

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**ROSA AZEVEDO DA LUZ**

**O IMPACTO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA  
NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES**

GOIÂNIA  
2011

**ROSA AZEVEDO DA LUZ**

**O IMPACTO DA DOR PÉLVICA CRÔNICA  
NA QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Linha de pesquisa:** Sociedade, Ambiente e Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Flávia Melo Rodrigues

Co-orientadores: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanessa da S. C. Vila

Prof. Dr. José Miguel de Deus

GOIÂNIA  
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central da Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás

D151i Da Luz, Rosa Azevedo.

O impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres / Rosa Azevedo da Luz. – 2011.

101 f. : il.

Bibliografia, p. 76-81.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

“Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Melo Rodrigues”.

“Co-orientadores: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanessa da S. C. Vila, Prof. Dr. José Miguel de Deus”.

1. Dor pélvica. 2. Dor crônica. 3. Mulheres – saúde e higiene. 4. Qualidade de vida. I. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. II. Rodrigues, Flávia Melo. III. Vila, Vanessa da S. C. IV. Deus, José Miguel de. V. Título.

CDU: 618.132-009.7(043.3)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 02 DE JUNHO DE 2011 E CONSIDERADA  
aprovada PELA BANCA EXAMINADORA:

1)

Melo Rodrigues  
Dra. Flávia Melo Rodrigues / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2)

Vera Aparecida Saddi  
Dra. Vera Aparecida Saddi / PUC Goiás (Membro)

3)

José Miguel de Deus  
Dr. José Miguel de Deus / UFG (Co-Orientador)

4)

Délio Marques Conde  
Dr. Délio Marques Conde / UFG (Membro Externo)

5)

Vanessa Carvalho Vila  
Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Suplente/Co-Orientadora)

6)

Virgínia Visconde Brasil  
Dra. Virgínia Visconde Brasil / UFG (Suplente Externo)

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*A **DEUS**, minha grande fonte de inspiração,  
meu amparo nas minhas dificuldades,  
que capacitou-me para chegar até aqui,  
abençoou-me com sua presença,  
sempre me dando força para prosseguir,  
e que, cada obstáculo me fez vencer,  
agradeço pela presença na minha existência;  
nada na minha vida seria possível sem o seu amor por mim.  
Dedico esta vitória a ti ó pai. Obrigada, meu Deus!!*

*Aos **meus pais, Pedro e Dalgisa** (in memoriam), meu eterno amor e gratidão, por terem me dado um bem precioso à vida.*

*Aos **meus irmãos**, Áurea, José, Raimundo, Oneide, Maria e Antônio, que são minhas eternas referências.*

*À **Profª. Drª. Vanessa da Silva Carvalho Vila***

*pela sua disponibilidade, paciência e carinho com que sempre me orientou nesse período de intenso aprendizado, com suas enriquecedoras contribuições, e por ser minha grande incentivadora na busca do conhecimento científico.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Profª Drª Flávia Melo Rodrigues, pela compreensão e respeito aos meus ideais, pelo conhecimento compartilhado, pela sua orientação, que foi fundamental para a concretização deste estudo.*

*Ao Prof Dr José Miguel de Deus, pelo incentivo e confiança, ao longo desta jornada e pelo exemplo de dedicação ao trabalho.*

*À Prof Drª Virginia Visconde Brasil, pela sua valiosa colaboração na construção do projeto deste estudo.*

*À Prof Drª Mariluzza Terra Silveira, pela amizade e acolhida no Ambulatório de Ginecologia HC/UFG.*

*Ao Prof. Délio Marques Conde e Profª Vera Aparecida Saddi, pelas valiosas contribuições permitindo o aprimoramento do meu estudo e disponibilidade de participação na minha banca de qualificação e defesa.*

*À minha sobrinha Larissa, pelo seu auxílio na elaboração deste estudo.*

*Às amigas, prof Drª Jacqueline Rodrigues de Lima, Solange Maria Seixas e Pricila Gomes Santana pela amizade e apoio.*

*À amiga Raquel Gomes, da Biblioteca/UFG, por me receber sempre com carinho, alegria e pela ajuda.*

*Às mulheres com e sem DPC que participaram como sujeitos deste estudo, que por meio dos relatos quanto às suas dores física e emocional tornaram possível a concretização desta conquista. Obrigada, sou eternamente grata.*

*Às acadêmicas, Amanda, Ana Caroline, Mariana e Fernanda, pela ajuda na coleta dos dados.*

*À equipe de Enfermagem do Ambulatório de Ginecologia HC/UFG, pelo apoio quando de meu afastamento das atividades profissionais para realizar este estudo.*

*Ao Departamento de Ginecologia FM/UFG, pela aprovação do projeto deste estudo.*

*À Enf. Dayse Mary Silva, Gerente de Enfermagem do Ambulatório de Ginecologia HC/UFG, pela compreensão.*

*À Diretoria de Enfermagem HC/UFG, pelo apoio.*

*À Diretoria Gestão de Pessoas HC/UFG, pela colaboração.*

*À coordenação, Professores e Funcionários do Mestrado, pelo acolhimento, incentivo e apoio dispensado no decorrer desta jornada.*

*Às Colegas do Mestrado Fabiane Alves, Thânia Maria, Sônia Carvalho, Christina Costa Souto e Francisco Edison Sampaio pela convivência agradáveis e troca de informações.*

## RESUMO

Da Luz RA. **O impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres.** [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011. 101 f.

A dor pélvica crônica (DPC) tem sido reconhecida como uma condição crônica frequente que afeta a vida das mulheres. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da DPC na qualidade de vida (QV) das mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Optou-se por um estudo descritivo de corte transversal, em 50 mulheres com DPC e 50 sem DPC. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada com informações para avaliação das características sociodemográficas, econômicas, aspectos clínicos e cirúrgicos. A QV foi avaliada por um questionário genérico *The Medical Outcomes Study 36®-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, e depressão investigada, pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). A intensidade da dor foi aferida pela escala visual analógica (EVA). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, testes de comparação de médias, correlações e regressão linear múltipla. O nível de significância foi 0,05. A média de idade das mulheres com DPC foi de 41,65 ( $\pm 9,42$ ) anos e aquelas sem DPC 28,97 ( $\pm 6,68$ ) anos. Os grupos com e sem DPC caracterizaram-se por incluírem mulheres com nível médio de escolaridade, cor parda, companheiros fixos, que exerciam serviços domésticos e estavam economicamente ativas, responsáveis pela renda familiar e em média com dois filhos. Houve diferença significativa entre ambos os grupos nas variáveis: idade, renda, moradia e disúria. Evidenciou-se que 52% das mulheres com DPC referiram dor intensa. A fossa ilíaca esquerda foi o local de maior ocorrência da dor. O esforço físico e relação sexual prevaleceram como fatores de piora. Entre os fatores de melhora da dor identificou-se, o uso de analgésico e o repouso. Na percepção das mulheres, o estado emocional, estresse, trauma por abuso físico e/ou sexual, bem como, o parto foram citados como fatores que contribuíram para o desenvolvimento da DPC. 57% das mulheres relataram que a intensidade da dor não mudou com o tratamento cirúrgico. Ao

comparar, a avaliação da QV dos dois grupos identificou-se que as mulheres com DPC apresentaram piores escores em todas as dimensões avaliadas pelo SF-36, exceto na dimensão saúde mental. Houve correlação negativa, significativa, entre intensidade da dor e a dimensão dor do SF-36, e da depressão com as dimensões, aspectos emocionais e saúde mental. Identificou-se, alta prevalência de depressão, em ambos os grupos, 72% com DPC e 58% sem DPC. O grupo com DPC apresentou pior escore de depressão. O alfa de Cronbach variou entre 0,76 e 0,79 para as dimensões do SF-36 e entre 0,85 e 0,86 para o BDI, caracterizando boa confiabilidade dos instrumentos. Conclui-se que a dor pélvica crônica causa impacto negativo significativo na QV dessas mulheres, e a depressão foi um fator impactante na avaliação da QV.

Descritores: Qualidade de vida; Dor pélvica; Doença crônica; Saúde da mulher.

## ABSTRACT

Da Luz RA. **The impact of chronic pelvic pain in women's quality of life.** [Dissertation]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011. 101 f.

Chronic pelvic pain (CPP) has been acknowledged as a frequent chronic condition affecting the lives of women. This study evaluates the impact of CPP in the Quality of Life (QoL) of women cared for in the gynecological outpatient service of *Hospital das Clínicas* at the Federal University of Goiás. This cross-sectional descriptive study was conducted with 50 women with CPP and 50 women without CPP. Data were collected through structured interviews addressing socio-demographic and economic information in addition to clinical and surgical aspects. QoL was evaluated through the generic questionnaire Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), and depression through the Beck Depression Inventory (BDI). Intensity of pain was inferred by a visual analogue scale. Descriptive statistical analyzes, mean comparison test, correlation and multiple linear regression analyzes were carried out. The level of significance was set at 0.05. The average age of women with CPP was 41.65 years old ( $\pm 9.42$ ) and those without CPP were 28.97 years old ( $\pm 6.68$ ). Both groups, with and without CPP, included women with secondary school of mixed race, with stable partners, who performed domestic chores, were economically active and the primary income earners, with two children in average. Significant differences were found between the groups concerning: age, income, housing, and dysuria; 52% of the women with CPP reported intense pain. The left iliac fossa was the most frequent site of pain. Physical effort and sexual intercourse prevailed as factors that worsen pain. Analgesic and rest were among factors improving pain. From the women's perspective, emotional state, trauma due to physical and/or sexual abuse as well as childbirth were factors that contributed to the development of CPP. A total of 57% women reported that surgical treatment did not change pain intensity. When QoL of the two groups were compared, women with CPP presented worse scores in all the dimensions evaluated through the SF-36 with exception of mental health. A significant

negative correlation between pain intensity and 'pain dimension' from the SF-36 was observed, as well as among depression and the dimensions 'emotional aspects' and 'mental health'. A high prevalence of depression was identified in both groups: 72% in those with CPP and 58% without CPP. The group with CPP presented the worse score in depression. The Cronbach's alpha varied between 0.76 and 0.79 for the BDI, indicating good reliability of the instruments. The conclusion is that CPP has a significant negative impact on these women's QofL and depression was important in the QofL.

Descriptors: Quality of life; pelvic pain; chronic disease; women's health.

## RESUMEN

Da Luz RA. **El impacto del dolor pélvico crónico en la calidad de vida de las mujeres** [Disertación]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011. 101 f.

El dolor pélvico crónico (DPC) ha sido reconocido como una condición crónica frecuente que les afecta la vida a las mujeres. La finalidad del estudio fue evaluar el impacto del DPC en la calidad de vida (CV) de las mujeres atendidas en el ambulatorio de ginecología del *Hospital das Clínicas de Universidade Federal de Goiás*. Fue elegido un estudio descriptivo de cohorte transversal, en 50 mujeres con DPC y 50 sin DPC. Los datos fueron recolectados mediante una entrevista estructurada con informaciones para evaluación de las características sociodemográficas, económicas, aspectos clínicos y quirúrgicos. La (CV) fue evaluada por un cuestionario genérico *The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, y la depresión investigada por el Inventario de Depresión de Beck (BDI). La intensidad del dolor fue verificada por la escala visual analógica (EVA). Fueron efectuadas análisis estadísticos descriptivos, testes de comparación de promedios, correlaciones y regresión lineal múltiple. El nivel de significancia fue 0,05. El promedio de edad de las mujeres con DPC correspondió a 41,65 ( $\pm 9,42$ ) años y, de aquellas sin DPC, 28,97 ( $\pm 6,68$ ) años. Los grupos con y sin DPC se caracterizaron por incluir mujeres con nivel medio de escolaridad, color pardo, parejas fijas, que ejercían servicios domésticos y estaban económicamente activas, responsables por la renta familiar y dois hijos como media. Se encontró diferencia significativa entre ambos grupos en las variables: edad, renta, morada y disuria. Se evidenció que el 52% de las mujeres con DPC refirieron dolor intenso. La fosa ilíaca izquierda fue el local de mayor ocurrencia del dolor. El esfuerzo físico y relación sexual prevalecieron como factores de empeoramiento. Entre los factores de mejora del dolor fueron identificados el uso de analgésico y el reposo. Según percibieron las mujeres, el estado emocional, estrés, trauma por abuso físico y/o sexual, y también el parto fueron citados como

factores que contribuyeron al desarrollo del DPC. El 57% de las mujeres relataron que el dolor no mudó con el tratamiento quirúrgico. La comparación de la CV de los dos grupos identificó que las mujeres con DPC mostraron peores scores en todas las dimensiones evaluadas por el SF-36, excepto en la dimensión de salud mental. Fue encontrada correlación negativa, significativa entre intensidad del dolor y la dimensión dolor del SF-36, y entre la depresión y las dimensiones aspectos emocionales y salud mental. Fue identificada alta prevalencia de depresión en ambos grupos, 72% con DPC y 58% sin DPC. El grupo con DPC mostró peor score de depresión. El alfa de *Cronbach* varió entre 0,76 y 0,79 para las dimensiones del SF-36 y entre 0,85 y 0,86 para el BDI, caracterizando buena confiabilidad de los instrumentos. Se concluye que el dolor pélvico crónico causa impacto negativo significativo en la CV de esas mujeres, y la depresión fue un factor impactante en la evaluación de la CV.

