

**UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UnRV)
FACULDADE DE FISIOTERAPIA**

ANDRESSA PAMPLONA FELIPE

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA
FEMININA: UMA REVISÃO**

RIO VERDE, GO

2020

ANDRESSA PAMPLONA FELIPE

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA FEMININA: UMA
REVISÃO**

Monografia apresentada à Banca examinadora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde (UniRV) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Ma. Evelyn Schulz Pignatti

RIO VERDE, GO

2020

Ficha Catalográfica

A57li Felipe, Andressa Pamplona

Atuação da Fisioterapia na dor pélvica crônica feminina: Uma
revisão. / Andressa Pamplona Felipe. – 2020.
F353a

Orientadora: Prof^a. Ma. Evelyn Schulz Pignatti.

Monografia (Graduação) – Universidade de Rio Verde - UniRV,
Faculdade de Fisioterapia, 2020.

1. Dor pélvica Crônica feminina. 2. Tratamento fisioterapêutico da
DPC. 3. Avaliação física da dor pélvica crônica. I. Schulz Pignatti, Evelyn.

CDD: 615.82

Bibliotecária responsável:

ANDRESSA PAMPLONA FELIPE

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA FEMININA: UMA
REVISÃO**

Monografia apresentada à Banca Examinadora do Curso de Fisioterapia da Universidade de Rio Verde (UniRV) como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Rio Verde, GO, 08 de dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA



.....
Prof.^a Ma. Evelyn Schulz Pignatti
Orientadora (Universidade de Rio Verde)



.....
Ft. Tatiana de Oliveira Ferreira
Membro convidado



.....
Prof.^a Ma. Adriana Vieira Macedo Brugnoli
Professora (Universidade de Rio Verde)

Dedico...

Primeiramente a Deus, meu guia durante a caminhada pela vida; ao meu filho Benício Pamplona Campos e a minha mãe Elis Regina Pamplona Vilela vocês são meu alicerce, lutaram e lutam pela minha vitória a cada dia, me deram forças durante toda minha fase acadêmica. Ao meu pai, Amilton de Souza Felipe que não pode estar comigo nesse plano espiritual, mas que sempre estará no meu coração, e a minha avó Coraci Beraldo Pamplona que é um anjo em minha vida, obrigada por sempre me apoiarem em tudo e principalmente por acreditar no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que sou e tenho hoje, por me dar forças para ir atrás dos meus sonhos e ter a vitória de me formar em uma área que sou completamente apaixonada.

Ao meu filho amado que veio trazer mais felicidade para minha vida, por cada dia que passa você me dar mais força para prosseguir com os nossos sonhos e objetivos.

À minha família, em especial a minha tia Elisângela Pamplona Vilela, e a minha irmã caçula Cecília Pamplona Rodrigues que são a minha base, obrigada por todo apoio e confiança, por sempre estarem dispostas a me ajudar e acreditar nos meus sonhos, sem vocês eu não seria nada. Aos meus colegas de faculdade por sempre estarem juntos durante minha trajetória, por cada momento de alegria e os de tristeza.

A todos os professores que participaram durante a minha vida acadêmica, compartilhando conosco toda sabedoria, e auxiliando na concretização dessa nossa etapa. Muito obrigada, levarei por toda vida cada ensinamento passado.

RESUMO

A dor pélvica crônica (DPC) não se trata de uma doença, mas de um quadro clínico que pode ser desencadeado por diferentes afecções gerando uma dor não cíclica podendo ser aguda ou crônica, localizada na região abdominal inferior ou pélvica com duração de seis meses ou mais. Trata-se de uma importante morbidade, pois interfere nas atividades diárias e tem um impacto direto na qualidade de vida da paciente, transformando a DPC em um problema de saúde pública. A etiologia não é clara e pode estar associada a fatores socioculturais, psicológicos ou musculoesqueléticos, o que torna um desafio e uma necessidade a realização de uma avaliação física e complementar muito bem estruturada, além de uma riqueza de recolha de dados que possam contribuir com a compressão da história pregressa e atual dessa paciente, e o conhecimento das possibilidades dos recursos para o seu tratamento. Destaca-se que dentre todas as possibilidades de tratamento conservador da DPC, existem resultados positivos e melhora do quadro sintomático das pacientes que realizam a fisioterapia. Este trabalho é uma revisão bibliográfica sobre os principais recursos e resultados das condutas fisioterapêuticas vigentes neste contexto, não excluindo a necessidade de se considerar a reabilitação desta disfunção numa perspectiva interdisciplinar devido as várias interfaces de acometimento vigentes nestes casos.

Palavras-chave: Dor pélvica Crônica feminina. Tratamento fisioterapêutico da DPC. Avaliação física da dor pélvica crônica.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPP) is not a disease, but a clinical condition that can be triggered by different conditions, generating non-cyclical pain that can be acute or chronic, located in the lower abdominal or pelvic region for six months or more. It is an important morbidity, as it interferes with daily activities and has a direct impact on the patient's quality of life, transforming CPD into a public health problem. The etiology is not clear and may be associated with socio-cultural, psychological or musculoskeletal factors, which makes it a challenge and a necessity to carry out a well-structured physical and complementary assessment, in addition to a wealth of data collection that can contribute to the compression of this patient's past and current history, and knowledge of the possibilities of resources for her treatment. It is noteworthy that among all the possibilities for conservative treatment of CPD, there are positive results and improvement in the symptomatic condition of patients undergoing physical therapy. This work is a bibliographic review of the main resources and results of the current physical therapy procedures, not excluding the need to consider the rehabilitation of this dysfunction in an interdisciplinary perspective due to the various interfaces of involvement in these cases.

Keywords: Female chronic pelvic pain. Physiotherapeutic treatment of CPD. Physical assessment of chronic pelvic pain.

LISTA DE SIGLAS

DPC - Dor pélvica crônica

SNC - Sistema Nervoso Central

AVD's - Atividade de vida diária

IU - Incontinência Urinária

SII - Síndrome do intestino irritável

EVA- Escala visual analógica

AP- Assoalho pélvico

MMII- Membros inferiores

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 DOR PÉLVICA CRÔNICA.....	11
2.1.1 Aspectos Epidemiológicos.....	11
2.1.2 Fisiopatologia.....	12
2.1.3 Diagnóstico.....	14
2.1.3.1 História clínica.....	14
2.1.3.2 Dor.....	15
2.1.3.3 Exame físico.....	16
2.1.3.4 Exames complementares.....	17
2.1.4 Tratamento geral.....	17
2.1.4.1 Cirúrgico.....	18
2.1.5 Fisioterapia.....	19
2.1.5.1 Avaliação Fisioterapêutica.....	20
2.1.5.2 Recursos Fisioterapêuticos.....	21
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4 METODOLOGIA.....	23
5 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO I – ARTIGO.....	29

1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) é uma dor não menstrual, podendo ser contínua ou intermitente com duração de seis meses ou mais, de localização na parede abdominal inferior ou pélvica. A intensidade da dor interfere nas atividades diárias e reduz a qualidade de vida dessas mulheres acometidas.

A dor aguda pode ter origem a partir de um processo identificável e sua evolução pode ser evitada, porém a dor crônica não apresenta origem identificável e suas características são peculiares. Podendo a DPC relacionar-se a diversos sistemas corporais, além disso estar associada aos transtornos de depressão, de ansiedade e relatos de história de abuso sexual.

Em razão da diversidade dos fatores etiológicos da DPC, o diagnóstico e a avaliação física da paciente são indispensáveis para a caracterização da dor e acompanhamento dos sintomas, e a alteração do sistema nervoso central (SNC) faz com que seja mantida a percepção de dor, aumentando assim a percepção de estímulos não dolorosos para estímulos dolorosos e os dolorosos intensificando-se.

Este trabalho objetivou realizar uma revisão bibliográfica sobre a dor pélvica crônica a partir da busca de livros e artigos científicos em base de dados como Pubmed, Lilacs e Medline, nos anos de 1990 a 2020.

A partir da revisão de literatura identificou-se que a dor pélvica crônica tornou-se um grave problema de saúde pública, com altos níveis de prevalência dessa síndrome em mulheres com idade entre 14 a 60 anos, estando a queixa presente em grande parte das consultas de ginecologia. Outro dado importante é que existe consenso que a fisioterapia pode auxiliar no tratamento desta afecção, corroborando no alívio das dores, na correção da postura e na redução dos espasmos musculares, além de realizar orientações para a retomada das atividades de vida diária (AVD's) destas pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOR PÉLVICA CRÔNICA

A dor pélvica crônica (DPC) pode ser definida como uma dor intermitente ou constante na parte inferior do abdômen ou pelve, com duração de pelo menos 6 meses, ocorrendo ou não ligação com a menstruação ou relação sexual, não associando com a gravidez (AHANGARI, 2014).

A complexa interação e envolvimento na DPC com os aspectos fisiológicos, ginecológicos, psicológicos e socioculturais geram consequências que podem causar a incapacidade funcional, levando ao tratamento clínico ou cirúrgico (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006). Essa incapacidade funcional acaba por gerar impacto direto na vida social, profissional e conjugal, sendo considerado um grave problema de saúde pública.

