


Dor pélvica crônica em mulheres: o caminho para a alta ambulatorial

Chronic pelvic pain in women: the path to outpatient discharge

Dolor pélvico crónico en mujeres: el camino hacia el alta ambulatoria

Luciana Marinho de Jesus¹  <https://orcid.org/0000-0002-3842-8737>Mariana Barreira Duarte de Sousa¹  <https://orcid.org/0000-0003-4490-6333>Nayara Pereira de Oliveira¹  <https://orcid.org/0000-0001-6593-1349>Leidiane Ferreira Santos²  <https://orcid.org/0000-0002-2969-6203>Délío Marques Conde¹  <https://orcid.org/0000-0003-2062-960X>Leonora Rezende Pacheco¹  <https://orcid.org/0000-0001-6048-3911>José Miguel de Deus¹  <https://orcid.org/0000-0002-1841-7635>

Como citar:

Jesus LM, Sousa MB, Oliveira NP, Santos LF, Conde DM, Pacheco LR, et al. Dor pélvica crônica em mulheres: o caminho para a alta ambulatorial. Acta Paul Enferm. 2024;37:eAPE02882.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2024A00002882>



Descritores

Dor pélvica; Dor crônica; Alta do paciente; Ambulatório hospitalar; Mulheres

Keywords

Pelvic pain; Chronic pain; Patient discharge; Outpatient clinics, hospital; Women

Descriptores

Dolor pélvico; Dolor crónico; Alta del paciente; Servicio ambulatorio en hospital; Mujeres

Submetido

22 de Dezembro de 2022

Aceito

16 de Outubro de 2023

Autor correspondente

José Miguel de Deus
E-mail: josemigueldedeus64@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Rosely Erlach Goldman
(<https://orcid.org/0000-0003-4011-1875>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Compreender o significado da dor pélvica crônica sob a ótica das mulheres diagnosticadas e analisar os fatores determinantes para a alta ambulatorial.

Métodos: Pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico metodológico a Pesquisa Social do tipo Estratégica. Participaram do estudo 14 mulheres, sendo sete em seguimento ambulatorial e sete que receberam alta, no ambulatório de ginecologia de um hospital universitário no município de Goiânia, Goiás, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com questões norteadoras. A análise dos resultados baseou-se na modalidade temática da análise de conteúdo, segundo Bardin.

Resultados: A análise dos dados culminou em três categorias temáticas: “Antes da dor”, “Convivendo com a dor” e “Tratando a dor”. O abandono afetivo parental, o luto, o desentendimento com os pais e dificuldades na infância foram proeminentes antes do início da dor. O surgimento da dor relacionou-se ao nascimento dos filhos, menarca, cirurgias e conflitos familiares. A convivência com a dor promoveu grande sofrimento, medo, prejuízo aos relacionamentos e à atividade laboral. A melhora do estado emocional e das condições financeiras, a resolução dos conflitos matrimoniais, a oportunidade de poder expressar-se e conversar com outras pacientes, o uso de medicamentos e alguns procedimentos cirúrgicos foram determinantes para o controle da dor e da alta ambulatorial.

Conclusão: A dor pélvica crônica relacionou-se a sofrimentos socioeconômicos, emocionais e físicos. A resolução destes aspectos contribuíram para a alta ambulatorial.

Abstract

Objective: To understand the meaning of chronic pelvic pain from the perspective of diagnosed women and analyze the determining factors for outpatient discharge.

Methods: This is qualitative research, using strategic social research as its theoretical methodological framework. 14 women participated in the study, seven of whom were undergoing outpatient follow-up and seven who were discharged from the gynecology outpatient clinic of a university hospital in the city of Goiânia, Goiás, Brazil. Semi-structured interviews were carried out with guiding questions. The analysis of results was based on the thematic modality of content analysis, according to Bardin.

