

Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico

Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study

Artigo original

Palavras-chave

Depressão
Dor pélvica
Qualidade de vida
Medição da dor

Keywords

Depression
Pelvic pain
Quality of life
Pain measurement

Resumo

OBJETIVOS: comparar a qualidade de vida (QV) de mulheres com e sem dor pélvica crônica (DPC) e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC. **MÉTODOS:** conduziu-se estudo de corte transversal, incluindo 30 mulheres com DPC e 20 sem DPC. Foram avaliadas características sociodemográficas e clínicas. A QV foi investigada pelo questionário SF-36, que apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Esses domínios podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). A intensidade da dor foi pesquisada, aplicando-se a escala visual analógica. Utilizou-se análise de regressão linear para comparação dos escores de QV entre mulheres com e sem DPC e para identificação dos fatores associados à QV de mulheres com DPC. **RESULTADOS:** a média de idade das mulheres com e sem DPC foi de 35,2±7,5 e de 36±9,3 anos ($p=0,77$), respectivamente. Mulheres com DPC apresentaram menor renda familiar mensal ($p=0,04$) e maior prevalência de dismenorrea (87 versus 40%; $p<0,01$) e depressão (30 versus 5%; $p=0,04$) quando comparadas àquelas sem DPC. Na análise ajustada por potenciais variáveis confundidoras, mulheres com DPC apresentaram menores escores de QV nos domínios dor ($p<0,01$) e aspectos sociais ($p<0,01$). Depressão associou-se negativamente ao domínio aspectos emocionais ($p=0,05$) e ao SCM ($p=0,03$), enquanto intensidade da dor relacionou-se negativamente ao domínio dor ($p<0,01$) da QV de mulheres com DPC. **CONCLUSÕES:** mulheres com DPC apresentaram pior QV quando comparadas a mulheres sem DPC. Depressão e intensidade da dor relacionaram-se negativamente à QV de mulheres com DPC. Dessa forma, a avaliação e o tratamento de sintomas depressivos e da dor devem estar entre as prioridades que objetivem melhorar a QV de mulheres com DPC.

Abstract

PURPOSE: to compare the quality of life (QL) of women with and without chronic pelvic pain (CPP) and to investigate the factors associated with QL in women with CPP. **METHODS:** a cross-sectional study was conducted on 30 women with CPP and 20 women without CPP. Sociodemographic and clinical characteristics were evaluated. QL was investigated by applying the SF-36 questionnaire, which contains eight domains: functional capacity, physical aspects, pain, general health status, vitality, social aspects, emotional aspects, and mental health. These domains can be summarized into two groups: physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS). Pain intensity was investigated by applying the visual analogue scale. Linear regression analysis was used to compare QL scores between women with and without CPP and to identify factors associated with the QL of women with CPP. **RESULTS:** the mean age of women with and without CPP was 35.2±7.5 and 36±9.3 years ($p=0.77$), respectively. Women with CPP had a lower monthly family income ($p=0.04$) and a higher prevalence of dysmenorrhea (87 versus 40%; $p<0.01$) and depression (30 versus 5%; $p=0.04$) compared to women without CPP. Adjusted analysis for potential confounding variables revealed that women with CPP had lower QL scores in the pain ($p<0.01$) and social aspects ($p<0.01$) domains. Depression was negatively associated with the emotional aspects domain ($p=0.05$) and with the MCS ($p=0.03$), while pain intensity was negatively related to the pain domain ($p<0.01$) of the QL of women with CPP. **CONCLUSIONS:** women with CPP presented a worse QL compared to women without CPP. Depression and pain intensity were negatively related to the QL of women with CPP. Thus, the evaluation and treatment of pain and depressive symptoms must be among the priorities that aim to improve the QL of women with CPP.

Correspondência:

Délio Marques Conde
Rua 5, 223, apto. 303 – Setor Oeste
CEP 74115-060 – Goiânia (GO), Brasil
Fone: (62) 3209-6151
E-mail: condedelio@uol.com.br

Recebido

20/3/2010

Aceito com modificações

12/4/2010

Trabalho realizado no Ambulatório de Ginecologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

¹ Pós-graduanda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

² Preceptor do Programa de Residência em Mastologia do Hospital Materno Infantil – HMI – Goiânia (GO), Brasil.

³ Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

⁴ Professor Associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) é uma condição comum entre mulheres em idade reprodutiva¹. Devido ao grande número de possíveis causas e à sobreposição de sintomas, é de difícil diagnóstico e tratamento². Anualmente, são gastos milhões de dólares na investigação da sua etiologia e tratamento¹. A DPC pode associar-se à redução da produtividade no trabalho^{1,3}, restrição da mobilidade⁴, alterações emocionais⁵ e do sono⁴ e disfunções sexuais⁶. A DPC é definida como uma dor na região pélvica, contínua ou intermitente, com pelo menos seis meses de duração, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual⁷.

Foram identificados 4 estudos de base populacional, nos quais se investigou a prevalência de DPC em mulheres com idade entre 18 e 50 anos^{1-3,8}. A prevalência descrita foi de 14,7% nos Estados Unidos¹, 24% no Reino Unido³, 25,4% na Nova Zelândia² e 21,5% na Austrália⁸. Essa variação pode ser atribuída às diferentes definições, uma vez que alguns autores incluíram a dor durante o meio do ciclo menstrual como um caso de DPC^{2,3,8}, enquanto outros não o fizeram¹. Nos estudos conduzidos no Reino Unido e na Nova Zelândia, quando mulheres com dor relacionada à ovulação foram excluídas, a prevalência de DPC reduziu, respectivamente, para 16,9³ e 16,5%², valores próximos daquele relatado para mulheres norteamericanas.

A fisiopatologia da DPC não é totalmente compreendida⁹. A pelve contém órgãos muito próximos, que compõem diferentes sistemas, dificultando o diagnóstico etiológico da DPC. Doenças dos sistemas genitourinário, gastrointestinal e musculoesquelético podem associar-se à DPC, destacando-se endometriose, síndrome do cólon irritável e cistite intersticial^{2,10}. A identificação da origem da dor facilita seu tratamento. Entretanto, em uma proporção não negligenciável de mulheres, a causa não será diagnosticada^{1,2,10}. Em diferentes estudos, baseando-se no autorrelato, 47,7², 50¹⁰ e 61%¹ das mulheres referiram não saber o motivo da DPC. A ausência de diagnóstico etiológico da dor pélvica associa-se a receio, medo⁴ e ansiedade relacionada à possível causa da dor³. Além de ansiedade^{5,11}, mulheres com DPC podem apresentar depressão^{5,11,12}. Essas alterações contribuem para a redução da qualidade de vida (QV)^{5,13}. Estudos prévios relataram prejuízos em várias dimensões da QV de mulheres com DPC^{4,5,14}, porém ainda é pequeno o número de autores que estudaram esse tema.

A Organização Mundial de Saúde definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁵. Esse conceito indica que, no contexto da

DPC, a investigação da QV deve levar em consideração a autoavaliação da mulher, principalmente porque a dor é de percepção subjetiva¹⁶. Buscando captar os vários aspectos da QV, foram elaborados questionários, que produziram dados objetivos a partir de realidades subjetivas¹⁷ e possibilitaram a comparação dos resultados obtidos de diferentes populações.

A maioria dos estudos sobre QV e DPC foi realizada em países desenvolvidos. Considerando-se que há escassez de estudos sobre o tema em países em desenvolvimento e que diferenças socioculturais podem influenciar a percepção da QV e da dor, conduziu-se o presente estudo, cujos objetivos foram comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC.

Métodos

Conduziu-se estudo de corte transversal analítico no Ambulatório de Ginecologia da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, entre Setembro de 2008 e Agosto de 2009. Foram convidadas para participar do estudo mulheres em seguimento ambulatorial que apresentassem ou não DPC. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 50 anos. No grupo com DPC, as participantes referiram dor na região pélvica há pelo menos seis meses, não-cíclica e não relacionada exclusivamente à relação sexual, devendo ter apresentado sintomas nos últimos três meses. No grupo sem DPC, as participantes não poderiam apresentar queixas de dor pélvica nos últimos três meses. Foram excluídas mulheres com antecedente de gravidez nos últimos 12 meses, em amenorreia, na pós-menopausa ou com histórico de tratamento de neoplasia maligna.

As pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia da UFG foram encaminhadas das Unidades Básicas de Saúde. Mulheres que apresentaram DPC passaram por avaliação clínica e ultrassonografia endovaginal. Outros exames foram realizados de acordo com o quadro clínico, tais como urocultura, ultrassonografia de vias urinárias e colonoscopia. A laparoscopia foi indicada quando houve suspeita de endometrioma. Após investigação diagnóstica, havendo uma causa identificada da DPC, o tratamento específico foi instituído. Para a terapia da dor, foram utilizados anti-inflamatórios, amitriptilina e indução à amenorreia, além de psicoterapia individual ou de grupo, ressaltando-se que o tratamento foi individualizado.

