

AValiação Comportamental da Paciente com Dor Pélvica Crônica: Revisão de Literatura

Behavioral evaluation of patients with chronic pelvic pain

Elizabeth Brasil Matos OLIVEIRA^{1*}; Bruna Karoline Santos Melo MONTEIRO¹; Fernanda Ramos MONTEIRO¹; Thayana Santos de FARIAS¹; Júlia Maria de Gonçalves DIAS¹.

¹Departamento de Medicina/Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Sergipe, 49060-108, Aracaju - Sergipe, Brasil

*bethbrasil81@hotmail.com

(Recebido em 31 de julho de 2016; aceito em 12 de 12 de 2016)

Dor pélvica crônica (DPC) é uma dor pélvica não cíclica que dura mais do que seis meses e é de severidade suficiente para causar incapacidade funcional. Além disso, dores relacionadas com condições médicas crônicas e transtornos de humor são as duas causas principais da diminuição da qualidade de vida. Ligações entre a saúde física, otimismo e pessimismo têm sido estabelecidas, havendo hoje evidências que o estilo de enfrentamento de problemas como a DPC é intermediado pelo grau de otimismo e o bem-estar físico e psicológico dos pacientes. Esta investigação realizou uma revisão bibliográfica relacionando as últimas publicações científicas a respeito de enfrentamento da dor pélvica crônica e sua relação com o bem estar físico e mental e o otimismo dos pacientes.

Palavras-chave: dor pélvica, comportamento, otimismo

Pelvic chronic pain (PCP) is a not cyclic pelvic pain that takes more than six months and is severe enough to cause functional disability. Besides, pain related to chronic medical conditions and mood disorders are the two main cause of decreased quality of life. Links between physical health and optimism and pessimism have been established, there is now evidence that the way to confront problems such as CPC is intermediated by the degree of optimism and physical and psychological well-being of patients. This investigation performed a literature review relating the last scientific publications about chronic pain coping and their relation with well-being physical and psychological and the optimism of patients.

Keywords: Pelvic pain, behavior, optimism.

1. INTRODUÇÃO

A dor pélvica é um sintoma comum em mulheres de todas as idades e é frequentemente associada com morbidade e até mesmo com a mortalidade. Dor pélvica pode ser aguda ou crônica e ser deve a um amplo espectro de causas (Amirbekian & Hooley, 2014). A dor aguda surge como um alarme de que há algum processo mórbido identificável, evitando, assim, um dano adicional ou piora do quadro. Por outro lado, a dor crônica não tem função biológica definida. Tem características próprias e pode originar-se de processos crônicos de diversos sistemas: vísceras, peritônio, sistema nervoso central e periférico; também pode estar associada a processos psicopatológicos como depressão, história de abuso sexual, estresse, entre outros (Bruno, et al, 2007).

Dor pélvica crônica (DPC) pode ser definida como dor intermitente ou constante em parte inferior do abdome ou na pélvis de pelo menos 6 meses duração, não ocorrendo exclusivamente com a menstruação ou relação sexual e não associada com a gravidez (Ahangari, 2014). A dor pélvica crônica é uma condição debilitante entre as mulheres com um grande impacto sobre a saúde, qualidade de vida e produtividade no trabalho (Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., Khan, k. s. 2006).

A dor localizada na pelve ou abdômen inferior é um sintoma de apresentação comum em cuidados ambulatoriais e agudos. Dor pélvica está associada com uma vasta gama de condições envolvendo os sistemas reprodutivos, gastrointestinal, geniturinário, e sistemas músculo-esqueléticos. Dada à diversidade da etiologia da dor pélvica, um diagnóstico preciso e eficiente da causa subjacente pode apresentar um desafio clínico. Uma história completa e exame físico são essenciais para caracterizar a dor e acompanhamento dos sintomas a partir da descrição da dor pelo paciente (Karnath, B. M. & Breitkopf, D. M. 2007).

A dor crônica está associada a alterações no sistema nervoso central (SNC), que pode manter a percepção de dor na ausência de danos agudos. Estas alterações podem também aumentar a percepção de modo que estímulos não dolorosos são percebidos como dolorosos (alodínia) e os estímulos dolorosos tornam-se mais dolorosos do que o esperado (hiperalgesia). As alterações no SNC ocorrem ao longo de todo o eixo neurológico e tal como as alterações sensoriais resultam em alterações funcionais e estruturais. As alterações centrais podem também ser responsáveis por algumas das consequências psicológicas, o que também modifica os próprios mecanismos da dor (Fall et al, 2004).

Têm-se estabelecido uma ligação entre a saúde física, otimismo e pessimismo. As pessoas são frequentemente classificados como otimistas ou pessimistas. Os otimistas têm um sentimento ou convicção de que as coisas boas vão acontecer no futuro, enquanto os pessimistas têm a sensação de que coisas ruins são mais propensos a acontecer do que as coisas boas (Pänkäläinen, M. T., Kerola, T. V., Hintikka, J. J. 2015).

Há algumas evidências de que o estilo de enfrentamento intermedia a relação entre o grau de otimismo e o bem-estar físico e psicológico. Estilos diferentes de enfrentamento têm sido relacionados a pessoas com diferentes níveis de otimismo. Pessoas mais otimistas apresentam estratégias adaptativas de enfrentamento de situações adversas, em um estilo ativo de enfrentamento (*active copers*). Por outro lado, pessoas pessimistas apresentam um estilo de enfrentamento caracterizado pela evitação (*avoidant copers*), incluindo uma negação da situação real e um desengajamento da situação, em termos de uma ausência de ações concretas para resolver a situação (Scheier & Carver, 1992).