Results: Data analysis culminated in three thematic categories: “Before the pain”, “Living with the pain” and “Treating the pain”. Parental emotional abandonment, grief, disagreement with parents and childhood difficulties were prominent before the onset of pain. The onset of pain was related to the birth of children, menarche, surgeries and family conflicts. Living with pain promoted great suffering, fear, harm to relationships and work activity. The improvement in emotional state and financial conditions, the resolution of marital

¹Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

conflicts, the opportunity to express oneself and talk to other patients, the use of medication and some surgical procedures were decisive for pain control and outpatient discharge.

Conclusion: Chronic pelvic pain was related to socioeconomic, emotional and physical suffering. The resolution of these aspects contributed to outpatient discharge.

Resumen

Objetivo: Comprender el significado del dolor pélvico crónico bajo la perspectiva de mujeres diagnosticadas y analizar los factores determinantes para el alta ambulatoria.

Métodos: Investigación de naturaleza cualitativa, que utilizó el marco referencial teórico metodológico de la investigación social estratégica. Participaron en el estudio 14 mujeres, de las cuales siete estaban realizando seguimiento ambulatorio y siete fueron dadas de alta, en consultorios externos de ginecología de un hospital universitario en el municipio de Goiânia, Goiás, Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con preguntas orientadoras. El análisis de los resultados se basó en la modalidad temática del análisis de contenido, de acuerdo con Bardin.

Resultados: El análisis de los datos culminó en tres categorías temáticas: Antes del dolor, Convivir con el dolor y Tratar el dolor. El abandono afectivo parental, el duelo, falta de entendimiento con los padres y dificultades en la infancia fueron prominentes antes del inicio del dolor. El surgimiento del dolor se relacionó con el nacimiento de los hijos, menarca, cirugías y conflictos familiares. La convivencia con el dolor causó gran sufrimiento, miedo, perjuicio en las relaciones y en la actividad laboral. La mejora del estado emocional y de las condiciones financieras, la resolución de los conflictos matrimoniales, la oportunidad de poder expresarse y hablar con otras pacientes, el uso de medicamentos y algunos procedimientos quirúrgicos fueron determinantes para el control del dolor y el alta ambulatoria.

Conclusión: El dolor pélvico crónico se relacionó con el sufrimiento socioeconómico, emocional y físico. La resolución de estos aspectos contribuyó al alta ambulatoria.

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor na região da pelve que persiste por pelo menos seis meses, sendo intensa e angustiante. A DPC pode ser intermitente, recorrente e não cíclica e reduz a qualidade de vida dos pacientes.⁽¹⁾

A DPC é mais comum em mulheres. No Brasil, a prevalência em mulheres varia de 11,5 a 19%.^(2,3) A alta prevalência da DPC nessa população resulta em altos gastos para o setor saúde. Estima-se que na Austrália são gastos \$6,5 bilhões anualmente relacionados à DPC.⁽⁴⁾

A DPC é uma doença com fisiopatologia própria e o tratamento deve ocorrer de maneira sólida. Quando se obtém um diagnóstico específico que desencadeou a DPC é importante tratar essa condição. Contudo, quando não se tem um diagnóstico preciso, que é a regra (cerca de 60%) o tratamento visa o controle da dor.⁽⁵⁾ Já se sabe que uma abordagem biopsicossocial é relevante na compreensão e condução de mulheres com DPC.⁽⁶⁾ Entretanto, a busca por diagnóstico específico da DPC exigiria indicação de laparoscopia em todas essas mulheres, aumentando custo e morbidade, sem influenciar na qualidade de vida das pacientes.^(7,8) O principal diagnóstico orgânico encontrado nessas mulheres, comprovadamente relacionado à DPC, é a endometriose, em cerca de

1/3 delas, já é contemplado pelo tratamento quando se induz amenorreia medicamentosa (dor piora no período perimenstrual em 80% dos casos), sendo que a cirurgia só se justifica na refratariedade ao tratamento clínico/psicoterápico inicial.^(7,9)

Um estudo realizado em ambulatório de hospital universitário no centro do Brasil apontou que mulheres com DPC apresentaram redução média na escala de dor de 39% (7,9 para 4,8 na escala analógica visual de dor) com diversos tratamentos. No entanto, a taxa de remissão foi baixa, visto que entre as 230 pacientes analisadas, apenas 12 (5%) receberam alta ambulatorial, cujo critério foi escala de dor ≤ 2 por pelo menos um ano.⁽⁷⁾