Descriptores: Calidad de vida; dolor pélvico; enfermedad crónica; salud de la mujer.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b>	Escala visual analógica.....	36
<b>Figura 2-</b>	Intensidade da dor de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	45
<b>Figura 3-</b>	Tempo de dor (em anos), de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	45

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Características socioeconômicas de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	42
<b>Tabela 2-</b>	Características sociodemográficas de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	43
<b>Tabela 3-</b>	Características socioeconômicas de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	44
<b>Tabela 4-</b>	Dados clínicos de mulheres com DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	46
<b>Tabela 5-</b>	Dados clínicos de mulheres com DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	47
<b>Tabela 6-</b>	Dados clínicos de mulheres com DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	48
<b>Tabela 7-</b>	Dados cirúrgicos de mulheres com DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	49
<b>Tabela 8-</b>	Dados clínicos/atividade física de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	50
<b>Tabela 9-</b>	Valores dos escores das dimensões do SF-36, de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	51
<b>Tabela 10-</b>	Comparação das médias dos escores das oito dimensões do SF-36 de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	52
<b>Tabela 11-</b>	Correlações internas entre as dimensões do SF-36, de mulheres com DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	53
<b>Tabela 12-</b>	Correlações entre as dimensões do SF-36 e algumas variáveis sociodemográficas e econômica, de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	53
<b>Tabela 13-</b>	Correlação entre as dimensões do SF-36 e a intensidade da dor, de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	54
<b>Tabela 14-</b>	Avaliação da Depressão de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	54
<b>Tabela 15-</b>	Média do escore total do Inventário de Depressão de Beck de mulheres com e sem DPC, Goiânia/GO (2009-2010).....	55
<b>Tabela 16-</b>	Correlação entre as dimensões SF-36 e o grau de Depressão	

	medido pelo BDI, de mulheres com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	56
<b>Tabela 17-</b>	Análise de regressão entre as dimensões do SF-36 e depressão no grupo com DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	56
<b>Tabela 18-</b>	Análise de regressão das dimensões do SF-36 e depressão no grupo sem DPC. Goiânia/GO (2009-2010).....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BV</b>	- Baixo Ventre
<b>BDI</b>	- Inventário de Depressão de Beck
<b>DPC</b>	- Dor Pélvica Crônica
<b>DIP</b>	- Doença Inflamatória Pélvica
<b>EVA</b>	- Escala Visual Analógica
<b>EUA</b>	- Estados Unidos da América
<b>FID</b>	- Fossa Ilíaca Direita
<b>FIE</b>	- Fossa ilíaca Esquerda
<b>GnRHa</b>	- <i>Gonadotrophin-releasing hormone analogue</i>
<b>HC</b>	- Hospital das Clínicas
<b>IASP</b>	- <i>International Association for the Study of Pain</i>
<b>QV</b>	- Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	- Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
<b>SF-36</b>	- <i>Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey</i>
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>SPSS</b>	- <i>Statistical Package for Social Science</i>
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>UFG</b>	- Universidade Federal de Goiás
<b>WHOQOL</b>	- <i>World Health Organization Quality of Life</i>
<b>WHOQOL</b>	- <i>World Health Organization Quality of Life Group</i>
<b>GROUP</b>	

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1	Dor pélvica crônica.....	20
1.2	Aspectos conceituais sobre qualidade de vida.....	26
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1	Objetivo geral.....	30
2.2	Objetivos específicos.....	30
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
3.1	Tipo e local do estudo.....	32
3.2	População e amostra da pesquisa.....	32
3.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	33
3.4	Aspectos éticos.....	33
3.5	Operacionalização da coleta de dados.....	34
3.5.1	Caracterização sociodemográfica, econômica, dados clínicos e cirúrgicos relacionados à DPC.....	35
3.5.2	The Medical outcomes study 36 <sup>®</sup> item short-form health survey SF-36.....	36
3.5.3	Inventário de depressão de Beck (BDI).....	38
3.6	Análise dos dados.....	39
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
4.1	Caracterização sociodemográfica e econômica.....	42
4.2	Caracterização clínica e cirúrgica de mulheres com DPC.....	44
4.3	Qualidade vida relacionada à saúde de mulheres com e sem DPC.....	50
4.4	Avaliação da prevalência de depressão em mulheres com e sem DPC.....	54
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>7.</b>	<b>PERSPECTIVAS.....</b>	<b>72</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>82</b>
	Apêndice A.....	83
	Apêndice B.....	85
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
	Anexo A.....	91
	Anexo B.....	92
	Anexo C.....	96
	Anexo D.....	

## 1. INTRODUÇÃO

*“Uma vida sem desafios não  
vale a pena ser vivida.”*

*(Sócrates)*

---

---

### **1.1. Dor Pélvica Crônica**

O fenômeno dor tem sido uma preocupação crescente da humanidade. Sua frequente ocorrência tem alterado vidas e as relações interpessoais no cotidiano, portanto, vem sendo observada, estudada e registrada ao longo dos séculos. De modo geral, mesmo com os avanços do conhecimento científico e tecnológico no setor saúde, ainda existem obstáculos na assistência aos pacientes com dor, relacionados ao acesso aos serviços de saúde, ao não reconhecimento do tipo de dor, por parte dos profissionais, à abordagem terapêutica não adequada para o tipo de dor, entre outros (Teixeira; Okada, 2009). *Internacional Association for the Study of Pain (IASP)* definiu dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos” (IASP, 1994). É uma experiência subjetiva, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais.

Entre os problemas de saúde vivenciados atualmente pelas mulheres, chama a atenção a dor pélvica crônica (DPC), definida como uma dor não cíclica, contínua ou intermitente, com duração maior ou igual a seis meses, localizada na pelve anatômica inferior, de grave intensidade, suficiente para causar incapacidade funcional e necessitar de tratamento clínico ou cirúrgico (Gelbaya; EL-Halwagy, 2001; Howard, 2003). No entanto, na literatura existem outras definições para a DPC, sendo consenso quanto à localização (região abdominal pélvica inferior) e a duração de seis meses. Grace; Zondervan (2006) definiram DPC como uma dor abdominal inferior, não relacionada com a menstruação, relação sexual ou a gravidez, com duração de pelo menos seis meses. Moore; Kennedy (2000) definem DPC como uma dor abdominal inferior com duração de

pelo menos seis meses, de forma contínua ou intermitente, que não está associada exclusivamente com a menstruação ou relação sexual. A DPC é definida por Latthe et al., (2006) como uma condição debilitante entre as mulheres, com grande impacto sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, produtividade no trabalho e utilização dos serviços de saúde.

Após seis meses de duração, a dor pélvica deixa de ser apenas um sintoma e passa a ser considerada uma doença com fisiopatologia própria que deve ser tratada de maneira consistente (Howard, 2003; Nogueira et al., 2006). Além da dor, outros sinais e sintomas podem estar presentes, como cefaléia, dor nas costas, vômitos, náuseas, diarreia, sangramento vaginal anormal, sangramento anal e uretral, insônia, calafrio e outros. Em geral, estes sintomas têm duração de dois anos e meio, e podem trazer repercussões na vida das mulheres, interferindo em sua qualidade de vida (Freitas et al., 1993; Howard, 2003).

Na prática ginecológica, a DPC tornou-se uma queixa comum, podendo afetar mulheres de 15 a 73 anos (Zondervan et al., 2001; Howard, 2003). Outros estudos apontam que é mais frequente na fase reprodutiva e, neste período, 16% das mulheres apresentam DPC (Wuo et al., 2005; Bruno et al., 2007).

No mundo todo, ainda são restritos os estudos sobre a prevalência da DPC. Neste sentido, os pesquisadores descrevem que importantes informações epidemiológicas sobre a DPC têm sido ignoradas (Zondervan et al., 2001; Latthe et al., 2006). Um estudo americano, de base populacional, apontou uma prevalência da DPC de 14,7% em mulheres de 18 a 50 anos (Mathias et al., 1996). No Reino Unido, os pesquisadores identificaram prevalência de 24%, estando equiparada às taxas de doenças como asma, enxaqueca, e dor nas

costas (Zondervan et al., 2001). Na Nova Zelândia evidenciaram prevalência de 25,4% (Grace; Zondervan, 2004) e, um estudo australiano evidenciou 21,5% (Pitts et al., 2008). Não foram identificados estudos brasileiros sobre a prevalência da DPC, mas estima-se que seja maior do que aquelas encontradas nos países desenvolvidos (Latthe et al., 2006).

A DPC é uma condição crônica e de etiologia não clara (Cheong; William, 2006). Vários estudos confirmam que sua origem pode estar associada a processos crônicos de uma complexa interação entre diversos sistemas tais como sistema gastrointestinal (síndrome do cólon irritável, carcinoma do cólon, colite, doença diverticular, hérnias, e outras); sistema urológico (cistite intersticial, síndrome uretral, neoplasia vesical e outras); sistema genital (endometriose, doença inflamatória pélvica, aderências, cistos ovarianos, pólipos cervicais ou endometriais, leiomiomas e outras); sistema músculo-esquelético (síndromes miofasciais, fibromialgia, hérnia de disco, fraturas, luxações) (Howard, 2003; Cheong; Stones, 2006; Nogueira et al., 2006).

Mulheres com DPC, nas quais o diagnóstico envolve mais de um órgão, geralmente estão sujeitas a sentir dor mais intensa do que aquelas com apenas um sistema envolvido (De Deus; Ribeiro, 2009).

Entre os fatores que podem ser causa contribuinte para o desenvolvimento da DPC destacam-se: fatores psicossociais (traumas por abuso físico e ou sexual, atual ou no passado); fatores psicossomáticos (ansiedade, estresse, depressão, insônia); conflitos existenciais, familiares e sociais (não aceitação corporal, desajuste conjugal, insatisfação profissional entre outros); doença inflamatória pélvica (DIP); história obstétrica (parto de fetos macrossômicos, uso de fórcepe ou vácuo-extrator); antecedentes cirúrgicos

(colescistectomia, conização uterina e histerectomia); alterações músculo-esqueléticas (postura inadequada, lordose lombar, e espasmo da musculatura do assoalho pélvico entre outros) (Freitas et al., 1993; Howard, 2003; Cury et al., 2004; De Deus, 2004). Haggerty et al., (2005) fazem menção ao uso de tabaco e de drogas como fator de risco para a DPC.

Embora a DPC seja frequente entre as mulheres, é comum o sub-diagnóstico, relacionado, principalmente, à difícil identificação da etiologia, tornando o tratamento mais difícil (Ferreira et al., 2008). Em unidades de atenção básica à saúde, pesquisadores identificaram que 39% das mulheres queixavam-se de DPC (Nogueira et al., 2006). Em um estudo realizado no Reino Unido, cerca de 60% das mulheres com DPC nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor (Cheong; Stones, 2006).

Outros estudos relataram que DPC é um importante problema de saúde, sendo responsável por 10% das consultas ambulatoriais para os ginecologistas, bem como, de 40% das laparoscopias diagnósticas realizadas e 10 a 15% das indicações de histerectomias, acarretando impacto importante sobre a utilização dos recursos do sistema de saúde por sua difícil investigação (Gelbaya; El-Halwagy, 2001; Howard, 2003).

Alguns estudos dão ênfase e consideram de fundamental importância a realização da anamnese e exame físico criteriosos, pois, além de ajudarem a identificar a etiologia da DPC, também, podem ser uma poderosa ferramenta terapêutica, contribuindo para o diagnóstico preciso e precoce da DPC, evitando procedimentos invasivos desnecessários (Freitas et al., 1993; Howard, 2003; Bruno et al., 2007).

Apesar da dificuldade de compreender a causa total da DPC, quando controladas e acompanhadas adequadamente, as mulheres poderão levar uma vida normal em relação às suas atividades diárias. Devem ser informadas de que sua dor é real, mesmo quando a causa não tenha sido esclarecida (Gelbaya; El-Halwagy, 2001; Howard, 2003).

A laparoscopia diagnóstica é considerada o exame padrão-ouro para diagnosticar a DPC. No entanto, deve ser solicitada com critérios, apenas em casos em que os exames não invasivos não concluam o diagnóstico (Howard, 2003; Louise et al., 2006; Bruno et al., 2007). Para Cury et al., (2004), o diagnóstico da DPC demanda uso de critérios clínicos e investigação psicossocial adequada.

O itinerário terapêutico percorrido por mulheres com DPC envolve um longo caminho para obterem atendimento, dificuldades relacionadas ao diagnóstico de sua condição crônica e tratamento nem sempre eficaz, considerando que a maioria delas já foi submetida a inúmeras consultas e cirurgias sem sucesso (De Deus, 2004). Estudos referem que a DPC pode causar incapacidade funcional e exigir tratamento clínico e/ou cirúrgico. No entanto, nem sempre a cura ou a melhora significativa dos sintomas são alcançadas (Gelbaya; El-Halwagy, 2001).

Neste contexto, é necessário rever os tratamentos médicos que priorizam os órgãos e/ou as doenças, direcionando o foco para o contexto biopsicossocial, pois somente assim, essas mulheres poderão ser ajudadas (De Deus, 2004).

Na prática clínica existem duas abordagens para o tratamento da DPC. Uma é para tratar a dor crônica diagnosticada, e a outra é para tratar doenças ou transtornos que podem ser uma causa contribuinte para a DPC (Howard, 2003).

Os tratamentos da DPC, geralmente envolvem condutas: farmacológicas (antiinflamatórios não esteróides, contraceptivos orais, análogos do GnRHa, antidepressivos tricíclicos, medicações psicotrópicas, anestésicos locais, analgésicos opióides e não opióides); psicológicas (uma avaliação psicológica inicial é necessária mesmo na ausência de suspeita de diagnóstico psicológico, pois, ajuda nas informações específicas para a resposta terapêutica e prognóstico) e neuroablativas (transecções cirúrgicas ou excisão de nervos, injeção de produtos químicos neurotóxicos, ou o uso de energia suficiente para destruir o tecido neural: calor, frio ou laser, Howard 2003). No entanto, muitas pacientes podem necessitar de uma combinação de tratamentos farmacológicos, não farmacológicos ou cirúrgicos (Gunter, 2003).

Pearce e Curtis (2007) afirmaram que a dor é uma experiência com sensações desagradáveis, que envolvem dimensões tanto sensoriais como emocionais. Elas relataram ser favoráveis à abordagem multidisciplinar no tratamento da DPC. Consideram que o método convencional de tratamento tem se mostrado limitado e seu foco desviado da questão do autocontrole. No entanto, essa nova abordagem incorporaria as habilidades do ginecologista, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo e especialista em controle da dor para dar suporte de apoio a clientes com DPC, incluindo suas expectativas. Essas autoras acreditam que o enfermeiro é o profissional mais indicado para dar apoio e direcionar essa iniciativa de tratamento.

