

FABIOLA PEIXOTO MINSON¹
MAURÍCIO SIMÕES ABRÃO²
JAMIR SARDÁ JÚNIOR³
DURVAL CAMPOS KRAYCHETE⁴
SÉRGIO PODGAEC⁵
FABRÍCIO DIAS ASSIS⁶

Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose

Importance of quality of life assessment in patients with endometriosis

Artigo Original

Palavras-chave

Endometriose
Dor
Qualidade de vida
Questionários

Keywords

Endometriosis
Pain
Quality of life
Questionnaires

Resumo

OBJETIVO: Examinar a relação entre aspectos clínicos e qualidade de vida em um grupo de pacientes com endometriose. **MÉTODOS:** Participaram desse estudo 130 mulheres atendidas durante o ano de 2008 em um centro multiprofissional de ginecologia especializado em endometriose. Este é um estudo de corte transversal realizado com uma amostra de conveniência. O diagnóstico de endometriose foi realizado por biópsia pós-laparoscopia, segundo os critérios da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva. Os dados clínicos e demográficos foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes. A intensidade da dor foi avaliada com o uso de uma escala visual numérica (0–10) e os dados referentes à qualidade de vida foram coletados por meio do questionário SF-36. A análise dos dados consistiu de estatística descritiva e inferencial, teste de coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis para comparar escores entre grupos. **RESULTADOS:** As pacientes apresentaram idade entre 21 e 54 anos [\bar{x} =34, desvio padrão (DP)=6,56], sendo que 87% tinham terceiro grau completo e 75% eram casadas. Dezssete por cento referiram casos de endometriose na família. O tempo médio de manifestação dos sintomas foi de 4,5 anos (DP=6,6), 63% das pacientes estavam no estágio 3 ou 4 de endometriose, 36% das pacientes sofriam de dismenorreia severa ou incapacitante e a intensidade média da dor, segundo escala visual numérica, foi de 5,6 (DP=3,5). Os resultados sugeriram que o estadiamento da doença não é determinante da intensidade da dor. Por um lado, o tempo de manifestação dos sintomas também não apresentou relação com a intensidade da dor e com os escores do SF-36. Por outro, a intensidade da dor apresentou associação com menores escores em algumas escalas do SF-36. **CONCLUSÃO:** As pacientes com endometriose apresentaram escores de qualidade de vida inferiores ao da população em geral e inferiores a algumas outras patologias.

Abstract

PURPOSE: The present study examined the relationship between some clinical variables and quality of life in a group of patients with endometriosis. **METHODS:** A total of 130 women seen at a multidisciplinary center specializing in gynecology endometriosis in 2008 participated in the study. This was a cross-sectional study conducted with a convenience sample. The diagnosis of endometriosis was performed by biopsy according to the criteria of the American Society for Reproductive Medicine. The clinical and demographic data were collected from the patients' records. Pain intensity was assessed by a visual numerical scale (0–10), and data on the quality of life were collected using the SF-36. Data analysis consisted of descriptive and inferential statistical tests, Spearman correlation coefficient and Kruskal-Wallis test to compare scores between groups. Nonparametric tests were used for analysis because data were not normally distributed. **RESULTS:** The patients were 21 to 54 years of age [\bar{x} =34, standard deviation (SD)=6.56], 87% had a university degree, and 75% were married. Seventeen percent reported cases of endometriosis in the family. The average time of onset of symptoms was 4.5 years (SD=6.6), 63% of patients were in stage 3 or 4 of endometriosis 36% of patients had severe or disabling dysmenorrhea and the average intensity of pain according to a visual numerical scale was of 5.6 (SD=3.5). Results suggest that the staging of the disease did not determine the intensity of pain. The time of onset of symptoms also showed no relationship to pain intensity and SF-36 scores. On the other hand, the intensity of pain was associated with lower scores on some scales of the SF-36. **CONCLUSION:** Patients with endometriosis had lower scores of quality of life than the general population and lower than those of some other diseases.

Correspondência:

Fabiola Peixoto Minson
Clínica Medicina da Mulher
Rua São Sebastião 550 – Chácara Santo Antônio
CEP: 04708-001
São Paulo (SP), Brasil

Recebido

24/10/2011

Aceito com modificações

12/12/2011

Universidade do Vale do Itajaí – Univali – Itajaí (SC), Brasil.

¹ Programa de Dor do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE – São Paulo (SP), Brasil.

² Setor de Endometriose da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

³ Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Itajaí (SC), Brasil.

