

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

KALIL ANTONIO SALOTTI TAWASHA

**Estudo da prevalência de maus tratos na infância em
mulheres com dor pélvica crônica.**

Ribeirão Preto

2015

KALIL ANTONIO SALOTTI TAWASHA

**Estudo da prevalência de maus tratos na infância em
mulheres com dor pélvica crônica.**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia

Orientador: Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto

Ribeirão Preto

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Tawasha, Kalil Antonio Salotti

Estudo da prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica.

Ribeirão Preto – 2015. 134.pp.: Il.; 30cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia, opção Biologia da Reprodução.

Orientador: Poli Neto, Omero Benedicto

1. Dor Pélvica Crônica, 2. Negligência Emocional, 3. Maus Tratos na Infância, 4. Transtorno de Humor, 5. Saúde da Mulher

FOLHA DE APROVAÇÃO

Kalil Antonio Salotti Tawasha

Estudo da prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres que participaram deste estudo, em especial pelo fato delas terem confiado suas histórias, suas dores e seu sofrimento a fim que pudéssemos auxiliá-las de modo direto ou indiretamente a partir de seus relatos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Basem Khalil e Vera Lúcia** por serem meu porto seguro, sempre me acompanhando com muito otimismo e esperança nessa minha trajetória de vida, dando-me coragem para enfrentar todos os desafios que a vida nos coloca e esperança para superar todos os problemas que possam aparecer. Agradeço imensamente por tê-los ao meu lado, sem vocês não seria nada!

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto**, que com muita dedicação e afeto, ofereceu-se de seus conhecimentos, para que este trabalho fosse realizado desde seu início.

A toda equipe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, em especial **Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira e Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva**, pela confiança e convívio.

À **Dra. Adriana Peterson Mariano Salata Romão**, grande psicóloga e amiga, que me apoiou em todas as etapas do desenvolvimento deste estudo, não somente na sua elaboração, mas também durante as discussões incansáveis dos atendimentos realizados no ambulatório de dor pélvica crônica.

Aos alunos **Marcel Hisano e Aska Moriyama** pela colaboração ao longo do desenvolvimento desta pesquisa. Obrigado!

À **Sebastiana Grilo** mais conhecida como “mamãe”, meu irmão **Dácio Braz Neto** e a amiga querida **Profa. Dra. Jane Maria Bertocco Ezequiel** por serem a família que escolhi em Jaboticabal. Os levarei para sempre ao meu lado!

A equipe de funcionários do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, pelo apoio à realização da pesquisa.

Ao meu amigo **Dr. José Vitor Cabral Zanardi** pela confiança em meu trabalho e pelas longas conversas nos corredores do hospital.

O meu mais sincero agradecimento vai para minha amiga e professora **Maria Beatriz Ferreira Gurian** pela oportunidade de estar hoje concluindo este trabalho de mestrado, sem você não estaria aqui, obrigado!

Aos meus amigos e companheiros de ambulatório e da vida **Andreia Mitidiero, Ana Paula Moreira, Carolina Pazin, Raquel Verceze, Manuela Máximo, Patrícia Silveira e Arthur Zecchin** pela amizade, companheirismo e pelos ótimos momentos que vivemos juntos e conhecimentos compartilhados.

A todos os meus amigos e irmãos **João Theodoro, Gustavo Meliski, Rafael Frata, Bruno Diz e Saulo Barboza** da clínica CERDE – Centro Especializado em Reabilitação e Desempenho Esportivo, por terem acreditado na minha amizade e profissionalismo. Com vocês estou realizando um sonho! Ainda vamos para bem longo com esse desejo que está apenas se iniciando.

Não poderia deixar de agradecer à minha companheira e grande amiga **Luciana Doria**, com você aprendi o sentido de que mesmo diante de tantos obstáculos, não podemos deixar de buscar nossa felicidade. Obrigado por fazer de mim essa pessoa realizada e por fazer parte da minha vida!

A funcionária e amiga **Suelen Soares**, pela paciência e apoio de sempre.

Aos funcionários **Rosane, Reinaldo, Gabriela, Ricardo e Ilza** pelo auxílio durante esse processo e as várias vezes que precisei de vocês, obrigado!

À **CAPES** pelo apoio financeiro para realização deste estudo.

EPIGRÁFE

“Cada dor é uma dor de uma pessoa, com todas as suas peculiaridades – sua história, sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento.”

(Maria Margarida M. J. Carvalho)

RESUMO

TAWASHA, K. A. S. 2015. Estudo da prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica. 134f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introdução: A dor pélvica crônica é uma condição clínica de elevada prevalência, cuja compreensão da fisiopatologia envolvida, ainda é parcial. A IASP (International Association for Study of Pain) define DPC como: dor crônica ou persistente percebida em estruturas relacionadas à pelve (sistema digestório, urinário, genital, miofascial ou neurológico), frequentemente associada com consequências emocionais, sexuais, comportamentais e cognitivas negativas, assim como com sintomas sugestivos de disfunções daqueles sistemas. Incluem-se tanto dor cíclica, como dismenorreia, quanto acíclica. Do ponto de vista temporal, considera-se crônica, via de regra, quando a duração é igual ou superior a seis meses (http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I-I-F.pdf; acessado em 13 de novembro de 2014). Está associada a diversas comorbidades e impacto conjugal, social e econômico desfavorável. Embora sugestivo, não temos dados objetivos de países em desenvolvimento sobre a associação de maus tratos sofridos na infância com dor pélvica crônica e sua relação com sintomas de ansiedade e depressão.

Objetivos: Investigar a prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica e sua correlação com os transtornos do humor. **Casísticas e Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, no qual foram incluídas 77 mulheres com DPC atendidas consecutivamente em um ambulatório especializado de dor pélvica crônica. Optamos também por avaliar um grupo de 77 mulheres saudáveis atendidas no ambulatório de ginecologia geral. Utilizamos o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) para avaliar a prevalência de maus tratos gerais e específicos, enquanto que os escores de risco para ansiedade e depressão foram obtidos pela Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) e a intensidade de dor foi avaliada a partir da Escala Analógica Visual (EVA). A análise estatística dos dados se deu pelo teste D'Agostino para averiguar se as variáveis contínuas apresentavam distribuição normal. Optamos por avaliarmos a diferença entre os grupos através do teste de Wilcoxon (Mann-Whitney) e a análise de diferenças entre proporções utilizamos o teste Qui-Quadrado. Para atingir o objetivo foi proposto uma análise de correspondência múltipla. Foi utilizado a plataforma multivariada para avaliar a correlação entre o QUESI e os escores de ansiedade e depressão com estimativa de robustez para não considerar eventuais *outliers*.

Resultados: A prevalência de maus tratos na infância foram 77,9% e 64,9%, respectivamente para mulheres com e sem DPC ($p = 0.05$). Em relação a exposição a 3 e/ou 4 eventos múltiplos de maus tratos na infância, obtivemos as seguintes prevalências para as mulheres com e sem DPC, respectivamente: 23,4% e 15,6% ($p = 0.05$); 18,2% e 10,4% ($p = 0.03$). A prevalência de abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, respectivamente para mulheres com DPC e saudáveis, foram: 29,9% e 20,8% ($p = 0.19$); 45,4% e 31,2% ($p = 0.07$); 48% e 35,1% ($p = 0.10$); 58,4% e 44,1% ($p = 0.08$) e 58,4% e 41,5% ($p = 0.04$). Somente o subtipo negligência emocional apresentou diferença estatisticamente significativa. A prevalência

de sintomas significativos de ansiedade e depressão nos grupos com dor e controle foram respectivamente: 55,8% (43/77) e 40,2% (31/77) ($p= 0.05$); 45,4% (35/77) e 23,4% (18/77) ($p= <0.01$). Quando correlacionamos os dados obtidos nos instrumentos QUESI e HAD no grupo de DPC e controle, observamos uma correlação positiva entre elas, porém não identificamos a mesma correlação nos subtipos abuso sexual (HAD-D) e negligência física (HAD-A) no grupo controle. A análise de correspondência múltipla mostra uma correspondência entre presença de dor pélvica crônica e raça (cor não branca) e escolaridade abaixo de 10 anos; e correspondência entre sintomas significativos de ansiedade e depressão com múltiplos maus tratos (mais que dois ou três) e, especificamente com negligência emocional, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual. **Conclusões:** Mulheres com DPC apresentam índices de negligência emocional maiores que o grupo de mulheres saudáveis e maiores índices de risco de transtornos de humor específicos quando correlacionados ambos instrumentos. Pacientes com DPC apresentaram sintomas de depressão e ausência de atividade laboral remunerada que se associam de modo independente, sendo fatores de riscos que podem levar, à longo prazo, o desenvolvimento de DPC na população feminina.

Palavras Chave: Dor Pélvica Crônica, Negligência Emocional, Maus Tratos na Infância, Transtornos de Humor e Saúde da Mulher.

ABSTRACT

TAWASHA, K. A. S. 2015. **Study of the prevalence of childhood maltreatment in women with chronic pelvic pain**. 134f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introduction: Chronic pelvic pain is a clinical condition of high prevalence, whose understanding of the pathophysiology involved, is still partial. IASP (International Association for the Study of Pain) define CPP as chronic or persistent pain perceived in the pelvis related structures (digestive system, urinary, genital, myofascial or neurological), often associated with emotional, sexual, behavioral and cognitive negative consequences, as well as with symptoms suggestive of dysfunction of those systems. Include both cyclic pain, such as dysmenorrhoea, the acyclic. The time point of view, it is considered chronic, as a rule, when the duration is less than six months ([http://www.iasp-](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I-I-F.pdf)

[pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I-I-F.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I-I-F.pdf); accessed on November 13, 2014). Is associated with several comorbidities and marital impact, social and economic unfavorable. Although suggestive, we have no objective data from developing countries on the involvement of abuse suffered in childhood with chronic pelvic pain and its association with symptoms of anxiety and depression. **Objectives:** To investigate the prevalence of child maltreatment in women with chronic pelvic pain and its correlation with mood disorders. **Patients and Methods:** We conducted a cross-sectional study, in which were included 77 women with CPP seen consecutively in an outpatient clinic for chronic pelvic pain. We chose also evaluate a group of 77 healthy women attended the general gynecology outpatient clinic. We use the Childhood Trauma Questionnaire (QUESI) to assess the prevalence of poor general and specific treatment, while the risk scores for anxiety and depression were obtained by the Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HAD) and pain intensity was evaluated from the Visual Analogue Scale (VAS). Statistical analysis of data was by D'Agostino test to see if continuous variables normally distributed. We chose to evaluate the difference between the groups using the Wilcoxon test (Mann-Whitney) test and the analysis of differences between proportions used the chi-square test. To achieve the goal has been proposed a multiple correspondence analysis. We used multivariate platform to evaluate the correlation between the QUESI and the scores of anxiety and depression with robustness estimated not to consider any outliers. **Results:** The prevalence of childhood maltreatment were 77.9% and 64.9% respectively for women with and without CPP ($p = 0.05$). Regarding exposure to 3 and / or 4 multiple events of childhood maltreatment, we obtained the following rates for women with and without CPP, respectively: 23.4% and 15.6% ($p = 0.05$); 18.2% and 10.4% ($P = 0.03$). The prevalence of sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, physical neglect and emotional neglect, respectively for women with CPP and healthy, were 29.9% and 20.8% ($p = 0.19$); 45.4% and 31.2% ($p = 0.07$); 48% and 35.1% ($p = 0.10$); 58.4% and 44.1% ($p = 0.08$) and 58.4% and 41.5% ($P = 0.04$). Only the emotional neglect subtype showed a statistically significant difference. The

prevalence of significant symptoms of anxiety and depression in groups with pain control and were, respectively, 55.8% (43/77) and 40.2% (31/77) ($p = 0.05$); 45.4% (35/77) and 23.4% (18/77) ($p = <0.01$). When we correlate the data from the instruments QUESI and HAD in CPS and control groups, we observed a positive correlation between them, but did not identify the same correlation in subtypes sexual abuse (HAD-D) and physical neglect (HAD-A) in the control group. Multiple correspondence analysis shows a correlation between the presence of chronic pelvic pain and race (non-white) and schooling below 10 years; and correspondence between significant symptoms of anxiety and depression with multiple abuse (more than two or three) and specifically with emotional neglect, emotional abuse, physical abuse and sexual abuse. **Conclusions:** Women with CPP have higher emotional neglect rates than the group of healthy women and higher indices of risk specific mood disorders when correlated both instruments. Patients with CPP present symptoms of depression and lack of paid work activity that are associated independently, and risk factors that can lead in the long run, the CPP development in the female population.

Key-words: Pelvic Chronic Pain, Emotional Neglect, Physical Abuse in Childhood, Mood Disorders and Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização socioeconômica de mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	67
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica de mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	69
Tabela 3	Caracterização dos aspectos e histórias clínicas, hábitos de vida e antecedentes sexuais de mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	70
Tabela 4	Contingência entre as variáveis de maus tratos em mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	72
Tabela 5	Grau de intensidade quanto a ocorrência de maus tratos na infância no grupo com e sem DPC.....	73
Tabela 6	Caracterização dos múltiplos eventos de maus tratos ao longo da infância entre mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	75
Tabela 7	Avaliação da prevalência para ansiedade e depressão em mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	76
Tabela 8	Resultado da análise da correlação multivariada entre o questionário de maus tratos na infância e risco para ansiedade e depressão em mulheres com e sem dor pélvica crônica.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Intensidade de dor segundo a percepção das mulheres com dor pélvica crônica.....	71
------------------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escala Visual Analógica.....	64
Figura 2	Análise de correspondência entre as variáveis sociodemográficas, maus-tratos e transtornos de humor nos grupos com e sem DPC.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

AE: Abuso Emocional

AF: Abuso Físico

AGDP: Ambulatório de Dor Pélvica Crônica

AS: Abuso Sexual

CID-10: Classificação Internacional de Doenças (ed.10)

CSE: Centro Saúde Escola

CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*

DPC: Dor Pélvica Crônica

DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ed.5)

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

EVA: Escala Visual Analógica

HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Ansiedade

HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Depressão

HCFMRP – USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo

HPA: Eixo Hipotálamo-Pituitária(Hipófise)-Adrenal

IASP: *International Association for the Study of Pain*

MTE: Maus Tratos Emocionais

NE: Negligência Emocional

NF: Negligência Física

QUESI: Questionário Sobre Traumas na Infância

SBDE: Sociedade Brasileira para Estudos da Dor

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 Dor	21
1.2 Dor Pélvica Crônica.....	25
1.2.1 Fisiopatologia em Dor Pélvica Crônica.....	28
1.2.2 Fatores de risco para Dor Pélvica Crônica.....	29
1.3. Maus tratos na infância.....	33
1.3.1 Perspectiva histórica dos maus tratos contra crianças e jovens.....	34
1.3.2. Definições de maus tratos gerais e específicos.....	39
1.4. Transtornos emocionais e dor pélvica crônica.....	48
2. JUSTIFICATIVA.....	53
3. OBJETIVOS.....	54
3.1. Objetivo Geral	54
3.2. Objetivos Específicos.....	54
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS	55
4.1. Casuística.....	55
4.1.1. Aspectos Éticos	56
4.1.2. Participantes.....	57
4.2. Critérios de inclusão.....	58
4.2.1. Casos	58
4.2.2. Controles.....	58
4.3. Critérios de exclusão	58
4.4. Métodos	59
4.4.1. Variáveis do estudo.....	60
4.4.2. Fontes de dados	60
4.4.2.1. Protocolo de dados epidemiológicos e clínicos (ANEXO III).....	61
4.4.2.2. Questionário Sobre Traumas na Infância – QUESI (ANEXO IV) (<i>Childhood Trauma Questionnaire – CTQ</i>).	61
4.4.2.3. Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (ANEXO V) (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD</i>).	63
4.4.2.4. Escala Visual Analógica (EVA).....	63
4.5. Tamanho amostral.....	64
4.6. Análise estatística.....	65
5. RESULTADOS.....	67

5.1. Caracterização sociodemográfica, econômica, aspecto e histórias clínica, hábitos de vida e antecedentes sexuais	67
5.2. Intensidade de dor	70
5.3. Avaliação da prevalência de maus tratos em mulheres com e sem dor pélvica crônica	71
5.4. Avaliação dos riscos para transtornos de humor ansioso e depressivo em mulheres com e sem dor pélvica crônica.	75
5.5. Correlação entre os instrumentos de maus tratos e transtornos de humor.	76
5.6. Relação entre atividade ocupacional remunerada e depressão entre mulheres com e sem dor pélvica crônica	78
5.7. Relação entre as variáveis sociodemográficas, tipos e múltiplos eventos de maus tratos e transtornos de humor entre mulheres com e sem dor pélvica crônica.	78
6. DISCUSSÃO	80
7. CONCLUSÕES	101
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	123
ANEXO I	124
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pacientes com DPC	124
ANEXO II	126
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pacientes Controle..	126
ANEXO III	128
PROTOCOLO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS	128
ANEXO IV	130
QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA – QUESI	130
ANEXO V	133
ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD	133
ANEXO VI – Carta de aprovação CEP	134

1.INTRODUÇÃO

1.1 Dor

O fenômeno dor é referenciado desde a antiguidade como parte integrante da história da humanidade, representando um estado que gera inúmeras preocupações e inquietações desde seus primórdios até os dias de hoje. A frequência pela qual a dor tem acometido os sujeitos de todo mundo tem gerado alterações consideráveis no modo como as pessoas se relacionam com a vida e com seu ciclo social, tendo dessa forma, suas relações interpessoais prejudicadas pelo processo doloroso que infligem esses sujeitos.

Para as civilizações primitivas acreditava-se que as doenças dolorosas ou as injúrias promovidas por objetos “estranhos” eram representadas por demônios, fluídos mágicos e ou espíritos, e a forma como eles a tratavam consistia em retirar o objeto “estranho” com a utilização de amuletos simbolizados como “mágicos”, realização de conjurações e até feitiçarias com o intuito de atenuar ou de afugentar os demônios que provocavam a sensação dolorosa (Bonica, 1990).

Por muito tempo a dor também foi vista como um modo de castigar os pecadores, assim como também para aprovação aos justos, em outras palavras, dor desde as mais primitivas civilizações era considerada como um martírio para o homem, sendo que tanto as causas como o manejo das mesmas eram alvo de intensas buscas. Com a instituição do Cristianismo, a dor passa a ser representada como uma conceituação ambígua geradora de angústias e incertezas: por um lado a dor era vista como um modo de obter aprovação do divino, já por outro lado remetia a imagem de Cristo na cruz e seu sofrimento (Rey, 1995 apud Portnoi, 1999), fazendo muitos acreditarem que tal sensação poderia ser definida como uma forma de iluminação ou de obtenção de graças e até como sacramento (Bonica, 1953).