Wuo et al. (2005) e Bruno et al. (2007) também enfatizaram o tratamento multidisciplinar, considerando que mulheres com DPC deveriam ser abordadas de forma integral. Só assim, poderão ser tratadas de forma mais eficaz, além de evitar procedimentos desnecessários. A DPC é uma doença debilitante, que

contribui para o absenteísmo no trabalho, interfere na vida conjugal, familiar e social, promovendo, assim, grande impacto na vida produtiva da mulher, reduzindo de forma significativa sua qualidade de vida (Howard, 2003; Nogueira et al., 2006).

Há vários estudos que descrevem a existência dessa condição crônica e suas complicações, como causadoras de sofrimento, agravos sociais, distúrbios físicos e emocionais à saúde da mulher (Freitas et al., 1993; Moore; Kennedy, 2000; Howard, 2003; Cury et al., 2004; Nogueira et al., 2006; Bruno et al., 2007). Há também registros do sucesso terapêutico no tratamento da dor pélvica crônica (Daguati et al., 2006). No entanto, ainda são escassos os estudos que discutem e apresentam a perspectiva das mulheres e o impacto desta condição crônica em suas vidas.

## **1.2 Aspectos conceituais sobre Qualidade de Vida**

Optou-se por estudar o impacto da DPC na vida das mulheres, a partir do construto qualidade de vida. Por ser a DPC uma condição crônica debilitante e incapacitante, há um crescente número de estudos sobre avaliação da qualidade de vida de mulheres acometidas por esta condição crônica. Entre as possíveis limitações impostas pela DPC, pesquisadores descrevem as restrições para desenvolver as atividades da vida diária, incluindo o trabalho de casa, problemas de locomoção e queixas de dor durante e após relações sexuais (Mathias et al., 1996; Haggerty et al., 2003). Estudos reiteram o efeito negativo da DPC, é visível em vários aspectos da vida das mulheres, principalmente na função sexual, no

trabalho, interação social, atividades físicas, trabalho doméstico, imagem corporal e auto-estima (Grace; Zondervan, 2006; Ter Kuile et al., 2009).

O estudo da qualidade de vida emerge no cenário da pesquisa direcionada aos serviços de saúde e à prática clínica como importante conceito para o processo de tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico no tratamento de condições crônicas de saúde, entre elas a dor pélvica crônica (Rannestad et al., 2000; Haggerty et al., 2003; Louise et al., 2006; Oliveira, 2006; Barcelos et al., 2010).

Em termos conceituais, observa-se que há o consenso entre os pesquisadores de que qualidade de vida é um conceito multidimensional, com componentes fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais (Farquhar, 1995; Grant; Rivera, 1998; Seidl; Zannon, 2004). Na tentativa de elucidar o conceito, os pesquisadores têm apresentado definições globais de qualidade de vida e definições que subdividem qualidade de vida em uma série de dimensões (Farquhar, 1995). Essa perspectiva pode ser observada na literatura, que ressalta a falta de uma definição universal de qualidade de vida (Ferrans, 1990; Meeberg, 1993; Bowling, 1995).

Neste contexto, ao revisar a literatura para traçar a definição conceitual de qualidade de vida optou-se por adotar as descritas a seguir:

[...] uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo (WHOQOL GROUP, 1998, p.1570).

[...] qualidade de vida e, mais especificamente, qualidade de vida relacionada à saúde refere-se aos domínios físicos, psicológicos, e sociais sobre saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pela experiência da pessoa, suas crenças, expectativas e percepções.

Cada um destes domínios pode ser medido em duas dimensões: avaliação objetiva do funcionamento ou estado de saúde e mais percepção subjetiva de saúde (Testa; Simonson, 1996, p.835).

Em termos conceituais, é freqüente a realização de estudos cujo objetivo é mensurar, avaliar a qualidade de vida a partir da utilização de instrumentos que conceituam qualidade de vida em relação à subdivisão desse construto em domínios ou dimensões. Cada uma dessas dimensões é caracterizada por indicadores objetivos e subjetivos, e são avaliados de acordo com o grau de importância, satisfação, adequação e aplicação à realidade vivenciada pelo indivíduo (WHOQOL, 1998; Schalock, 2000; Renwick, 2004). Há consenso de que, tomadas em conjunto, as dimensões ou domínios representam o conceito de qualidade de vida como um todo (Felce; Perry, 1997; Keith, 2001).

O conceito de qualidade de vida, portanto, é reconhecido como um dos indicadores na avaliação do impacto físico e psicossocial que enfermidades, disfunções ou incapacidades podem ocasionar na vida das pessoas e famílias, permitindo melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à determinada condição crônica de saúde (Vila; Rossi, 2008).

Nesta perspectiva acredita-se que este estudo possa contribuir para o reconhecimento do quanto a DPC interfere na qualidade de vida das mulheres, contribuindo para que os profissionais de saúde compreendam a complexidade desta condição crônica de saúde.

## 2. OBJETIVOS

*“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás para atravessar o rio da vida; ninguém, exceto tu, só tu”.*

*(Friedrich Nietzsche)*

---

---

## **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar o impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico e econômico das mulheres com e sem dor pélvica crônica;
- Identificar os aspectos clínicos e cirúrgicos das mulheres com dor pélvica crônica;
- Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres com e sem dor pélvica crônica;
- Avaliar a prevalência e o grau de depressão das mulheres com e sem dor pélvica crônica;
- Correlacionar as dimensões da qualidade de vida com variáveis sociodemográficas, econômicas, intensidade da dor e grau de depressão das mulheres com dor pélvica crônica;
- Identificar se alguma variável sociodemográfica, econômica, clínica e a depressão influenciou na avaliação da qualidade de vida das mulheres com e sem DPC.

### 3. METODOLOGIA

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

*(Fernando Pessoa)*



### **3.1 Tipo e local do Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal analítico, desenvolvido no Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), um hospital de ensino universitário, público, de grande porte, situado na cidade de Goiânia-Goiás. Este é um ambulatório de referência para o atendimento de pacientes com DPC, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). São atendidas em média, 24 pacientes por semana, residentes na região metropolitana de Goiânia, interior de Goiás, bem como de outros estados das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país. Esta unidade de saúde foi selecionada pelo fato de ser uma instituição hospitalar de referência no atendimento a mulheres com DPC.

Esse ambulatório presta serviço há mais de 10 anos, à pacientes com DPC, com uma equipe profissional composta por dois médicos, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Configura-se como campo de formação para acadêmicos de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina, curso de extensão em Psicologia e Residência Médica em Ginecologia. Assim, cumpre com sua missão institucional de promover assistência, ensino, pesquisa e extensão.

### **3.2 População e Amostra da Pesquisa**

A população desta pesquisa foi composta por mulheres com e sem DPC, em seguimento no ambulatório de Ginecologia do HC/UFG. A amostra foi

constituída por dois grupos de mulheres com e sem DPC, com base no cálculo de amostragem representativa (Barbetta, 2002),  $n_0 = \frac{1}{E_0^2}$   $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$  onde  $n_0$  a primeira aproximação do tamanho amostral,  $E_0$  é o erro amostral tolerável (10% ou 0,1),  $n$  é o tamanho da amostra e  $N$  é tamanho da população (96 pacientes/mês). Sendo  $n_0 = 100$   $n \cong 49$

### 3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas em cada grupo 50 mulheres, totalizando 100 mulheres. Como critérios de inclusão para o grupo com DPC, foram estabelecidos: idade  $\geq$  18 anos; diagnóstico confirmado de DPC; condições físicas e mentais de compreender os objetivos da pesquisa, responder à entrevista e comunicar-se com a pesquisadora. Para o grupo sem DPC, os critérios foram: mulheres com idade  $\geq$  18 anos, saudáveis, em seguimento no ambulatório de Planejamento Familiar, do Hospital das Clínicas/UFG.

Foram excluídas do grupo com DPC, mulheres sem o diagnóstico confirmado, com antecedente de gravidez nos últimos 12 meses ou em tratamento de neoplasia maligna. No grupo sem DPC foram excluídas mulheres com queixa de DPC ou em tratamento de neoplasia maligna.

### 3.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de

Goiás, sob o protocolo nº 082/2009 (Anexo-A). Após a aprovação iniciou-se a coleta de dados.

A pesquisadora informou às participantes, que sua participação seria voluntária e gratuita, e ainda esclareceu sobre o sigilo em relação às informações fornecidas e a respeito da possibilidade de retirada do seu consentimento, a qualquer momento que desejassem, sem prejuízo à continuidade do seu tratamento no ambulatório de DPC, conforme preconizam os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

As informações advindas desta investigação ficarão arquivadas com a pesquisadora por um período de, no mínimo, cinco anos ou mais, caso sejam mudados os prazos atualmente em vigor.

### **3.5. Operacionalização da Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2009 a maio de 2010. As participantes da pesquisa foram abordadas na sala de espera do ambulatório de DPC, enquanto aguardavam a consulta médica ou logo após o término da mesma. Eram convidadas a se dirigirem para um consultório, onde a pesquisadora apresentava os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este foi assinado por todas, em duas vias, antes de iniciar a entrevista (Apêndice-A).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de três instrumentos: o formulário para caracterização sociodemográfica, econômica; dados clínicos e

cirúrgicos relacionados a DPC; o questionário de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (*Medical Outcomes Study 36® – Item Short Form Health Survey – SF-36*); e, o questionário de avaliação da presença e grau de depressão, o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Os responsáveis pela coleta dos dados foram à pesquisadora e quatro auxiliares de pesquisa (acadêmicas do Curso de Enfermagem e Biologia), que foram treinadas e supervisionadas durante a coleta de dados. Apesar dos instrumentos SF-36 e BDI serem auto-aplicáveis e auto-explicativos, algumas participantes optaram por responder mediante o acompanhamento da pesquisadora. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 40 minutos.

### **3.5.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e cirúrgica relacionados à DPC**

Para coleta dos dados sociodemográficos, econômicos, clínicos e cirúrgicos relacionados à DPC, foi elaborado um formulário (Apêndice-B), contendo variáveis sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, raça, estado marital e religião), econômicas (renda, ocupação, situação de trabalho, responsável pela renda, moradia e número de filhos), aspectos clínicos relacionados à DPC (local, fator de piora e melhora, intensidade, tempo de dor, período menstrual, medicação, melhora ou não com a medicação, tipo de acesso à medicação, fatores desencadeadores da DPC na percepção das mulheres, aborto, funcionamento intestinal, disúria e atividade física), aspectos cirúrgicos relacionados à DPC (cirurgia, se a vida melhorou com o tratamento cirúrgico e

outras cirurgias já realizadas). Este instrumento também continha a escala visual analógica (EVA) (Figura 1), que é uma escala unidimensional, bastante usada na prática clínica, para avaliar a intensidade da dor (Wewers; Lowe, 1990). Apresenta-se em formato simples e de fácil compreensão e análise, com graduação de zero a dez. A intensidade da dor pode ser pontuada de zero a dez, o valor zero corresponde (ausência de dor) e o dez (dor intensa). É classificada ausência de dor (escore zero), dor leve (escore de um a dois), dor moderada (escore de três a sete) e dor intensa (escore de oito a dez).



**Figura 1:** Escala Visual Analógica: (Wewers; Lowe, 1990).

### 3.5.2 Medical Outcomes Study 36®-Item Short-Form Health Survey (SF-36).

Para avaliação da QV foi utilizado o instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o SF-36 (Anexo-B). Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil, para língua portuguesa por Ciconelli (1997). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida relacionado à saúde mais usado atualmente (Dantas; Sawada; Malerbo, 2002).

Optou-se pelo SF-36 pelo fato de ser um questionário multidimensional, de avaliação da QV, e ainda porque apresenta propriedades psicométricas confiáveis, tendo sido bastante utilizado em vários estudos da população geral e aplicado a diversos tipos de doenças e/ou condições crônicas nos últimos 20 anos

(Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli et al., 1999). Um estudo de revisão sistemática da literatura realizado no Reino Unido por Neelakantan et al., (2004) identificou que o SF-36 foi o instrumento mais usado para a avaliação da QV de mulheres com DPC.

O SF-36 é um instrumento genérico que avalia a percepção que a pessoa tem de sua vida em relação à sua saúde nas últimas quatro semanas. É constituído por 36 itens, agrupados em oito dimensões que englobam dois grandes componentes finais, o físico e o mental.

O componente físico final envolve as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias como vestir-se, subir escada e outros); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); estado geral da saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde) (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli, 1997; Ciconelli et al., 1999).

O componente mental final engloba as dimensões: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde), aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais), saúde mental (escala de humor e bem estar), aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e uma questão para avaliação comparativa entre o estado geral de saúde atual e a de um ano atrás (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli, 1997; Ciconelli et al., 1999).

O questionário SF-36, além de ser um instrumento genérico de avaliação de QV, apresenta praticidade de uso, não é extenso, permite ser preenchido em curto espaço de tempo, podendo ser autoaplicável ou aplicado por meio de

entrevista. A avaliação dos resultados obtidos com aplicação deste instrumento de medida é feita pela normatização dos escores dos domínios em uma escala de 0 a 100. O valor zero corresponde ao pior estado de saúde e o 100 ao melhor estado de saúde, sendo que cada dimensão é analisada separadamente (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli et al., 1999).

A interpretação do escore e seu significado têm sido amplamente discutidos entre os pesquisadores que utilizam este instrumento. Neste sentido, foi estabelecido que a média do escore é 50 ( $\pm 10$ ). Assim, escores acima de 50 representam avaliações melhores do que escores abaixo de 50. Esta padronização tem facilitado comparar os escores das escalas e estabelecer interpretações entre diferentes estudos (Ware, 2010).

### **3.5.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Anexo D) é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisa e na prática clínica para avaliar a presença, o grau e a sintomatologia de depressão (Gorestein; Andrade, 1998). Pode ser aplicado de forma oral e auto-administrado, individual ou em grupo e necessita de pouco tempo para ser preenchido.

