato de que uma parcela das pacientes já chega ao ambulatório em amenorreia farmacológica induzida pelos médicos que as encaminharam do sistema básico de saúde.

Cirurgias abdominais têm sido apontadas como fator associado à DPC, possivelmente em decorrência das aderências causadas pela manipulação da cavidade peritoneal⁴. No presente estudo, observou-se alta frequência de antecedentes cirúrgicos na cavidade pélvica, sendo a laqueadura laparotômica (50,4%) e a cesariana (48,7%) as cirurgias mais frequentes; encontrou-se, ainda, uma frequência de aderências em cerca de 1/3 das laparoscopias realizadas no serviço, dados aproximados aos da literatura^{1,16}.

Quando avaliado o aspecto dor das pacientes neste estudo, encontrou-se uma média de tempo do início do sintoma até a primeira

consulta de cerca de sete anos, período obviamente longo para quem sofre de dor. Tal achado pode ser justificado pela demora na procura por ajuda ou pela dificuldade de acesso à assistência médica especializada no serviço público. Enquanto um estudo⁴ relatou média da escala de dor na primeira consulta de $5,8 \pm 2,3$ para as pacientes com DPC, na presente pesquisa o valor foi de $7,9 \pm 1,8$ pela EAV, mas na última consulta esse número foi de 4,8. Isso mostrou uma diminuição na EAV de 3,1 pontos, o que demonstra a importância do atendimento às pacientes com DPC com medidas clínicas/psicoterápicas que se mostraram eficazes na redução da escala de dor.

Quanto à localização da dor, encontrou-se uma frequência maior (quase 40%) na fossa ilíaca esquerda, cerca de 1/3 na fossa ilíaca direita, seguido de hipogástrio e baixo ventre (quase 1/5 dos casos cada) e apenas 2,6% na vagina. Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que avaliasse essa frequência, mas o predomínio de dor na FIE pode ser devido à grande prevalência de síndrome de intestino irritável e sua relação com DPC, conforme já observado^{1,17}. Neste estudo foram observados sintomas intestinais em cerca de 40% das pacientes (38,3% relatavam obstipação, 2,6% obstipação e diarreia, e esta, isoladamente, ocorreu em 0,9% das mulheres). Não foi objeto desta pesquisa caracterizar o diagnóstico de síndrome do intestino irritável, visto que outros critérios são requeridos além da dor por mais de 12 semanas. Um estudo com 648 mulheres¹⁷ observou que 40% das pacientes com DPC preenchiam os critérios de síndrome do intestino irritável, enquanto outro relato⁸ referiu frequência de distúrbios gastrointestinais em 37%. Esses números são condizentes com as distúrbios intestinais expressas especialmente na forma de obstipação nesta amostra, o que sugere uma correlação desses dados. Sintomas urinários foram observados em 1/5 das pacientes, enquanto outro estudo relatou 31% de distúrbios urológicos⁸.

Mais de 60% das pacientes referiram dor por mais da metade do mês, o que sugere redução em sua qualidade de vida (QV). Através do SF-36, estudo realizado no mesmo local do presente estudo constatou que mulheres com DPC apresentavam, significativamente, menores escores de QV nos domínios dor e aspectos sociais⁵. Efeito negativo da DPC na QV das mulheres foi relatado, também, por outros autores^{8,9}.

Mais de 70% das pacientes conseguiram relacionar algum evento importante ou traumático com o início do sintoma. Pacientes com DPC têm oito vezes mais sintomas psicossomáticos que os controles⁷. A presença de questões familiares em grande parte das pacientes com DPC sugere a importância do emprego de psicoterapia no tratamento dessas mulheres, como já enfatizado na literatura^{8,18}. Futuras pesquisas qualitativas poderão, quem sabe, elucidar melhor possíveis fatores de gatilho da DPC.