Após consulta ambulatorial, 52 mulheres foram consecutivamente convidadas a participar do estudo. Duas mulheres recusaram-se a participar, uma referindo que não gostaria de falar sobre o tema e outra, devido à falta de tempo. Dessa forma, 50 mulheres foram incluídas no estudo, sendo 30 com DPC e 20 sem DPC. Neste estudo, a origem da DPC não foi investigada. As participantes sem

DPC estavam em seguimento ambulatorial por diferentes alterações ginecológicas benignas, tais como mioma uterino, pólipos uterinos, cistos ovarianos, entre outros.

A ficha de coleta de dados continha duas partes. Na primeira parte, as participantes responderam questões sobre características sociodemográficas, clínicas, reprodutivas, comportamentais e relacionadas à dor. A seguir, elas responderam o questionário de QV.

Foram investigados idade, raça/etnia, paridade, escolaridade (em anos de estudo), estado marital, tabagismo (hábito de fumar no momento da inclusão no estudo), trabalho remunerado, renda familiar mensal (em reais), tempo de dor (em meses), índice de massa corpórea (IMC), atividade física, dismenorreia, antecedentes de cirurgias abdominal e vaginal, antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis e a prevalência de depressão e ansiedade. A investigação da raça/etnia baseou-se na avaliação da participante, sendo classificada em branca, negra, parda, amarela, indígena ou outra. Na análise dos dados, a raça/etnia categorizou-se em branca e não-branca.

Atividade física, trabalho remunerado, dismenorreia, tabagismo, antecedentes cirúrgicos e de doenças sexualmente transmissíveis foram categorizados em sim ou não, conforme a declaração da participante. A prevalência de depressão e ansiedade foi investigada perguntando-se à participante se ela apresentava alguma dessas alterações, sendo categorizada em presente ou ausente.

A intensidade da dor foi avaliada por meio da escala visual analógica (EVA)¹⁸. A participante referiu a intensidade da dor de acordo com uma escala graduada de zero a dez, sendo que zero corresponde à ausência de dor e dez, à pior dor possível. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A QV foi investigada com o uso do questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36)¹⁹, um instrumento genérico para avaliação da QV. O questionário SF-36 foi traduzido e validado para a Língua Portuguesa do Brasil²⁰. O SF-36 é um questionário multidimensional, com oito domínios ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Esses componentes podem ser resumidos em dois sumários: sumário do componente físico (SCF) e sumário do componente mental (SCM). Cada domínio corresponde a um valor, que varia de 0 a 100, 0 correspondendo ao pior e 100 ao melhor estado de saúde²¹. O questionário foi aplicado por um dos investigadores sob a forma de entrevista.

A seguir foi apresentado o significado de cada domínio do questionário SF-36. Capacidade funcional: avalia a existência de limitação provocada pela saúde

nas atividades físicas, desde tomar banho ou vestir-se até atividades mais vigorosas. Aspectos físicos: investiga se há interferência de problemas físicos no trabalho ou em outras atividades diárias. Dor: avalia o grau de limitação provocado pela dor. Estado geral de saúde: investiga a autoavaliação do indivíduo em relação à sua saúde e prognóstico. Vitalidade: analisa o grau de energia e disposição. Aspectos sociais: investiga o quanto problemas físicos e/ou emocionais interferem nas atividades sociais normais (relacionamento com a família, vizinhos, amigos ou em grupo). Aspectos emocionais: interferência de problemas emocionais no trabalho ou em outras atividades diárias. Saúde mental: avalia como o indivíduo se sente a maior parte do tempo com relação a sentimentos de nervosismo, depressão, felicidade e paz²¹.

Os resultados foram apresentados em média, desvio padrão (DP), mediana, percentis 25 e 75%, ou em frequências absoluta e relativa, de acordo com o tipo de variável. Para comparar as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos, foram utilizados teste *t* de Student, teste exato de Fisher ou teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Os escores do questionário SF-36 foram padronizados em uma escala de 0 a 100 e, devido à distribuição assimétrica dos valores amostrais, foram descritos em mediana e percentis 25 e 75%. As medianas dos escores de QV foram comparadas entre os grupos por regressão linear quantílica univariada e multivariada²², para considerar o possível efeito confundidor das variáveis idade, renda familiar, dismenorreia, cirurgia, IMC, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão. A regressão quantílica permite estudar a associação entre a mediana de uma variável dependente (os escores de QV) e uma série de variáveis independentes.