A dor pélvica pode estar relacionada a etiologias ginecológicas relevantes, dentre elas estão a endometriose, a adenomiose, miomas uterinos, varizes pélvicas e as aderências. Destacam-se também na composição de sua etiologia não ginecológica a síndrome do cólon irritável, cistite intersticial e desordens psicológicas. A dor pode surgir de um ou mais órgãos, e o modo como a dor afeta os órgãos pode ser variável, o que acaba por dificultar o fechamento do diagnóstico (HOWARD, 2003).

2.1.1 Aspectos Epidemiológicos

A dor pélvica crônica tem uma incidência variante devido a diferentes tipos de definições que podem incluir ou não a dor durante o ciclo menstrual e na ovulação. A estimativa é de 15% em mulheres americanas com idade entre 18 a 50 anos (AMIRBEKIAN; HOOLEY, 2014) e de 11,5% em mulheres acima de 14 anos e 15,1% em mulheres com idade reprodutiva, esses dados são os únicos colhidos até o momento no Brasil (SILVA et al., 2011).

Em um estudo realizado no Reino Unido foi evidenciado que 60% das mulheres tem a DPC, mas nunca receberam um diagnóstico específico, e 20% delas nunca foram atrás de uma avaliação minuciosa para saber a origem da dor. Já em estudos brasileiros houve uma identificação na prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com a dor pélvica crônica

chegando em até 86% dos casos, que associados podem afetar a qualidade de vida geral destas pacientes (LUZ et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a prevalência para a dor acíclica é de 2,1 a 24%, para dispareunia é 8 a 21,1% e para dismenorreia 16,8 a 81% (CLEMONS; ARYA; MYERS, 2002). Essa afecção é responsável por cerca de 10% das consultas ambulatoriais ginecológicas e de 40 a 50% das laparoscopias ginecológicas e 12% das histerectomias (LATTHE et al., 2006), e uma taxa de recorrência ao longo da vida de 33% (ZONDERVAN et al., 2001).

A DPC desencadeia uma série de distúrbios psicológicos e físicos. Os distúrbios psicológicos globais mais prevalentes entre as mulheres são a depressão 22 a 50%, ansiedade 10 a 20%, distúrbios multi-psicológicos de 20 a 30% e os distúrbios somáticos de 10 a 20% (DICK, 2004). No Brasil a prevalência de ansiedade lidera com 73% seguido da depressão com 40%. Mesmo a DPC sendo um problema mundial que afeta mulheres de faixa etária distintas, as pesquisas e estudos sobre essa síndrome ainda são restritos, o que dificulta o diagnóstico e subsequentemente dados em relação a sua prevalência (ROMÃO et al., 2009).

2.1.2 Fisiopatologia

Os órgãos da pelve compõem diferentes sistemas, porém a proximidade entre eles dificulta o diagnóstico da DPC (BARCELOS et al., 2010), pela sua natureza multifatorial e níveis complexos de acometimento de diferentes órgãos ocasionando uma mesma manifestação clínica.

Uma das principais hipóteses da fisiopatologia é a inflamação neurogênica. Os estímulos nocivos provocam dano tecidual, aumentam a produção de substâncias que geram dor e que estão presentes nas terminações de nociceptores aferentes primários que são liberados a partir de estímulos. Esses estímulos podem ter várias direções, para a medula espinhal (sentido ortodrômico) ou para a periferia (sentido anti-drômico) gerando mais lesão tecidual e fazendo com que o ciclo se feche e o estímulo doloroso se torne crônico (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Deve-se entender que pode não haver nenhuma doença orgânica que justifique o quadro algico crônico e que um terço das pacientes não tem a causa identificada (GRACE; ZONDERVAN, 2004).

Importante o reconhecimento das mudanças orgânicas e fisiológicas que afetam o trato reprodutivo como vísceras e o sistema musculoesquelético, e a associação do quadro clínico a depressão, ansiedade, distúrbios do sono e disfunção sexual, fazendo com que o tratamento seja mais complexo (GRACE; ZONDERVAN, 2004).

Existe uma possibilidade da sensibilidade cruzada entre as vísceras que compartilham a mesma inervação levarem a dor e gerar um reflexo víscero-muscular que pode resultar em repercussões disfuncionais, dificuldade miccional, incontinência urinária (IU) ou síndrome miofascial gerando novos pontos de dor (GRACE; ZONDERVAN, 2004).

Muito frequente a relação entre a DPC de origem ginecológica e a endometriose, diagnosticada durante as laparoscopias¹. Mulheres diagnosticadas com endometriose relatam que há um aumento da dor durante o período menstrual (dismenorreia) associada a uma dispareunia². As aderências pélvicas também são de origem ginecológica, são caracterizadas por formações fibrosas regenerativas, causadas por infecções, traumas mecânicos e sangramentos. Está ligada a DPC, infertilidade ou em alguns casos mais graves a obstrução intestinal. Realizando o Mapeamento Consciente da Dor é possível perceber a associação das aderências em mulheres com a dor pélvica crônica uma vez que manipuladas essas aderências a paciente relata queixas de dor (GRACE; ZONDERVAN, 2004).

A adenomiose pode ser definida pela presença de tecido endometrial ectópico entre as fibras do miométrio, e é associada a dor pélvica crônica cíclica e gera dismenorreia intensa e anormal, além da dor por conta do sangramento excessivo ou pela descamação do endométrio, esses sintomas também fazem parte da DPC de origem ginecológica (GRACE; ZONDERVAN, 2004).

¹ Intervenção cirúrgica ginecológica e urológica minimamente invasiva que consiste na retirada da vesícula biliar.

² Dor genital associada à relação sexual, mais frequente em mulheres.

2.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico deve ser realizado de acordo com a história clínica e os exames físicos. A diversidade de órgãos e tecidos faz com que a pelve seja uma região única e por esta razão o diagnóstico da DPC seja muito complexo e desafiador. Como a dor pélvica crônica é multifatorial, o diagnóstico inicial é frequentemente sindrômico, e a real causa da dor é mascarada por conta da associação de doenças, gerando insatisfação e frustração por ambas as partes (ACOG, 2003).

Ao realizar uma anamnese minuciosa e um exame físico detalhado torna possível um diagnóstico correto e conseqüentemente um sucesso terapêutico. Os exames de imagem também auxiliam na elucidação dessa afecção. A ultrassonografia transvaginal (USG TV) costuma ser indicada para a avaliação de massas pélvicas e ajuda na detecção da endometriose e anormalidades estruturais. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) são exames com indicação limitada e podem ser utilizados apenas para melhorar a sensibilidade da ultrassonografia (US), em casos de massas pélvicas com suspeita de comprometimento estrutural (ACOG, 2003).

Naqueles pacientes com queixas urinárias é necessário realizar o exame de urina e a urocultura para descarte de hematúria e infecções. Para fechar o diagnóstico recomenda-se realizar a aplicação de questionários que devem ser preenchidos pela paciente otimizando assim o atendimento (ACOG, 2003).

2.1.3.1 História clínica

A história clínica completa da paciente é uma das ferramentas mais benéficas para a avaliação da DPC, e por esta questão é necessário que a paciente seja questionada quanto a característica da dor, fatores que podem melhorar ou acentuar a dor, irradiação e combinação da algia com o ciclo menstrual. É necessário também questionar sobre os tratamentos anteriores e se houve melhora, qual o padrão menstrual da paciente, dismenorreia e infertilidade (SAVIDGE; SLADE, 1997).

As características da dor podem ser avaliadas quanto a localização, intensidade, duração e se tem ligação com fatores cotidianos. Considerável questionar sobre antecedentes pessoais clínicos e cirúrgicos, se a paciente já foi diagnosticada com endometriose, disfunções

neuromusculares, alterações intestinais, incontinência urinária ou se já realizou tratamentos prévios para a dor. Durante a inquirição é importante investigar sobre outros aparelhos, ou sintomas como alterações urinárias e intestinais para poder avaliar e classificar os sintomas que podem estar relacionados a cistite intersticial ou síndrome do intestino irritável (SII) (SAVIDGE; SLADE, 1997).

É importante durante a investigação se concentrar em localizar fatores que contribuem para o surgimento da dor, sejam estes fatores psicológicos, sociais ou ambientais, históricos de abuso físico ou sexual podem estar associados a DPC, levando a sintomas como perda de peso sem explicação, perimenopausa irregular e hemorragia, e complicações durante o trabalho de parto (SAVIDGE; SLADE, 1997).

2.1.3.2 Dor

A mensuração clínica da dor é feita por meio de instrumentos próprios para essa avaliação, sendo realizada por meio de escalas unidimensionais e multidimensionais (ONG; SEYMOUR, 2004).