No Brasil, o BDI foi validado por Cunha, (2001) que manteve a escala de 21 itens, com escore de zero a três, com quatro alternativas, que correspondem a níveis crescentes de gravidade de depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, em que o maior escore é 63, que indica alto grau de depressão e o escore mais baixo é o zero, que corresponde à ausência

de depressão (Cunha, 2001).

Os vinte e um itens avaliados pelo BDI são: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, expectativa de punição, autodepreciação, autocrítica, ideias suicidas, crise de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.

A interpretação dos escores foi realizada de acordo com a seguinte padronização: escores de zero a 11, sem depressão ou depressão mínima; escores de 12 a 19, depressão leve; escores de 20 a 35, depressão moderada; escores de 36 a 63, depressão grave (Cunha, 2001).

### **3.6. Análise dos Dados**

Os dados foram processados e codificados inicialmente em um banco de dados do programa Microsoft Office Excel, versão 2007. Posteriormente, foram exportados para o *programa Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 14.0 (SPSS Inc, EUA).

Foram realizadas análises descritivas de frequências simples para as variáveis nominais e de posição (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas.

Neste estudo, a consistência interna das respostas dos itens do SF-36 foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se como um resultado satisfatório valores acima de 0,70 (Fayers; Manchini, 1998). Para cada dimensão

foi obtida a média do escore. O cálculo do escore de cada domínio é obtido a partir de uma sintaxe pré-definida (Anexo C).

Foram utilizados testes de comparação de médias (teste t de *Student* e teste de *Mann-Whitney*) para avaliar as diferenças significativas entre variáveis numéricas contínuas. Para as demais variáveis qualitativas, utilizou-se o teste do qui-quadrado. Para testar a correlação entre as dimensões do SF-36, e algumas variáveis socioeconômicas e intensidade da dor, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. A correlação foi considerada forte (positiva ou negativa) sempre que  $r \geq 0,7$  (Geiguelman, 2002). A fim de testar se alguma variável influenciou na avaliação da QV, foi realizada análise de regressão múltipla. Para todas as análises foi adotado um nível de significância igual a 0,05.

## 4. RESULTADOS

*“Não se agarre à dor como pretexto para sofrer,  
use-a para crescer”.*

*(Edith Vaz de Araújo)*

---

---

#### 4.1. Caracterização sociodemográfica e econômica

Identificou-se que mulheres com DPC apresentaram idade superior às mulheres sem DPC ( $p < 0,0001$ ). A média foi de 41,65 anos ( $\pm 9,42$ ) para mulheres com DPC e 28,97 anos ( $\pm 6,68$ ) para mulheres sem DPC. Em relação à renda familiar, o grupo de mulheres com DPC apresentou maior renda, sendo R\$1.411,30 ( $\pm 924,95$ ) versus R\$ 1.007,40 ( $\pm 464,09$ ) ( $p = 0,0069$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1-** Características socioeconômicas de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Características	Com DPC (n=50)	Sem DPC (n=50)	p
	Média ( $\pm dp$ ) Mínima – Máxima		
Idade (anos)	41,65 ( $\pm 9,4$ ) 24-72	28,97 ( $\pm 6,7$ ) 18-45	<0,0001
Renda familiar (reais)	1.411,30 ( $\pm 924,9$ ) 0-5000	1.007,40 ( $\pm 464,1$ ) 66-2000	0,0069

*dp= desvio-padrão, p= nível de significância do teste t de Student.*

Quanto ao nível de escolaridade, raça, estado marital e religião, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre os grupos com e sem DPC. Os resultados apontaram que, em ambos os grupos, predominaram o nível de escolaridade de quatro a 11 anos; a raça parda; o estado marital com companheiro fixo (Tabela 2).

**Tabela 2-** Características sociodemográficas de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Características	Com DPC (n=50)		Sem DPC (n=50)		p
	N	%	N	%	
<b>Nível de escolaridade</b>					
≤ 7 anos	22	44	15	30	0,1471
>7 anos	28	56	35	70	
<b>Raça</b>					
Branco	21	42	23	46	0,8403
Não branco	29	58	27	54	
<b>Estado marital</b>					
Com companheiro	39	78	36	72	0,4884
Sem companheiro	11	22	14	28	
<b>Religião</b>					
Católica	25	50	22	44	0,5478
Outras	25	50	28	56	

p= nível de significância do teste do qui-quadrado.

Verificou-se que para as variáveis: ocupação, situação de trabalho, responsável pela renda e número de filhos não houve diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre os grupos. Em relação à moradia, identificou-se que a maioria das mulheres com DPC (76%) residia em casa própria, enquanto que as mulheres sem DPC (56%) afirmaram não residirem em casa própria, sendo essa a diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0011$ ). Os resultados apontaram que, em ambos os grupos, as mulheres desenvolviam atividades ocupacionais relacionadas a serviços domésticos, estavam ativas e eram as principais responsáveis pela renda familiar (Tabela 3).

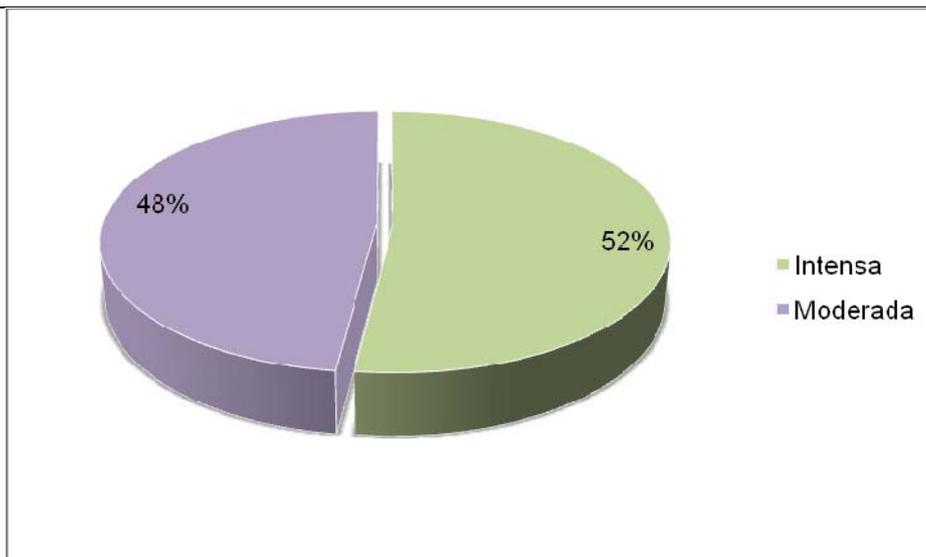
**Tabela 3-** Características socioeconômicas de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Características	Com DPC (n=50)		Sem DPC (n=50)		p
	n	%	n	%	
<b>Ocupação</b>					
Serviços domésticos	23	46	20	40	0,5445
Outro	27	54	30	60	
<b>Situação de trabalho</b>					
Ativo	49	98	50	100	0,3149
Inativo (aposentado e licença)	1	2	0	0	
<b>Responsável pela renda</b>					
Você	32	64	29	58	0,5385
Outros	18	36	21	42	
<b>Moradia própria</b>					
Sim	38	76	22	44	0,0011
Não	12	24	28	56	
<b>Números de filhos</b>					
Até dois filhos	32	64	40	80	0,0748
Mais que dois filhos	18	36	10	20	

p= nível de significância do teste qui-quadrado.

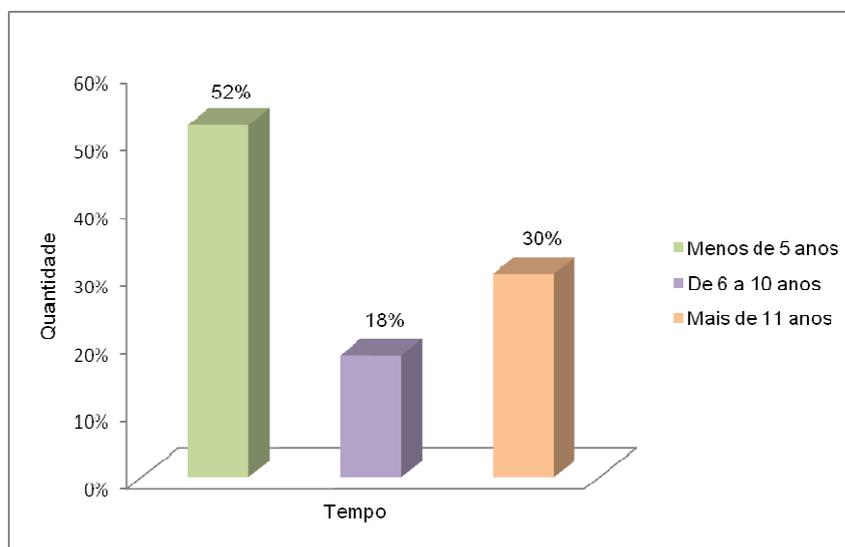
#### 4.2. Caracterização Clínica e Cirúrgica de mulheres com DPC

A intensidade da dor, aferida pela EVA, apresentou média de 7,8 ( $\pm$  1,6) pontos, o que a classifica como dor moderada. O escore mínimo avaliado foi quatro (moderada) e o máximo dez (intensa). Em relação à percepção subjetiva da dor, evidenciou-se que 52% das mulheres com DPC relataram dor intensa e 48%, dor moderada (Figura 2).



**Figura 2-** Intensidade da dor segundo a percepção das mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/GO (2009-2010).

A maioria das mulheres com DPC (52%) convive com a dor a menos de cinco anos e 30% a mais de 11 anos. Em média o tempo de dor foi de 8,8 ( $\pm 7,7$ ) anos, com mínimo de um ano e máximo de 28 anos (Figura 3).



**Figura 3-** Tempo da dor de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/GO (2009-2010).

Quanto à localização da dor, evidenciou-se que 42% das mulheres apresentavam dor na fossa ilíaca esquerda (FIE) e 38% no baixo ventre (BV). A relação sexual (54%) e o esforço físico (48%) foram citados como os fatores de piora da dor que prevaleceram. Observou-se entre os fatores de melhora da dor, o uso de analgésicos (56%) e o repouso (30%). Durante o período menstrual, 70% das mulheres relataram que sentem mais dor (Tabela 4).

**Tabela 4-** Dados clínicos de mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010)

Dados	(n=50)	(%)
<b>Localização da dor</b>		
Fossa ilíaca direita (FID)	8	16
Fossa ilíaca esquerda (FIE)	21	42
Hipogástrio (HIP)	3	6
Baixo ventre (BV)	19	38
Região lombar	3	6
Nádega	0	0
<b>Fator de piora da dor</b>		
Deambulação	11	22
Micção	5	10
Evacuação	6	12
Esforço físico	24	48
Relação sexual	27	54
Outros	11	22
<b>Fator de melhora da dor</b>		
Repouso	15	30
Analgésico	28	56
Eliminação de gases	5	10
Posição	7	14
Outros	5	10
<b>Período Menstrual</b>		
Ausente	7	14
Piora	35	70
Melhora	1	2
Não se aplica	7	14

Para o alívio da dor, identificou-se que 70% das mulheres relataram uso de analgésicos comuns. Sendo que 62% referiram que a vida melhorou após o uso da medicação. A maioria das mulheres (62%) compra a medicação para alívio da dor (Tabela 5).

**Tabela 5-** Dados clínicos de mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dados	(n=50)	(%)
<b>Medicação para dor</b>		
Analgésicos comuns	35	70
Antidepressivo amitriptilina	2	4
Outros antidepressivos	3	6
Terapia Hormonal	5	10
<b>Vida após medicação</b>		
melhorou	31	62
piorou	1	2
Não mudou	8	16
Não usa	10	20
<b>Acesso à Medicação</b>		
Compra	31	62
Posto de saúde	4	8
Compra e posto de saúde	6	12
Não se aplica	9	18

Evidenciou-se que os principais fatores desencadeadores da DPC, na percepção das mulheres, foram consequência pós-parto (44%), o estado emocional (24%), o estresse (24%) e o trauma por abuso físico e/ou sexual (12%). Em relação ao aborto, 38% relataram que tiveram aborto espontâneo e 4% referiram aborto provocado (Tabela 6).

**Tabela 6-** Dados clínicos de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dados	(n=50)	(%)
<b>Fator desencadeador da DPC na percepção das mulheres</b>		
Separação de cônjuge	3	6
Falta de atenção	3	6
Estado emocional	12	24
Excesso de trabalho	3	6
Falta de fé	2	4
Estresse	12	24
Preocupação com o futuro	5	10
Insatisfação com a aparência	2	4
Trauma por abuso físico e ou sexual	6	12
Conseqüência após parto	22	44
Desajuste familiar	4	8
Percepção de algum tipo de culpa	3	6
Outros	10	20
<b>Aborto</b>		
Espontâneo	19	38
Provocado	2	4

Constatou-se que 28% das mulheres haviam realizado cirurgia para tratamento da DPC. Para 57% a sua vida após o tratamento cirúrgico não mudou. Em relação à realização de outras cirurgias, evidenciou-se que 50% das mulheres com DPC realizaram cesárea (Tabela 7).

**Tabela 7-** Dados cirúrgicos de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dados	(n=50)	(%)
<b>Cirurgia para tratamento da DPC</b>	14	28
<b>Vida pós-cirurgia para tratamento da DPC</b>		
Melhorou	5	36
Piorou	1	7
Não mudou	8	57
<b>Outras cirurgias realizadas</b>		
Cesáreas	25	50
Laqueadura tubária	16	32
Histerectomia	2	4
Períneoplastia	7	14

Ao analisar as variáveis funcionamento intestinal, disúria e prática de atividade física, foi obtida uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre os grupos, apenas para a variável disúria. Neste contexto, constatou-se que a disúria é mais freqüente entre mulheres com DPC, sendo que 48% das mulheres convivem com esse sintoma, e no grupo sem dor apenas 16%. Em relação à atividade física, os resultados apontaram que a maioria das mulheres de ambos os grupos não praticava exercícios físicos (Tabela 8).