Em diferentes contextos médicos, pessoas otimistas têm maior qualidade de vida em comparação com pessoas com os níveis de otimismo baixo ou pessoas pessimistas. Além disso, a dor é um processo multifatorial complexo influenciada por fatores somáticos, psicológicos e ambientais, estabelecendo a ligação de que o otimismo proporciona menor sensibilidade à dor e melhor adaptação à dor crônica (Kreis et al, 2015).

O envolvimento no tratamento, a adesão, e consistentemente resultados são piores para aqueles com depressão e dor (Poleshuck et al, 2009). (DeVeugh-Geiss et al, 2010). As pessoas que sofrem de dor crônica são mais deprimidas em média, do que a população em geral. A dor dificulta a participação em atividades, reduzindo experiências positivas e afetando negativamente a qualidade de vida. O otimismo é um recurso de enfrentamento intrapessoal que isola o impacto de eventos negativos e é associado com menos depressão, mais bem-estar e benefícios para a saúde. Os otimistas acreditam que o futuro será positivo, mesmo que a sua situação atual seja negativa, afetando sua percepção de dor (Cannella et al, 2007).

No domínio da saúde, os indivíduos que têm uma visão favorável da vida estão em vantagem em relação àqueles que esperam o aparecimento de acontecimentos negativos; os primeiros são capazes de fazer face ao estresse e à doença, de realizar esforços para evitar problemas, enquanto que os segundos são menos capazes (Sultan & Bureau, 1999).

Várias teorias comportamentais complementam-se e procuram explorar os diferentes domínios que regem o comportamento de um paciente antes de um risco ou um fator de doença. Da mesma forma, existem vários exemplos na literatura demonstrando que as intervenções de saúde, a nível individual ou populacional, têm uma maior chance de sucesso quando se baseiam em uma combinação de teorias comportamentais, com ênfase no modelo de crenças em saúde, os estágios de mudança, a teoria social cognitiva, auto-eficácia e o reforço positivo (Glanz & Bishop, 2010).

No contexto da DPC, deve-se investigar a qualidade de vida e deve levar em consideração à auto avaliação da mulher, principalmente porque a dor é de percepção subjetiva. (Barcelos, 2010). É pensando nesta necessidade, que este trabalho visa determinar o grau de otimismo e a resposta ao tratamento de pacientes com DPC.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica mediante a busca de artigos de caráter científico através dos descritores escolhidos e a partir destes foram acessados periódicos indexados nas principais bases de dados: Scielo, PubMed, Scopus e Lilacs. Os seguintes descritores foram utilizados: dor pélvica, comportamento e otimismo, todos os descritores foram escolhidos após criteriosa pesquisa no MESH database. O período de confecção da revisão foi de Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Foram incluídos no estudo artigos publicados nos últimos vinte e dois anos, e após a

verificação dos critérios de inclusão (artigos que abordassem o tema DPC em mulheres não gestantes e não portadoras de HIV) foram selecionados como fonte bibliográfica 45 artigos.

3. DISCUSSÃO

3.1. DOR PÉLVICA

A dor pélvica crônica (DPC) é uma condição comum e incapacitante entre as mulheres com idade reprodutiva, considerada atualmente como um problema de saúde pública. É caracterizada pela presença de dor contínua ou intermitente no abdômen inferior e ou na pelve, persistente durante pelo menos seis meses, não exclusivamente associado com a menstruação, relação sexual ou doença neoplásica, grave o suficiente para causar deficiência ou incapacidade funcional, e exigindo tratamento clínico e ou cirúrgico. Mulheres com dor pélvica crônica têm que lidar com a perda de um corpo saudável e ativo e atingir um estado de dependência e deficiência que pode ser responsável por mudanças no afetivo, familiar, social e dinâmica sexual, tendo assim um negativo impacto na qualidade de vida (Carvalho ACF, et al, 2015).

Dor pélvica crônica é muitas vezes referida como dor pélvica não cíclica com uma duração mínima de 6 meses localizada na pelve, parede abdominal anterior e inferior à cicatriz umbilical, região lombossacral e glútea. A dor pélvica crônica cursa com gravidade suficiente para causar incapacidade funcional ou levar a cuidados médicos (Jane C. Ballantyne, MD, FRCA, et all, 2008).

A etiologia não é clara e, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, psicológico e endócrino, influenciado ainda por fatores socioculturais. (Howard FM, 2003). Em uma revisão sistemática realizada concluiu-se que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, patologia pélvica, cesáreas e morbidades psicológicas estão associados ao aumento do risco de dor pélvica (Latthe P, et al, 2006).

Os seus fatores de risco ainda não são consensuais, visto os resultados conflitantes de estudos realizados. Os mais citados são: abuso de drogas ou álcool, antecedente de aborto, fluxo menstrual aumentado e dismenorreia, doença inflamatória e outras doenças pélvicas, cirurgia abdominal prévia, baixo nível educacional e comorbidades psicológicas, tais como ansiedade e depressão (Deus JM, Santos AF, Bosquetti RB, Pofhal L e Alves Neto O, 2014).

A dor pélvica crônica pode ter etiologia ginecológica ou não ginecológica. Dentre as etiologias ginecológicas relevantes, destacam-se a endometriose, a adenomiose, os miomas uterinos, as varizes pélvicas e as aderências. As não ginecológicas mais prevalentes são a síndrome do cólon irritável, a obstipação intestinal crônica, a cistite intersticial, as desordens psicológicas e as alterações musculoesqueléticas (Miranda, et al, 2009).

