



Universidade Federal do Maranhão
Agência de Inovação, Empreendedorismo, Pesquisa,
Pós-Graduação e Internacionalização
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto
Mestrado Acadêmico



**PERFIL DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA E
ENDOMETRIOSE EM SÃO LUÍS DO MARANHÃO**

MARILU MARQUES DE MELO

SÃO LUÍS
2026

MARILU MARQUES DE MELO

**PERFIL DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA E ENDOMETRIOSE EM
SÃO LUIS DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

Área de Concentração: Saúde e Metabolismo Humano

Orientador: Prof. Dr. Plínio da Cunha Leal

Co-orientador: Prof. Dr. João Nogueira Neto

Coordenador: Prof. Dr. Marcelo de Souza Andrade

SÃO LUÍS

2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Melo, Marilu Marques de.

Perfil das Pacientes com Dor Pélvica Crônica e Endometriose em São Luis do Maranhão / Marilu Marques de Melo. - 2026.

61 f.

Coorientador(a) 1: João Nogueira Neto.

Orientador(a): Plínio da Cunha Leal.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Dor Pélvica. 2. Dor Crônica. 3. Endometriose. I. Neto, João Nogueira. II. Leal, Plínio da Cunha. III. Título.

MARILU MARQUES DE MELO

**PERFIL DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA E ENDOMETRIOSE EM
SÃO LUIS DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Grau de Mestre em Saúde do Adulto.

A Banca Examinadora de Defesa de Mestrado, apresentada em sessão pública, considerou o candidato aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr. Plínio da Cunha Leal (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. João Nogueira Neto (Co-orientador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Lyvia Maria Rodrigues de Sousa Gomes (Examinador externo)
Universidade Federal do Maranhão / Departamento de Medicina II

Prof^a. Dr^a. Flavia Castello Branco Vidal Cabral (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão / PPGSAD

Prof. Dr. Caio Márcio Barros Oliveira (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão / PPGSAD

Prof^a. Dr^a. Fernanda Ferreira Lopes (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão / Departamento de Odontologia

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Arthur M. Melo Silva e Guilherme M. Melo Silva e a meu marido Sandro L. P. Silva pelo apoio, pelo amor e compreensão durante as longas noites de estudo.

Agradeço ao Prof. Dr. Plinio da Cunha Leal pela orientação precisa.

Ao Prof. Dr. João Nogueira Neto pela orientação, paciência e inestimável conhecimento compartilhado para a realização deste estudo.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ao Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto (PPGSAD), aos docentes do programa, e aos colegas de classe e amigos que fiz ao longo dessa jornada.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho, minha sincera gratidão.

RESUMO

Introdução: A dor pélvica crônica associada à endometriose é condição frequente, multifatorial e debilitante, que compromete a qualidade de vida, o desempenho funcional e a saúde reprodutiva. Apesar de sua relevância clínica, ainda são escassos estudos nacionais que descrevam de forma abrangente o perfil clínico, epidemiológico e psicossocial dessas pacientes e a sobreposição de comorbidades e de mecanismos de sensibilização central da dor. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico, reprodutivo, clínico e psicossocial de mulheres com dor pélvica crônica atendidas em um hospital de alta complexidade de São Luís–MA, comparando aquelas com e sem endometriose, e caracterizando a intensidade, os mecanismos e a centralização da dor. **Metodologia:** Estudo observacional, prospectivo, analítico, de abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de ginecologia de hospital de alta complexidade em São Luís–MA, entre agosto de 2022 e julho de 2025. Incluíram-se mulheres ≥18 anos, com dor pélvica crônica, submetidas a investigação com exames de imagem e/ou videolaparoscopia para diagnóstico de endometriose. **Resultados:** Foram incluídas 174 mulheres, com prevalência de endometriose de 67,2%. Entre as pacientes com endometriose, observou-se endometriose profunda em ligamentos uterossacros em 50,5%, com 45,5% nos estágios 3-4 da doença. As mulheres com endometriose apresentaram maior escolaridade e maior nuliparidade. A dismenorreia foi amplamente presente entre as mulheres com endometriose enquanto comorbidades dolorosas e funcionais mostraram altas frequências em ambos os grupos, como enxaqueca, síndrome do intestino irritável, dor miofascial, vulvodínia e dor neuropática. A centralização da dor apresentou distribuição predominante de graus severo a extremo, e a maioria das mulheres exibiu sintomas de depressão, ansiedade e estresse em diferentes intensidades, principalmente ansiedade extremamente severa em 31,3% das pacientes com endometriose e 41,9% das sem a doença. **Conclusão:** A dor pélvica crônica associada à endometriose caracteriza-se por forte relação com dismenorreia e nuliparidade, além de sobreposição de comorbidades dolorosas e sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Dor pélvica; Dor Crônica; Endometriose.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pelvic pain associated with endometriosis is a frequent, multifactorial, and debilitating condition that compromises quality of life, functional performance, and reproductive health. Despite its clinical relevance, there are still few national studies that comprehensively describe the clinical, epidemiological, and psychosocial profile of these patients, as well as the overlap of comorbidities and central pain sensitization mechanisms. **Objective:** To outline the sociodemographic, reproductive, clinical, and psychosocial profile of women with chronic pelvic pain treated at a high-complexity hospital in São Luís, Maranhão, comparing those with and without endometriosis, and characterizing the intensity, mechanisms, and pain centralization. **Methods:** This was a prospective, analytical, observational study with a quantitative approach, conducted in the gynecology outpatient clinic of a high-complexity hospital in São Luís, Maranhão, Brazil, between August 2022 and July 2025. Participants included women ≥ 18 years old with chronic pelvic pain who underwent investigation with imaging exams and/or videolaparoscopy for the diagnosis of endometriosis. **Results:** A total of 174 women were included, with a prevalence of endometriosis of 67.2%. Among patients with endometriosis, deep endometriosis in the uterosacral ligaments was observed in 50.5%, with 45.5% in stages 3-4 of the disease. Women with endometriosis had higher levels of education and a higher rate of nulliparity. Dysmenorrhea was widely present among women with endometriosis, while painful and functional comorbidities showed high frequencies in both groups, such as migraine, irritable bowel syndrome, myofascial pain, vulvodynia, and neuropathic pain. Pain centralization showed a predominant distribution of severe to extreme degrees, and most women exhibited symptoms of depression, anxiety, and stress of varying intensities, mainly extremely severe anxiety in 31.3% of patients with endometriosis and 41.9% of those without the disease. **Conclusion:** Chronic pelvic pain associated with endometriosis is characterized by a strong relationship with dysmenorrhea and nulliparity, as well as an overlap of painful comorbidities and psychological distress.

Keywords: Pelvic pain; Chronic pain; Endometriosis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas)
- CI/BPS: Cistite Intersticial/Síndrome da Bexiga Dolorosa
- CS: Sensibilização central.
- CSI: Central Sensitization Inventory (Inventário de Sensibilização Central)
- DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - 21)
- DN4: Douleur Neuropathique 4 (Dor Neuropática 4)
- DPC: Dor Pélvica Crônica
- FIGO: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- GnRH: Gonadotropin-releasing hormone (Hormônio Liberador de Gonadotrofina)
- IPPS: International Pelvic Pain Society (Sociedade Internacional de Dor Pélvica).
- PUF: Pelvic Pain and Urgency/Frequency questionnaire (Questionário de Dor Pélvica, Urgência e Frequência)
- QCPPA: Questionnaire for Chronic Pelvic Pain Assessment (Questionário para Avaliação de Dor Pélvica Crônica)
- QV: Qualidade de vida
- rASRM: Classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva.
- RM: Ressonância magnética
- SCVP: Síndrome da Congestão Venosa Pélvica
- SII: Síndrome do Intestino Irritável
- WHOQOL: World Health Organization Quality of Life (Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das pacientes diagnosticadas com endometriose e dor pélvica crônica (n = 117). São Luís, Maranhão, 2026.	18
Tabela 2 – Características sóciodemográficas e histórico ginecológico de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.	19
Tabela 3 – Comorbidades e histórico de saúde ginecológico de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.	21
Tabela 4 – Escalas de centralização da dor, depressão, ansiedade e estresse e sintomas de dor pélvica de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.	22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 METODOLOGIA	13
4.1 Tipo de estudo	13
4.2 Local do estudo	13
4.3 População e amostra	13
4.4 Critérios de inclusão	13
4.5 Critérios de exclusão	14
4.6 Coleta de dados e Instrumentos	14
4.7 Aspectos éticos	16
4.8 Análise de dados	17
5 RESULTADOS	18
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	36
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA	39
ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A CENTRALIZAÇÃO DA DOR	50
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE	52
ANEXO D – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA ...	55
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO	56

1 INTRODUÇÃO

A Dor Pélvica Crônica (DPC) é definida como sintomas de dor percebidos como originários de órgãos/estruturas pélvicas, que geralmente duram mais de 3 a 6 meses. Frequentemente, está associada a consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais negativas, bem como a sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário inferior, sexual, intestinal, do assoalho pélvico, miofascial ou ginecológica. A dor pélvica cíclica é considerada uma forma de DPC se tiver consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais significativas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Lamvu *et al.*, 2025).

A DPC é de extrema relevância no meio médico, por ser comum e debilitante (Allahqoli *et al.*, 2024). Configura-se como uma das principais demandas clínicas em ginecologia. Trata-se de uma condição multifatorial, com manifestações que transcendem a esfera física, interferindo significativamente no bem-estar psicossocial, na funcionalidade cotidiana e na produtividade das mulheres acometidas. Estima-se, ainda, que seus efeitos sobre a saúde pública resultem em custos expressivos para os sistemas de assistência, dada a sua complexidade diagnóstica e terapêutica (Rosa e Silva *et al.*, 2021).

A FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) sugere reduzir o período de dor para três meses na definição de DPC e divulgou uma nova classificação chamada “R U MOVVING SOME”. Este novo sistema compreende 12 categorias: Reprodutiva, Urinária, Musculoesquelética, Outras (não classificadas de outra forma), Vulvovaginal, Vascular, Idiopática (nenhuma causa de dor identificada), Neurológica, Gastrointestinal, Sensibilização/Nociplástica, Condições de dor sobrepostas e Saúde mental (Lamvu *et al.*, 2025).

A categoria reprodutiva tem como causas a endometriose, adenomiose, dismenorreia, fibromas, doença inflamatória pélvica, cistos ovarianos, ovário remanescente e síndrome de Mittelschmerz (Lamvu *et al.*, 2025). Esta categoria engloba condições que se originam principalmente do útero, ovários, trompas de Falópio e vagina, podendo representar 50% das causas de DPC relatadas pelas

mulheres (Lamvu *et al.*, 2025). A endometriose é citada como a principal causa de DPC com uma prevalência que vai de 23% a mais de 60%, onde o valor preciso é desconhecido (Maddern *et al.*, 2020; Moradi *et al.*, 2021; Becker *et al.*, 2022).

Dentre as principais etiologias ginecológicas da DPC, a endometriose é uma enfermidade crônica, inflamatória e estrogênio-dependente, de etiologia multifatorial, caracterizada pela presença ectópica de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina e do miométrio.

Entretanto, o diagnóstico dessa condição é, frequentemente, dificultado pela ausência de sinais clínicos patognomônicos e pela dissociação entre a gravidade dos sintomas e a extensão anatômica das lesões. Em geral, a sintomatologia apresenta caráter cíclico e modulado por estímulos hormonais, o que pode atrasar o reconhecimento da doença que, muitas vezes é identificada mediante episódios de infertilidade ou investigações por queixas persistentes de dor pélvica. A confirmação diagnóstica exige abordagem multimodal, sendo a videolaparoscopia com exame anatomopatológico considerada o padrão ouro, embora exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética, tenham papel complementar essencial (Cacciatori; Medeiros, 2015; Haueisen *et al.*, 2019).

Em relação ao tratamento, que engloba desde terapias medicamentosas até intervenções cirúrgicas. O arsenal farmacológico inclui anti-inflamatórios não esteroides, contraceptivos hormonais combinados, agonistas e antagonistas do GnRH (*Gonadotropin-releasing hormone*, Hormônio Liberador de Gonadotrofina), androgênios e inibidores da aromatase. Nos casos de lesões mais extensas ou refratárias ao manejo clínico, a abordagem cirúrgica por videolaparoscopia é recomendada, especialmente para remoção das áreas acometidas e melhora dos sintomas (Cacciatori; Medeiros, 2015; Haueisen *et al.*, 2019).