**Tabela 8**-Dados clínicos/atividade física de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dados	Com DPC		Sem DPC		p
	(n=50)	%	(n=50)	%	
<b>Funcionamento Intestino</b>					
Normal	19	38	24	48	0.3125
Alterado	31	62	26	52	
<b>Disúria</b>					
Sim	24	48	8	16	0.0006
Não	26	52	42	84	
<b>Atividade Física</b>					
Sim	16	32	17	34	0.8316
Não	34	68	33	66	

p= nível de significância do teste do qui-quadrado.

#### 4.3. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com e sem DPC

Para cada uma das oito dimensões do SF-36, foram calculados os valores da média e desvio-padrão. Foi obtido um valor do alfa de *Cronbach* igual a 0,82 que caracteriza uma consistência forte em relação às dimensões avaliadas. Os valores variaram de 0,76 (aspectos emocionais) a 0,79 (capacidade funcional) (Tabela 9).

No grupo com DPC, a média dos escores avaliados foi inferior a 50, nas dimensões saúde mental (47,9), vitalidade (40,9), dor (39,3), aspectos físicos (33,5) e aspectos emocionais (29,3). As dimensões capacidade funcional (56,5), aspectos sociais (52,8) e o estado geral de saúde (53,1) tiveram escores acima de 50 (Tabela 9).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde do grupo com DPC

evidenciou que no componente saúde física, as dimensões capacidade funcional ( $56,5 \pm 22,0$ ) e estado geral de saúde ( $53,1 \pm 20,9$ ) estiveram moderadamente comprometidas, enquanto dor ( $39,3 \pm 15,6$ ) e os aspectos físicos ( $33,5 \pm 38,7$ ), estiveram altamente comprometidas. No componente saúde mental, as dimensões aspectos sociais ( $52,8 \pm 24,1$ ) e saúde mental ( $47,9 \pm 17,9$ ) estiveram moderadamente comprometidas enquanto a vitalidade ( $40,9 \pm 21,7$ ) e os aspectos emocionais ( $29,3 \pm 37,3$ ) estiveram altamente comprometidos. O componente mental final teve escore inferior ( $42,72 \pm 10,2$ ) em relação ao componente físico final ( $45,62 \pm 10,9$ ) (Tabela 9).

**Tabela 9-** Valores dos escores das dimensões do SF-36, de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões- SF-36	Média $\pm$ d.p.	Min-Max	Mediana	Alfa de Cronbach
Capacidade funcional	$56,5 \pm 22,0$	10-100	55	0,79
Aspectos físicos	$33,5 \pm 38,7$	0-100	25	0,77
Dor	$39,3 \pm 15,6$	0-74	41	0,78
Estado geral de saúde	$53,1 \pm 20,9$	25-100	52	0,78
Vitalidade	$40,9 \pm 21,7$	0-80	40	0,78
Aspectos sociais	$52,8 \pm 24,1$	12,5-100	50	0,78
Aspectos emocionais	$29,3 \pm 37,3$	0-100	0	0,76
Saúde mental	$47,9 \pm 17,9$	12-84	46	0,78
Componente físico final	$45,62 \pm 10,9$	56,5-33,5	46	0,78
Componente mental final	$42,72 \pm 10,2$	29,3-52,7	44	0,78

Ao comparar os grupos com e sem DPC, evidenciou que mulheres com DPC apresentaram piores escores em todas as dimensões avaliadas pelo SF-36 ( $p < 0,05$ ), sendo esta diferença altamente significativa ( $P < 0,01$ ), nas dimensões

capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais, exceto na dimensão saúde mental não houve diferença significativa entre os dois grupos ( $p= 0,0530$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10-** Comparação das médias dos escores das oito dimensões do SF-36 de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões- SF-36	Média		<i>p</i>
	Com DPC (50)	Sem DPC(50)	
Capacidade funcional	56,5	78,1	< 0,0001
Aspectos físicos	33,5	71,0	< 0,0001
Dor	39,3	61,1	< 0,0001
Estado geral de saúde	53,1	66,9	0,0015
Vitalidade	40,9	54,6	0,0031
Aspectos sociais	52,8	63,5	0,0358
Aspecto emocional	29,3	60,0	0,0004
Saúde mental	47,9	55,3	0,0530
Componente físico final	45,62	69,29	0,0111
Componente mental final	42,72	58,34	0,0468

*p*= nível de significância do teste *t* de Student e teste de Mann-Whitney

Nas correlações internas entre as oito dimensões do SF-36, pode-se observar que os resultados apontaram várias correlações significativas. Houve correlação forte ( $r=0,7$ ,  $p<0,01$ ), entre as dimensões aspecto emocional e aspecto físico e correlação positiva moderada entre aspectos emocionais e aspectos sociais ( $r=0,5$ ,  $p<0,01$ ), saúde mental e vitalidade ( $r= 0,6$   $p<0,01$ ).

**Tabela 11-** Correlações internas entre as dimensões do SF-36, de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

SF-36	SF-36							
	CF	AF	DOR	EGS	VIT	AS	AE	SM
CF	1,000							
AF	0,397**	1,000						
DOR	0,387**	0,388**	1,000					
EGS	0,360**	0,341*	0,332*	1,000				
VIT	0,202	0,386**	0,258	0,470**	1,000			
AS	0,256	0,283*	0,257	0,349*	0,240	1,000		
AE	0,171	0,682**	0,331*	0,251	0,377**	0,501**	1,000	
SM	0,058	0,144	0,418**	0,412**	0,569**	0,339*	0,378**	1,000

\*\*Correlação significativa  $p < 0,01$  \*Correlação significativa  $p < 0,05$ . CF = Capacidade Funcional; AF = Aspectos Físicos; EGS = Estado Geral de Saúde; VIT = Vitalidade; AS = Aspectos Sociais; AE = Aspectos Emocionais; SM = Saúde Mental.

O resultado da correlação entre as dimensões do SF-36 e algumas variáveis sociodemográficas evidenciou uma correlação positiva, estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), entre nível de escolaridade e aspecto físico (Tabela 12).

**Tabela 12-** Correlação entre as dimensões do SF-36 e algumas variáveis sociodemográficas e econômicas de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensão- SF-36	Idade	Raça	Escolaridade	Estado Civil	RF (R\$)
Capacidade funcional	-0,217	0,066	0,198	0,116	0,113
Aspectos físicos	-0,079	0,117	0,353*	-0,187	0,243
Dor	0,102	0,069	0,026	0,124	0,016
Estado geral de saúde	0,031	0,101	0,158	0,262	-0,029
Vitalidade	0,089	0,149	0,022	0,007	-0,125
Aspectos sociais	0,134	-0,011	-0,048	-0,082	0,181
Aspecto emocional	0,040	0,168	0,159	-0,130	0,185
Saúde mental	0,233	0,070	-0,065	0,038	-0,142

\*Correlação significativa  $p < 0,05$ .

Evidenciou-se uma correlação negativa fraca, estatisticamente significativa ( $p=0,017$ ), entre a intensidade da dor e a dimensão dor do SF-36 (Tabela 13).

**Tabela 13-** Correlação entre as dimensões do SF-36 e a intensidade da dor de 50 mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões SF-36	INTENSIDADE DA DOR	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Capacidade funcional	- 0,146	0,310
Aspectos físicos	0,099	0,494
Dor	- 0,337*	0,017
Estado geral de saúde	- 0,156	0,818
Vitalidade	- 0,033	0,280
Aspectos sociais	- 0,070	0,627
Aspecto emocional	0,082	0,571
Saúde Mental	- 0,174	0,227

\*Correlação significativa  $p<0,05$ .

#### 4.4. Avaliação da prevalência de depressão em mulheres com e sem DPC

A presença de depressão foi identificada em 72% das mulheres com DPC e em 58% das mulheres sem DPC, porém a diferença não foi significativa ( $p=0,1422$ ) (Tabela 14).

**Tabela 14-** Avaliação da depressão de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Depressão	Com DPC (n=50)		Sem DPC (n=50)		<i>p</i>
Ausente	14	28	21	42	
Presente (leve, moderada ou intensa)	36	72	29	58	0,1422

*p*= nível de significância do teste do qui-quadrado.

Ao se comparar o grau de depressão entre os grupos com e sem DPC, identificou-se que o escore médio do BDI para o grupo com DPC foi 18,16 ( $\pm$  9,8) e para o grupo sem DPC foi 14,04 ( $\pm$  10,6), sendo esta diferença significativa. Para ambos os grupos, o grau de depressão foi leve. Foi obtido um valor para o alfa de Cronbach igual 0,85 no grupo com DPC e 0,86 para o grupo sem DPC, que caracteriza uma consistência forte entre os itens avaliados (Tabela 15).

**Tabela 15-** Média do escore total do Inventário de Depressão de Beck de mulheres com e sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Inventário de Depressão de Beck	Com DPC (n=50)	Sem DPC (n=50)	<i>p</i>
Média	18,16	14,04	0,0463*
Desvio-padrão	$\pm$ 9,8	$\pm$ 10,6	
Alfa Cronbach	0,85	0,86	-

*p*= nível de significância do teste teste *t* de Student

Ao se correlacionar a depressão com as dimensões do SF-36, identificou-se que, no grupo com DPC, houve correlação negativa moderada, estatisticamente significativa ( $P < 0,05$ ) entre depressão e as dimensões aspectos emocionais e saúde mental (Tabela 16).

**Tabela 16-** Correlação entre as dimensões do SF-36 e o grau de depressão medido pelo BDI, de mulheres com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões - SF-36	Grupo Com DPC (n=50)	
	r	p
Capacidade funcional	0,068	0,639
Aspectos físicos	0,066	0,650
Dor	-0,089	0,541
Estado geral de saúde	-0,034	0,813
Vitalidade	-0,174	0,226
Aspectos sociais	-0,174	0,228
Aspectos emocionais	-0,280*	0,049
Saúde Mental	-0,417*	0,003

\*Correlação significativa  $p < 0,05$ .

Após a realização da regressão linear múltipla, a fim de testar se às variáveis: idade, renda, moradia, disúria e depressão influenciaram na avaliação da QV, observou-se, que apenas a depressão influenciou na avaliação da QV em ambos os grupos (Tabelas 17 e 18).

**Tabela 17-** Análise de regressão entre as dimensões do SF-36 e depressão no grupo com dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões SF-36	p (regressão)	P (coeficientes parciais da regressão)	
		BDI	
Capacidade funcional	0,5398	----	
Aspectos físicos	0,7045	----	
Dor	0,5019	----	
Estado geral de saúde	0,7533	----	
Vitalidade	0,3564	----	
Aspectos sociais	0,2208	----	
Aspecto emocional	0,3336	----	
Saúde Mental	0,0022*	0,0002	
Componente físico final	0,8431	----	
Componente mental final	0,0395*	0,0045	

No grupo com DPC a depressão influenciou apenas na dimensão saúde mental (Tabela 17). Enquanto que no grupo sem DPC, a depressão influenciou na avaliação da QV, praticamente em todas as dimensões, exceto na capacidade funcional e dor (Tabela 18).

**Tabela 18-** Análise de regressão entre as dimensões do SF-36 e depressão no grupo sem dor pélvica crônica. Goiânia/Goiás (2009-2010).

Dimensões SF-36	p (regressão)	P (coeficientes parciais da regressão)	
		BDI	
Capacidade funcional	0,2029	----	
Aspectos físicos	0,0003	<0,0001	
Dor	0,3304	----	
Estado geral de saúde	0,0027	0,0001	
Vitalidade	0,0032	<0,0001	
Aspectos sociais	0,0079	0,0006	
Aspectos emocionais	0,0038	0,0008	
Saúde Mental	0,0001	<0,0001	
Componente físico final	0,0003	<0,0001	
Componente mental final	<0,0001	<0,0001	

## 5. DISCUSSÃO

*“Felicidade é a certeza de que nossa vida não está se passando inutilmente”.*

*(Érico Veríssimo)*

---

---

No que se refere à caracterização sociodemográfica e econômica, identificou-se que a faixa etária das mulheres, com DPC, variou de 24 a 72 anos e a média foi de 41,65 ( $\pm$  9,42) anos. Ao revisar a literatura nacional e internacional, pode-se observar que ao estabelecerem os critérios de inclusão no estudo, alguns pesquisadores determinaram a idade máxima para inclusão na amostra, com isso a média obtida naqueles estudos ficou em torno de 35 a 37 anos, sendo a variação entre 18 e 50 anos (Mathias et al., 1996; Zondervan et al., 2001; Miranda et al., 2009; Barcelos et al., 2010). No presente estudo, não foi definida a idade máxima para inclusão na amostra, tendo em vista a evidência científica da possibilidade de ocorrência da DPC em mulheres de 15 a 73 anos (Zondervan et al., 2001; Howard, 2003).

Os resultados das variáveis ocupação, situação de trabalho e responsável pela renda e número de filhos, mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem DPC. Em ambos os grupos identificou-se mulheres com nível médio de escolaridade, que exercem serviços domésticos e estão economicamente ativas, são responsáveis pela renda familiar, residem com parceiros fixos e têm em média dois filhos.

Estes dados socioeconômicos são condizentes com o aumento crescente da inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro, identificados na Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2009). O documento descreve que esta inserção é decorrente da maior independência socioeconômica e cultural conquistada pelas mulheres nas últimas décadas, o que gerou um aumento na taxa de ocupação das mulheres, sendo que de 100 mulheres, 52 estavam ocupadas ou procurando trabalho (Brasil, 2009).

A partir dos dados, registrou-se maior renda para o grupo com DPC, sendo a média até dois salários mínimos por mês, isto se justifica por agrupar mulheres com qualificação superior e mais velhas, compatíveis com outros estudos (Marques et al., 2004; Grace; Zondervan, 2004).