⁴ Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

⁵ Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Clínica de Dor Singular – Campinas (SP), Brasil.

Fonte de financiamento: Não houve apoio financeiro por agências de pesquisa para a realização desta pesquisa.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

A endometriose (EDM) é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, ocorrendo mais frequentemente na cavidade pélvica, acometendo peritônio, ovário, bexiga e/ou intestinos^{1,2}. Os principais sintomas da EDM são: dismenorreia, algia pélvica crônica, infertilidade, dispareunia, alterações intestinais e urinárias cíclicas, e sua prevalência em mulheres na menarca é em torno de 10%^{3,4}.

O mecanismo fisiopatológico da EDM ainda é, em grande parte, desconhecido e seu comportamento variado^{1,4}. O diagnóstico da EDM pélvica é habitualmente obtido com a videolaparoscopia e de exame histológico de lesões suspeitas. Excisão laparoscópica e tratamentos clínicos hormonais, com contraceptivos orais combinados ou derivados de progesterona são os tratamentos considerados mais efetivos e frequentemente utilizados⁵.

A EDM está associada a uma grande morbidade física e emocional decorrente da dor crônica, da infertilidade, da redução das atividades, do isolamento social, do impacto econômico e da interferência nas relações afetivas e familiares, dentre outros fatores^{3,6}. Dada a etiologia complexa da doença e da presença de aspectos multidimensionais, uma parcela das pacientes submetidas a intervenções medicamentosas e cirúrgicas não apresentam remissão satisfatória dos sintomas, permanecendo com dor, o que, em geral, contribui para a redução da qualidade de vida^{6,7}.

Esses fatores, isolados ou agrupados, supostamente reduzem a qualidade de vida desses pacientes⁷⁻¹². Nesse contexto, o uso de questionários que medem qualidade de vida (ex: WHOQOL, SF-36 e o EHP-30)¹⁰ permitem uma avaliação ampla do indivíduo que transcende os aspectos biológicos⁹. Além disso, o escore prévio resultante da avaliação da qualidade de vida pelo SF-36 em pacientes com EDM tem sido considerado como um indicador importante do prognóstico após intervenções específicas^{7,9}.

Entretanto, apenas recentemente, a relação entre fatores biopsicossociais e qualidade de vida vem sendo investigada em pacientes brasileiros com EDM^{3,6,13,14}. Partindo desses pressupostos, o presente estudo examinou a relação entre aspectos clínicos e qualidade de vida em um grupo de pacientes com EDM.

Métodos

Participaram desse estudo 130 mulheres atendidas durante o ano de 2008 em um centro multiprofissional de ginecologia especializado em EDM. Este estudo pode ser caracterizado como de corte transversal, realizado

com uma amostra de conveniência. Os critérios de inclusão foram: apresentar no momento da coleta dos dados, ter mais de 18 anos e ter mais de 4 anos de escolaridade, bem como, não apresentar outra comorbidade. O diagnóstico de EDM foi realizado por biópsia pós-laparoscopia, segundo os critérios da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva².

Os dados clínicos e demográficos foram coletados a partir dos prontuários dos pacientes armazenados no banco de dados do referente centro de tratamento. Foi considerado o registro da intensidade da dor medida com o uso de uma escala visual numérica (0–10) e classificada como leve (1 a 3), moderada (4 a 7) e intensa (8 a 10)¹⁵, assim como os dados referentes à qualidade de vida coletados por meio do questionário SF-36 aplicado na consulta inicial em pré-consulta de enfermagem.

O SF-36 é um instrumento validado no Brasil¹⁶, usado amplamente em diversas populações. Esse instrumento avalia oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. Os itens são analisados individualmente e posteriormente agrupados em dimensões e transformados numa escala de 0 a 100. Maiores escores indicam maior qualidade de vida.

A análise dos dados consistiu de estatística descritiva e inferencial, teste de coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis para comparar escores entre grupos. Testes não paramétricos foram utilizados para as análises uma vez que os dados não foram distribuídos normalmente¹⁷. Os dados foram analisados utilizando o programa SPSS-11 para Windows.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí – Univali (275/11).

Resultados

A Tabela 1 descreve os dados clínicos dos participantes. As pacientes apresentaram idade entre 21 e 54 anos [\bar{X} =34, desvio padrão (DP)=6,5], sendo que apenas 1,5% (2 participantes), possuíam o primeiro grau completo, cerca de 11% (15 participantes) tinham o segundo grau completo e 87% (113 participantes) possuíam o terceiro grau completo. Cerca de 75% das participantes (98) eram casadas. Dezesete por cento das participantes (23) referiram apresentar casos de EDM na família. O tempo médio de manifestação dos sintomas foi de 4,5 anos (DP=6,6), 63% das pacientes estavam no estágio 3 ou 4 de EDM, 36% das pacientes sofriam de dismenorreia severa ou incapacitante,

e a intensidade média da dor, segundo escala visual numérica, foi de 5,6 (DP=3,5).