Ademais, como é sabido, diversas estruturas e mecanismos estão envolvidos na fisiopatologia da DPC (Howard, 2003) e outros autores já demonstraram índices altos de ansiedade, depressão e estresse em mulheres com esse tipo de dor crônica (Romão *et al.*, 2009; Siqueira-Campos *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2020).

Estudos já concluíram que a DPC é condição causadora de sofrimento, que pode levar a depressão, ansiedade, insônia e disfunções sexuais.^{5,10} Dessarte, esta condição clínica apresenta forte impacto na qualidade de vida das mulheres (QV), definida pelo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*, Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde) como “a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization, 1995), incluindo aspectos relacionados ao funcionamento físico, o bem estar psicológico e as relações interpessoais (As-Sanie *et al.*, 2012).

Dessa forma, uma anamnese detalhada é crucial, com a aplicação de questionários antes da consulta, como o da Sociedade Internacional de Dor Pélvica (Hayashi *et al.*, 2023). Ademais, um exame físico minucioso torna-se imprescindível para confirmar ou excluir hipóteses provindas da anamnese.

1.1 Justificativa

A dor pélvica crônica é retratada como uma das principais causas de morbidade e incapacidade funcional para as mulheres (Rocha *et al.*, 2020). Tem sido identificada como fator central de sofrimento, capaz de comprometer de maneira significativa a qualidade de vida das pacientes, ao impor limitações físicas, provocar sofrimento psíquico e comprometer vínculos interpessoais. Reconhecidamente, possui um impacto no bem-estar das pacientes, afetando sua vida conjugal, social, profissional e sexual (Romão *et al.*, 2009). Além disso, a sua prevalência em São Luís – MA, cidade de estudo deste projeto, foi identificada por Coelho *et al.* (2014) como sendo alta 19%. Portanto, torna-se clara a importância da abordagem de tal temática, ao que pretende o presente estudo.

Devido a escassez de estudos que descrevam de forma detalhada o perfil clínico, epidemiológico e psicossocial das mulheres atendidas em ambulatórios especializados, torna-se essencial otimizar o manejo clínico e direcionar estratégias de cuidado individualizado para compreender as características dessas pacientes, incluindo fatores sociodemográficos, obstétricos e comorbidades associadas.

Logo, é importante, ao que se encarrega o presente trabalho, conhecer as comorbidades associadas à esta patologia, bem como a prevalência destas, além dos principais causadores da DPC, nos casos em que podem ser identificados, a fim de delimitar melhor o diagnóstico e a terapêutica utilizada em cada paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Traçar o perfil das pacientes do sexo feminino que apresentam o diagnóstico de dor pélvica crônica associada à endometriose, bem como caracterizar esta dor em hospital de alta complexidade de São Luís – MA.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência e a característica da Endometriose nas pacientes com DPC;
- Avaliar a intensidade e as dimensões qualitativas da dor;
- Identificar os sistemas orgânicos concomitantemente acometidos, com ênfase nos sintomas gastrointestinais, urinários e neuromusculares;
- Investigar a presença e os níveis de sintomas psicológicos, tais como depressão, ansiedade e estresse, por meio de instrumentos psicométricos validados;
- Avaliar a centralização da dor e sua possível associação com mecanismos de sensibilização central e dor crônica refratária.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo e analítico, com abordagem quantitativa, voltado à caracterização clínica e psicossocial de mulheres com dor pélvica crônica associada à endometriose.

4.2 Local do estudo

A pesquisa ocorreu no ambulatório de ginecologia de um hospital de alta complexidade localizado na cidade de São Luís, no estado do Maranhão, Brasil, entre o período de agosto de 2022 a julho de 2025.

4.3 População e amostra

A população-alvo foi composta por mulheres atendidas no referido ambulatório, com diagnóstico de dor pélvica crônica associada à endometriose. A amostragem foi do tipo não probabilística, por conveniência, com base na média mensal de atendimentos ginecológicos.

4.4 Critérios de inclusão

As mulheres elegíveis para o estudo foram aquelas diagnosticadas com dor pélvica crônica (DPC) de acordo com o ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020). Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, estar física e mentalmente apta para compreender os objetivos do estudo,

concordar em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Todas tiveram condutas diagnósticas, como exame de imagem e videolaparoscopia diagnóstica ou terapêutica, realizadas no hospital onde a pesquisa foi executada.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídas as mulheres que já tinham o diagnóstico e estavam em tratamento para dor pélvica crônica em outros serviços .

4.6 Coleta de dados e Instrumentos

Após a primeira consulta com anamnese e exame físico, concluído o diagnóstico de DPC (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020), questionários autoaplicáveis que citaremos abaixo foram entregues às pacientes para serem preenchidos em ambiente isolado fora da sala de consulta. Após os preenchimentos dos formulários, as pacientes retornaram com o médico responsável que analisou e revisou os formulários, para responder quaisquer dúvidas que possam ter surgido durante o preenchimento; em seguida as pacientes elegíveis eram incluídas no grupo de pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa foram da anamnese, exame físico e exames complementares dos registros do hospital onde foi realizado esta pesquisa e dos questionários autoaplicáveis, que citaremos a seguir:

O diagnóstico de endometriose foi estabelecido com base na presença de endometriose observada em ressonância magnética e/ou ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e/ou confirmada por exame anatomopatológico após cirurgia. Os exames de ressonância magnética foram revisados por um radiologista experiente em endometriose. Categorizamos os resultados de ressonância magnética de acordo com a classificação Enzian (Bouko-Levy *et al.*,

2024). A classificação cirúrgica foi baseada na classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (rASRM – *Revised American Society for Reproductive Medicine*) (Delgado *et al.*, 2022).

Foi aplicado o Questionário para Avaliação da Dor Pélvica Crônica (QCPA – *Questionnaire for Chronic Pelvic Pain Assessment*) da Sociedade Internacional de Dor Pélvica (IPPS – *International Pelvic Pain Society*), com tradução validada para o português brasileiro (Hayashi *et al.*, 2023) (ANEXO A). Desse questionário foram extraídos: idade, estado civil, grau de instrução, histórico obstétrico, tempo de dor, intensidade de dor pela escala de McGill, diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, enxaqueca, infertilidade, alergia a medicamentos, abusos sexual, físico e emocional, dismenorrea, dispareunia, adeniose, leiomioma, vulvodinia, doença inflamatória pélvica e dor perianal. Para os diagnósticos de Síndrome do Intestino Irritável (SII) foi usado os critérios da Roma IV, Cistite Intersticial/Síndrome da Bexiga Dolorosa (CI/BPS) com o uso do questionário de Dor Pélvica e Urgência/Frequência Urinária (PUF – *Pelvic Pain, and Urgency/Frequency*) e a síndrome da congestão pélvica foi considerada positiva quando a paciente apresentava quatro ou mais dos seis sintomas clínicos apresentado no QCPA/IPPS e confirmado com ultrassonografia com doppler conforme consenso (Antignani *et al.*, 2019).

O diagnóstico de fibromialgia foi baseado nos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (Wolfe *et al.*, 2016). Para avaliar a presença ou ausência de dor pélvica miofascial foram avaliados pontos sensíveis musculoesqueléticos em mulheres com DPC, incluindo assoalho pélvico, abdômen, virilha e parte interna da coxa, conforme descrito por Sanses *et al.* (2016).

Para avaliar, diagnosticar e graduar a sensibilização central (CS) da dor foi usado o questionário CSI (*Central Sensitization Inventory*) (ANEXO B). O CSI, um questionário validado e autoadministrado, foi usado para avaliar a centralização da dor e os sintomas relacionados. As respostas são classificadas em uma escala Likert de 5 pontos: Nunca (0), Raramente (1), Às vezes (2), Frequentemente (3) e Sempre (4), resultando em uma pontuação total de 0 a 100. O CSI foi classificado como subclínico (pontuação de 0 a 29), leve (30 a 39), moderado (40 a 49), grave (50 a 59)

e extremo (60 a 100), de acordo com Neblett *et al.* (2017).

Para avaliação do estado psicológico e emocional das pacientes foi aplicado o validado questionário DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) (Patias *et al.*, 2016) (ANEXO C). Este instrumento mede três dimensões: depressão, ansiedade e estresse. É composto por três subescalas: Depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), Ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e Estresse (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Cada item tem quatro opções de resposta, variando de 0 (não se aplica a mim) a 3 (aplica-se a mim na maioria das vezes). As pontuações para cada subescala são somadas e multiplicadas por dois, resultando em um intervalo de 0 a 42 por subescala. A classificação dos escores de estresse é: 0-14 = normal, 15-18 = leve; 19-25 moderado, 26-33 = grave e 34-42 = extremamente grave. Para ansiedade, a pontuação é de 0 a 7 (normal), 8 a 9 (leve), 10 a 14 (moderado), 15 a 19 (grave) e 20 a 42 (extremamente grave). Para depressão: 0 a 9 (normal); 10 a 13 (leve); 14 a 20 (moderado); 21 a 27 (grave) e 28 a 42 (extremamente grave) (Patias *et al.*, 2016).

As características da dor neuropática foram avaliadas com o questionário DN4 (*Douleur Neuropathique 4, Dor Neuropática 4*) (ANEXO D), que é validado e simples de administrar e auxilia efetivamente no diagnóstico da dor neuropática (Santos *et al.*, 2010). Os sete primeiros itens avaliam as qualidades da dor (queimação, frio intenso, choques elétricos) e as sensações anormais associadas (formigamento, dormência, coceira). Os três itens restantes baseiam-se em achados de exame neurológico na área dolorosa (hipoestesia ao toque, hipoestesia à picada de agulha, alodínia tátil). Cada item positivo pontua 1, e a pontuação total varia de 0 a 10. Uma pontuação de 4 ou mais indica dor neuropática.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa “Perfil das Pacientes com Dor Pélvica Crônica em Rede Privada de São Luís do Maranhão”, do qual esse estudo faz parte, possui Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, CAAE número 43223721.0.0000.5085, aceito e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos com Parecer Número: 5.933.912 (ANEXO E).

4.8 Análise de dados

Os dados foram tabulados no Microsoft Office Excel® (versão 2019) (Redmond, WA, EUA) e analisados no SPSS (versão 26) (Chicago, IL, EUA). Os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%) e os numéricos em média e desvio padrão e mediana e amplitude (mínimo e máximo). A normalidade foi avaliada a partir do teste de Shapiro Wilk.

Para comparar variáveis categóricas foi aplicado o teste do Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, conforme distribuição. E em variáveis numéricas foram aplicados os testes de t de Student ou Mann Whitney, conforme normalidade. Todas as associações foram fixadas em um nível de significância de $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Foram avaliados 200 pacientes com dor pélvica crônica no período de agosto de 2022 a julho de 2025. 26 pacientes não concordaram participar do estudo ou não preencheram os critérios de inclusão. Foram incluídas 174 mulheres que preencheram o QCPPA, 122 preencheram o DASS 21, 170 pacientes o DN4 e 86 pacientes o CSI. A explicação para o não preenchimento de todos os formulários foi grande quantidade de perguntas e tempo dispensado.

A prevalência de endometriose na amostra foi de 67,2% (117/174). Nos exames de imagem, observou-se endometriose anterior profunda (bexiga) em 5 casos (4,27%), endometriose posterior profunda do ligamento uterossacral em 59 (50,49%), endometriose posterior profunda da vagina em 13 (11,11%), septo retrovaginal posterior profundo/torus/lesão ureteral/cólon/reto e envolvimento de outras estruturas do trato digestivo em 53 (45,29%), endometriomas em 36 (30,76%) e adenomiose associada à endometriose posterior em 36 (30,76%). No diagnóstico cirúrgico, observou-se Estágio 1 em 4 casos (7,27%), Estágio 2 em 12 (21,81%), Estágio 3 em 14 (25,45%) e Estágio 4 em 25 (45,45%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características das pacientes diagnosticadas com endometriose e dor pélvica crônica (n = 117). São Luís, Maranhão, 2026.

Características	Endometriose positiva n (%)
Diagnóstico de endometriose (RM segundo a classificação de Enzian)	
Profundo anterior (bexiga)	5 (4,27)
Ligamento uterossacral posterior profundo	59 (50,49)
vagina posterior profunda	13 (11,11)
Lesão profunda posterior do septo do	53 (45,29)
ventrículo direito/torus/ureter/cólon/reto e outras	
lesões do trato digestivo	
Endometriomas	36 (30,76)
Adenomiose associada à endometriose	36 (30,76)
posterior	
Laparoscopia (exploratória ou terapêutica)	55 (47,0)
Classificação rASRM	
Estágio 1	4 (7,27)

Estágio 2	12 (21,81)
Estágio 3	14 (25,45)
Estágio 4	25 (45,45)

RM: Ressonância Magnética; Enzian: Sistema de Classificação da Endometriose; rASRM: Classificação revisada da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva; DPC: Dor Pélvica Crônica.

