

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

LEIDYANE SILVA CALDAS COELHO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOR PÉLVICA CRÔNICA EM
MULHERES DE SÃO LUÍS - MA

São Luís
2010

LEIDYANE SILVA CALDAS COELHO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOR PÉLVICA CRÔNICA EM
MULHERES DE SÃO LUÍS - MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora:

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

Coordenadora do Programa:

Profa. Dra Maria Bethânia da Costa Chein

São Luís
2010

LEIDYANE SILVA CALDAS COELHO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOR PÉLVICA CRÔNICA]

MULHERES DE SÃO LUÍS - MA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública, considerou a candidata aprovada em ____/____/____.

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos - Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. João Batista Santos Garcia - Examinador
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein - Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu amado esposo Paulo, pelo amor e
companheirismo;

À minha mãe, meu pai, minha avó e meus
queridos irmãos, pérolas da minha vida;

Aos meus colegas de trabalho pela força;

À minha sogra pelo incentivo;

A todos vocês pelo apoio, ajuda e incentivo ao
longo dessa longa jornada! Com certeza, por
causa de vocês eu cheguei até aqui!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui;

À minha orientadora Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito pelos ensinamentos e pela oportunidade me dada na realização de um sonho;

À Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein por acreditar em mim e pelos preciosos ensinamentos no momento exato, paciência e sabedoria;

Agradeço a Helena Ribeiro, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil que me estimulou nos momentos difíceis, fazendo com que eu encontrasse novas formas de dizer, de sentir e de caminhar nessa etapa;

À Maria das Graças Lima da Silva, pelo apoio e paciência, que muito me ajudou nesta trajetória e compreendeu minhas ausências nos momentos das atividades acadêmicas.

Aos amigos do mestrado em especial a Thaiana, Michelle, Rosângela e Daniel, agradeço pela sensibilidade de escuta e companheirismo. Foi um privilégio tê-los nesta caminhada;

Agradeço a meu amado esposo Paulo, grande companheiro e incessante incentivador na busca de meus ideais. Obrigada pelo amor, dedicação, amizade e parceria. Obrigada por estar comigo “para o que der e vier” e pelas suas contribuições constantes em minha vida que me fortalecem a cada momento;

À minha amada família, minha mãe Raimundinha, meu pai Lister, minha amada avó Francinha, aos meus irmãos Lister Junior e Luana pelo amor incondicional;

Um agradecimento especial à minha querida sogra Simplícia pelas palavras de conforto, incentivo, atenção e apoio. As minhas cunhadas Sandra, Paulicéia, Suênia e Regiane e aos meus amados sobrinhos por torcerem pela minha vitória;

Agradeço aos meus amados amigos de trabalho, que torceram por mim e com palavras amáveis me estimularam nessa etapa da minha vida: Conceição, Mayara, Luna, Virlândia, Karina, Poliana, Aline, Ana Cleudes, Flávio, David, Janaina, Sônia, Dr. Romeu, Dra. Diana e Dra. Graça;

Agradeço a todos os alunos e professores envolvidos na pesquisa, pela ajuda na coleta de dados;

Agradeço aos professores: Dr. Sílvio Gomes Monteiro e ao Dr. Omero Benedicto Poli Neto pela dedicação e sabedoria na estatística desse trabalho;

Às mulheres que participaram deste estudo e que, com sua dor, ajudaram outras mulheres a descobrir que conviver com ela não é necessário;

Agradecimentos à FAPEMA pelo auxílio indispensável à execução desta pesquisa.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis."

(Fernando Pessoa)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dor pélvica crônica (DPC) é uma doença debilitante e de alta prevalência, com grande impacto na qualidade de vida e produtividade, além de custos significantes para os serviços de saúde. **OBJETIVOS:** Estimar a prevalência de DPC e os fatores associados às mulheres em São Luís-MA. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo transversal durante 1 ano em São Luís com 1.470 mulheres acima de 14 anos e que já haviam tido a menarca. Utilizou-se um processo de amostragem sistemática. Foram tomadas mulheres das residências de ordem 3, o que correspondeu a entrevistar as mulheres da casa 1, pular duas casas novamente, e entrevistar as mulheres da casa seguinte, e assim por diante até obtermos o número de entrevistas suficientes e pré-definidas no dimensionamento amostral. A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio aleatório dos mapas dos bairros. O instrumento de coleta de dados foi um questionário preenchido pelo entrevistador. As variáveis quantitativas foram comparadas pelo teste t não pareado após a confirmação da distribuição de normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov, enquanto o teste exato de Fisher ou teste do qui-quadrado foram utilizados para analisar as variáveis qualitativas. Inicialmente, foram selecionadas apenas as variáveis significativas identificadas com $p < 0,10$. Depois disso, os valores de 0 ou 1 foram dadas para a ausência ou presença de DPC. A regressão logística foi utilizada para identificar as variáveis significativas e independentes para estimar o impacto simultâneo destes fatores na avaliação de dor pélvica crônica e os resultados foram expressos por OR e IC 95%, considerando $p < 0,05$. **RESULTADOS:** A prevalência de DPC foi de 19.3%. Na regressão logística, os fatores independentes associados com a DPC foram: cirurgia abdominal (OR 33.02; IC_{95%} [16.8-64.7]); dispareunia (OR 5.0; IC_{95%} [3.0-8.3]); dismenorréia (OR 2.6; IC_{95%} [2.0-3.5]); etilismo (OR 1.7; IC_{95%} [1.3-2.2]); cefaléia (OR 2.2; IC_{95%} [1.7-2.9]); lombalgia (OR 2.2; IC_{95%} [1.7-2.9]); ingestão de café (OR 0.18; IC_{95%} [0.13-0.25]); incisão longitudinal (OR 200; IC_{95%} [110-350]); incisão transversal (OR 18; IC_{95%} [12-28]); cesárea (OR 160; IC_{95%} [96-270]); tabagismo (OR 1.7; IC_{95%} [1.2-2.5]); doença inflamatória pélvica (OR 2.7; IC_{95%} [1.9-3.8]); distensão abdominal (OR 1.5; IC_{95%} [1.0-2.3]); sintomas urinários (OR 0.77; IC_{95%} [0.59-1.0]) e drogas ilícitas (OR 3.4; IC_{95%} [0.90-13]). **CONCLUSÃO:** A prevalência de DPC é alta e está associada à cirurgia abdominal, cesárea, incisões cirúrgicas longitudinal e transversal, dispareunia, dismenorréia, alcoolismo, tabagismo, cefaléia e lombalgia.

Palavras-chave: dor pélvica, doença crônica, prevalência.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic pelvic pain (CPP) is a debilitating disease and highly prevalent, with great impact on quality of life and productivity, and significant costs to health services. **OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of CPP and the factors associated with women in Sao Luís- MA. **METHODS:** A study cross-sectional was conducted during one year in São Luís with 1.470 women over 14 years and had already had menarche. We used a systematic sampling process. Women were taken from homes of order 3, which corresponded to interview women in a house, jumping two places again, and interview the women of the next house, and so on until we get the sufficient number of interviews, pre-written in the sizing sample. The choice of the neighborhoods studied was conducted by random drawing of maps of the neighborhoods. The instrument of data collect was a questionnaire completed by the interviewer. The quantitative variables were compared using unpaired t test after confirmation of normal distribution by Kolmogorov-Smirnov test, while Fisher's exact test or chi-square tests were used to analyze qualitative variables. We selected the significant variables identified ($P < 0.10$). After that, values of 0 or 1 were given for the absence or presence of CPP. A logistic regression was used to identify the significant independent variables and to estimate the simultaneous impact of these factors on assessment of CPP and the results were expressed by OR and 95%IC, considering $P < 0.05$. **RESULTS:** CPP prevalence was 19.3%. On logistic regression, the factors independently associated with CPP were: abdominal surgery (OR 33.02, 95%CI [16.8-64.7]), dyspareunia (OR 5.0, 95%CI [3.0-8.3]), dysmenorrhea (OR 2.6, 95%CI [2.0-3.5]), alcoholism (OR 1.7, 95%CI [1.3-2.2]), headache (OR 2.2, 95%CI [1.7-2.9], low back pain (OR 2.2, 95%CI [1.7-2.9]), coffee intake (OR 0.18; 95%CI [0:13 to 0:25]); incision (OR 200, 95%CI [110-350]), transverse incision (OR 18, 95%CI [12-28]), section (OR 160, 95%CI [96-270]), smoking (OR 1.7, 95%CI [1.2-2.5]), pelvic inflammatory disease (OR 2.7, 95%CI [1.9-3.8]), abdominal distension (OR 1.5, 95%CI [1.0-2.3]) symptoms of bladder irritation (OR 0.77, 95%CI [0.59-1.0]) and illicit drugs (OR 3.4, 95%CI [0.90-13]). **CONCLUSION:** The prevalence of CPP is high and is associated with abdominal surgery, cesarean section, longitudinal and transverse incisions, dyspareunia, dysmenorrhea, alcoholism, headache and back pain.

Keywords: pelvic pain, chronic disease, prevalence.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG	- American Congress f Obstetricians and Gynecologists
DIP	- Doença Inflamatória Pélvica
DPC	- Dor Pélvica Crônica
IASP	- International Association for the Study of Pain
IC	- Intervalo de Confiança
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OR	- Odds Ratio
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação da Dismenorréia	25
Quadro 2 - Classificação da Dispareunia	26
Tabela 1 - Distribuição da população de acordo com as variáveis sócio-demográficas e comportamentais. São Luís, 2010.....	29
Tabela 2 - Distribuição da população de acordo com a análise univariada das variáveis relacionadas à dor pélvica crônica. São Luís, 2010.....	32

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	METODOLOGIA.....	23
3.1	Tipo de Estudo.....	23
3.2	Período e Local de Estudo.....	23
3.3	Amostra.....	23
3.3.1	Cálculo do Tamanho Amostral.....	24
3.4	Variáveis em Estudo.....	24
3.5	Instrumento de Coleta de Dados.....	26
3.6	Processamento dos Dados e Tratamento Estatístico.....	27
3.7	Aspectos Éticos.....	28
4	RESULTADOS.....	29
5	DISCUSSÃO.....	33
6	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A dor crônica, especificamente a pélvica, é responsável por um grande absenteísmo nas atividades sociais, familiares e no trabalho. Sua prevalência varia de 2 a 25%, sofrendo influência de diversas variáveis, podendo ser resultado de processos pélvicos, peritoneais do tipo inflamatório, seqüela de procedimentos cirúrgicos ou de próprias afecções que acometem os órgãos aí alojados, como o trato intestinal e urinário (ZONDERVAN & BARLOW, 2000; YENG, 2001; ACOG, 2004; LATTHE et al, 2006).