O fato de a maioria das pacientes deste estudo terem apresentado exame físico normal (84,3%) e ultrassonografia normal (69,6%), ou com achados incidentais (pequenos miomas, cistos funcionais de ovário, hidrossalpinge, geralmente assintomáticos na população geral, muitas vezes no lado contralateral ao lado em que a paciente se queixa de dor) mostra a dificuldade em se demonstrar uma causa orgânica plausível e convincente da DPC nas pacientes, de forma geral. Os achados, tidos como causadores de dor pélvica crônica em laparoscopia, carecem de critérios epidemiológicos de causalidade e a DPC parece muito mais uma síndrome somatofuncional, tal

como outras descritas: fibromialgia, síndrome do intestino irritável, síndrome de fadiga crônica, síndrome da bexiga dolorosa, enxaqueca, entre outras⁷.

A laparoscopia diagnóstica, realizada em 41 pacientes (aderência-34%, endometriose-29% e pelve normal-22%), mostrou achados semelhantes aos de grande casuística- 1524 mulheres¹. Entretanto, nem sempre é possível atribuir as alterações encontradas à causa primária de DPC. A laparoscopia pode ter efeito placebo em 50% das pacientes em três meses e em 25% das pacientes em seis meses, com recorrência posterior¹. A ausência de doença na topografia da dor e/ou achados incidentais como pequenos miomas, cistos funcionais, hidrossalpinge, geralmente assintomáticos e comorbidades como fibromialgia, síndrome do cólon irritável, enxaqueca, síndrome da fadiga crônica, síndrome da bexiga dolorosa são muito comuns¹⁷. No presente estudo, as pacientes submetidas à laparoscopia não tiveram incremento na redução da escala de dor, quando comparadas às pacientes que não se submeteram à laparoscopia. O tratamento das aderências com adesiólise laparoscópica para DPC parece não ter efeito benéfico. Isso pode ser endossado por um estudo multicêntrico em que 100 pacientes com DPC e aderências pélvicas foram randomizadas para lise (n=52) ou não lise (n=42) das aderências, por videolaparoscopia, não tendo sido observada diferença na redução da dor entre os grupos¹⁹.

Revisão sistemática recente¹⁴ aponta para a ineficácia da abordagem cirúrgica no tratamento da DPC. A laparoscopia é uma cirurgia e, como tal, possui riscos e custos inerentes ao procedimento, devendo ser indicada apenas após avaliação clínica e de imagem cuidadosas. No presente estudo, a laparoscopia foi indicada em menos de 20% das pacientes, corroborando a tendência atual de redução na indicação desse procedimento em pacientes com DPC. Foi sugerido por Nogueira et al.³ uma redução na indicação de laparoscopia para 5% dos casos³. A compreensão de mecanismos de hiperalgesia visceral pode favorecer o encontro de fármacos que podem reduzir a intensidade da DPC²⁰.

O tratamento farmacológico foi utilizado em 3/4 das pacientes, na seguinte sequência decrescente: contraceptivos hormonais contínuos, amitriptilina, AINES e outros antidepressivos. Em relação ao primeiro atendimento, os tratamentos reduziram a intensidade média de dor em 3,1 pontos.

Psicoterapia foi realizada em 1/4 das pacientes do estudo, sendo a constelação familiar a mais frequentemente aplicada, seguida de terapia cognitivo-comportamental. A constelação familiar é oferecida no serviço há mais de sete anos, talvez por isso sua maior frequência no estudo. Observou-se efeito positivo na redução da dor com ambas as modalidades de psicoterapia, com diminuição significativa na escala de dor de 2,9 pontos entre a primeira e a última consulta nas pacientes que participaram da constelação familiar.

Essa abordagem ainda não foi testada na literatura em pacientes com DPC, sendo este o primeiro relato. O seu idealizador publicou apenas relato de casos com emprego desse processo¹¹. Houve redução ainda maior da EAV nas pacientes submetidas à terapia cognitivo-comportamental, sendo que essa última foi aplicada em apenas seis casos, o que não possibilitou significância estatística. Ressalta-se que foi observado neste estudo grande resistência das pacientes em aceitar ajuda psicoterápica, visto que 3/4 não a aceitaram, embora já seja uma recomendação da literatura^{1,2,8,18}. Esse é, possivelmente, um fa-

tor que dificulta a alta dessas pacientes do ambulatório.