As escalas unidimensionais mais utilizadas são a analógica visual da dor (EVA), ela é a mais usada na prática clínica porque é de rápida aplicação e de grande efetividade. Essa escala contém números de 0 a 10 onde o (0) corresponde a ausência de dor e o número (10) alto nível de dor já sentida, na qual a paciente será orientada a marcar o número que corresponde a sua dor referida. A aplicabilidade dessa escala é bem simples, sendo usada em diversos idiomas e compreendida facilmente por parte das pacientes (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Por fim a escala numérica também faz parte do conjunto de escalas unidimensionais. Essa categoria numérica consiste na paciente escolher o número que mais determina sua dor. O número (0) corresponde a nenhuma dor, (1) uma dor branda, (2) um desconforto, (3) uma dor aflitiva, (4) uma dor horrível e o (5) uma dor martirizante (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Das escalas multidimensionais, o mais aplicado é o questionário de McGill onde os descritores da dor são agrupados em quatro classes, sendo eles sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea e em 16 subclasses. Essa riqueza de detalhes no questionário faz com que a

paciente detalhe com mais minuciosidade sua dor, e transmita ao avaliador o que realmente está sentindo (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

2.1.3.3 Exame físico

O exame físico de uma paciente com DPC se diferencia de um exame ginecológico de rotina, e ele visa confirmar ou excluir suposições feitas durante a anamnese. É importante visualizar se a paciente se sente bem ao realizar o exame físico depois da anamnese, e se for necessário não excluir a possibilidade de adia-lo para uma segunda consulta devido a angústia dela ao relatar sua história. Importante procurar deixar claro para a paciente que ela que controlará o momento do exame desde o iniciar até o terminar (STEEGE; METZGER; LEVY, 1998).

O exame tem como objetivo procurar as condições patológicas, e reproduzir a dor da paciente para ter a identificação dos contribuintes físicos. Deve se iniciar com a palpação do abdômen de modo geral rastreando os pontos dolorosos de modo profundo e superficial. É importante o examinador ter um feedback das pontuações atingidas pela paciente na escala numérica de dor, para ter um comparativo dos resultados alcançados. A palpação também se abrange para a região lombar, articulação sacro-iliaca, sínfise púbica e genitália externa para a observação de cicatrizes, fibroses, nódulos ou pontos de gatilhos (NADER; CANDIDO, 2001).

Durante o exame físico deve se observar o modo de andar, posturas antálgicas, e expressões faciais (NADER; CANDIDO, 2001). O exame deve ser realizado de forma delicada e mais confortável possível para a paciente devido a exacerbação da sensibilidade dolorosa. O exame vaginal é realizado a partir do toque unidigital com avaliação da uretra, base da bexiga e o trígono na parede vaginal anterior, e em seguida os músculos do assoalho pélvico (PRENDERGAST; WEISS, 2003). Na avaliação com o toque bi-digital é dada atenção as irregularidades, nódulos ou ligamentos útero-sacros que podem sugerir a presença de endometriose. O relato de dor, seja moderada ou intensa durante a palpação no útero, pode ser sugestivo de adenomiose, síndrome da congestão pélvica ou pelviperitonite.

O toque bi-manual informa sobre o tamanho do contorno uterino, sua mobilidade e episódios de dor durante a mobilização, permitindo ainda a palpação dos anexos e ovários (BECKMANN, 2002)

2.1.3.4 Exames complementares

Exclusivamente os exames laboratoriais e de imagem não servem como fechamento de diagnóstico, mas servem como complementação auxiliando na exclusão de outras afecções que podem estar associadas. O exame de urina beneficia na identificação de infecções de urina, clamídia e exclusão de suposta gestação, que também pode ser descartado por meio do ultrassom pélvico (US) ou transvaginal que tem uma alta sensibilidade na detecção de miomas ou massas pélvicas (HATLEBAKK; HATLEBAKK, 2004).

A ressonância nuclear magnética (RNM) pode facilitar no diagnóstico de endometriose, adeniose e revelar estruturas não captadas pelo ultrassom complementando as informações. Em casos que a dor referida pela paciente seja na região intestinal, é sugerido que seja realizado a colonoscopia para descarte de doenças inflamatórias intestinais e ultrassonografia com doppler e venografia para casos de congestão pélvica (HATLEBAKK; HATLEBAKK, 2004).

Deve-se compreender que muitas afecções causadoras da DPC são de diagnóstico clínico, e basear o diagnóstico somente nos exames complementares pode originar em um erro na propedêutica da paciente e na permanência dos sintomas e quadro clínico (HATLEBAKK; HATLEBAKK, 2004).

2.1.4 Tratamento geral

O tratamento é realizado em conjunto com a paciente, sendo dirigido para a causa subjacente da dor pélvica e desse modo planejar uma conduta específica para a paciente. É necessário que englobe um conjunto de tratamentos medicamentosos, psicológico e uma equipe multidisciplinar com profissionais especializados. A psicoterapia associada a fisioterapia gera uma melhora significativa na diminuição da dor e ajuda as mulheres acometidas a desenvolverem um autoconhecimento e maior controle sobre sua própria saúde (MILBURN; REITER; RHOMBERG, 1993).

Quando a paciente passa a ter um diagnóstico específico da área que está ocasionando a dor, o seu tratamento também passa a ser específico para aquela afecção, e quando não se tem a área da dor definida o tratamento é dirigido para a contenção da dor (STONES; MOUNTFIELD, 2000). O uso de analgésicos como anti-inflamatórios não hormonais e acetaminofen que são de primeira linha, podem ser usados como primeira escolha. Necessita-se que se faça a tentativa de uso de pelo menos três tipos de analgésicos associados ou isolados antes de entrar com o tratamento à base de opioides (MILBURN; REITER; RHOMBERG, 1993).

Os opiáceos irão ser usados quando não se teve resultados com o tratamento prévio, mesmo sendo esclarecido na literatura que o uso dessas substâncias não causa dependência e tolerância faz-se necessário salientar essas condições (MIOTTO et al., 1996).

O uso de analgésicos injetáveis é feito no local dos pontos gatilhos da parede abdominal e nos músculos do assoalho pélvico para o tratamento da síndrome miofascial e bloqueio de nervos dessa região. A DPC pode ser tratada também com uso de injeções de toxina botulínica, anestesia local e fisioterapia (GAJRAJ, 2005).

Os antidepressivos associados a analgésicos podem ser usados no tratamento da dor pélvica crônica de qualquer etiologia, auxiliam na melhora dos sintomas álgicos, restabelece o sono e tem uma redução significativa dos sintomas depressivos, e as pacientes apresentam grande adesão a este tipo de tratamento (ONGHENA; VAN HOUDENHOVE, 1992).

2.1.4.1 Cirúrgico

A endometriose é uma das causas da dor pélvica em mulheres em idade reprodutiva. Os sintomas são dolorosos e variam de acordo com a profundidade da lesão. O tratamento clínico tem uma grande adesão, mas não atua de forma curativa, e sem a administração da medicação a paciente pode ter o retorno dos sintomas, e devido a essa regressão muitas vezes é indicado o tratamento cirúrgico (KENNEDY et al., 2005).

Pacientes que possuem uma endometriose profunda e severa, o tratamento cirúrgico mais indicado era a histerectomia, onde se retirava o útero e ligamentos que se fixam na pelve. Atualmente é preferida a conservação desses órgãos e é feita a ressecção apenas da lesão, mantendo o útero intacto, e o grau da melhora está interligado com a eficácia da ressecção cirúrgica (KENNEDY et al., 2005). É necessário que na histerectomia seja feita a remoção

total de lesões profundas da endometriose para promover o benefício da melhora clínica, caso não seja retirada por completo as lesões e aderências o resultado será uma melhora mínima.

A laparoscopia é feita para o controle da dor na endometriose e tem demonstrado resultados satisfatórios, por ser uma cirurgia pouco invasiva ela promove uma melhor visualização das estruturas, um pós-operatório mais tranquilo e uma alta precoce. Os tipos de ressecção laparoscópica variam, como a vaporização a laser, ressecção a laser ou eletrocirúrgica. Porém, a laparoscopia para lise de aderências tem se mostrado pouco satisfatória na maioria dos casos, porque as aderências que são mais associadas a DPC estão secundárias a endometriose severa (HAMMOUD; GAGO; DIAMOND, 2004).

Por enquanto não há muitas evidências sobre a recomendação da histerectomia como tratamento para a dor pélvica crônica. Essas evidências diminuem ainda mais quando são consideradas as pacientes sem patologias uterinas que podem estar relacionadas a DPC. A histerectomia se faz útil quando é realizada em casos de adenomiose que foi pouco responsiva ao tratamento clínico (HILLIS; MARCHBANKS; PETERSON, 1995).

2.1.5 Fisioterapia

A fisioterapia se enquadra nas terapêuticas não invasivas, podendo ser usado diversos recursos para a melhora e a diminuição da dor da paciente acometida, além de outros objetivos e condutas como as considerações de Baker (1993) “em função das alterações posturais estarem presentes na maioria das mulheres com DPC, faz-se necessário que o programa terapêutico inclua exercícios de reeducação postural”.

Para a redução do tônus e o favorecimento do alongamento muscular são usadas técnicas de relaxamento prévio. A respiração diafragmática pode proporcionar a paciente uma percepção de maior relaxamento e menor estresse local. A terapia manual é de grande eficácia associada as técnicas de liberação miofascial e reeducação postural global (RPG). Massagens perineais com dispositivos para o relaxamento e percepção da musculatura perineal costumam apresentar indicações, além da terapia comportamental que pode auxiliar a paciente a desenvolver estratégias para minimização ou eliminação da dor (BAKER, 1993).