Estudos anteriores mapearam aspectos sociodemográficos e clínicos de mulheres com DPC, e ainda observaram que elas são afetadas na sua qualidade de vida, na sua sexualidade e que apresentavam alta frequência de ansiedade e depressão.⁽⁷⁻¹⁰⁾

Pressupõe-se que a DPC tem sua origem nas relações sociais, retratando uma questão subjetiva das mulheres. Sendo assim, este estudo tem a Pesquisa Social, proposta por Minayo, como referencial teórico metodológico. A Pesquisa Social tem uma carga histórica e reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, sendo pertinente para o aprofundamento dos significados da DPC.⁽¹¹⁾

A alta ambulatorial é um desafio para os serviços de saúde que atendem mulheres com DPC. É necessário avançar na compreensão dos fenômenos envolvidos no adoecimento e na recuperação da saúde dessas mulheres. Acredita-se que os achados do presente estudo possam contribuir para a melhoria da assistência a mulheres com DPC por meio da identificação de aspectos relacionados à percepção das mesmas sobre a dor. Os dados sobre o tema são escassos e precisam levar em consideração aspectos socioculturais. Nesse sentido, este estudo tem como objetivos: compreender o significado da DPC sob a ótica das mulheres diagnosticadas e analisar os fatores determinantes para a alta ambulatorial.

Métodos

Foi realizada pesquisa de abordagem qualitativa, considerando a subjetividade suscitada pelo tema DPC. A pesquisa qualitativa atua com a matéria prima das vivências e das experiências e trabalha com pessoas e com suas realizações, compreendendo-as como atores sociais. Busca ainda compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações a partir de um conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente e, assim, possibilitar a compreensão e interpretação da realidade.⁽¹¹⁾

O estudo da DPC direciona-se para a Pesquisa Social, proposta por Minayo, enquanto referencial teórico metodológico.⁽¹¹⁾ Dentre as cinco modalidades de Pesquisa Social propostas por Bulmer, a Pesquisa Estratégica mostra-se mais adequada para este estudo, pois este tipo de pesquisa baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade, mostrando-se apropriada para o conhecimento e intervenção da DPC.⁽¹¹⁾

Participaram do estudo 14 mulheres, sendo sete que ainda estavam em seguimento ambulatorial devido a ausência de critérios de alta e sete que já haviam recebido alta. Para alta ambulatorial as mulheres precisam apresentar escala de dor ≤ 2 por pelo menos um ano, sem uso contínuo de qualquer fármaco para dor.⁽⁷⁾ A escolha das participantes foi aleatória e utilizou-se cadernos que continham re-

gistros de todas as mulheres atendidas. A saturação dos dados ocorreu com 14 participantes.⁽¹¹⁾

Os critérios de inclusão foram: mulheres com DPC em tratamento ambulatorial ou que haviam recebido alta ambulatorial, idade maior ou igual a 18 anos, que não estavam grávidas ou com antecedente de gravidez nos últimos 12 meses.

O estudo foi realizado no ambulatório de ginecologia de um hospital universitário no município de Goiânia, Goiás, Brasil, que atende mulheres com DPC há 25 anos. O ambulatório é referência na região, sendo um dos poucos especializados em DPC em mulheres no Brasil. Há registros de todas as mulheres atendidas, tanto das que já receberam alta como daquelas com tratamento em vigência.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com questionário semi estruturado e observação do campo. O questionário continha as seguintes questões norteadoras: O que é conviver com DPC? O que você acha do tratamento recebido no ambulatório? Quais fatores você considera importantes para receber alta do ambulatório? Quais fatores você considera importantes para não receber alta do ambulatório?