Está bem estabelecido que a dor é um estado físico e emocional aversivo. A dor crônica gera uma variedade de estilos afetivos e comportamentais negativos estáveis que aumentam sua vulnerabilidade à depressão e outros transtornos do humor. O papel do afeto negativo na dor crônica tem sido estudado demonstrando que os tratamentos psicossociais para pacientes com dor crônica são bem sucedidos quando há redução do afeto negativo. O afeto positivo está associado com uma variedade de benefícios para a saúde, possivelmente devido à sua associação com a melhoria do funcionamento dos sistemas biológicos essenciais, incluindo o neuroendócrino e imunológico (Finan & Garland, 2015).

A crescente literatura apoia a promoção da saúde nos efeitos de personalidade e emoções positivas. Durante a última década, os pesquisadores começaram a analisar o importante papel de traços de personalidade positivos e emoções para explicar as diferenças individuais na experiência da dor aguda e crônica. Em particular o otimismo, descrito como uma expectativa generalizada de resultados positivos, associada com menor relatos de dor clínica e menos interferências relacionadas à dor, bem como a dor menos severa. Demonstrou-se que um maior otimismo está associado à níveis mais elevados de humor diário positivo e menor atividade relacionada à dor. O otimismo pode influenciar as respostas de dor, alterando o processamento da dor endógena, modulação da dor condicionada (medida de inibição da dor central), e somação temporal da dor (medida de facilitação central da dor), são métodos frequentemente incorporados em estudos de processamento da dor endógena. Pesquisas recentes relataram que adultos jovens saudáveis com níveis mais elevados de otimismo demonstram maior modulação da dor condicionada. Isto implica que o otimismo pode atenuar a intensidade da dor, envolvendo inibição da dor endógena (Goodin, et al, 2013).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Em uma pesquisa com mulheres americanas entre 18 e 50 anos, 15% relataram DPC nos últimos três meses, e 61% dessas mulheres relataram que a causa de sua dor pélvica era desconhecida (Amirbekian & Hooley, 2014).

A DPC é uma condição crônica entre as mulheres que, com uma estimativa mundial de 3,8%, pode ocorrer na faixa etária de 15 a 73 anos. A DPC possui etiologia incerta e é difícil de ser diagnosticada e tratada. Em um estudo realizado no Reino Unido, foi evidenciado que cerca de 60% das mulheres com DPC nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor. Estudos brasileiros sobre DPC identificaram a prevalência de depressão e ansiedade entre 30 a 86%. Os autores desses estudos descreveram que mulheres com DPC têm uma pior percepção de qualidade de vida, a depressão e a intensidade da dor associaram-se, negativamente, à qualidade de vida (Luz, et al, 2014).

Em unidades de cuidados primários, 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica. E a DPC é responsável por 10% das visitas ao ginecologista, por 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas e 12% das histerectomias e pelo custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (Romão, et al, 2009). Embora a DPC seja um problema mundial que afeta mulheres numa ampla faixa etária, os dados disponíveis, sobre sua prevalência, ainda são restritos e, no Brasil, foi identificado um único estudo até o momento que investigou mulheres com idade acima de 14 anos e mulheres em idade reprodutiva e encontrou taxas de 11,5% e 15,1%, respectivamente (Luz, et al, 2015).

Mulheres em idade reprodutiva estão entre os de maior risco para depressão e dor crônica. Os transtornos de humor e dor relacionada com as condições médicas crônicas são as duas causas principais da diminuição qualidade de vida, com custos anuais de dor crônica e depressão estimada em \$ 215.000.000.000 e \$ 80 milhões, respectivamente, nos Estados Unidos. (Poleshuck, et al, 2014).

3.3 FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da DPC não é totalmente entendida. A pelve contém órgãos muito próximos, que compõem diferentes sistemas, dificultando o diagnóstico etiológico da DPC (Barcelos, 2010). A inflamação neurogênica é uma das principais hipóteses na fisiopatologia da dor pélvica crônica. Estímulos nocivos, por dano tecidual, aumentam a produção de substâncias promotoras de dor que estão presentes nas terminações dos nociceptores aferentes primários e são liberadas quando o nociceptor é estimulado. Some-se a isso o fato de, quando uma fibra sensitiva é estimulada eletricamente o impulso caminha não só em direção à medula espinhal (sentido ortodrômico), mas também no sentido inverso, para a periferia (sentido anti-drômico). Quando esse estímulo anti-drômico chega à periferia, há liberação de óxido nítrico, substância P, CGRP (proteína relacionada ao gene da calcitonina), neuroquinina A e B, dentre outros, que causam a inflamação neurogênica, caracterizada por vasodilatação, edema e hiperalgesia. Isso gera mais lesão tecidual, o que fecha o ciclo e faz o estímulo doloroso se perpetuar. (Nogueira, 2006).

Vários outros fatores podem estar associados com a condição, incluindo alterações de neuroplasticidade que ocorrem no corno posterior do medula espinhal como consequência da eletrofisiologia, alterações bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo inicial nocivo, sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham a mesma inervação, e o desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só nas repercussões disfuncionais, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e a geração de novos pontos de dor (Silva GPOG et al, 2011).

Esse mecanismo faz-nos entender que a dor pélvica crônica tem um componente inflamatório crônico. Além disso, a possibilidade de a sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo víscero-visceral) levarem a dor e desenvolvimento de um reflexo víscero-muscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais, como dificuldade miccional ou incontinência urinária, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e geração de novos pontos de dor. Desse modo, há uma sobreposição de sintomas como dispareunia, dismenorreia, queixas gastrintestinais, geniturinárias e musculoesqueléticas. (Nogueira, 2006).