A dor pélvica crônica (DPC) é uma afecção de diagnóstico e tratamento complexos e que por todas as razões acima referidas, entende-se como um problema de saúde pública (ZONDERVAN et al., 1999).

Não existe uma definição aceita com unanimidade para a DPC. Campbell & Collett (1994) se referem como dor pélvica crônica à dor pélvica não menstrual e não relacionada ao coito com duração mínima de seis meses, excluindo gravidez e malignidade, suficientemente intensa para interferir em atividades habituais e que necessita de tratamento clínico ou cirúrgico.

No entanto a mais aceita é a de ACOG (2004), onde define a dor pélvica crônica como dor não-cíclica com duração de 6 meses ou mais, que localiza na pelve, na parede abdominal anterior ou abaixo do umbigo, na região lombossacral, ou nas nádegas e é de gravidade suficiente para causar incapacidade funcional ou levar a assistência médica. A falta de resultados físicos, não nega a importância da dor da paciente, e os resultados dos exames normais não exclui a possibilidade de encontrar patologia pélvica.

Para identificar a dor é necessário obter suas características: seu início (insidioso ou abrupto); localização (pélvica, periumbilical, região glútea posterior); intensidade (progressiva ou não, mas o suficiente para impedir o desenvolvimento das atividades regulares); periodicidade (a ciclicidade associada com fluxo menstrual sugere dismenorréia,

devendo então ser excluída, lembrando que às vezes a DPC pode piorar durante a menstruação), hábitos miccionais e intestinais, história anterior de cirurgias, doenças sexualmente transmitidas e doença inflamatória pélvica, e por último e não menos importante história de abuso sexual, transtornos de humor, uso de medicações e drogas ilícitas ou não. (ALCOCK, 1926; HOWARD, 2001; ACOG, 2004; BRUNO et al, 2007.)

A DPC é uma síndrome de causas na maioria das vezes não identificadas e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais (HOWARD, 2003).

Qualquer estrutura abdomino-pélvica pode estar envolvida na etiologia da DPC, mas principalmente órgãos do trato genital superior, vasos sanguíneos, músculos e fáscias da parede abdominal e assoalho pélvico, bexiga, ureteres e trato gastrointestinal. Frequentemente a inflamação ou congestão em órgãos reprodutivos, trato urinário ou digestivo relacionada a causas fisiológicas (menstruação, ovulação) ou patogênicas (como a endometriose) pode causar dor visceral e até mesmo em músculos e pele, com inervação oriunda de um mesmo segmento espinal (ROMÃO, 2009).

Ocasionalmente, uma doença de base pode estar presente e ser curada, porém, frequentemente, vários diagnósticos podem estar associados ao quadro de DPC, além de existirem vários fatores de risco que contribuem para o agravamento da doença (HOWARD, 2003).

Não existe um consenso acerca das doenças que mais causam a DPC, porém a endometriose, a cistite intersticial, a doença inflamatória pélvica (DIP), síndrome do intestino irritável e as aderências pélvicas são as mais associadas (MOORE, 2000).

Poucas doenças apontadas como causas de DPC atendem os critérios epidemiológicos de causalidade. Diversas evidências sugerem que muitos dos transtornos

comuns em mulheres são causais, como a endometriose, cistite intersticial e síndrome do intestino irritável, entretanto, outras freqüentemente assinaladas como causas de DPC, possuem evidências limitadas ou apenas opiniões de alguns especialistas que sustentam uma relação de causalidade. Embora a relação de causalidade de muitos destes transtornos não estão bem estabelecidos, na prática clínica observa-se que muitas mulheres são tratadas como portadoras de DPC. Esta ambigüidade dificulta a interpretação de causa e efeito em relação ao tratamento na maioria dos estudos de DPC (ACOG, 2004).

Ao contrário da dor aguda, a dor crônica não consiste em um alerta a uma agressão, pois corresponde à própria doença, podendo ter origem em processos patogênicos crônicos nas vísceras, em disfunções do sistema nervoso periférico, central ou ambos e pode estar associada a processos psicopatológicos como depressão, hipocondria, somatização, ansiedade e ou mesmo a fatores ambientais como o abuso físico e sexual, além de ambientes estressantes. A resposta a estes estímulos aversivos se dá por meio de estresse emocional, que corrobora na manutenção do quadro álgico (ALMEIDA et al., 2002).

A síndrome do intestino irritável é uma desordem intestinal de etiologia incerta, sendo um dos transtornos mais associados a DPC (ACOG, 2004). Sintomas sugestivos de síndrome do intestino irritável estão presentes em 50% a 80% das mulheres com DPC e ocorrem com mais freqüência em mulheres com DPC do que na população sem DPC (LONGSTRETH, 1990; WALKER, 1991).

As mulheres com cistite intersticial (doença inflamatória crônica da bexiga) apresentam riscos significativos de terem DPC. A dor pélvica é referida em 70% das mulheres com cistite intersticial, sendo a dor um sintoma presente ou mesmo a queixa principal (RAMAHI, 1990). Estudos sugerem que em 38-85% das mulheres que procuram atendimento com o ginecologista com DPC podem ter cistite intersticial (PARSONS, 2001; CLEMONS, 2002).

A DIP também é um fator de risco para DPC, aproximadamente 18-35% de todas as mulheres com DIP desenvolvem DPC (NESS, 2002).

O envolvimento do sistema músculo-esquelético na origem e perpetuação da DPC tem sido cada vez mais demonstrado (HOWARD, 2001; STEEGE, 1997; MONTENEGRO, 2009). A síndrome miofascial abdominal é caracterizada por dor intensa e profunda originada em pontos dolorosos e hipersensíveis, envolvendo músculos e/ou fáscias musculares, podendo causar dor em repouso ou quando estimulados por movimento (recrutamento das fibras musculares locais) ou compressão local. Em clínicas especializadas no atendimento a mulheres com DPC, é comum encontrar pacientes submetidas a várias cirurgias, com diagnósticos repetidos de endometriose pélvica e aderências como causa de sua dor e que, apesar dos tratamentos realizados, não apresentaram melhora significativa. Após avaliação cuidadosa, não raramente se encontra como causa primária a dor miofascial, envolvendo o assoalho pélvico e a parede abdominal (ALMEIDA, 2002; LOOS, 2008).

É muito comum a interação e a sobreposição dos sintomas da dor de origem miofascial e os clássicos achados das síndromes do intestino irritável e cistite intersticial/síndrome da dor vesical. Mulheres com diagnósticos que envolvem mais de um sistema orgânico têm mais dor que mulheres com apenas um sistema envolvido (ZONDERVAN, 2001).

Mulheres com DPC são mais predispostas que a população geral a terem dismenorréia e dispareunia, e, a gravidade da dor é maior em mulheres com DPC que têm sintomas gastrointestinais e urológicos (ACOG, 2004; LATTHE, 2006).

Estudos têm examinado a associação entre DPC e qualidade de vida ou produtividade, mas esta relação não está clara. Em um dos estudos, os autores acharam 56% das mulheres com DPC, que responderam questões sobre qualidade de vida, reportaram à interferência moderada ou extrema de humor. Quando as respostas de qualidade de vida

foram comparadas com grupos de outros diagnósticos, o grupo de endometriose reportou a maior interferência sobre as atividades devido à dor, o sofrimento e o alto escore de dor durante ou após o intercuro (MATHIAS, 1996; ROMÃO,2009).

A DPC é a dor mais relatada em mulheres que estão na idade fértil do que por mulheres que estão na menopausa (HAUGSTAD, 2006). Sendo uma condição ginecológica, a DPC está associada mais diretamente à disfunção sexual do que à dor crônica em outros locais. Estudos têm mostrado alta prevalência de disfunção sexual em pacientes com DPC quando comparadas com o grupo controle (VERIT et al., 2006).

A DPC pode estar associada particularmente ao abuso sexual (LAMPE et al., 2000) ou por quem vivenciou o abuso sexual e físico. Alguns estudos encontraram taxas significativamente elevadas de abuso sexual na infância entre pacientes com DPC: 64% para pacientes com DPC e 23% para um grupo controle. As diferenças eram muito maiores ao se considerar somente a criança ou o adulto com abuso sexual (WALKER et al., 1995; LAMPE et al., 2000).

O fator psicológico pode estar presente de forma isolada ou concomitante em mulheres com DPC, sendo mais comum a depressão e a ansiedade. Existe forte associação entre ansiedade e depressão com DPC (LORENÇATTO et al. 2006). Outro estudo mostra que a mulher com esta dor apresenta escores de depressão e ansiedade mais elevados do que mulheres sem a mesma e, que a qualidade de vida destas está prejudicada (ROMÃO, 2008).

A dor poderia ser associada e aprendida quando há “ganho”, como obtenção de atenção ou afastamento das atividades indesejáveis. Embora vários modelos históricos tenham explicado o mecanismo da dor, atualmente o modelo mais aceito é o biopsicossocial, que corresponde à base para o atendimento multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da DPC. Esse modelo postula que os estímulos dolorosos são universais e que as condições

psicossociais específicas contribuiriam para o desenvolvimento e manutenção da dor crônica (ROMÃO, 2009).

Vários são os mecanismos que corroboram para a manutenção e/ou evolução da DPC. Entre eles podemos citar: 1) mudanças neuroplásticas que ocorrem no corno posterior da medula espinhal em consequência de mudanças eletrofisiológicas, bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo nocivo inicial, o que leva à inflamação neurológica devido à liberação de fator de crescimento neural e substância P na periferia, local de origem do estímulo, exacerbando o mesmo; 2) sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo víscero-visceral); e 3) desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais, como dificuldade miccional ou incontinência urinária, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e geração de novos pontos de dor (BUTRICK, 2003). Conseqüentemente, há uma sobreposição de sintomas como dispareunia, dismenorréia, queixas gastrintestinais, geniturinárias e músculo-esqueléticas (MATHIAS et al., 1996).