Tratamento fundamentados na cinesioterapia são indicados, como os exercícios na posição ortostática com movimentos circulares da cabeça, alongamento do tríceps braquial e dos flexores de quadril. Na posição sentada pode ser realizado o alongamento do piriforme e

adutores do quadril, além da indicação em muitos casos da série de Williams para o alongamento tóraco-lombar. Além destes, pode ser indicada a técnica de alongamento de Mackenzie e a realização dos movimentos de báscula no decúbito dorsal. Manobras no abdômen, ginástica hipopressiva, o uso de balonetes com manobras de evacuação, além de orientações como a respiração diafragmática, pompagens na região cervical e lombar, liberação da fáscia plantar e pompagem de tronco, fazem parte do protocolo de fisioterapia para DPC (SPALTEHOLZ, SPANNER, 1988).

O uso de terapias manuais na região pélvica auxilia no tratamento da síndrome miofascial e espasmos musculares, por compressão isquêmica e massagem perineal. O atendimento fisioterapêutico deve basear-se no alívio da dor e na correção musculoesquelética para a melhora ou até mesmo a cura do quadro (OLIVEIRA et al., 2012).

2.1.5.1 Avaliação Fisioterapêutica

A avaliação fisioterapêutica consiste em avaliar a postura da paciente, a partir do alinhamento da cabeça³, o posicionamento dos ombros e a simetria⁴, triângulo de Tales⁵, simetria das escápulas e seu posicionamento⁶, curvatura da coluna vertebral⁷, simetria da pelve⁸, joelhos e pés⁹. É necessário avaliar o grau de encurtamento dos músculos da cadeia posterior e a mensuração do comprimento dos membros inferiores (MMII), a medida real e a aparente dos membros inferiores (CELISO; CARVALHO; TANAKA, 2011).

A avaliação dos MAP's é realizada na posição de decúbito dorsal com os quadris e os joelhos fletidos, e a contração dos músculos do assoalho pélvico é feita juntamente com a respiração diafragmática, sendo necessária a palpação para identificar se a paciente não está usando a musculatura acessória¹⁰ durante a contração destes músculos (BO; SHERBURN, 2005).

Na avaliação dos MAP's é realizada a palpação digital onde o examinador introduz o dedo indicador enluvado e com lubrificante neutro no interior da vagina. Solicita-se uma

³ Inclinação, rotação, prostração e rotação.

⁴ Desnívelamento, protrusão e retração.

⁵ Distância entre o epicôndilo medial e o tronco.

⁶ Aladas, desniveladas ou planas.

⁷ Cifose, lordose e escoliose.

⁸ Nivelamento das espinhas ilíacas, anteversão e retroversão.

⁹ Joelhos valgo ou varo, pés simétricos, planos ou cavos.

¹⁰ Abdominais, glúteos e adutores da coxa.

contração por parte da paciente durante 5 segundos sendo utilizado a maior força possível. A escala de Oxford Modificada é usada para mensurar a função muscular, sendo que (0) representa a ausência de contração muscular, (1) esboço de contração não-sustentada, (2) presença de contração com pouca intensidade, (3) contração moderada com um aumento da pressão intravaginal que comprime o dedo do examinador, (4) contração satisfatória, que aperta o dedo do examinador com elevação da parede vaginal em direção a sínfise púbica, (5) contração forte, compressão firme do dedo do examinador com movimento positivo em direção a sínfise púbica (BO; SHERBURN, 2005).

2.1.5.2 Recursos Fisioterapêuticos

A corrente elétrica como uso terapêutico ocorreu em 1745 com os primeiros relatos de eletroterapia em aplicações médicas. No século XIX a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) foi desenvolvida, sendo aperfeiçoada ao decorrer dos anos e modificada de acordo com a evolução científica (KAPLAN et al., 1997). A eletroterapia tem como objetivo promover analgesia devido ao efeito contra irritativo que irá ativar o sistema supressor da dor e essa sensação interfere na percepção do paciente (CARVALHO, 1999).

No tratamento da DPC podem ser usados eletrodos anais ou intravaginais, pelo fato da aplicação ser mais próxima do local responsável pelos quadros álgicos. Nesse tratamento o tipo de corrente elétrica utilizada é a de baixa frequência de até 20 Hz, mesmo sendo considerada de baixa intensidade, ela consegue gerar uma analgesia, devido ao aumento de opioides circulantes, aumentando também os níveis de dopamina, epinefrina e serotonina e reduzindo assim o potencial de ação das fibras A- delta responsáveis pela transmissão da dor (CAILLIET, 1999). Para uma terapêutica satisfatória é necessário verificar a modulação adequada, o tipo de corrente, a duração do pulso, a amplitude da corrente, a frequência, intensidade, o local onde o eletrodo está sendo aplicado, o tempo de aplicação que pode variar de 15 a 60 minutos e os resultados que podem durar de semanas a meses.

O biofeedback é muito empregado no tratamento da DPC, porque é possível transformar os sinais musculares em visuais ou auditivos facilitando assim a percepção de contração da paciente e o conhecimento sobre o jeito correto de se realizar a contração. A eletromiografia do biofeedback analisa a atividade elétrica neuromuscular, aumentando a eficácia do tratamento e melhorando na adesão da paciente (CAILLIET, 1999).

A termoterapia tem sido frequentemente usada em pacientes com DPC devido seus efeitos fisiológicos. O calor irá proporcionar efeitos analgésicos, descongestionantes e antiespasmódicos a partir de uma elevação da temperatura tecidual que faz com que haja uma diminuição do tônus vasomotor, aumentando o metabolismo tecidual e o fluxo sanguíneo local, diminuindo assim os processos inflamatórios crônicos (LEE et al., 1990).

Estudos apontam que a crioterapia apresenta efeitos terapêuticos similares com a termoterapia, pois o frio também produz uma analgesia, a partir do atraso da transmissão do estímulo neuromuscular, além de ter propriedades anti-inflamatórias e diminuir os espasmos musculares (BAKER, 1999).

A cinesioterapia é uma técnica que por meio de exercícios que atuam na região pélvica irá promover uma prevenção de alterações posturais, examinando a harmonia da coluna de modo que recupere as curvaturas fisiológicas, exigindo um esforço muscular, flexibilidade, mobilidade articular, além de consciência corporal, reeducação da respiração e na redução da dor. E por ser uma terapia de baixo custo e alto benefício, a cinesioterapia é considerada uma importante possibilidade de melhora para o tratamento das mulheres acometidas por DPC (HERATI; MOLDWIN, 2013).

O tratamento em grupo destas pacientes costuma apresentar um alto índice de adesão, possibilitando a melhora da capacidade funcional e da percepção das incapacidades, que ao observar e compartilhar com o grupo suas dificuldades, somado ao benefício do contato social e da melhora da auto estima dessas mulheres, fatores estes que conseqüentemente acabam por proporcionar uma melhora na qualidade de vida geral das integrantes (SPINOSO; FAGANELLO, 2011).

A terapia manual em pacientes com uma condição pélvica dolorosa mostrou eficácia. Este recurso terapêutico foi realizado através de massagens e microcinesioterapia¹¹ para o alívio da dor, associado com alongamentos, relaxamento, técnicas de respiração e acupuntura (DELLENBACH, 2001).

¹¹ Técnica de mini estimulação manual que permite ler e interpretar a linguagem escrita do corpo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar através de uma revisão bibliográfica os recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da dor pélvica crônica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar os principais conceitos sobre a dor pélvica crônica;
- Caracterizar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da dor pélvica crônica;
- Indicar e discorrer sobre os recursos fisioterapêuticos utilizados na dor pélvica crônica.

4 METODOLOGIA

Este estudo constituiu de uma revisão bibliográfica que proporcionou a compreensão sobre o tema “Atuação da fisioterapia na dor pélvica crônica”. Foram selecionados artigos científicos, dissertações, teses e pesquisas científicas, que foram coletados nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e PUBMED em busca de subsídio para desenvolvimento do tema e objetivos propostos. A estratégia incluiu pesquisas que abordassem os aspectos relacionados á qualidade de vida e a importância do tratamento fisioterapêutico. Foram utilizados os seguintes descritores: dor pélvica crônica feminina, tratamento fisioterapêutico da dor pélvica crônica e avaliação física na dor pélvica crônica.

Foram incluídos materiais científicos em língua portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 1990 a 2020, utilizados para fomentar a formulação da pesquisa, pois estudos como estes são alicerce para fundamentação teórica e científica do tema. O referencial teórico encontrado foi selecionado de forma que subsidiasse informações relevantes para aprimorar o conhecimento e fundamentar o assunto proposto.

5 CONCLUSÃO

A partir da revisão sobre dor pélvica crônica em mulheres, observou-se existir uma variedade de fatores que podem relacionar e predispor o seu desencadeamento, e que ainda o diagnóstico e o tratamento da DPC continua sendo um desafio. Neste contexto o diagnóstico precoce torna-se essencial para evitar em muitos destes casos a cirurgia de reparo tardio. Considerando que nem sempre isto ocorre, o desafio neste caso é instituir o tratamento correto quando muitas vezes a afecção primária envolvida na DPC é desconhecida, e assim realizar medidas para o controle desta dor.