Observou-se que não houve diferença significativa na idade média entre os grupos (33±7 anos com vs 31±8 anos sem endometriose; p=0,297). A distribuição do estado civil foi semelhante entre os grupos, prevalecendo mulheres casadas em ambos os grupos (59,0% vs 64,9%; p=0,745). No grau de instrução houve maior proporção de mulheres com ensino superior completo no grupo com endometriose (54,7% vs 36,8%; p=0,007). As mulheres com endometriose e nulíparas (65%) foram significativamente (p=0,012) superiores as sem endometriose, onde estas tiveram significativamente mais casos de 3 a 4 gestações (17,5%; p=0,011). Não houve diferença significativa no número de abortos (83,8% vs 86,0% sem abortos; p=0,330), na ocorrência de gravidez ectópica (2,6% vs 1,8%; p=0,603), duração da dor (24 meses no grupo com vs 33 meses sem endometriose; p=0,750) ou escore McGill de dor (16 vs 12; p=0,313) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sócio-demográficas e histórico ginecológico de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.

Variáveis	Endometriose		Valor de p
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade (anos), Md±Dp	33-7	31-8	0,297¥
Estado civil			
Solteira	46 (39,3)	19 (33,3)	0,745£
Casada	69 (59,0)	37 (64,9)	
Divorciada	2 (1,7)	1 (1,8)	
Grau de instrução			
Ensino fundamental incompleto	0 (0,0)	1 (1,8)	0,007£
Ensino médio incompleto	0 (0,0)	1 (1,8)	
Ensino médio completo	24 (20,5)	23 (40,4)	
Ensino superior completo	64 (54,7)	21 (36,8)	
Pós-graduação	29 (24,8)	11 (19,3)	
Nº de gestações			
Nenhuma	64 (54,7)	31 (54,4)	0,011£
1 a 2	48 (41,0)	16 (28,1)	
3 a 4	5 (4,3)	10 (17,5)	
Paridade			
Nenhuma	76 (65,0)	34 (59,6)	0,012β
1 a 2	39 (33,3)	16 (28,1)	
3 a 4	2 (1,7)	7 (12,3)	
Nº de abortos			

Nenhum	98 (83,8)	49 (86,0)	0,330£
1 a 2	19 (16,2)	7 (12,3)	
3 a 4	0 (0,0)	1 (1,8)	
Gravidez ectópica			
Sim	3 (2,6)	1 (1,8)	0,603£
Não	114 (97,4)	56 (98,2)	
Dor (meses), Med (Mín-Máx)	24 (6 – 276)	33 (6 – 240)	0,750§
McGill, Med (Mín-Máx)	16 (1 - 45)	12 (2 - 42)	0,313§

¥: Teste t de Student; £: Exato de Fisher; β: Qui-quadrado; §: Mann Whitney; Análise post hot de Dunn, letras iguais indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as categorias.

Entre as comorbidades apresentaram prevalências similares entre mulheres com e sem endometriose, hipertensão arterial sistêmica (6,8% vs (3,5%; $p=0,306$), diabetes mellitus (1,7% vs 1,8%; $p=0,983$) e enxaqueca (80,3% vs 87,7%; $p=0,182$), fibromialgia foi observada em 12,8% entre as participantes com endometriose e 14,0% sem ($p=0,824$), infertilidade foi frequente entre as mulheres com endometriose (26,5%) do que entre aquelas sem o diagnóstico (14,0%), embora sem diferença significativa ($p=0,064$). Outras condições não diferiram significativamente entre os grupos, como alergia a medicamentos, superior no grupo com endometriose (32,5% vs 22,8%; $p=0,188$) e histórico de abuso sexual, relatado em 42,7% e 50,9% em indivíduos com e sem endometriose ($p=0,311$). A dismenorreia foi significativamente mais frequente entre mulheres com endometriose (98,3% vs 89,5%; $p=0,014$), diferentemente da dispareunia, avaliada em 173 mulheres sexualmente ativas, foi relatada por 84,5% daquelas com a doença e em 75,4% sem ($p=0,150$), congestão pélvica, afetou 60,7% das avaliadas com e 54,4% sem endometriose ($p=0,429$), a adeniose, em 45,3% vs 40,4%, com e sem o diagnóstico ($p=0,537$), leiomiomas, em 27,4% das mulheres com endometriose, semelhante às sem a doença (28,1%) ($p=0,921$), a síndrome do intestino irritável (53,8% vs 47,4%; $p=0,422$), em relação à sintomas urinários (PUF), mulheres com endometriose foram em sua maioria, sintomáticas (48,7% vs 36,% com e sem endometriose, conseqüentemente), porém sem diferença significante ($p=0,139$), doença inflamatória pélvica foi menos identificada em ambos os grupos (17,9% vs 28,1%; $p=0,126$), a prevalência de vulvodinia foi ligeiramente superior entre as participantes com endometriose (41,9% vs 38,6%; $p=0,679$), dor perianal foi relatada por 28,2% no grupo com endometriose vs 19,3% sem a doença ($p=0,205$), dor neuropática foi observada em 33,0% e 36,4% das mulheres com e sem endometriose, respectivamente, sem diferença significativa ($p=0,669$), dor miofascial apresentou alta prevalência em ambos os grupos, sendo

observada 72,4% das avaliadas com e em 67,9% sem endometriose ($p=0,537$), com tendência a significância (Tabela 3).

Tabela 3 – Comorbidades e histórico de saúde ginecológico de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.

Variáveis	Endometriose		Valor de p £
	Sim n (%)	Não n (%)	
Hipertensão Arterial Sistêmica	8 (6,8)	2 (3,5)	0,306£
Diabetes mellitus	2 (1,7)	1 (1,8)	0,983£
Enxaqueca	94 (80,3)	50 (87,7)	0,182£
Fibromialgia	15 (12,8)	8 (14,0)	0,824β
Infertilidade	31 (26,5)	8 (14,0)	0,064β
Alergia a medicamentos	38 (32,5)	13 (22,8)	0,188β
Abuso sexual	50 (42,7)	29 (50,9)	0,311β
Dismenorreia	115 (98,3)	51 (89,5)	0,014£
Dispareunia	98 (84,5)	43 (75,4)	0,150β
Congestão pélvica	71 (60,7)	31 (54,4)	0,429β
Adeniose	53 (45,3)	23 (40,4)	0,537β
Leiomioma	32 (27,4)	16 (28,1)	0,921β
Síndrome do Intestino Irritável	63 (53,8)	27 (47,4)	0,422β
Doença inflamatória pélvica	21 (17,9)	16 (28,1)	0,126β
PUF positivo	57 (48,7)	21 (36,8)	0,139β
Vulvodinia	49 (41,9)	22 (38,6)	0,679β
Dor perianal	33 (28,2)	11 (19,3)	0,205β
Dor neuropática	38 (33,0)	20 (36,4)	0,669β
Dor miofascial	84 (72,4)	38 (67,9)	0,537β

PUF: Pelvic Pain and Urgency/Frequency questionnaire; £: Exato de Fisher; β: Qui-Quadrado.

A análise da centralização da dor, realizada em 87 mulheres, predominou, entre as aquelas com endometriose, a categoria severa (31,0%), enquanto sem endometriose, extrema (37,9%), embora sem diferença significativa ($p=0,325$). Quanto à saúde mental, avaliada em 128 mulheres a partir da escala DASS-21, observou-se predomínio nos graus de normal de depressão em mulheres com e sem endometriose (44,6% vs 37,1%; $p=0,325$), na ansiedade, prevaleceram os graus normal no grupo com endometriose (37,3%) enquanto extremamente severa predominou em mulheres sem endometriose (41,9%), diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$) e estresse predominou dentro da normalidade em ambos os grupos (38,6% vs 34,9; $p=0,164$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Escalas de centralização da dor, depressão, ansiedade e estresse e sintomas de dor pélvica de mulheres com e sem Endometriose. São Luís, Maranhão, 2026.

Variáveis	Endometriose		Valor de p £
	Sim n (%)	Não n (%)	
Centralização da dor			
Subclínica	8 (13,8)	3 (10,3)	0,325£
Suave	10 (17,2)	5 (17,2)	
Moderada	7 (12,1)	5 (17,2)	
Severa	18 (31,0)	5 (17,2)	
Extrema	15 (25,9)	11 (37,9)	
DASS-21			
Depressão			
Normal	37 (44,6)	16 (37,2)	0,667β
Leve	10 (12,0)	6 (14,0)	
Moderada	10 (12,0)	9 (20,9)	
Severa	9 (10,8)	3 (7,0)	
Extremamente severa	17 (20,5)	9 (20,9)	
Ansiedade			
Normal	31 (37,3)	10 (23,3)	0,041£
Leve	10 (12,0)	2 (4,7)	
Moderada	9 (10,8)	9 (20,9)	
Severa	7 (8,4)	4 (9,3)	
Extremamente severa	26 (31,3)	18 (41,9)	
Estresse			
Normal	32 (38,6)	15 (34,9)	0,164β
Leve	9 (10,8)	6 (14,0)	
Moderada	16 (19,3)	2 (4,7)	
Severa	9 (10,8)	8 (18,6)	
Extremamente severa	17 (20,5)	12 (27,9)	

DASS-21: Depression Anxiety and Stress Scale 21; £: Exato de Fisher; β: Qui-Quadrado.

6 DISCUSSÃO

A prevalência de endometriose em mulheres com dor pélvica crônica foi de 67,2% nesta amostra, o que é maior do que o relatado em investigações anteriores, variando de 23% a mais de 60% (Becker *et al.*, 2022; Young, 2024).

No grupo com endometriose, os achados de imagem demonstraram predominância de endometriose profunda no compartimento pélvico posterior, envolvendo particularmente os ligamentos uterossacrais. Aproximadamente um terço das mulheres apresentou endometriomas e adenomiose associada, o que está de acordo com estudos anteriores (Becker *et al.*, 2022; Delgado *et al.*, 2022; Young, 2024).

Neste estudo, a endometriose em estágio 4 foi a mais prevalente. Deve-se notar que o estágio da endometriose não se correlaciona diretamente com a dor pélvica crônica, como relatado anteriormente (Becker *et al.*, 2022; Bouko-Levy *et al.*, 2024; Delgado *et al.*, 2022).

A idade média observada nesta pesquisa situou-se acima de 30 anos em ambos os grupos, com ou sem endometriose, e não houve diferença estatisticamente significativa entre eles. Perfis semelhantes foram relatados em estudos anteriores (Apostolopoulos *et al.*, 2016). No entanto, outras investigações sugerem que pacientes com dor pélvica crônica e endometriose tendem a ser mais jovens (Bartley *et al.*, 2024).

Uma descoberta relevante foi a maior proporção de mulheres com ensino superior completo entre aquelas com endometriose, em comparação com mulheres sem a doença. Não foram identificados estudos que explorassem essa associação específica. No entanto, é plausível sugerir que um nível de escolaridade mais elevado esteja associado a um melhor acesso a serviços especializados, o que pode aumentar a probabilidade de diagnóstico.

O número de gestações e a paridade estão significativamente associados à endometriose, com maior frequência de nuliparidade e de uma a duas gestações entre

mulheres com endometriose. Um estudo anterior não observou diferença significativa em relação à paridade em pacientes com dor pélvica crônica com ou sem endometriose (Apostolopoulos *et al.*, 2016). No entanto, pesquisas mais recentes (Delgado *et al.*, 2022) relataram maior paridade entre mulheres sem endometriose, o que está de acordo com nossos achados. Não foi observada diferença significativa entre os grupos em relação à ocorrência de gravidez ectópica.

A duração da dor em meses e a intensidade na escala de McGill não diferiram significativamente entre os grupos com e sem endometriose, o que está de acordo com os estudos de Lamvu *et al.* (2021) e Rocha *et al.* (2015), que também não encontraram diferenças na duração e intensidade da dor de acordo com o diagnóstico de endometriose. No entanto, Bartley *et al.* (2024) relataram maior intensidade em mulheres com a doença.