Os pesquisadores frequentaram o ambulatório de ginecologia para conhecer o ambiente e criar vínculo com as mulheres por meio da observação do campo. Além disso, obtiveram acesso aos registros que constavam nome e telefone de pacientes que receberam alta ambulatorial e daquelas em tratamento. Aleatoriamente, agendaram com as mulheres as entrevistas que foram realizadas por videochamada e/ou presencialmente em datas programadas, conforme a disponibilidade das mulheres entre setembro de 2021 e janeiro de 2022. Em ambos os casos, foi garantido um ambiente seguro e privado, onde poderiam explicar livremente sem interrupção. Não houve recusa de participação.

As entrevistas foram conduzidas, gravadas e, posteriormente, transcritas pelos pesquisadores na íntegra utilizando o Microsoft Office Word 2019®, com ajustes ortográficos para facilitar a compreensão do leitor, mas sem alteração do sentido das falas, formando o corpus de análise. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo proposto por Bardin.⁽¹²⁾ Esta técnica se compõe de três gran-

des etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise dos dados foi feita por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do que foi obtido nas respostas ao questionário.⁽¹²⁾

Primeiramente, foi realizada leitura flutuante de todas as entrevistas, em seguida, a identificação e organização dos trechos semelhantes e de cunho apreciativo das falas das mulheres em núcleos de sentido consonantes com os objetivos do estudo. Como não foram estabelecidas categorias prévias de análise, a partir do agrupamento dos núcleos por convergência de temas, chegamos a subcategorias, que foram reagrupadas e emergiram em três categorias, que representam o fenômeno estudado.

Para designar a quem pertence cada fragmento de fala e para preservar o anonimato das participantes, garantindo-se o sigilo das narrativas, escolhemos o termo genérico “Mulher”, representado pela letra “M”, seguida de um número arábico segundo a ordem cronológica das entrevistas.

As participantes foram esclarecidas quanto ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer de número 4.654.237 e CAAE: 45022721.8.0000.5078, em cumprimento à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que teve suas diretrizes e critérios respeitados.⁽¹³⁾ O estudo atendeu as orientações dos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), respeitando os 32 critérios em seus três domínios.⁽¹⁴⁾

Resultados

Em relação ao perfil sociodemográfico e clínico das entrevistadas, as participantes apresentavam as seguintes características: idade média de 42,5 anos, 57,1% eram casadas, 85,7% tiveram filho(s) e a menarca ocorreu até os 14 anos. Em média, estudaram 10 anos, sentiam dor pélvica há 12 anos, apresentavam escala de dor inicial de 8,6 e, no momento da entrevista, de 3,1. As sete mulheres em seguimento ambulatorial apresentavam escala de dor entre 5 e 8, enquanto que as sete que receberam alta ambulatorial

apresentavam escore de dor ≤ 2 . O acompanhamento ambulatorial médio foi de 5,2 anos. Diante da análise, inferência e interpretação das entrevistas, surgiram três categorias de conteúdo, são elas: antes da dor, convivendo com a dor e tratando a dor.

Antes da dor

Ao relatar sobre fatores de grande impacto pessoal antes do surgimento da DPC, as pacientes destacaram o abandono afetivo parental, a dor do luto e desentendimentos com os pais, conforme ilustra as falas das entrevistadas, a seguir:

“quando eu tinha 4 anos de idade ela me abandonou, né” (M1)

“O que me criou não é meu pai” (M3)

“Eu sinto esta dor desde que eu perdi meu pai” (M1)

“Meu pai me magoou muito” (M13)

Além disso, dificuldades vividas na infância, abuso sexual, aborto:

“Meu pai era caminhoneiro. Aparecia em casa de ano em ano” (M4)

“Com 11 anos fui estuprada pelo meu primo, fiquei grávida e minha família fez um aborto em mim” (M2)

Disfunções conjugais, traições e relacionamentos abusivos e tentativas de suicídio dos filhos também apareceram nas falas das entrevistadas:

“Arrumei o primeiro filho e aí veio as perturbações, traição, traição da parte dele” (M9)

“Era um relacionamento abusivo” (M5)

“Meu filho mais velho deu depressão e tentou suicídio” (M1)

Ademais, transtornos psiquiátricos, como a depressão, estão presentes no discurso das mulheres, sendo comum após a separação conjugal.

