

# Intensidade da dor, incapacidade funcional e fatores psicossociais em mulheres com dor pélvica crônica: um estudo transversal

*Intensity of pain, disability and psychosocial factors in women with chronic pelvic pain: cross-sectional study*

Jennifer Nogueira Rocha<sup>1</sup>, Luiz Eduardo de Castro<sup>1</sup>, Virgínia Martello Riccobene<sup>1</sup>, Michele Souza Menezes Autran<sup>2</sup>, Leandro Alberto Calazans Nogueira<sup>2,3</sup>, Felipe José Jandre dos Reis<sup>3,4</sup>

DOI 10.5935/2595-0118.20200177

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor pélvica crônica pode ser considerada uma das principais causas de morbidade e incapacidade funcional para as mulheres. A influência dos fatores psicossociais na dor pélvica crônica foi pouco explorada na literatura. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil da dor pélvica crônica em mulheres, bem como buscar a presença de fatores psicossociais e a associação com dor e incapacidade.

**MÉTODOS:** Estudo transversal que incluiu mulheres com dor pélvica crônica. Os dados referentes da dor, incapacidade e os fatores psicossociais foram coletados utilizando questionários específicos. Foram apresentadas as análises de frequência, tendência central e dispersão dos dados. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para verificar a correlação entre dor, incapacidade e fatores psicossociais. O valor de significância estatística adotado foi de  $\alpha=95\%$ .

**RESULTADOS:** O estudo foi composto por 25 mulheres, com média de idade de 45,4 anos. A intensidade de dor média no momento da avaliação foi de  $4,76\pm 3,39$ . A média de incapacidade foi de  $4,01\pm 2,32$ . A ansiedade apresentou média de  $7,16\pm 3,36$  e estresse  $7,04\pm 3,16$ . O nível de limitação funcional teve correlação negativa com a intensidade da dor ( $r = -0,474$ ;  $p = 0,017$ ), com

o domínio gravidade da dor ( $r = -0,566$ ;  $p = 0,003$ ) e com cinesiofobia ( $r = -0,550$ ;  $p = 0,001$ ).

**CONCLUSÃO:** As mulheres com doença pélvica crônica apresentaram níveis moderados de intensidade de dor e limitação funcional. Os fatores psicossociais com maior pontuação média foram a ansiedade e estresse. A intensidade de dor e o nível de limitação funcional estiveram correlacionados entre si e com a cinesiofobia.

**Descritores:** Dor crônica, Dor pélvica, Impacto psicossocial.

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Chronic pelvic pain can be considered one of the main causes of morbidity and functional disability in women. The influence of psychosocial factors on chronic pelvic pain has been little explored in the literature. This study sought to characterize the profile of chronic pelvic pain in women, the presence of psychosocial factors and the association with pain and disability.

**METHODS:** This cross-sectional study included women with chronic pelvic pain. Data on pain, disability and psychosocial factors was collected using specific questionnaires. Analysis of frequency, central tendency and dispersion were presented. Pearson's correlation test was used to verify the correlation between pain, disability and psychosocial factors. The statistical significance was set as  $\alpha=95\%$ .

**RESULTS:** The study consisted of 25 women, with a mean age of 45.4 years. The mean pain intensity at the time of the assessment was  $4.76\pm 3.39$ . The mean disability was  $4.01\pm 2.32$ . Anxiety presented a mean of  $7.16\pm 3.36$  and stress  $7.04\pm 3.16$ . The level of disability had a negative correlation with pain intensity ( $r = -0.474$ ;  $p = 0.017$ ), with the pain severity domain ( $r = -0.566$ ;  $p = 0.003$ ) and with kinesiophobia ( $r = -0.550$ ;  $p = 0.001$ ).

**CONCLUSION:** Women with chronic pelvic pain had moderate levels of pain intensity and disability. The psychosocial factors with the highest mean score were anxiety and stress. The intensity of pain and disability were correlated with each other and with kinesiophobia.

**Keywords:** Chronic pain, Pelvic pain, Psychosocial impact.

## INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) é a dor crônica (DC) ou persistente percebida em estruturas relacionadas à pelve de homens ou mulheres, frequentemente associada a consequências cognitivas,

Jennifer Nogueira Rocha – <https://orcid.org/0000-0003-3953-2816>;  
Luiz Eduardo Castro – <https://orcid.org/0000-0001-6124-9588>;  
Virgínia Martello Riccobene – <https://orcid.org/0000-0001-6073-5058>;  
Michele Souza Menezes Autran – <https://orcid.org/0000-0002-8300-428X>;  
Leandro Alberto Calazans Nogueira – <https://orcid.org/0000-0002-0177-9816>;  
Felipe José Jandre dos Reis – <https://orcid.org/0000-0002-9471-1174>.