No século XIX, os fenômenos dolorosos levantaram a curiosidade de fisiologistas sendo assunto de investigação destes e após relativo tempo passaram a ser investigados por psicólogos e filósofos da época, a fim de obter explicações em torno de seus ideais e interesses embasados no campo de conhecimento de suas respectivas áreas de atuação (Iannetta, 2000). Já no século XX, em especial nas décadas de 50 e 60 a dor passa a sofrer consideráveis alterações motivadas, especialmente, pelo numeroso volume de trabalhos de pesquisa realizados nesse campo, sendo desconsiderada certas proposições de alguns filósofos, beneficiando ao mesmo tempo os estudos de fisiologistas e psicólogos da área, o que reforçavam a teoria da dor como sensação.

Com a teorização descrita por Melzack e Wall a partir de 1965, sobre a teoria da comporta de controle da dor, foi possível apontar evidências em que foram levadas em consideração a especialização fisiológica, somação central, padronização e modulação dos impulsos, assim como a influência dos fatores psicológicos nesse processo (Portnoi, 1999), tornando a dor não somente uma reação sensorial de proteção, mas também reconhecida como uma experiência (Stroud *et al.*, 2000).

Atualmente a dor é considerada dentro de uma perspectiva histórica e cultural. Mesmo tendo esse entendimento, o processo de percepção e significação de dor ainda hoje carece de maiores compreensões. Deste modo entendemos que as sensações dolorosas são influenciadas diretamente por aspectos físicos, culturais e emocionais, sendo vista como um acontecimento existencial e até mesmo universal, indissociável da maioria dos seres vivos, em especial ao homem, por este ter o seguinte entendimento diante as experiências dolorosas: *“não é somente o corpo que sofre, e sim o indivíduo em todo o seu ser”* (p. 85) (Figueiró *et al.*, 2005). Com esta afirmativa, Carvalho e seus colaboradores (1999) apontam que as experiências dolorosas podem representar um sintoma ou como uma doença propriamente dita, onde a primeira é resultante de um sentido de alerta sobre algo de errado que está ocorrendo no organismo deste

sujeito, enquanto que a segunda representa a manifestação prolongada e insidiosa da mesma, levando-a a ser considerada uma patologia com características de uma dor crônica devido seu período de manifestação.

A dor está intimamente relacionada à questão da saúde, apresentando diversos fatores que culminam no desencadeamento de reações debilitantes, entre eles se destacam aspectos biológicos, sociais e psicológicos no processo doloroso. Independente da característica seja aguda ou crônica, a dor apresentasse como um importante influente negativo na vida desses sujeitos, acarretando assim dificuldades pontuais na rotina e no cotidiano de quem as sofre. Pensando deste modo e percebendo a importância de se estabelecer uma definição que abrangesse de forma ampla os aspectos envolvidos nas manifestações dolorosas o Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudos da Dor – *International Association for the Study of Pain* - IASP em 1979 propôs uma definição que engloba tanto os aspectos emocionais quanto os sensoriais e cognitivos devido especialmente por ser considerada um fenômeno multidimensional (Barr *et al.*, 2013), sendo a dor “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada com uma lesão tissular real ou potencial descrita nos termos de tal lesão” (Iasp, 1979). Trata-se de uma experiência subjetiva e variável entre os indivíduos, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais.

Tal definição traz à tona a natureza subjetiva da dor, algo que era frequentemente negligenciada pelos estudiosos, inovando assim a forma como a sociedade a via, em especial nos casos onde na ausência de lesões à dor era presente, como nos casos das psicopatologias. Desso modo, podemos compreender que a experiência dolorosa é resultado da interrelação entre a interpretação das qualidades sensoriais como os componentes afetivos, cognitivos, comportamentais com as reações fisiológicas que se expressam frente à estimulação ou disfunção do sistema nociceptivo, sendo que a interpretação do fenômeno é individual (Woolf e Decosterd, 1999).

De acordo com a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), entidade filiada à IASP, “a dor afeta pelo menos 30% dos indivíduos durante um momento de sua vida e, em 10 a 40% deles, tem duração superior a um dia. A dor pode ter três fatores desencadeantes, são eles: *Biológicos, Sociais e Psicológicos*. A dor constitui a causa principal de sofrimento, incapacitação para o trabalho e ocasiona graves consequências psicossociais e econômicas. Cerca de 50 a 60% dos que sofrem dela ficam parcialmente ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de vida.” (p.3) (Santos, 2006).

Assim, a dor é vista como um sério problema acometendo milhares de sujeitos em todo mundo, levando por vezes à sérias consequências debilitantes, além de acarretar impacto desfavorável no aspecto econômico e social para toda sociedade. Nos Estados Unidos, para termos uma ideia, os gastos com custos médicos, sendo incluído aqui as despesas médicas, diminuição da produtividade e de arrecadação, estão em torno de 150 bilhões de dólares por ano (<http://www.cabesp.com.br/home/Materia/Visualizar/216>; Acesso em: 10 de outubro de 2014).

Diante os avanços do conhecimento científico e tecnológico no setor de saúde, Teixeira e Okada (2009) apontam que ainda há diversos obstáculos referentes à assistência aos pacientes quando se relacionam ao acesso dos serviços de saúde, ao não reconhecimento do tipo da dor e pouca mobilização de profissionais que abordem adequadamente a terapêutica para cada caso específico e tipo de dor.

Podemos afirmar que a dor é vista desde nossos primórdios como um importante sintoma de alerta e que pode indicar que algo de errado está acometendo o organismo, estando diretamente associada à questão de saúde. Assim verificamos que na prática clínica, dor é o sintoma mais frequente dentre as comorbidades, motivo que leva inúmeros sujeitos a buscarem acompanhamento médico e especializado na maioria dos casos.

1.2 Dor Pélvica Crônica

Referente aos inúmeros problemas de saúde que as mulheres atualmente enfrentam, a dor pélvica crônica (DPC) vem chamando a atenção de diversos profissionais que atuam na área da saúde. Assim a DPC é definida pela IASP como dor crônica ou persistente percebida em estruturas relacionadas à pelve (sistema digestório, urinário, genital, miofascial ou neurológico), frequentemente associada com consequências emocionais, sexuais, comportamentais e cognitivas negativas, assim como com sintomas sugestivos de disfunções daqueles sistemas. Incluem-se tanto dor cíclica, como dismenorreia, quanto acíclica. Do ponto de vista temporal, considera-se crônica a duração igual ou superior a seis meses. No entanto, seis meses é um período de tempo arbitrário, e foi escolhido pois três meses não parecem longo o bastante se incluirmos condições de dor cíclica. Assim, se a dor não for tipicamente aguda e mecanismos de sensibilização central estiverem bem documentados (hiperalgesia, principalmente), ela pode ser considerada crônica, independentemente do tempo dos sintomas. É importante salientar ainda que ela pode estar associada a doenças clássicas bem definidas (dor pélvica associada a doença específica) ou a nenhuma patologia óbvia (síndrome da dor pélvica crônica), o que não torna a condição ilegítima ([http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part II-F.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part%20II-F.pdf); acessado em 13 de novembro de 2014).

Atualmente a DPC é reconhecida como quadro clínico grave e que necessita de tratamento clínico e/ ou cirúrgico (Acog, 2004). Na maioria dos casos, a dor pélvica exerce impacto desfavorável na qualidade de vida, apresentando-se de modo debilitante entre este público, podendo afetar sua produtividade em ambiente ocupacional e a utilização frequente dos serviços de saúde (Latthe, Latthe, *et al.*, 2006).

Embora a DPC seja ainda alvo de outras definições, percebemos que todas contemplam as mesmas localidades para sua manifestação (região abdominal inferior e /ou pélvica) sendo que o tempo de manifestação é de no mínimo 6 meses (Moore e Kennedy, 2000; Howard, 2003; Acog, 2004; Grace e Zondervan, 2006; Latthe, Latthe, *et al.*, 2006). Sobre esse aspecto, após seis meses de duração, a dor pélvica toma características próprias, sendo considerada uma doença com fisiopatologia peculiar e tratamento distinto (Howard, 2003; Nogueira *et al.*, 2006).

Assim a DPC é uma condição clínica comum apresentando elevada prevalência, com estimativa de 3,8% em mulheres entre 15 a 73 anos de idade, sendo superior a enxaqueca, asma e dores nas costas (Zondervan *et al.*, 1999; Zondervan e Barlow, 2000), tornando-se uma queixa comum na prática ginecológica. Há pesquisas que apontam acometimento pela dor pélvica mais frequentemente na fase reprodutiva, chegando a 16% de manifestação em mulheres que se enquadram neste período (Wuo *et al.*, 2005; Bruno *et al.*, 2007). Estudos desenvolvidos com mulheres em idade reprodutiva que apresentam DPC em países como Estados Unidos e Nova Zelândia, quando este último considerou a DPC uma manifestação sintomática superior a 3 meses, obtiveram achados que variam suas prevalências entre 24% e 25,4% respectivamente (Zondervan *et al.*, 2001; Latthe, Latthe, *et al.*, 2006). Já em outro estudo de base populacional desenvolvido em terras americanas apontou prevalência média de DPC em 14,7% entre mulheres de 18 a 50 anos (Mathias *et al.*, 1996). No Brasil esta porcentagem é de 11,5% (Latthe, Mignini, *et al.*, 2006; Montenegro *et al.*, 2008; Silva *et al.*, 2011), representando uma prevalência alta e ainda pouco definida, uma vez que há escassez de publicações científicas nos países em desenvolvimento (Acog, 2004).

As consequências sociais, sexuais e maritais são significativas (Nogueira *et al.*, 2006) o que implica em sérias dificuldades e prejuízos para as mulheres e angústia para os profissionais (Howard, 2003). Este quadro patológico frequentemente acarreta aumento em

custos diretos e indiretos, incluindo gastos médicos, exames laboratoriais e redução de produtividade, estimado custo médio em torno de 39 bilhões de dólares por ano (Mathias *et al.*, 1996; Parker e Leondires, 2006), sendo responsável por cerca de 10% das consultas ginecológicas, 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas, e 12% de todas as histerectomias realizadas (Gambone *et al.*, 2002). Assim a DPC é vista e considerada por muitos como um sério problema de saúde pública (Reiter e Gambone, 1990).

Do ponto de vista clínico a DPC é uma condição complexa e de etiologia pouco definida, resultante de uma interação entre diversos sistemas, dentre eles estão, os sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, musculo esquelético, neurológico, psicológico e endócrino, sendo também influenciada por fatores socioculturais (Reiter *et al.*, 1991). O tratamento da DPC é um importante desafio para a equipe de saúde, pois requer uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas associadas a vários tipos de procedimentos invasivos. A DPC raramente reflete um processo patológico isolado, normalmente é uma associação de fatores psicológicos, sociais e biológicos, portanto, é essencial uma abordagem interdisciplinar, a fim de que haja maior efetividade no tratamento dessas mulheres (Walling *et al.*, 1994; Gunter, 2003), de forma que o ideal seria sua prevenção, que só poderia ser feita, conhecendo os fatores de risco e minimizando-os.

Por ser considerada uma doença complexa como apontado anteriormente, seu diagnóstico é realizado por meio de história clínica, exame físico completo e exames complementares, dentre os quais incluímos os procedimentos cirúrgicos, destacando-se a laparoscopia. Este é um método diagnóstico comumente utilizado na clínica ginecológica. Estudos revelam que mais de 40% das laparoscopias ginecológicas realizadas são para DPC (Cox *et al.*, 2007). Achados positivos são encontrados em até 2/3 dos casos, apesar de muitos não justificarem o quadro clínico da paciente (cerca de 50%). De qualquer forma, alguns estudos têm evidenciado que, mesmo quando os achados são negativos, as mulheres apresentam

alguma melhora após o procedimento (Yasmin *et al.*, 2005). Por outro lado, cerca de 20% das mulheres com DPC não passam por qualquer investigação diagnóstica prévia e 60% não recebem diagnóstico específico (Cheong e William Stones, 2006). Tais evidências são motivo de grandes insatisfações por este público (Selfe *et al.*, 1998), como para a própria equipe de profissionais que a assiste.

Atualmente a DPC é uma doença analisada sob o ponto de vista biopsicossocial, devido em especial pela sua evolução crônica, com a presença de recidivas frequentes.

1.2.1 Fisiopatologia em Dor Pélvica Crônica

Existes diversos mecanismos que corroboram para a manutenção e/ou evolução da dor pélvica crônica. Entre eles podemos citar as principais: 1) mudanças neuroplásticas que ocorrem no corno posterior da medula espinhal em consequência de mudanças eletrofisiológicas, bioquímicas e metabólicas promovidas pelo estímulo nocivo inicial, o que leva à inflamação neurológica devido à liberação de fator de crescimento neural e de substância P na periferia (local de origem do estímulo) exacerbando o mesmo; 2) sensibilidade cruzada entre vísceras que compartilham uma mesma inervação (reflexo viscerovisceral); e 3) desenvolvimento de um reflexo visceromuscular que pode culminar não só em repercussões disfuncionais, como dificuldade miccional ou incontinência urinária, mas também no desenvolvimento de síndrome miofascial e geração de novos pontos de dor (Nogueira *et al.*, 2006). Consequentemente, há uma sobreposição de sintomas como dispareunia, dismenorréia, queixas gastrintestinais, geniturinárias e musculo esqueléticas.

Para o médico ginecologista e demais outros profissionais que estejam no cenário que envolve o diagnóstico, tratamento e intervenção de pacientes que apresentam dor pélvica crônica, é de suma importância que estes tenham, em partes, entendimento quanto aos tipos de

dor existentes, podendo auxiliar o clínico a elaborar suas hipóteses diagnósticas com maior precisão.

1.2.2 Fatores de risco para Dor Pélvica Crônica

Vários fatores têm sido associados à DPC. Recentemente, uma metanálise observou que fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, abuso de álcool e/ou outras drogas, aborto e cesárea são possíveis fatores de risco para a condição (Latthe, Mignini, *et al.*, 2006). Foi observado que cirurgia abdominal prévia, baixa escolaridade, dispareunia, dismenorreia, constipação e sintomas urinários são possíveis fatores de risco, ao menos para nossa população (Silva *et al.*, 2011). Um estudo Americano desenvolvido com a participação de 187 pacientes encontraram achados semelhantes com o nosso, referindo que baixa escolaridade também é fator de risco para DPC, e que baixo nível socioeconômico pode reforçar tal acometimento (Roth *et al.*, 2001).

Dentre as condições de risco identificadas, é possível perceber uma ligação entre abuso sexual, abuso físico e outras comorbidades psicológicas correlatas, como a ansiedade, depressão e somatização, sugerindo uma relação entre elas e a DPC (Acog, 2004; Latthe, Mignini, *et al.* (2006); Montenegro *et al.*, 2008; Acog, 2011; Silva *et al.*, 2011). Engel desde 1959 (Engel, 1959), já apontava que pacientes com dor crônica, independentemente da localização da dor, geralmente tinham histórias de violência, abuso físico e sexual na infância. Alguns estudos do final do século XX têm investigado a relação entre DPC e abuso sexual infantil (Rapkin *et al.*, 1990; Reiter e Gambone, 1990; Reiter *et al.*, 1991; Walling *et al.*, 1994) e outros sugerem uma ligação entre ansiedade e depressão, somatizações, histórias prévias de abuso físico e sexual ao desenvolvimento posterior de DPC (Harrop-Griffiths *et al.*, 1988; Walker *et al.*, 1992; Walling *et al.*, 1994; Lampe *et al.*, 2000). Esses mesmos autores, na sua

maioria ou não investigaram a relação entre dados sociodemográficos e econômicos (Harrop-Griffiths *et al.*, 1988), como nível de escolaridade, renda familiar, uso de medicações específicas e atividade ocupacional ou não identificaram diferenças associativas entre tais variáveis (Rapkin *et al.*, 1990; Walker *et al.*, 1992; Lampe *et al.*, 2000), diferente do estudo de Reiter e Gambone (1990) que evidenciou, a partir de um questionário com informações demográficas e médicas aplicadas em 106 mulheres que foram encaminhadas para uma clínica multidisciplinar para avaliação de DPC e 92 mulheres que compuseram o grupo controle, que as variáveis psicossociais são importantes na patogênese da DPC e enfatizam a necessidade da avaliação e gestão multidisciplinar nessa clientela. Segundo esses mesmos autores, embora a distribuição entre raça, número de gestações, paridade, idade da primeira relação sexual (coitarca) e taxas de aborto não apresentaram diferenças significativas entre os grupos investigados, observou adicionalmente que aborto espontâneo, cirurgia não ginecológica anterior, maior número de parceiros sexuais e vivência anterior de traumas sexuais foram significativamente distintos no grupo de mulheres com DPC. Walling *et al* (1994) também demonstrou em seu estudo achados importantes quanto as distinções quanto dados sociodemográficos e econômicos em pacientes com dor crônica (DPC e cefaleia crônica) quando comparado com um grupo de participantes sem dor. Seus achados inferem diferenças entre idade, sendo as pacientes com dor crônica mais jovens do que as mulheres sem dor e que as mulheres com DPC tinham completado menos anos de escolaridade e renda familiar inferior do que para qualquer um dos outros dois grupos.

Lampe e seus colaboradores, no ano 2000, investigaram, a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas por duas psicólogas e avaliadas por 3 psiquiatras, a relação entre DPC e maus tratos na infância (abuso sexual e físico e negligência emocional) em três grupos distintos, envolvendo para isso 43 pacientes com dor pélvica crônica, 23 pacientes com dor lombar crônica e 20 mulheres saudáveis, sem queixas de dor. Esses pesquisadores também

avaliaram a presença de depressão a partir do Inventário de Depressão de Beck por acreditarem que os sintomas do transtorno doloroso podem ser confundidos com os de depressão. Foi identificado uma relação entre as variáveis de maus tratos investigadas nos grupos de dor crônica (DPC e dores lombares crônicas), reforçando a ideia que já se tinha sobre a possibilidade de associação entre abuso sexual na infância e acometimento em DPC na idade adulta. Tais autores encontraram uma média de 36% (n=13) de mulheres portadoras de DPC que apresentaram histórias de abuso sexual anterior, sendo que destas 8 mulheres foram vítimas antes dos 15 anos e em seis mulheres o abuso sexual foi avaliado como muito grave de acordo com os critérios utilizados. Em relação ao abuso físico não houve diferenças significativas, mas foi evidenciado maior exposição, nesse tipo específico de violência, nos grupos de mulheres com dor crônica, enquanto que no grupo de sujeitos sem dor foram expostas ao abuso físico com menos frequência. Eles concluíram, mesmo utilizando um tamanho amostral pequeno, ao todo 86 participantes subdivididos em 3 grupos, que a vitimização prévia, ou seja, antes dos 15 anos de idade, é um fator que está associado à manifestação de DPC no futuro. Eles não encontraram diferenças significativas quanto aos sintomas depressivos investigados nos grupos de dor crônica, porém as mulheres com DPC demonstraram pontuação significativamente maior quando pareado com o grupo de mulheres saudáveis (Lampe *et al.*, 2000).