“(...) Eu tive um relacionamento perturbado mesmo (...) eu tive começo de depressão” (M9)

Alguns eventos foram percebidos pelas entrevistadas como coincidentes com o início da dor. O surgimento da dor foi relacionado ao nascimento dos filhos, menarca, procedimentos cirúrgicos e conflitos familiares.

“Assim que tive minha filha por cesárea começou as dores” (M8)

“Eu senti essa dor desde que menstruei a primeira vez” (M10)

“Depois que eu operei essa dor veio... eu operei pra não criar mais” (M3)

“A dor começou quando separei do pai dos meus filhos” (M9)

“A dores começaram quando minha filha de 12 anos foi morar com o pai” (M2)

Convivendo com a dor

As entrevistadas evidenciaram que a convivência com a dor promove grande sofrimento, prejuízos aos relacionamentos, dispareunia, compromete a atividade laboral e provoca medo.

“Eu não tenho nem convivido, eu tenho padecido” (M3)

“Eu não conseguia ter relação não (...) aí o marido abandona” (M8)

“No meu trabalho, né? As cólicas vinham e eu tinha que ficar deitada” (M2)

“Eu também tinha medo de tá com uma doença mais grave” (M12)

A piora da intensidade da dor esteve associada aos momentos em que as entrevistadas estavam tristes, agitadas, enlutadas, estressadas, menstruadas, em períodos de conflitos com os cônjuges e à histerectomia.

“Sempre que eu estava muito triste, muito nervosa, eu sentia muita dor” (M13)

“Eu piorei bastante com a morte da minha mãe” (M4)

“Sua vida oscila e sua dor oscila também” (M5)

“Eu não gostava nem de pensar em menstruar” (M8)

“Era um relacionamento abusivo (...) eu sentia pioras, né?” (M11)

“Quando eu tirei o útero fiquei mais para morrer do que para viver” (M2)

“A retirada do útero peteceu tudo” (M3)

A redução da intensidade da dor esteve associada, pelas participantes, ao uso de medicamentos, à constelação familiar, terapia, ficar em repouso e à atividade laboral.

“Só com primolut nor eu não sentia dor” (M7)

“Se eu fico sem antidepressivo a dor piora” (M1)

“A constelação ajudou muito” (M8)

“E aí fazendo terapia, acompanhamento, fui melhorando” (M11)

“Quando eu fico tranquila, quando eu deito um pouquinho, melhora” (M6)

“Se você para você se mata” (M4)

Parte das entrevistadas receberam apoio familiar durante a vivência da dor, enquanto outras se sentiram sozinhas e não apoiadas durante o período.

“Minha família (...) é a minha base” (M3)

“Nenhum apoio, sabe?” (M8)

Tratando a dor

As mulheres seguidas ambulatorialmente relataram ter uma boa relação com o ambulatório.

“Vocês têm um carinho muito grande com a gente” (M11)

“O acompanhamento que eu fiz aqui é o que ajudou muito” (M10)

“Entender o que a gente tá passando, que não é uma frescura” (M11)

Quando questionadas sobre quais seriam os fatores fundamentais que ainda impediam a alta ambulatorial, a maioria das entrevistadas não soube listá-los, todavia, algumas participantes relataram o perdão e o fato de não terem o útero retirado.

“Eu acho que é porque eu não consigo liberar o perdão para minha mãe ainda” (M1)

“Eu queria que tirasse, pra mim é uma solução, tirasse o meu útero” (M7)

As entrevistadas que receberam alta ambulatorial manifestaram receio de em caso de recorrência da dor, não conseguirem acesso ao ambulatório. Quando questionadas sobre o que foi determinante para alcançar o controle da dor e a alta ambulatorial, as entrevistadas apontaram a melhora do estado emocional e das condições financeiras, a resolução dos conflitos matrimoniais, a oportunidade de poder se expressar e conversar com outras pessoas, o uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos, como a retirada das trompas e a ooforectomia.