Para investigação dos fatores associados à QV de mulheres com DPC, realizaram-se análises para cada um dos domínios e dos sumários, separadamente, selecionando-se as variáveis de maior interesse clínico. Nesta investigação, aplicou-se o modelo linear de regressão quantílica²², com ajuste por potenciais variáveis confundidoras (idade, estado marital, depressão, ansiedade, tempo e intensidade da dor). Nas inferências estatísticas, estabeleceu-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software* STATA[®] versão 10 (STATA Corp, College Station, Texas, USA).

Resultados

A média de idade das mulheres com e sem DPC foi de 35,2±7,5 anos e de 36±9,3 anos ($p=0,77$), respectivamente. A mediana da renda familiar mensal foi igual a R\$ 675,00 para mulheres com DPC e R\$ 900,00 para as mulheres sem DPC ($p=0,04$); 87% das mulheres

com DPC e 40% das sem DPC referiram dismenorreia ($p < 0,01$); 30% das mulheres com DPC e 5% das sem DPC apresentaram depressão ($p = 0,04$), conforme apresentado na Tabela 1. A mediana de anos de estudo foi de 7,5 e 8,5 para mulheres com e sem DPC ($p = 0,60$), respectivamente. Não houve diferença entre os grupos em relação às demais variáveis. A média do tempo de dor foi de $62,3 \pm 72,3$ meses e a mediana da intensidade da dor foi de 4,5 (variação: 2,0-8,5).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas de mulheres com e sem dor pélvica crônica (DPC)

| Características | Com DPC (n=30) | | Sem DPC (n=20) | | Valor de p |
|-------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|------------|
| | média | desvio padrão | média | desvio padrão | |
| Idade (anos)* | 35,2 | 7,5 | 36 | 9,3 | 0,77** |
| Estado marital*** | | | | | 0,55**** |
| Com companheiro | 22 | 73 | 13 | 65 | |
| Sem companheiro | 8 | 27 | 7 | 35 | |
| Dismenorreia*** | | | | | <0,01**** |
| Sim | 26 | 87 | 8 | 40 | |
| Não | 4 | 13 | 12 | 60 | |
| Depressão*** | | | | | 0,04**** |
| Sim | 9 | 30 | 1 | 5 | |
| Não | 21 | 70 | 19 | 95 | |
| Ansiedade*** | | | | | 0,07**** |
| Sim | 22 | 73 | 9 | 45 | |
| Não | 8 | 27 | 11 | 55 | |

*Valores expressos em média e desvio padrão (d.p.); **teste t de Student; ***valores expressos em n (%); ****teste exato de Fisher.

Na Tabela 2, observa-se que, na análise não ajustada, mulheres com DPC apresentaram significativamente menores escores nos domínios aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e nos sumários dos componentes físico e mental. Após ajuste por potenciais variáveis confundidoras (idade, renda, dismenorreia, cirurgia, IMC, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão), as diferenças persistiram nos domínios dor (mediana igual a 31 para mulheres com DPC e 72 para aquelas sem DPC; $p < 0,01$) e aspectos sociais (mediana igual a 56,3 para mulheres com DPC e 100 para mulheres sem DPC; $p < 0,01$).

A depressão associou-se negativamente aos aspectos emocionais ($p = 0,05$) e SCM ($p = 0,03$), e intensidade da dor relacionou-se negativamente ao domínio dor ($p < 0,01$), conforme demonstrado na Tabela 3. Não foram identificados fatores relacionados aos demais domínios do questionário SF-36.