Evidências recentes sugerem que pode haver uma relação entre as bases neuroanatômicas para uma relação entre otimismo e processamento da dor endógena. Estudos sobre o processamento da dor no cérebro humano sugeriram que uma região subcortical (amígdala, substância cinzenta periaquedutal) e as estruturas corticais (córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, ínsula, córtex somatossensorial) parecem estar envolvidos. Além disso, estudos adicionais de neuroimagem funcional demonstraram que muitas das regiões corticais que se pensa serem pertinentes para o processamento da dor endógena também estão implicadas na geração de expectativas otimistas. Em uma indução experimental de um viés de otimismo foi encontrada associação com maior ativação das regiões do córtex pré-frontal e cingulado anterior, bem como atenuações correspondentes na ativação de áreas-chave de processamento da dor como a ínsula e córtex somatossensorial secundário. Assim, o otimismo parece estar associado com o envolvimento de muitas das regiões corticais no processamento endógeno da dor (Goodin and Bulls, 2013).

3.4 OTIMISMO

Muita atenção tem sido dada ao otimismo. Têm sido definido como expectativas generalizadas de resultados futuros positivos. Uma pessoa otimista acredita que de alguma forma por meio interno ou influências externas, o seu futuro será bem sucedido. Evidências sugerem que estas construções também podem estar relacionados com os resultados em tratamentos médicos (Haanstra, et al, 2015).

Otimismo como um tema de pesquisa floresceu nos Estados Unidos contemporâneo precisamente enquanto as pessoas em geral tornaram-se mais esperançosas sobre o futuro. Pode ser bastante benéfico para os indivíduos em circunstâncias difíceis. Uma definição útil de otimismo foi oferecido pelo antropólogo Lionel Tiger (1979): "um estado de espírito ou atitude associada com uma expectativa sobre o social ou futuro material - que o avaliador considera como socialmente desejável, para vantagem, ou prazer dele ou dela ". Uma implicação importante desta definição, é que não pode haver otimismo simples ou objetiva, pelo menos, tão caracterizada pelo seu conteúdo, porque o que é considerado otimismo depende do que os destinatários consideram como desejável. O otimismo se baseia na avaliação dada ao afeto e emoções, por assim dizer (Peterson, 2000).

Otimismo não é uma característica passiva, indivíduos mais otimistas são pró-ativos e se esforçam para alcançar os resultados positivos comparados com indivíduos menos otimistas. O otimismo pode proteger contra o impacto adverso da depressão, pois os pacientes otimistas têm um melhor estado de saúde física e psicológica (Ronaldson, et al, 2015).

No cotidiano, os indivíduos são confrontados com inúmeras situações problema que os obrigam a tomadas de posição crítica e à realização de opções mais ou menos conscientes ou apoiadas, efetuadas em função das suas aptidões, gostos e desejos, que vão determinar o rumo das suas vidas e a construção do seu bem-estar. O curso da vida dos humanos encontra-se ligado a uma conjuntura bio-psico-sócio-cultural, onde os fatores pessoais, físicos, educacionais, sócio-culturais, históricos, ecológicos, tecnológicos e espaço/temporais desempenham um papel preponderante na condução das vivências de cada personalidade. Os estudos têm mostrado a influência positiva do otimismo disposicional nos processos adaptativos suscitados pela doença (Sultan & Bureau, 1999).

O otimismo tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo favorável acontecimentos de vida positivos relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico. Devido a esta relação entre otimismo e bem-estar, os estudos neste domínio proliferaram a partir da década de 80, enquadrados no modelo comportamental de Auto-Regulação, o otimismo reflete antecipação de acontecimentos positivos e deverá estar associado predominantemente com a extroversão e estados emocionais positivos. Por outro lado, o pessimismo pode ser visto como a disposição para esperar acontecimentos negativos, pelo que constitui um prenúncio de neuroticismo ou de estados emocionais negativos (afetividade negativa) (Carlos António Laranjeira, 2008).

Acredita-se ser benéfica para a saúde a orientação de vida positiva, indivíduos altamente otimistas parecem atrair as relações sociais de apoio, usar estratégias adaptativas de enfrentamento, e têm diferentes hábitos de saúde do que os pessimistas, que tendem a desistir nas situações estressantes. Evidências baseadas em dados auto-relatados sugere que o maior otimismo também está relacionado com aumentos menores no estresse e sintomas depressivos após um evento importante na vida. Pacientes com doença crônica tem encontrado maior otimismo ligado a uma melhor sobrevivência e adaptação. Alto otimismo e pessimismo baixo pode refletir menos adversidades vividas ao longo do tempo (Mika Kivimäki, 2005).

Otimismo é uma dimensão da personalidade que recebeu aumento substancial de pesquisas e atenção ao longo dos anos 1980 e 90, dada a sua capacidade para impactar positivamente a saúde dos indivíduos e bem-estar subjetivo em momentos de adversidade. O interesse científico em otimismo continua e até agora tem mostrado que o otimismo exerce efeitos generalizados de promoção da saúde mental e física. Um alto nível de otimismo está ligado tanto a melhor recuperação fisiológica e ajuste psicossocial em cirurgia de revascularização miocárdica, transplante de medula óssea, depressão pós-parto, lesão traumática cerebral, doença de Alzheimer,

câncer de pulmão, câncer de mama e falhas em fertilização in vitro. Além disso, o otimismo pode exercer semelhantes efeitos benéficos sobre a experiência da dor. Modelos biopsicossociais demonstraram como indivíduos ajustam-se às experiências de dor aguda e crônica, em particular esperança e aceitação. A aceitação da dor envolve o reconhecimento do que não pode ser alterado, não é desistir e sucumbir à dor, mas sim aceitar a dor como parte da vida e aprender a viver de forma mais eficaz, apesar dela (Goodin and Bulls, 2013).