A prevalência de enxaqueca foi elevada em ambos os grupos, com e sem endometriose, o que está de acordo com dados recentes que demonstram uma forte associação entre dor pélvica crônica, endometriose e cefaleias (Colombo *et al.*, 2025). Este tópico merece atenção, visto que os contraceptivos hormonais são o tratamento de primeira linha para endometriose e são contraindicados na enxaqueca com aura (Becker *et al.*, 2022).

Em relação à função sexual, a dispareunia apresentou alta prevalência independentemente da presença de endometriose, contrastando com o que foi relatado em pesquisas anteriores, nas quais a disfunção sexual feminina, que inclui não apenas a dispareunia, mas todos os domínios da função sexual, ocorre com maior risco em pacientes com endometriose (Capezzuoli *et al.*, 2023).

A Síndrome da Congestão Venosa Pélvica (SCVP) pode ser responsável por um terço dos casos de DPC após a exclusão de todas as outras causas de dor (Messina *et al.*, 2024). Os autores sugerem uma prevalência elevada e uma possível relação com a endometriose. Neste estudo, por outro lado, observou-se uma prevalência elevada de SCVP em ambos os grupos.

A relação entre DPC e SII está bem estabelecida, com o eixo intestino-cérebro servindo como uma via de comunicação bidirecional que liga o trato gastrointestinal

ao cérebro (Holtmann; Moniruzzaman; Shah, 2025). A SII estava presente em aproximadamente metade da amostra, sem diferença significativa entre os grupos. No entanto, uma metanálise demonstrou um risco duas ou mais vezes maior de SII em mulheres com endometriose (Chiaffarino *et al.*, 2021).

A síndrome da dor pélvica miofascial pode resultar da convergência somato-visceral de nervos periféricos no corno dorsal da medula espinhal, retransmitindo sinais de dor visceral para os músculos esqueléticos que compartilham as mesmas vias neurais (Lamvu *et al.*, 2021), foi frequente em ambos os grupos, assim como os sintomas de dor vulvovaginal e perianal, sugerindo fisiopatologia semelhante.

Em pacientes com fibromialgia, a conectividade funcional cerebral e o equilíbrio neuroquímico dentro do sistema de processamento da dor estão alterados e foram previamente descritos como mais prevalentes em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica (Bartley *et al.*, 2024). No entanto, neste estudo, a frequência de fibromialgia não diferiu entre os grupos, reforçando a necessidade de avaliar sistematicamente as condições de dor generalizada em todas as mulheres com dor pélvica crônica.

No presente estudo, o histórico de abuso sexual é um achado clínico relevante e preocupante, observado independentemente da presença de endometriose. Essa ocorrência em mulheres com dor pélvica crônica foi relatada em uma revisão sistemática e metanálise, que descreve uma prevalência de abuso de 28%, sendo 2,33 vezes mais frequente nessa população (Nogueira Neto *et al.*, 2025). Outro estudo recente (Koller *et al.*, 2025) sugere uma possível associação entre experiências traumáticas precoces e endometriose, independentemente da predisposição genética, indicando que esses dados adicionais requerem investigação mais aprofundada nesse perfil de paciente.

A adenomiose foi observada com frequência elevada tanto em mulheres com endometriose quanto naquelas sem a doença, excedendo as descrições típicas da literatura, que podem chegar a 25% em pacientes com endometriose avaliadas por ultrassom transvaginal e 21,8% em pacientes submetidas à cirurgia videolaparoscópica (Orlov; Jokubkiene, 2022).

A suspeita de cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa (CI/SBD) foi maior no grupo com endometriose, mas sem diferença significativa. Condições de dor visceral crônica são particularmente desafiadoras em doenças funcionais, onde a dor é o sintoma principal. No entanto, não existe uma causa física aparente, com a dor referida a outras regiões e possivelmente relacionada à convergência de fibras nervosas viscerais e somáticas que se conectam no corno dorsal da medula espinhal (Holtmann; Moniruzzaman; Shah, 2025).

A suspeita de dor neuropática (DN) estava presente em um terço das mulheres em ambos os grupos, sem diferença significativa. Esse achado é consistente com o entendimento de que a DN está associada à sensibilização central, um processo que envolve uma série de alterações na plasticidade neural da medula espinhal e do cérebro, relacionadas ao desenvolvimento e à manutenção da dor crônica. Conseqüentemente, essas pacientes frequentemente apresentam transtornos afetivos e déficits cognitivos (Lamvu *et al.*, 2025).

A doença inflamatória pélvica vem sendo atribuída a aproximadamente 3,3% dos casos de dor pélvica crônica, e os leiomiomas têm sido considerados uma categoria de condições que podem não se apresentar consistentemente com dor pélvica crônica (Lamvu *et al.*, 2025). No entanto, os valores encontrados nesta amostra foram mais altos e discordantes.

Neste estudo, a infertilidade foi quase duas vezes mais frequente no grupo com endometriose em comparação com o grupo sem endometriose, com uma tendência à significância estatística. No entanto, a presença no grupo sem endometriose reforça que a endometriose não é a única causa de comprometimento reprodutivo em mulheres com dor pélvica crônica, como relatado anteriormente em outros estudos (Lamvu *et al.*, 2025), que também demonstraram que distúrbios da microbiota intestinal ou genital estão associados à endometriose e à infertilidade (Salliss *et al.*, 2021).

Outros achados, como estado civil, número de abortos espontâneos, ocorrência de gravidez ectópica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e alergia a medicamentos, apresentaram baixa prevalência ou não diferiram significativamente entre os grupos, alinhando-se com os resultados descritos por

Alves *et al.* (2024) em um estudo avaliando a prevalência e o impacto de comorbidades em mulheres com DPC.

A dor nociplástica, caracterizada por alterações no processamento central da dor, apresentou alta prevalência ao se considerar os casos positivos em ambos os grupos, confirmando sua forte relação com a dor pélvica crônica. A dor nociplástica pode se manifestar como uma condição de dor primária, na qual o processamento central da dor alterado é o principal determinante da experiência dolorosa e é independente ou persistente mesmo quando os geradores de dor periférica são adequadamente tratados (Lamvu *et al.*, 2025). A sensibilização também pode atuar para amplificar e exacerbar a dor originada de outras fontes periféricas, como dor nociceptiva ou neuropática.

Dessa forma, a endometriose deve ser compreendida não apenas como geradora de lesões anatômicas, mas também como potencial desencadeadora de processos neuroplásticos que perpetuam a dor, mesmo após intervenções cirúrgicas ou hormonais (As-Sanie *et al.*, 2012).

Nesta amostra, a maioria das mulheres apresentou sintomas de depressão, ansiedade e estresse; no entanto, a endometriose não interferiu nesses resultados, consistente com o estudo de Brito *et al.* (2024), que observou que os sintomas de depressão, ansiedade e estresse ocorrem frequentemente em mulheres com DPC e que a intensidade da dor está significativamente associada à presença de estresse e ansiedade.

Dentre as variáveis avaliadas, o principal marcador clínico que distinguiu mulheres com dor pélvica crônica e endometriose daquelas sem endometriose foi a dismenorreia, que apresentou prevalência muito alta em ambos os grupos, mas significativamente maior no grupo com endometriose.

A dor da dismenorreia está relacionada ao aumento da contratilidade uterina e da produção de prostaglandinas, uma vez que o revestimento endometrial isquêmico é eliminado durante a menstruação, e está associada à piora progressiva da dor, ao desenvolvimento de dor pélvica crônica, à dor intermenstrual e ao sangramento uterino anormal, sendo as etiologias comuns a endometriose e a adenomiose (Lamvu

et al., 2021, 2025). Os resultados sugerem que a dismenorreia pode ser um forte indicador de endometriose em pacientes com dor pélvica crônica. No entanto, é importante ressaltar que a prevalência de dismenorreia em pacientes sem endometriose foi elevada e deve ser considerada na investigação clínica da dor pélvica crônica.

As limitações do estudo incluem o tamanho da amostra, a exclusão de pacientes que recebiam tratamento para dor pélvica crônica em outras instituições, a realização do estudo em um hospital de alta complexidade, o tempo necessário para o preenchimento do questionário e o risco potencial de que os autorrelatos não reflitam com precisão o diagnóstico correto ou a gravidade das condições avaliadas. O delineamento transversal impede a inferência de relações causais entre as variáveis estudadas; portanto, os resultados devem ser interpretados como associações, e não como relações causais. Essas limitações devem ser consideradas na interpretação dos achados e na avaliação da generalização para outras populações.

Considerando esses aspectos, são necessários estudos multicêntricos com amostras maiores, estudos comparativos com diferentes durações da doença e tratamentos, e a incorporação de entrevistas clínicas estruturadas para validar os diagnósticos.

Portanto, a sobreposição de sintomas, a presença de múltiplas comorbidades e o impacto sobre a saúde mental demonstram que a endometriose, embora central, é apenas um dos fatores que compõem a complexidade da dor pélvica. Tornando-se essencial uma abordagem interdisciplinar, centrada na paciente, que contemple o manejo da dor, a saúde reprodutiva e o suporte psicossocial, reconhecendo a multiplicidade de fatores que contribuem com a experiência de adoecimento.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de endometriose em pacientes com dor pélvica crônica mostrou-se elevada. Nas pacientes com endometriose parece que o local mais acometido parece ser o compartimento posterior profundo do ligamento uterossacral, assim como o estadiamento mais encontrado foi o severo. Observou-se ainda que um terço dos casos de endometriose tinham associação com endometriomas e adenomiose.

Na comparação entre pacientes com e sem endometriose com dor pélvica crônica e fatores associados, observou-se elevada prevalência nos dois grupos quanto a enxaqueca, abuso sexual, dispareunia, congestão pélvica, síndrome do intestino irritável e dor miofascial, porém sem diferença significativa, já a baixa paridade e a dismenorreia foram significativamente maiores, no grupo com endometriose, mostrando que estes podem servir como marcadores de endometriose em pacientes com dor pélvica crônica.

A endometriose parece não fazer diferença quanto à intensidade ou duração da dor, e nem nos níveis de depressão, ansiedade, estresse e centralização da dor em pacientes com dor pélvica crônica.

REFERÊNCIAS

ALLAQOLI, L.; HAKIMI, S.; MOMENIMOVAHED, Z.; MAZIDIMORADI, A.; REZAEI, F.; AGHAMOHAMMADI, S. Z.; RAHMANI, A.; MANSOURI, G.; HADAVANDSIRI, F.; SALEHINIYA, H.; ALKATOUT, I. Neuropelvelogy for Endometriosis Management: A Systematic Review and Multilevel Meta-Analysis. **Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 13, n. 16, p. 4676, 9 ago. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm13164676>.

ALVES, D. A. M. B.; SOUZA, N. da S. F.; BORGES JUNIOR, W. S.; CONDE, D. M.; SIQUEIRA-CAMPOS, V. M.; DEUS, J. M. de. Prevalence and impact of comorbidities in women with chronic pelvic pain. **BrJP**, [S. l.], v. 7, p. e20240026, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240026-en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/jpCgyXhhJLpPXXdLqLJq4mS/?lang=en>. Acesso em: 25 jan. 2026.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. **Obstetrics & Gynecology**, [S. l.], v. 135, n. 3, p. e98, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003716>. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2020/03000/chronic_pelvic_pain__acog_practice_bulletin,48.aspx. Acesso em: 7 set. 2024.

ANTIGNANI, P.-L.; LAZARASHVILI, Z.; MONEDERO, J. L.; EZPELETA, S. Z.; WHITELEY, M. S.; KHILNANI, N. M.; MEISSNER, M. H.; WITTENS, C. H.; KURSTJENS, R. L.; BELOVA, L.; BOKUCHAVA, M.; ELKASHISHI, W. T.; JEANNERET-GRIS, C.; GEROULAKOS, G.; GIANESINI, S.; DE GRAAF, R.; KRZANOWSKI, M.; AL TARAIZI, L.; TESSARI, L.; WIKKELING, M. Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: UIP consensus document. **International Angiology: A Journal of the International Union of Angiology**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 265–283, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.19.04237-8>.

APOSTOLOPOULOS, N. V.; ALEXANDRAKI, K. I.; GORRY, A.; COKER, A. Association between chronic pelvic pain symptoms and the presence of endometriosis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 293, n. 2, p. 439–445, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3855-2>.

AS-SANIE, S.; HARRIS, R. E.; NAPADOW, V.; KIM, J.; NESHEWAT, G.; KAIRYS, A.; WILLIAMS, D.; CLAUW, D. J.; SCHMIDT-WILCKE, T. Changes in regional gray matter volume in women with chronic pelvic pain: a voxel-based morphometry study. **Pain**, [S. l.], v. 153, n. 5, p. 1006–1014, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.01.032>.