Discussão

Neste estudo de corte transversal, os objetivos foram comparar a QV de mulheres com e sem DPC e investigar os fatores associados à QV de mulheres com DPC. Embora alguns autores tenham avaliado esses aspectos em mulheres em idade reprodutiva, a maioria dos estudos foi conduzida em países desenvolvidos^{1,3,4,14}. Mulheres de países em desenvolvimento compartilham diferentes realidades

Tabela 2 - Comparação das medianas dos escores do SF-36 de mulheres com (n=30) e sem (n=20) DPC

| Domínios do SF-36 | Grupo | Mediana | Percentil | Valor de p bruto | Valor de p ajustado* |
|------------------------------|---------|---------|-----------|------------------|----------------------|
| | | | 25-75% | | |
| Capacidade funcional | Com DPC | 65 | 50-85 | 0,09 | 0,16 |
| | Sem DPC | 92,5 | 75-100 | | |
| Aspectos físicos | Com DPC | 12,5 | 0-75 | 0,03 | 0,06 |
| | Sem DPC | 100 | 75-100 | | |
| Aspectos emocionais | Com DPC | 100 | 33-100 | 0,22 | 1 |
| | Sem DPC | 100 | 100-100 | | |
| Dor | Com DPC | 31 | 20-41 | <0,01 | <0,01 |
| | Sem DPC | 72 | 61,5-79 | | |
| Vitalidade | Com DPC | 40 | 20-60 | 0,03 | 0,08 |
| | Sem DPC | 67,5 | 55-77,5 | | |
| Saúde mental | Com DPC | 54 | 28-76 | 0,08 | 0,37 |
| | Sem DPC | 76 | 66-84 | | |
| Aspectos sociais | Com DPC | 56,3 | 50-75 | <0,01 | <0,01 |
| | Sem DPC | 100 | 75-100 | | |
| Estado geral de saúde | Com DPC | 50 | 37-67 | 0,01 | 0,16 |
| | Sem DPC | 74,5 | 62-82 | | |
| Sumário do componente físico | Com DPC | 37,4 | 32,1-49,5 | <0,01 | 0,49 |
| | Sem DPC | 51,9 | 47,7-55,2 | | |
| Sumário do componente mental | Com DPC | 43,2 | 28,2-54,7 | 0,04 | 0,29 |
| | Sem DPC | 53,2 | 48,6-55,9 | | |

DPC: dor pélvica crônica.

*Comparação entre medianas, por meio do modelo de regressão linear quantílica, com ajuste por idade, renda, dismenorreia, cirurgia, índice de massa corpórea, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão.

Tabela 3 - Fatores associados à qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica (n=30)

| Variáveis | Coefficiente | Erro padrão | IC 95% | Valor de p | R ² |
|-------------------------------------|--------------|-------------|-------------------|------------|----------------|
| Aspectos emocionais | | | | | 0,38 |
| Constante | 86,8 | | | | |
| Idade (anos) | -0,2 | 1,3 | (-2,81 a 2,36) | 0,86 | |
| Estado marital | -1,6 | 27 | (-57,48 a 54,27) | 0,95 | |
| Depressão | -65,2 | 31,5 | (-130,25 a -0,12) | 0,05 | |
| Ansiedade | 18,6 | 26,7 | (-36,69 a 73,87) | 0,49 | |
| Tempo de dor | -0,1 | 0,2 | (-0,5 a 0,27) | 0,54 | |
| Intensidade da dor | 0,8 | 6 | (-11,69 a 13,26) | 0,9 | |
| Dor | | | | | 0,39 |
| Constante | 76,6 | | | | |
| Idade (anos) | 0,01 | 0,5 | (-0,93 a 0,96) | 0,98 | |
| Estado marital | 12,2 | 7,8 | (-3,92 a 28,38) | 0,13 | |
| Depressão | -9,1 | 10,1 | (-30,90 a 10,94) | 0,33 | |
| Ansiedade | 5,9 | 9,9 | (-14,62 a 26,50) | 0,56 | |
| Tempo de dor | 0,04 | 0,08 | (-0,12 a 0,19) | 0,65 | |
| Intensidade da dor | -8,8 | 2,5 | (-13,98 a -3,66) | <0,01 | |
| Sumário do componente mental | | | | | 0,35 |
| Constante | 40,1 | | | | |
| Idade (anos) | 0,07 | 0,5 | (-0,91 a 1,05) | 0,89 | |
| Estado marital | 4,6 | 9,8 | (-15,75 a 24,95) | 0,65 | |
| Depressão | -23,3 | 9,9 | (-43,80 a -2,74) | 0,03 | |
| Ansiedade | 10,3 | 8,7 | (-7,76 a 28,38) | 0,25 | |
| Tempo de dor | -0,04 | 0,07 | (-0,17 a 0,09) | 0,5 | |
| Intensidade da dor | -0,3 | 2,4 | (-5,23 a 4,57) | 0,89 | |

IC 95%: intervalo de confiança de 95%;

R²: pseudocoefficiente de determinação – proporção da variação da variável dependente explicada pelas variáveis independentes.

socioculturais, que podem influenciar a percepção da dor e da QV. No presente estudo, aplicou-se o SF-36, que, segundo recente revisão sistemática da literatura, foi o questionário mais utilizado na investigação da QV de mulheres com DPC²³.