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Centro Universitário Augusto Motta, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Instituto Federal do Rio de Janeiro, Curso de Fisioterapia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Laboratório de Psiconeurofisiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Apresentado em 02 de março de 2020.

Aceito para publicação em 29 de maio de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

### Endereço para correspondência:

Felipe Reis

Instituto Federal do Rio de Janeiro, Campus Realengo

Rua Carlos Wenceslau, 343 – Realengo

21715-000 Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: felipe.reis@ifrrj.edu.br

comportamentais, sexuais e emocionais negativas, bem como a sintomas sugestivos de trato urinário inferior, órgãos sexuais, intestino, assoalho pélvico ou disfunção ginecológica<sup>1</sup>. Assim como outras DC, a DPC pode estar associada a consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais negativas<sup>2</sup>. Embora a DPC possa ter origem ginecológica, gastrointestinal, urológica ou musculoesquelética, a maior parte não apresenta uma causa definida<sup>3</sup>. A dor pélvica pode ser considerada uma das principais causas de morbidade e incapacidade funcional para as mulheres podendo interferir nas atividades de vida diária e levar à procura dos serviços de saúde<sup>4</sup>. Estima-se que cerca de 3,8% das mulheres em qualquer idade e 12% das mulheres em idade reprodutiva se queixam de sensações de dor na região pélvica<sup>5,6</sup>, além de cerca de 18% se afastarem do trabalho pelo menos um dia todos os anos devido a dor pélvica<sup>7,8</sup>. Dados de uma pesquisa nos Estados Unidos que incluiu 773 mulheres com DPC identificou que aproximadamente um quarto das mulheres precisou de repouso durante 2,5 dias por mês e perto de 25% apresentou disfunção, ou dispareunia e os custos diretos e indiretos da perda de produtividade foram estimados em aproximadamente 3 bilhões de dólares<sup>7</sup>.

Além das condições de saúde primárias que se caracterizam pela dor pélvica, diversos mecanismos e estruturas podem estar envolvidas na DPC incluindo o trato genital superior, músculos e fâscias da parede abdominal e do assoalho pélvico, bexiga, ureteres e trato gastrointestinal<sup>8,9</sup>. A abordagem clínica focada somente nos aspectos biológicos pode aumentar a utilização dos cuidados de saúde e dos testes diagnósticos, além de maior indicação de procedimentos cirúrgicos ou internações para tratamento da dor<sup>3</sup>. É importante que, além de fatores biológicos, seja considerada a influência de fatores cognitivos, emocionais, ambientais e sociais na experiência de dor<sup>10,11</sup>. Também é preciso reconhecer que mecanismos neurofisiológicos como a sensibilização periférica, sensibilização central e modificações neuroplásticas em diversas regiões do cérebro podem contribuir para a cronificação, manutenção e evolução da DPC<sup>12-14</sup>.

Um grande desafio na prática clínica é identificar a interação dos fatores psicológicos, comportamentais e sociais assim como suas contribuições na experiência da dor. Diversos estudos demonstraram a influência de fatores psicológicos no desenvolvimento, persistência e tratamento da DC<sup>15-17</sup>.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil da DPC em mulheres, quanto à localização e a intensidade, o nível de limitação funcional e a associação com fatores psicossociais.

## MÉTODOS

Estudo observacional do tipo transversal, que seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)<sup>18</sup>. Os dados foram coletados de setembro de 2019 a janeiro de 2020 nos ambulatórios de ginecologia de um hospital e de fisioterapia pélvica de outro hospital, na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Foram incluídas mulheres com idade superior a 18 anos com dor localizada na região da pelve, parte inferior do abdômen, região lombar, aspecto medial da coxa, área inguinal e perineo, na maior parte dos dias por pelo menos seis meses, selecionadas por conveniência de acordo com o agendamento das consultas

nos referidos ambulatórios. Não foram elegíveis para o estudo as mulheres em período gestacional, com história ou diagnóstico de neoplasia, doenças neurológicas do sistema nervoso central e déficit cognitivo.