Como é comumente entendido, o termo 'otimismo' abrange dois conceitos estreitamente correlacionadas: o primeiro é a inclinação à esperança, enquanto o segundo refere-se a tendência de acreditar que vivemos em "o melhor de todos os possíveis mundos", como cunhado pelo filósofo alemão Gottfried Wilhelm Leibniz em sua famosa teodiceia. Ao longo dos últimos anos, um conjunto significativo de pesquisas foram realizadas sobre a eficácia de otimismo como um fenômeno psicológico com formulações de conceitos, entendido como "disposição", "estilo de atribuição", "viés cognitivo" ou "ilusão compartilhada". Otimistas acreditam que os eventos positivos são mais estáveis e frequentes do que os negativos. Eles pensam que podem evitar os problemas na vida diária, que eles aconteçam, portanto, lidam com situações estressantes com mais sucesso do que pessimistas. Referindo-se ao ponto de vista da cognição social, uma terceira perspectiva sustenta que o otimismo é a consequência de uma subestimação cognitiva de risco. Isso, reflete a convicção do otimista que eventos positivos são mais prováveis de ocorrer a ele / ela mesma, enquanto eventos negativos afetam predominantemente outros.

A forma de aplicação do conceito de otimismo deve ser integrado em tratamentos e programas de prevenção em saúde mental e física, para melhorar o bem-estar (Conversano, et al, 2010).

3.5. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Ao avaliar um paciente com dor pélvica crônica, a história e exame físico pode estreitar o diagnóstico diferencial e orientar ainda mais exames laboratoriais e auxiliares. É importante investigar todos os fatores que contribuem para a dor incluindo psicológica, social e ambiental. A história deve se concentrar em características da dor, incluindo a qualidade, duração e fatores modificadores, bem como a sua associação com a menstruação, a atividade sexual, micção, defecação e tratamento com radiação. Uma história de abuso físico ou sexual está associada com dor pélvica crônica, sintomas, como perda de peso inexplicada, hematoquezia, perimenopausa irregular, hemorragias, hemorragias vaginais pós-menopausa ou sangramento pós-coito, deve levar a uma investigação para excluir malignidade ou grave doença sistêmica. Dor associada com alterações hormonais podem resultar provavelmente de endometriose ou adenomiose, enquanto um padrão de dor não hormonal pode ser sinal de causas músculo-esqueléticas, adesões, síndrome do

intestino irritável, ou cistite intersticial. Uma história de cirurgia pélvica, infecções pélvicas, ou a utilização de um dispositivo intra-uterino é causa de preocupação para adesões pélvicas (David D. Ortiz, MD, CHRISTUS, 2008).

Informações sobre o aparelho gastrointestinal e urinário devem ser pesquisadas, assim como o padrão menstrual e dispareunia. A fim de investigar a associação da dismenorreia severa com endometriose, dispareunia, e disfunções do assoalho pélvico, cistite intersticial ou síndrome do intestino irritável. Disúria, polaciúria, noctúria e história de infecções urinárias de repetição com culturas negativas podem ser indícios de cistite intersticial. Distensão abdominal dolorosa e melhora do quadro com a movimentação intestinal, alternância de constipação e diarreia, início da dor coincidente com modificações nas características das fezes, eliminação de muco pelo reto e sensação de evacuação incompleta após defecação são sintomas sugestivos de síndrome do intestino irritável. (Nogueira, 2006).

A gravidez e o parto são eventos traumáticos para o sistema músculo-esquelético, especialmente a pelve e pode levar à dor pélvica crônica. Fatores de risco associados à gravidez e dor incluem a lordose lombar, tamanho da criança, fraqueza muscular e mau condicionamento físico. Mulheres com história de nenhuma gravidez podem ter doenças que causam infertilidade e dor pélvica crônica, como a endometriose, doença inflamatória pélvica crônica, ou aderências pélvicas. Também é útil perguntar como a dor do paciente tem mudado ao longo do tempo. Um história psicossocial é sempre uma importante parte da história, especialmente perguntando sobre depressão. A depressão é um dos vários preditores da intensidade da dor em mulheres com dor pélvica crônica, é também um significativo indicador de capacidade de resposta ao tratamento. Além disso, há uma associação significativa de abuso físico e sexual no desenvolvimento da dor pélvica crônica com alta prevalência de violência doméstica. Satisfação ou insatisfação com as relações e apoio conjugais ou familiares pode ser explorado também (Fred M. Howard, MS, MD, 2003).

A abordagem inicial do paciente com dor pélvica deve incluir uma história detalhada e minuciosa e exame físico. A história deve ser usada para caracterizar a dor e deve incluir perguntas sobre a localização, a duração (constante ou intermitente), início, radiação, sintomas associados, gravidade, qualidade, fatores de alívio e agravantes. Os sintomas do sistema (por exemplo, urinário, gastrointestinal, e músculo-esquelético) deve ser revisto, pois há muitas causas não ginecológicas de dor pélvica. O exame pélvico e abdominal completo devem ser realizados para avaliar potenciais causas dos sintomas do paciente. A genitália externa deve ser inspecionada para verificar lesões. A vagina e colo do útero devem ser visualizados por exame especular. A bexiga, paredes vaginais, e músculos elevadores devem ser palpados uni e bi-digital após o exame especular. O exame bimanual deve ser realizado e colo do útero é palpado, observando a sua posição, a mobilidade, e

textura com o movimento, presença de massas, nódulos palpáveis na superfície do útero. Os anexos são palpados para localizar os ovários e avaliar massas anexiais, abscessos e tumores de ovário (Bernard M. Karnath, MD & Daniel M. Breitkopf, MD, 2007).