Em outro estudo (Walling *et al.*, 1994) investigaram 3 distintos grupos de pacientes, sendo um grupo composto por mulheres portadoras de dor pélvica, outro composto por um grupo que apresentava cefaleia crônica e um terceiro composto por mulheres saudáveis. Foi encontrado diferenças estatisticamente significativas no grupo das pacientes portadoras de dor crônica (ambos com a presença de sintomas de dor superior a 6 meses), sendo aqui composta pelas mulheres com queixa de dor pélvica e dores de cabeça quando pareado com o grupo controle. Os pesquisadores avaliaram a relação entre ocorrência de violência sexual e física anterior aos 15 anos de idade, porém a forma como ocorreu as coletas desses dados foram por

meio de entrevistas telefônicas estruturadas de pacientes em seguimento ambulatorial, podendo este resultado gerar potenciais limitações dos dados encontrados.

Porém, tais preditores ainda estão cercados de “dificuldades” para sua identificação, especialmente no que concerne ao elevado número de casos subnotificados à equipe de saúde, ou autoridades responsáveis. Outros obstáculos seriam as dificuldades conceituais e de questionamento dos profissionais no instante em que abordam essas mulheres em seus consultórios, por constrangimento ou medo que ocorra alguma implicação e/ou até mesmo desinteresse e despreparo em questioná-las. Assim, fica fácil entender os dizeres de Lerner (2000) quando este afirma que os profissionais da saúde em suas diversas áreas de atuação, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, são pouco capacitados para lidar com as questões de violência, existindo uma ausência de discussões deste tema nas grades curriculares dos cursos superiores do país.

Ainda permanece obscuro os mecanismos pelos quais tais condições possam culminar ou facilitar o aparecimento de um quadro de dor crônica, particularmente em região abdominal e/ou pélvica.

Outro fator que culmina em limitações consideráveis sobre essa temática específica, encontra-se ligada com a qualidade dos desenhos metodológicos apresentados nos estudos disponíveis pela literatura, uma vez que há maioria desses estudos apresentam várias deficiências metodológicas, incluindo a não inserção de grupo de comparação (sujeitos com dor crônica em locais diferentes da região pélvica) e controle não apropriado, tamanho amostral pequeno e a não utilização de questionários de rastreio para maus tratos validados e adaptados semanticamente para a população estudada, podem limitar potencialmente a validade de inferir a especificidade desses e outros assuntos pertinentes sobre histórias de maus tratos na infância na população portadora de dores pélvicas crônicas.

Embora sugestivo, não há dados comprovando a associação causal entre maus tratos, como abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, sofridos na infância e o desenvolvimento futuro de dor pélvica crônica. Do mesmo modo, é necessário analisar adequadamente as relações existentes entre tais determinantes potenciais e outras variáveis de potencial interferência, como escolaridade, estado marital, atividade profissional remunerada, raça, sintomas de ansiedade e depressão.

1.3. Maus tratos na infância

Atualmente, todas as crianças nascem com direitos garantidos por Lei no Brasil, contudo ainda é identificado um grande número de jovens e crianças que sofrem maus tratos. A violência frente às crianças e adolescentes não é um fato recente. Observa-se que há muito tempo são identificados relatos de maus tratos na história da humanidade, justificada e amplamente aceita pelas diferentes sociedades, podendo ser encontrados nas narrativas bíblicas e nos mitos gregos histórias de famílias violentas (Costa, 2009). De acordo com este mesmo autor, a prática de atos como o infanticídio, abandono em instituições, mutilações de membros com intuito de promover a compaixão e favorecer o comportamento de mendicância e escravidão estão descritas em abundância na literatura.

Para facilitar a compreensão sobre este assunto intrigante e fenômeno que permeia todas as culturas de todas as sociedades vigentes, segue abaixo uma descrição dos aspectos históricos envolvidos nesta temática, assim como definições necessárias para o entendimento para cada forma peculiar de maus tratos existentes e que foram investigados neste estudo.

1.3.1 Perspectiva histórica dos maus tratos contra crianças e jovens

Na civilização greco-romana e hebraica podem ser identificados relatos de casos de violência com crianças e adolescentes. Existia uma Lei hebraica datada do século XIII A.C. orientava os pais em relação a como castigar os filhos desobedientes e rebeldes, e uma das recomendações era o apedrejamento até a morte (Santoro, 2002).

No império greco-romano as relações com as crianças não eram muito diferentes da hebraica, e o infanticídio era uma atividade bastante comum, onde o pai seria responsável em decidir pela aceitação ou o abandono do bebê recém-nascido, levando-o à morte caso este não fosse abrigado por alguém. Além disso, existiam relatos sobre a condenação de crianças com necessidades especiais ou com algum tipo de má formação, partindo do pressuposto de que estas crianças não tinham nenhum tipo de serventia para a sociedade. Não podemos nos esquecer que a miséria datada desta época era um outro fator negativo para a condição de sobrevivência, fato que reforçava tipos específicos de violência e seria uma das principais formas de mortalidade de crianças, ao mesmo tempo que esta situação ocorria, acabava de certo modo estimulando o infanticídio devido à ausência de alimento promovida pelos progenitores e ou cuidadores (Aries e Duby, 1992).

Na civilização grega, os recém-nascidos considerados inúteis pela Assembleia dos Idosos eram abandonados e acabavam por morrer. Nesta mesma época era comum, tanto na Grécia como em Roma, que as crianças fossem usadas sexualmente, existindo inclusive, casas de prostituição para este fim (Canova, 2006; Costa, 2009).

De acordo com Costa (2009) na antiga cidade da Babilônia, atualmente estaria localizada na região do Iraque no Oriente Médio, as crianças eram usadas no templo para prostituição, enquanto que no Egito, a procriação fazia parte de dons divinos, no entanto era

considerada como prática religiosa a manutenção de relações sexuais com meninas de classes sociais elevadas.

Há, ainda, relatos de maus tratos na mitologia grega, como descrevem Pires e Miyazaki (2005), onde Cronos, pai de Zeus, sabendo que um dos seus filhos iria lhe tirar o poder, engoliu os cinco primeiros filhos ao nascer. Entretanto, sua mulher após o nascimento do sexto filho, deu-lhe uma pedra para engolir no lugar deste filho, tornando possível que Zeus sobrevivesse e tomasse o lugar do pai, tornando-se um dos maiores deuses gregos.

Deve-se ressaltar que durante a Idade Média não havia conhecimento sobre as particularidades da infância e adolescência, muito menos as implicações destas situações para o desenvolvimento infantil. A criança era considerada naqueles tempos como propriedade única dos pais e as sociedades vigentes recorriam à aplicação de castigos humilhantes como forma de educação. *“A antiga sociedade tradicional tinha dificuldade em conceber a criança e o adolescente, não havia um lugar específico para a infância. Nessa época, face às numerosas guerras e devido à precariedade econômica vivida na altura, muitas das crianças dos grupos sociais mais desfavorecidos eram vítimas de infanticídio ou abandono”* (p.24) (Costa, 2009).

A partir do século V D.C., a igreja católica passou a ter maior influência entre os costumes e comportamentos, havendo o reconhecimento da importância do desenvolvimento da criança e seu convívio familiar como peça importante nessa dinâmica, ressaltando a importância da mãe na criação dos filhos, além da desestimulação dos castigos físicos (Pires e Miyazaki, 2005).

Sobre as crianças brasileiras, os primeiros relatos datam do século XVI com a chegada dos jesuítas no país. Os índios protegiam seus filhos e não os castigavam, diferente do posicionamento dos jesuítas que introduziram a instituição de ações que castigavam as crianças em nosso contexto, ficando celebre a frase do padre Luis da Grã em 1553, no qual ele dizia “sem castigo não se fará vida” (Guerra, 2001).

Durante a segunda metade do século XVIII, Jean Jacques Rousseau, passa a compreender a criança como um ser humano com múltiplas capacidades, com valor próprio e digna de respeito. O educador defendia a preservação da liberdade da criança e a promoção da sua liberdade moral, chamando a atenção para a realidade específica deste período da criança (Costa, 2009). Ainda neste mesmo século, em 1824 foi criada a Roda da Santa Casa, inicialmente idealizada em Portugal, com o objetivo de evitar que as crianças abandonadas fossem expostas a perigos de serem devoradas pelos cães e chegassem a serem mortas. Esta roda era constituída de um cilindro oco feito de madeira e que girava em torno do próprio eixo e tinha uma abertura onde seriam deixadas as crianças. A mãe que desejava abandonar seu filho colocava-o na roda e após o girava e batia no mesmo para provocar um barulho onde sinalizava para o porteiro desta instituição que haveria uma criança abandonada no interior deste objeto. Esse tipo de abandono foi usado até 1948, caracterizando um índice de mortalidade das crianças que variavam entre 16% e 33% (Pires e Miyazaki, 2005; Canova, 2006; Costa, 2009).

Com a Revolução Industrial, no século XIX, surgiram diferentes interesses em relação à proteção infantil. Em princípio, em relação à regulamentação do trabalho infantil, ampliando gradativamente a idade permitida para o trabalho (Costa, 2009).

Nos dois últimos séculos, a proteção das crianças tem sido discutida mais abertamente, e muitos trabalhos passaram a ser escritos sobre esta situação. Em 1860, Ambroise Tardieu faz uma primeira descrição de uma criança maltratada em seu livro que resultou de um estudo sobre as lesões das crianças com idade inferior a cinco anos e os fatos inconsistentes que eram descritos pelos seus pais que não justificavam as lesões e morte provocada nessas crianças. O texto levanta a hipótese de que as agressões foram cometidas pelos próprios progenitores e leva a promulgação de uma Lei de proteção às crianças maltratadas (Pires e Miyazaki, 2005; Costa, 2009). Neste mesmo ano começaram a ser denunciados casos de maus tratos na França e em 1874, nos EUA, com o caso de Mary Ellen Wilson. Neste caso, Mary foi abandonada pela mãe

e com a morte do pai, ficou sob os cuidados da madrasta que a maltratava e negligenciava. Naquela época, não havia nenhuma entidade que defendesse os direitos das crianças e, portanto, ela foi protegida pela Sociedade Norte Americana para prevenir a crueldade contra os animais, partindo do pressuposto de que a criança fizesse parte do reino animal (Pires e Miyazaki, 2005).

Outro estudo de importância, datada de 1946, publica relevantes apontamentos que tratam de evidenciar observações feitas em crianças com determinados tipos de hematomas, os quais Henry Kempe descreveu como a Síndrome da Criança Espancada, devidamente reconhecida pela Academia Americana de Pediatria. De acordo com este mesmo teórico, tal síndrome ocorria em *“crianças de baixa idade, com graves ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais, sendo o diagnóstico baseado em aspectos clínicos e radiológicos”* (p.43) (Pires e Miyazaki, 2005).

Em 1960, um grande número de crianças chegava aos serviços de saúde com lesões não acidentais, sendo que no Brasil este problema passou a ser tratado como um problema de saúde pública. Em 1963, foi introduzido por Fontana, o termo criança maltratada incluindo a violência física, psicológica e emocional e a negligência. Costa (2009) descreve ainda que em 1965 ocorreu uma modificação muito importante em relação à abordagem ao tema, substituindo a expressão de “criança maltratada” para “criança abusada”. O termo criança abusada é mais abrangente referindo-se as crianças que sofrem qualquer tipo de violência física ou emocional, além das crianças abandonadas, vítimas de negligência ou de abuso sexual.

Em São Paulo, no ano de 1973, foi descrita por um professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, o primeiro caso de espancamento de uma criança registrada na literatura nacional. Em 1975, foram descritos mais cinco casos por outro pesquisador, sendo que finalmente, em 1984 ocorre a publicação de um livro sobre o tema (Guerra, 2001). O crescente aumento sobre o conhecimento a cerca deste assunto suscitou uma série de ações governamentais em toda parte do mundo. Nos Estados Unidos da América

nasceram a Convenção dos Direitos das Crianças, que foi ratificada em Portugal no ano de 1990 enquanto que na Europa, o parlamento europeu aprovou a Carta Europeia dos Direitos da Criança (Pires e Miyazaki, 2005; Costa, 2009).

No Brasil em 1990, foi implementado, diante as necessidades de enfrentamento contra a violência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que assegura os direitos e proteção à criança e ao adolescente. O estatuto tornou compulsória o ato de notificar, por parte dos diversos profissionais que atuam na área da saúde, situações de maus tratos em casos suspeitos ou confirmados de crianças e adolescentes tanto em ambiente institucional ou em consultórios particulares. Em 1998, o Ministério da Saúde criou um comitê para discutir a proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Desta ação, foi elaborado um plano específico para atuação de diversos profissionais que atuam com esta população (Pires e Miyazaki, 2005). O Conselho Nacional de Saúde aprovou em 2001, a Política Nacional de Morbimortalidade por acidentes e violência e a redução da violência e dos acidentes na infância e da adolescência, onde foram definidas ações a nível municipal, estadual e federal, além da obrigatoriedade da notificação compulsória de casos de violência. Contudo, a subnotificação é uma triste realidade, e estima-se que para cada caso pelo menos 10 casos deixam de ser notificados (Saúde, 2001).

Observa-se que o domínio da parte mais forte sob a mais fraca é exercido sob as mais diversas formas de poder em todas as esferas políticas, econômicas e sociais. Apesar dos grandes avanços em relação à defesa da criança e do adolescente, os casos de violência continuam a acontecer (Pfeiffer e Salvagni, 2005).

A violência à criança e ao adolescente é um grave problema mundial, principalmente pelo prejuízo que causa em processos importantes do desenvolvimento infantil, e por isso compreender suas conceituações pode contribuir para o estabelecimento de ações preventivas (Pires e Miyazaki, 2005).

1.3.2. Definições de maus tratos gerais e específicos

De acordo com o Guia de Atuação frente aos Maus Tratos na infância e adolescência promovida pela Sociedade Brasileira de Pediatria e demais outras entidades governamentais (2001), compreendem os maus tratos como: *“um sujeito em condição de superioridade (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um ato ou omissão capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente, à vontade da vítima ou por consentimento a partir de indução ou sedução enganosa.”* (p. 44).

Segundo Kaplan e Sadock (2007), os maus tratos na infância representam uma doença médico-social que vem assumindo dimensões epidêmicas e tornando-se cada vez mais fortalecida na sociedade contemporânea. Este conceito pode abarcar desde a privação de roupas, abrigo, alimentação e amor parental, até em situações onde tais crianças são fisicamente maltratadas por um adulto, promovendo deste modo traumas à criança, chegando a muitos casos ao óbito.

A experiência de maus tratos pode ser compreendida como uma adversidade que tem várias implicações negativas em diversos níveis como social, emocional, comportamental e cognitivo (Maia *et al.*, 2007). Os autores apontam uma definição de maus tratos defendida por Martinez Roig e De Paul onde são usados critérios operacionais para tal definição: *“fenômeno com a presença de lesões físicas ou psicológicas não acidentais ocasionadas pelos responsáveis do desenvolvimento, que são consequência de ações físicas, emocionais ou sexuais, de ação ou omissão e que ameaçam o desenvolvimento físico, psicológico e emocional considerado como normal para a criança”*. (p. 02) (Maia *et al.*, 2007).

Costa (2009) aponta que maus tratos é uma forma particular de violência que apresenta algumas dificuldades em relação à sua conceituação em função das diferenças socioculturais e referenciais individuais. A autora descreve uma recomendação do Conselho europeu que define

maus tratos como: “qualquer ato ou omissão que ponha em perigo a vida, a integridade corporal ou psíquica ou a liberdade de uma pessoa ou que comprometa gravemente o desenvolvimento da sua personalidade” (p. 28) (Costa, 2009).

O tipo mais frequente de maus tratos de modo geral é a violência doméstica. Este tipo de agressão costuma acontecer por grandes períodos de tempo, visto que a própria família procura silenciar o ato violento por medo de denunciar o abusador/perpetrador. Dentre os principais tipos de maus tratos que podem ser notificados pode-se incluir a negligência ou abandono, abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico ou emocional, Síndrome de Munchausen por procuração e Síndrome do Bebê Sacudido (Pires e Miyazaki, 2005).

Uma separação bastante comum em relação aos tipos de maus tratos é em relação a sua forma que pode ser passiva ou ativa. Considera-se maus tratos com caráter passivo a negligência e o abandono, enquanto que se consideram maus tratos de caráter ativo, o abuso físico, sexual e psicológico/emocional.

Martins (2010) aponta que a violência, em seu sentido mais amplo, engloba não somente as causas intencionais para as agressões, mas aponta referência para fatores internos das vítimas e as acidentais, porém a violência *stricto sensu* refere-se unicamente à violência intencional.

Pode-se definir maus tratos físicos como: “qualquer ação que implique a existência do uso da força de forma intencional, não acidental, praticada pelos pais, seus substitutos, ou qualquer outro adulto, que provoque dano físico à criança, deixando ou não, marcas evidentes. Este tipo de maus tratos, consoante a sua natureza, intensidade, duração e frequência, provoca danos físicos de gravidade variável, podendo, em casos limite, provocar lesões irreversíveis ou mesmo conduzir a vítima à morte. Estas lesões físicas podem ser produzidas com ou sem instrumentos, e muitas vezes esta violência física dirigida contra a criança, confunde-se na sua dimensão disciplinar e educativa” (p.30) (Costa, 2009).

Dessa forma, o uso da força física baseia-se em toda cultura do poder disciplinador e autoritário que o adulto, frequentemente, assume em relação à criança e ao adolescente pelo simples objetivo de instaurar a obediência. De uma maneira geral, este tipo de agressão deixa marcas visíveis pelo corpo como hematomas, escoriações, lacerações, contusões e queimaduras. Observamos também que as agressões físicas mais frequentes referem-se no uso de tapas, puxões de cabelo e orelha, chutes e pontapés, beliscões, socos, chineladas, cintadas, queimadura promovida com água quente, ferro elétrico e brasa de cigarro, sufocação, espancamento, mutilações e intoxicação com psicotrópicos (Pires e Miyazaki, 2005).

A negligência pode ser caracterizada por uma falha recorrente e permanente em responder adequadamente às necessidades das crianças e adolescentes. Trata-se de uma forma de maus tratos passivo, onde os pais deixam de lado de forma intencional ou não, os cuidados mais importantes para a criança que podem variar entre necessidades alimentares, educacionais, de higiene, afetivas e sanitárias (Costa, 2009).

De acordo com Pires e Miyazaki (2005) pode-se conceituar negligência à criança como: *“omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente aos agravos evitáveis e tem como consequência, portanto, o não atendimento de necessidades físicas e emocionais prioritárias. Constituem-se exemplos de negligência ou abandono deixar de oferecer a criança alimentos, medicamentos, cuidados de higiene, e educação”* (p.44).

Com isso, o abandono pode ser compreendido como uma forma de negligência muito grave, visto que deixa em evidência a ausência de vínculo afetivo adequado da criança com os pais. A negligência é o tipo mais frequente de maus tratos e pode ser física, emocional e educacional (Pires e Miyazaki, 2005). Fatores associativos corroboram para as altas manifestações e exposição aos riscos deste tipo específico de violência contra crianças e adolescentes como por exemplo: desemprego, baixa renda e pobreza, sendo a pobreza a variável que mais se associa com a negligência física (Slack *et al.*, 2004).