“Doutor, não me dá alta não, depois pra conseguir uma vaga é difícil, né? (M13)

“Da mesma forma que o que me fez ter dores, passar mal, foi o meu psicológico, a minha cura também, né? (M11)

“E aprender deixar aquilo que nos tira o sossego” (M10)

“Não foi só o tratamento não. A parte financeira melhorou, a parte conjugal melhorou, foi onde foi melhorando tudo” (M8)

“Outras pessoas pra gente tá conversando (...) tem gente pior do que a gente (M8)

“tomar o remédio (...) não tô menstruando (...) não tem dor não” (M12)

“A retirada das trompas (...) nossa, maravilhoso (M14)

“Foi a solução pra mim, a cirurgia do endometrioma no ovário” (M5)

Seis de sete pacientes do grupo em seguimento receberam cirurgia: 3, histerectomia, e as demais polipectomia, miomectomia e cistectomia ovariana.

Discussão

As mulheres participantes deste estudo revelaram as repercussões da DPC nas diversas esferas sociais, destacando-se o grande impacto na sua qualidade de vida. Além disso, a fala das entrevistadas permite a análise, inferência e interpretação dos resultados de possíveis fatores desencadeantes e/ou de piora da dor, fatores que favorecem a redução da dor e de fatores determinantes para a alta ambulatorial. Todavia, a etiologia da DPC é complexa, sendo necessárias análises diagnósticas multidirecionais, visto que a experiência da dor e seu processamento envolve muitas variáveis.⁽¹⁵⁾

Os resultados do presente estudo apontam que o relacionamento com os pais exerce grande influência na vida das entrevistadas. As pacientes que ainda convivem com DPC destacam que antes do surgimento da dor vivenciaram abandono afetivo parental ou constantes desentendimentos com os pais. O baixo cuidado dos pais durante a infância já foi associado ao desenvolvimento e persistência de dor crônica na vida adulta.⁽¹⁶⁾ Outros autores relacionaram o vínculo inapropriado ou traumático com os pais ao incremento de distúrbios emocio-

nais e funcionais em mulheres com dismenorrea primária.⁽¹⁷⁾ Ainda, outro estudo relatou frequência de baixo cuidado materno, bem como de dificuldades de relacionamento, significativamente maior em mulheres com DPC do que naquelas sem DPC.⁽¹⁸⁾ Portanto, estes estudos são coerentes com os achados do estudo atual. Entretanto, as mulheres que receberam alta ambulatorial, em sua maioria, apontam ter bons relacionamentos com os ascendentes. Desse modo, é possível supor que a percepção de melhor apoio parental exerce influência positiva sobre a evolução do quadro de DPC.

As disfunções conjugais foram os fenômenos mais comumente relatados pelas participantes, entretanto o desentendimento com os pais é mais enfatizado pelas mulheres ainda em seguimento ambulatorial, enquanto as disfunções conjugais são destacadas por aquelas que receberam alta. Esses achados são corroborados por um estudo com 230 mulheres com DPC, quando se observou conflitos com parceiros, com outros familiares e traumas familiares, como abandono pelos pais, mortes precoces e/ou trágicas de pessoas próximas.⁽⁷⁾ Dessa forma, é possível supor que as disfunções conjugais podem ser um fator facilitador para o surgimento de DPC, mas que não exercem a mesma influência dos conflitos parentais na evolução da dor. Também é mais fácil interromper uma relação com parceiros afetivos do que com os pais. Isto coloca em foco a relevância da abordagem psicossocial a cerca dos relacionamentos e traumas familiares em mulheres com DPC.

No presente estudo todas as entrevistadas sofreram algum tipo de acontecimento impactante na vida pessoal antes do surgimento da DPC. Entre os relatos, é possível destacar o sofrimento por abuso sexual, aborto provocado, luto pela perda de algum familiar próximo, tentativa de suicídio de filho, depressão e dificuldades financeiras que impactaram o desenvolvimento na infância. Isto é corroborado na literatura, uma vez que mulheres com DPC são significativamente mais negligenciadas e abusadas na infância, sofrem mais com estressores sociais e de ansiedade e depressão em comparação à população sem dor.⁽¹⁹⁾ Isto reforça o quanto é importante proporcionar, tanto na investigação quanto no tra-

tamento dessas mulheres, uma abordagem socioemocional, além da biológica.