Mathias et al. (1996) detectaram que uma em cada sete mulheres, entre 18 e 50 anos de idade tiveram DPC, sendo que 61% destas pacientes não há etiologia comprovada. A etiologia obscura é um fator limitante para o adequado tratamento das pacientes com DPC. Em muitos casos há significativas diferenças entre os dados laboratoriais e os relatos de intensidade e comprometimento que a dor provoca nas funções sociais e pessoais da paciente (ROTH et al., 2001). Assim, parece não existir um paralelismo entre os sintomas referidos e, os achados clínicos/laboratoriais/de imagem na mesma proporção.

A falta de explicações precisas e esclarecedoras sobre seus problemas dolorosos exigirá desta mulher uma adaptação não apenas à doença em si e suas implicações diárias, como também à frustração de não ter uma comprovação diagnóstica/etiológica para os seus sintomas. Assim, as dores constantes que evidenciam o adoecimento irão mediar as interações

que ela estabelece com seu meio social e podem estar relacionadas às suas condições de vida, ao mesmo tempo em que a cronicidade da patologia não lhe favorece uma solução para os seus problemas em curto prazo (SILVA, 2005).

O diagnóstico clínico da DPC é difícil porque poucas vezes se encontram anormalidades orgânicas (HURT, 1991). O diagnóstico diferencial é complexo, o que, na maioria das vezes, obscurece o caminho do clínico na busca da etiologia e do sucesso terapêutico. Infelizmente, pacientes com DPC, na ansiedade pelo diagnóstico e tratamento, passam por contínuas consultas médicas, o que confunde, atrasa e complica o processo diagnóstico. Sucessivas consultas e procedimentos cirúrgicos são, na maioria das vezes, ineficientes e de elevado custo social e financeiro (REITER, 1990).

Muitas pacientes vivem com DPC por meses ou anos sem encontrarem solução (FOX, 2003). De acordo com Fox (2003) estas mulheres vivenciam o que alguns autores chamam de *doctor shopping*, comportamento entendido como uma busca incessante por diversos consultórios médicos que lhe dêem respostas para suas dúvidas.

O dilema no manejo da dor pélvica crônica continua a frustrar médicos confrontados com o problema, em parte porque sua fisiopatologia é pobremente compreendida. Conseqüentemente, seu tratamento é muitas vezes insatisfatório e limitado ao alívio temporário dos sintomas (KAPLAN et al., 1997; WEIJENBORG et.al., 2007).

A dor causada pela DPC é afetada pelos estados subjetivos que, dificilmente são medidos, envolvendo mecanismos pessoais como nível de atenção, estado emocional, personalidade e experiências passadas, servindo como sintoma e defesa contra o estresse psicológico. Ganhos secundários, sociais e financeiros podem exacerbar o comportamento de dor, modificando as percepções e sensações dolorosas. Dessa forma, não se trata apenas de uma condição estímulo-resposta, pois a reação à dor é multifatorial, em que variáveis biopsicossociais estão presentes (KAPLAN et al., 1997, ROMÃO, 2009).

A avaliação da experiência de adoecimento por DPC, não é tarefa simples. Segundo Bernardes (2003) é preciso identificar as características da queixa de dor, as respostas físicas e emocionais à enfermidade, os fatores culturais e psicológicos que possam estar envolvidos na sintomatologia dolorosa. Parafraseando Fox (2003), só um trabalho multiprofissional pode obter grandes sucessos no tratamento de pacientes adoecidas por DPC, devido à complexidade do problema. A abordagem realizada por profissionais de áreas diferentes, quando bem estruturada, pode minimizar o problema da divisão do indivíduo adoecido em partes isoladas.

Na prática ginecológica moderna, quando o diagnóstico clínico está ausente, a laparoscopia é uma opção de grande valor, na abordagem desse sintoma (SULEIMAN, 1991). Inúmeros autores recomendam a inclusão da laparoscopia no protocolo da investigação da dor pélvica, pelas vantagens que ela representa (HOWARD, 1994; HURT, 1991; CARTER 1996; SULEIMAN, 1991). Esta opinião não é seguida por outros autores que entendem ser a laparoscopia de pouco valor para a elucidação diagnóstica (MILBURN, 1993; LEVITAN, 1985).

A Laparoscopia é a investigação invasiva mais usada para identificar diferentes diagnósticos e para excluir patologias pélvicas, sendo considerada por alguns autores padrão ouro. Por esta razão, mais de 40% delas são realizadas, entretanto, 35%-60% destes procedimentos laparoscópicos não mostram evidências de patologia pélvica (GAMBONE, 2002; HOWARD, 1994).

Embora seja consenso que a prevalência de DPC na população geral é alta, há limitações de dados objetivos para demonstrá-la. Alguns problemas corroboram para isso: a falta de uma definição diagnóstica precisa, o grupo heterogêneo de doenças que resultam em DPC, as limitações dos desenhos epidemiológicos, e a variação de doenças primárias incidentes para diferentes populações (ZONDERVAN & BARLOW, 2000).

Assim, o objetivo do presente estudo foi contribuir no conhecimento da prevalência da DPC entre a população aparentemente saudável, realizando a sua estimativa utilizando um inquérito populacional na cidade de São Luís – MA.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estimar a prevalência da dor pélvica crônica na população de mulheres em São Luís – Maranhão;

2.2 Específicos

- a. Identificar possíveis fatores associados à dor pélvica crônica;

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal.

3.2 Período e Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2009 a maio de 2010, no município de São Luís, capital do Estado do Maranhão. São Luís localiza-se na ilha de Upaon-Açu, apresenta uma população de 870.028 habitantes, sendo 342.024 mulheres (54,77%), com uma densidade demográfica de 1.007,08 habitantes por km², em uma área de 831,7 km² que está dividida em sete distritos: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui-Bacanga, Tirirical e Vila Esperança (SÃO LUIS, 2007).

3.3 Amostra

Foram selecionadas 1.470 mulheres residentes no município de São Luís, com idade igual ou superior a 14 anos e que já haviam tido a menarca (primeira menstruação).

Não foram incluídas aquelas que não tinham entendimento e ou condições de responder o questionário (Apêndice 1).

A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio aleatório dos mapas dos bairros, de modo que se obteve uma amostra significativa do Município de São Luís segundo o cálculo amostral.

Foi realizada uma amostragem sistemática (seqüencial). Foram tomadas mulheres das residências de ordem 3, o que correspondeu a entrevistar as mulheres da casa 1, pular duas casas novamente, e entrevistar as mulheres da casa seguinte, e assim por diante até

obtermos o número de entrevistas suficientes e pré-definidas no dimensionamento amostral. Naquela casa que não havia nenhuma mulher, a entrevista ocorria na casa seguinte. Todas as mulheres da casa que preenchiam os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa.

3.3.1 Cálculo do Tamanho Amostral

O resultado do cálculo do tamanho amostral foi de 1.470 mulheres. Para seu efeito, aplicou-se a fórmula a seguir para populações finitas, onde se considerou uma população de 342.024 mulheres (N), adotando-se um grau de confiança de 95% ($z=1,96$) e o erro relativo (E) da estimativa de $\pm 1\%$ da taxa de prevalência estimada de dor pélvica crônica na população, que foi de 4% ($p=0,04$ e $q=0,96$) e, considerou-se ainda uma possibilidade de que 10 a 15% das mulheres poderiam não participar da pesquisa para efeito de cálculo (MATHIAS et al., 1996).

$$n = \frac{(z)^2 \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot p (N-1) + z^2 \cdot q}$$

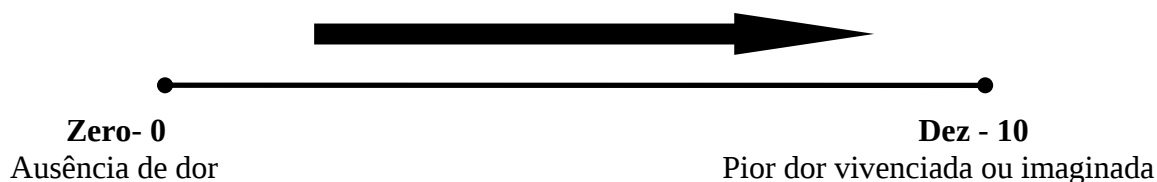
3.4 Variáveis em Estudo

Em todas as mulheres foi aplicado um questionário sobre variáveis sócio-demográficas, comportamentais e na presença de dor pélvica crônica, suas características (Apêndice 1).

O diagnóstico de dor pélvica crônica foi baseado no critério proposto pelo Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG, 2004).

A mensuração clínica da dor foi realizada utilizando a Escala Analógica Visual da Dor, que consta de uma linha ininterrupta de 10 cm de extensão, onde a entrevistada foi

orientada a marcar o ponto que correspondia a dor referida de acordo com a intensidade percebida, lembrando que o início da escala (0-zero) corresponde a ausência de dor e o término da escala (10-dez) corresponde a pior dor vivenciada (por exemplo: parto sem analgesia, infarto do miocárdio, dor de dente, litíase urinária) ou imaginada (ONG, 2004).



A presença e a intensidade da dismenorréia (dor pélvica antes, durante ou após a menstruação) foram avaliadas com destaque para o impacto social dos sintomas dolorosos. Esse método descreve a dor conforme a limitação da capacidade de trabalho, a coexistência de sintomas sistêmicos e a necessidade de analgésicos (ANDERSCH, 1982) (Quadro 1).

Limitações da capacidade do trabalho que necessita analgesia
ausente
leve: desconforto pélvico ocasional que não prejudica atividade diária, uso eventual de medicação;
moderada: durante grande parte do ciclo, afeta atividade diária, responsiva ao uso de medicação;
severa: persistente por todo o ciclo, com limitação importante da atividade diária, uso freqüente de analgésicos potentes, sem resposta efetiva.