BARTLEY, E. J.; ALAPPATTU, M. J.; MANKO, K.; LEWIS, H.; VASILOPOULOS, T.; LAMVU, G. Presence of endometriosis and chronic overlapping pain conditions negatively impacts the pain experience in women with chronic pelvic-abdominal pain:

A cross-sectional survey. **Women's Health (London, England)**, [S. l.], v. 20, p. 17455057241248017, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17455057241248017>.

BECKER, C. M.; BOKOR, A.; HEIKINHEIMO, O.; HORNE, A.; JANSEN, F.; KIESEL, L.; KING, K.; KVASKOFF, M.; NAP, A.; PETERSEN, K.; SARIDOGAN, E.; TOMASSETTI, C.; VAN HANEGEM, N.; VULLIEMOZ, N.; VERMEULEN, N.; ESHRE ENDOMETRIOSIS GUIDELINE GROUP. ESHRE guideline: endometriosis. **Human Reproduction Open**, [S. l.], v. 2022, n. 2, p. hoac009, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>.

BOUKO-LEVY, E.; AUDITEAU, E.; MARGUERITTE, F.; LACORRE, A.; GAUTHIER, T. Prevalence of neuropathic pain in patients with symptomatic endometriosis: Assessment using the DN4 score. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, [S. l.], v. 300, p. 196–201, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211524003488>. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRITO, A. I. da C.; NOGUEIRA NETO, J.; MENDES, A. B. C.; NOGUEIRA, M. B.; GOMES, L. M. R. de S.; LEAL, P. da C.; MOURA, E. C. R. Symptoms of depression, anxiety and stress in women with chronic pelvic pain attended at a private hospital in São Luís, Maranhão: a cross-sectional study. **Women & Health**, [S. l.], p. 1–9, 1 set. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2395480>.

CACCIATORI, F. A.; MEDEIROS, J. P. F. Endometriose: uma revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica**, [S. l.], v. 13, 2015. Disponível em: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=Esjel1EAAAAJ&citation_for_view=Esjel1EAAAAJ:UeHWp8X0CEIC. Acesso em: 10 out. 2025.

CAPEZZUOLI, T.; MASEROLI, E.; BARRA, F.; VANNUCCINI, S.; VIGNOZZI, L.; DE MITRI, P.; BAGGIO, S.; CECCARONI, M.; PETRAGLIA, F. Endometriosis and sexual disorders: the effect of surgical and medical treatment, a multicentre cross-sectional study. **F1000Research**, [S. l.], v. 12, p. 1424, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12688/f1000research.141537.1>.

CHIAFFARINO, F.; CIPRIANI, S.; RICCI, E.; MAURI, P. A.; ESPOSITO, G.; BARRETTA, M.; VERCELLINI, P.; PARAZZINI, F. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 303, n. 1, p. 17–25, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05797-8>.

COELHO, L. S. C.; BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. da C.; MASCARENHAS, T. S.; COSTA, J. P. L.; NOGUEIRA, A. A.; POLI-NETO, O. B. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, [S. l.], v. 47, n. 9, p. 818–825, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjmr/a/KmKq5QCRsJRtwh8S73DQXhN/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2025.

COLOMBO, G. E.; MAKIEVA, S.; SOMIGLIANA, E.; SCHORETSANITIS, G.;

LEENERS, B.; POLLI, C.; SALMERI, N.; KALAITZOPOULOS, D. R.; VIGANO', P. The association between endometriosis and migraine: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **The Journal of Headache and Pain**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 82, 17 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s10194-025-02020-4>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12007130/>. Acesso em: 25 jan. 2026.

DELGADO, S. I.; KOYTHONG, T.; TURRENTINE, M. A.; SANGI-HAGHPEYKAR, H.; GUAN, X. Postoperative opioid use for patients with chronic pelvic pain undergoing robotic surgery for resection of endometriosis. **Journal of Robotic Surgery**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 421–427, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11701-021-01259-8>.

HAUEISEN, A. L. M.; FARIA, A. C. G. de; GOMES, A. C. da C.; COSTA, A. L. G.; PEIXOTO, B. M.; VERSIANI, C. A.; DALL'AQUA, C. G.; ROQUETTE, C. E. M.; MARQUES, C. M.; LANNA, C. C. D.; DIAS, D. A.; SOARES, E. C. de S.; PEDROSO, Ê. R. P.; PARREIRAS, F. C.; FREIRE, F. D.; NUNES, F. E. P.; FERNANDES, G. A.; LAGES, G. R. C.; CRUZ, H. N.; OLIVEIRA, H. A. de; INÁCIO, I. L. C.; QUADROS, I. A. A. O.; YAMACITA, J. S.; FIGUEIREDO, J. A.; PORTO, J. G. W.; RIBEIRO, L. D.; DRUMOND, L. C.; REIS, L. P.; TEIXEIRA, L. C.; XAVIER, L. da M.; SARAIVA, L. de A.; REIS, L. D.; CAMPOS, L. L. de S.; BATISTA, L. M.; ALVES, L. F.; TORRES, M. S.; BARBOSA, M. T.; OLIVEIRA, M. A. de; STARLING, M. A.; LIMA, M. C. R.; SIMÕES, M. F.; PIRES, M. M.; OLIVEIRA, M. V. M.; SIQUEIRA, N. A.; MAGALHÃES, N. C. T.; EISENBERG, P. C. de O.; PÔRTO, P. J.; CARMO, R. D. do; GOMEZ, R. S.; SOUZA, R. C.; VILELA, R. V.; ARAÚJO, S. L. O.; MELLO, S. S. de; TAKAHASHI, T. Y.; CARVALHO, T. M.; ULHOA, T. S.; CAMPOS, J. V. de O.; ALVES, W. P.; SASSO, Y. I. D. B. Guia prático para o manejo da dor. **Guia prático para o manejo da dor**. [S. l.]: [S.n.], 2019. p. 271–271. Disponível em: <http://www.perse.com.br/persenovo/livro.aspx?filesFolder=N1583441718342>. Acesso em: 10 out. 2025.

HAYASHI, L. F. L.; RIBEIRO, P. A. A. G.; SILVA, J. C. R. e; BRITO, L. G. O.; RIBEIRO, H. S. A. A. Adaptação e validação do questionário de qualidade de vida da International Pelvic Pain Society em português. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S. l.], v. 45, p. 575–583, 18 dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772591>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/tfLsPzpH8ffsnVjsX47qT7c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2025.

HOLTMANN, G.; MONIRUZZAMAN, M.; SHAH, A. Decoding the Gut-Brain Axis: A Journey toward Targeted Interventions for Disorders-of-Gut-Brain Interaction. **Digestive Diseases**, [S. l.], v. 43, n. 3, p. 257–265, 2025. Disponível em: <https://karger.com/ddi/article/43/3/257/921419>. Acesso em: 22 jul. 2025.

HOWARD, F. M. Chronic pelvic pain. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 101, n. 3, p. 594–611, mar. 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02723-0](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02723-0).

KOLLER, D.; LØKHAMMER, S.; GOROSHCHUK, O.; DENNER, V.; STILTNER, B.; MITJANS, M.; HE, J.; TAYLOR, H. S.; LAWN, R. B.; KOENEN, K. C.; POLIMANTI, R. Observational and Genetic Analyses of Traumatic Experiences and Endometriosis.

JAMA psychiatry, [S. l.], v. 82, n. 4, p. 386–394, 1 abr. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4694>.

LAMVU, G.; CARRILLO, J.; OUYANG, C.; RAPKIN, A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. **JAMA**, [S. l.], v. 325, n. 23, p. 2381–2391, 15 jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>. Acesso em: 21 set. 2025.

LAMVU, G.; VILLEGAS-ECHEVERRI, J. D.; ALLAIRE, C.; AS-SANIE, S.; CARRILLO, J.; KHALIL, S.; HORNE, A. W.; WANG, A.; MUNRO, M. G. Developing the FIGO-IPPS “R U MOVVING SOME” classification system for female chronic pelvic pain. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, [S. l.], 8 set. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70522>.

MADDERN, J.; GRUNDY, L.; CASTRO, J.; BRIERLEY, S. M. Pain in Endometriosis. **Frontiers in Cellular Neuroscience**, [S. l.], v. 14, p. 590823, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fncel.2020.590823>.

MESSINA, M. de L.; PUECH-LEÃO, P.; SIMÕES, R. D. S.; BARACAT, M. C. P.; SOARES, J. M.; BARACAT, E. C. Pelvic congestion syndrome as a differential diagnosis of chronic pelvic pain in women. **Clinics**, Sao Paulo, Brazil, v. 79, p. 100514, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100514>.

MORADI, Y.; SHAMS-BEYRANVAND, M.; KHATERI, S.; GHARAHJEH, S.; TEHRANI, S.; VARSE, F.; TIYURI, A.; NAJMI, Z. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. **The Indian Journal of Medical Research**, [S. l.], v. 154, n. 3, p. 446–454, mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_817_18.

NEBLETT, R.; HARTZELL, M. M.; WILLIAMS, M.; BEVERS, K. R.; MAYER, T. G.; GATCHEL, R. J. Use of the Central Sensitization Inventory (CSI) as a treatment outcome measure for patients with chronic spinal pain disorder in a functional restoration program. **The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society**, [S. l.], v. 17, n. 12, p. 1819–1829, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.06.008>.

NOGUEIRA NETO, J.; SANTOS SILVA, T. G.; BOTTENTUIT NOGUEIRA, M.; LIRA, L. L. F.; RODRIGUES DE SOUSA GOMES, L. M.; ROSA E SILVA, J. C.; DA CUNHA LEAL, P. Prevalence of sexual abuse in women with and without chronic pelvic pain: A systematic review and meta-analysis. **Women & Health**, [S. l.], v. 65, n. 8, p. 684–693, set. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2025.2549983>.

ORLOV, S.; JOKUBKIENE, L. Prevalence of endometriosis and adenomyosis at transvaginal ultrasound examination in symptomatic women. **Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica**, [S. l.], v. 101, n. 5, p. 524–531, maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.14337>.

PATIAS, N. D.; MACHADO, W. D. L.; BANDEIRA, D. R.; DELL’AGLIO, D. D. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação

para Adolescentes Brasileiros. **Psico-USF**, [S. l.], v. 21, p. 459–469, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/CtJv6LTmfYxKfXzmP4j6q5g/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

ROCHA, J. N.; CASTRO, L. E. de; RICCOBENE, V. M.; AUTRAN, M. S. M.; NOGUEIRA, L. A. C.; REIS, F. J. J. dos. Intensidade da dor, incapacidade funcional e fatores psicossociais em mulheres com dor pélvica crônica: um estudo transversal. **BrJP**, [S. l.], v. 3, p. 239–244, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/tpGkQz4yVfL4fjLWVCjSf4Q/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

ROCHA, M. G.; GOMES, V. A.; TANUS-SANTOS, J. E.; ROSA-E-SILVA, J. C.; CANDIDO-DOS-REIS, F. J.; NOGUEIRA, A. A.; POLI-NETO, O. B. Reduction of blood nitric oxide levels is associated with clinical improvement of the chronic pelvic pain related to endometriosis. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologica**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 363–369, abr. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-431X20143619>.

ROMÃO, A. P. M. S.; GORAYEB, R.; ROMÃO, G. S.; POLI-NETO, O. B.; DOS REIS, F. J. C.; ROSA-E-SILVA, J. C.; NOGUEIRA, A. A. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. **International Journal of Clinical Practice**, [S. l.], v. 63, n. 5, p. 707–711, maio 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02034.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2009.02034.x>. Acesso em: 10 out. 2025.

ROSA E SILVA, J. C.; VALÉRIO, F. P.; HERREN, H.; TRONCON, J. K.; GARCÍA, R.; POLI NETTO, O. B. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. **Femina**, [S. l.], v. 49, n. 3, p. 134–141, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003074879>. Acesso em: 10 out. 2025.

SALLISS, M. E.; FARLAND, L. V.; MAHNERT, N. D.; HERBST-KRALOVETZ, M. M. The role of gut and genital microbiota and the estrobolome in endometriosis, infertility and chronic pelvic pain. **Human Reproduction Update**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 92–131, 21 dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab035>.

SANSES, T. V. D.; CHELIMSKY, G.; MCCABE, N. P.; ZOLNOUN, D.; JANATA, J.; ELSTON, R.; BUFFINGTON, C. A. T.; SIMPSON, P.; ZHANG, L.; CHELIMSKY, T. The Pelvis and Beyond: Musculoskeletal Tender Points in Women With Chronic Pelvic Pain. **The Clinical Journal of Pain**, [S. l.], v. 32, n. 8, p. 659–665, ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000307>.