Na negligência física, devem estar incluídas as ausências de cuidados médicos, abandono ou exclusão da criança de casa por rejeição, imprudência ou desobediência às regras de trânsito, falta de medidas preventivas para evitar a intoxicação exógena, e supervisão inadequada, enquanto que a negligência emocional inclui as ações como pouco ou nenhum suporte emocional e afetivo, além de grande exposição à violência doméstica, uso de drogas e álcool com permissão e encorajamento para atos de delinquência (Pires e Miyazaki, 2005). A permissão por faltar às aulas de forma sistemática, mesmo após informação da unidade educacional caracteriza a negligência educacional, que também pode ser identificada com a recusa ou a não matrícula da criança no ensino educacional (Pires e Miyazaki, 2005).

No mundo aproximadamente 40 milhões de crianças ou adolescentes sofrem abuso (Martins, 2010). Este mesmo autor identificou que a violência acontece independente da classe social, etnia, religião e escolaridade dos agressores. Muitos estudos apontam que associada à violência está o grau de dependência e fragilidades, próprios da infância. Em relação às vítimas, pode-se afirmar que os prematuros e as crianças do sexo feminino são mais abusadas em relação às crianças do sexo masculino. Outros fatores de risco podem ser identificados em situações específicas de crise, como por exemplo, desemprego e perturbações nas dinâmicas familiares que incluem uso de drogas, e relacionadas a motivações psicodinâmicas, como infidelidade. Segundo inferências do Ministério da Saúde, a partir do apontamento no estudo desenvolvido por Martins (2010), as agressões constituem a primeira causa de morte entre crianças e adolescentes, provendo em sua maioria do ambiente doméstico, sendo que no Brasil, estima-se que 18 mil crianças e adolescentes sejam espancadas por dia, sendo que para cada 20 casos de espancamento, apenas um é devidamente denunciado.

Alguns estudos apontam que além da falta de notificação destes casos de violência existem poucos serviços para identifica-los no país e, ainda, o atendimento a estas vítimas não

possuem uma *“rede interligada que torne possível retratar o comportamento da violência na população”* (p.663) (Martins, 2010).

Outra forma de violência é o abuso emocional que pode ser descrito como sendo atos de omissão ou de autoritarismo por parte de pais ou cuidadores, que são considerados dentro de uma combinação de valores da comunidade e de um profissional especialista como inadequados ou prejudiciais: *“o abuso emocional caracteriza-se por um padrão repetitivo no comportamento dos cuidados, ou incidentes repetitivos que comunicam às crianças que elas não tem valor, que são imperfeitas, mal amadas, indesejadas, que correm perigo, ou que somente tem valor ao ir de encontro com as necessidades dos outros”* (p.17) (Brodski, 2010).

A autora aponta uma definição sobre abuso emocional de Garbarino, Guttman e Seeley como *“padrões de comportamento psicologicamente destrutivos”* (p.16) (Brodski, 2010), sendo que esses mesmos autores apresentam cinco maneiras que podem ameaçar o desenvolvimento humano, elencando a rejeição em primeiro lugar como uma forma de recusa em relação à criança. A segunda corresponde ao isolamento que priva a criança de ter experiências normais e sociais. O terrorismo caracteriza-se como a terceira ameaça, onde a criança é agredida verbalmente, instaurando um clima amedrontador. A quarta ameaça é a desconsideração, onde o adulto sufoca seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual. Por último, por meio da corrupção o adulto passa a estimular comportamentos antissociais na criança, como por exemplo a delinquência e/ou comportamentos do espectro desafiador de oposição, reforçando desvios que tornam a criança com comportamentos inadequados para convívio em sociedade (Costa, 2009; Brodski, 2010).

Além das situações descritas acima, muitos autores relatam que a superproteção pode ser compreendida como uma forma de maus tratos psicológicos de forma velada, visto que a criança se sente protegida e tem grande dificuldade de se separar dos pais, visto que a realidade externa é vista como ameaçadora (Costa, 2009).

Contudo ainda que mais frequentes, os maus tratos psicológicos podem ser mais complicados de se identificar: *“os maus-tratos psicológicos são mais difíceis de detectar devido ao seu carácter mais ou menos velado. Vão dos insultos às humilhações e frustrações diversas, bem como a falta de consideração, a recusa em reconhecer a alteridade da criança e o facto de a condenarem a ser apenas um prolongamento de si (pais). Esta forma de maus-tratos está também presente nas outras formas de maus-tratos, uma vez que, cada uma delas constitui violência contra a pessoa na sua totalidade e não apenas numa parte de si. Assim, podemos admitir que tanto maus-tratos físico, o sexual, a negligência e o abandono, comportam também o maus-tratos psicológico, na medida em que em todos eles existem sempre há ausência do respeito e consideração do outro.”* (p. 32) (Costa, 2009).

Um tipo de abuso que pode ser descrito por ter características que envolvem as dimensões física e psicológica é o abuso sexual. Dentre as várias formas que caracterizam uma natureza violenta e agressiva e que configura o fenómeno de maus tratos, o abuso sexual é ainda hoje considerado como um grave problema de saúde pública na infância e adolescência.

A Organização Mundial da Saúde aponta uma definição de abuso sexual onde pontua que para que seja considerada uma situação de abuso é necessário que uma “criança seja vítima de um adulto, ou de uma criança que pela idade ou desenvolvimento está em uma relação de confiança ou poder, com fins de satisfação sexual a outra pessoa e sem seu consentimento, podendo incluir o incentivo ou coação para que uma criança se dedique a qualquer atividade sexual ilegal; exploração de uma criança na prostituição ou outra prática sexual ilegal e a exploração da criança em espetáculos pornográfico ou a utilização de materiais pornográficos” Os traços que podem caracterizar um abuso sexual infantil inclui: força física é raramente utilizada, pois o perpetrador tentará ludibria-la a partir da confiança despertada na relação e assim esconder o abuso; o agressor é geralmente um cuidador conhecido e confiável da família; o abuso sexual infantil ocorre inúmeras vezes ao longo da semana e dos anos e frequentemente

ocorre como episódios repetidos se intensificando com o passar do tempo. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf; acesso em 10 de outubro de 2014). Tal delito pode assumir distintas formas pra se manifestar, como por exemplo, em chamadas telefônicas obscenas, ultraje ao pudor, exibicionismo, violação, incesto e prostituição de menores (Costa, 2009). O sofrimento da criança é imenso, construído por situações de abandono, além de receber mensagens ambíguas entre amor e violência que pode perturbar profundamente seu mundo psíquico.

Dentre as categorias de maus tratos e como apontado anteriormente, o abuso sexual tem papel de destaque e dentre as inúmeras definições devido particularmente as variações de comportamento, situações e circunstâncias, este tipo específico de abuso, de modo mais amplo, pode ser definido aqui como qualquer envolvimento de uma criança e/ou adolescente em atividade sexual com um adulto ou outra criança e/ou adolescente, que devido à idade, exerce uma relação de responsabilidade, confiança e apoio sobre ela e que devido à falta de capacidade desta em dar consentimento para qual lhe falta preparo, ou que viola as leis ou tabus da sociedade, acabe sofrendo e gerando de modo dicotômico uma gratificação ou satisfação das necessidades do abusador (Habigzang, 2006).

Costa (2009) identifica a partir da leitura de Lopez Sanches, três critérios usados para a definição de abuso sexual: a idade da vítima e do agressor, e os comportamentos do agressor para submeter à vítima a seus caprichos. Neste contexto, ainda devem ser levados em conta aspectos como a coerção, que pode incluir força física, pressão ou engano, e a assimetria de idade entre vítima e agressor que, por sua vez, impede a liberdade de escolha.

Pesquisas apontam que aproximadamente 88% das situações de maus tratos contra crianças e adolescentes ocorrem dentro do ambiente doméstico, configurando um abuso sexual intrafamiliar ou incestuosa perpetrado por pessoas próximas dos abusados e que desempenham papel de cuidador (Cohen e Mannarino, 2000; Braum, 2002; Habigzang e Caminha, 2004).

De acordo com Habigzang (2006) os dados epidemiológicos apontam que a maioria dos abusos sexuais ocorrem dentro de casa e configuram-se de forma incestuosa. Verifica-se que as meninas são as principais vítimas, e a mãe aparece como a figura mais procurada na busca de ajuda.

A compreensão do abuso pelo abusado faz com que o abusador imponha a culpa de ter aceitado os carinhos. Dessa forma, o abuso é progressivo e quanto mais medo e resistência pela vítima, maior prazer terá o agressor e maior será a violência (Pfeiffer e Salvagni, 2005). Esses autores apontam que a vulnerabilidade e as sequelas do abuso sexual dependem do tipo de abuso, da sua cronicidade, da idade da vítima e do relacionamento geral que tem com o agressor. Seus efeitos podem ser devastadores e perpétuos, não estando descrito, no entanto, nenhum sintoma psiquiátrico específico resultante do abuso sexual.

A criança que sofreu algum tipo de abuso deve ser considerada uma criança em situação de risco, mesmo que não apresente sintomas externos, visto que isto não significa que ela não esteja sofrendo com os efeitos desta experiência (Amazarray e Koller, 1998). O significado do abuso para cada criança é bastante particular, principalmente em relação aos aspectos como quantidade e gravidade, que estão associados às experiências individuais.

Diversos autores, dentre eles Almeida e colaboradores (2008) descrevem evidências científicas que podem unir as questões relacionadas a qualquer tipo de violência (física, sexual e emocional) e as síndromes dolorosas crônicas. Estes apontam que os pacientes portadores de dor crônica com histórias prévias de violência têm maior probabilidade de diagnósticos médicos funcionais, em oposição aos orgânicos; maior tendência a utilizar os recursos dos serviços de saúde e maior probabilidade de ocorrência de dores em pontos específicos do corpo, como, por exemplo, dores abdominais/pélvicas, cefaleias, entre outras. Ainda, os pacientes portadores de DPC sugerem uma relação positiva entre violências, diagnósticos funcionais e grande

frequência de utilização de serviços de saúde, tanto em práticas de encaminhamento como de atendimento primário para a manutenção da saúde.

Tendo conhecimento a cerca desse processo e de suas manifestações, os serviços de saúde podem se organizar de forma mais adequada quando esclarecidos sobre a relação dor e violência. Alguns estudos têm demonstrado grandes contribuições, identificando que os sintomas podem representar tipos de resistências que de maneira geral se associam a processos de somatização. Pensando deste modo, somente para contextualizar, o processo de somatização pode ser compreendido como a “manifestação de sofrimento emocional através de queixas físicas, onde não se verificam lesões orgânicas compatíveis, mas sim patologias mentais e que leva a busca de atendimento médico” (Almeida *et al.*, 2008). Pode-se destacar que a somatização inclui aspectos pessoais, familiares, sociais, culturais e que podem incluir a presença de algum tipo de patologia mental, mas não a restringe. De acordo com Lipowisk (apud Almeida et al, 2008), a somatização envolve três aspectos fundamentais (Lipowski, 1988):

- Aspecto experimental: que se refere à forma subjetiva em que a pessoa percebe seu corpo;
- Aspecto cognitivo: atribuição de alterações percebidas à doença física;
- Aspecto comportamental: diz respeito a comunicações e ações compatíveis com esta interpretação.

Um estudo recente (Almeida *et al.*, 2008) aponta que são muitas as tentativas de explicar as causas da dor que não encontram explicações físicas. Muitas vezes, o paciente passa por diversas consultas medicas com o objetivo de identificar as possíveis causas que podem ser, de certa forma, psíquicas e estão relacionadas a algum tipo de violência. Observa-se que, a princípio, as pacientes quando confrontadas sobre as causas da dor, sempre relatam causalidades físicas. Em alguns casos, principalmente, após falarem sobre suas vivências de

violência e humilhação, as pacientes apontam tais acontecimentos como tendo algum tipo de relação com seu sintoma de dor crônica, mesmo sem entender muito bem como um sofrimento emocional possa estar desencadeando uma sensação física

Considera-se que o maior valor de atenção em saúde está no fato do impacto que esta terá na qualidade de vida destas pessoas, e com isso a qualidade e comprometimento do profissional de saúde interfere de maneira direta nesta relação de cuidado. Pode-se afirmar que a assistência deve contribuir para a promoção de saúde.

Muitas vezes, o profissional tem um forte sentimento de impotência que pode ser descrito como uma barreira profissional para este tipo de atendimento. Conclui-se que os processos de somatização, que podem levar a dor crônica possuem componentes sócio-culturais que devem contribuir para que o profissional de saúde compreenda o diagnóstico, a partir de um afetuoso e atento processo de escuta, que culmine em um trabalho concebido por uma visão multidisciplinar e multifatorial do adoecer e do tratar (Almeida *et al.*, 2008).

1.4. Transtornos emocionais e dor pélvica crônica

Na literatura internacional evidencia inúmeras publicações onde associam a ligação entre psicopatologias como a ansiedade e a depressão com dor crônica e DPC, sendo atualmente visto como importantes fatores de risco para o acometimento desta patologia específica (Waller e Shaw, 1995; Lorençatto *et al.*, 2002; Kurita e Pimenta, 2003; Lorencatto *et al.*, 2006; Romao *et al.*, 2011; Luz *et al.*, 2014).

Na população feminina que apresenta queixas dolorosas, em particular nos casos onde a DPC está presente, verificamos prejuízos físicos, psíquicos e sociais duradouras e agravantes, característica singular de qualquer enfermidade crônica, devido em especial, pelo fato desta restringir e limitar as atividades e relacionamentos cotidianos da paciente, modificando deste

modo seus hábitos de vida e rotinas anteriores ao início da dor. Estudos referem que cerca de 60% dos casos os sujeitos apresentam fator psicológico e emocional comprometido tanto de modo isolado ou concomitante (Romão *et al.*, 2009), sendo que os sintomas de depressão e ansiedade são as mais frequentes manifestações (Latthe, Mignini, *et al.*, 2006; Almeida *et al.*, 2008)

Estudos anteriores afirmam e predizem a relação associativa e causal entre dor crônica, depressão e distúrbios comportamentais entre as pacientes portadoras de DPC quando pareadas com grupo de mulheres assintomáticas (Harrop-Griffiths *et al.*, 1988; Merskey, 1989; Hodgkiss *et al.*, 1994).

Tanto a depressão como a ansiedade, dois importantes transtornos de humor, são as psicopatologias mais comuns e aparentes nas mulheres portadoras de dor pélvica, apresentando taxas de 25 a 50% e 10 a 20% respectivamente (Reiter, 1998). No Brasil estudos sobre DPC estimam-se prevalências destas duas patologias em torno de 30 a 86%, além de apontarem que tais mulheres ainda apresentam percepção negativa quanto a qualidade de vida, intensidade da dor e depressão (Lorencatto *et al.*, 2006; Romão, A. P. *et al.*, 2009; Barcelos *et al.*, 2010). De acordo com Barcelos e seus colaboradores (2010), a avaliação e o tratamento de sintomas depressivos e da dor devem estar entre as prioridades que objetivem melhorar a qualidade de vida de mulheres com DPC. No entanto, a depressão ainda hoje é subdiagnosticada não sendo tratada da forma adequada (Lorencatto *et al.*, 2006). Observamos adicionalmente que as pesquisas que referenciam a investigação de sintomas e desordens psiquiátricas, como a ansiedade e depressão, devem se beneficiar amplamente de instrumentos de rastreio que geram resultados mais amplos e fidedignos, sendo considerada na atualidade a Entrevista Clínica Estruturada Para Transtornos do Eixo I do DSM –IV (SCID – I) como padrão ouro no estabelecimento do diagnóstico dessas e de outros transtornos que podem relacionar de modo causal com a DPC ou dor crônica. Outros instrumentos que são utilizados neste rastreio, como

por exemplo, o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) são amplamente difundidos e possuem o objetivo de avaliar a presença ou não de sintomas como depressão e ansiedade, sendo os mais utilizados na pesquisa sobre os transtornos de humor em pacientes com DPC.

O transtorno de ansiedade, caracterizado aqui como um estado patológico e não na sua forma característica e comum à vivência humana tratada como uma emoção normal e experimentada em qualquer faixa etária (Andrade e Gorenstein, 1998; Kaplan *et al.*, 2007), geralmente é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos e que juntas desenvolvem uma sensação desagradável de apreensão, expectativas e medo em relação ao futuro e suas subsequentes ações (Romão *et al.*, 2009). De acordo com Takei e Schivoletto (2000) a ansiedade pode ser caracterizada pela presença de sintomas somáticos e psíquicos que manifestam-se de modo básico ou tônico. Os sintomas de ordem somático incluem os problemas respiratórios como sensação de afogamento, falta de ar, respiração curta; cinestésicos como ondas de calor, calafrios; muscular envolvendo dores e tremores; e as autonômicas envolvendo as sensações de palpitações e frios nas extremidades. Já os sintomas de ordem psíquica incluem as seguintes emoções: medo, apreensão, mal-estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si próprio e sensação de que algo ruim pode acontecer (Romão *et al.*, 2009).

De acordo com o que é apontado pela *American Psychiatric Association* (DSM-V) a depressão é vista como um grupo que envolve uma heterogeneidade de sinais e sintomas sendo caracterizado pela manifestação de algumas características comuns, dentre elas se destacam: humor deprimido, diminuição acentuada no interesse ou prazer em atividades anteriormente satisfatórias, insônia ou hipersonia, perda ou ganho significativo do peso, diminuição da capacidade de pensar, retardo ou agitação psicomotora, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, fadiga ou perda de energia e constantes pensamentos de morte.

Referente à frequência e a intensidade de seus sintomas, a depressão pode ser classificada em 3 níveis distintos, leve, moderada ou grave, sendo que para obter um diagnóstico preciso e efetivo se faz a necessidade de avaliar tais sintomas, em especial a manifestação de humor deprimido ou a perda de interesses por atividades anteriormente satisfatórias por duas semanas no mínimo (Apa, 2014). Sua prevalência anual varia entre 3 a 11% na população geral (Jenkins *et al.*, 2003), sendo mais prevalente em mulheres, cerca de 2 a 3 vezes mais do que em homens (Weissman *et al.*, 1996).

O diagnóstico para comprovar a presença de um quadro depressivo e ansioso se assemelham sendo basicamente clínico, apresentando parâmetros que estabelecem os critérios pelos quais os profissionais se baseiam para o diagnóstico da depressão em seus pacientes, sendo estes Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM -5 (Apa, 2014) e ou a Classificação Internacional de Doenças conhecida amplamente pela sigla CID na sua décima versão (CID – 10) (Saúde, 1993). O recurso mais utilizado para se estabelecer o diagnóstico e a intensidade da depressão ainda hoje é a partir da entrevista clínica, importante ferramenta de norteio para subsidiar este diagnóstico. Tanto na pesquisa quanto na clínica, a utilização de escalas de avaliação se fazem importantes para auxiliar as observações feitas durante a entrevista clínica, sendo estas capazes de medir as variáveis de experiências internas quanto externas observáveis (Lorençatto *et al.*, 2002).