Fonte: ANDERSCH, 1982

Quadro 1 – Classificação da Dismenorréia

Quanto a presença e a intensidade da dispareunia (dor durante ou 24 horas após a relação sexual) utilizou-se uma escala que caracteriza a dor de acordo com a limitação que a mesma provoca na atividade sexual (BIBEROGLU, 1981) (Quadro 2).

Limitação na atividade sexual
ausente;
leve: dor tolerável, não leva interrupção da relação sexual;
moderada: dor intensa o suficiente para levar a interrupção da relação sexual;
severa: dor que impede a relação sexual.

Quadro 2 – Classificação da Dispareunia

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados constou da aplicação de um questionário, realizado por uma equipe de 15 graduandos da área de saúde da Universidade Federal do Maranhão. Antes da coleta esta equipe foi submetida a um treinamento em duas fases: na primeira foram esclarecidos acerca do tema principal a ser avaliado – dor pélvica crônica, seguida de explicações sobre o método de entrevista com aplicação do questionário, esgotando-se as dúvidas acerca das perguntas e possíveis respostas, bem como outras indagações que por ventura houvesse necessidade, para sanar as possíveis intercorrências para ou durante a entrevista.

Na segunda etapa, foi realizado um teste piloto com a aplicação do questionário em 50 mulheres na área de abrangência da pesquisa, para avaliação da abordagem junto às pacientes e das possíveis dificuldades da equipe dos entrevistadores.

O treinamento (nas duas fases) foi supervisionado pela docente responsável pelo estudo.

O questionário (Apêndice 1), preenchido pelo entrevistador permitiu que a entrevista fosse realizada em todas as mulheres alfabetizadas ou não, permitindo com isso diminuir as chances de um viés na amostra. O questionário foi desenvolvido para acessar a prevalência de dor pélvica crônica e sua associação com fatores sócio-demográficos (idade,

nível de escolaridade, estado civil), intensidade (escala analógica visual de dor), frequência de dor e interferência na qualidade de vida (humor, sintomas e sinais de depressão, realização de tarefas habituais diárias), sintomas algícos e outros associados (dyspareunia e dismenorréia), queixas gastrointestinais, geniturinárias, psicológicas, aspectos comportamentais, cirurgias e partos operatórios prévios.

3.6 Processamento dos Dados e Tratamento Estatístico

O aplicativo Microsoft Word versão 7.0 foi o editor de texto. Os dados de identificação pessoal foram codificados e mantidos sob sigilo.

Os dados obtidos foram registrados em formulário próprio preparado especificamente para este fim e transferido para um banco de dados eletrônico. A confecção do banco de dados e das planilhas para a análise estatística e tabelas foram realizados com auxílio dos aplicativos FileMaker Pro 10, GraphPad Prism 5 e Excel.

A análise estatística foi realizada no programa GraphPad Prism 5. As variáveis quantitativas foram comparadas pelo teste t não pareado após a confirmação da distribuição de normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov, enquanto o teste exato de Fisher ou teste do qui-quadrado foram utilizados para analisar as variáveis qualitativas. Inicialmente, foram selecionadas apenas as variáveis significativas identificadas com $p < 0,10$.

Depois disso, os valores de 0 ou 1 foram dadas para a ausência ou presença de DPC nas variáveis em cada caso. A regressão logística foi utilizada para identificar as variáveis significativas e independentes para estimar o impacto simultâneo destes fatores na avaliação de dor pélvica crônica e os resultados foram expressos por OR e IC 95%, considerando $p < 0,05$.

3.7 Aspectos Éticos

As pacientes antes de responderem ao questionário foram convidadas a participar da pesquisa, sendo previamente esclarecidas e somente após sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livres e Esclarecido (TCLE). Este após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer consubstanciado nº 289/10 (Apêndice 2), permitiu o início da pesquisa.

Este projeto faz parte de um projeto intitulado “Ansiedade, Depressão e Stress em mulheres com Dor Pélvica Crônica” por meio do Programa de Cooperação Acadêmica – PROCAD/CAPES e é desenvolvido em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da USP – Ribeirão Preto.

4 RESULTADOS

A prevalência de dor pélvica crônica em São Luís foi de 19,3% (284/1470).

Considerando apenas as mulheres no menacme, a prevalência da doença foi de 19,7% (240/1218) e na pós-menopausa foi de 17,4% (44/252).

Quanto à idade da população, observou-se que a média em anos das pacientes com DPC foi de 32,7 e do grupo sem dor de 37,6, diferença estatisticamente significativa ($p=0,0002$).

Já a média da idade da menarca, média da primeira relação sexual (coito), mediana da paridade e frequência da menopausa, seus resultados não demonstraram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. (Tabela 1)

Tabela 1- Distribuição da população de acordo com as variáveis sócio-demográficas e comportamentais. São Luís, 2010.

Variáveis	DPC (n=284)	Sem DPC (n=1.186)	<i>p</i>
Idade em anos (média $\pm$ dp)	32,7 $\pm$ 14,0	37,6 $\pm$ 17,7	0,0002
Menarca (média $\pm$ dp)	13,0 $\pm$ 1,8	13,0 $\pm$ 1,9	0,6077
Primeiro coito (média $\pm$ dp)	18,1 $\pm$ 4,5	18,5 $\pm$ 3,8	0,2179
Paridade (mediana [variação])	1 (0-2)	1 (0-2)	0,6013
Menopausa (n [%])	44 (15,5)	208 (17,5)	0,4317

Legenda: dp=desvio padrão.

Em relação à escolaridade, 17,3% (48/277) das mulheres com DPC e 15,3% (178/1163) sem DPC tinham menos de 8 anos de estudo. Quanto a média da renda familiar, 82% (233/284) daquelas com DPC apresentavam um valor de R\$ 512,70, enquanto o grupo sem DPC, 87,3% (1035/1186) tinham uma cifra de R\$ 421,42.

As pacientes com DPC, 41,7% (116/278) tinham uma relação marital estável, 62,6% (178/284) apresentavam vida sexual ativa, 65,8% (187/284) tinham orgasmo, 73,2% (208/284) manifestavam desejo em ter relação sexual e 4,57% (13/284) foram vítimas de abuso sexual.

Aquelas que referiram uso de automedicação representaram 20,5% (301/1470), sendo 53,8% (36/67) no grupo sem DPC e 54,2% (127/234) no grupo com DPC.

Quanto a dor, o tempo médio da queixa em meses e a mediana foi de 46,0 e 20,0 , respectivamente. Já os valores da intensidade média e a mediana pela escala analógica visual foram, 54.1mm e 50mm, respectivamente.

Dentre as variáveis relacionadas a dor pélvica na população com dor pélvica crônica (n=284), observou-se que a maioria já havia sido submetida à cirurgia abdominal 96,8% (275), cesariana 93,3% (265) e apresentavam sintomas urinários 65,4% (186). Ressalta-se que em apenas 95 (8%) das 1186 mulheres sem DPC, foram submetidas ao parto cesárea.

Nas pacientes com DPC, 40,5% (115/284) referiram dismenorréia (no presente ou passado), 14% (33/240) dispareunia (44 pacientes eram virgens), 65% (186/284) apresentavam sintomas urinários, 36% (102/284) constipação, 30% (86/284) noctúria, 5% (15/284) diarreia, 13% (38/284) distensão abdominal, 44,7% (127/284) cefaléia, 43,3% (123/284) lombalgia, 21,4% (61/284) tinham DIP, 38,7% (110/284) usuárias de álcool, 14,4% (41/284) de cigarro e 60,9% (173/284) de cafeína.

Ao se realizar a regressão logística com análise univariada, observou-se que algumas variáveis relacionadas à dor pélvica, apresentaram resultados que apontam serem estas fatores de risco (de exposição) independentes, para o surgimento da dor pélvica crônica, a saber: cirurgia abdominal (OR 33.02; IC_{95%} [16.8-64.7]); dispareunia (OR 5.0; IC_{95%} [3.0–8.3]); dismenorréia (OR 2.6; IC_{95%} [2.0–3.5]); etilismo (OR 1.7; IC_{95%} [1.3–2.2]); cefaléia

(OR 2.2; IC_{95%} [1.7–2.9]; lombalgia (OR 2.2; IC_{95%} [1.7–2.9]); incisão longitudinal (OR 200; IC_{95%} [110-350]); incisão transversal (OR 18; IC_{95%} [12-28]); cesárea (OR 160; IC_{95%} [96–270]); tabagismo (OR 1.7; IC_{95%} [1.2–2.5]); doença inflamatória pélvica (OR 2.7; IC_{95%} [1.9-3.8]) e distensão abdominal (OR 1.5; IC_{95%} [1.0-2.3]) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da população de acordo com a análise univariada das variáveis relacionadas à dor pélvica crônica. São Luís, 2010.