Dentre os vários profissionais que atuam no contexto da DPC, o fisioterapeuta avalia e elabora metas terapêuticas que possam intervir na melhora do quadro sintomático e curativo dependendo dos fatores etiológicos envolvidos.

As principais técnicas e recursos fisioterapêuticos aplicados ao tratamento da DPC descritos na literatura são: cinesioterapia (destacando para as vantagens deste recurso ser aplicado na forma de grupos), eletroterapia, termoterapia, terapia manual, reeducação postural, ginástica hipopressiva, técnicas de relaxamento, e técnicas da fisioterapia pélvica como a massagem perineal, eletroestimulação endovaginal, biofeedback e terapia comportamental. Para tanto, importante o profissional fisioterapeuta conhecer os mecanismos fisiopatológicos da DPC para uma melhor indicação e aplicação dos possíveis recursos.

Durante a realização da revisão bibliográfica notou-se a dificuldade em achar materiais que pudessem contribuir para a elucidação das terapêuticas que podem contribuir para o tratamento da DPC.

São necessários novos estudos epidemiológicos e/ou estudo de casos para que possam contribuir com o discernimento e compreensão das possibilidades terapêuticas que possam trazer resultados efetivos e melhora da qualidade de vida destas mulheres acometidas pela DPC.

REFERÊNCIAS

- ACOG, Committee on Practice Bulletins – Gynecology, 2003. ACOG Practice Bulletin No 218. Chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*. v. 135, n. 3, p. 98-109, 2003.
- AHANGARI, A. Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: Na Updated Review. *Pain Physician*. v. 17, n. 2, 141-7, 2014.
- AMIRBEKIAN, S.; HOLLEY, R. J. Ultrasound Evaluantion of Pelvic Pain. *Radiol Clin N Am*. v. 52, n. 6, p. 1215-35, 2014.
- BAKER, P. K. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. v. 20, n. 4, p. 719-42, 1993.
- BAKER, P. Musculoskeletal problems. In: STEEGE, J.; METZGER, D.; LEVY, B. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia: Saunders, 1998. p. 215-40.
- BARCELOS, P.R.; CONDE, D.M.; DEUS, J.M.; MARTINEZ, E.Z. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstret*. v. 32, n. 5, p. 247-53, 2010.
- BECKMANN, C.R. *Obstetrics and gynecology*. 4 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- BO, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*. v. 85, n. 3, p. 269-82, 2005.
- CAILLIET, R. *Dor: mecanismo e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 312 p.
- CARVALHO, M. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. 380 p.
- CLEMONS, J. L.; ARYA, L. A.; MYERS, D. L. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. v. 100, p. 337-41, 2002.
- DELLENBACH, P.; REMPP, C.; HAERINGER, M. T.; SIMON, T.; MAGNIER, F.; MEYER, C. Douleur pelvienne chronique: une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynecol Obstet Fertil*. v. 29, n. 3, p. 4234-326, 2001.
- DICK, M. L. Dor pélvica crônica em mulheres: avaliação e manejo [online]. *Australian Family Physician*. v. 33, n. 12, p. 971-6, 2004.
- GAJRAJ, N. M. Botulinum Toxin a injection of the obturator internus muscle for chronic perineal pain. *J Pain*. v. 6, n. 5, p. 333-7, 2005.
- GRACE, V. M.; ZONDERVAN, K. T. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. v. 28, p. 369-375, 2004.
- HATLEBAKK, J. C; HATLEBAKK, M.V. Diagnostic approach to suspected irritable bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. v.18, n. 4, p. 735-46, 2004.

- HAMMOUD, A.; GAGO, L. A.; DIAMOND, M. P. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril*. v. 82, n. 6, p. 1483-91, 2004.
- HERATI, A. S.; MOLDWIN, R. M. Alternative therapies in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol*. V. 31, 4, p. 761-6, 2013.
- HILLIS, S. D.; MARCHBANKS, P. A.; PETERSON, H. B. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. v. 86, n.6, p. 941-5, 1995.
- HOWARD, F.M. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. v. 01, n. 3, p. 594-611, 2003.
- KAPLAN, B.; RABINERSON, D.; PARDO, J.; KRIESER, R.; NERI, A. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as a pain-relief device in bstetrics and gynecology. *Clin Exp Obstet Gynecol*. v. 24, p. 123-6, 1997.
- KENNEDY, S. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. v. 20, n. 10, p. 2698-704, 2005.
- LATTHE, P. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC PublicHealt*. v. 6, n. 177, p. 2006.
- LEE, M.; ITOH, M.; YANG, G.; EASON, A. Physical therapy and rehabilitation medicine. In: BONICA, J. J. *The management of pain*. 2 ed. Philadelphia: Lea & Febinger, 1990. p. 1769-88.
- LUZ, R. A; RODRIGUES, F. M.; VILA, V. S. C.; DEUS, J. M.; CONDE, D.M. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica. *Rev. Eletr. Enf*. v. 17, n.3, p. 1-7, 2014.
- MILBURN, A.; REITER, R. C.; RHOMBERG, A. T. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. v. 20, n. 4, p. 643-61, 1993.
- MIOTTO, K.; COMPTON, P.; LING, W.; CONOLLY, M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. *Psychosomatics*. v. 37, n. 3, p. 223-35, 1996.
- NADER, A.; CANDIDO, K. D. Pelvic pain. *Pain Pract*. v. 1, n. 2, p. 187-96, 2001.
- NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.
- OLIVEIRA, R. G. C. Q. et al. Tens de alta e baixa frequência para disminorreia primária: estudo preliminar. *ConScientiae Saúde* [Internet]. v. 11, n. 1, p.149-158, 2012.
- ONG, K. S.; SEYMOUR, R. A. Pain measurement in humans. *Surgeon*. v. 2, n. 1, p. 15-27, 2004.
- ONGHENA, P.; VAN HOUDENHOVE, B. Antidepressant-induced analgesia in chronic non-malignant pain: a meta-analysis of 39 placebo-controlled studies. *Pain*. v. 49, n. 2, p. 205-19, 1992.
- ROMAO, A. P. et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*. v. 63, p. 707-711, 2009.

SAVIDGE, G. J.; SLADE, P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* v. 42, n.5, p. 433-44, 1997.

SILVA, G. P. et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics Sao Paulo.* v. 66, n. 8, p. 1307-12, 2011.

SPALTEHOLZ, W.; SPANNER, R. Atlas de Anatomia Humana. Livraria Roca. São Paulo. 1988. 352 p.

SPINOSO, D. B.; FAGANELLO, F. R. Influência do tratamento fisioterapêutico em grupo no equilíbrio, na mobilidade funcional e na qualidade de vida de pacientes com Parkinson. *Ter Man.* v. 9, n. 45, p. 655-59, 2011.

STEEGE, J. F.; METZGER, D.A.; LEVY, B.S. *Dor pélvica crônica: uma abordagem integrada.* Filadélfia: WB Saunders; 1998.

STONES, R. W.; MOUNTFIELD, J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* v. 2, n. 4, 2000.

ZONDERVAN, K.T; YUDKIN, P.L; VESSEY, M.P et al. The community prevalence of chronic pelvic pain women and associated illness behaviour. *The British Journal of General Practice.* v. 51, n. 468, p. 541-547, 2001.

ANEXO I – ARTIGO

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOR PÉLVICA CRÔNICA FEMININA: UMA REVISÃO

*Andressa Pamplona Felipe*¹²

*Evelyn Schulz Pignatti*¹³

RESUMO

A dor pélvica crônica (DPC) não se trata de uma doença, mas de um quadro clínico que pode ser desencadeado por diferentes afecções gerando uma dor não cíclica podendo ser aguda ou crônica, localizada na região abdominal inferior ou pélvica com duração de seis meses ou mais. Trata-se de uma importante morbidade, pois interfere nas atividades diárias e tem um impacto direto na qualidade de vida da paciente, transformando a DPC em um problema de saúde pública. A etiologia não é clara e pode estar associada a fatores socioculturais, psicológicos ou musculoesqueléticos, o que torna um desafio e uma necessidade a realização de uma avaliação física e complementar muito bem estruturada, além de uma riqueza de recolha de dados que possam contribuir com a compressão da história pregressa e atual dessa paciente, e o conhecimento das possibilidades dos recursos para o seu tratamento. Destaca-se que dentre todas as possibilidades de tratamento conservador da DPC, existem resultados positivos e melhora do quadro sintomático das pacientes que realizam a fisioterapia. Este trabalho é uma revisão bibliográfica sobre os principais recursos e resultados das condutas fisioterapêuticas vigentes neste contexto, não excluindo a necessidade de se considerar a reabilitação desta disfunção numa perspectiva interdisciplinar devido as várias interfaces de acometimento vigentes nestes casos.

Palavras-chave: Dor pélvica Crônica feminina. Tratamento fisioterapêutico da DPC. Avaliação física da dor pélvica crônica.

¹² Graduanda em Fisioterapia pela Universidade de Rio Verde, UniRV-GO.

¹³ Orientadora, mestre em Fisioterapia.