SANTOS, J. G.; BRITO, J. O.; DE ANDRADE, D. C.; KAZIYAMA, V. M.; FERREIRA, K. A.; SOUZA, I.; TEIXEIRA, M. J.; BOUHASSIRA, D.; BAPTISTA, A. F. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. **The Journal of Pain**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 484–490, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152659000900769X>. Acesso em: 22 set. 2025.

SIQUEIRA-CAMPOS, V. M.; DA LUZ, R. A.; DE DEUS, J. M.; ZANGIACOMI MARTINEZ, E.; CONDE, D. M. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. **Journal of Pain Research**, [S. l.], v. Volume 12, p. 1223–1233, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S195317>. Disponível em: <https://www.dovepress.com/anxiety-and-depression-in-women-with-and-without-chronic-pelvic-pain-p-peer-reviewed-article-JPR>. Acesso em: 4 fev. 2025.

WOLFE, F.; CLAUW, D. J.; FITZCHARLES, M.-A.; GOLDENBERG, D. L.; HÄUSER, W.; KATZ, R. L.; MEASE, P. J.; RUSSELL, A. S.; RUSSELL, I. J.; WALITT, B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 319–329, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine (1982)**, [S. l.], v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).

YOUNG, S. L. Nonsurgical approaches to the diagnosis and evaluation of endometriosis. **Fertility and Sterility**, [S. l.], v. 121, n. 2, p. 140–144, fev. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.020>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado “Perfil das pacientes com dor pélvica crônica em rede privada de São Luís do Maranhão” que está sendo desenvolvido por Ana Beatriz Coelho Mendes, Isabelle Arruda Cavalcante Souza e Felipe Feitosa Silva, discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação e responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. João Nogueira Neto (CRM 3310 MA).

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecida sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

O trabalho tem por objetivo analisar o perfil das pacientes do sexo feminino que apresentam o diagnóstico de dor pélvica crônica, bem como caracterizar esta dor. A finalidade dessa pesquisa é entender melhor as características relacionadas à dor pélvica crônica e como esta afeta a vida das mulheres, a fim de facilitar o diagnóstico e ajudá-las, na melhor forma possível no tratamento.

Solicitamos a sua colaboração para responder três questionários distintos, no momento da sua consulta, uma única vez, com o seu médico, Dr. João Nogueira Neto, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Se julgar necessário, a Sra. dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Suas informações contribuirão com os resultados da pesquisa, que com certeza fornecerá subsídios para melhorar o diagnóstico e tratamento. Considerando-se que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, esta pesquisa possui riscos mínimos: o risco da quebra da confidencialidade e do sigilo, que serão evitados ao

máximo, visto que os dados coletados na pesquisa serão utilizados apenas para fins de pesquisas acadêmicas, não havendo necessidade de exposição de dados pessoais. Existe também o risco do entrevistado se sentir desconfortável ao responder o questionário, caso isso aconteça, ele poderá solicitar a imediata interrupção da pesquisa.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Também não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso).

Garantimos à Sra. e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Também estão assegurados o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos à Sra. o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Reitera-se que o nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Prof. Dr. João Nogueira Neto, pesquisador (a) responsável pela pesquisa, telefone: (98) 3231-5010, e-mail: Joao.nn@ufma.br, endereço institucional : Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 25, sala 332 Cond. Pátio Jardins - Torre - Hyde P - Altos do Calhau, São Luís - MA, 65074-220 ou com os pesquisadores Ana Beatriz Coelho Mendes (ana.bcm@discente.ufma.br), Isabelle Arruda Cavalcante Souza (isabelle.arruda@discente.ufma.br) e Felipe Feitosa Silva (felipe.feitosa@discente.ufma.br).

A Sra. também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

com Seres Humanos do Hospital São Domingos (CEP/HSD) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/HSD fica na Av. Jerônimo de Albuquerque, 540, 3º andar - Bequimão CEP: 65060-645. São Luís – MA, Telefone: 3216-8107, E-mail: cep@hospitalsaodomingos.com.br e funciona de segunda a sexta-feira, de 14h às 18h. O CEP/HSD é um colegiado transdisciplinar, independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DOR PÉLVICA



Questionário para Avaliação de Dor Pélvica

Traduzido por:

Dra. Telma Mariotto Zakka, Prof. Dra. Lin Tchia Yeng, Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira.

Janeiro de 2010

Autorização:

The International Pelvic Pain Society

<i>Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MI – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:</i>	
<i>© April 2008, The International Pelvic Pain Society</i>	
<i>This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact</i>	
<i>(205) 877-2950</i>	<i>(800)624-9676 (f in the U.S.)</i>
<i>www.pelvic.pain.org</i>	<i>Pg 00</i>



Questionário para Avaliação de Dor Pélvica

Médico: _____

Data: _____

Anamnese e Exame Físico

Este questionário objetiva auxiliar o médico na avaliação do doente com dor pélvica.

Informações e Contatos

Nome: _____ Data Nasc.: _____ RG: _____
 Fone: Trabalho: _____ Res.: _____ Cel.: _____
 Nome e Contacto do Médico: _____

Informações sobre sua Dor

Por favor, descreva sua dor (use uma folha adicional se necessário): _____

Em sua opinião o que causa sua dor? _____

Há algum evento que você associa ao início da dor? Sim _____ Não _____ Qual? _____

Há quanto tempo você tem esta dor? _____ anos _____ meses

Favor indicar o nível de sua dor durante o último mês utilizando a escala de 0 a 10, para cada um dos sintomas relacionados abaixo:

0 – sem dor 10 – a pior dor imaginável

Como você avalia sua dor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dor na ovulação (meio do ciclo)											
Dor pré-menstrual											
Dor (diferente de cólicas) antes da menstruação											
Dor profunda durante o ato sexual											
Dor inguinal à mudança de decúbito											
Dor pélvica após ato sexual durando horas/dias											
Dor quando a bexiga está cheia											
Dor articular /muscular											
Cólicas durante a menstruação											
Dor pós-menstrual											
Dor vaginal em queimor após ato sexual											
Dor ao urinar											
Dor lombar											
Eruqueca											
Dor ao sentar											

Comentários

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

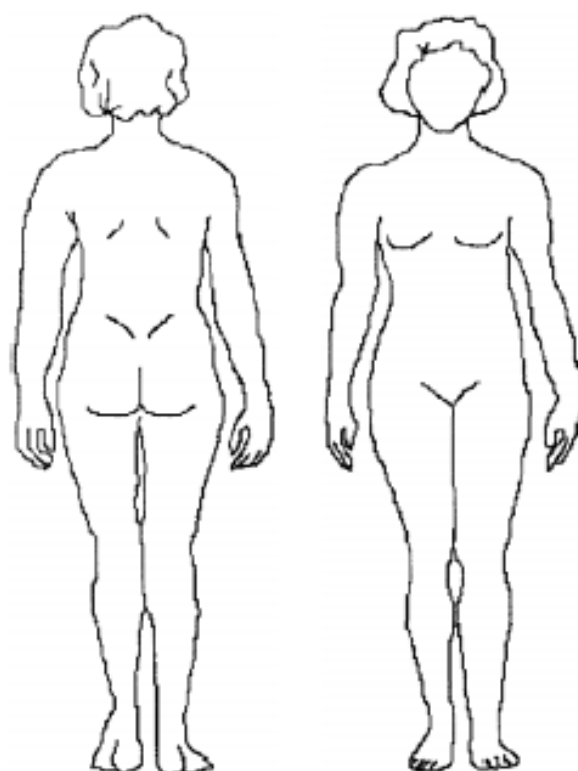
(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 01

Informações sobre sua dor		
Que tipo de tratamento/médicos você tentou anteriormente para sua dor?		Favor indicar os que se aplicam
<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Medicamentos sem prescrição
<input type="checkbox"/> Anestesiista	<input type="checkbox"/> Gastroenterologista	<input type="checkbox"/> Analgésicos (opióides)
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes	<input type="checkbox"/> Ginecologista	<input type="checkbox"/> Neurocirurgia
<input type="checkbox"/> Antidepressivos	<input type="checkbox"/> Homeopatia	<input type="checkbox"/> Psiquiatra
<input type="checkbox"/> Anticoncepcional oral	<input type="checkbox"/> Infiltração de Pontos Gatilho	<input type="checkbox"/> Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/> Injeção de Toxina Botulínica	<input type="checkbox"/> Reumatologista
<input type="checkbox"/> Bloqueio de nervo	<input type="checkbox"/> Lupron, Synarel, Zoladex	<input type="checkbox"/> TENS
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Massagem	<input type="checkbox"/> Urologista
<input type="checkbox"/> Danazol	<input type="checkbox"/> Magnetoterapia	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Depo-provera	<input type="checkbox"/> Meditação	_____
<input type="checkbox"/> Dieta/nutrição	<input type="checkbox"/> Medicamentos naturais	_____

Mapa de Dor

Pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de 1 a 10, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)



Esquerda Direita

Direita Esquerda

Dor Vulvar / Perineal

(dor externa e ao redor da vagina e do ânus)

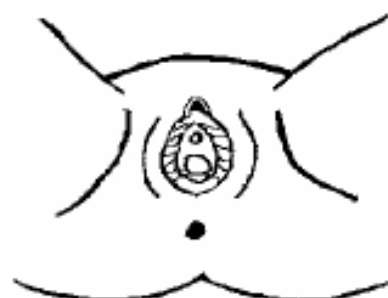
Se você tem dor vulvar, pinte as áreas de dor e enumere sua intensidade, de 1 a 10, no local da dor (10 = a pior dor imaginável)

Sua dor melhora quando senta comodamente?

Sim Não

Direita

Esquerda



Que médicos ou profissionais de saúde avaliaram e/ou trataram sua dor pélvica crônica?

<i>Profissionais</i>	<i>Especialidade</i>	<i>Cidade, Estado, Fone</i>

Dados Demográficos
 Você é (marque todas que corresponderem):
 Casado Viúvo Separado Relacionamento estável
 Solteiro Divorciado

Com quem você vive? _____

Instrução: < 12 anos Colegial completo
 Superior Pós-graduação

Formação profissional? _____

Qual é o seu trabalho? _____

Antecedentes cirúrgicos

Listar todos os procedimentos cirúrgicos realizados, relacionados à dor pélvica:

Ano	Procedimento	Cirurgião	Achados

Listar todos os outros procedimentos cirúrgicos:

Ano	Procedimento	Ano	Procedimento

Comentários

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 03

Medicamentos

Listar os medicamentos para dor que você utilizou nos últimos 6 meses, e os médicos que os prescreveram (use uma folha adicional, se necessário):

Medicação / dose	Médico	Ajudou?	Medicação atual
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Listar todos os outros medicamentos que você está tomando atualmente, a indicação, e o médico que os prescreveu (use uma folha adicional se necessário):

Medicação / dose	Médico	Indicação

Antecedentes Obstétricos

Quantas vezes ficou grávida? _____

Total de (G): _____ 9 m. completos Prematuros: _____ Abortos: _____ Filhos vivos: _____

Houve complicação durante a gravidez, trabalho de parto, parto, ou pós-parto?