Variáveis	DPC (n=284)	Sem DPC (n=1.186)	p
	% (f/F)	% (f/F)	
Relação marital estável	41,73(116/278)	34,36 (401/1167)	0,0258
Até 8 anos de estudo	17,33 (48/277)	15,31 (178/1163)	0,4087
Sedentarismo ^s	75,00 (213/284)	71,33 (846/1186)	0,2390
Atividade sexual prévia	88,73 (252/284)	84,74 (1005/1182)	0,1300
Atividade sexual atual	62,68 (178/284)	58,38 (690/1186)	0,1792
Contracepção	46,48 (132/284)	45,62 (541/1186)	0,7913
Desejo	73,24 (208/284)	71,08 (843/1186)	0,2194
Lubrificação vaginal	57,75 (164/284)	53,20 (631/1186)	0,1849
Orgasmo	65,85 (187/284)	63,74 (756/1186)	0,5356
Alcoolismo	38,73 (110/284)	29,00 (328/1186)	0,0004
Tabagismo	14,44 (41/284)	8,94 (106/1186)	0,0079
Café	60,92 (173/284)	89,54 (1062/1186)	<0,0001
Drogas ilícitas	1,41 (4/284)	0,42 (5/1186)	0,0763
Dismenorréia	40,57 (115/284)	20,51 (234/1141)	<0,0001
Dispareunia	13,75 (33/240)	3,11 (31/996)	<0,0001
Constipação	35,92 (102/284)	41,15 (488/1186)	0,1210
Sintoma urinário (irritação vesical)	65,49 (186/284)	71,08 (843/1186)	0,0715
Noctúria	30,28 (86/284)	30,78 (365/1186)	0,8864
Diarréia	5,28 (15/284)	4,97 (59/1186)	0,8798
Cefaléia	44,71 (127/284)	26,54 (297/1119)	<0,0001
Lombalgia	43,30 (123/284)	25,67 (287/1118)	<0,0001
DIP	21,47 (61/284)	8,68 (97/1118)	<0,0001
Distensão abdominal	13,38 (38/284)	9,19 (109/1186)	0,0467
Epsiotomia	45,07 (64/142)	41,53 (233/561)	0,4486
Forceps	1,79 (5/279)	1,03 (12/1167)	0,3480
Abortos	23,93 (67/280)	19,86 (232/1168)	0,1391
Cesárea	93,31 (265/284)	8,01 (95/1186)	<0,0001
Cirurgia perineal [#]	26,41 (75/284)	24,70 (293/1186)	0,5429
Cirurgia abdominal	96,83 (275/284)	48,06 (570/1186)	<0,0001
Mais de 2 cirurgias	16,00 (44/275)	18,63 (221/1186)	0,3397
Tipo de incisão cirúrgica			
Longitudinal	95,07 (270/284)	8,94 (106/1186)	<0,0001
Transversal	91,90 (261/284)	38,70 (459/1186)	<0,0001
Oblíqua	1,76 (5/284)	2,53 (30/1186)	0,5235
Umbilical/ laparoscópica	1,06 (3/284)	1,69 (20/1186)	0,5982

^s <300 minutos de atividade física/ semana; [#] não incluso as epsiotomias.

5 DISCUSSÃO

A prevalência de DPC em São Luís, durante um ano, foi de 19,3%. Considerando apenas as mulheres no menacme, a prevalência da doença foi praticamente a mesma. Dados parciais de um estudo em Ribeirão Preto-SP semelhante a este, mostraram uma prevalência de DPC de 11,5% e 15,0% quando se considerou apenas as mulheres na fase reprodutiva (POLI-NETO et al., 2009).

Não sabemos a real prevalência em países em desenvolvimento, como o Brasil, mas estima-se que seja superior àquela encontrada em países desenvolvidos (LATTHE, 2006). Os resultados deste estudo foram compatíveis com outros trabalhos confirmando a hipótese de Latthe e foi superior a encontrada em Ribeirão Preto, pois observou-se uma alta prevalência também no Brasil, especificamente em São Luís comparado as prevalências internacionais.

Em 1997 dados do Ministério da Saúde (RAVSKY, 2001) já mostraram que ocorreram mais de 1.8 milhões de consultas ginecológicas e aproximadamente 300 mil internações hospitalares de mulheres entre 15 e 69 anos com queixas compatíveis com DPC.

Comparando as prevalências internacionais um estudo realizado no Reino Unido (ZONDERVAN, 1999) observou uma prevalência anual de 3,8% em mulheres em idades de 15-73 anos, prevalência superior a enxaqueca 2% e comparada a asma 3% e dores na costa 4%. Entretanto a prevalência variou com a idade 1,8% em idades de 15-20 anos para 2,8% em mulheres acima de 60 anos.

Um estudo realizado por Mathias (1996) com mulheres nos EUA estimou uma prevalência de 14,7% (147/1000) em mulheres na idade de 18-50 anos com DPC.

Essas diferentes taxas de prevalências entre idades e regiões estão diretamente relacionadas com as diferenças comportamentais ao cuidado a saúde destas populações.

Segundo Haugstad (2006), mais de 40% das mulheres que consultaram o ginecologista relataram dor crônica na região abdominal inferior. Este tipo de dor é mais relatada em mulheres que estão na idade fértil do que por mulheres que estão na menopausa. Essa realidade também foi identificada neste estudo, pois 19,7% de mulheres com dor estavam no menacme e 17,4% encontravam-se na menopausa.

Não foram detectadas diferenças significativas quanto às variáveis casuísticas analisadas (idade, escolaridade, renda mensal, paridade, primeiro coito, relação marital estável e sedentarismo) refletindo a homogeneidade entre os grupos, aumentando assim a confiabilidade dos dados.

A frequência de automedicação também foi um dado preocupante. Cerca de 54% das mulheres fazem uso de medicamentos (mais freqüentemente analgésicos e antiinflamatórios) para alívio dos sintomas de forma indiscriminada o que as predispõem a efeitos adversos. A DPC implica no uso de medicamentos analgésicos em 15.8% dos casos e resulta em pelo menos perda de um dia de trabalho em 3.9% (YENG, 2001).

O uso de cafeína, álcool e tabagismo têm sido relacionados ao quadro algico, porém de forma não conclusiva, dado que foi significativo também neste estudo. Rosenthal (1993) acredita na necessidade de minimizar substâncias que podem levar a dependência, uma vez que este grupo de pacientes possui um pobre controle de impulsos.

Identificou-se como fatores independentes associados à dor pélvica crônica a cirurgia abdominal, dispareunia, dismenorréia, etilismo, cefaléia, lombalgia, incisão longitudinal, incisão transversal, cesáreas, tabagismo e distensão abdominal.

No estudo de Ribeirão Preto os fatores independentes associados à DPC foram: episiotomia, cesáreas, incisão longitudinal, incisão transversal, incisão longitudinal e o tabagismo (POLI-NETO et. al., 2009).

Alguns estudos têm tentado identificar fatores de risco para a doença, mas os resultados são conflitantes, o que é, em parte, explicado pela particularidade dos dados epidemiológicos de cada localidade e pela falta de qualidade no acesso às informações dos estudos (McGOWAN-LINDA et al., 2001; LATTHE et al., 2006). Esta pesquisa mostrou uma alta associação de DPC e cirurgia abdominal, principalmente porque, quase a totalidade das mulheres com dor haviam sido submetidas a cirurgias abdominais ou a cesarianas. Um recente estudo de caso-controle realizado por Almeida et.al (2002) sugeriu que o parto cesáreo pode ser uma fator de risco para DPC (odds ratio 3.7).

Na presente pesquisa foram encontrados resultados semelhantes ao de Almeida com odds ratio de 160.0, talvez esse achado possa estar diretamente relacionado com altas taxas de cesáreas no Brasil. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou que a taxa de cesárea maior que 15% é medicamente injustificável (WHO, 1985). Entretanto vem ocorrendo um aumento global das taxas que passaram, no Brasil, de 32% em 1994 para 40.2% em 1996. A redução para 36.9% no período de 1996-1999 foi seguida por um recrudescimento nas taxas para 39.9% em 2002 (DATASUS, 2006).

Um estudo englobando 42 países revela desigualdades sociais no uso da cesárea, com taxas inferiores a 1% nos países mais pobres. Na América Latina, ainda que o Brasil seja detentor das taxas mais elevadas, elas variam de 41.1% para as mulheres residentes em área urbana a 16.8% nas áreas rurais (RONSMANS, 2006).

Recentemente, uma revisão sistemática concluiu que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, patologia pélvica, cesáreas e co-morbidades psicológicas estão associadas à doença (LATTHE et al., 2006) .

Esta pesquisa demonstrou que nas mulheres com DPC 39% consumiam álcool, 14% fumavam, 61% ingeriam várias vezes ao dia cafeína, 1.4% usavam drogas ilícitas e 24% já realizaram aborto, 55% apresentaram DIP o que mostra que nossos dados são similares a

revisão de Latthe em 2006. (LATTHE et al., 2006). Os dados disponíveis até o momento são de certa forma, limitados, especialmente em países como o Brasil.

Neste estudo, as mulheres com DPC 36% apresentaram constipação, 65% sintomas urinários, 43% lombalgia, 44% enxaqueca, 20% DIP, 13% distensão abdominal, 14% dispareunia e 40.5% dismenorréia. O desenho do estudo não objetivou identificar as principais causas de DPC em São Luís, mas observou-se a presença de sintomas gastrointestinais, urológicos e ginecológicos evidentes e com relação direta com a dor.

Não existe consenso acerca das doenças que mais causam DPC. Em um estudo no Reino Unido as doenças gastrointestinais foram apontadas como a maior causa de DPC naquela população (37%), seguidas de desordens urológicas (31%), ginecológicas (20%) e miofasciais (12%) (ZONDERVAN, 1999). A dispareunia e a dismenorréia são sintomas na maioria das mulheres com DPC, sendo um achado significativo também nesse estudo, porém existem controvérsias a respeito da sua relação causal com a doença.

6 CONCLUSÃO

O estudo conclui que a prevalência de DPC em São Luís é alta e está diretamente associada à cirurgia abdominal, cesárea, incisões cirúrgica longitudinal e transversal, dispareunia, dismenorréia, DIP, alcoolismo, tabagismo, enxaqueca e lombalgia.