1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) é uma dor não menstrual, podendo ser contínua ou intermitente com duração de seis meses ou mais, de localização na parede abdominal inferior ou pélvica. A intensidade da dor interfere nas atividades diárias e reduz a qualidade de vida dessas mulheres acometidas.

A dor aguda pode ter origem a partir de um processo identificável e sua evolução pode ser evitada, porém a dor crônica não apresenta origem identificável e suas características são peculiares. Podendo a DPC relacionar-se a diversos sistemas corporais, além disso estar associada aos transtornos de depressão, de ansiedade e relatos de história de abuso sexual.

Em razão da diversidade dos fatores etiológicos da DPC, o diagnóstico e a avaliação física da paciente são indispensáveis para a caracterização da dor e acompanhamento dos sintomas, e a alteração do sistema nervoso central (SNC) faz com que seja mantida a percepção de dor, aumentando assim a percepção de estímulos não dolorosos para estímulos dolorosos e os dolorosos intensificando-se.

A partir da revisão de literatura identificou-se que a dor pélvica crônica tornou-se um grave problema de saúde pública, com altos níveis de prevalência dessa síndrome em mulheres com idade entre 14 a 60 anos, estando a queixa presente em grande parte das consultas de ginecologia. Outro dado importante é que existe consenso que a fisioterapia pode auxiliar no tratamento desta afecção, corroborando no alívio das dores, na correção da postura e na redução dos espasmos musculares, além de realizar orientações para a retomada das atividades de vida diária (AVD's) destas pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOR PÉLVICA CRÔNICA

A dor pélvica crônica (DPC) pode ser definida como uma dor intermitente ou constante na parte inferior do abdômen ou pelve, com duração de pelo menos 6 meses, ocorrendo ou não ligação com a menstruação ou relação sexual, não associando com a gravidez (AHANGARI, 2014).

A complexa interação e envolvimento na DPC com os aspectos fisiológicos, ginecológicos, psicológicos e socioculturais geram consequências que podem causar a incapacidade funcional, levando ao tratamento clínico ou cirúrgico (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006). Essa incapacidade funcional acaba por gerar impacto direto na vida social, profissional e conjugal, sendo considerado um grave problema de saúde pública.

A dor pélvica pode estar relacionada a etiologias ginecológicas relevantes, dentre elas estão a endometriose, a adenomiose, miomas uterinos, varizes pélvicas e as aderências. Destacam-se também na composição de sua etiologia não ginecológica a síndrome do cólon irritável, cistite intersticial e desordens psicológicas. A dor pode surgir de um ou mais órgãos, e o modo como a dor afeta os órgãos pode ser variável, o que acaba por dificultar o fechamento do diagnóstico (HOWARD, 2003).

2.1.1 Aspectos Epidemiológicos

A dor pélvica crônica tem uma incidência variante devido a diferentes tipos de definições que podem incluir ou não a dor durante o ciclo menstrual e na ovulação. A estimativa é de 15% em mulheres americanas com idade entre 18 a 50 anos (AMIRBEKIAN; HOOLEY, 2014) e de 11,5% em mulheres acima de 14 anos e 15,1% em mulheres com idade reprodutiva, esses dados são os únicos colhidos até o momento no Brasil (SILVA et al., 2011).

Em um estudo realizado no Reino Unido foi evidenciado que 60% das mulheres tem a DPC, mas nunca receberam um diagnóstico específico, e 20% delas nunca foram atrás de uma avaliação minuciosa para saber a origem da dor. Já em estudos brasileiros houve uma identificação na prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com a dor pélvica crônica chegando em até 86% dos casos, que associados podem afetar a qualidade de vida geral destas pacientes (LUZ et al., 2014).

A DPC desencadeia uma série de distúrbios psicológicos e físicos. Os distúrbios psicológicos globais mais prevalentes entre as mulheres são a depressão 22 a 50%, ansiedade 10 a 20%, distúrbios multi-psicológicos de 20 a 30% e os distúrbios somáticos de 10 a 20% (DICK, 2004). No Brasil a prevalência de ansiedade lidera com 73% seguido da depressão com 40%. Mesmo a DPC sendo um problema mundial que afeta mulheres de faixa etária distintas, as pesquisas e estudos sobre essa síndrome ainda são restritos, o que dificulta o diagnóstico e subsequentemente dados em relação a sua prevalência (ROMÃO et., 2009).

2.1.2 Fisiopatologia

Os órgãos da pelve compõem diferentes sistemas, porém a proximidade entre eles dificulta o diagnóstico da DPC (BARCELOS et al., 2010), pela sua natureza multifatorial e níveis complexos de acometimento de diferentes órgãos ocasionando uma mesma manifestação clínica.

Uma das principais hipóteses da fisiopatologia é a inflamação neurogênica. Os estímulos nocivos provocam dano tecidual, aumentam a produção de substâncias que geram dor e que estão presentes nas terminações de nociceptores aferentes primários que são liberados a partir de estímulos. Esses estímulos podem ter várias direções, para a medula-espinhal (sentido ortodrômico) ou para a periferia (sentido anti-drômico) gerando mais lesão tecidual e fazendo com que o ciclo se feche e o estímulo doloroso se torne crônico (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006). Importante o reconhecimento das mudanças orgânicas e fisiológicas que afetam o trato reprodutivo como vísceras e o sistema musculoesquelético, e a associação do quadro clínico a depressão, ansiedade, distúrbios do sono e disfunção sexual, fazendo com que o tratamento seja mais complexo.

Existe uma possibilidade da sensibilidade cruzada entre as vísceras que compartilham a mesma inervação levarem a dor e gerar um reflexo víscero-muscular que pode resultar em repercussões disfuncionais, dificuldade miccional, incontinência urinária (IU) ou síndrome miofascial gerando novos pontos de dor.

2.1.3 Diagnóstico

O diagnóstico deve ser realizado de acordo com a história clínica e os exames físicos. A diversidade de órgãos e tecidos faz com que a pelve seja uma região única e por esta razão o diagnóstico da DPC seja muito complexo e desafiador. Como a dor pélvica crônica é multifatorial, o diagnóstico inicial é frequentemente sindrômico, e a real causa da dor é mascarada por conta da associação de doenças, gerando insatisfação e frustração por ambas as partes.

Ao realizar uma anamnese minuciosa e um exame físico detalhado torna possível um diagnóstico correto e conseqüentemente um sucesso terapêutico. Os exames de imagem também auxiliam na elucidação dessa afecção. Naqueles pacientes com queixas urinárias é

necessário realizar o exame de urina e a urocultura para descarte de hematúria e infecções. Para fechar o diagnóstico recomenda-se realizar a aplicação de questionários que devem ser preenchidos pela paciente otimizando assim o atendimento (ACOG, 2003).

2.1.3.1 História clínica

A história clínica completa da paciente é uma das ferramentas mais benéficas para a avaliação da DPC, e por esta questão é necessário que a paciente seja questionada quanto a característica da dor, fatores que podem melhorar ou acentuar a dor, irradiação e combinação da algia com o ciclo menstrual. É necessário também questionar sobre os tratamentos anteriores e se houve melhora, qual o padrão menstrual da paciente, dismenorreia e infertilidade.

As características da dor podem ser avaliadas quanto a localização, intensidade, duração e se tem ligação com fatores cotidianos. Considerável questionar sobre antecedentes pessoais clínicos e cirúrgicos, se a paciente já foi diagnosticada com endometriose, disfunções neuromusculares, alterações intestinais, incontinência urinária ou se já realizou tratamentos prévios para a dor. Durante a inquirição é importante investigar sobre outros aparelhos, ou sintomas como alterações urinárias e intestinais para poder avaliar e classificar os sintomas que podem estar relacionados a cistite intersticial ou síndrome do intestino irritável (SII).

2.1.3.2 Dor

A mensuração clínica da dor é feita por meio de instrumentos próprios para essa avaliação, sendo realizada por meio de escalas unidimensionais e multidimensionais (ONG; SEYMOUR, 2004).

As escalas unidimensionais mais utilizadas são a analógica visual da dor (EVA), ela é a mais usada na prática clínica porque é de rápida aplicação e de grande efetividade. Essa escala contém números de 0 a 10 onde o (0) corresponde a ausência de dor e o número (10) alto nível de dor já sentida, na qual a paciente será orientada a marcar o número que corresponde a sua dor referida. A aplicabilidade dessa escala é bem simples, sendo usada em diversos idiomas e compreendida facilmente por parte das pacientes (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Por fim a escala numérica também faz parte do conjunto de escalas unidimensionais. Essa categoria numérica consiste na paciente escolher o número que mais determina sua dor. O número (0) corresponde a nenhuma dor, (1) uma dor branda, (2) um desconforto, (3) uma dor aflitiva, (4) uma dor horrível e o (5) uma dor martirizante (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

Das escalas multidimensionais, o mais aplicado é o questionário de McGill onde os descritores da dor são agrupados em quatro classes, sendo eles sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea e em 16 subclasses. Essa riqueza de detalhes no questionário faz com que a paciente detalhe com mais minuciosidade sua dor, e transmita ao avaliador o que realmente está sentindo (NOGUEIRA; REIS; POLI NETO, 2006).