Podemos concluir, deste modo, a partir do que avaliamos de estudos anteriores sobre o tema depressão e dor crônica, que esta psicopatologia específica é extremamente comum em pacientes com dor crônica, mas a relação entre essas duas condições ainda continua controversa (Figueiró apud Carvalho, 1999). Em ambas as queixas, tanto a depressão quanto os sintomas que geram a dor crônica são formas comuns de somatização e, do mesmo modo como a dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, a depressão pode ser uma resposta à dor crônica (Ford, 1986).

Percebemos que as pacientes com dor pélvica, frequentemente apresentam-se ansiosas e deprimidas, o que gera maior complexidade desta síndrome. Geralmente o humor dessas pacientes pode ficar comprometido devido às consequências desta na vida de tais sujeitos, interferindo na interpretação e nos relatos de dor (Pimenta apud Carvalho, 1999). Vários foram os estudos que analisaram a inferência de sintomas psíquicos, em especial as manifestações depressivas na população portadora de dor crônica, sendo comprovado que a depressão e seus sintomas estão na maioria dos relatos destas pacientes (Pimenta *et al.*, 1997; Pimenta, 2000; Lorençatto *et al.*, 2002; Romão *et al.*, 2011).

2.JUSTIFICATIVA

A dor pélvica crônica é uma doença altamente prevalente na população geral, causada por uma heterogeneidade de outras doenças, sendo sua etiologia pouco clara, e frequentemente, resultante de uma complexa interação entre os sistemas gastro-intestinal, urinário, neurológico, ginecológico e músculo-esquelético, sendo estes influenciados por fatores psicológicos e socioculturais. Como dito, sua prevalência é alta e a DPC é atualmente considerada um sério problema de saúde pública. O tratamento por sua vez tornou-se um importante desafio para a equipe de saúde, tendo se tornado motivo de frustração e até mesmo conflitos entre profissionais e pacientes, principalmente devido à ineficiência de métodos diagnósticos e terapêuticos e a não-satisfação das expectativas destas mulheres. Além deste fato, devesse apontar os elevados custos financeiros gerados por estes pacientes e para os promotores de saúde necessitando de medidas preventivas a fim de corroborar com a diminuição dos gastos excessivos em saúde. Embora sugestivo, não temos dados objetivos de países em desenvolvimento sobre a associação de abusos e negligências sofridos na infância com dor pélvica crônica e transtornos de humor.

Com base nisso, este estudo pretende investigar se a prevalência de maus tratos (abusos e negligências) sofridos na infância por mulheres portadoras de dor pélvica crônica é superior àquela de mulheres saudáveis; e verificar se há correspondência entre as histórias de maus tratos e os escores de transtornos do humor, a fim de contribuir na melhoria do serviço e ampliar as redes de apoio para essas mulheres.

3.OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Verificar prevalência de maus tratos (abuso sexual, abuso físico, abuso emocional e as negligências físicas e emocionais) na infância em mulheres com dor pélvica crônica atendidas no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar se há diferença de prevalência entre a população de mulheres com DPC e sem DPC em relação as histórias de maus tratos na infância;
- Verificar a correspondência entre dor pélvica crônica e as diversas formas de maus tratos, considerando outras variáveis sabidamente associadas à primeira, como raça, estado civil, escolaridade, emprego remunerado.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1. Casuística

Trata-se de um estudo do tipo transversal conduzido ao longo de um ano no período entre fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013, no Ambulatório especializado de dor pélvica crônica do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), um hospital de ensino universitário e público localizada na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo e no Ambulatório de Ginecologia geral do Centro de Saúde Escola Prof. Joel Domingos Machado (CSE – Posto de Saúde Cuiabá) considerado como referência para todo Distrito Oeste (Sumarezinho) no Pronto Atendimento e nas Especialidades localizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, sendo responsável pelo atendimento de mulheres de uma classe predominantemente trabalhadora, assistida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O tipo de amostra utilizada foi de conveniência. Os dados foram coletados durante o período de espera para consulta médica de todas as participantes ou logo após o término da mesma.

As mulheres que aceitaram fazer parte deste estudo foram convidadas a se dirigem para um consultório reservado afim de que o pesquisador as orientasse quanto aos objetivos do estudo e seu caráter voluntário e confidencial da sua participação. Após concordância na participação desta pesquisa, todos os sujeitos envolvidos responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado em duas vias, sendo uma do paciente enquanto a outra do pesquisador responsável pela pesquisa ([ANEXO I](#) e [II](#)).

Todas as pacientes, sem exceção, responderam aos instrumentos de coleta de dados sem a necessidade de serem auxiliadas pelos pesquisadores envolvidos. Nenhuma participante

deste estudo solicitou ser excluída do mesmo ao longo do processo de confecção deste trabalho. A escolha destes instrumentos foi dada pela aplicabilidade e confiabilidade dos mesmos.

O Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) na versão contendo 28 assertivas (Grassi-Oliveira *et al.*, 2006), utilizada nesse estudo, foi escolhida pela rapidez na sua aplicação e por ter algumas vantagens como por exemplo a estratificação de vários outros eventos traumáticos, incluindo não somente a investigação de abusos, mas também as negligências perpetradas em crianças e adolescentes, sendo este quesito um dos principais efeitos que o torna peculiar no estudos de histórias de maus tratos, ao contrário de outros instrumentos não padronizados que resumem em investigar apenas abuso sexual e físico. Este instrumento é uma referência muito utilizada não apenas em pesquisas que objetivam a investigação destas variáveis, mas na área forense e na área clínica também.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi utilizada, não somente pela rapidez na sua realização, uma vez que tal instrumento é apresentado como uma escala curta, mas também por ter como vantagem a ausência de sintomas comuns entre doenças clínicas e depressão, como fadiga, perda de apetite e alteração do sono (Botega *et al.*, 1995). Outra vantagem importante de se aplicar este instrumento especificamente, refere na avaliação de sintomas subjetivos peculiares à depressão, evidenciando no seu resultado final, a necessidade ou não da utilização de outros métodos diagnósticos na identificação e tratamento mais adequados para os sujeitos. Outro ponto que merece destaque para ter motivado a escolha deste instrumento refere à familiaridade na sua aplicação e correção do mesmo.

4.1.1. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade

de São Paulo (HCFMRP-USP) sob o processo nº 2037/2011 ([ANEXO VI](#)). O projeto só foi inicializado após sua aprovação pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição.

Durante o encontro o pesquisador responsável informou às participantes sobre os objetivos deste estudo e seu caráter voluntário e gratuito das mesmas, sendo acrescida esclarecimentos acerca do sigilo das informações coletadas, sendo mantido o caráter confidencial de tais informações relacionadas à sua privacidade e a liberdade em retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto implique na qualidade e manutenção do seu tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e no Centro de Saúde Escola Vila Lobato conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Todos os sujeitos incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante o estudo não foi preciso encaminhar nenhuma paciente para atendimento psicológico no Serviço de Psicologia Médica do HCFMRP-USP e/ou encaminhadas para seguimento em suas cidades de origem.

As informações aqui alocadas ficarão arquivadas em poder do pesquisador responsável pelo período de, no mínimo, cinco anos.

4.1.2. Participantes

O presente estudo incluiu 154 mulheres, das quais 77 apresentavam diagnóstico de DPC, sendo aqui definida como uma dor recorrente ou constante em região inferior ao abdômen e/ou pelve, com duração de pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual e a gravidez, sendo suficientemente severa podendo interferir com as atividades habituais, e que necessitam de tratamento clínico e/ ou cirúrgico (Acog,

2004), em seguimento exclusivo no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica (AGDP) descrito no tópico anterior, tendo sido encaminhadas pela rede básica de saúde vinculado ao SUS e 77 mulheres saudáveis e sem sintomas de DPC relatadas no último ano, apresentando a mesma faixa etária e recrutadas no Ambulatório de Ginecologia geral do Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato (assistência primária à saúde).

4.2. Critérios de inclusão

4.2.1. Casos

- Diagnóstico de dor pélvica crônica;
- Maiores que 18 anos em idade reprodutiva;
- Mulheres alfabetizadas;
- Concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.2. Controles

- Mulheres saudáveis e sem queixa de dor no último ano e que aceitaram participar deste estudo concordando com os pressupostos estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3. Critérios de exclusão

- Mulheres com história de transtornos psiquiátricos (psicose) anterior à doença;

- Mulheres na menopausa;
- Presença de outras doenças crônicas como: Hipertensão Arterial Sistólica, Diabetes Mellitus, câncer, pacientes gestantes ou com histórico de gestação nos últimos 12 meses e pacientes com deficiência mental.
- Mulheres não alfabetizadas ou com limitações cognitivas ou déficit de compreensão quanto aos instrumentos de investigação utilizados e aquelas que se recusaram em participar deste estudo.

Neste estudo não foram excluídas nenhuma participante por apresentarem condições favoráveis para sua participação. Nenhuma das mulheres que participaram desta pesquisa solicitou, até o presente momento, para que seus dados de identificação fossem retirados do nosso banco de dados.

4.4. Métodos

A entrevista realizada através do protocolo de coleta de dados epidemiológicos e clínicos ([ANEXO III](#)) e a aplicação do instrumento de maus tratos ([ANEXO IV](#)) foi realizado por um pesquisador cego aos dados clínicos. Os inventários de ansiedade e depressão ([ANEXO V](#)) foram aplicados por um segundo observador cego para os dados clínicos e para as informações de maus tratos. A análise estatística foi realizada por um terceiro membro sem conhecimento prévio de quaisquer dados ou identificação dos sujeitos da pesquisa. Para o grupo de mulheres portadoras de DPC foi investigado e posteriormente avaliado o tempo de dor e sua intensidade utilizando para isso a escala visual analógica.

4.4.1. Variáveis do estudo

As variáveis dependentes e independentes investigadas foram as seguintes: idade, raça (por autodefinição), religião, escolaridade (anos), atividade ocupacional atual remunerada, renda per capita, relação conjugal estável (estado civil), paridade, índice de massa corporal, número de partos normal, cesária e aborto, idade da menarca e coitarca, uso de medicamentos anticoncepcionais e antidepressivos, tabagismo, atividade física, número de parceiros sexuais, experiência homoafetiva, história de abuso sexual, físico e emocional e negligência física e emocional na infância (QUESI), escores de risco para depressão e ansiedade (HAD) e intensidade da dor (EVA) sendo esta última, exclusivamente, avaliada nas pacientes apresentando dor pélvica crônica.

4.4.2. Fontes de dados

A ficha de coleta dos dados apresentava duas partes distintas, uma correspondente ao protocolo de dados epidemiológicos e clínicos onde as participantes responderam a questões relativas sobre identificação e características sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas, hábitos de vida e antecedente sexual, enquanto a outra representava os instrumentos utilizados para investigação, com duração média para sua aplicação de 30 a 60 minutos.

4.4.2.1. Protocolo de dados epidemiológicos e clínicos (ANEXO III)

As mulheres que participaram deste estudo responderam um questionário com perguntas abertas e fechadas, conduzido pelo pesquisador treinado e cego para as informações clínicas. Este questionário contém questões relativas às informações sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade (em anos), raça (por autodefinição), estado marital e religião), econômicas (renda, ocupação, situação de trabalho, número de dependentes desta renda e números de filhos), aspectos e história clínica (uso de medicações, números e tipos de partos, menacme, método anticoncepcional atual e anterior, cirurgias prévias), hábitos de vida (prática de atividade física regular, consumo de bebida alcoólica e tabagismo) e antecedentes sexuais (idade das primeiras informações sobre sexo, quem as forneceu, coitarca, número de parceiros e experiência homoafetiva). As pacientes responderam todos os instrumentos no dia da consulta de rotina em um único dia, não necessitando assim de retorno para respondê-los.

4.4.2.2. Questionário Sobre Traumas na Infância – QUESI (ANEXO IV) (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ).

Para fins de investigação, a percepção de traumas a partir de vivências de maus tratos na infância foi avaliada a partir da utilização do CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*) ou QUESI, como é conhecida no Brasil, sendo este instrumento traduzido e adaptado semanticamente para a língua portuguesa por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006) sendo o original desenvolvido nos Estados Unidos por Bernstein e Fink (1998) e amplamente utilizado em pesquisas que possuem o objetivo de investigar não somente abusos, mas negligências na infância também, tendo inclusive importante aplicação em pesquisas da área forense e área clínica.

O QUESI corresponde uma escala autoaplicável que investiga cinco componentes traumáticos: abuso sexual (AS), abuso físico (AF), abuso emocional (AE), negligência física (NF) e negligência emocional (NE). É um instrumento que originalmente era composto por 70 itens e posteriormente foi reduzida para uma versão breve de rápida aplicação, composta por 28 assertivas por Grassi-Oliveira (2006), onde este manteve as mesmas propriedades psicométricas da escala original, dispostas em uma escala *Likert* de 5 pontos onde o avaliado gradua a frequência dos acontecimentos em “nunca”, “poucas vezes”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. As pontuações variam de 5 (ausência de maus tratos) a 25 (maus tratos graves) para cada tipo de abuso. Com base no Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) os pontos de corte utilizados neste estudo para indicar a ocorrência da presença e ausência de traumas na infância apresentam da seguinte maneira: negligência física ≥ 8 ; negligência emocional ≥ 10 ; abuso sexual ≥ 6 ; abuso físico ≥ 8 e abuso emocional ≥ 9 (Tietjen *et al.*, 2010a). Este instrumento tem como objetivo avaliar a percepção retrospectiva de acontecimentos traumáticos na infância ocorridas na população investigada, assim este instrumento não mede a realidade dos fatos, mas pode refleti-la a partir das impressões pessoais diante questões apontadas neste questionário.

Para fundamentar os achados a partir do instrumento QUESI, utilizamos como descrição as definições de Tietjen *et al.*, (Tietjen *et al.*, 2010a) para descrever abuso sexual como contato sexual ou conduta entre uma criança e um adulto, incluindo coerção explícita (por exemplo: “Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo”). Abuso físico definido como violência corporal contra uma criança por uma pessoa mais velha que representa um risco ou que pode resultar em uma lesão (por exemplo: “Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico”). Abuso emocional é referido como agressões verbais dirigidas à criança, podendo esta se sentir humilhada, desolada ou ameaçada por comportamentos de risco emitidos por uma pessoa mais velho que ela (por

exemplo: “As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)””. Negligência física refere-se à incapacidade da família e/ou responsáveis de fornecerem e suprirem as necessidades físicas básicas, incluindo assim alimentação, segurança e moradia (por exemplo: “Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família”). Negligência emocional como falha dos cuidadores em fornecer as necessidades psicológicas e emocionais básicas, como por exemplo, amor, incentivo, sentimento de pertinência e apoio (por exemplo: “Eu senti que alguém da minha família me odiava” ou “As pessoas da minha família se sentiam unidas”).

4.4.2.3. Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (ANEXO V) (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*).

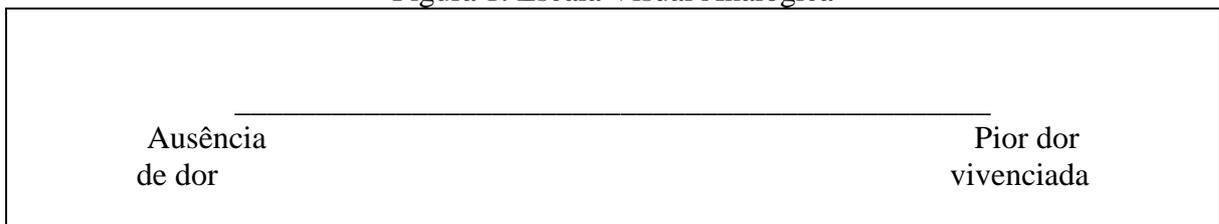
Esta escala é estruturada em 14 itens divididos em duas subescalas, sendo que para cada uma delas é composta por sete itens, bem definidos para cada transtorno do humor, onde sete investigam ansiedade (HAD-A) e sete pesquisam depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação que vai de 0 a 3, sendo que a soma desta pontuação, obtida para os itens de cada subescala, fornece escore total que vai de 0 a 21. Temos como pontos de corte definidos em ≥ 8 para ansiedade e ≥ 9 para depressão. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Botega e colaboradores (1995).

4.4.2.4. Escala Visual Analógica (EVA)

A Escala Visual Analógica de dor (EVA), é um instrumento unidimensional amplamente utilizada por profissionais da área da saúde e na prática clínica, para mensurar a

intensidade da dor de um sujeito em processo de adoecimento, sendo apresentada de maneira fácil e de simples compreensão e análise, como uma linha impressa, medindo 100 mm de comprimento e contém em cada extremidade a expressão “ausência de dor” e na extremidade oposta à expressão “pior dor vivenciada ou imaginada”. Assim, o paciente é orientado a marcar com um traço o qual indicará a intensidade da dor referida na última semana, quanto maior o escore, maior será a intensidade da mesma (Langley e Sheppard, 1985) oferece 3 níveis classificatórios de acordo com Ciena et al. (2008): Dor leve (0 – 2,9), dor moderada (3,0 - 7,9) e dor intensa (> 8 pontos).

Figura 1: Escala Visual Analógica



4.5. Tamanho amostral

O cálculo do dimensionamento amostral foi realizado sobre proporções com margem de erro absoluto em populações finitas através da seguinte expressão:

$$n = \frac{Z^2 \cdot q \cdot p \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Assim, temos que o tamanho da amostra determinada é igual a 111 (para cada grupo) para que possa ser efetuada uma estimativa da prevalência de abuso sexual de 20% para a população da área de abrangência, com 95% de confiança de que o erro absoluto da estimativa não ultrapasse 5% da taxa de prevalência, considerando uma prevalência real máxima de 20%. Assim foi recrutado neste estudo, para cada grupo, um número de 77 participantes, por

atribuirmos que este tamanho amostral é clinicamente representativo, não havendo a necessidade de acrescentar um número superior a este de sujeitos.

4.6. Análise estatística

Os dados foram registrados e transferidos para um banco de dados eletrônicos criado com auxílio do Software Microsoft Excell versão 7.0 enquanto que o editor de texto foi o software Microsoft Word de mesma versão. Quanto aos dados referentes à identificação pessoal dos participantes, foram codificados e mantido sob sigilo. A análise estatística dos dados se deu pelo teste D'Agostino para averiguar se as variáveis contínuas apresentavam distribuição normal. Optamos por avaliarmos a diferença entre os grupos através do Teste de Wilcoxon (Mann-Whitney). Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9.0, utilizando a PROC NAPRIWAY. Para análise de diferenças entre proporções utilizamos o teste Qui-Quadrado. Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9.0, utilizando a PROC FREQ.

Para atingir o objetivo foi proposta uma análise de correspondência múltipla. Análise de correspondência (AC) é uma técnica de análise exploratória de dados adequada para analisar tabelas de duas entradas ou tabelas de múltiplas entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. A AC, basicamente, converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão reduzida, isto é, por pontos no gráfico. Este método permite estudar as relações e semelhanças existentes entre:

- as categorias de linhas e entre as categorias de colunas de uma tabela de contingência, e o conjunto de categorias de linhas;
- o conjunto categorias de colunas.