O estudo não permite tecer conclusões definitivas sobre a relação de causalidade entre estes fatores e a DPC, sendo necessárias investigações minuciosas e outros desenhos de estudos para embasar os resultados. Os dados disponíveis até o momento são de certa forma, limitados, especialmente em países como o Brasil, o que revela uma necessidade de uma melhor compreensão da contribuição relativa de fatores patológicos, sociais e psicológicos na avaliação clínica da DPC, assim como no desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

- ACOG. Practice Bulletin n. 51. Chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 103, n. 3, p.589-605, 2004.
- ALCOCK, A. Chronic Pelvic Pain in womens. **BMJ**, v. 3, p. 609-612,1926.
- ALMEIDA, E.C.S.; NOGUEIRA, A.A.; CANDIDO DOS REIS F.J. Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher. **Femina**, v. 30, p.699-703, 2002.
- ALMEIDA, E.C.S.; NOGUEIRA, A.A.; CANDIDO DOS REIS F.J.; ROSA E SILVA J.C. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. **Int J Gynecol Obstet**, v.79, p. 101-4, 2002.
- ANDERSCH, B; MILSOM, I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. **Am J Obstet Gynecol**, v. 144, p. 655-60, 1982.
- BERNARDES, N. O. **Eletroestimulação intravaginal no tratamento da dor pélvica crônica**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) Campinas, Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP, 2003.
- BIBEROGLU, K.O; BEHRMAN, S.J. Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness. **Am J Obstet Gynecol**, v.139, n. 6, p. 645-54,1981.
- BRUNO, R.V; OLIVEIRA, L.A; VILLAFANA, G; BOTELHO, B.G; SOUZA, R.C. Atualização na abordagem da dor pélvica crônica. **Femina**, v.35, n. 1, p. 29-33, 2007.
- BUTRICK, C.W. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. **Clin Obstet Gynecol**, v. 46, n. 4, p.811-23, 2003.
- CAMPBELL, F.; COLLEN, B. J. Chronic pelvic pain. **Br J Anaesth**, v. 73, n. 5, p. 571-3, 1994.
- CARVALHO, M.M.M.J. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.
- CARTER, J.E. Diagnosis and treatment of the causes of chronic pelvic pain. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, v.81, n.1, p. 137-41, 1996.
- CHAPMAN, C.; SYRJALA, K. Measurement of pain. In: **The management of pain**. 2ª ed., Philadelphia: Lea & Febinger, p.580-94, 1990.
- CHEONG, Y; WILLIAM STONES, R. Chronic pelvic pain: etiology and therapy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynecol**, v. 20, n. 5, p. 695-711, 2006.
- CURY, A.F.; COELHO, L.P.; ABRÃO, M.S. Dor pélvica crônica: limites e possibilidades do diagnóstico. Perspectiva psicossomática. **Femina**, v. 32, n. 4, p. 329-32, 2004.
- DATASUS. **SINASC- Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. Ministério da Saúde; 2006 [citado 2006 fev 27]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>

DULEBA, A.; KELTZ, M.; OLIVE, D. Evaluation and management of chronic pelvic pain. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, v. 3, p. 205-27, 1996.

DUFFY, S. Chronic pelvic pain: defining the scope of the problem. **Int J Gynecol Obstet**, v.74 , suplemento 1, p. S3-7, 2001.

FORTES, S. O paciente com dor. In Botega, N.J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FOX, S. D. Chronic pelvic pain in women. **Medicine and Health**. Rhode Island, v.86, n. 1, p. 9-11, 2003.

GAMBONE, J.C; MITTMAN, B.S; MUNRO, M.G; SCIALLI, A.R; WINKEL, C.A. Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expertpanel consensus process. **Fertil Steril**, v.78, p. 961-72, 2002.

GELBAYA, T.; EL-HALWAGY, H. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. **Obstet Gynecol Surv**, v. 56, p. 757-64, 2001.

GOMEL, V. Chronic pelvic pain: a challenge. **J Minim Invasive Gynecol**, v.14, p.521-6, 2007.

GOMES, K.R.O; TANAKA, A.C. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n.1, p. 75-82, 2003.

GUIMARÃES, S.S. Introdução ao estudo da dor. In CARVALHO, M.M.M.J. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

HALBE, H.W. e cols. - **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Ed. Roca, vol.1 e 2, 1987; p.291-297; p. 1247-1263.

HAUGSTAD, G.K; HAUGSTAD, T.S.; KIRSTE, U. M; LEGANGER, S.; WOJNIUSZ, S.; KLEMMETSEN, I, et al. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. **J Psychosom Res**, v.61, n. 5, p. 637-44, 2006.

HURT, W.G. Outpatient gynecologic procedures. **Surgical Clinics of North America**, v.71, n. 5, p. 94-109,1991.

HOWARD, F.M. Chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v.101, p. 594-611, 2003.

HOWARD, F.M. Laparoscopic evaluation and treatment of women with chronic pelvic pain. **J Am Assoc Gynecol Laparosc**, v.1, n. 4, p. 325-31, 1994.

IASP. Internacional Association for the Study of Pain. Pain Terms: The list with definitions and notes on usage. **Pain**, v.6, p. 24-52, 1979.

IANNETTA, O. Dor pélvica crônica. In: Halbe, H.W. – **Tratado de Ginecologia**. 2ª edição. São Paulo: Roca, 2000.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria Clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1997.

LAMPE, A; SÖLDER, E; ENNEMOSER, A; SCHUBERT, C; RUMPOLD, G; SÖLLNER, W. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. **Obstet Gynecol**, v.96, 6, p. 929-33, 2000.

LOBATO, O. O problema da dor. Melo Filho, Júlio. **Psicossomática Hoje**. Artes Médicas Sul: Porto Alegre, p. 165-178, 1992.

LATTHE, P.; LATTHE, M.; SAY, L.; GULMEZOGLU, M.; KHAN, K.S. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. **BMC Public Health**, v.6, p.177, 2006.

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

LEVITAN, Z.; EIBSCHITZ, I, DE VRIES K, HAKIM M, SHARF M. The value of laparoscopy in women with chronic pelvic pain and a “normal pelvis”. **Int J Gynecol Obstet**, v.21, n. 1, p. 71-4, 1985.

LONGSTRETH, G.F; PRESKILL, D.B, YOUKELES, L. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation to gynecologic features and outcome. **Dig Dis Sci**, v.35, p.1285-90, 1990.

LORENÇATTO, C.; PETTA, C.A; NAVARRO, M.J, BAHAMONDES, L.; MATOS, A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.85, n.1, p. 88-92, 2006.

LOOS, M.J.; SCHELTINGA, M.R.; MULDER, L.G; ROUMEN, R.M. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. **Obstet Gynecol**, v.111, n. 4, p. 839-46, 2008.

MATHIAS, S.D; KUPPERMANN, M.; LIBERMAN, R.F; LIPSCHUTZ, R.C; STEEGE, J.F; Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. **Obstet Gynecol**. v. 87, p. 321-7, 1996.

MONTENEGRO, M.L; GOMIDE, L.B.; MATEUS VASCONCELOS, E.L.; ROSA e SILVA, J.C.; CANDIDO DOS REIS, F.J.; NOGUEIRA A.A, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. In press; 2009.

MONTENEGRO, M.L.; MATEUS VASCONCELOS, E.C.; ROSA e SILVA, J.C.; CANDIDO DOS REIS, F.J.; NOGUEIRA, A.A, POLI-NETO, O.B. Postural changes in women with chronic pelvic pain: a case control study. **BMC Musculoskelet Disord**. v.10, p.82, 2009.

MILBURN, A, REITER, R.C.; RHOMBERG, A.T. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. **Obstetric and Gynecology Clinics of North America**, v.20, p. 643-61, 1993.

McGOWAN-LINDA; CLARK-CARTER, D.D; PITTS, M.K. Chronic pelvic pain: a metanalytic review. **Psychol Health**, v.13, p. 937-51, 1998.

MYAHIRA, H.; MACHADO, A. Dor pélvica: anatomofisiologia, diagnóstico e tratamento. **GO Atual**, v.1/3, p. 20-8, 2003.

MEADOWS, E. Treatments for patients with pelvic pain. **Urol Nurs**, v.19, p. 33-5, 1999.

MYAHIRA, H.; MACHADO, A. Dor pélvica: anatomofisiologia, diagnóstico e tratamento. **GO Atual**, v.1/3, p. 20-8, 2003.

MOORE, J.; KENNEDY, S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*, v. 14, n. 3, p. 389-402, 2000.

NARUZ, C. S.; FERREIRA, L. S. **Manual para normalização de monografias**. São Luis: 3ed. Revista atualizada e ampliada, 2002.

NESS, R.B; SOPER, D.E; HOLLEY, R.L, PEIPERT, J.; RANDALL, H.; SWEET, R.L, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. **Am J Obstet Gynecol**, v.186, p. 929–37, 2002.

NOGUEIRA, A.A.; CANDIDO DOS REIS, F.J.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em Mulheres. **Rev Bras Obst**, v. 28, n. 12, p. 733-40, 2006.

ONG, K.S.; SEYMOUR, R.A. Pain measurement in humans. **Surgeon**, v. 2, n. 1, p. 15-27, 2004.

PARSON, C.L, BULLEN, M.; KAHN, B.S.; STANFORD, E.J; WILLEMS, J.J. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. **Obstet Gynecol**, v. 98, p. 127-32, 2001.

PRIOR, A; WILSON, K; WHORWELL, P.J; FARAGHER, E.B. Irritable bowel syndrome in gynecological clinic. Survey of 798 new referrals. **Dig Dis Sci**, v.34, p.1820-4, 1989.

PETERS, A.; DORST, E.; JELLIS, B.; ZUUREN, E.; HERMANS, J.; TRIMBOS, J. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v.77, p.740-4, 1991.

PIMENTA, C.A.M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In, Carvalho, M.M.M.J. **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, 1999.

PIMENTA, C.A.M. et al. Epidemiologia da dor. In FIGUEIRÓ, J.A.B., ANGELOTTI, G & PIMENTA, C.A. de M (Orgs) **Dor & Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

POLI-NETO, O.B; FILHO, A.A; ROSA E SILVA, J.C, BARBOSA, H.D.E. F; CANDIDO DOS REIS, F.J; NOGUEIRA, A.A. Increased capsaicin receptor TRPV1 in the peritoneum of women with chronic pelvic pain. **Clin J Pain**, v. 25, n.3, p. 218-22, 2009.

POLI-NETO, O.B; NASCIMENTO, A. L do; MICHELAZZO, D.; SILVA, G.; ALVES JÚNIOR, J.C.; ROSA E SILVA, J.C.; CANDIDO DOS REIS, F.J; NOGUEIRA, A.A. Poster Sessions. **European Journal of Pain**, v. 13, p. S 55-S285, 2009.

MONTENEGRO, M.L.; MATEUS VASCONCELOS, E.C.; ROSA E SILVA, J.C.; NOGUEIRA, A.A; CANDIDO DOS REIS, F.J.; POLI-NETO, O.B. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. **Pain Med**, v.11, n. 2, p. 224-8, 2010.

RAMAHI, A.J, RICHARDSON, D.A. A practical approach to the painful bladder syndrome. **J Reprod Med**, v.35, p.805–9,1990.

RAVSKI, A. Dor pélvica crônica. In: CAMARGOS, A.; MELO, V. **Ginecologia ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed, p.293-301, 2001.