Quanto às falas das entrevistadas sobre a convivência com a dor foram observados prejuízos nos relacionamentos, na produtividade laboral e impacto na esfera psicológica. Estes achados são congruentes com os de outros autores que relataram pior qualidade de vida das mulheres com DPC.^(8,20) A piora da dor relacionada ao estado emocional adverso no cotidiano das participantes foi constatada. Embora isto seja comumente percebido em rodas de conversa com mulheres com DPC, não conseguimos acessar este relato na literatura. Ao constatarem que isso ocorre também com outras mulheres, elas podem aprender, entre si, estratégias para lidarem com situações emocionalmente estressantes e evitar o gatilho das crises de dor.

A maioria das mulheres com DPC em seguimento ambulatorial não soube listar os fatores que impediam a sua alta ambulatorial. Algumas delas relataram a falta de perdão à mãe e a não realização de histerectomia. O relato de piora da dor com a morte da mãe, de infância e adolescência difíceis, parentalidade disfuncional, falta de controle de ansiedade e de estresse, falta de repouso e de tranquilidade por excesso de trabalho sugerem que a superação ou a ressignificação dessas dificuldades podem favorecer a alta ambulatorial. Terapia cognitiva comportamental, constelação familiar e *mindfulness* são possibilidades de auxílio para essas dificuldades.⁽²¹⁾ Neste grupo, o uso de medicamentos e a participação em constelação familiar foram fatores de redução da dor, conforme já observado anteriormente.⁽⁷⁾

Neste estudo, a empatia dos profissionais médicos contribuiu para melhora da dor e alta ambulatorial de mulheres com DPC. Dois estudos endossaram este achado, relatando que a empatia na relação médico-paciente, a habilidade dos médicos e o otimismo dos pacientes otimizam o tratamento de dor crônica.^(22,23) O receio de receber alta e não obter acesso ao ambulatório parece dificultar a alta ambulatorial.

Na percepção das participantes, a melhora do estado emocional, a melhora das condições financeiras, a resolução dos conflitos matrimoniais (separação ou reconciliação), a oportunidade de po-

derem expressar-se e conversarem com outras pacientes, o uso de medicamentos (especialmente os que interrompem a menstruação), a constatação que não possuem doença grave e procedimentos cirúrgicos (salpingectomia por hidrossalpinge e ooforectomia por endometrioma) foram determinantes para receberem alta ambulatorial. Alguns destes aspectos foram aventados em estudos anteriores.^(19,21) Pesquisas qualitativas como esta possuem o potencial de incrementar as percepções sobre o cuidado de mulheres com DPC.⁽²⁴⁾ Também houve relatos de piora da dor com histerectomia. Um estudo relatou que quatro por cento dos casos de DPC surgem após histerectomia.⁽⁷⁾ Portanto, histerectomia, mesmo representando esperança de cura da DPC para algumas mulheres, parece não ser a solução para sua alta ambulatorial. Parece útil apenas em casos bem selecionados, na ausência de hipersensibilização central, conforme já relatado.⁽²⁵⁾ Com essas novas compreensões espera-se que mulheres com DPC possam beneficiar-se do cuidado na atenção primária por clínicos e ginecologistas gerais, além de profissionais de enfermagem treinados nesse tipo de assistência, conforme já ocorre com outras doenças, como aventado na literatura.⁽²⁶⁾

Uma assistência ambulatorial que investiga, analisa e trata mulheres com DPC por meio de uma equipe multiprofissional, que seja atenta e empática aos fatores socioemocionais e biológicos que marcam as suas histórias e as suas vidas, pode melhorar a assistência de saúde e favorecer a alta ambulatorial delas.