Na presente coorte, não se observaram diferenças de QV entre mulheres com e sem DPC nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, vitalidade, saúde mental e estado geral de saúde. Porém, verificou-se que mulheres com DPC apresentaram significativamente menores escores de QV nos domínios dor e aspectos sociais. No questionário SF-36 para avaliação do domínio dor, foram aplicadas duas questões que buscaram quantificar a dor nas últimas quatro semanas prévias ao estudo e o quanto essa dor interferiu no trabalho, dentro e fora de casa¹⁹. O componente aspectos sociais foi investigado por dois itens que objetivaram avaliar o quanto a saúde física ou alterações emocionais interferiram nas atividades sociais em relação à família, vizinhos e amigos¹⁹. Nossos achados indicam que mulheres com DPC apresentaram prejuízo na vida social. Além disso, a dor pélvica comprometeu a produtividade no trabalho, confirmando achados de estudos conduzidos em diferentes países^{1,3}.

O estudo *Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health* (PEACH)¹⁴ foi um ensaio clínico aleatorizado, delineado para comparar o tratamento ambulatorial

e hospitalar de mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP). Um dos objetivos específicos desse estudo foi comparar a QV de mulheres com e sem DPC. Após 32 meses e utilizando o questionário SF-36, os autores relataram que mulheres com DPC apresentaram menores escores nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos sociais, saúde mental, SCF e SCM¹⁴. Em outro estudo conduzido nos Estados Unidos¹, entre mulheres de 18 a 50 anos de idade, demonstrou-se que o escore do estado geral de saúde de mulheres com DPC foi significativamente menor que o da população geral de mulheres sem DPC. Em estudo transversal conduzido no Reino Unido³, com participação de mulheres da mesma faixa etária do estudo norte-americano, comparou-se a QV de mulheres com DPC com a de mulheres que referiram exclusivamente dismenorreia. Os autores verificaram diferenças nos sumários dos componentes físico e mental entre os grupos, com menores escores em mulheres com DPC³, o mesmo sendo observado em outro contexto cultural⁴.

À semelhança de estudos prévios^{1,3,4}, as participantes do presente estudo apresentavam idade entre 18 e 50 anos. Na análise não ajustada da QV, houve diferença entre os grupos, com maiores escores para mulheres sem DPC nos domínios aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, estado geral de saúde e nos sumários dos

componentes físico e mental. Ao se ajustar por variáveis sociodemográficas e clínicas, a diferença manteve-se nos domínios dor e aspectos sociais. Esses dados indicam que, em futuros estudos sobre a QV de mulheres com DPC, o efeito confundidor dessas variáveis (idade, renda, dismenorrea, cirurgia, IMC, escolaridade, estado marital, ansiedade e depressão) deve ser considerado.

É possível que as diferenças observadas entre nossos dados e os de países desenvolvidos relacionem-se às diferenças socioculturais das populações estudadas. Outro aspecto que pode explicar a diferença de achados refere-se à forma de administração do questionário de QV. Aplicamos o questionário SF-36 sob a forma de entrevista, após consulta ambulatorial, entre frequentadoras de um serviço público de Saúde de atendimento terciário. Contrariamente, em outros estudos, investigou-se a QV enviando o questionário pelo correio³ ou aplicando-o por entrevista telefônica^{1,14}. Vale lembrar que na análise ajustada por variáveis que podem influenciar a percepção da QV, como ansiedade e depressão⁵, houve diferença em um menor número de domínios. Outros autores não consideraram o possível efeito confundidor dessas variáveis nas comparações dos escores de QV^{3,14}, o que pode ter contribuído para a identificação de diferenças em um maior número de domínios naqueles estudos.

A prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com DPC foi de 30 e 73%, respectivamente. No presente estudo, a investigação de ansiedade e depressão baseou-se no autorrelato da participante. Vale ressaltar que, em estudo conduzido no Brasil⁵ e que aplicou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS, do inglês *Hospital Anxiety and Depression Scale*)²⁴, os autores relataram frequência de 40% de depressão e de 73% de ansiedade em mulheres com DPC⁵. Outros autores descreveram prevalência de 86% de sintomas depressivos entre mulheres com endometriose e DPC^{11,12}. Essas diferenças podem relacionar-se aos instrumentos utilizados na investigação da ansiedade e depressão, além das características das populações estudadas. Fatores psicológicos podem afetar negativamente a QV^{5,11,13}. Verificou-se que depressão associou-se negativamente ao domínio aspectos

emocionais e ao SCM. Outros autores relataram associação negativa entre depressão e ansiedade com os componentes psicológico, físico, social e ambiental da QV⁵, além de comprometimento da função sexual⁶. Nossos dados e os de outros pesquisadores^{4,5,11,14} indicaram que mulheres com DPC apresentam prejuízo em vários domínios da QV, não se restringindo à dimensão física.

A International Association for the Study of Pain definiu dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”, sendo sempre subjetiva¹⁶. Na presente coorte, houve associação negativa entre a intensidade e o domínio dor. Em outros estudos, foi descrita uma relação negativa entre a intensidade da dor e a QV^{11,14}, porém outros autores não identificaram essa associação²⁵.

Nossos achados devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. O delineamento de corte transversal não permite estabelecer relações de causalidade ou temporais, possibilitando identificar associações. No presente estudo, a pesquisa da prevalência de depressão e ansiedade foi baseada no autorrelato da participante e apresentou valores semelhantes aos descritos por autores que utilizaram instrumentos específicos⁵. A despeito da limitação do autorrelato de depressão e ansiedade, foi descrito que uma simples questão em relação a essas alterações é suficiente para diagnosticá-las com alta sensibilidade e especificidade²⁶. Vale destacar a utilização de um questionário de QV traduzido e validado internacionalmente e a presença de um grupo controle, composto por mulheres sem DPC. Destaca-se, ainda, a comparação dos escores de QV com ajuste por condições comuns em mulheres com DPC, incluindo dismenorrea, depressão e ansiedade.

Finalmente, acreditamos que nossos achados são de interesse para os profissionais envolvidos nos cuidados da saúde da mulher. Observou-se que mulheres com DPC apresentaram pior QV do que aquelas sem DPC e que depressão e intensidade da dor associaram-se negativamente à QV de mulheres com DPC. Esses dados indicam a necessidade de se priorizar o tratamento de sintomas depressivos e da dor, minimizando as repercussões negativas desses fatores sobre a QV de mulheres com DPC.

Referências

1. 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.
2. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. 2004;28(4):369-75.
3. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*. 2001;51(468):541-7.
4. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int*. 2006;27(7):585-99.

5. 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.
6. Ter Kuile MM, Weijnenborg PT, Spinhoven P. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *J Sex Med*. 2010;7(5):1901-10.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of chronic pelvic pain [Internet]. 2005 [cited 2010 May 22]. Available from: <<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT41InitialManagementChronicPelvicPain2005.pdf>>
8. Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust*. 2008;189(3):138-43.
9. Weijnenborg PT, Ter Kuile MM, Gopie JP, Spinhoven P. Predictors of outcome in a cohort of women with chronic pelvic pain - a follow-up study. *Eur J Pain*. 2009;13(7):769-75.
10. 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.
11. Sepulcri Rde P, do 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.
12. Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):88-92.
13. Cruz LN, de Almeida Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2009 [cited 2010 May 24]. Available from: <<http://www.springerlink.com/content/3584745541055672/fulltext.pdf>>
14. Haggerty CL, Schulz R, Ness RB; PID Evaluation and Clinical Health Study Investigators. Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol*. 2003;102(5 Pt 1):934-9.
15. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2(2):153-9.
16. International Association for the Study of Pain. IASP pain terminology [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 14]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>
17. Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB. Quality of life of women with gynecologic cancer: associated factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276(6):583-9.
18. Briggs M, Closs JS. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(6):438-46.
19. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
21. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and interpretation guide. Lincoln, RI: Quality Metric; 2000.
22. Koenker R, Bassett G Jr. Regression quantiles. *Econometrica*. 1978;46(1):33-50.
23. Neelakantan D, Omojole F, Clark TJ, Gupta JK, Khan KS. Quality of life instruments in studies of chronic pelvic pain: a systematic review. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(8):851-8.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
25. 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.
26. Wyshak G, Barsky AJ. Relationship between patient self-ratings and physician ratings of general health, depression, and anxiety. *Arch Fam Med*. 1994;3(5):419-24.