A dor pélvica crônica diretamente relacionada a procedimento cirúrgico abdomino-pélvico pode sugerir síndrome miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e, com menor frequência, aderências. A dor miofascial pode ser devida a tensão muscular, lesão de terminações nervosas, miosites, traumas e hérnias na parede abdominal. (Nogueira, 2006).

O exame abdominal deve tentar identificar pontos dolorosos e/ou pontos de “gatilho” (PG) que desencadeiam dor mais profunda ou em faixas musculares, inclusive na região inguinal. A palpação da parede abdominal concomitante com manobra de Valsalva ou elevando a cabeça com contração dos músculos da parede abdominal (teste de Carnett) é importante para o diagnóstico, diferencial de dor de origem na parede abdominal (miofascial, endometriose em cicatriz cirúrgica e hérnias) da dor de origem na cavidade pélvica – no primeiro caso, a dor se mantém ou se intensifica, enquanto na última situação, há tendência de a paciente relatar melhora da dor (Sharp HT, et all, 2003).

Na avaliação bi digital deve dar atenção especial à busca da presença de irregularidades, nódulos e pontos dolorosos no fundo de saco vaginal e ligamentos útero-sacos, que podem sugerir a presença de endometriose pélvica. Se necessário, além do exame clínico, deve ser feita investigação por meio de alguns exames complementares, dependendo de cada história de cada paciente - ultrassonografia transvaginal e de parede abdominal, dosagem sérica de CA-125, o teste urodinâmico, a pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, pesquisa de clamídia e gonococos, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética, e a laparoscopia e a histeroscopia diagnósticas. (Nogueira, 2006).

A investigação das causas ginecológicas da doença pélvica crônica é normalmente composto por história clínica e exame físico, ultra-sonografia transvaginal e a laparoscopia, impedindo assim o diagnóstico de patologias intra-uterinos. Problemas como adenomiose, estenose cervical, endometrite crônica, ossificação endocervical, aderências intra-uterinas, estruturas ósseas intra-uterinas, malformações de Müller, pólipos e miomas submucosos pode ser difícil de diagnosticar por ultra-som ou laparoscopia, no entanto, combinada com biópsia histeroscópica pode ajudar muito na identificação desses problemas (Bruno Hállan Meneses Dias, et all, 2013).

3.6 TRATAMENTO

As recomendações de tratamento são baseadas na opinião de especialistas ou estudos da literatura. O tratamento deve ser dirigido para a causa subjacente da dor pélvica e em pacientes em que não é feito um diagnóstico específico, uma abordagem multidisciplinar como dieta, fatores sociais, ambientais e psicológicos, além das medicações têm melhores resultados do que somente

medicações. Os medicamentos que têm mostrado benefício são o acetato de medroxiprogesterona, Goserelina, hormônio liberador de gonadotrofinas injetáveis (GnRH). Para a dor que parece ser cíclica, tratamentos hormonais contínuo ou cíclicos de baixa dose de contraceptivos orais, progestinas, agonistas de GnRH. Embora os inibidores da recaptção da serotonina não tenham sido demonstrado ser eficaz para o tratamento de dor pélvica crônica, eles podem ser usados para tratar a depressão concomitante. Analgésicos orais, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), e os analgésicos opióides, são comumente utilizados para tratar a dor moderada. Opióides de longa ação com a administração programada pode ser usado em conjunto com um plano de tratamento semelhante ao usado no tratamento de outras condições dolorosas. A Gabapentina isoladamente ou em associação com a Amitriptilina, proporciona alívio da dor em mulheres com doenças crônicas (David D. Ortiz, MD, CHRISTUS, 2008).

Os tratamentos medicamentosos com anticoncepcionais orais combinados, progestágenos intrauterinos, implantes subcutâneos, anti-inflamatórios, flebotônicos, danazol ou análogos de GnRH podem ser usados em pacientes com dor pélvica crônica proveniente de síndrome da congestão pélvica, miomas e adenomiose, além da cistite intersticial e síndrome do intestino irritável. (Nogueira, 2006) (Kopelman, 2010).

O tratamento da DPC é focado nos sintomas ou no próprio diagnóstico. Mesmo quando o diagnóstico é especificado, como síndrome da bexiga dolorosa, síndrome do intestino irritável, endometriose e aderências, a resposta é frustrante. Compõem o arsenal terapêutico anti-inflamatórios não esteroides (AINES), bloqueadores musculares, contraceptivos hormonais, amitriptilina e outros antidepressivos, anticonvulsivantes e psicoterapia. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem já aceita e recomendada no tratamento de mulheres com DPC. O tratamento cirúrgico, especialmente com laparoscopia, tem sido indicado para diagnóstico e tratamento de endometriose e aderências pélvicas, mas tem sido cada vez mais questionado (Deus JM, Santos AF, Bosquetti RB, Pofhal L e Alves Neto O, 2014).