No tocante a qualidade de vida, os escores dos pacientes nas escalas do SF-36 variaram ente o percentil 51 na dimensão vitalidade e 80 na dimensão capacidade funcional. Uma média aritmética considerando os escores das 8 dimensões do SF-36 indicam uma escore total equivalente a 62,6. A Tabela 2 apresenta as correlações entre as varáveis clínicas e demográficas e os escores nas escalas do SF-36.

Não houve correlações significativas entre estadiamento da doença, idade e intensidade da dor ($p \leq 0,05$). Houve correlações fracas (entre 0 e 0,30) entre as variáveis estadiamento da doenças e tempo de queixa principal e dor forte no período menstrual. A presença de dor no período menstrual também se correlacionou, mas de maneira fraca, com as escalas capacidade funcional, aspectos físicos, dor, saúde geral e aspectos sociais do SF-36. Houve correlações significativas entre todas as escalas do SF-36 que variaram de fraca (0,17) entre as dimensões capacidade funcional e aspectos emocionais a moderada (0,69) entre as escalas vitalidade e saúde mental.

Não houve diferenças significativas nas médias dos escores das escalas do SF-36 em função do estadiamento da doença (os valores do χ^2 estiveram entre 0,99 e 6,29 e os valores p estiveram entre 0,10 e 0,8). Os participantes com dor intensa apresentaram menores escores nas escalas aspectos físicos ($\chi^2 = 11,18$ $p = 0,004$), saúde geral ($\chi^2 = 6,37$ $p = 0,04$), aspectos sociais ($\chi^2 = 7,35$ $p = 0,02$), aspectos emocionais ($\chi^2 = 7,1$ $p = 0,02$) e tempo de apresentação dos sintomas ($\chi^2 = 7,13$ $p = 0,02$).

Os resultados sugerem que o estadiamento da doença não é determinante à intensidade da dor. Por um lado, o tempo de manifestação dos sintomas também

não apresentou relação com a intensidade da dor e com os escores do SF-36. Por outro, a intensidade da dor apresentou associação com menores escores em algumas escalas do SF-36 (ex: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos sociais).

Tabela 1. Descrição das características clínicas das participantes

Características Clínicas	Categorias	Número	Percentual
Histórico de doença familiar	Sim	23	17,7
	Não	107	82,3
Estadiamento da doença (n=90)	Fase 1	16	17,8
	Fase 2	16	17,8
	Fase 3	24	26,7
	Fase 4	33	36,7
Dismenorreia	Ausente	24	18,5
	Leve	15	11,5
	Moderada	44	33,8
	Severa	25	19,2
	Incapacitante	22	16,9
Tempo de manifestação dos sintomas (em anos)		4,5	6,5
Intensidade da dor (Escala Visual Numérica)		5,6	3,4
Escore nas dimensões do SF-36	Média		Desvio padrão
	Capacidade funcional	80,5	25,7
	Aspectos físicos	65,9	40,9
	Dor	58,7	25,5
	Saúde geral	66,1	16,1
	Vitalidade	51,2	18,7
	Aspectos sociais	63,2	28,8
	Aspectos emocionais	59,3	42,7
	Saúde mental	55,9	20,4

Tabela 2. Correlações entre aspectos clínicos, demográficos e os escores nas dimensões do SF-36 (Questionário de Saúde – Versão Breve)¹⁶