Como observado no presente estudo, a superioridade do tratamento não cirúrgico (clínico/psicoterápico) pode ser considerada na prática do cuidado de mulheres com DPC, uma vez que o tratamento cirúrgico não soma na redução da EAV e agrega maior custo e morbidade. Outros relatos recentes endossam essa opinião^{9,14}.

Apenas 5,2% (12 pessoas) receberam alta ambulatorial (EAV≤2 por mais de um ano e sem medicação). Ainda não foi compreendido o que houve de diferente no tratamento dessas pacientes. No entanto, estudos qualitativos futuros poderão elucidar qual foi o desvio positivo delas. A introdução de psicoterapia parece ser o indicador disso, mas é necessário esperar mais tempo e maior casuística para a confirmação dessa hipótese. Também, as pacientes precisam estar abertas a essa abordagem, ampliando, talvez, o seu efeito. É um desafio convencê-las da necessidade de psicoterapia, conforme também relatado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor²¹. Recomendações atuais sugerem abordagem multidisciplinar e biopsicossocial no sentido de otimizar resultados^{9,22}.

CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para melhor compreensão da DPC, trazendo mais informações epidemiológicas e clínicas sobre essas mulheres no Brasil e, conseqüentemente, pode facilitar a abordagem clínica dessas pacientes. Medidas para facilitar o acesso de pacientes com DPC a ambulatórios especializados (tanto no atendimento inicial quanto no seguimento) são pertinentes e necessárias. A redução ainda maior da indicação de laparoscopia e estratégias para atrair as pacientes para psicoterapia são desafios para um futuro próximo. Este estudo é importante e se justificou pela alta prevalência de DPC no Brasil. Compartilhar essas informações com outros profissionais e gestores envolvidos com a atenção à saúde da mulher poderá democratizar o acesso dessas pacientes a profissionais capacitados para lidar com esse importante problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol.* 2003;46(4):749-66.
- ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No 51. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):589-605.
- Nogueira AA, Reis FJ, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(12):733-40.
- Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Júnior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics.* 2011;66(8):1307-12.
- Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(5):247-53.
- Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, Reis FJ, Silva JC, et al. Chronic pelvic pain: multifactorial influences. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(6):1137-9.
- Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional syndrome? *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:199.e1-5.
- Dalpia O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU Int.* 2008;102(9):1061-5.
- Abercrombie PD, Learman LA. Providing holistic care for women with chronic pelvic pain. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41:668-79.
- Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(9):869-910.
- Hellinger B, editor. O essencial é simples, 1ª ed. Patos de Minas: Atman Editora; 2004. 169-77p.
- De Deus JM, Ribeiro MO. Dor pélvica crônica. In: Neto OA, Costa CMC, Siqueira JTT et al. (editores) *Dor: princípios e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2009. 734-47p.

13. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. RCOG Green-top Guideline No 41. The initial management of chronic pelvic pain. 2012. 2-16p.
14. Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS, Likis FE, Andrews J. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv.* 2012;67(7):417-25.
15. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010; n27. Acessado em 24/11/2013.
16. Drozgyik I, Vizer M, Szabo I. Significance of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;133(2):223-6.
17. Choung RS, Herrick LM, Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Talley NJ. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a population-based study. *J Clin Gastroenterol.* 2010;44(10):696-701.
18. Alappattu MJ, Bishop MD. Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Phys Ther.* 2011;91(10):1542-50.
19. Swank DJ, Swank-Borderwijk SC, Hop WC, van Erp WF, Janssen IM, Bonjer HJ et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet.* 2003;361(9365):1247-51.
20. Aslam N, Harrison G, Khan K, Patwardhan S. Visceral hyperalgesia in chronic pelvic pain. *BJOG.* 2009;116(12):1551-5.
21. International Association for the Study of Pain. Global year against pain in women: real women, real pain. Fact sheets. Chronic pelvic pain. September, 2007. www.iasp-pain.org. Acessado em 24/11/2013.
22. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy or a science? 10 years of development. *Eur Urol.* 2013;64(2013):431-9.