Para avaliação sociodemográfica e de aspectos gerais sobre a dor foi utilizado o *Questionnaire for Chronic Pelvic Pain Assessment* (QCPPA) da *International Pelvic Pain Society* (IPPS) previamente traduzido e validado para o português<sup>19</sup>. O QCPPA apresenta questões sociodemográficas sobre trabalho, formação profissional, idade, estado civil, com quem vive e grau de instrução. Além disso, avalia os aspectos dolorosos, menstruais, urinários, gastrointestinais, emocionais, antecedentes obstétricos, cirúrgicos, a ocorrência de violência física/psicológica ou sexual entre outras questões. O QCPPA foi aplicado excetuando-se os quesitos de fármacos, ajuda profissional e exame físico; na parte do mapa de dor foi utilizado somente o item que diz respeito a dor perineal e vulvar.

Em seguida, para a avaliação da dor utilizou-se o *Brief Pain Inventory* (BPI), que é um instrumento multidimensional que avalia a intensidade da dor e sua interferência nas atividades gerais, humor, capacidade de locomoção, trabalho, relacionamentos com outras pessoas, sono e diversão com base em uma escala de 11 pontos que varia de zero (sem dor/sem interferência) a 10 (dor tão intensa quanto possível). As pontuações das duas dimensões variam de zero a 10 e são calculadas usando a média do total de itens. Escore elevado representa alta intensidade de dor ou alta interferência de dor nas atividades gerais<sup>20</sup>. Com o objetivo de caracterizar os descritores de dor mais frequentes, foi utilizado o questionário de McGill que permite ao paciente retratar com mais detalhes sua experiência dolorosa<sup>21</sup>.

A limitação funcional foi avaliada através da *Patient Specific Functionality Scale* (PSFS). Foi solicitado para o paciente identificar até três atividades que considera incapaz de realizar ou que apresenta alguma dificuldade. A mensuração é feita por escalas do tipo *Likert* de 11 pontos para cada atividade, sendo que quanto maior a pontuação média que varia entre zero e 10 pontos, melhor é a capacidade do paciente de realizar as atividades<sup>22</sup>. O PSFS é um questionário autoaplicável, validado e amplamente utilizado em diversas condições musculoesqueléticas, com reprodutibilidade de 0,85 (ICC 0,77-0,90)<sup>23</sup>.

A avaliação dos fatores psicossociais relacionados à dor foi realizada pelo *Brief Screening Questionnaire* (BSQ) que abrange a avaliação da presença de sintomas de depressão, isolamento social, ansiedade, estresse, cinesiofobia e catastrofização<sup>24</sup>. O instrumento é formado por nove itens, sendo um item para ansiedade, dois itens para cinesiofobia, um para estresse, um para isolamento social, dois para catastrofização e dois para depressão<sup>24,25</sup>. As respostas foram graduadas entre zero e 10, sendo que quanto maior for o valor da resposta pior o desfecho. O valor de zero representa “nunca faço isso” ou “de modo algum”, aumentando para 10, que representa “sempre faço isso” ou “bastante”<sup>24</sup>. Esse instrumento utiliza questões breves das escalas específicas para cada um dos itens psicossociais previamente validadas para o Brasil.

O protocolo de pesquisa foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HUGG (CAAE: 17465419.0.0000.5258) e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Análise estatística**

Os dados foram processados e codificados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel*, versão 2013 para *Windows* e analisados com uso do *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 20 para Mac. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar se as variáveis apresentavam distribuição normal. Foram apresentadas as análises de frequência, tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão) de acordo com a análise de normalidade dos dados. A associação entre a intensidade de dor, a incapacidade e as variáveis psicológicas foram realizadas por meio do teste de correlação de Pearson. O valor de significância estatística adotado para todas as análises foi de  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS**

Foram incluídas 25 mulheres, com média de idade de  $45,4 \pm 10,8$  anos;  $x_{min}=30$  a  $x_{max}=72$ . Em relação às demais características da amostra, 11 (44%) apresentavam ensino médio completo, 11 (44%) eram casadas, 21 (84%) não tabagistas, 18 (72%) não consumiam álcool e 19 (76%) eram sedentárias. Quanto aos antecedentes obstétricos, 20 (80%) já haviam engravidado, 9 (36%) relataram ter tido pelo menos um aborto e 10 (40%) tinham dois filhos. Considerando as características relacionadas ao trabalho, 14 (56%) encontrava-se em idade economicamente ativa e 8 (32%) estavam afastadas do trabalho em virtude da presença da dor.