ROMÃO, A.P.M.S.; ROMÃO, G.S.; GORAYEB, R.; NOGUEIRA, A.A. O funcionamento psicológico e sexual da mulher com dor pélvica crônica: atualização. **Femina**, v. 37, n.1, 2009.

ROMÃO, A.P.M.S. **Avaliação da prevalência de ansiedade e depressão e o impacto na qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica** [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2008.

REITER, R. Evidence-based management of chronic pelvic pain. **Clin Obstet Gynecol**, v.41, p. 422-35, 1998.

REITER, R. A profile of women with chronic pelvic pain. **Clin Obstet Gynecol**, v. 33, p. 130-136, 1990.

RONSMANS, C; HOLTZ S.; STANTON, C. Socioeconomic differentials in cesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. **Lancet**,v.368, n.9546, p.1516-23, 2006

ROSENTHAL, R.H. - Psicologia da algia pélvica crônica. In: LING, F.W. - Tratamento Atual da Algia Pélvica Crônica. **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte**, v. 4, p. 641-656, 1993.

SILVA, L.P. da. Dor pélvica crônica: desafio ao dualismo. **FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 2005.

STEEGE, J.F. Office assessment of chronic pelvic pain. **Clin Obstet Gynecol**, v.40, n. 3, p. 554-63, 1997.

STONES, W.; CHEONG, Y.C.; HOWARD, F.M. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2005, Issue 2. Art. No.: CD000387. DOI: 10.1002/14651858.CD000387. 2009.

SCIALLI, A. Evaluating chronic pelvic pain: a consensus recommendation. **J Rep Med**, v. 44, p. 945-52, 1999.

SULEIMAN, A. Laparoscopy in the management of women with chronic pelvic pain. **Aust N Z J Obstet Gynecol**, v.31, p.1-23, 1991.

SUMMITT JUNIOR, R.L. Urogynecologic causes of chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v.20, p. 685–98,1993.

VERIT, F.F; VERIT, A.; YENI, E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. **Arch Gynecol Obstet**, v.274, n.5, p. 297-302, 2006.

VILELA FILHO, O. Prefácio. In: Carvalho MMMJ. (org). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus, p. 7-8, 1999.

WALKER, E.A.; KATON W.J.; JEMELKA. R.; ALFREY, H.; BOWERS, M.; STENCHEVER, M.A. The prevalence of chronic pelvic pain and irritable bowel syndrome in two university clinics. **J Psychosom Obstet Gynecol**, v.12(supl), p. 65–75, 1991.

WALKER, E.A.; KATON, W.J.; HANSOM, J.; HARROP GRIFFITHS, J.; HOLM L.; JONES M.L., *et al*. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. **Psychosomatics**, v.36, n. 6, p. 531-40, 1995.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.2, p.436-7,1985.

ZONDERVAN, K.T; YUDKIN, P.L; VESSEY, M.P; DAWES, M.G; BARLOW, D.H.; KENNEDY, S.H. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. **Br J Obstet Gynecol**, v.106, n.11, p. 1156-61, 1999.

ZONDERVAN, K.T; YUDKIN, P.L; VESSEY, M.P; DAWES, M.G; BARLOW, D.H.; KENNEDY, S.H. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. **Br J Obstet Gynecol**, v.106, n. 11, p.1149-55. 1999.

ZONDERVAN, K.; BARLOW, D.H. Epidemiology of chronic pelvic pain. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol**, v.14, n. 3, p. 403-14, 2000.

YENG, L.T; TEIXEIRA, M. J; UNGARETTI, A. J; KAZIYAMA, H; BOGUCHWAL, B. Dor pelviperineal. **Revista Médica**, v.80 (Ed Esp. PT 2), p. 351-74, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Endereço _____

Data_de_nascimento _____ Data_da_entrevista _____ Telefone _____

Escolaridade ☐ 1º grau incompleto ☐ 2º grau incompleto ☐ superior incompleto ☐ pós-graduação
☐ 1º grau completo ☐ 2º grau completo ☐ superior completo

Estado_civil ☐ solteira ☐ casada ☐ viúva ☐ divorciada ☐ amasiada

Profissao _____ Numero_membros_familia _____ Renda_total _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Tem_dor_pelvica_cronica ☐ 0-não ☐ 1-sim Duração _____ meses Evolucao ☐ melhora ☐ piora ☐ inalterada

Aparecimento ☐ subito ☐ gradual Frequencia ☐ 0 = menos de 2 vezes por semana ☐ 1 = 2 ou mais vezes por semana

Duracao_do_episodio ☐ minutos ☐ dias ☐ horas ☐ constante Ritmicidade_da_dor ☐ Breve ☐ Ritmica ☐ Contínua ☐ Other...
☐ Momentânea ☐ Periódica ☐ Persistente
☐ Transiente ☐ Intermitente ☐ Constante

Quantidade de dor _____

nenhuma dor _____ pior dor sentida _____

Pior_dor_sentida ☐ cálculo urinário ☐ dor nas costas ☐ enxaqueca ☐ infarto ☐ parto normal
☐ cirurgia ☐ dor pélvica atual ☐ fratura de osso ☐ obstrução intestinal ☐ Other...

Quando aparece ☐ após coito ☐ esforço físico ☐ menstrual ☐ pós-menstrual
☐ durante coito ☐ espontâneo ☐ pré-menstrual ☐ Other...

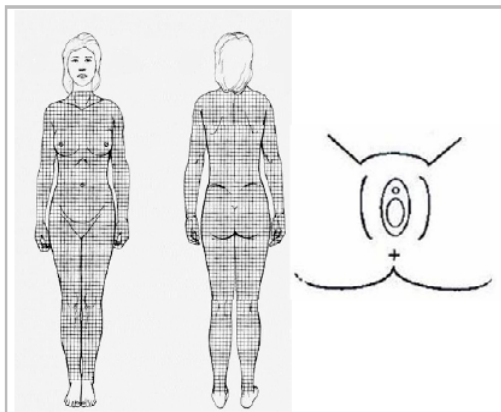
Relaciona_a_algum_fato ☐ nenhum ☐ divórcio ☐ perda de familiar ☐ trauma sexual
☐ cirurgia ☐ ovulação ☐ trauma físico ☐ Other...

Fatores_de_piora ☐ nenhum ☐ contato com roupa ☐ enchimento vesical ☐ ingestão alimentar ☐ sentada
☐ atividade diária ☐ constipação ☐ esforço físico ☐ menstruação ☐ Other...
☐ coito ☐ deambulação ☐ estresse ☐ ortostática

Horario_de_piora ☐ manhã ☐ tarde ☐ noite ☐ sem horário preferencial

Fator_de_alivio ☐ nenhum ☐ calor local ☐ laxante ☐ massagem ☐ Other...
☐ analgésico ☐ evacuação ☐ micção ☐ repouso

Assinalar o local da dor pélvica e todos os demais pontos que apresentam dor com frequência



Tratamento_previo ☐ nenhum ☐ analgésico ☐ contraceptivo ☐ Other...
☐ anti-inflamatório ☐ cirurgia ☐ opióide

Auto_medicao ☐ 0-não ☐ 1-sim

ANTECEDENTES

Atividade_fisica_regular	☐ 0-não ☐ 1-sim	Habitos	☐ cafeína ☐ drogas ilícitas ☐ etilismo ☐ tabagismo
Ingestao_diaria_cafeina	☐ 0 ☐ 1 - 3 ☐ 4 - 6 ☐ > 6	vezes ao dia, incluindo café, chá e refrigerante	
Tabagismo	☐ Atual ☐ Passado ☐ Nunca fumei	Numero_cigarros_diaros	Tempo_uso _____ meses
Bebida_alcoólica		Frequencia_ingesta _____ vezes por	☐ dia ☐ semana ☐ mês ☐ ano
Outras_drogas	☐ nenhuma ☐ anfetamina ☐ barbitúrico ☐ cocaína ☐ maconha ☐ Other...	Via_uso ☐ endovenosa ☐ inalatória ☐ oral ☐ Other...	Frequencia _____ vezes por ☐ dia ☐ semana ☐ mês ☐ ano
Cirurgia_ginecologica			
Cirurgia_geral			
Incisao_cirurgica	☐ laparoscopia ☐ longitudinal mediana ☐ longitudinal paramediana ☐ oblíqua ☐ transversa ☐ nenhuma		
Antecedentes_medicos	☐ nenhum ☐ doença sexualmente transmissível ☐ lupus ☐ apendicite ☐ enxaqueca ☐ miomatose ☐ corrimento de repetição ☐ infecção urinária de repetição ☐ polipose intestinal ☐ depressão ☐ infertilidade ☐ traumatismo pélvico ou abdominal ☐ diverticulite ou diverticulose ☐ litíase urinária ☐ Other... ☐ doença inflamatória pélvica ☐ lombalgia		
Ja_teve_atividade_sexual	☐ 0-não ☐ 1-sim	Idade_primeiro_coito _____	
Status_menstrual	☐ menacme ☐ menopausa ☐ pré-puberal	Idade_menarca _____	Idade_menopausa _____
Gestacoes	Partos _____	Epsiotomias ☐ 0-não ☐ 1-sim	Forceps _____ Cesareas _____ Abortos _____
Complicacoes_puerperais	☐ nenhuma ☐ hemorrágicas ☐ infecciosas ☐ Other...		
Violencia_domestica	☐ 0-não ☐ 1-sim	Violencia_sexual ☐ 0-não ☐ 1-sim	Epoca_violencia_sexual ☐ Adulta ☐ Infância