- Episiotomia Cesárea Aspiração-Vácuo Hemorragia pós-parto
 Laceração Vaginal Fórceps Outros: _____

Antecedentes Familiares

Na sua família há algum caso de: Fibromialgia Dor pélvica crônica Síndrome do intestino irritável
 Depressão Cistite intersticial Outra condição crônica
 Endometriose Câncer, Tipo (s): _____

Antecedentes Médicos

Relacione todos os seus problemas de saúde / diagnósticos _____

Alergias (inclusive ao látex) _____

Quem é o seu médico primário? _____

Você já foi hospitalizado por alguma razão além de cirurgias ou parto? Sim Não Quais: _____

Você sofreu acidente grave, como quedas ou lesão na coluna? Sim Não

Você já tratou depressão? Sim Não Tratamento: Medicação Hospitalização Psicoterapia

Contraceção: Nenhuma Pílulas Vasectomia Anel Vaginal Depo-provera
 Condom DIU Histerectomia Diafragma Ligadura tubária
 Outros: _____

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.) Pg 04

Antecedente Menstrual

Qual a idade da primeira menstruação? _____

Você menstrua atualmente? Sim Não**Se você menstruar, responda:**O sangramento é: Leve Moderado Abundante

Qual o intervalo entre menstruações? _____

Quantos dias duram a menstruação? _____

Data da última menstruação _____

Tem dor durante a menstruação? Sim NãoA dor começa no início do fluxo? Sim Não A dor começa _____ dias antes da menstruaçãoAs menstruações são regulares? Sim NãoTem coágulos? Sim Não**Antecedentes Gastrointestinais / Alimentares**Você tem náusea? Não Com a dor Com medicação Com alimentos Outros:Você tem vômitos? Não Com a dor Com medicação Com alimentos Outros:Apresentou disfunção alimentar como anorexia ou bulimia? Sim NãoApresentou sangramento retal ou sangue nas fezes? Sim NãoSua dor aumenta com a evacuação? Sim Não*As perguntas seguintes auxiliam o diagnóstico da síndrome do intestino irritável.*

Você tem dor ou desconforto associado com:

Alteração da frequência de evacuação? Sim NãoAlteração da aparência das fezes? Sim NãoA dor melhora após evacuar? Sim Não**Hábitos de Saúde**Exercita-se regularmente? Raramente 1-2 x semana 3-5 x semana DiariamenteConsumo de cafeína por dia (números de xícaras de café, chá, refrigerantes, etc.)? 0 1-3 4-6 > 6

Quantos cigarros fuma por dia? _____ Há quantos anos? _____

Toma bebida alcoólica? Sim Não

Número de doses por semana? _____

Alguma vez foi tratado por consumir drogas? Sim NãoUtiliza drogas recreativamente? Nunca No passado, agora não Atualmente Sim Não respondeu Heroína /Crack Anfetaminas Maconha Barbitúricos Cocaína Outras: _____Como é sua alimentação? Balanceada Vegetariana Frituras Dieta Especial: _____ Outras: _____**Sintomas Urinários**

Você apresenta algum dos seguintes sintomas?

Perde urina ao tossir, espirrar ou rir? Sim NãoDificuldade para urinar? Sim NãoInfecção urinária de repetição? Sim NãoHematúria (sangue na urina)? Sim NãoSensação de bexiga cheia pós-micção? Sim NãoTem necessidade de urinar logo após tê-lo feito? Sim Não

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvicpain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.) Pg 05

Marque as respostas que melhor descrevem seus sintomas urinários.

	0	1	2	3	4
1 DURANTE O DIA: Quantas vezes vai ao banheiro (para esvaziar sua bexiga)?	3 - 6	7 - 10	11-14	15 -19	20 ou mais
2. DURANTE A NOITE: Quantas vezes vai ao banheiro (para esvaziar sua bexiga)?	0	1	2	3	4 ou mais
3. Incomoda-o levantar a noite para esvaziar sua bexiga?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	
4. Você é sexualmente ativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
5. Você tem ou teve dor durante ou após o ato sexual?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
6. Sentir dor durante o ato sexual o faz evitá-lo? Sente dor pélvica (baixo ventre, lábios, vagina, uretra, períneo)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
7. associada à sua bexiga?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
8. Tem urgência miccional logo após urinar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
9. Sente dor com freqüência?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Intensa	
10. A dor o incomoda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Ocasional ^{te}	<input type="checkbox"/> Frequent ^{te}	<input type="checkbox"/> Sempre	
11. Tem urgência para urinar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	
12. A urgência urinária o incomoda?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Moderada ^{te}	<input type="checkbox"/> Muito	

© 2000 C. Lowell Parsons, MD Reprinted with permission.

KCI ____ Não Indicado ____ Positivo ____ Negativo

Mecanismos de enfrentamento

Com quem você conversa sobre sua dor ou durante os períodos de estresse?

Esposo / Parceiro Parentes Grupo de apoio Padre
 Médico/ Enfermeira Amigo Profissional da saúde mental Eu cuido de mim

Como o (a) parceiro (a) lida com sua dor?

Não percebe quando tenho dor Cuida de mim Não se aplica
 Abandona-me Sente-se impotente
 Distrai-me com atividades Fica bravo

O que melhora sua dor?

Meditação Relaxamento Deitar Música
 Massagem Gelo Calor local Banho quente
 Analgésicos Laxativos / Enema Injeção TENS
 Evacuar Urinar Nada
 Outros _____

O que piora sua dor?

Relação sexual Orgasmo Estresse Alimentação
 Evacuar Bexiga cheia Urinar Ficar em pé
 Andar Exercício Hora do dia Clima
 Contato com a roupa Tossir / espirrar Não relacionada a nada
Outros: _____

Entre todos os problemas de sua vida, qual a importância de sua dor?

O problema mais importante. Somente um dos vários problemas.

Antecedentes de Abuso Sexual e Físico

Você foi vítima de abuso emocional? Humilhação ou insulto? Sim Não Não respondeu

Circule a resposta na coluna **Infância, Adulto ou ambas.**

	Na infância (≤ 13)		Quando adulto (≥ 14)	
1a. Alguém lhe mostrou os órgãos sexuais, sem seu consentimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1b. Alguém ameaçou ter relações sexuais com você, sem seu consentimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1c. Alguém tocou seu órgão sexual, sem o seu consentimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1d. Foi obrigada a tocar no órgão sexual de alguém?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1e. Foi forçada a manter relações sexuais, sem seu consentimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
1f. Alguma outra experiência sexual não desejada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Favor especificar _____

2. Quando era criança (≤ 13), algum adulto:

a. Bateu, chutou ou espancou-a? Nunca Raramente Ocasional^{lc} Frequentemente

b. Ameaçou seriamente sua vida? Nunca Raramente Ocasional^{lc} Frequentemente

3. Agora que você é adulto (≥ 14), alguém?

a. Bateu, chutou ou espancou-a? Nunca Raramente Ocasional^{lc} Frequentemente

b. Ameaçou seriamente sua vida? Nunca Raramente Ocasional^{lc} Frequentemente

Leserman, J, Drossman D, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. *Behavioral Medicine* 1995;21:141-148.

McGill Breve

Assinale as palavras que melhor descrevem a intensidade atual e sua dor pélvica

Como é sua dor?

Tipo	Sem dor (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Intensa (3)
Pulsante	_____	_____	_____	_____
Tiro	_____	_____	_____	_____
Punhalada	_____	_____	_____	_____
Facada	_____	_____	_____	_____
Cólica	_____	_____	_____	_____
Mordida	_____	_____	_____	_____
Queimor	_____	_____	_____	_____
Dolorida	_____	_____	_____	_____
Pesada	_____	_____	_____	_____
Sensível	_____	_____	_____	_____
Lancinante	_____	_____	_____	_____
Cansativa-Extenuante	_____	_____	_____	_____
Nauseante	_____	_____	_____	_____
Apavorante	_____	_____	_____	_____
Que castiga - Cruel	_____	_____	_____	_____

Melzack R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30:191-197.

Síndrome da Congestão Pélvica- Questões

A dor pélvica piora após atividade física prolongada? Sim Não

A dor pélvica melhora em repouso? Sim Não

Durante o ato sexual, você tem dor vaginal profunda ou dor pélvica? Sim Não

Após o ato sexual, você tem dor ou latejamento? Sim Não

Sua dor pélvica alterna de lado (migratória)? Sim Não

Apresenta episódios súbitos de dor pélvica forte que cessam espontaneamente? Sim Não

Exame Físico

Nome: _____ RG: _____

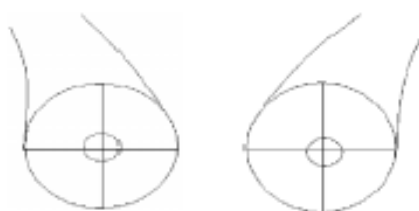
Data do Exame: _____ Altura: _____ Peso: _____ DUM: _____

PA: _____ FC: _____ Temp.: _____ Resp.: _____

Revisão dos sistemas: () Sim () Não Médico: _____

Expressão facial: () Normal () Doente () Chorosa () Depressiva
() Peso Normal () Emagrecido () Obeso () Marcha Anormal

Cabeça/pescoço () Normal Pulmões () Normal Coração () Normal Mamas () Normal
Outros: _____ Outros: _____ Outros: _____ Outros: _____

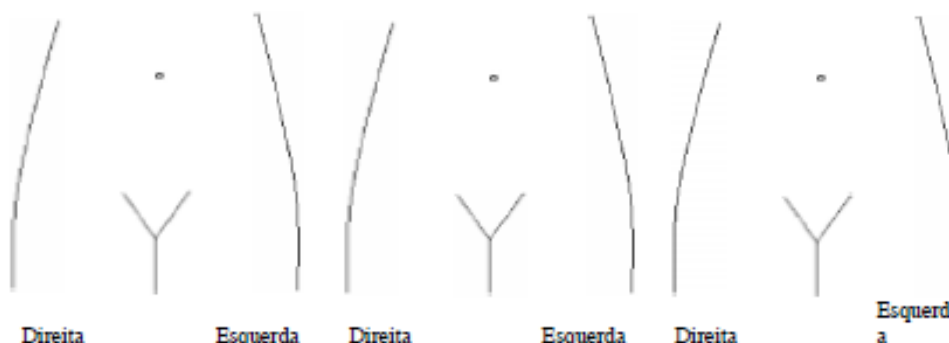


Direita

Esquerda

Abdome

- () Indolor () Dor () Incisão () Pontos-gatilho
() Dor Inguinal () Volume Inguinal () Dor Suprapubica () Pontos dolorosos ovariano
() Massa () D.B. () Dor à percussão () Distensão
() Outros: _____



Direita

Esquerda

Direita

Esquerda

Direita

Esquerda

Pontos-gatilho

Cicatriz cirúrgica

Outros achados

Dorso

- () Indolor () Dor () Alteração postural () Alteração ADM: _____

Extremidade inferior

- () Normal () Edema () Varizes () Neuropatias () Assimetria: _____

Neuropatia

- () Iliohipogastrica () Ilioinguinal () Genitofemoral () Pudendo () Alteração sensibilidade

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

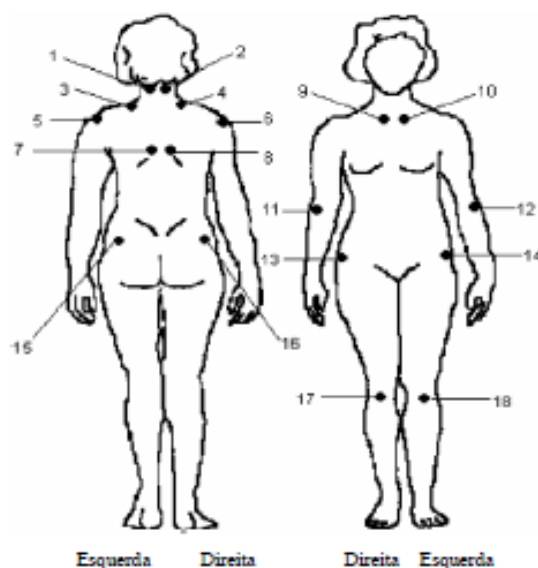
(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 08

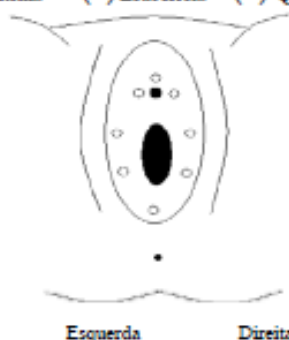
Fibromialgia / Dorso-Lombar / Glúteos



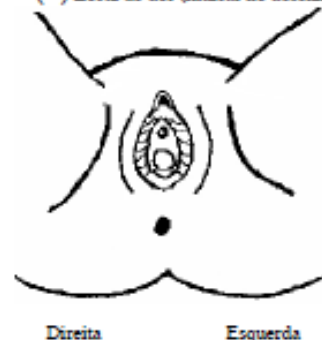
Esquerda Direita Direita Esquerda

Genitália externa

Normal Eritema Leucorreia Q-tip test (indicar no desenho) Local de dor (indicar no desenho)



Esquerda Direita



Direita Esquerda

Q-tip Test (Pontos de cada círculo, de 0 a 4) Total de Pontos: _____

Outros Achados: _____

Vagina

Normal Dor Local: _____ Mucosa Vaginal: _____ Leucorreia: _____
 Cultura _____ Gonococo _____ Clamídia _____ Fungos _____ Herpes _____
 Dor na cúpula vaginal pós-histerectomia (indicar no desenho)