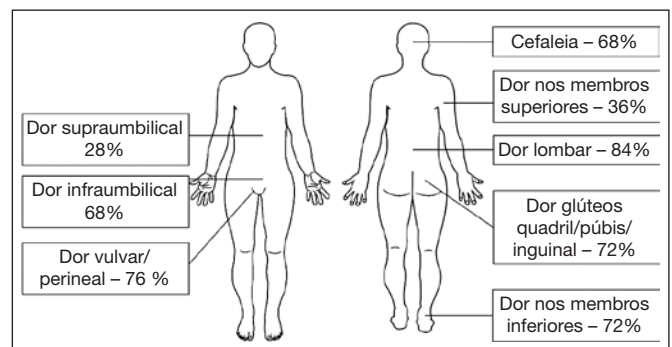
Quanto às características clínicas, todas as participantes faziam uso de mais de um fármaco, de várias classes, para dor. Dentre a amostra estudada, 18 (72%) utilizavam analgésicos, 10 (40%) opioides, 10 (40%) anti-inflamatórios não hormonais, 6 (24%) anticonvulsivantes, 5 (20%) antidepressivos, 3 (12%) relaxantes musculares e 1 (4%) anti-inflamatório hormonal, fármaco hormonal, agonista de receptor adrenérgico e antiflatulento. Em relação às cirurgias, 9 (36%) haviam realizado algum tipo de procedimento relacionado à DPC. Quanto as comorbidades comumente associadas à DPC verificou-se que 8 (32%) apresentavam depressão, 15 (60%) sintomas urinários, 14 (56%) síndrome do intestino irritável, 11 (44%) enxaqueca, 10 (40%) sintomas de síndrome da congestão pélvica, 6 (24%) diagnóstico de endometriose e 1 (4%) apresentava fibromialgia e adenomiose. Do total, 5 (20%) relataram ter sofrido alguma forma de abuso sexual e 15 (60%) sofreram algum tipo de abuso psicológico e/ou físico na infância e/ou na vida adulta. Quanto às estratégias de enfrentamento, 19 (76%) mulheres demonstraram estratégia passiva e negativa em relação a dor, como ficar em repouso e assumir a dor pélvica como o principal problema da vida. As características clínicas estão agrupadas na tabela 1.

Na representação do mapa corporal descrito no BPI, identificando os locais afetados pela dor, houve maior presença de dor lombar (84%), dor vulvar/perineal (76%), seguidos de dor nos glúteos/quadril/púbis/região inguinal e dor nos membros inferiores, ambos com 72% (Figura 1).

A intensidade de dor relatada no momento da avaliação apresentou média de  $4,76 \pm 3,39$ ;  $x_{min}=zero$  a  $x_{max}=10$ . Para descrever a característica da dor, os descritores de McGill mais utilizados foram “pesada” e “sensível”. A média do tempo de dor foi  $79,36 \pm 61,6$  meses;  $x_{min}=6$  a  $x_{max}=216$ .

**Tabela 1.** Características clínicas da amostra

Variáveis	n (%)
<b>Fármacos</b>	
Analgésicos	18 (72)
Opioides	10 (40)
Anti-inflamatório não hormonal	10 (40)
Anti-inflamatório hormonal	1 (4)
Anticonvulsivante	6 (24)
Antidepressivo	5 (20)
Relaxante muscular	3 (12)
Agonista receptor adrenérgico	1 (4)
Antiflatulento	1 (4)
Hormonal	1 (4)
<b>Cirurgias</b>	
Sim	9 (36)
Não	16 (64)
<b>Comorbidades</b>	
Sintomas urinários	15 (60)
Síndrome do intestino irritável	14 (56)
Síndrome da congestão pélvica	10 (40)
Enxaqueca	8 (44)
Depressão	8 (32)
Endometriose	6 (24)
Adenomiose	1 (4)
Fibromialgia	1 (4)
<b>Abuso sexual</b>	
Sim	5 (20)
Não	20 (80)
<b>Abuso psicológico/físico</b>	
Sim	15 (60)
Não	10 (40)



**Figura 1.** Mapa corporal representando a frequência da localização da dor da amostra

Na avaliação da funcionalidade pela PSFS as participantes apresentaram escore médio de  $4,01 \pm 2,32$ ;  $x_{min}=0$  a  $x_{max}=8,6$ . Em relação aos resultados do BPI, a média para o domínio de gravidade da dor foi de  $5,70 \pm 2,07$ ;  $x_{min}=1,50$  a  $x_{max}=9,00$  e média para o domínio impacto da dor foi de  $6,69 \pm 2,22$ ;  $x_{min}=2,85$  a  $x_{max}=10,0$ .