A AC mostra como as variáveis dispostas em linhas e colunas estão relacionadas e não somente se a relação existe. A sua natureza multivariada permite revelar relações que não seriam detectadas em comparações aos pares das variáveis. Na AC, a variação total dos dados é denominada inércia, sendo esta variação decomposta em cada eixo (ou dimensão) do gráfico. Assim, a inércia associada a cada dimensão indica a proporção da variação total que aquele eixo está explicando. Esta análise foi auxiliada pelo procedimento PROC CORRESP do software SAS versão 9.0. Consideramos alfa de 5%.

5.RESULTADOS

5.1. Caracterização sociodemográfica, econômica, aspecto e histórias clínica, hábitos de vida e antecedentes sexuais

Identificou-se que as mulheres portadoras de DPC demonstraram mediana de 38 anos (intervalo interquartil de 33 – 45) e as mulheres sem DPC apresentaram mediana de 35 anos (intervalo interquartil de 29 - 44), não apresentando diferenças significativas quanto a variável em questão quando pareado ambos os grupos. Diferentemente quando se avalia a renda *per capita* das participantes, sendo possível observar renda superior no grupo das pacientes sem DPC quando comparado com o grupo de mulheres com DPC. A mediana encontrada foi de R\$ 856,66 com intervalo interquartil de R\$474,99 e R\$ 1.443,75 no grupo sem DPC, enquanto que no grupo com DPC foi de R\$ 500,00 e intervalo interquartil de R\$ 307,91 e R\$ 715,00 (<0.001) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização socioeconômica de mulheres com e sem dor pélvica crônica.

Características	Com DPC (n=77)	Sem DPC (n=77)	P
Idade (anos)	-	-	0.14
Mediana	38	35	
Intervalo interquartil	33 - 45	29 - 44	
Renda per capita	-	-	<0.01*
Mediana	R\$ 500,00	R\$ 856,66	
Intervalo interquartil	R\$ 307,91 – R\$ 715,00	R\$ 474,99 – R\$ 1.443,75	

DPC= Dor Pélvica Crônica; p= nível de significância do teste de Mann-Whitney.

Na análise univariada realizada em ambos os grupos, verificou-se que estes são distintos entre si, devido a identificação de diferenças significativas entre as variáveis “escolaridade”, “renda *per capita*” e “atividade ocupacional”, entretanto as características

como idade, raça, estado marital e religião não apresentaram diferenças estatísticas quando os dois grupos foram analisados (>0.05).

Referente à escolaridade, variável que observamos uma diferença estatística quando analisamos os dados dos dois grupos, as pacientes portadoras de DPC demonstraram predominância no ensino fundamental perfazendo um total de 44,2% delas em oposição à 33,8% que cursaram somente o ensino médio e 22% o ensino superior, nível de instrução inferior ao observado no grupo de mulheres saudáveis onde foi possível perceber uma predominância dessas pacientes com nível médio de escolaridade, sendo maior a proporção de mulheres com DPC e baixa escolaridade.

Em relação a raça, foi demonstrada uma predominância da cor branca nos dois grupos, onde 70,1% era composta por mulheres com DPC e 66,2% de mulheres sem DPC. Referente ao estado marital, ambos os grupos eram compostas por mulheres casadas na sua maioria, sendo a religião católica a mais praticada entre essas mulheres.

Os resultados apontam que as mulheres com DPC apresentam taxa de 32,4% de atuação não remunerada em ambiente ocupacional, enquanto que somente 10,4% das mulheres sem DPC realizam atividades não remuneradas ($p < 0.007$) (Tabela 2). Dado este que corrobora com os achados para a renda *per capita*, onde observamos que as mulheres que são portadoras de DPC possuem menor renda do que as mulheres saudáveis. Os resultados inferem uma relação entre realização de atividade ocupacional não remunerada e baixa renda *per capita*.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica de mulheres com e sem dor pélvica crônica.

Características	Com DPC (n=77)		Sem DPC (n=77)		P
	N	%	N	%	
Escolaridade					<0.01*
Ens. Fundamental	34	44,2	20	26,0	
Ens. Médio	26	33,8	37	48,0	
Ens. Superior	17	22,0	20	26,0	
Raça					0.60
Branco	54	70,1	51	66,2	
Não branco	23	29,9	26	33,8	
Estado Civil					0.52
Casada	59	76,6	57	74,0	
Solteira	11	14,3	11	14,3	
Divorciada	7	9,1	9	11,7	
Religião					0.28
Católica	45	58,4	44	57,1	
Evangélica	21	27,2	16	20,8	
Espírita	3	4,0	5	6,5	
Outros	8	10,4	12	15,6	
Atividade ocupacional					<0.007*
Não remunerado	25	32,4	8	10,4	
Remunerado	52	67,6	69	89,6	

DPC: Dor Pélvica Crônica; p= nível de significância do teste Qui-Quadrado.

Verificou-se que para as variáveis: “número de filhos”, “índice de massa corporal” (IMC), “tipo de parto” (normal e cesária), “aborto”, “menacme”, “coitarca”, “consumo de anticoncepcional”, “número de parceiros”, “tabagismo”, “prática de atividades físicas” e “experiência homoafetiva” não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando analisado os dois grupos. Referente aos achados entre as variáveis: “consumo de analgésicos” e “consumo de antidepressivos” encontramos nas duas medicações prevalências superior observada no grupo de pacientes portadoras de DPC em relação ao grupo controle, sem DPC (p <0,01) sendo que 49,3% do grupo DPC consomem analgésicos e 18,2% antidepressivos, enquanto que somente 2,5% das mulheres sem DPC relataram terem prescrição médica para utilizarem medicações antidepressivas e 13% informaram consumirem analgésicos devido episódios de dor de natureza não crônica (Tabela 3).

Tabela 3: Caracterização dos aspectos e histórias clínicas, hábitos de vida e antecedentes sexuais de mulheres com e sem dor pélvica crônica.

Características	Com DPC (n=77)	Sem DPC (n=77)	P
Nº Filhos [min-máx]	2 [0-5]	1 [0-9]	0.39
IMC [kg/m²] ($\mu \pm \sigma$)	27,2±5,4	26,4±6,1	0.14
Parto Normal [min-máx]	0 [0-4]	0 [0-8]	0.86
Parto Cesárea [min-máx]	0 [0-3]	0 [0-4]	0.23
Aborto [min-máx]	0 [0-2]	0 [0-3]	0.08
Menarca ($\mu \pm \sigma$)	12,3±1,5	12,6±2,6	0.09
Coitarca ($\mu \pm \sigma$)	17,3±3,7	17,5±4,5	0.73
Analgésico, n [%]	38 [49,3]	10 [13,0]	<0.01*
Anticoncepcional, n [%]	29 [37,6]	33 [42,8]	0.51
Antidepressivo, n [%]	14 [18,2]	2 [2,5]	<0.01*
Nº parceiros [min-máx]	3 [1-20]	2 [0-10]	0.17
Tabagismo, n [%]			0.11
Não	58[75,3]	65 [85,5]	
Sim	19[24,7]	11 [14,5]	
Atividade Física, n [%]			0.92
Não	47 [61,1]	47 [61,9]	
Sim	30 [38,9]	30 [38,1]	
Exp. Homoafetiva, n [%]			0.32
Não	74 [96,1]	74 [98,7]	
Sim	3 [3,9]	1 [1,3]	

DPC: Dor Pélvica Crônica; Nº: Número; IMC: Índice de Massa Corporal; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p= nível de significância do teste de Mann-Whitney; *: Qui-Quadrado.

5.2. Intensidade de dor

A intensidade de dor aferida pelo instrumento unidimensional EVA, apresentou média de 72,6 ($\pm 20,00$) pontos em uma linha de 100 mm de comprimento, o que o classifica como dor de intensidade moderada. O escore mínimo avaliado foi de dez milímetros (leve) e o máximo cem milímetros (intensa). Em relação à percepção subjetiva para dor referenciado pelas mulheres que compuseram o grupo com DPC, somente, evidenciou-se que essas mulheres apontaram prevalências similares entre percepção de dor moderada e intensa, apresentando cerca de 48,68% em ambas intensidades, enquanto que dor de intensidade leve foi percebida somente em 2,63% dessas pacientes. Os dados encontrados sobre a intensidade dolorosa estão representados no gráfico 1.

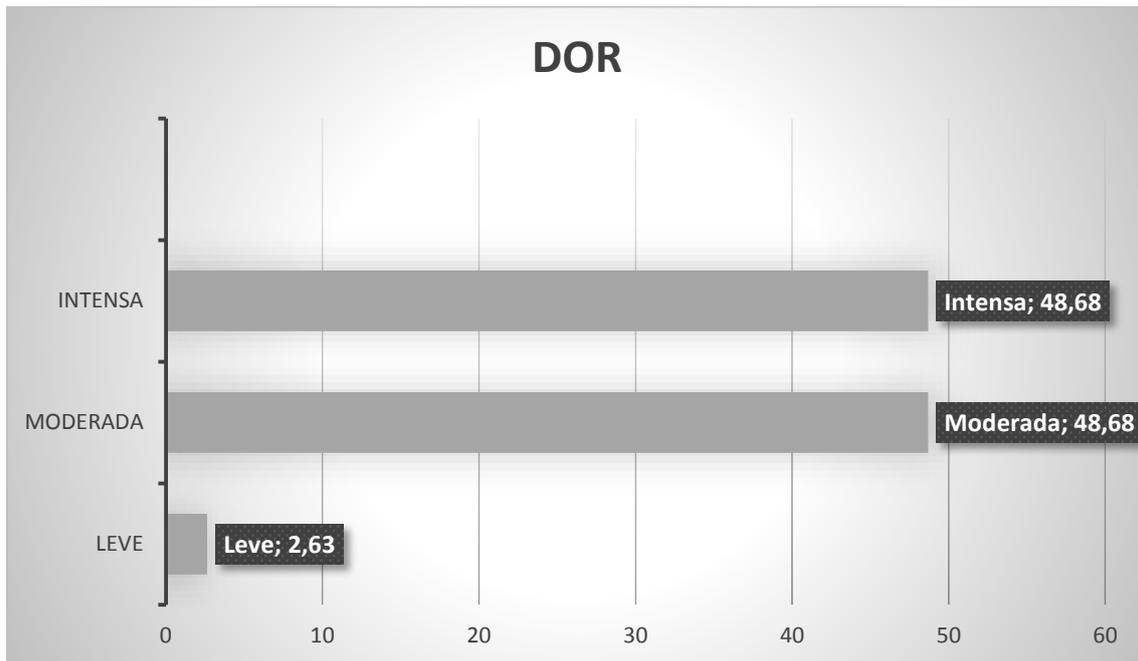


Gráfico 1: Intensidade de dor segundo a percepção das mulheres com dor pélvica crônica.

5.3. Avaliação da prevalência de maus tratos em mulheres com e sem dor pélvica crônica

A partir da nota de corte estabelecido por Tietjen (2010b) para os quesitos investigados no QUESI, foram obtidos à prevalência para maus tratos na infância de modo geral taxas de 77,9% (DP= 12,4) e 64,9% (DP= 12,4), respectivamente para mulheres com DPC e mulheres saudáveis ($p= 0.07$). Observamos adicionalmente que em ambos os grupos, mais da metade das participantes relataram terem sido vítimas ou forma expostas à algum ou vários tipos de violência ao longo de suas infâncias. Referente a variável “abuso sexual” investigado em ambos os grupos identificamos que 29,9% do grupo de mulheres com DPC enquanto que 20,8% no grupo controle responderam afirmativamente para esta variável específica ($p= 0.19$), “abuso físico” para o grupo de pacientes com DPC foi obtido 45,4% enquanto que no grupo saudável 31,2% ($p= 0.07$), “abuso emocional” em 48% e 35,1% ($p= 0.10$), “negligência física” em 58,4% e 44,1% ($p= 0.08$), e “negligência emocional” por 58,4% e 41,5% ($p= 0.04$),

respectivamente para as mulheres com DPC e sem DPC (tabela 4). Somente a categoria de negligência emocional apresentou resultados estatisticamente significativos quando comparado aos demais ($p= 0.04$) (Tabela 4).

Tabela 4: Contingência entre as variáveis de maus tratos em mulheres com e sem dor pélvica crônica.

QUESI	Com DPC (n=77)	Sem DPC (n=77)	P
QUESI total ($\mu \pm \sigma$)	30,4±12,4	28,1±12,4	0.14
Maus tratos, n [%]	60 [77.9]	50 [64.9]	0.07
QUESI NF ($\mu \pm \sigma$)	8,8±3,6	8,0±3,6	0.08
NF≥8, n [%]	45 [58,4]	34 [44.1]	0.08
QUESI NE ($\mu \pm \sigma$)	12,0±6,0	10,0±5,1	0.05*
NE≥10, n [%]	45 [58,4]	32 [41,5]	0.04**
QUESI AS ($\mu \pm \sigma$)	6,7±3,8	6,3±3,1	0.24
AS≥6, n [%]	23 [29,9]	16 [20,8]	0.19
QUESI AF ($\mu \pm \sigma$)	8,5±4,5	8,1±4,8	0.48
AF≥8, n [%]	35 [45,4]	24 [31,2]	0.07
QUESI AE ($\mu \pm \sigma$)	10,3±5,6	9,1±4,8	0.23
AE≥9, n [%]	37 [48,0]	27 [35,1]	0.10

DPC: Dor Pélvica Crônica; QUESI: Questionário sobre Maus Tratos na Infância; NF: Negligência Física; NE: Negligência Emocional; AS: Abuso Sexual; AF: Abuso Físico; AE: Abuso Emocional; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p= nível de significância do teste; *: Mann-Whitney; **: Qui-Quadrado.

A partir do levantamento dos dados referentes a ocorrência de específicas histórias de vitimização e maus tratos durante a infância por essas mulheres, buscamos medir a intensidade e gravidade dessas vitimizações dividindo em 4 níveis que variavam de nenhum/mínimo até grave a extremo. Não foi possível identificar diferenças estatísticas entre as variáveis quanto a intensidade e grau de comprometimento dos maus tratos quando ambos os grupos foram analisados, porém a variável “negligência emocional” apresentou diferenças estatisticamente significativas quando agrupamos as intensidades em nenhum/mínimo e baixo a moderado correspondendo à variável “EN score light” apresentando 36,3% no grupo de mulheres com DPC e 20,8% no grupo sem DPC ($p= 0.03$) e as intensidades moderado a grave e grave a extremo correspondendo à variável “EN score hard” apresentando 20,8% de gravidade no

grupo com DPC enquanto que no grupo sem DPC verificamos apenas 9,1% do acometimento nessa população ($p= 0.04$) (Tabela 5).

Tabela 5: Grau de intensidade quanto a ocorrência de maus tratos na infância no grupo com e sem DPC.

Variáveis	Com DPC (n= 77)	Sem DPC (n= 77)	P
QUESI PN score, n [%]			0.64
Nenhum/Mínimo	36 [46,7]	43 [55,8]	
Baixo a moderado	12 [15,6]	11 [14,3]	
Moderado a grave	14 [18,2]	13 [16,9]	
Grave a extremo	15 [19,5]	10 [13,0]	
QUESI SA score, n [%]			0.58
Nenhum/Mínimo	54 [70,1]	61 [79,2]	
Baixo a moderado	9 [11,7]	5 [6,5]	
Moderado a grave	7 [9,1]	5 [6,5]	
Grave a extremo	7 [9,1]	6 [7,8]	
QUESI PA score, n [%]			0.22
Nenhum/Mínimo	50 [64,9]	53 [68,8]	
Baixo a moderado	2 [2,6]	7 [9,1]	
Moderado a grave	7 [9,1]	5 [6,5]	
Grave a extremo	18 [23,4]	12 [15,6]	
QUESI EA score, n [%]			0.39
Nenhum/Mínimo	40 [51,9]	50 [64,9]	
Baixo a moderado	15 [19,5]	12 [15,6]	
Moderado a grave	7 [9,1]	6 [7,8]	
Grave a extremo	15 [19,5]	9 [11,7]	
QUESI EN score, n [%]			0,10
Nenhum/Mínimo	32 [41,5]	45 [58,4]	
Baixo a moderado	17 [22,1]	16 [20,8]	
Moderado a grave	12 [15,6]	9 [11,7]	
Grave a extremo	16 [20,8]	7 [9,1]	
EN score light, n [%]	28 [36,3]	16 [20,8]	0.03*
EN score hard, n [%]	16 [20,8]	7 [9,1]	0.04*

DPC: Dor Pélvica Crônica; QUESI: Questionário sobre Maus Tratos na Infância; NF: Negligência Física; NE: Negligência Emocional; AS: Abuso Sexual; AF: Abuso Físico; AE: Abuso Emocional; p = nível de significância através do teste *: Qui-quadrado.

Mulheres com DPC apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação à vitimização em múltiplos eventos de maus tratos, sendo superior àquela evidenciada no grupo de mulheres saudáveis ($p= 0.01$). Assim, a partir da constatação dessa diferença, analisamos a revitimização desses sujeitos quanto a história em mais de 1 evento de maus tratos na infância, tanto os constructos referentes ao abuso quanto as negligências investigadas. A vitimização em 1, 2 e 5 eventos múltiplos durante a infância não apresentaram significâncias estatísticas, sendo identificadas as seguintes prevalências no grupo com e sem DPC, respectivamente: 38,9 e 32,5%; 29,9 e 23,4%; 9,7 e 4,5%. Achado diferente quando avaliamos a ocorrência em até 3 e 4 tipos distintos de maus tratos na infância, onde foi possível detectar diferenças estatisticamente significantes em ambas variáveis. Referente a ocorrência em 3 eventos múltiplos de maus tratos foi encontrado uma prevalência de 23,4% (36/77) no grupo de mulheres com DPC, quando comparado com o grupo de mulheres saudáveis onde estas apresentaram 15,6% (24/77) ($p= 0.05$). Quando analisamos os dados relativos a revitimização na infância em até 4 eventos consecutivos, as mulheres que foram expostas à esta vitimização e/ou foram maltratadas durante esse período, encontramos uma prevalência de 18,2% (28/77) no grupo de mulheres com DPC, quando comparado com o grupo controle que apresentou prevalência inferior ao grupo de mulheres com DPC, demonstrando taxas de 10,4% (16/77) ($p= 0.03$).

Referente a vitimização em até 2 tipos de maus tratos na infância não obtivemos a mesma significância estatística ($p= 0.11$) demonstrada para 3 ($p= 0.05$) ou 4 ($p= 0.03$) tipos de revitimização durante este período. A ausência de significância estatística também ocorreu quando verificamos a exposição para 5 tipos específicos de violência na infância, mesmo demonstrando uma prevalência de 9,7% no grupo de mulheres portadoras de DPC e 4,5% no grupo de mulheres livre de dor ($p= 0.07$) (Tabela 6).