Na análise das variáveis escolaridade, raça, estado civil e religião não foram detectadas diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre os grupos, apresentando uniformidade dos dados, assim como o estudo de Romão et al. (2009), no que se refere à escolaridade e estado civil. Difere do estudo de Mathias et al. (1996) que referiu a DPC ser mais freqüente em mulheres sem parceiros (separadas, viúvas ou divorciadas).

Em relação aos aspectos clínicos e cirúrgicos relacionados à DPC, identificou-se que, a dor foi caracterizada por 52% das mulheres como intensa e 48% como moderada, o que condiz com resultados de outras pesquisas (Rannestad et al., 2000; Haggerty et al., 2003; Barcelos et al., 2010). Nesta pesquisa a média de tempo/dor foi de 8,8 anos. Este dado foi bastante variável na literatura, sendo descrito por Silva, (2005) que identificou a média de tempo/dor de 15 anos e 4,92 por Romão et al., (2009).

A correlação da intensidade da dor com as dimensões SF-36 mostrou uma correlação negativa fraca e estatisticamente significativa, apenas com a dimensão dor. Este dado sugere que quanto mais intensa a DPC, maior foi a sua interferência na realização de atividades diárias e no trabalho, tanto fora quanto dentro de casa. Neste sentido, estudos, apontam que a DPC, como uma condição crônica, pode levar à perda de um corpo ativo e saudável, à dependência e limitações ou mesmo à incapacidade funcional, acarretando prejuízos econômicos, profissionais e sociais à vida das mulheres (Gelbaya; El-Halwagy,

2001; Lorençatto et al., 2002; Haggerty et al., 2003).

Provavelmente, muitas dessas mulheres estão em pleno desenvolvimento pessoal e profissional, e a DPC poderá afetar de forma significativa a qualidade de vida delas. É importante ressaltar que estudos anteriores referem-se à DPC como um problema comum e frequente na saúde das mulheres com similaridade predominante à enxaqueca, dor nas costas e asma (Zondervan et al. 2001; Howard, 2003). Em estudo sobre dor, qualidade de vida e bem-estar em mulheres com transtornos ginecológicos, Rannestad et al., (2000) relataram que a dor pélvica tem ainda maior impacto na QV do que a cefaléia, e Haggerty et al. (2003) salientaram que a DPC interfere com maior grau na qualidade de vida do que qualquer outros tipos de dor.

A fossa ilíaca esquerda (FIE) foi citada como o principal local de ocorrência da DPC. Alguns autores (Howard, 2003; Montenegro et al., 2008) recomendam que seja realizado o mapeamento do local da dor, bem como, de outros fatores que podem contribuir para uma história clínica pertinente como, fatores de melhora e piora e duração, características da dor visceral ou somática, entre outros.

Certos fatores podem contribuir para a piora da DPC, dentre eles, foram citados a relação sexual e o esforço físico. A DPC tem sido associada à baixa QV, perda da produtividade, diminuição de energia, disfunção sexual e problemas conjugais (Mathias et al., 1996; Howard, 2003; Louise et al., 2006).

Neste estudo, os fatores de melhora da dor relatados pelas mulheres com DPC referiram-se ao uso de analgésico e repouso. Na percepção da maioria dessas mulheres, a medicação utilizada para o controle da dor representa melhora para sua baixa condição crônica de saúde. O estudo realizado por Louise

et al. (2006) descreve que a maioria das mulheres com DPC usa analgésico diariamente.

Estudo desenvolvido por Lovrinčević (2003) refere que o tratamento cirúrgico não oferece resultados melhores, em termos de alívio da dor, do que o tratamento clínico. Portanto, o índice de sucesso para as cirurgias relacionadas à DPC parece ser temporário e a dor retorna com muita frequência (Ozawa et al. 2006). Este resultado corrobora com este estudo, pois a maioria das mulheres entrevistadas relatou que sua dor não mudou com o tratamento cirúrgico. Provavelmente, por ser a DPC, uma doença crônica, de causas diversas e alto índice de recorrência, geralmente essas mulheres convivem com a dor por muito tempo, tendo que recorrer a tratamentos clínicos e cirúrgicos com resultados não satisfatórios.

Identificou-se que a disúria é mais freqüente entre mulheres com DPC diferente do grupo sem DPC, no qual apenas algumas relataram essa queixa, sendo a diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Assim como identificado em outros estudos, pesquisadores evidenciaram que de 30% a 50% das mulheres com DPC apresentam comprometimento vesical, podendo ocorrer aumento da freqüência urinária e sensação de dor (Moldwin et al., 1994; Nogueira et al., 2009).

Na presente pesquisa, verificou-se que a maioria das mulheres com e sem DPC não pratica atividade física. O estudo que avaliou a QV de mulheres com endometriose por meio do SF-36 obteve resultados significativo para saúde mental das mulheres que praticavam exercícios, comprovando os benefícios que as atividades físicas proporcionam para a melhoria da QV. Além da interação social e distração, pode controlar a fadiga e a tensão adquiridas com as atividades diárias (Marques et al., 2004).

Na DPC, rica em sobreposição de sintomas, pode ocorrer a associação de vários fatores psicossociais, psicossomáticos e conflitos existenciais familiares e sociais (Zondervan et al., 2001; Howard, 2003; De Deus, 2004). Estudos nacionais e internacionais apontaram a associação desses fatores que incluem trauma psicosssexual (abuso sexual na infância ou violação), insônia, depressão, estresse, ansiedade, desajustes familiares e conjugais, insatisfação profissional, não aceitação corporal, dentre outros que contribuem para a dificuldade de se chegar a um diagnóstico (Zondervan et al., 2001; Howard, 2003; De Deus, 2004; Cury et al., 2004; Bruno et al., 2007). Na percepção das mulheres entrevistadas, a DPC teve como principais fatores desencadeadores a consequência pós-parto, o estado emocional, o estresse e o trauma por abuso físico e/ou sexual.

O presente estudo identificou o elevado impacto da DPC sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres que vivenciam essa condição crônica de saúde. Como descrito em outros estudos, a DPC tem sido considerada um problema relevante dada à condição debilitante, geradora de incapacidade funcional e limitações na saúde física e emocional das mulheres (Mathias et al., 1996; Gelbaya; El-Halwagy, 2001; Howard, 2003).

Nesta pesquisa, as mulheres com DPC apresentaram em todas as dimensões de qualidade de vida avaliadas pelo SF-36 comprometimento dos escores. Outros estudos apontaram resultados similares quando avaliaram a QV por meio do SF-36, confirmando o resultado alcançado neste estudo, evidenciando que a dor afetou as atividades diárias das mulheres (Mathias et al. 1996; Haggerty et al., 2003; Grace; Zondervan, 2006).

Chamam atenção as dimensões aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental que obtiveram escores menores do que 50, tais

achados sugerem o elevado impacto que a DPC tem sobre a QV relacionada à saúde dessas mulheres, interferindo nas atividades da vida diária e no bem-estar físico e emocional, assim como o estudo de Marques (2002) que utilizou o SF-36 para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em mulheres com endometriose, obtendo resultados de baixa QV em tais dimensões.

Quando comparados os resultados dos grupos com e sem DPC, os resultados mostraram que os escores de mulheres com DPC avaliados nas dimensões do SF-36 foram os piores em relação ao grupo de mulheres sem DPC com diferença significativa ( $p < 0,01$ ). É importante destacar os aspectos físicos e emocionais com escores inferiores que limitam as atividades diárias fora e dentro de casa. Estudo de Haggerty et al. (2005) evidenciou que os escores de saúde mental e física foram os menores entre mulheres com DPC do que nas mulheres sem DPC.

Ao analisar a dimensão dor, no grupo com DPC, identificou-se que a dor comprometeu atividade da vida diária e/ou profissional, sendo indicada na percepção das mulheres entrevistadas como o principal problema. O estudo de Louise et al. (2006) apontou que mulheres com DPC sofrem a deterioração tanto da dor quanto da QV. Esta informação reforça os achados encontrados nesta pesquisa os quais demonstram que mulheres com DPC convivem por longo prazo com a dor.

As dimensões vitalidade e saúde mental apresentaram-se comprometidas entre as mulheres com e sem DPC. O estudo realizado no Reino Unido por Zondervan et al. (2001) sobre a prevalência de DPC também mostrou que na dimensão saúde mental foi encontrado pior escore nas mulheres com DPC, assim como no estudo de Haggerty et al. (2003) em que mulheres com DPC

experienciaram limitada saúde mental e vitalidade. No entanto, pesquisa desenvolvida por Barcelos et al. (2010), com a finalidade de comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC por meio do SF-36 não encontrou diferenças de QV entre mulheres com e sem DPC nas dimensões vitalidade e saúde mental.

Quanto à vitalidade das mulheres com DPC e sua interferência na vida diária é pertinente destacar o relato de Grace e Zondervan (2006) de que as mulheres com DPC continuam a se engajar em suas atividades de modo geral, mesmo lidando com a presença da dor, porém muitas vezes são incompreendidas por aqueles com quem convivem.

Na dimensão estado geral de saúde, os estudos realizados nos Estados Unidos e Nova Zelândia, evidenciaram que mulheres com DPC apresentavam menor média no escore em relação às mulheres sem DPC (Mathias et al., 1996; Grace; Zondervan, 2006). Neste estudo os resultados do SF-36 indicam que as mulheres com DPC têm uma pior percepção sobre o seu estado geral de saúde em relação às mulheres sem DPC, evidenciando o impacto negativo que a DPC tem sobre o bem-estar geral em diferentes contextos socioculturais.

A dimensão capacidade funcional foi à dimensão melhor avaliada pelo SF-36, contudo os resultados demonstraram que as mulheres com DPC apresentaram mais limitações do que o grupo sem dor ( $p < 0,0001$ ). Achados semelhantes foram identificados no estudo de Haggerty et al. (2003).

A dimensão aspectos sociais avaliou o quanto o impacto da saúde física ou alterações emocionais interferiram nas atividades sociais. Os resultados obtidos na presente pesquisa apontam que as participantes com DPC apresentaram maior prejuízo na vida social, comparadas com as mulheres sem DPC. Estes

achados confirmam os resultados de estudos anteriores (Mathias et al., 1996; Zondervan et al., 2001; Haggerty et al., 2003).

A prevalência de depressão foi elevada em ambos os grupos. No grupo com DPC este resultado era esperado por se tratar de dor crônica. No entanto, este achado nas mulheres sem DPC nos surpreendeu por ser a depressão um dos sintomas determinantes do comprometimento da QV.

Outros estudos apontaram elevada prevalência de depressão em mulheres com DPC. Lorençatto et al. (2006) realizaram um estudo transversal prospectivo em que avaliaram 100 mulheres em grupos comparativos com e sem DPC, e encontraram índice de 86% de depressão nas mulheres com dor e 38% nas mulheres sem dor por meio do BDI. No estudo de Sepulcri e Amaral (2009), desenvolvido com o objetivo de avaliar os sintomas depressivos, a ansiedade e a QV em mulheres com endometriose pélvica, identificou-se depressão em 86,6% das mulheres. Romão et al. (2009) em um estudo de corte transversal com 106 pacientes, com objetivo de verificar o impacto da ansiedade e depressão na QV de mulheres com DPC, identificaram depressão em 40% no grupo com DPC e 30% para o grupo controle.

Ao comparar a média do escore de depressão entre as mulheres com e sem DPC, os resultados obtidos apontam uma diferença significativa ( $p= 0,0463$ ). Portanto, eles permitem afirmar que, embora as mulheres dos dois grupos estejam com depressão leve, o grupo com DPC apresentou escore mais elevado, indicando maior grau de depressão em relação ao grupo sem DPC, assim como no estudo de Lorençatto et al. (2006); Sepulcri e Amaral (2009); Romão et al. (2009), que encontraram alta prevalência de depressão nos grupos com DPC em relação aos grupos controles. Estes expressivos índices de depressão podem

estar associados ao impacto negativo da DPC na QV dessas mulheres.

Alguns autores apontam uma associação entre depressão e condições crônicas, incluindo DPC (Fleck et al., 2002; Cruz et al., 2010). A depressão vem sendo estudada em muitas doenças físicas, mas sem entrar na relação de causalidade. Ainda existem controvérsias, uma vez que, tanto os sintomas depressivos podem interferir em uma pior avaliação da QV, do funcionamento físico e percepção geral de saúde quanto o inverso (Fleck et al., 2002). Embora depressão em mulheres com DPC tenha sido objeto de muitos estudos, ela continua sendo pouco reconhecida, além de ser subdiagnosticada e, na prática clínica, nem sempre é tratada de forma adequada (Sepulcri; Amaral, 2009; Furegato et al., 2010).

Nesta pesquisa os resultados apontam uma correlação negativa da depressão avaliada pelo BDI, com as dimensões aspectos emocionais e saúde mental do SF-36, no grupo com DPC ( $p < 0,05$ ). Este achado indica que a depressão interferiu negativamente nestas dimensões.

Evidenciou-se, por meio da regressão linear múltipla que a depressão é uma condição presente na vida das mulheres estudadas, denota-se a relevância de se investigar com profundidade as repercussões da depressão sobre a vida destas mulheres. De acordo com estudo de Bernik; Vieira filho (1998), as mulheres apresentam índices de depressão mais elevado ao longo da vida, em relação aos homens independente do diagnóstico, trata-se de uma doença crônica de episódios isolados, recorrentes e limitantes, que ocorre em todas as idades, porém predomina-se com mais frequência em mulheres na faixa etária de 25 a 45 anos, que pode estar associado aos aspectos biopsicossociais, como oscilações hormonais, sobrecarga de atividades profissionais e familiares que

muitas vezes comprometem a QV dessas mulheres.

Os resultados desta pesquisa sugerem que os dados encontrados estão compatíveis com outros estudos, que descrevem a complexidade da depressão como doença que possui múltiplos fatores causais e associações a diferentes enfermidades agudas e crônicas. Neste aspecto, os pesquisadores descrevem que, quanto maior o grau de depressão, pior é a avaliação da QV (Lorençatto et al., 2007; Romão et al., 2009; Fleck et al., 2008).