Em relação aos fatores psicossociais avaliados por meio do BSQ, a ansiedade apresentou média de  $7,16 \pm 3,36$ ;  $x_{\min} = \text{zero}$  a  $x_{\max} = 10$ , o isolamento social a média foi de  $4,12 \pm 4,05$ ;  $x_{\min} = \text{zero}$  a  $x_{\max} = 10$ , o estresse apresentou média de  $7,04 \pm 3,16$ ;  $x_{\min} = \text{zero}$  a  $x_{\max} = 10$ , a catastrofização teve média de  $6,0 \pm 3,81$ ;  $x_{\min} = 0$  a  $x_{\max} = 10$ , a depressão apresentou média de  $5,72 \pm 3,96$ ;  $x_{\min} = \text{zero}$  a  $x_{\max} = 10$  e a cinesiofobia teve média de  $3,94 \pm 4,36$ ;  $x_{\min} = \text{zero}$  a  $x_{\max} = 10$ . Os resultados da avaliação da dor e das medidas psicossociais estão dispostos na tabela 2.

**Tabela 2.** Média e desvio padrão para as medidas relacionadas à dor e as medidas psicométricas

Variáveis	Média (DP)
<b>BPI (zero/10)</b>	
Intensidade da dor (no momento)	4,76 (33,9)
Gravidade da dor	5,7 (2,07)
Impacto da dor	6,69 (2,22)
Tempo de dor (meses)	79,36 (61,6)
Incapacidade (zero/10)	4,01 (2,32)
<b>BSQ (zero/10)</b>	
Ansiedade	7,16 (3,36)
Estresse	7,04 (3,16)
Catastrofização	6,0 (6,81)
Isolamento social	4,12 (4,05)
Depressão	5,72 (3,96)
Cinesiofobia	3,94 (4,36)

BPI = *Brief Pain Inventory*; BSQ = *Brief Screening Questionnaire*; DP = desvio padrão

O nível de limitação funcional teve correlação negativa com a intensidade da dor ( $r = -0,474$ ;  $p = 0,017$ ), com o domínio de gravidade da dor ( $r = -0,566$ ;  $p = 0,003$ ) e com a média de cinesiofobia ( $r = -0,550$ ;  $p = 0,001$ ). A intensidade da dor apresentou correlação com o domínio de gravidade da dor do BPI ( $r = -0,53$ ;  $p = 0,006$ ). Para as demais variáveis psicométricas não houve correlação estatisticamente significativa. Os dados estão dispostos na tabela 3.

**Tabela 3.** Correlação entre as variáveis psicológicas, a intensidade de dor e a incapacidade

Variáveis	Limitação funcional r (Valor de p)	Intensidade da dor r (Valor de p)
Limitação funcional	-	<b>-0,474 (0,017)</b>
Intensidade da dor	<b>-0,474 (0,017)</b>	-
Gravidade da dor	<b>-0,566 (0,003)</b>	<b>0,812 (&lt;0,001)</b>
Impacto da dor	-0,164 (0,433)	-0,027 (0,896)
Ansiedade	0,101 (0,630)	-0,040 (0,848)
Isolamento social	-0,255 (0,220)	0,008 (0,969)
Estresse	0,049 (0,818)	0,137 (0,515)
Catastrofização	-0,106 (0,615)	0,010 (0,963)
Depressão	-0,132 (0,531)	-0,093 (0,657)
Cinesiofobia	<b>-0,550 (0,004)</b>	<b>0,458 (0,021)</b>

Os valores em negrito correspondem a correlação estatisticamente significativa.

## DISCUSSÃO

Identificou-se que as mulheres com DPC apresentaram níveis moderados de intensidade de dor e de limitação funcional. Em relação

aos fatores psicossociais, a ansiedade e o estresse apresentaram as maiores médias, seguido da catastrofização, isolamento social, depressão e cinesiofobia. A intensidade de dor e o grau de limitação funcional estiveram correlacionados entre si e com a cinesiofobia.

Os valores de intensidade de dor observados pelo presente estudo podem ser considerados moderados<sup>26</sup>, assemelhando-se a outros estudos com pessoas com DPC<sup>27-29</sup>. Em estudo realizado no Brasil com 91 mulheres a intensidade de dor variou de acordo com a massa corporal de 2,66 a 3,15<sup>28</sup>. Em outro estudo realizado na Noruega, participaram 108 mulheres com DPC e a intensidade média de dor foi de 4,2<sup>30</sup>. A intensidade de dor moderada observada pode justificar o uso de diferentes métodos analgésicos relatados pelas participantes.