INTERROGATÓRIO ESPECÍFICO

DUM	Regularidade_fluxo_menstrual ☐ irregular ☐ regular	Intervalo_intermenstrual _____ dias
Duracao_fluxo_menstrual	dias _____	Volume_do_fluxo ☐ aumentado ☐ normal ☐ reduzido
Spot	☐ 0-não ☐ 1-sim	
Dismenorreia	☐ nenhuma ☐ leve = não prejudica atividade diária, uso eventual de medicação ☐ moderada = afeta a atividade diária, é responsiva à medicação, absenteísmo raro ☐ severa = limitação importante da atividade diária (absenteísmo), dor acompanhada por cefaléia, fraqueza, náuseas, vômitos e/ ou diarreia, uso freqüente de medicação com pouca resposta	
Desejo_sexual	☐ 0-não ☐ 1-sim	Orgasmo ☐ 0-não ☐ 1-sim
Frequencia_sexual	vezes por ☐ dia ☐ semana ☐ mês ☐ ano	Atividade_sexual_atual ☐ 0-não ☐ 1-sim
Lubrificacao_adequada	☐ 0-não ☐ 1-sim	
Contracepcao	☐ nenhum ☐ anel vaginal ☐ condom ☐ DIU ☐ implante ☐ pílula ☐ vasectomia ☐ adesivo ☐ coito interrompido ☐ diafragma ☐ injetável ☐ laqueadura ☐ tabelinha ☐ Other...	
Dispareunia	☐ nenhuma ☐ leve = dor tolerável, não leva à interrupção da relação sexual ☐ moderada = dor intensa o suficiente para levar à interrupção da relação sexual ☐ severa = dor que impede a relação sexual	

Frequencia_miccional	☐ 8 ou menos ☐ 9 - 15 ☐ 16 ou mais			
Queixas_urinarias	☐ ausente ☐ disúria ☐ dor durante enchimento vesical	☐ polaciúria ☐ hematúria ☐ incontinência de esforço	☐ noctúria ☐ sensação de urina residual ☐ urgência	☐ Other...
Se nocturia	☐ até 1 ☐ 2 ou mais			
A dor melhora com evacuação?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
O inicio da dor esta associado a alteração na frequencia de evacuação?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Frequencia_evacuacao	☐ 2 vezes ou menos por semana ☐ 3 vezes ou mais por semana ☐ 3 vezes ou mais por dia			
O inicio da dor esta associado a alteração nas características (consistencia) das fezes?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Caracteristica_fezes	☐ duras ou irregulares ☐ líquidas ☐ pastosas			
Queixas_intestinais	☐ ausente ☐ constipação	☐ diarreia ☐ distensao abdominal	☐ eliminação de muco ou sangue ☐ flatulência excessiva	☐ tenesmo ☐ urgencia ☐ Other...
Voce tem sentido desanimado, deprimido ou desesperancado desde o mes passado?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Voce esta preocupado pela falta de interesse ou prazer em fazer as coisas?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Alteracao do apetite?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Disturbio do sono?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Alteracao da auto-estima (desvalia, culpa)?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Voce tem ataques subitos ou inesperados de ansiedade ou nervosismo?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Voce se sente tenso, preocupado ou estressado com frequencia?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Ataque de sintomas autonomos (dor no peito, palpitaçoes, respiracao ofegante, tremor, suores, rubores, nauseas)?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Presenca de ansiedade ou preocupacao cronica?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Evitacao de lugares ou situacoes devido a ansiedade ou preocupacoes?		☐ 0-não ☐ 1-sim		
Presenca de obsessoes ou compulsoes?		☐ 0-não ☐ 1-sim		

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PESQUISA: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOR PÉLVICA
CRÔNICA EM MULHERES DE SÃO LUÍS-MA**

Você está convidada a participar, como voluntária desta pesquisa, a qual tem a finalidade de pesquisar a prevalência de dor pélvica crônica na população em geral e estudar possíveis fatores de risco associados à doença em questão. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento. Sua participação nesse estudo será responder formulários objetivos (marcando um “X”) que serão feitos em entrevista na sua casa por entrevistadores devidamente identificados e treinados para explicar eventuais dúvidas. Você não precisará responder às questões que não quiser ou se sentir desconfortável e insegura. Você não terá gastos financeiros, pois as avaliações serão feitas no seu domicílio. Todas as dúvidas referentes ao questionamento poderão ser sanadas pelos entrevistadores ou pelos responsáveis definidos acima. Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Nós não podemos e não garantimos que você receberá qualquer benefício direto deste estudo. Você terá a segurança de não ser identificada e ter mantido o caráter confidencial da informação relacionada à sua privacidade. Qualquer questão a respeito do estudo ou de sua saúde pode ser dirigida aos responsáveis pelo projeto, designados ao final deste termo. Os dados serão colocados em pesquisas científicas, mantendo-se o sigilo, buscando dessa forma uma melhoria na qualidade de sua vida. Se você se encontra suficientemente esclarecida e concorda em participar da pesquisa, assine abaixo.

São Luis, ____/____/____.

Assinatura da Voluntária

Assinatura do investigador/testemunha

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações

Equipe Pesquisadora:

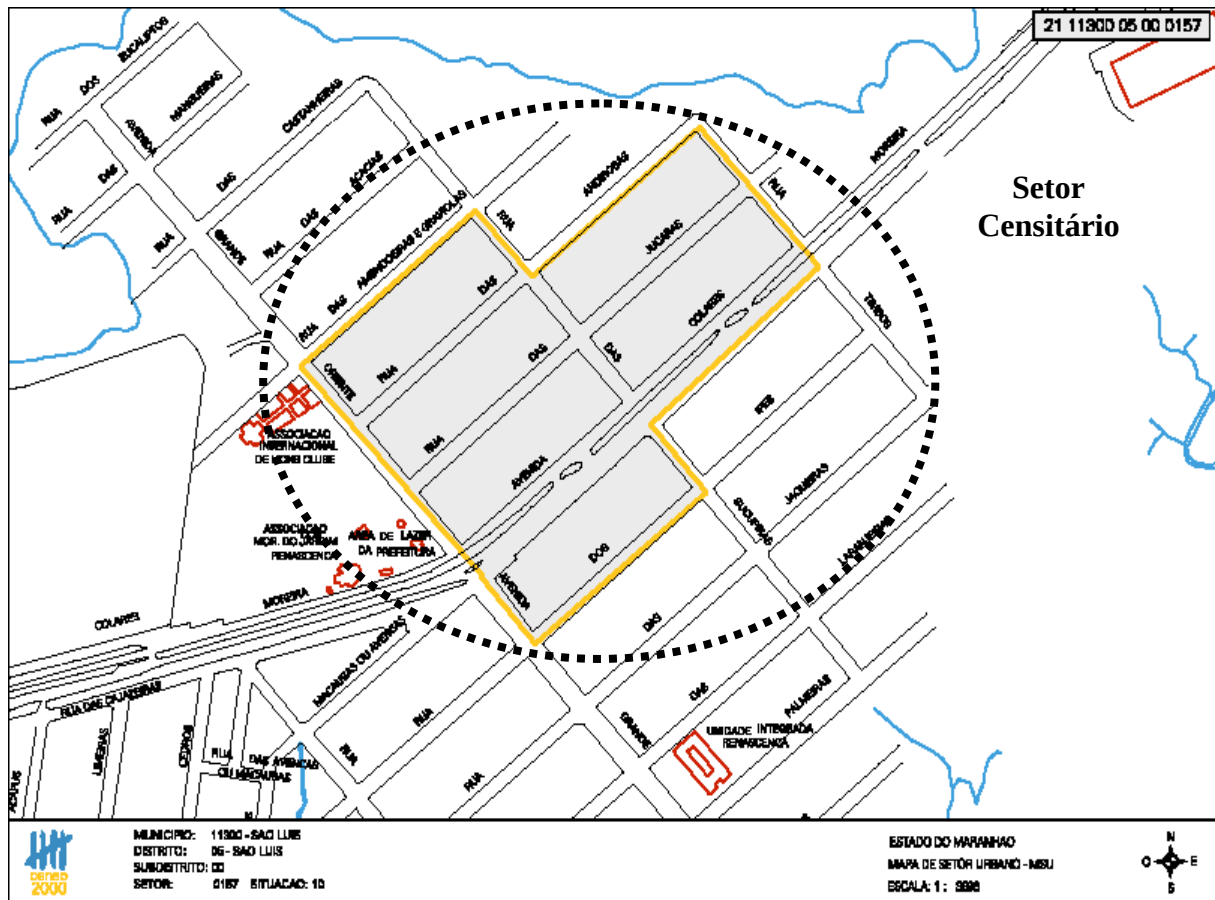
Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito – Praça Gonçalves Dias, n. 21. Centro. Tel: (98) 3232 – 0286.

Leidyane Silva Caldas Coelho – Rua Mauro Lima nº 93 São Francisco. Centro (98) 9613-2378

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro. São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1223.

ANEXOS

ANEXO 1 – Mapa do Setor Censitário



Fonte: IBGE (2006)

ANEXO 2 – Aprovação no Comitê de Ética



Universidade Federal do Maranhão
Hospital Universitário
Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº 289/10

Registro CEP: 006/09 Processo Nº: 000303/2009-70

Pesquisador(a) Responsável: Luciane M^a Oliveira Brito

Equipe executora: Luciane M^a Oliveira Brito, Mariane Serra de Aragão, Daniele Soares Veras, Guilherme Aragão Bringel, Iohana Gabriella Silva Ribeiro e Leidyane Silva Caldas Coelho

Tipo de pesquisa: Projeto de Pesquisa

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde

Grupo: III

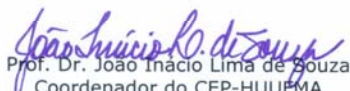
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Federal do Maranhão analisou a documentação de inclusão da Mestranda **Leidyane Silva Caldas Coelho** no Processo Nº: **000303/2009-70**, referente ao projeto de pesquisa: **"Ansiedade e Depressão na Qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica"**, tendo como pesquisador (a) responsável: **Luciane M^a Oliveira Brito**, cujo objetivo geral é **"Estudar a prevalência de depressão, ansiedade, stress, função sexual e qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica, verificando, analisando e discutindo questões inerentes ao tema proposto"**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 26 de outubro de 2010


 Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
 Coordenador do CEP-HUUFMA
 Ethica homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 222-5508 / Fax: (98) 231-1161 e 231-4595

Coelho, Leidyane Silva Caldas

Prevalência e fatores associados à dor pélvica crônica em mulheres de São Luís-MA / Leidyane Silva Caldas Coelho – São Luís: UFMA, 2010.

51-fls.

Orientadora: Luciane Maria Oliveira Brito

Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2010.

1.Dor Pélvica Crônica .I. Brito, Luciane Maria Oliveira (orientadora). II. Título.

CDU: 618.3:616.8-009.7