## 6. CONCLUSÕES

*“A vida é uma viagem a três estações: ação, experiência e recordação”.*

*(Júlio Camargo)*

---

---

Os resultados desta pesquisa permitem formular as seguintes conclusões:

- Evidenciou-se nos grupos com e sem DPC mulheres, com nível médio de escolaridade, que tinham como ocupação os serviços domésticos e estavam economicamente ativas, eram responsáveis pela renda familiar, residiam com parceiros fixos e tinham em média dois filhos. A média de idade das mulheres com DPC 41,65 anos e sem DPC 28,97 anos. As mulheres com DPC residiam em casa própria e apresentaram renda familiar mensal superior às mulheres sem DPC.
- Identificou-se nas mulheres com DPC dor intensa, com predominância na fossa ilíaca esquerda. Conviviam com a dor em média há 8,8 anos, fatores de piora da dor, a relação sexual e esforço físico, e fatores de melhora da dor o uso de analgésicos e repouso. Na percepção das mulheres, o parto, o estado emocional, o estresse, bem como, o trauma por abuso físico e/ou sexual foram citados como fatores que contribuíram para o desenvolvimento da DPC. A maioria das mulheres relatou que a dor não mudou com o tratamento cirúrgico.
- As mulheres com DPC apresentaram pior qualidade de vida nas dimensões avaliadas quando comparadas a mulheres sem DPC. Exceto na dimensão saúde mental não houve diferença significativa entre os dois grupos.
- Identificou-se alta prevalência de depressão em grau leve nas mulheres com e sem DPC.
- Nas mulheres com DPC houve correlação positiva significativa entre a variável nível de escolaridade e a dimensão aspectos físicos, do SF-36. Bem como, correlações negativas significativas entre a intensidade da dor, com a

dimensão dor e entre a depressão com as dimensões aspectos emocionais e saúde mental.

- A depressão interferiu na avaliação da qualidade de vida das mulheres com DPC apenas na dimensão saúde mental do SF-36 e nas mulheres sem DPC praticamente em todas as dimensões, exceto na capacidade funcional e dor.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*“Grandes medos só podem ser vencidos  
mediante o cultivo de pequenas coragens.”*

*(Fábio de Melo e Gabriel Chalita)*

---

---

---

A realização desta pesquisa permitiu o aprofundamento da compreensão da realidade vivenciada pelas mulheres com DPC. Identificou-se elevado impacto da DPC na qualidade de vida das mulheres que vivenciam essa condição crônica de saúde. Acredita-se que os resultados evidenciados possam contribuir para o reconhecimento do quanto a DPC prejudica a qualidade de vida das mulheres. Neste contexto, é necessário ampliar e aprofundar a discussão de aspectos relacionados à DPC, buscando gerar ações que efetivamente tenham como foco principal o cuidar da saúde dessas mulheres.

Entre as possibilidades temáticas associadas às questões que envolvem a qualidade de vida de mulheres com DPC, os aspectos emocionais (ansiedade, depressão), a sexualidade e os mecanismos para o enfrentamento da DPC e seu tratamento deverão ser enfocados nos futuros estudos.

A carência de informações epidemiológicas e clínicas sobre a DPC denotam a necessidade de estudos desta natureza. Nesse sentido é imprescindível que o serviço tenha como prioridade a atualização permanente do banco de dados.

Esta pesquisa mostrou que é relevante a presença de depressão em mulheres. Isso mostra a importância de se desenvolver mais estudos a fim de investigar causas, grau e consequências da depressão na vida das mulheres.

O estudo da qualidade de vida contribui para que pesquisadores e profissionais que cuidam de mulheres com DPC possam avaliar, re-avaliar, elaborar programas de atendimento e cuidado à saúde dessas mulheres, condizentes com suas reais necessidades. Esse processo poderá contribuir para que os profissionais da área de saúde possam repensar sua prática no cuidado

de mulheres com DPC e adotar modelos de atenção à saúde mais integralizadores, éticos e humanísticos.

## 8. REFERÊNCIAS

*“A vida só pode ser compreendida, olhando-se para trás, mas pode ser vivida, olhando-se para frente”.*

*(Soren Kierkegaard)*

---

---

Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 5ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 2002.

Barcelos PR, Conde DM, De Deus JM, Martinez EZ. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32:247-53.

Bowling A. What things are important in people's lives? a survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41:1447-1462.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Regulariza a pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília; 1996. [Acessado em: 5 fev. 2011]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/reso196.doc>>.

Bruno RV, Oliveira LA, Villafana G, Botelho BG, Souza RC. Atualização na abordagem da dor pélvica crônica. *Fêmnia* 2007;35:29-33.

Beiguelman B. Curso prático de bioestatística. 5ª ed. Ribeirão Preto: Funpec; 2002. 274p.

Bernik MA, Vieira Filho AHG. Depressão na mulher. *Rev Bras Med* 1998;55:771-780.

Cheong Y, William SR. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Clin Obstet Gynecol* 2006;20:695-711.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-50.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida do Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1997.

Cruz LN, Fleck MPA, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2010;45:953-61.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Cury AF, Coelho LP, Abrão MS. Dor pélvica crônica: limites e possibilidades do diagnóstico: perspectiva psicossomática. *Rev Fêmnia* 2004;32: 329-32.

Daguati R, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Terapia Progestinica ed estroprogestinica per il dolore pélvico associato ad endometriosi. *Minerva Ginecol* 2006;58:499-510.

Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11:532-538.

De Deus JM. Entendendo a dor pélvica crônica. *Rev Fêmina* 2004;32:807-08.

De Deus JM, Ribeiro MO. Dor pélvica crônica. In: Neto OA (Org.) *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 734-47.

Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995;22:502-8.

Fayers PM, Manchini D. Introduction. Chichester: John Wiley & sons; 1998. Chapter 1, In-*Quality of life: assessment, analysis, and interpretation*; p. 3-27.

Felce D, Perry J. *Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement*. London: Stanley Thornes; 1997. *Quality of life for people with disabilities: models, research and practice*; p. 57-71.

Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. *Semin Oncol Nurs* 1990;6:248-54.

Ferreira M, Lanziotti L, Abuhadba G, Monteiro M, Capotorto L, Spicacci JL. Chronic pelvic pain: the role of the nutcracker syndrome. *J Vasc Bras* 2008;7:76-79.

Fleck MPA *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestaky G, Henrique A, Borges, VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36:431-38.

Freitas F, Menke CH, Rivoire W. *Rotinas em ginecologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993. p. 362-372.

Furegato ARF, Santos JLF, Silva EC. Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: auto avaliação da saúde e fatores associados. *Rev Bras Enferm* 2010;63:509-16.

Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:757-64.

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998;25:245-250.

Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int* 2006;27:585-99.

Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health* 2004;28:369-75.

Grant MM, Rivera LM. Evolution of quality of life in oncology and oncology nursing. Boston: Jones and Bartlett; 1998. Chapter 1, Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice; p. 3-21.

Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2003;58:615-23.

Haggerty CL, Peipert JF, Weitzen S, Hendrix SL, Holley RL, Nelson DB, Randall H, Soper DE, Wiesenfeld HC, Ness RB. Predictors of chronic pelvic pain in an urban population of women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 2005;32:293-99.

Haggerty CL, Schulz R, Ness RB. PID Evaluation and clinical health study investigators: lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2003;102:934-39.

Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594-11.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Síntese de indicadores sociais. 2009. p. 203-10.

Internacional Association for the Study of Pain (IASP). Pain Terms: The list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1994.

Keith K. International quality of life: current conceptual, measurement, and implementation issues. *Int Rev Res Ment Retard* 2001;24:49-74.

Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO Systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006;6:177.

Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:88-92.

Lorençatto C, Vieira MJN, Marques A, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53:433-37.

Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:217-21.

Louise C, Ayers S, Nala K, Penny J. Chronic pelvic pain and quality of life after laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;132:214-19.

Lovrinčević M. Chronic pelvic in women of childbearing age. *Curr Opin Anaesthesiol* 2003;16:275-80.

Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med* 2004;49:115-19.

Marques AA. Qualidade de vida de mulheres com endometrioses através do SF-36 [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-27.

Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1993;18:32-38.

Miranda R, Schor E, Grão MJBC. Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31:353-60.

Moldwin RM, Fried-Siegel J, Mendelowitz F. Pelvic floor dysfunction and interstitial cystitis. *J Urol* 1994;151:Suppl:285A.

Montenegro ML, Vasconcelos EC, Reis CFJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2008;62:263-69.

Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:389-402.

Neelakantan D, Omjole F, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:851-58.

Nogueira AA, Poli Neto BO, Silva JCRE, Reis FJC. Síndrome miofasciais: causa comum e subdiagnosticada de dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31:425-6.

Nogueira AA, Reis FJC, Poli Neto BO. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28:733-40.

Oliveira LM. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2006.

Ozawa Y, Murakami T, Terada Y, Yaegashi N, Okamura K, Kuriyama S, Tsuji C. Management of the pain associated with endometriosis: an update of the painful problems. *Tohoku J Exp Med* 2006;210:175-88.

Pearce C, Curtis M. A multidisciplinary approach to self care in chronic pelvic pain. *Br J Nurs* 2007;16:82-85.

Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust* 2008;189:138-43.

Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. Quality of life, pain, and psychological well-being in women wuffering from gynecological disorders. *J Women's Health Gen Based Med* 2000;9:897- 903.

Renwick R. Quality of life: a guiding framework for practice with adults with developmental disabilities. Aota press; 2004. Chapter 2, Ross M, Bachner S. Adults with developmental disabilities; p. 20-38.

Renwick R. Quality of life: a guiding framework for practice with adults with developmental disabilities. New York: Aota Press; 2004. Chapter 2, Adults with developmental disabilities; p. 20-38.

Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli Neto OB, Reis FJ, Silva JCR, Nogueira AA. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2009;63:707-11.

Schalock RL. Three decades of quality of life. *Focus Autism Other Developmental Disabilities* 2000;15:116-127.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20:580-588.

Sepulcri PR, Amaral VF. Depression symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142:53-56.

Silva LP. Dor pélvica crônica: desafio ao dualismo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

Teixeira MJ, Okada M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. Porto Alegre: Artmed; 2009. Neto OA, (Org.) Dor: princípios e prática; p.27-56.

Ter Kuile MM, Weijnenborg PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J Sex Med.* 2009; 7 (5):01-10.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;33:835-840.

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1570.

Vila VSC, Rossi LA. A Qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16:1-8.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-481.

Ware JE. 2010. SF-36 Health survey update [internet]. Available from: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.html>.

Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health* 1990; 13: 227-236.

Wuo LL, Moreno AL, Sato H, Schor E, Sartori MGF, Girão MJBC. Alterações músculo-esqueléticas em mulheres com dor pélvica crônica (DPC). *Fêmina* 2005;33:659-63.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001;51:541-547.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP. Chronic pelvic pain in the community - symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1149-1155.

## APÊNDICES

*“Uma vida não basta ser vivida. Ela precisa ser sonhada”.*

*(Mário Quintana)*

---

---

**APÊNDICE - A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa “**O Impacto da dor Pélvica Crônica na Qualidade de Vida das Mulheres**”, que será desenvolvida pela pesquisadora Rosa Azevedo da Luz, COREN-GO: 34.972.

Você melhor do que ninguém pode nos dizer o quanto a dor pélvica crônica afeta aspectos da sua vida, sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio ambiente. Enfim, estas informações serão importantes para nós, profissionais da saúde, pois, nos farão compreender melhor o que acontece na vida das mulheres com dor pélvica crônica e, assim, poderemos ajudá-las da melhor forma possível, durante o tratamento.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação que, consiste em responder uma entrevista estruturada sobre suas atividades diárias, a história da sua doença e o tratamento que realiza e, também, o quanto você está satisfeita com a sua vida atual. Você deverá ler e preencher um questionário de avaliação da qualidade de vida sozinha ou com o auxílio da pesquisadora e isto levará aproximadamente 30 minutos.

Suas informações contribuirão, com os resultados da pesquisa, que com certeza fornecerá subsídios para melhorar a atenção dispensada pela enfermagem às mulheres em tratamento no ambulatório de dor pélvica crônica. Após o término da mesma, os resultados serão publicados em uma revista científica da área da saúde, afim de que outros pesquisadores, e demais profissionais da saúde tenham acesso a estes dados e os mesmos possam ser aprofundados para melhoria no tratamento da DPC.

Asseguramos que a sua participação nesta pesquisa não lhe trará risco e nem prejuízo ou gastos de sua parte, você não será identificada, sendo garantido seu anonimato e usaremos nomes fictícios ou números para escrevermos sobre as pessoas que participarem dessa pesquisa. Além disso, garantimos que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuro.

Você está livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo do seu seguimento neste ambulatório. Se você não estiver à vontade para discutir sobre um determinado assunto, você é livre para não responder questões ou interromper suas respostas durante sua entrevista. Você poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem, sofrer nenhuma penalidade. Ainda, terá o direito de buscar indenização em caso de danos comprovadamente ocorrido nesta pesquisa.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecida sobre as informações relativas à sua possível participação, no caso do aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Enf<sup>a</sup> Rosa Azevedo da Luz nos telefones: (62) 9623-54-61e (62) 3941-83-54, ou com

o Comitê de Ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3269-83-38 ou 3269-84-26.

Muito obrigada pela sua atenção,

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_  
abaixo assinado, concordo em participar do estudo **O Impacto da Dor Pélvica Crônica na Qualidade de Vida das Mulheres**. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora, enfermeira Rosa Azevedo da Luz, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino.

Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa desde que não identifiquem a minha pessoa.