2.1.3.3 Exame físico

O exame físico de uma paciente com DPC se diferencia de um exame ginecológico de rotina, e ele visa confirmar ou excluir suposições feitas durante a anamnese. O exame tem como objetivo procurar as condições patológicas, e reproduzir a dor da paciente para ter a identificação dos contribuintes físicos. Deve se iniciar com a palpação do abdômen de modo geral rastreando os pontos dolorosos de modo profundo e superficial. É importante o examinador ter um feedback das pontuações atingidas pela paciente na escala numérica de dor, para ter um comparativo dos resultados alcançados. A palpação também se abrange para a região lombar, articulação sacro-ilíaca, sínfise púbica e genitália externa para a observação de cicatrizes, fibroses, nódulos ou pontos de gatilhos.

Durante o exame físico deve se observar o modo de andar, posturas antálgicas, e expressões faciais (NADER; CANDIDO, 2001). Na avaliação com o toque bi-digital é dada atenção as irregularidades, nódulos ou ligamentos útero-sacros que podem sugerir a presença de endometriose. O relato de dor, seja moderada ou intensa durante a palpação no útero, pode ser sugestivo de adenomiose, síndrome da congestão pélvica ou pelviperitonite.

2.1.3.4 Exames complementares

Exclusivamente os exames laboratoriais e de imagem não servem como fechamento de diagnóstico, mas servem como complementação auxiliando na exclusão de outras afecções

que podem estar associadas. O exame de urina beneficia na identificação de infecções de urina, clamídia e exclusão de suposta gestação, que também pode ser descartado por meio do ultrassom pélvico (US) ou transvaginal que tem uma alta sensibilidade na detecção de miomas ou massas pélvicas.

Deve-se compreender que muitas afecções causadoras da DPC são de diagnóstico clínico, e basear o diagnóstico somente nos exames complementares pode originar em um erro na propedêutica da paciente e na permanência dos sintomas e quadro clínico.

2.1.4 Tratamento geral

O tratamento é realizado em conjunto com a paciente, sendo dirigido para a causa subjacente da dor pélvica e desse modo planejar uma conduta específica para a paciente. É necessário que englobe um conjunto de tratamentos medicamentosos, psicológico e uma equipe multidisciplinar com profissionais especializados. Quando a paciente passa a ter um diagnóstico específico da área que está ocasionando a dor, o seu tratamento também passa a ser específico para aquela afecção, e quando não se tem a área da dor definida o tratamento é dirigido para a contenção da dor (STONES; MOUNTFIELD, 2000).

O uso de analgésicos como anti-inflamatórios não hormonais e acetaminofen que são de primeira linha, podem ser usados como primeira escolha. Necessita-se que se faça a tentativa de uso de pelo menos três tipos de analgésicos associados ou isolados antes de entrar com o tratamento à base de opioides (MILBURN; REITER; RHOMBERG, 1993).

O uso de analgésicos injetáveis é feito no local dos pontos gatilhos da parede abdominal e nos músculos do assoalho pélvico para o tratamento da síndrome miofascial e bloqueio de nervos dessa região. A DPC pode ser tratada também com uso de injeções de toxina botulínica, anestesia local e fisioterapia (GAJRAJ, 2005).

2.1.4.1 Cirúrgico

Pacientes que possuem uma endometriose profunda e severa, o tratamento cirúrgico mais indicado era a histerectomia, onde se retirava o útero e ligamentos que se fixam na pelve. Atualmente é preferida a conservação desses órgãos e é feita a ressecção apenas da lesão, mantendo o útero intacto, e o grau da melhora está interligado com a eficácia da ressecção cirúrgica (KENNEDY et al., 2005). É necessário que na histerectomia seja feita a remoção total de lesões profundas da endometriose para promover o benefício da melhora clínica, caso não seja retirada por completo as lesões e aderências o resultado será uma melhora mínima.

Os tipos de ressecção laparoscópica variam, como a vaporização a laser, ressecção a laser ou eletro-cirúrgica. Porém, a laparoscopia para lise de aderências tem se mostrado pouco satisfatória na maioria dos casos, porque as aderências que são mais associadas a DPC estão secundárias a endometriose severa (HAMMOUD; GAGO; DIAMOND, 2004).

Por enquanto não há muitas evidências sobre a recomendação da histerectomia como tratamento para a dor pélvica crônica. Essas evidências diminuem ainda mais quando são consideradas as pacientes sem patologias uterinas que podem estar relacionadas a DPC. A histerectomia se faz útil quando é realizada em casos de adenomiose que foi pouco responsiva ao tratamento clínico (HILLIS; MARCHBANKS; PETERSON, 1995).

2.1.5 Fisioterapia

A fisioterapia se enquadra nas terapêuticas não invasivas, podendo ser usado diversos recursos para a melhora e a diminuição da dor da paciente acometida, além de outros objetivos e condutas como as considerações de Baker (1993) “em função das alterações posturais estarem presentes na maioria das mulheres com DPC, faz-se necessário que o programa terapêutico inclua exercícios de reeducação postural”.

Para a redução do tônus e o favorecimento do alongamento muscular são usadas técnicas de relaxamento prévio. A respiração diafragmática pode proporcionar a paciente uma percepção de maior relaxamento e menor estresse local, massagens perineais com dispositivos para o relaxamento e percepção da musculatura perineal costumam apresentar indicações, além da terapia comportamental que pode auxiliar a paciente a desenvolver estratégias para minimização ou eliminação da dor (BAKER, 1993).

Manobras no abdômen, ginástica hipopressiva, o uso de balonetes com manobras de evacuação, além de orientações como a respiração diafragmática, pompagens na região

cervical e lombar, liberação da fáscia plantar e pompagem de tronco, fazem parte do protocolo de fisioterapia para DPC (SPALTEHOLZ; SPANNER, 1988). O uso de terapias manuais na região pélvica auxilia no tratamento da síndrome miofascial e espasmos musculares, por compressão isquêmica e massagem perineal. O atendimento fisioterapêutico deve basear-se no alívio da dor e na correção musculoesquelética para a melhora ou até mesmo a cura do quadro (OLIVEIRA et al., 2012).

2.1.5.1 Avaliação Fisioterapêutica

A avaliação fisioterapêutica consiste em avaliar a postura da paciente para a identificação de desequilíbrios, a avaliação dos MAP's é realizada na posição de decúbito dorsal com os quadris e os joelhos fletidos, e a contração dos músculos do assoalho pélvico é feita juntamente com a respiração diafragmática, sendo necessária a palpação para identificar se a paciente não está usando a musculatura acessória durante a contração destes músculos (BO; SHERBURN, 2005).

Na avaliação dos MAP's é realizada a palpação digital onde o examinador introduz o dedo indicador enluvado e com lubrificante neutro no interior da vagina. Solicita-se uma contração por parte da paciente durante 5 segundos sendo utilizado a maior força possível. A escala de Oxford Modificada é usada para mensurar a função muscular, sendo que (0) representa a ausência de contração muscular, (1) esboço de contração não-sustentada, (2) presença de contração com pouca intensidade, (3) contração moderada com um aumento da pressão intravaginal que comprime o dedo do examinador, (4) contração satisfatória, que aperta o dedo do examinador com elevação da parede vaginal em direção a sínfise púbica, (5) contração forte, compressão firme do dedo do examinador com movimento positivo em direção a sínfise púbica (BO; SHERBURN, 2005).

2.1.5.2 Recursos Fisioterapêuticos

A eletroterapia tem como objetivo promover analgesia devido ao efeito contra irritativo que irá ativar o sistema supressor da dor e essa sensação interfere na percepção do paciente (CARVALHO, 1999). No tratamento da DPC podem ser usados eletrodos anais ou intravaginais, pelo fato da aplicação ser mais próxima do local responsável pelos quadros álgicos. Nesse tratamento o tipo de corrente elétrica utilizada é a de baixa frequência de até 20 Hz, mesmo sendo considerada de baixa intensidade, ela consegue gerar uma analgesia, devido ao aumento de opioides circulantes, aumentando também os níveis de dopamina, epinefrina e serotonina e reduzindo assim o potencial de ação das fibras A- delta responsáveis pela transmissão da dor (CAILLIET, 1999).

Para uma terapêutica satisfatória é necessário verificar a modulação adequada, o tipo de corrente, a duração do pulso, a amplitude da corrente, a frequência, intensidade, o local onde o eletrodo está sendo aplicado, o tempo de aplicação que pode variar de 15 a 60 minutos e os resultados que podem durar de semanas a meses.

O biofeedback é muito empregado no tratamento da DPC, porque é possível transformar os sinais musculares em visuais ou auditivos facilitando assim a percepção de contração da paciente e o conhecimento sobre o jeito correto de se realizar a contração. A eletromiografia do biofeedback analisa a atividade elétrica neuromuscular, aumentando a eficácia do tratamento e melhorando na adesão da paciente.

A cinesioterapia é uma técnica que por meio de exercícios que atuam na região pélvica irá promover uma prevenção de alterações posturais, examinando a harmonia da coluna de modo que recupere as curvaturas fisiológicas, exigindo um esforço muscular, flexibilidade, mobilidade articular, além de consciência corporal, reeducação da respiração e na redução da dor. E por ser uma terapia de baixo custo e alto benefício, a cinesioterapia é considerada uma importante possibilidade de melhora para o tratamento das mulheres acometidas por DPC (HERATI; MOLDWIN, 2013).