Quando um diagnóstico específico pode ser feito, o tratamento também é específico para esta patologia; quando não, o tratamento deve ser dirigido para o controle da dor. Os opiáceos estão indicados quando não houver resposta ao tratamento prévio. A dor crônica por espasmo de músculos do assoalho pélvico pode ser tratada também por bloqueio anestésico local, injeção de toxina botulínica, fisioterapia ou eletroestimulação. Antidepressivos tricíclicos podem ser associados aos analgésicos no tratamento da dor pélvica crônica de qualquer etiologia. Eles melhoram a tolerância à dor, restabelecem o padrão de sono e reduzem sintomas depressivos, melhorando a adesão ao tratamento (Nogueira, 2006).

Embora a dor seja a principal preocupação do paciente, a maioria das mulheres com dor pélvica crônica têm problemas psicossociais. Estes fatores psicossociais muitas vezes aparecem

para determinar o grau de sofrimento e deficiência vividos. Postula-se que as mulheres com problemas psicossociais, como o abuso sexual, discórdia conjugal, leve transtorno de personalidade, dificuldade em manter relacionamentos, ou a família afligida de origem, podem ser mais vulneráveis aos sinais nociceptivos e estão mal apoiadas para lidar com sensações somáticas desconfortáveis que acompanha qualquer processo de doença. O tratamento psicológico de apoio pode diminuir o sofrimento e incapacidade das pacientes em lidar com a dor pélvica (Fred M. Howard, MS, MD, 2003).

Para as aderências pélvicas a laparoscopia é mais eficaz que a laparotomia. Contudo, mesmo no procedimento laparoscópico, o índice de recidiva é alto, tanto das aderências quanto da dor. Mesmo assim a intervenção é indicada principalmente em casos em que os tratamentos clínicos não surtiram efeitos (Kopelman, 2010).

Não há evidências suficientes para recomendação da histerectomia para tratamento da dor pélvica crônica, principalmente em pacientes sem patologias uterinas evidentes que podem causar dor crônica. É útil nos casos de adeniose pouco responsiva a tratamento clínico (Nogueira, 2006).

Percebe-se que a sensibilização sobre a dor exige que seja definida claramente como um estado de doença. O subtratamento de dor é um problema persistente para aqueles que experimentam e só pode ser reduzida com um melhor diagnóstico e tratamento. Compreender a dor como uma doença pode reduzir a carga mundial do problema de saúde e suas condições co-mórbidas, bem como diminuir potencialmente os erros de diagnóstico da dor, desenvolvendo intervenções para diagnosticar e tratar a dor crônica (Goldberg and McGee, 2011).

3.7 TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA (LOT-R)

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

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

discordo, 2 = neutro, 3 = concordo, e 4 = concordo totalmente (Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). (M. Zenger et al, 2013).

O Teste de Orientação da Vida visa medir o construto de orientação da vida, referente à maneira como as pessoas percebem suas vidas, de uma forma mais otimista ou menos otimista. Este construto foi definido em termos das expectativas que as pessoas possuem sobre os eventos que ocorrerão no futuro em suas vidas. Alguns autores consideraram o TOV como uma escala unidimensional bipolar, tendo otimismo e pessimismo como dois polos opostos de uma mesma dimensão ou construto, enquanto outros consideraram que havia dois fatores distintos. A versão revisada, contendo dez itens (Scheier et al., 1994) possui três afirmativas positivas, três afirmativas negativas e quatro questões neutras. As questões neutras não visam analisar o construto de orientação da vida e, portanto, não são incluídos na análise de dados. Na análise estatística dos dados, os escores dos itens negativos do teste precisam ser invertidos, de modo que todos os valores próximos a 4 indiquem sempre um maior grau de expectativa otimista do sujeito em relação à vida. Após a inversão dos escores dos itens negativos, pode-se calcular o índice global de grau de otimismo através da soma dos seis itens (M. Bandeira et al, 2002).

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amirbekian, S. & Hooley, R. J. (2014). Ultrasound Evaluation of Pelvic Pain. *Radiol Clin N Am.*, 52: 1215–35.
- Ahangari, A.(2014). Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. *Pain Physician.*, 17:141-7.
- Ballantyne, J. C., Eisenberg, E. & Fricton, J. R.(2008). Chronic Pelvic and Urogenital Pain Syndromes. *Endo Pharmaceuticals, Inc.*, 16(6).
- Bandeira, M., Bekou, V., Lott, K. S., Teixeira, M. A. & Rocha, S. S. (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia.*, 7(2), 251-258.
- Barcelos, P. R., Conde, D. M., Deus, J. M. & Martinez, E. Z. (2010). Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 32(5): 247-53.
- Bruno, R. V., Oliveira, L. A., Villafana, G., Botelho, B.G. & Souza, R.C. (2007). Atualização na abordagem da dor pélvica crônica. *Femina.*, 35(1).
- Cannella, D. T. L., Lobel, M., Glass, P., Lokshina, I. & Graham, J. E. (2007). Associated With Depressed Mood in Chronic Pain Patients: The Role of Intrapersonal Coping Resources. *The Journal of Pain.*, 8(3): 256-62.
- Carvalho, A. C. F., Poli-Neto, O. B., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C. & Osório, F. L. (2015). Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Arch Clin Psychiatry.*, 42(1):25-30.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review.*, 30:879–89.
- Christopher, P. (2000). The Future of Optimism. *American Psychological Association, Inc.* 55(1): 44–55.

- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. D., Arpone F. & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health.*, 6: 25-9.
- Da Luz, R. A. (2014). Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 36(2):79-83.
- Daniel, S. & McGee, G. S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *Public Health.*, 11:770.
- Deus, J. M., Santos, A. F. R., Bosquetti, R. B. B., Pofhal, L. & Neto, O. A. (2014). Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Rev Dor.*, 15(3):191-7.
- DeVeugh-Geiss A. M., et al. (2010). The adverse effects of comorbid pain on depression outcomes in primary care patients: results from the ARTIST trial. *Pain Med.*, 11:732–41.
- Dias, B. H. M., Andrade, A. C. R. & Silva, A. M. H. P. (2013). Evaluation of hysteroscopic findings related to chronic pelvic pain. *J Health Biol Sci.*, 1(3):105-107.
- Expectancy Be Distinguished in Patients Undergoing Total Hip and Total Knee Arthroplasty? *PLOS ONE*, DOI:10.1371/journal.pone.0133730.
- Fall, M., Baranowski, A. P., Elneil, S., Engeler, D., Hughes, J., Messelink, E. J., et al. (2004). Orientações sobre Dor Pélvica Crônica. *Eur Urol.*, 46(6):681-9.
- Finan, P. H. & Garland, E. L. (2015). The Role of Positive Affect in Pain and its Treatment. *Clin J Pain.*, 31(2): 177–87.
- Glanz, K. & Bishop, D. B. (2010). The Role of Behavioral Science Theory in Development and Implementation of Public Health Interventions. *Annu. Rev. Public Health.*, 31:399–418.
- Goodin, B. R., Glover, T. L., Sotolongo, A., King, C. D., Sibille, K. T., Herbert, M. S., et al. (2013). The association of greater dispositional optimism with less endogenous pain facilitation is indirectly transmitted through lower levels of pain catastrophizing. *J Pain.*, 14(2): 126–135.
- Goodin, B. R., Hailey, W. & Bulls, B. S. (2013) Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Curr Pain Headache Rep.*, 17(5): 329.
- Haanstra, T.M., Tilbury. C., Kamper, S.J., Tordoir, R.L., Vliet Vlieland, T.P.M., Nelissen, R.G.H.H., et al. (2015). Can Optimism, Pessimism, Hope, Treatment Credibility and Treatment
- Howard, F. M. (2003). Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.*, 101(3):594-611.
- Karnath, B. M. & Breitkopf, D. M. (2007). Acute and Chronic Pelvic Pain in Women. *Hospital Physician.*, 41 – 48.
- Kivimaki, M., Elovainio, M., Manoux, A. S., Vahtera, J., Helenius, H. & Pentti, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health After Death or Onset of Severe Illness in Family. *American Psychological Association.*, 24(4): 413–421
- Kopelman, A., Sato, H., Gusmão, L., Holzhaecker, S., Schor, E. & Girão, M. J. B. C. (2010). Indicação da laparoscopia na dor Kreis, S., Molto, A., Bailly, F., Dadoun, S., Fabre, S., Rein, C., et al. (2015). Relationship between optimism and quality of life in patients with two chronic rheumatic diseases: axial spondyloarthritis and chronic low back pain: a cross sectional study of 288 patients. *Health and Quality of Life Outcomes.*, 13:78.
- Pélvica crônica: revisão baseada em evidências. *Femina.*, 38(6).
- Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M. & Khan, k. s. (2006). Who systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health.*, 6:177.
- Luz, R. A., Rodrigues, F. M., Vila, V. S. C., Deus, J. M. & Conde, D. M. (2015). Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].*, 17(3).

- Miranda, R., Schor, E. & Girão, M. J. B. C.(2009). Avaliação postural em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 31 (7): 353-60.
- Nogueira, A. A., Reis, F.J. C. & Neto, O. B. P.(2006). Abordagem da dor Pelvica crônica. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 28(12): 733-40.
- Ortiz, D. D. (2008). Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician.*, 77(11):1535-42, 1544.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Univ. Psychol. Bogotá, colombia.*, 7(2): 469-76.
- Poleshuck, E. L., Gamble, S. A., Bellenger, K., Lu, N., Tu, X., Sörensen, S., et al. (2014). Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy versus enhanced treatment as usual for women with co-occurring depression and pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research.*,77: 264–72.
- Pänkäläinen, M. T., Kerola, T. V. & Hintikka, J. J. (2015) Pessimism and the risk for coronary heart disease among middle-aged and older Finnish men and women: a ten-year follow-up study. *BMC Cardiovascular Disorders.* 15:113.
- Ronaldson, A., Molloy, G. J., Wikman, A., Poole, L., Kaski, J. C. & Steptoe, A. (2015). Optimism and Recovery After Acute Coronary Syndrome: A Clinical Cohort Study. *Psychosomatic Medicine.*, 77(3): 311-18.
- Romão, A. P. M. S., Romão, G. S., Gorayeb, R. & Nogueira, A. A. (2009). O funcionamento psicológico e sexual da mulher com dor pélvica crônica: atualização. *Femina.*, 37(1).
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-78.
- Sharp, H. T. (2003). Myofascial pain syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. *Clin Obstet Gynecol.*, 46(4):783-8.
- Silva, G. P. O. G., Nascimento, A. L., Michelazzo, D., Junior, F. F. A. & Rocha, M. G. (2011). High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *CLINICS.*, 66(8):1307-1312.
- Sultan, S. & Bureau, B. (1999). Quel optimisme em psychologie de la santé? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée.*, 49(1), 43-50.
- Zengera, M., Finckb, C., Zanonc, C., Jimenezb, W., Singerd, S. & Hinze, A. (2013). Evaluation of the Latin American version of the Life Orientation Test-Revised., 13(3): 243-252.