A característica disseminada da dor desta amostra pode ser sugestiva do envolvimento de mecanismos de sensibilização central<sup>31,32</sup>. A ausência da correlação entre a localização da dor e as lesões em pacientes com DPC já foi observada em outro estudo<sup>33</sup>. É possível que os mecanismos de sensibilização periférica e central possam explicar parcialmente essa apresentação clínica<sup>34</sup>. Entretanto, para confirmar essa hipótese, é necessário que outros testes sejam realizados, como a aplicação do inventário de sensibilização central<sup>35</sup>. Apesar de um instrumento de avaliação clínica para sensibilização central no contexto da DPC já ter sido elaborado, sua validação psicométrica e pontos de cortes ainda precisam ser estabelecidos<sup>36</sup>.

Os níveis de incapacidade funcional encontrados no estudo podem ser influenciados por diversos fatores como, por exemplo, preocupações, medos e possíveis explicações incorretas em relação às causas da dor pélvica<sup>37</sup>. A menor escolaridade também apresenta relação inversa com a DPC, sendo que as mulheres com baixa escolaridade relataram ter dor mais intensa, maior sofrimento, preocupação e maior incapacidade funcional<sup>38</sup>.

Considerando os fatores psicossociais investigados, a ansiedade e o estresse foram aqueles que apresentaram maiores médias. Estudos anteriores reportam prevalência elevada de ansiedade em mulheres com DPC alcançando 63% da amostra de um estudo também realizado no Brasil<sup>39</sup>. Em geral, a prevalência elevada de ansiedade também é acompanhada pela depressão em pessoas com DPC<sup>40,41</sup>. Em outro estudo, também realizado no Brasil, 73% das mulheres com DPC apresentaram ansiedade e 40% depressão<sup>41</sup>. Nos Estados Unidos, um estudo incluindo 107 mulheres com DPC identificou prevalência de 38,6% de ansiedade e 25,7% de depressão<sup>42</sup>. Esses valores de prevalência podem ser considerados elevados ao se comparar com a prevalência global em mulheres de ansiedade, que é de 4,6% (sendo 9,3% no Brasil) e de depressão, que é de 5,1% (sendo 5,8% no Brasil)<sup>43</sup>. A média para sintomas de depressão observada nos participantes foi considerada uma das menores em relação às demais variáveis. Apesar de ter-se utilizado duas perguntas que apresentaram validade na comparação ao *Beck Depression Inventory* (BDI)<sup>25</sup>, essa diferença com os achados na literatura pode estar relacionada aos diferentes instrumentos utilizados nos demais estudos. O estresse foi a segunda maior média observada. Dor e estresse são dois processos distintos e sobrepostos, apresentando múltiplas sobreposições conceituais e fisiológicas. Qualquer fator, seja físico, psicossocial ou emocional capaz de desafiar a homeostase pode ser considerado como estressor<sup>44</sup>. Assim, diversos fatores podem ser considerados como agentes estressores, como a ansiedade<sup>45</sup>, maus-tratos na infân-

cia<sup>46</sup>, abuso sexual e físico<sup>47</sup>. Os possíveis mecanismos envolvidos entre o estresse e a dor crônica já foram descritos na literatura<sup>48</sup>. Apesar de algumas participantes terem relatado história de abuso sexual físico ou psicológico, não foi possível determinar a origem da percepção de estresse.

Entre os fatores psicológicos avaliados, somente a cinesiofobia apresentou correlação com a incapacidade e com a intensidade de dor. Este achado pode ser explicado pelo modelo medo-evitação<sup>49</sup>. Este modelo foi desenvolvido para fornecer uma compreensão de como a percepção exagerada da dor contribui para a manutenção da dor crônica<sup>50</sup>. As pessoas que adotam pensamentos e comportamentos mais negativos sobre a sua condição passam a evitar atividades e experiências que consideram dolorosas. De modo geral, o comportamento de evitação promove consequências físicas e psicológicas negativas, como incapacidade funcional, maior intensidade de dor e a adoção de comportamentos passivos frente a dor. As pessoas com medo relacionado à dor provavelmente evitarão atividades ou movimentos que acreditam causar dor, exacerbando ainda mais os pensamentos negativos relacionadas à dor e a incapacidade. De fato, numerosos estudos na literatura demonstraram a associação do medo relacionado à dor com a incapacidade funcional em pessoas com dor lombar crônica<sup>51</sup> e aguda<sup>52</sup>, osteoartrite do quadril e joelho<sup>53,54</sup> e disfunção do pé e tornozelo<sup>55</sup>.