O tratamento em grupo destas pacientes costuma apresentar um alto índice de adesão, possibilitando a melhora da capacidade funcional e da percepção das incapacidades, que ao observar e compartilhar com o grupo suas dificuldades, somado ao benefício do contato social e da melhora da autoestima dessas mulheres, fatores estes que conseqüentemente acabam por proporcionar uma melhora na qualidade de vida geral das integrantes (SPINOSO; FAGANELLO, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Evidenciar através de uma revisão bibliográfica os recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da dor pélvica crônica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar os principais conceitos sobre a dor pélvica crônica;
- Caracterizar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da dor pélvica crônica;
- Indicar e discorrer sobre os recursos fisioterapêuticos utilizados na dor pélvica crônica.

4 METODOLOGIA

Este estudo constituiu de uma revisão bibliográfica que proporcionou a compreensão sobre o tema “Atuação da fisioterapia na dor pélvica crônica”. Foram selecionados artigos científicos, dissertações, teses e pesquisas científicas, que foram coletados nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE e PUBMED em busca de subsídio para desenvolvimento do tema e objetivos propostos. A estratégia incluiu pesquisas que abordassem os aspectos relacionados á qualidade de vida e a importância do tratamento fisioterapêutico. Foram utilizados os seguintes descritores: dor pélvica crônica feminina, tratamento fisioterapêutico da dor pélvica crônica e avaliação física na dor pélvica crônica.

Foram incluídos materiais científicos em língua portuguesa e inglesa, publicados entre os anos de 1990 a 2020, utilizados para fomentar a formulação da pesquisa, pois estudos como estes são alicerce para fundamentação teórica e científica do tema. O referencial teórico encontrado foi selecionado de forma que subsidiasse informações relevantes para aprimorar o conhecimento e fundamentar o assunto proposto.

5 CONCLUSÃO

A partir da revisão sobre dor pélvica crônica em mulheres, observou-se existir uma variedade de fatores que podem relacionar e predispor o seu desencadeamento, e que ainda o diagnóstico e o tratamento da DPC continua sendo um desafio. Neste contexto o diagnóstico precoce torna-se essencial para evitar em muitos destes casos a cirurgia de reparo tardio. Considerando que nem sempre isto ocorre, o desafio neste caso é instituir o tratamento correto quando muitas vezes a afecção primária envolvida na DPC é desconhecida, e assim realizar medidas para o controle desta dor.

Dentre os vários profissionais que atuam no contexto da DPC, o fisioterapeuta avalia e elabora metas terapêuticas que possam intervir na melhora do quadro sintomático e curativo dependendo dos fatores etiológicos envolvidos.

As principais técnicas e recursos fisioterapêuticos aplicados ao tratamento da DPC descritos na literatura são: cinesioterapia (destacando para as vantagens deste recurso ser aplicado na forma de grupos), eletroterapia, termoterapia, terapia manual, reeducação postural, ginástica hipopressiva, técnicas de relaxamento, e técnicas da fisioterapia pélvica como a massagem perineal, eletroestimulação endovaginal, biofeedback e terapia comportamental. Para tanto, importante o profissional fisioterapeuta conhecer os mecanismos fisiopatológicos da DPC para uma melhor indicação e aplicação dos possíveis recursos.

Durante a realização da revisão bibliográfica notou-se a dificuldade em achar materiais que pudessem contribuir para a elucidação das terapêuticas que podem contribuir para o tratamento da DPC.

São necessários novos estudos epidemiológicos e/ou estudo de casos que possam contribuir com o discernimento e compreensão das possibilidades terapêuticas que possam trazer resultados efetivos e melhora da qualidade de vida destas mulheres acometidas pela DPC.

*PHYSIOTHERAPY PERFORMANCE IN FEMALE CHRONIC PELVIC PAIN:
A REVIEW*

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPP) is not a disease, but a clinical condition that can be triggered by different conditions, generating non-cyclical pain that can be acute or chronic, located in the lower abdominal or pelvic region for six months or more. It is an important morbidity, as it interferes with daily activities and has a direct impact on the patient's quality of life, transforming CPD into a public health problem. The etiology is not clear and may be associated with socio-cultural, psychological or musculoskeletal factors, which makes it a challenge and a necessity to carry out a well-structured physical and complementary assessment, in addition to a wealth of data collection that can contribute to the compression of this patient's past and current history, and knowledge of the possibilities of resources for her treatment. It is noteworthy that among all the possibilities for conservative treatment of CPD, there are positive results and improvement in the symptomatic condition of patients undergoing physical therapy. This work is a bibliographic review of the main resources and results of the current physical therapy procedures, not excluding the need to consider the rehabilitation of this dysfunction in an interdisciplinary perspective due to the various interfaces of involvement in these cases.

Keywords: Female chronic pelvic pain. Physiotherapeutic treatment of CPD. Physical assessment of chronic pelvic pain.

REFERÊNCIAS

- ACOG, Committee on Practice Bulletins – Gynecology, 2003. ACOG Practice Bulletin No 218. Chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*. v. 135, n. 3, p. 98-109, 2003.
- AHANGARI, A. Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: Na Updated Review. *Pain Physician*. v. 17, n. 2, 141-7, 2014.
- AMIRBEKIAN, S.; HOLLEY, R. J. Ultrasound Evaluantion of Pelvic Pain. *Radiol Clin N Am*. v. 52, n. 6, p. 1215-35, 2014.
- BAKER, P. K. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. v. 20, n. 4, p. 719-42, 1993.
- BAKER, P. Musculoskeletal problems. In: STEEGE, J.; METZGER, D.; LEVY, B. *Chronic pelvic pain: an integrated approach*. Philadelphia: Saunders, 1998. p. 215-40.
- BARCELOS, P.R.; CONDE, D.M.; DEUS, J.M.; MARTINEZ, E.Z. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Rev Bras Ginecol Obstret*. v. 32, n. 5, p. 247-53, 2010.
- BO, K.; SHERBURN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*. v. 85, n. 3, p. 269-82, 2005.
- CAILLIET, R. *Dor: mecanismo e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 312 p.
- CARVALHO, M. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999. 380 p.
- GAJRAJ, N. M. Botulinum Toxin a injection of the obturator internus muscle for chronic perineal pain. *J Pain*. v. 6, n. 5, p. 333-7, 2005.
- HAMMOUD, A.; GAGO, L. A.; DIAMOND, M. P. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril*. v. 82, n. 6, p. 1483-91, 2004.
- HERATI, A. S.; MOLDWIN, R. M. Alternative therapies in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol*. V. 31, 4, p. 761-6, 2013.
- HILLIS, S. D.; MARCHBANKS, P. A.; PETERSON, H. B. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. v. 86, n.6, p. 941-5, 1995.
- HOWARD, F.M. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. v. 01, n. 3, p. 594-611, 2003.
- KENNEDY, S. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. v. 20, n. 10, p. 2698-704, 2005.
- LUZ, R. A.; RODRIGUES, F. M.; VILA, V. S. C.; DEUS, J. M.; CONDE, D.M. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica. *Rev. Eletr. Enf*. v. 17, n.3, p. 1-7, 2014.
- MILBURN, A.; REITER, R. C.; RHOMBERG, A. T. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. v. 20, n. 4, p. 643-61, 1993.

- NADER, A.; CANDIDO, K. D. Pelvic pain. *Pain Pract.* v. 1, n. 2, p. 187-96, 2001.
- NOGUEIRA, A. A.; REIS, F. J. C.; POLI NETO, O. B. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.
- OLIVEIRA, R. G. C. Q. et al. Tens de alta e baixa frequência para dismenorrea primária: estudo preliminar. *ConScientiae Saúde* [Internet]. v. 11, n. 1, p.149-158, 2012.
- ONG, K. S.; SEYMOUR, R. A. Pain measurement in humans. *Surgeon.* v. 2, n. 1, p. 15-27, 2004.
- ROMAO, A. P. et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice.* v. 63, p. 707-711, 2009.
- SPALTEHOLZ, W.; SPANNER, R. Atlas de Anatomia Humana. Livraria Roca. São Paulo. 1988. 352 p.
- SILVA, G. P. et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics Sao Paulo.* v. 66, n. 8, p. 1307-12, 2011.
- SPINOSO, D. B.; FAGANELLO, F. R. Influência do tratamento fisioterapêutico em grupo no equilíbrio, na mobilidade funcional e na qualidade de vida de pacientes com Parkinson. *Ter Man.* v. 9, n. 45, p. 655-59, 2011.
- STEEGE, J. F.; METZGER, D.A.; LEVY, B.S. *Dor pélvica crônica: uma abordagem integrada.* Filadélfia: WB Saunders; 1998.
- STONES, R. W.; MOUNTFIELD, J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* v. 2, n. 4, 2000.
- ZONDERVAN, K.T; YUDKIN, P.L; VESSEY, M.P et al. The community prevalence of chronic pelvic pain women and associated illness behaviour. *The British Journal of General Practice.* v. 51, n. 468, p. 541-547, 2001.