Tabela 6: Caracterização dos múltiplos eventos de maus tratos ao longo da infância entre mulheres com e sem dor pélvica crônica.

Variáveis	Com DPC (n= 77)	Sem DPC (n= 77)	P
Eventos ($\mu \pm \sigma$)	2,4±1,9	1,7±1,7	0.01*
Eventos ≥ 1, n [%]	60 [38,9]	50 [32,5]	0.07
Eventos ≥ 2, n [%]	46 [29,9]	36 [23,4]	0.11
Eventos ≥ 3, n [%]	36 [23,4]	24 [15,6]	0.05**
Eventos ≥ 4, n [%]	28 [18,2]	16 [10,4]	0.03**
Eventos ≥ 5, n [%]	15 [9,7]	7 [4,5]	0.07

DPC: Dor Pélvica Crônica; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p= nível de significância através dos testes *: Mann-Whitney; **: Qui-quadrado

5.4. Avaliação dos riscos para transtornos de humor ansioso e depressivo em mulheres com e sem dor pélvica crônica.

A prevalência de sintomas de ansiedade para os grupos de mulheres com DPC e grupo de mulheres saudáveis foram respectivamente 55,8% (43/77) e 40,2% (31/77) sendo esta uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0.05$), apresentando médias e desvio padrão de $9,4 \pm 5,0$ para o grupo com DPC e $7,4 \pm 4,7$ para o grupo sem DPC ($p= 0.01$). A prevalência de sintomas de depressão nos grupos com DPC e grupo controle foram as seguintes 45,4% (35/77) e 23,4% (18/77), sendo esta diferença significativa ($p < 0.01$) enquanto que a média e desvio padrão para o grupo com DPC foram de $8,2 \pm 4,4$ e $5,8 \pm 4,3$ para o grupo sem DPC ($p < 0.01$). Os dados referentes as diferenças entre a mediana pra ansiedade e depressão dos grupos investigados, estão dispostos na Tabela 7, em conjunto com os demais resultados encontrados para os transtornos de humor ansioso e depressivo.

Tabela 7: Avaliação da prevalência para ansiedade e depressão em mulheres com e sem dor pélvica crônica.

HAD	Com DPC (n=77)	Sem DPC (n=77)	P
Ansiedade ($\mu \pm \sigma$)	9,4±5,0	7,4±4,7	0.01*
Ansiedade (≥ 8), n [%]	43 [55,8]	31 [40,2]	0.05**
Ansiedade (mediana)	8	6	-
Depressão ($\mu \pm \sigma$)	8,2±4,4	5,8±4,3	<0.01*
Depressão (≥ 9), n [%]	35 [45,4]	18 [23,4]	<0.01**
Depressão (mediana)	8	6	-

DPC: Dor Pélvica Crônica; HAD: escala de ansiedade e depressão; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p= nível de significância através dos testes *: Mann-Whitney; **: Qui –quadrado.

5.5. Correlação entre os instrumentos de maus tratos e transtornos de humor.

Foram observadas correlações significativas quando associadas os escores dos instrumentos QUESI e HAD em ambos os grupos de mulheres investigadas. A correlação entre os resultados dos escores obtidos pelos instrumentos HAD e QUESI, estão dispostos na tabela 8, sendo possível observar uma correlação significativa entre os 5 subtipos de maus tratos ocorrido na infância e o risco para ansiedade e depressão em ambos os grupos. Porém, não identificamos diferenças estatisticamente significantes na correlação entre a variáveis “abuso sexual” e risco para “depressão” analisado sob a luz do instrumento HAD-D no grupo de mulheres saudáveis apresentando $p= 0.07$, como também ausências de diferenças estatisticamente significantes com a variável “negligência física” quando correlacionada com o risco para “ansiedade” (HAD-A) no grupo de mulheres sem DPC, apresentando $p= 0.32$.

Tabela 8: Resultado da análise da correlação multivariada entre o questionário de maus tratos na infância e risco para ansiedade e depressão em mulheres com e sem dor pélvica crônica.

		Com DPC			Sem DPC		
		Coefficiente	IC 95%	P	Coefficiente	IC 95%	P
HAD-A (ansiedade)	QUESI total	0.5366	0.3573-0.6790	<0.001	0.4270	0.2245-0.5942	0.004
	QUESI NF	0.3192	0.1025-0.5069	0.002	0.2328	0.0093-0.4341	0.320
	QUESI NE	0.3828	0.1737-0.5589	<0.002	0.4456	0.2462-0.6088	<0.008
	QUESI AS	0.2334	0.0100-0.4347	0.029	0.3410	0.1266-0.5249	0.048
	QUESI AF	0.4951	0.3049-0.6473	<0.001	0.3611	0.1492-0.5413	0.015
	QUESI AE	0.5263	0.3427-0.6712	<0.001	0.4405	0.2402-0.6048	0.008
HAD-D (depressão)	QUESI total	0.5536	0.3762-0.6918	<0.001	0.4112	0.2062-0.5816	<0.001
	QUESI NF	0.3394	0.1250-0.5236	0.001	0.3232	0.1070-0.5102	0.0122
	QUESI NE	0.3848	0.1760-0.5605	<0.001	0.4592	0.2621-0.6194	<0.001
	QUESI AS	0.2550	0.0329-0.4531	0.001	0.2444	0.0216-0.4441	0.07
	QUESI AF	0.4936	0.3031-0.6461	<0.001	0.3913	0.1834-0.5657	<0.001
	QUESI AE	0.5552	0.3783-0.6930	<0.001	0.3961	0.1889-0.5695	0.004

DPC: Dor Pélvica Crônica; QUESI: Questionário sobre Traumas na Infância; NF: Negligência Física; NE: Negligência Emocional; AS: Abuso Sexual; AF: Abuso Físico; AE: Abuso Emocional; HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; P<0.05.

5.6. Relação entre atividade ocupacional remunerada e depressão entre mulheres com e sem dor pélvica crônica

Quando realizamos uma análise multivariada (logística) observamos que apenas as variáveis “sintomas de depressão” e “trabalho não remunerado” foram independentemente associadas à DPC. A análise multivariada identificou que escores de depressão superiores a 9 (OR=2.6; CI95% 1.3 – 5.5; p=.0067) e trabalho não remunerado (OR=4,0; CI95% 1.7 – 10.4; p=.0012) estiveram independentemente associados à presença de DPC.

5.7. Relação entre as variáveis sociodemográficas, tipos e múltiplos eventos de maus tratos e transtornos de humor entre mulheres com e sem dor pélvica crônica.

Os resultados da Figura 1 evidenciam uma correspondência entre as variáveis “nível de escolaridade fundamental” e “raça não branca” no grupo com DPC, enquanto que para as mulheres do grupo sem DPC “nível de escolaridade médio e superior” e “união estável” foram correspondentes quando correlacionamos a exposição em mais de 3 e/ou 4 eventos múltiplos de maus tratos na infância, ou seja, mulheres que apresentam nível de escolaridade fundamental e são da cor não branca possuem maior risco para sofrerem abuso e negligência e desenvolverem DPC, condição diferente de quando possuem maior nível de escolaridade e apresentam união estável. Os sintomas de ansiedade e depressão estiverem presentes nas análises realizadas, sendo consideradas fatores importantes na manifestação de um quadro de DPC e a exposição em eventos múltiplos de maus tratos.

Figura 2: Análise de correspondência entre as variáveis sociodemográficas, maus-tratos e transtornos de humor nos grupos com e sem DPC.

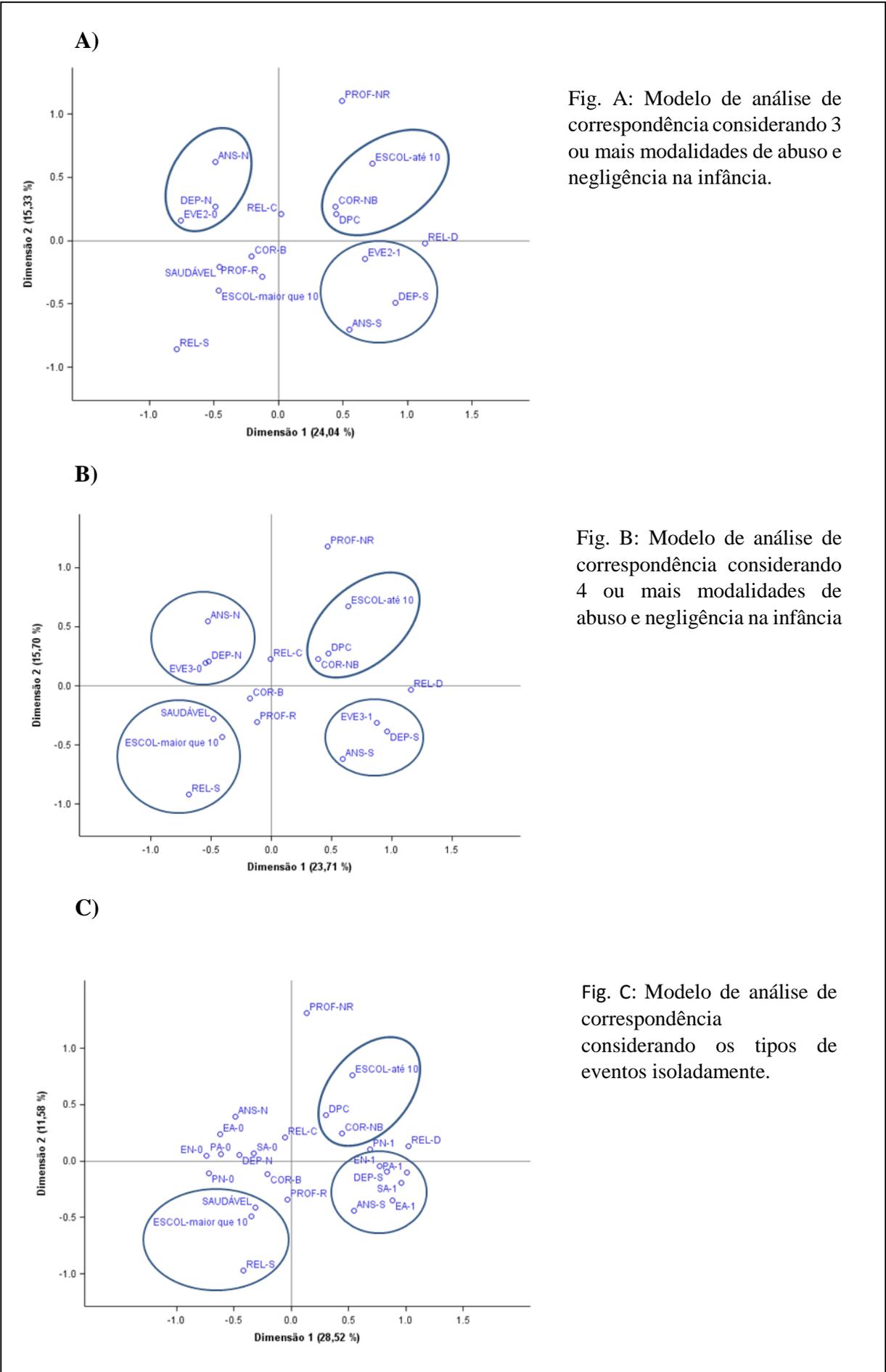


Fig. A: Modelo de análise de correspondência considerando 3 ou mais modalidades de abuso e negligência na infância.

Fig. B: Modelo de análise de correspondência considerando 4 ou mais modalidades de abuso e negligência na infância

Fig. C: Modelo de análise de correspondência considerando os tipos de eventos isoladamente.

6. DISCUSSÃO

Quando investigamos a ocorrência de maus tratos na infância, de um modo geral, encontramos uma alta taxa de prevalência para autopercepção do envolvimento desses sujeitos em histórias prévias de vitimização em ambos os grupos, onde 77,9% são das mulheres do grupo DPC e 64,9% do grupo de mulheres saudáveis. Achado expressivo e ao mesmo tempo preocupante, fato que nos faz ter a ideia de que independente do acometimento doloroso, mulheres ainda nos dias atuais se consideram mais suscetíveis a reportarem relatos de vitimização prévia em nosso contexto.

Referente aos múltiplos episódios de maus tratos na infância foi identificado uma alta prevalência no registro desses eventos, mais especificamente na vitimização superior a 3 e/ou 4 formas consecutivas de violência ao longo da infância na população portadora de DPC apresentando as seguintes taxas: 23,4% relataram 3 eventos múltiplos de maus tratos e 15,6% relataram mais de 4 eventos múltiplos de maus tratos, sendo esses dados estatisticamente significativos quando comparada ao grupo controle onde foi detectado 15,6% para 3 eventos enquanto que 10,4% relataram histórias de violência para mais de 4 eventos múltiplos sofridos durante este período. Analisando esses dados e suas altas prevalências, percebemos que vários são os estudos que se limitam a investigar o efeito de múltiplos maus tratos na infância e suas repercussões na vida adulta, fato que resulta em limitações importantes quando se investiga essa temática em específico.

De acordo com Bagley (1996) ao investigar as consequências de diversas formas de maus tratos, destacando abuso físico, sexual e emocional, foi identificado que a interação entre essas formas de violência foi mais fortemente associadas à distúrbios psiquiátricos, do que somente quando se é exposto unicamente ao abuso sexual. O autor ainda enfatiza a necessidade de avaliar os efeitos da exposição à múltiplas formas de maus tratos na tentativa de prevenir

comprometimento psicológico nesses pacientes e conseqüentemente prevenir o aparecimento de sintomas dolorosas atreladas aos pacientes que foram vítimas de maus tratos e que desencadearam sintomas psiquiátricos importantes. Não podemos deixar de inferir que a vitimização por maus tratos em idade precoce pode gerar significativos transtornos psíquicos na idade adulta e com isso levar esses sujeitos a reportarem queixas características de dor crônica.

Em uma citação de Pesce *et al.* (2004) sobre os fatores de risco e porcentagens de desordens psiquiátricas que podem acometer crianças que sofreram maus tratos na infância e que foram apontadas pelas inferências de Garmezy (1993), evidencia que a presença de um único fator estressor ou nenhum estressor produz um por cento de chance para desenvolver desordens emocionais, enquanto que dois eventos estressores em âmbito familiar são responsáveis por cinco por cento de possibilidade de desencadear desordens. Três estressores aumentam a chance em 21%, enquanto que o acúmulo de estressores familiares intensifica 33% de manifestação de distúrbios psiquiátricos em crianças.

O estudo desenvolvido por Rodgers *et al.* (2004) em uma população feminina teve o intuito de analisar informações demográficas básicas e informações sobre os sintomas psicológicos e médicos, grau de exposição a estressores traumáticos, e comportamentos de saúde relacionados com qualidade de vida, verificaram que a exposição a quatro ou mais tipos de maus tratos aumenta consideravelmente as chances destes indivíduos usarem drogas e apresentarem comportamentos sexuais de risco quando comparados a sujeitos que não sofreram abuso ou que apresentaram somente um tipo específico de vitimização.

É possível observar, diante os trabalhos desenvolvidos sobre a temática violência e o impacto desfavorável na saúde da mulher agredida, inúmeras conseqüências que permeiam a vida desses sujeitos, podendo estas sofrerem injúrias permanentes caso não sejam identificadas e tratadas em tempo adequado. De acordo com Thompson *et al.* (2002), mulheres que foram vítimas de múltiplos eventos de maus tratos durante toda a infância possuem maior risco de

problemas relacionados à saúde do que mulheres que foram expostas apenas a um tipo de abuso especificamente.

O impacto que os maus tratos, independente de sua forma, exercem em processos básicos de desenvolvimento inúmeras consequências na vida desses sujeitos levando a interrupção precoce do desenvolvimento natural e um aumento do potencial de riscos para uma sucessão de transtornos psiquiátricos na vida adulta (Bradley *et al.*, 2011), como também comprometimento da estabilidade afetiva, relações interpessoais, cognição e bem-estar físico (Norman *et al.*, 2012). De acordo com a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, a violência contra as mulheres, devido a sua magnitude do número de vítimas e as sequelas emocionais decorrentes desses atos, adquiriu caráter endêmico e refere-se como um sério problema de saúde pública em vários países (Oliveira e Jorge, 2007).

Os episódios de violência de gênero e maus tratos, por ser tratada como um problema de saúde pública, vêm recebendo atenção especial nas últimas décadas no Brasil, tornando-se um importante tema a ser debatido nas áreas acadêmicas e nos serviços em saúde, tanto devido sua magnitude quanto ao impacto social e econômico nela decorrente (Schraiber *et al.*, 2000; Schraiber *et al.*, 2002). As investigações sobre a vivência de trauma precoce se faz por esta problemática estar cada vez mais presente e enraizada em nosso cotidiano, acarretando consequências significativas na Saúde Pública e na saúde do indivíduo ao longo do seu crescimento e desenvolvimento emocional (Sanci *et al.*, 2008). Ao mesmo tempo em que este tema faz parte da nossa cultura, percebemos que ela, ainda hoje, é vista com olhos sutis devido à complexidade deste fenômeno, uma vez que carecemos de integração intersetorial e interdisciplinar na fomentação de políticas públicas integradas para superação da violência e prevenção dos acidentes (Saúde, 2007).

Como é possível observar, foi identificado neste estudo uma elevada prevalência de histórias sobre violência e maus tratos na infância mesmo entre mulheres saudáveis, embora

mais significativo entre as portadoras de DPC. Percebemos assim uma associação positiva entre as vivências de maus tratos na infância, em particular pela negligência emocional, comprometimento dos aspectos emocionais, especialmente o desenvolvimento de um quadro depressivo e dificuldades na inserção profissional dessas mulheres.

Diante as pesquisas realizadas, é possível perceber uma ligação entre histórias de maus tratos prévios e o desenvolvimento de uma sintomatologia psiquiátrica e comprometimento na saúde mental em todo o ciclo de vida (Kaplan *et al.*, 1998; Lange *et al.*, 1999; Macmillan *et al.*, 2001).

As consequências duradouras apontadas pela literatura documenta psicopatologias específicas devido o acometimento de violência e/ou maus tratos na infância, dentre elas estão transtornos de humor como ansiedade e depressão, isolamento, baixa autoestima, problemas com confiança, revitimização, abuso de substâncias psicoativas, desajuste sexual (Finkelhor *et al.*, 1990), maiores taxas de suicídio, queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais (Mccauley *et al.*, 1995; Tietjen *et al.*, 2010a), dor pélvica crônica (Lampe *et al.*, 2000), somatização (Briere e Runtz, 1988; Reiter *et al.*, 1991; Badura *et al.*, 1997), transtornos alimentares como bulimia e anorexia (Mullen *et al.*, 1996; Fosse e Holen, 2006; Paraventi *et al.*, 2011), transtornos de personalidade, em especial as borderline e as dissociações (Ross *et al.*, 1990; Tyrka *et al.*, 2009), além de inúmeros distúrbios comportamentais e cognitivos (Macmillan *et al.*, 2001; Edwards *et al.*, 2003). Em relação à saúde reprodutiva de mulheres que foram maltradas e que sofreram violência, estudos indicam associação, além de dor pélvica crônica como pontuado acima, mas também risco considerado de adquirirem doenças sexualmente transmissíveis como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), além de gravidez indesejada e doenças pélvicas inflamatórias (Mccauley *et al.*, 1995).