Entre as principais limitações deste estudo pode-se destacar o tamanho da amostra relativamente pequeno como sendo a principal limitação. Apesar de a coleta ter sido realizada em hospitais de referência da região metropolitana do Rio de Janeiro, o número de participantes no estudo foi considerado pequeno. É possível que isso tenha ocorrido uma vez que muitas mulheres deixam de procurar os serviços de saúde considerando que as dores na região pélvica são normais e buscam por atendimento somente quando a dor se torna mais intensa. Assim, é necessário cautela na generalização dos resultados do estudo. Outra limitação é o desenho transversal do estudo que não permite atribuir causalidade. Ainda é necessário que se investigue a influência de outros fatores como sono, a condição socioeconômica, os estados de humor e a autoeficácia sobre a DPC. Os achados deste estudo podem contribuir para uma visão mais ampla da DPC, considerando a abordagem terapêutica destes fatores em vez de uma abordagem centrada em componentes físicos e diagnósticos clínicos. Considerando que a cinesiofobia pode ter influência sobre a incapacidade e a intensidade de dor, é possível que estratégias terapêuticas utilizadas em outras condições de dor crônica como a exposição gradual e os exercícios possam contribuir como recursos não farmacológicos no tratamento de mulheres com DPC. Assim, recomenda-se que ensaios clínicos que abordem essas intervenções sobre os fatores psicológicos sejam realizados para medir seus efeitos em pessoas com DPC.

## CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que as mulheres com DPC apresentaram moderados níveis de intensidade de dor e limitação funcional. Os fatores psicossociais que apresentaram maior pontuação média foram a ansiedade e o estresse. A intensidade de dor e o grau de limitação funcional estiveram correlacionados entre si e com a cinesiofobia.

## REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain [homepage an internet]. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms - Part I: Topics and Codes (F) Visceral and other syndromes of the trunk apart from spinal and radicular pain [acesso em 10 mar 2020]. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/rtdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part\\_II-F.pdf](https://s3.amazonaws.com/rtdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_II-F.pdf).
2. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, Oberpenning F, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2004;46(6):681-9.
3. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(8):781-826.
4. Da Luz RA, de Deus JM, Conde DM. Quality of life and associated factors in Brazilian women with chronic pelvic pain. *J Pain Res*. 2018;11:1367-74.
5. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999;106(11):1156-61.
6. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(3):403-14.
7. 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(3):321-7.
8. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2016;93(5):380-7.
9. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(6):1149-55.
10. Basch MC, Chow ET, Logan DE, Schechter NL, Simons LE. Perspectives on the clinical significance of functional pain syndromes in children. *J Pain Res*. 2015;8:675-86.
11. Sewell M, Churilov L, Mooney S, Ma T, Maher P, Grover SR. Chronic pelvic pain - pain catastrophizing, pelvic pain and quality of life. *Scand J Pain*. 2018;18(3):441-8.
12. Brodal P. A neurobiologist's attempt to understand persistent pain. *Scand J Pain*. 2017;15:140-7.
13. As-Sanie S, Kim J, Schmidt-Wilcke T, Sundgren PC, Clauw DJ, Napadow V, et al. Functional connectivity is associated with altered brain chemistry in women with endometriosis-associated chronic pelvic pain. *J Pain*. 2016;17(1):1-13.
14. Ferreira Gurian MB, Poli Neto OB, Rosa e Silva JC, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ. Reduction of pain sensitivity is associated with the response to treatment in women with chronic pelvic pain. *Pain Med*. 2015;16(5):849-54.
15. Surah A, Baranidharan PG, Morley S. Chronic pain and depression. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2014;14(2):85-9, <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt046>.
16. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The link between depression and chronic pain: neural mechanisms in the brain. *Neural Plast*. 2017;2017:9724371.
17. de Carvalho ACF, Poli-Neto OB, Crippa JAS, Hallak JEC, Osório FL. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Arch Clin Psychiatry*. 2015;42(1):25-30.
18. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
19. International Pelvic Pain Society [homepage na internet]. Documents and Forms. [acesso em: 20 de dez. de 2019]. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Portuguese2004%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Portuguese2004%20(1).pdf).
20. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. *Support Care Cancer*. 2011;19(4):505-11.
21. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm*. 1996;30(3):473-83.
22. Horn KK, Jennings S, Richardson G, Vliet DV, Hefford C, Abbott JH. The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012;42(1):30-42.
23. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Ferreira ML, Pozzi GC, et al. Clinimetric testing of three self-report outcome measures for low back pain patients in Brazil: which one is the best? *Spine*. 2008;33(22):2459-63.
24. Vaegter HB, Handberg G, Kent P. Brief psychological screening questions can be useful for ruling out psychological conditions in patients with chronic pain. *Clin J Pain*. 2018;34(2):113-21.
25. Kent P, Mirkhil S, Keating J, Buchbinder R, Manniche C, Albert HB. The concurrent validity of brief screening questions for anxiety, depression, social isolation, catastrophization, and fear of movement in people with low back pain. *Clin J Pain*. 2014;30(6):479-89.
26. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Balk GA, Stewart RE. Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain*. 2014;155(12):2545-50.
27. Loving S, Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J. Female chronic pelvic pain is highly prevalent in Denmark. A cross-sectional population-based study with randomly selected participants. *Scand J Pain*. 2014;5(2):93-101.