Direita Esquerda
Cicatriz



Cicatriz Vertical

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

(205) 877-2950

www.pelvicpain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 09

Exame pélvico

- | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Cervix |
| <input type="checkbox"/> Intróito | <input type="checkbox"/> Motilidade cervical |
| <input type="checkbox"/> Canal endocervical | <input type="checkbox"/> Paramétrio |
| <input type="checkbox"/> Uretra | <input type="checkbox"/> FSP |
| <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Ureter E |
| <input type="checkbox"/> Ureter D | <input type="checkbox"/> Inguinal E |
| <input type="checkbox"/> Inguinal D | <input type="checkbox"/> Dor clitoriana |

Avaliar dor nos músculos perineais: escala de 0-4

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obturador D _____ | <input type="checkbox"/> Obturador E _____ |
| <input type="checkbox"/> Piriforme D _____ | <input type="checkbox"/> Piriforme E _____ |
| <input type="checkbox"/> Pubococcígeo D _____ | <input type="checkbox"/> Pubococcígeo E _____ |
| Total _____ | <input type="checkbox"/> Esfíncter anal _____ |

Exame Bimanual

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| Útero: | <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Indolor | <input type="checkbox"/> Ausente |
| Posição: | <input type="checkbox"/> Anterior | <input type="checkbox"/> Posterior | <input type="checkbox"/> Central |
| Tamanho: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |
| Contorno: | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Irregular | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| Consistência: | <input type="checkbox"/> Firme | <input type="checkbox"/> Amolecido | <input type="checkbox"/> Duro |
| Motilidade | <input type="checkbox"/> Móvel | <input type="checkbox"/> Hiper mobilidade | <input type="checkbox"/> Fixo |
| Suporte: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Prolapso | |

Exame- Anexos

- | | | | |
|----------|---------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|
| Direito: | <input type="checkbox"/> Ausente | Esquerdo: | <input type="checkbox"/> Ausente |
| | <input type="checkbox"/> Normal | | <input type="checkbox"/> Normal |
| | <input type="checkbox"/> Doloroso | | <input type="checkbox"/> Doloroso |
| | <input type="checkbox"/> Fixo | | <input type="checkbox"/> Fixo |
| | <input type="checkbox"/> Aumentado _____ cm | | <input type="checkbox"/> Aumentado _____ cm |

Exame Retovaginal

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Nódulos | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes |
| <input type="checkbox"/> Doloroso | <input type="checkbox"/> Mucosa alterada | <input type="checkbox"/> Não examinado |

Avaliação:

Diagnóstico:

Tratamento:

Portuguese Version – Translated by: Zakka, TM; Lin, TY and Teixeira MJ – Pain Center of University of São Paulo – USP – Authorized by:

© April 2008, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact


(205) 877-2950

www.pelvic.pain.org

(800)624-9676 (if in the U.S.)

Pg 10

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A CENTRALIZAÇÃO DA DOR

DOR & NEUROMODULAÇÃO – HCPA/CNPq (subárea 2.10.08.00 – 0)	
Nome: _____	
Sexo: F () M () Escolaridade: _____	
Idade: _____ Data: ___/___/___ Testagem: _____	
Nº banco: _____ Entrevistador: _____	

QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL Brazilian Portuguese Central Sensitization Inventory – BP-CSI

Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos últimos três meses.

Circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.

PARTE A

	0	1	2	3	4
	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Frequentemente</i>	<i>Sempre</i>
1. Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
2. Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
3. Tenho crises de ansiedade.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
4. Costumo apertar (ranger) os dentes.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
6. Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
7. Sou sensível à luminosidade excessiva.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
9. Sinto dor em todo o corpo.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
10. Tenho dores de cabeça.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
11. Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
12. Durmo mal.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
13. Tenho dificuldade para me concentrar.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
14. Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
15. O estresse piora meus sintomas.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>

16. Me sinto triste ou deprimido(a).	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
17. Tenho pouca energia.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
18. Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
19. Tenho dor no queixo.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
20. Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
21. Preciso urinar frequentemente.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
22. Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
23. Tenho dificuldade para me lembrar das coisas.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
24. Sofri trauma emocional na infância.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
25. Tenho dor na região pélvica.	0 <i>Nunca</i>	1 <i>Raramente</i>	2 <i>Às vezes</i>	3 <i>Frequentemente</i>	4 <i>Sempre</i>
TOTAL:					

Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citadas abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

PARTE B	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Ano do Diagnóstico</i>
1. Síndrome das pernas inquietas.			
2. Síndrome da fadiga crônica.			
3. Fibromialgia.			
4. Disfunção da articulação temporomandibular (ATM).			
5. Enxaqueca ou cefaleia tensional.			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável.			
7. Hipersensibilidade química (ex. poeira, cosméticos, poluição).			
8. Lesão cervical (incluindo lesão de chicote).			
9. Ansiedade ou ataques de pânico.			
10. Depressão.			

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DASS – 21)

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS SCALE) (DASS – 21) – VERSÃO PORTUGUÊS BRASILEIRO

Data da avaliação: ___/___/____. Avaliador: _____.

NOME DO PARTICIPANTE (SOCIAL): _____ ID: _____ DATA DE NASCIMENTO: / /

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

		Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
01	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
02	Senti minha boca seca	0	1	2	3
03	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
04	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
05	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
06	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
07	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
08	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
09	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

REFERÊNCIA

Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. [Behav Res Ther.](#) 1995 Mar;33(3):335-43.

Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. [J Affect Disord.](#) 2014 Feb;155:104-9.

INSTRUÇÃO PARA CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DO DASS-21

Para a pontuação final, os valores de cada subescala devem ser somados e multiplicados por dois para corresponder à pontuação da escala original (DASS-42) (Saad et al., 2017).

SUBESCALA	PERGUNTA	PONTUAÇÃO
Depressão	3	
	5	
	10	
	13	
	16	
	17	
	21	
	Pontuação final	___ x 2 =
Ansiedade	2	
	4	
	7	
	9	
	15	
	19	
	20	
	Pontuação final	___ x 2 =
Estresse	1	
	6	
	8	
	11	
	12	
	14	
	18	
	Pontuação final	___ x 2 =

CLASSIFICAÇÃO DOS SINTOMAS

SINTOMAS	NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	EXTREMAMENTE SEVERO
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	28-42
Ansiedade	0-7	8-9	10-14	15-19	20-42
Estresse	0-14	15-18	19-25	26-33	34-42

OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA O PARTICIPANTE

Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
----------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

ANEXO D – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA – DN4

QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA DN4 (VERSÃO BRASILEIRA 1.0)

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número.

ENTREVISTA COM O PACIENTE		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
1 – Queimação	() SIM	() NÃO
2 – Sensação de frio dolorosa	() SIM	() NÃO
3 – Choque elétrico	() SIM	() NÃO
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
4 – Formigamento	() SIM	() NÃO
5 – Alfinetada e agulhada	() SIM	() NÃO
6 – Adormecimento	() SIM	() NÃO
7 – Coceira	() SIM	() NÃO
EXAME DO PACIENTE		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
8 – Hipoestesia ao toque	() SIM	() NÃO
9 – Hipoestesia à picada de agulha	() SIM	() NÃO
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
10 – Escovação	() SIM	() NÃO

Escore	Dor nociceptiva (<4) ()	Dor neuropática (>=4) ()
---------------	--------------------------	---------------------------

Referências Bibliográficas:

- Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesion and development a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 Mar; 114 (1-2): 29-36.
- Autores: Karine A. S. Leão Ferreira e Manoel J. Teixeira. Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Wiermann et al. Consenso Brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica 2014 Outubro/Novembro/Dezembro; Vol. 10 (38): 132 – 143.

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA EM REDE PRIVADA DE SÃO LUIS DO MARANHÃO

Pesquisador: João Nogueira Neto

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 43223721.0.0000.5085

Instituição Proponente: Hospital São Domingos/ HSD

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.967.258

Apresentação do Projeto:

PERFIL DAS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA EM REDE PRIVADA DE SÃO LUIS DO MARANHÃO

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

¿ Traçar o perfil das pacientes do sexo feminino que apresentam o diagnóstico de dor pélvica crônica, bem como caracterizar esta dor em clínica e hospital particular de São Luís- MA.

3.2 Objetivos específicos

¿ Analisar o resultado do questionário de avaliação de dor pélvica da Sociedade Internacional de Dor pélvica

a ser aplicado às participantes.

¿ Avaliar o resultado do questionário para diagnóstico de dor neuropática (DN4) a ser aplicado às participantes.

Endereço: Endereço do CEP: AV.JERÔNIMO DE ALBUQUERQUE, 540, 1 ° ANDAR DO HOSPITAL SÃO DOMINGOS-
Bairro: Bequimão **CEP:** 65.060-645
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8286 **E-mail:** cep@hospitalsaodomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 6.967.258

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS

Ao participar desta pesquisa, pode ocorrer o risco da quebra da confidencialidade e do sigilo, que serão evitados ao máximo, visto que os dados coletados na pesquisa serão utilizados apenas para fins de pesquisas acadêmicas, não havendo necessidade de exposição de dados pessoais. Existe também o risco de constrangimento e desconforto emocional, entretanto, a equipe executora da pesquisa se comprometerá a proporcionar atenção integral para amenizar esses possíveis riscos.

Os benefícios da pesquisa são o fornecimento de subsídios para a melhora do diagnóstico e tratamento da Dor Pélvica Crônica por meio da caracterização perfil das pacientes com esta condição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

VIDE CONCLUSÃO

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TODOS OS TERMOS FORAM APRESENTADOS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

FOI ELABORADA CARTA RESPOSTA E TODAS AS PENDÊNCIAS FORAM ATENDIDAS. CRONOGRAMA FOI ATUALIZADO, MODIFICADO O TCLE E ACRESCENTADO O TERMO DE ANUÊNCIA DA CLÍNICA ONDE TAMBÉM SERÁ COLETADO OS DADOS

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	10/07/2024 21:54:21		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTA2024.docx	10/07/2024 21:54:03	João Nogueira Neto	Aceito
Outros	Carta de Anuencia Clinica Afeto.pdf	10/07/2024 21:41:54	João Nogueira Neto	Aceito

Endereço: Endereço do CEP: AV.JERÔNIMO DE ALBUQUERQUE, 540, 1 ° ANDAR DO HOSPITAL SÃO DOMINGOS-
Bairro: Bequimão **CEP:** 65.060-645
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8286 **E-mail:** cep@hospitalsaodomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 6.967.258

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2024.docx	10/07/2024 21:34:55	João Nogueira Neto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2024.pdf	10/07/2024 21:34:06	João Nogueira Neto	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2304305_E3.pdf	17/03/2024 14:42:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	SOLICITACAO_2024_assinado.pdf	17/03/2024 14:33:40	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_OBERVACAO_2024_assinado.pdf	17/03/2024 14:28:54	João Nogueira Neto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2024_assinado.pdf	17/03/2024 14:27:24	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_OBSERVACAO_assinado.pdf	30/01/2023 19:25:12	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SOLICITACAO_DE_EMENDA_assinado.pdf	30/01/2023 19:24:35	João Nogueira Neto	Aceito
Cronograma	DCP_3_CRONOGRAMA_2_assinado_assinado.pdf	30/01/2023 19:16:13	João Nogueira Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	26/01/2022 10:26:57	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DPC_2_CARTA_OBSERVACAO_assinado.pdf	26/01/2022 10:20:49	João Nogueira Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DCP_1_SOLICITACAO_DE_EMENDA_assinado.pdf	26/01/2022 10:18:50	João Nogueira Neto	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAA.docx	19/03/2021 17:38:54	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito
Outros	CARTA.pdf	05/02/2021 19:36:21	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_2.pdf	05/02/2021 19:36:03	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso.pdf	05/02/2021 19:33:20	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/02/2021 19:30:54	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/02/2021 19:25:23	ANA BEATRIZ COELHO MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Endereço do CEP: AV.JERÔNIMO DE ALBUQUERQUE, 540, 1 ° ANDAR DO HOSPITAL SÃO DOMINGOS-
Bairro: Bequimão **CEP:** 65.060-645
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8286 **E-mail:** cep@hospitalsaodomingos.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS



Continuação do Parecer: 6.967.258

Não

SAO LUIS, 25 de Julho de 2024

Assinado por:
PEDRO HENRIQUE DIAS BRASILENSE FROTA
(Coordenador(a))

Endereço: Endereço do CEP: AV.JERÔNIMO DE ALBUQUERQUE, 540, 1 ° ANDAR DO HOSPITAL SÃO DOMINGOS-
Bairro: Bequimão **CEP:** 65.060-645
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3216-8286 **E-mail:** cep@hospitalsaodomingos.com.br