Assinatura do sujeito participante \_\_\_\_\_ Goiânia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura Dactiloscópica:



Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_ Goiânia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura da Testemunha\* \_\_\_\_\_ Goiânia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBSERVAÇÃO: Testemunha do Consentimento Livre e Esclarecido por escrito se o (a) participante não pode ler ou escrever, uma testemunha independente deve assinar por ele (a)

**APÊNDICE- B**  
**FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS, SÓCIOECONÔMICOS,**  
**CLÍNICOS E CIRÚRGICOS.**

Ficha nº: \_\_\_\_\_ Data de Aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: Início: \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

ID# \_\_\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

End. \_\_\_\_\_ Bairro:-----

Região em Goiânia \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Idade:**

- (1) 18-30 anos
- (2) 31-45 anos
- (3) 46-60 anos
- (4) 61-75 anos
- (5) ≥76 anos

**Nível de Escolaridade**

- (1) ≤ 7 anos
- (2) > 7 anos

**Raça**

- (1) Branca
- (2) Não branca

**Estado Marital:**

- (1) Com companheiro
- (2) Sem companheiro

**Religião**

- (1) Católica
- (2) Outras

### **3. DADOS SOCIOECONÔMICOS**

#### **Ocupação:**

- (1) Serviços domésticos
- (2) Emprego com vínculo trabalhista
- (3) Conta própria
- (4) Outro

#### **Situação de Trabalho:**

- (1) ativa
- (2) inativa a) aposentada ( )  
b) licença p/ tratamento de saúde ( )

**Renda Mensal Familiar:** \_\_\_\_\_ reais.

- (1) Sem renda    (2) 0 –| 1 SM    (3) 1 –| 5 SM    (4) 5 –| 10 SM    (5) >10 SM

#### **Responsável pela Renda**

- (1) Você
- (2) Outros.

**Essa renda é suficiente para família?** (1) Sim    (2) não.

#### **Moradia Própria:**

- (1) Sim
- (2) Não

#### **Número de Filhos:**

- (1) Até dois filhos
- (2) Mais que dois filhos

### **4. DADOS CLÍNICOS**

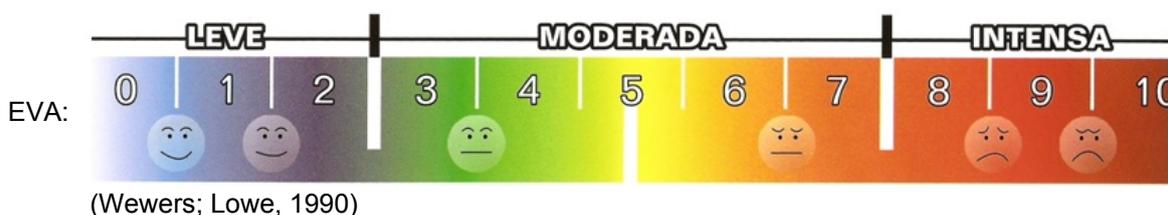
#### **Local da Dor:**

- (1) FID    (2) FIE    (3) HIP
- (4) BV    (5) região lombar (6) nádega

**Fator de Piora da Dor:** (1) deambulação (3) evacuação (5) relação sexual  
(2) micção (4) esforço físico (6) outros

**Fator de Melhora da Dor:** (1) repouso (3) eliminação de gases  
(2) analgésico (4) posição (5) outros

**Escala Visual Analógica:**



**Intensidade da Dor Pélvica Crônica:**

- (1) Dor ausência = 0
- (2) Dor leve = 1 - 2.
- (3) Dor moderada = 3 - 7
- (4) Dor intensa = 8 - 10

Tempo de dor (em anos) \_\_\_\_\_

Durante o período menstrual tem DPC?

- (0) Ausente
- (1) Piora
- (2) Melhora
- (3) Não se Aplica

O que você acha que a levou a ter DPC?

- (1) Separação do cônjuge (6) Estresse (11) Conseqüência após parto
- (2) Falta de atenção (7) Preocupação com o futuro (12) Insatisfação c/ o trabalho
- (3) Estado emocional (8) Insatisfação com aparência (13) Desajuste familiar
- (4) Excesso de trabalho (9) Idade (14) Percepção de culpa
- (5) Falta de fé (10) Trauma por abuso físico e/ou sexual (15) outros.

Você Já Teve Aborto?

(1) Sim

(2) Não

Espontâneo (1) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

(2) Não.

Provocado (1) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

(2) Não.

Faz Uso De Medicação Para Dor?

(1) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

(2) Não.

Vida após uso de medicamentos para dor?

(1) Melhorou (2) Piorou (3) Não mudou

Como obtém a medicação?

(1) Compra (2) Posto de saúde (3) Doação.

#### **4. DADOS CIRÚRGICOS**

Já realizou cirurgia para tratamento da DPC?

(1) Sim Se positivo quantas? \_\_\_\_\_

(2) Não.

A vida após a cirurgia para tratamento da DPC:

(1) melhorou

(2) piorou

(3) não mudou

Número de outras cirurgias \_\_\_\_\_

#### **5. OUTROS DADOS**

Como funciona seu intestino?

(1) Normal

(2) Alterado (mais ou menos, mal e muito mal)

Você sente dor na bexiga ou dor ao urinar?

(1) sim

(2) não

Você faz atividade física? (1) sim (2) não.

Se positivo, com que frequência? \_\_\_\_\_

Qual atividade? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo pratica? \_\_\_\_\_

Você já teve a menopausa? (1) sim (2) não

Se positivo com quantos anos? \_\_\_\_\_

Você faz uso de terapia hormonal? (1) sim (2) não.

Se positivo qual? \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua colaboração.

## **ANEXOS**

*“Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era preciso fazer, enfrentando as consequências. Aprende que paciência requer muita prática. Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás”.*

*(William Shakespeare)*

---

---

---

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG N° 082/2009

Goiânia, 29/06/2009

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: *Enf<sup>a</sup>. Rosa Azevedo da Luz*

Orientadora: *Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Melo Rodrigues*

Co-orientadores: *Dr<sup>a</sup>. Vanessa da Silva Carvalho Vila e Prof. José Miguel de Deus*

TÍTULO: *“O impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres”.*

Área Temática: *Grupo III*

Local de Realização: *Hospital das Clínicas/UFG – Ambulatório de Ginecologia e Obstetria*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal - HC/UFG analisou e aprovou o **projeto de Pesquisa** acima referido, juntamente com os documentos apresentados, e estes foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade aguardar o parecer da CONEP-Comissão nacional de Ética em Pesquisa, para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, data de encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)

  
Farm. José Mário Coêlho Moraes  
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

## ANEXO B

## INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36® – VERSÃO EM PORTUGUÊS

## DO BRASIL

ID \_\_\_\_\_

Prontuário \_\_\_\_\_

Questionário n.º \_\_\_\_\_

## Instruções

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e como você é capaz de realizar suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro de como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior do que há um ano atrás	Muito pior agora do que há um ano atrás
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido** à sua saúde, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

(circule uma em cada linha)

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
b) <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir <b>vários</b> lances de escada.	1	2	3
e) Subir <b>um lance</b> de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar <b>mais de um quilômetro</b> .	1	2	3
h) Andar <b>vários quarteirões</b> .	1	2	3
i) Andar <b>um quarteirão</b> .	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas** você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de sua **saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a <b>quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria?	1	2
c) Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve <b>dificuldades</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu **trabalho** ou outra atividade regular diária, como **consequência de algum problema emocional** (como sentir- se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminui <b>a quantidade de tempo</b> que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou <b>menos tarefas</b> do que você gostaria ?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez quaisquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> quanto geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas** de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas **atividades sociais** normais, em relação á família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De Forma Nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta **dor no corpo** você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto à **dor** interferiu com o seu **trabalho normal** (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De Maneira Alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são como **você se sente**, e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas 4 semanas**. Para cada questão dê, por favor, uma resposta que mais se aproxima da maneira como você se sente. **Em relação às 4 últimas semanas.**

(circule uma em cada linha)

	odo tempo	maior parte do tempo	ma boa parte do tempo	lguma parte do tempo	ma pequena parte do tempo	unca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimada e abatida?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotada?						
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
Quanto tempo você tem se sentido cansada?						

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas **atividades sociais** (como visitar amigos, parentes, etc)?

(circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é **cada** uma das afirmações para você?

(circule uma em cada linha)

	D efinitivamente verdadeiro	maioria das vezes verdadeiro	ão sei	maioria das vezes falsa	De finitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1				5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1				5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1				5
d. Minha saúde é excelente.	1				5

## ANEXO C

## Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1 =>5,0 2 =>4,4 3 => 3,4 4 =>2,0 5 =>1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1 =>5 2 =>4 3 =>3 4 =>2 5 =>1
07	1 =>6,0 2 =>5,4 3 =>4,2 4 =>3,1 5 =>2,2 6 =>1,0
08	<p>Se 8 =&gt;1 e 7 =&gt;1      = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;6            Se 8 =&gt;1 e 7 =&gt;2 a 6 = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;5            Se 8 =&gt;2 e 7 =&gt;2 a 6 = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;4            Se 8 =&gt;3 e 7 =&gt;2 a 6 = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;3            Se 8 =&gt;4 e 7 =&gt;2 a 6 = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;2            Se 8 =&gt;5 e 7 =&gt;2 a 6 = = = = = =&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;1</p> <p><u>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</u>            1 =&gt;6,0            2 =&gt;4,75            3 =&gt;3,5            4 =&gt;2,25            5 =&gt;1,0</p>
09	<p>a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade= a+e+g+i      Saúde Mental= b+c+d+f+h</p>
10	Soma Normal
11	<p>a, c= valores normais            b, d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

**Cálculo do Raw Scale ( 0 a 100 )**

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 ( a+b+c+d+e+f+g+h+ i+j)	10.30	20
Aspectos físicos	4 ( a+b+c+d)	4. 8	4
Dor	7+8	2.12	10
Estado geral da saúde	1+11	5.25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i )	4.24	20
Aspectos sociais	6+10	2.10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c )	3. 6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h )	5.30	25

**Raw Scale**

Ex:

$$\text{Item} = \frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo})}{\text{Variação}} \times 100$$

Ex:

$$\begin{aligned} \text{Capacidade funcional} &= 21 \\ \text{Valor mais baixo} &= 10 \\ \text{Variação} &= 20 \end{aligned}$$

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

**Obs:** a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

**Dados perdidos:** Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

ANEXO D

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – Versão em Português do Brasil

Data de Aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Questionário n.º \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Instruções

Neste questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada grupo. A seguir faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) a afirmação em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu na **última semana, incluindo hoje**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0. Não me sinto triste.

1. Sinto-me triste.

2. Sinto-me triste e não consigo sair disto.

3. Sinto-me tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2.

0. Não me sinto particularmente desanimado quanto ao meu futuro.

1. Sinto-me desanimado quanto ao meu futuro.

2. Sinto que não existe nada tenho a esperar.

3. O futuro não apresenta nenhuma esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.

0. Não me sinto como um fracassado.

1. Fracassei mais do que a maioria das pessoas.

2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que vejo é um fracasso atrás do outro.

3. Sou um fracasso total como pessoa.

4.

- 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2. Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3. Estou insatisfeito ou chateado com tudo.

5.

- 0. Não me sinto particularmente culpado.
- 1. Sinto-me culpado grande parte do tempo.
- 2. Sinto-me culpado na maior parte do tempo.
- 3. Sinto-me culpado constantemente.

6.

- 0. Não me sinto particularmente castigada (a).
- 1. Sinto que posso ser castigado (a).
- 2. Sinto que vou ser castigado (a).
- 3. Sinto que estou sendo castigado (a).

7.

- 0. Não estou decepcionado comigo mesmo.
- 1. Estou decepcionada comigo mesmo.
- 2. Estou enojado de mim.
- 3. Eu me odeio.

8.

- 0. Não me considero pior do que qualquer outro.
- 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2. Sempre me culpo por minhas faltas.
- 3. Culpo-me por tudo de ruim que acontece.

9.

- 0. Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1. Às vezes, penso em me matar, mas não o farei.
- 2. Gostaria de me matar.
- 3. Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.

10.

- 0. Não choro mais do que o normal.
- 1. Agora, choro mais do que antes.
- 2. Choro sempre.
- 3. Eu costumava chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

- 0. Não estou particularmente irritada.
- 1. Chateio-me ou me irrita mais facilmente do que antes.
- 2. Sinto-me sempre irritada.
- 3. Agora não me irritam, de nenhuma maneira, coisas que antes me impacientavam.

12.

- 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que antes.
- 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3. Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

13.

- 0. Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1. Adio minhas decisões, mais do que costumava fazer.
- 2. Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3. Não consigo mais tomar decisões.

14.

- 0. Não acredito que tenha pior aspecto do que antes.
- 1. Não estou preocupada porque pareço envelhecida e pouco atraente.
- 2. Noto mudanças constantes em meu aspecto físico que me tornam pouco atraente.
- 3. Acredito que tenho um aspecto horrível.

15.

- 0. Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16.

- 0. Durmo tão bem como sempre.
- 1. Não durmo tão bem como antigamente.
- 2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que antes e tenho dificuldades para voltar a dormir.
- 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo mais a dormir.

17.

- 0. Não me sinto mais cansado do que normalmente.
- 1. Canso-me mais do que antes.
- 2. Canso-me quando faço qualquer coisa.
- 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.

- 0. Meu apetite não diminuiu.
- 1. Meu apetite não é tão bom quanto antes.
- 2. Agora tenho muito menos apetite.
- 3. Perdi completamente o apetite.

19.

- 0. Não perdi peso ultimamente (se está tentando perder peso, esta pergunta fica invalidada).
- 1. Perdi mais de 2 kg. Estou tentando perder peso.
- 2. Perdi mais de 5 kg, intencionalmente, comendo menos.
- 3. Perdi mais de 7 kg. Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- 0. (No caso afirmativo invalidar a resposta)

20

- 0. Não estou mais preocupado (a) com a minha saúde do que o habitual.
- 1. Estou preocupada com problemas físicos, tais como dores, mal-estar no estômago ou constipação.
- 2. Estou muito preocupada com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
- 3. Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

- 0. Não observei qualquer mudança recente no meu interesse pelo sexo.
- 1. Estou menos interessada por sexo do que antigamente.
- 2. Estou muito menos interessada por sexo agora.
- 3. Perdi completamente o interesse por sexo.

\_\_\_\_\_ **Escore Total**