Conclusão

Conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados, pois na análise, inferência e interpretação da percepção das mulheres com DPC, conviver com a dor provocou prejuízo nos seus relacionamentos, na sua produtividade laboral e na sua esfera psicológica; o seu estado emocional adverso, no cotidiano, piora a sua dor; as disfunções conjugais e ressentimento dos pais foram comuns em mulheres com DPC, sendo que este último dificultou a alta ambulatorial. A empatia dos profissionais médicos, a me-

lhora do seu estado emocional e das suas condições financeiras, a resolução de conflitos matrimoniais, a oportunidade de poderem expressar-se e conversar com outras pacientes, bem como o uso de medicamentos, a ciência de ausência de doença grave e alguns procedimentos cirúrgicos específicos foram determinantes para a alta ambulatorial.

Colaborações

Jesus LM, Sousa MBD, Oliveira NP, Santos LF, Conde DM, Pacheco LR e Deus JM declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Siedentopf F, Weijenborg P, Engman M, Maier B, Cagnacci A, Mimoun S, et al. ISPOG European Consensus Statement - chronic pelvic pain in women (short version). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(4):161–70.
2. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Junior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (São Paulo)*. 2011;66(8):1307–12.
3. Coelho LS, Brito LM, Chein MB, Mascarenhas TS, Costa JP, Nogueira AA, et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47(9):818–25.
4. Armour M, Lawson K, Wood A, Smith CA, Abbott J. The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: A national online survey. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223316.
5. Nogueira AA, Reis FJ, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(12):733–40.
6. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul;133(4):581–624.
7. Deus JM, Santos AF, Bosquetti RB, Pofhal L, Alves Neto O. Analysis of 230 women with chronic pelvic pain assisted at a public hospital. *Rev Dor*. 2014;15(3):191–7.
8. 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.
9. Da Luz RA, de Deus JM, Valadares AL, Conde DM. Evaluation of sexual function in Brazilian women with and without chronic pelvic pain. *J Pain Res*. 2018;11:2761–7.
10. Siqueira-Campos VM, 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.

11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo; Hucitec Editora, 2014.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. 4a. ed. Lisboa: Edições 70; 2021.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
14. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631.
15. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(9):3005.
16. Shibata M, Ninomiya T, Anno K, Kawata H, Iwaki R, Sawamoto R, et al. Parenting style during childhood is associated with the development of chronic pain and a patient's need for psychosomatic treatment in adulthood: A case-control study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(29):e21230.
17. Xu K, Chen L, Fu L, Xu S, Fan H, Gao Q, et al. Stressful Parental-Bonding Exaggerates the Functional and Emotional Disturbances of Primary Dysmenorrhea. *Int J Behav Med.* 2016;23(4):458–63.
18. Siqueira-Campos VM, Fernandes LJ, de Deus JM, Conde DM. Parenting styles, mental health, and catastrophizing in women with chronic pelvic pain: a case-control study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(20):13347.
19. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA.* 2021;325(23):2381–91.
20. 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.
21. Siqueira-Campos VM, de Deus MS, Poli-Neto OB, Rosa-E-Silva JC, de Deus JM, Conde DM. Current challenges in the management of chronic pelvic pain in women: from bench to bedside. *Int J Womens Health.* 2022;14:225–44.
22. Wygant JN, McGuire LJ, Bush NM, Burnett TL, Green IC, Breitkopf DM. What makes a chronic pelvic pain patient satisfied? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(3):239–42.
23. Cánovas L, Carrascosa A-J, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V et al. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: a prospective study in spanish pain clinics. *Pain Med* 2018;19(7):1304-14.
24. Mellado BH, Pilger TL, Poli-Neto OB, Rosa E Silva JC, Nogueira AA, Cândido Dos Reis FJ. Current usage of qualitative research in female pelvic pain: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2019;300(3):495–501.
25. As-Sanie S, Till SR, Schrepf AD, Griffith KC, Tsodikov A, Missmer SA, et al. Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(5):568.e1–11.
26. McGowan L, Escott D, Luker K, Creed F, Chew-Graham C. Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2010;11(1):7.