		Estadiamento	Idade	Tempo da Queixa principal	Dor menstrual	Capacidade Funcional SF-36	Aspectos Físicos SF-36	Dor SF-36	Saúde Geral SF-36	Vitalidade SF-36	Aspectos Sociais SF-36	Aspectos Emocionais SF-36	Saúde Mental SF-36
Estadiamento	Coefficiente	1,00	-0,05	0,21	0,07	0,07	0,05	0,07	-0,02	0,00	0,13	-0,02	0,06
	p	–	0,61	0,04*	0,48	0,47	0,59	0,49	0,85	0,99	0,20	0,83	0,57
Idade	Coefficiente	-0,05	1,00	0,03	-0,16	0,00	-0,03	0,03	0,16	0,18	0,14	0,04	0,13
	p	0,61	–	0,71	0,06	0,96	0,66	0,74	0,07	0,03*	0,10	0,65	0,14
Queixa principal	Coefficiente	0,21	0,03	1,00	0,31	0,00	-0,11	-0,04	-0,07	-0,16	-0,20	-0,09	-0,02
	p	0,04*	0,71	–	0,00**	0,93	0,18	0,64	0,38	0,06	0,02*	0,26	0,82
Dismenorreia	Coefficiente	0,07	-0,16	0,31	1,00	-0,24	-0,23	-0,32	-0,18	-0,07	-0,21	-0,14	-0,03
	p	0,48	0,06	0,00**	–	0,00**	0,00**	0,00**	0,03*	0,38	0,01*	0,10	0,73

Os níveis de correlação foram examinados usando o coeficiente de Pearson; os níveis de significância são examinados através dos valores de p: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; número de participantes=130.

Discussão

Diversos fatores contribuem à intensidade da dor crônica¹⁸ associada à EDM e para a redução da qualidade de vida desses pacientes^{6,7,9,11,12,14,19,20}. Os achados do presente estudo confirmam essas evidências que indicam que a intensidade da dor associada à EDM não ocorre apenas em função do estadiamento da doença, do tempo de manifestação dos sintomas, mas que é influenciado por diversas outras variáveis, como fatores psicossociais.

Quando o grupo de participantes é comparado com outros estudos no tocante à intensidade da dor, o grupo aqui investigado apresentou uma escala visual numérica (EVN) de 5,6 (DP=3,4), enquanto a intensidade média da dor em outros grupos de dores crônicas estudados tem sido em torno de 7^{6,21}. A intensidade da dor nesses grupos pode ser classificada como moderada (4 a 7), o que, de certa forma, permite comparar seus escores no SF-36.

Embora não exista um padrão-ouro na avaliação da qualidade de vida²², a pontuação dos escores transformados no SF-36 pode variar de 0 a 100, sendo que 100 pontos indicam uma excelente qualidade de vida. Os escores da população em geral variam entre 80 e 100 e escores próximos a 50 indicam condição mediana de saúde e qualidade de vida. Comparando os resultados obtidos nessa pesquisa com os reportados no estudo de validação do SF-36¹⁶, que comparam escores entre diferentes populações, de maneira geral, os escores obtidos pelos participantes desse estudo, quando comparados com populações sadias, se apresentaram inferiores (<80).

A redução da qualidade de vida nessa população pode ser explicada pela complexidade da etiologia e manifestação dessa doença; não responsividade de alguns pacientes a intervenções; dor como um dos principais sintomas; interferência da EDM na capacidade reprodutiva da mulher e existência de dor durante o intercurso^{3,5-7,9}.

Quando comparados com pacientes que apresentam outras doenças como enxaqueca, os escores são superiores apenas na dimensão dor, indicando que, em todas as outras dimensões, as pacientes com EDM apresentam pior qualidade de vida, o que se repetiu para todas as dimensões quando esse grupo foi comparado com pacientes com artrite reumatoide¹⁶.

Neste estudo, os escores nas escalas do SF-36 variaram entre 51–80%, sendo levemente superiores a outros trabalhos sobre qualidade de vida em populações com EDM, que têm mostrado escores variando entre 44 e 82 pontos⁹ e 25 a 75 pontos¹³, usando o SF-36, e 20 a 70 usando o EHP-30⁷. Um outro estudo que avaliou a qualidade de vida em mulheres com dores pélvicas também encontrou resultados inferiores, variando entre 12 e 65²³. Isso pode ter acontecido em função do alto nível socioeconômico da população participante nesse

estudo, variável que pode contribuir com a melhoria da qualidade de vida de qualquer população. No caso da população pesquisada, possuir maior renda permite acesso a medicações mais eficientes, acesso a tratamento médico, e, embora isso não necessariamente garanta uma cura ou remissão total dos sintomas, sem dúvida, pode contribuir para melhor qualidade de vida.

Por último, é importante ressaltar que os escores apresentadas nas oito dimensões do SF-36 variaram bastante. O menor escore foi de 51 na escala vitalidade e o maior foi de 80 pontos na escala capacidade funcional, o que pode sugerir que a EDM causa impacto diferente em dimensões distintas, por exemplo, maior impacto da dor na vitalidade e vida sexual do que na capacidade funcional global e saúde geral.