28. Gurian MB, Mitidieri AM, da Silva JB, da Silva AP, Pazin C, Poli-Neto OB, et al. Measurement of pain and anthropometric parameters in women with chronic pelvic pain. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(1):21-7.
29. Andersen LN, Juul-Kristensen B, Sørensen TL, Herborg LG, Roessler KK, Søgaard K. Efficacy of tailored physical activity or chronic pain self-management programme on return to work for sick-listed citizens: a 3-month randomised controlled trial. *Scand J Public Health.* 2015;43(7):694-703.
30. Nygaard AS, Stedenfeldt M, Øian P, Haugstad GK. Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. *Scand J Pain.* 2019;19(2):355-64.
31. Nijs J, Roussel N, van Wilgen CP, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther.* 2013;18(2):96-102.
32. Smart KM, Blake C, Staines A, Doody C. The Discriminative validity of "nociceptive", "peripheral neuropathic", and "central sensitization" as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *Clin J Pain.* 2011;27(8):655-63.
33. Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2):223-30.
34. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J.* 2018;29(5):631-8.
35. Caumo W, Antunes LC, Elkfury JL, Herbstrith EG, Sipmann RB, Souza A, et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. *J Pain Res.* 2017;10:2109.
36. Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic and perineal pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a clinical evaluation tool based on formal expert consensus. *Pain Med.* 2018;19(10):2009-15.
37. Roth RS, Punch MR, Bachman JE. Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: relation to pain experience, mood and disability. *J Reprod Med.* 2011;56(3-4):123-9.
38. Roth RS, Punch MR, Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 2001;51(4):563-9.
39. Siqueira-Campos VME, Da Luz RA, de Deus JM, Martinez EZ, Conde DM. Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *J Pain Res.* 2019;12:1223-33.
40. Kellner R, Slocumb JC, Rosenfeld RC, Pathak D. Fears and beliefs in patients with the pelvic pain syndrome. *J Psychosom Res.* 1988;32(3):303-10.
41. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. 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(5):707-11.
42. Miller-Matero LR, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisenstein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health.* 2016;19(2):349-54.
43. World Health Organisation. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 2017.
44. Abdallah CG, Geha P. Chronic pain and chronic stress: two sides of the same coin? *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2017;1:2470547017704763.
45. Rosenbloom BN, Katz J, Chin KY, Haslam L, Canzian S, Kreder HJ, et al. Predicting pain outcomes after traumatic musculoskeletal injury. *Pain.* 2016;157(8):1733-43.
46. Tesarz J, Eich W, Treede RD, Gerhardt A. Altered pressure pain thresholds and increased wind-up in adult patients with chronic back pain with a history of childhood maltreatment: a quantitative sensory testing study. *Pain.* 2016;157(8):1799-809.
47. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):902-8.
48. Pierce AN, Christianson JA. Stress and chronic pelvic pain. *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2015;131:509-35.
49. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain.* 2012;153(6):1144-7.
50. Vlaeyen JW, Crombez G, Linton SJ. The fear-avoidance model of pain. *Pain.* 2016;157(8):1588-9.
51. Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain.* 1999;80(1-2):329-39.
52. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Verbeek AL, Oostendorp RA, Vlaeyen JW. Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain. *Pain.* 2003;105(1-2):371-9.
53. Somers TJ, Keefe FJ, Pells JJ, Dixon KE, Waters SJ, Riordan PA, et al. Pain catastrophizing and pain-related fear in osteoarthritis patients: relationships to pain and disability. *J Pain Symptom Manage.* 2009;37(5):863-72.
54. Heuts PH, Vlaeyen JW, Roelofs J, de Bie RA, Aretz K, van Weel C, et al. Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain.* 2004;110(1-2):228-35.
55. Lentz TA, Sutton Z, Greenberg S, Bishop MD. Pain-related fear contributes to self-reported disability in patients with foot and ankle pathology. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(4):557-61.