Estudos recentes reforçam a importância de avaliar a qualidade de vida em pacientes com EDM como indicador prognóstico da melhora clínica. Uma vez que pacientes acometidos por EDM e submetidas à laparoscopia, mas com resultados próximos a 50 no SF-36, apresentaram menor possibilidade de melhora significativa em termos de escore nos testes que avaliam qualidade de vida, quando comparadas com pacientes que apresentam escores inferiores a 40⁹. Isso sugere que nas pacientes com um comprometimento importante da qualidade de vida, a intervenção contribui para uma melhora da qualidade de vida, enquanto em pacientes com qualidade de vida mediana, a intervenção parece não contribuir.

Por um lado, os escores obtidos pelos participantes, quando comparados com populações sadias de outros países e de algumas doenças, se apresentaram inferiores¹⁶. Por outro, quando comparados a pacientes com EDM investigados por outros estudos que utilizaram o SF-36, os escores se apresentam próximos ao percentil 50, o que também foi reportado por outros estudos^{3,6}.

Quando os escores dos pacientes com os resultados mais baixos são analisados, pôde-se perceber a relação entre tempo da manifestação dos sintomas, intensidade da dor e redução na qualidade de vida em diversas dimensões medidas pelo SF-36. Os resultados desse estudo fortalecem a hipótese de que a saúde geral das pessoas com EDM não é apenas determinada pelo estadiamento da doença, tempo de manifestação dos sintomas e intensidade da dor, mas também por outros aspectos. Essa inferência é confirmada pelo modelo biopsicossocial de saúde e por diversos estudos realizados nessa área^{3,6,9,10,23-25}.

Os resultados indicam que a qualidade de vida deve ser um aspecto observado no tratamento de pacientes com EDM, principalmente quando se consideram os estudos que apresentam pontos de corte preditivos para melhora dessa dimensão em pacientes submetidos a laparoscopia. Outros trabalhos, entretanto, prospectivos, devem ser realizados.

Referências

1. Abrão MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007;22(12):3092-7.
2. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril.* 1997;67(5):817-21.
3. Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *J Reprod Med.* 2004;49(2):115-20.
4. Missmer SA, Cramer DW. The epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003;30(1):1-19, vii.
5. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2005;11(6):595-606.
6. Mengarda CV, Passos EP, Picon P, Costa AF, Picon PD. Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire – EHP-30). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(8):384-92.
7. Jones G, Jenkinson C, Taylor N, Mills A, Kennedy S. Measuring quality of life in women with endometriosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions of the Endometriosis Health Profile Questionnaire. *Hum Reprod.* 2006;21(10):2686-93.
8. Dubernard G, Piketty M, Rouzier R, Houry S, Bazot M, Darai E. Quality of life after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod.* 2006;21(5):1243-7.
9. Dubernard G, Rouzier R, David-Montefiore E, Bazot M, Darai E. Use of the SF-36 questionnaire to predict quality-of-life improvement after laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Hum Reprod.* 2008;23(4):846-51.
10. Gao X, Yeh YC, Outley J, Simon J, Botteman M, Spalding J. Health-related quality of life burden of women with endometriosis: a literature review. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(9):1787-97.
11. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2009;9(2):157-70.
12. Stratton P, Berkley KJ. Chronic pelvic pain and endometriosis: translational evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2011;17(3):327-46.
13. Petrelluzzi KF, Garcia MC, Petta CA, Grassi-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress.* 2008;11(5):390-7.
14. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, Araujo FF, Girão MJ, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* 2011;8(2):497-503.
15. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain.* 1992;50(2):133-49.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1998;39(3):143-50.
17. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. New York: Allyn and Bacon; 2001.
18. Evans S, Moalem-Taylor G, Tracey DJ. Pain and endometriosis. *Pain.* 2007;132(Suppl 1):S22-5.
19. Redivo LB, Werlang BSG, Müller MC. Qualidade de vida em mulheres que procuram atendimento ginecológico. *Psicol Saúde Doenças.* 2008;9(1):113-29.
20. Sepulcri RP, Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;142(1):53-6.
21. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod.* 2001;16(12):2668-71.
22. Ware JE Jr. SF-36 Health survey update. *Spine.* 2000;25(24):3130-9.
23. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(5):247-53.
24. Flor H, Hermann C. Biopsychosocial models of pain. In: Dworkin RH, Breitbart WS, editors. Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers, progress in pain research and management. Seattle: IASP Press; 2004. p. 47-76.
25. Keefe F, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persisting pain: Current state of the science. *J Pain.* 2004;5(4):195-211.