De acordo com Terr (1991) apesar do estabelecimento de um diagnóstico de doenças psiquiátricas para a maioria dos traumas infantis, o abuso encontra-se relacionado a quatro

conjuntos específicos de sintomatologia persistente no adulto, sendo sustentadas nos seguintes componentes: memórias visualizadas ou percebidas repetidamente do trauma; comportamentos repetidos; medos específicos do trauma, e mudança de atitude sobre as pessoas, a vida, e para com o futuro.

Vale ressaltar que nem toda população perpetrada por abuso ou negligência durante a infância e ou vida adulta são acometidos por desajustes físicos, emocionais, sociais e sexuais. A autora, segundo Borges *et al.* (2010), levanta em discussão que o tipo do evento traumático vivenciado pela criança pode influenciar na manifestação do quadro sintomatológico, podendo se manifestar por dois modos distintos, onde por um lado a criança que experienciou um único tipo de evento traumático irá apresentar memórias completas e pormenorizadas sobre o trauma, enquanto que a outra que foi submetida a vários outros eventos traumáticos tenderá a apresentar sintomas de “negação e entorpecimento psíquico, dissociação, sentimento de raiva e irritabilidade”. Por fim, dependendo do evento traumático pode haver a coesão destas duas representações, se configurando em uma manifestação distinta de sintomas, com o aparecimento de sintomas associados ao luto patológico e à perda de habilidades adquiridas, aliadas à dor física e psicológica.

Referente a prevalência encontrada para abuso sexual no grupo de mulheres com DPC foi de 29,9% e 20,8% nas mulheres do grupo controle, achado que não demonstra diferenças estatisticamente significativas quando ambas são analisadas. Embora esses valores não tenham apresentado significância estatística, do ponto de vista clínico demonstra relevância e que merecem atenção especial pelos profissionais que atuam na área da saúde como de toda sociedade de um modo geral, pois as altas taxas de relatos sobre histórias de maus tratos sexuais ocorridas na infância e em mulheres, demonstrada neste estudo, quando não são abordadas de modo efetivo podem promover consequências importantes nos aspectos físicos, sociais, sexuais e emocionais dessas crianças e jovens e do futuro adulto vitimizado.

Várias são as pesquisas que tem demonstrado interesse particular nos eventos de abuso sexual e abuso físico contra as mulheres portadoras de ginecopatias, em especial a DPC. No entanto ao realizar uma análise nesses estudos, em sua maioria, foi verificado controvérsias importantes nos resultados devido a utilização de um número pequeno de participantes (Walker *et al.*, 1988) e limitações metodológicas significativas como a realização de entrevistas via telefone (Walling *et al.*, 1994) e ausência de grupo de comparação e ou controle adequado (Reiter *et al.*, 1991).

Em um estudo amplamente difundido nos meios científicos e acadêmicos, Walker *et al.* (1988) investigaram a história de violência sexual prévia antes dos 14 anos de idade e acometimento futuro para DPC, sendo aqui definida como uma dor de duração superior a três meses, obtendo altos relatos de abuso sexual nessas mulheres (64%) quando comparados em um grupo controle (30 – 32%) a partir da aplicação de uma entrevista estruturada para abuso sexual desenvolvida para um estudo epidemiológico na população geral (Russel, 1986), utilizando, porém, um tamanho amostral pequeno, contemplando apenas 55 sujeitos ao todo, onde 25 compunham o grupo da casuística com sintomatologia dolorosa e 30 mulheres alocadas no grupo controle, levando a superestimação desses resultados.

Em outro estudo, desenvolvido por Reiter, Shakerin, Gambone e Milburn (1991), foi recrutado 99 mulheres apresentando DPC com duração superior à 6 meses, sendo divididas em 2 grupos, onde o primeiro foi composto por pacientes que receberam diagnóstico laporoscópico positivo para causa orgânica (n=47) e o segundo para as pacientes que não apresentaram causas somáticas para manifestação das queixas álgicas (n=52). Os resultados obtidos nesta amostra evidenciaram maior relato de abuso sexual anterior no grupo de mulheres sem causa orgânica para manifestação dolorosa, além de identificarem uma ligação entre as histórias de abuso sexual infantil e risco maior para o acometimento de transtornos de somatização quando

pareado com o grupo de pacientes com achados orgânicos positivos para as queixas álgicas. Neste estudo não utilizaram grupo controle adequado para pareamento dos resultados.

Em contra partida, em um estudo mais amplo, Fry *et al.* (1993) encontraram médias aproximadas com os nossos achados, prevalência de 30% de abuso sexual a partir da inserção de 164 mulheres com DPC apresentando duração de dor entre os intervalos de 6 meses à 24 anos, chegando a conclusão que abuso sexual infantil não parece se diferenciar quando comparadas com as médias na população geral, refutando a generalização de que abuso sexual seria um preditor em potencial no acometimento de DPC durante a vida adulta, por outro lado, também não os negam. Posição semelhante àquela encontrada por Rapkin *et al.* (1990) quando investigaram história de abuso sexual e físico na infância e vida adulta, e sua relação com dor crônica incluindo para essa investigação 173 mulheres em seguimento ambulatorial em um centro de tratamento que atua no controle e manejo da dor crônica, sendo que destes, somente 31 pacientes queixaram-se de DPC, enquanto que os demais apresentavam queixas de dor crônica em outras localidades. Um grupo controle composto por 32 mulheres que procuraram atendimento ginecológico de rotina e que não apresentavam queixas de dor crônica também foram entrevistado para comparar os dados. Esses autores não encontraram diferenças estatísticas nos relatos de abuse sexual e físico nos grupos investigados mesmo encontrando uma elevada prevalência dessa variável em questão nos grupos de mulheres com dores crônicas. Eles também inferem que seria improvável que o abuso sexual seja especificamente e até psicodinamicamente relacionada com a dor pélvica e que a experiência adversa promovida pelo abuso de modo mais amplo possa promover a cronicidade das condições dolorosos.

Referente à ocorrência de abuso físico na infância, obtivemos novamente uma alta prevalência em ambos grupos, 45,4% no grupo de mulheres com DPC e 31,2% no grupo de mulheres saudáveis ($p= 0.07$). Achado este que não aponta uma diferença estatisticamente significativa quando pareado com grupo sem causas de dor. No entanto, esse achado evidencia

e gera como reforçador, a hipótese de que DPC não está relacionada exclusivamente com o abuso sexual e ou físico especificamente e de modo independente, mas a natureza perniciosa de ambos os maus tratos podem suscitar a cronicidade das condições dolorosas, especialmente quando tem início na infância. Entretanto existem achados que relacionam abuso físico com dores crônicas, não referenciando uma localização exata e específica para a manifestação dolorosa (Rapkin *et al.*, 1990). Nosso estudo portanto, não aponta uma relação distinta entre essa variável e o possível acometimento de DPC na vida adulta, mesmo tendo encontrado altos relatos de vitimização física prévia em ambas populações investigadas.

Observamos também que a maior parte da literatura tem centralizado suas ações em torno dos impactos expressivos observados nos episódios de abuso sexual e físico. Nós, adicionalmente, observamos que a negligência emocional pode ser um evento determinante de condições no futuro, uma vez que tais episódios repercutem de modo desfavorável na saúde física e emocional de grande parcela desses sujeitos.

Quando estratificamos os maus tratos na infância em seus subtipos, podemos perceber uma significância estatística nos achados no subtipo negligência emocional, apresentando prevalências de 58,4% no grupo DPC em comparação a 41,5% no grupo de mulheres saudáveis ($p= 0.04$). Achado curioso e ao mesmo tempo expressivo, uma vez que, como dito anteriormente, a maioria das pesquisas centralizam suas atenções no impacto do abuso sexual e físico, deixando de investigar as consequências deletérias dos maus tratos emocionais, na saúde da mulher, em especial nas portadoras de DPC, não somente devido a manifestação dolorosa, mas as inúmeras consequências nelas instaladas.

Um número limitado de estudos a qual tivemos acesso vêm atualmente contemplando outros tipos de maus tratos nas investigações, em especial o abuso e negligência emocional, quanto o desenvolvimento de psicopatologias e síndromes dolorosas crônicas em pacientes que foram maltratados durante suas infâncias (Caldirola *et al.*, 1983; Lampe *et al.*, 2000; Thomas

et al., 2006; Egeland, 2009; Perepletchikova e Kaufman, 2010). Ainda são escassos os trabalhos que referenciam maus tratos emocionais como abuso e negligência emocional nas pacientes portadoras de DPC.

Em um recente estudo caso-controle alinhado a um estudo transversal de base populacional envolvendo adultos jovens, verificou que entre aqueles que apresentavam transtornos de humor identificou maior prevalência entre as variáveis abuso e negligência emocional em relação a outros eventos investigados pelo instrumento QUESI (Konradt *et al.*, 2013). Achado próximo ao que foi encontrado em um estudo de coorte envolvendo um número de 100 adultos apresentando diagnóstico de transtorno bipolar, onde foi detectado porcentagem de 37% de abuso emocional, seguida pelas variáveis abuso físico e negligência emocional (Garno *et al.*, 2005).

De acordo com Teicher *et al.* (2006) o abuso emocional representa o resultado de uma dinâmica familiar desestruturada, podendo acarretar conseqüências a longo prazo mais pontuais do que o próprio abuso físico ou sexual, sendo expressamente nocivo quando correlacionado com outros tipos de maus tratos, representando assim um problema social significativo com repercussões duradouras nas vidas desses sujeitos.

Em um estudo recente, desenvolvido por Tietjen *et al.* (2010b) foi investigado a ocorrência de maus tratos na infância em uma população clínica apresentando sintomas de dores de cabeça e enxaqueca crônica utilizando o questionário QUESI para a investigação, o mesmo utilizado nesta pesquisa, obtendo porcentagens de negligência emocional (22%) e abuso emocional (38%), aparentemente menos significativas que os resultados encontrados neste estudo (58,4% e 48%), porém a relação entre abuso emocional e o acometimento doloroso reforça mais uma vez a relevância de se investigar os maus tratos emocionais (MTE), e não somente na primeira infância (0-2 anos), mas também ao longo de todo desenvolvimento desses sujeitos, tanto aqueles que são portadores de DPC, quanto portadores de outras síndromes

dolorosas crônicas, uma vez que esse tipo de maus tratos ocorrem com maior frequência e apresenta características menos comuns e evidentes do que abuso sexual e violência física. Outro fato apontado por estes autores e que carecem de maiores investigações, em especial a natureza desta relação, refere-se ao conjunto de fatores classificados como “eventos estressantes da vida”.

O estresse crônico de acordo com uma revisão realizada por Houle e Nash (2008) descrevem o conceito de estresse como um dos possíveis fatores que estão relacionados com a progressão da cefaléia episódica em crônica e os mecanismos que estão relacionados com esse processo. Os autores apontam que o estresse atua como gatilho afetando nociceptores periféricos e centrais devido à sensibilização promovida pelo estresse e ou angústia psicológica, limitando assim o sistema de controle central da dor levando a alodinia, hiperalgesia e à cronicidade da dor de cabeça. Outra questão apontada pelos autores como resultado da compilação das pesquisas utilizadas neste estudo refere-se a ideia de que a exposição crônica de estresse pode conduzir a sensibilização central e que esta sensibilização aumenta a probabilidade de transformação em dor de cabeça crônica e diária. Assim, podemos supor e até mesmo relacionar o abuso e ou trauma como um importante “evento estressor” na vida de quem é acometido por tais situações, podendo acarretar desordens como a dor crônica.

Estudos em neuropsicologia e neuroimagem que investigam as consequências deletérias dos MTE, envolvendo aqui tanto o acometimento em abuso emocional, negligência emocional e estresse precoce, ocorridos durante a infância, evidenciam alterações morfológicas e estruturais de longa duração, especificamente nas regiões do hipocampo, amígdala e no cortex pré-frontal (Van Harmelen *et al.*, 2010) como uma forma de se adaptarem estruturalmente as experiências adversas ocorridas na infância (Nunes *et al.*, 2012). Tais alterações promovidas pelos maus tratos na infância vêm sendo demonstrada pelos estudos citados, onde estes autores apontam achados relevantes que inferem que o trauma infantil gera mudanças significativas na

neurotransmissão das vias serotoninérgicas e noradrenérgicas do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) que estão intimamente ligados com manifestação e desenvolvimento da sintomatologia depressiva e dolorosa (Belmaker e Agam, 2008). Assim os MTE estão diretamente ligados a um impacto negativo e duradouro no funcionamento emocional e comportamental desses sujeitos (Van Harmelen *et al.*, 2010; Van Harmelen *et al.*, 2011). Os indivíduos vítimas ou que sofreram maus tratos na infância possuem maior risco de serem acometidos por psicopatologias como depressão, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e dependência química (álcool e outras drogas) (Scott *et al.*, 2010), como também doenças gastrointestinais, músculo-esqueléticas, cardiovascular, distúrbios metabólicos, neurológicos e respiratórios (Felitti *et al.*, 1998). Podemos concluir que experiências adversas em crianças em idade precoce podem culminar em drásticas alterações no desenvolvimento normal da morfologia cerebral das regiões supracitadas e que estão intimamente ligadas com a regulação e processamento emocional levando a significativas alterações comportamentais e funcionais desse sujeito vitimizado.

Outro fato que merece destaque e que está relacionado com essa desregulação do eixo-HPA refere-se à diminuição de respectivos hormônios, como cortisol e o hormônio adrenocorticotrófico derivados de vivências duradouras em situações estressantes e potencialmente prejudiciais durante a primeira infância ou ao longo do desenvolvimento infantil como uma das hipóteses para o desenvolvimento de uma condição de dor crônica e comorbidades psiquiátricas (Carpenter *et al.*, 2007), podendo tanto o abuso quanto a negligência emocional, além de outros tipos de traumas e estresse psicossociais, serem um importante fator desencadeante de sintomas referentes a condição de dor crônica.

Percebemos que a relação entre situações estressantes na infância, como por exemplo, a negligência emocional e o desenvolvimento de transtornos de humor como depressão e ansiedade na vida adulta atualmente são alvos de diversas investigações (Zavaschi *et al.*, 2002;

Tottenham *et al.*, 2010) e determinadas condições psiquiátricas podem aumentar a experiência dolorosa (Sachs-Ericsson *et al.*, 2007), sendo a depressão a mais comum (Faucett, 1994; Magni *et al.*, 1994; Fishbain *et al.*, 1997; Kendall-Tackett *et al.*, 2003; McWilliams *et al.*, 2003).

Uma questão que está intimamente relacionada e de modo direto com o que foi levantado neste estudo, refere-se ao elevado número de subnotificações de casos de violência sexual e maus tratos de modo geral em mulheres para a equipe que a assiste, seja por constrangimento, ou até mesmo pelo medo despertado de que implicações significativas futuras ocorram nas relações familiares e sociais ou por possíveis situações vexatórias e de humilhação. Tais casos passam despercebidos dos centros e serviços de saúde e impede a denúncia às autoridades e o manejo adequado para cada caso.

A subnotificação atual, no contexto brasileiro, apresenta porcentagens que variam entre 80 – 90% (Drezett *et al.*, 2001), ou seja, aproximadamente 10% das vítimas reais de violência sexual notificam à delegacia (Saúde, 1999) e demais órgãos responsáveis. De acordo com um levantamento realizado por um centro de referência em acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual do estado do Rio Grande do Sul, obteve-se incidência de 858 novos casos de vitimização confirmadas por ano, sendo que 75% são do gênero feminino com idades entre cinco a 18 anos (Pelisoli *et al.*, 2010). Nos Estados Unidos acredita-se que somente 16% dos casos de estupro são reportados às autoridades (National Victim Center, 1992).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde em estudo realizado em 1999, foi apresentado que cerca de 40 milhões de crianças no mundo vítimas de alguma forma de abuso necessitam de cuidados em saúde ou intervenções sociais (Cruz *et al.*, 2007). Recentemente, pesquisadores americanos (Finkelhor e Jones, 2006) afirmaram que a taxa de denúncia sobre violência e maus tratos contra crianças e adolescentes vêm reduzindo, diferentemente da realidade brasileira onde no ano de 2012, denúncias de todos os estados brasileiros totalizaram

130.029 novos casos (<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/dados-estatisticos>; Secretaria de Direitos Humanos, acesso em: 15 de fevereiro de 2014).

Esta informação reflete o despreparo dos profissionais em saúde e da própria sociedade como um todo em lidar com essas questões, reforçando ao mesmo tempo a perpetuação da violência e a atitude de naturalização desses casos. Dessa forma, é possível perceber que o despreparo dos profissionais em saúde advém, ao menos em parte, por precárias ou até mesmo ausências na inclusão deste tema nas grades curriculares dos cursos superiores de todo país (Mello E Souza e Adesse, 2005). Fatores como insensibilidade e a precária capacitação desses profissionais, tendência à medicalização dos casos de vitimização, ausência na articulação entre os distintos setores governamentais e sociais sobre essa temática específica, tornam o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem (Marinheiro *et al.*, 2006). Por outro lado, o contato empático em ambiente apropriado e respaldado pela confidencialidade, pode despertar nessas pacientes a segurança de se expressarem e se sentirem à vontade para discutir essas e outras questões pertinentes, possibilitando uma intervenção eficaz e planejada pela equipe médica e demais profissionais envolvidos no contexto hospitalar e de saúde.

De acordo com um levantamento realizado por Walker *et al.* (1993) sobre traumas sexuais na atenção primária, refere que os profissionais médicos de diversas especialidades incluindo, ginecologistas, pediatras e médicos da família, atuam como os principais autores que podem intervir no reconhecimento e tratamento de sequelas providas pelos maus tratos físicos e sexuais, uma vez que a maioria das mulheres na idade reprodutiva procuram frequentemente cuidados à saúde ginecológica e controle de natalidade.

Referente aos dados encontrados para o risco de ansiedade e depressão, obtivemos resultados bem consistentes com a literatura. Referente as prevalências encontradas para os transtornos de humor, encontramos 55,8% de risco de acometimento de uma sintomatologia ansiosa nas mulheres do grupo com DPC e 40,2% no grupo de mulheres sem DPC ($p= 0,05$),

sendo estatisticamente distinto quando pareado ambos os grupos. Quanto aos critérios de risco para depressão, foi encontrado prevalências de 45,4% no grupo de mulheres com DPC e 23,4% no grupo de mulheres sem DPC ($p < 0,01$). A associação entre os transtornos do humor, dor crônica e DPC atualmente são bem documentadas (Kurita e Pimenta, 2003; Lorencatto *et al.*, 2006; Romao *et al.*, 2011; Luz *et al.*, 2014).

Em relação ao que foi encontrado de significativo na análise de correspondência, mais especificamente os fatores de risco independente para acometimento em DPC, ou seja, raça não branca, nível de escolaridade fundamental, sintomas de depressão e ausência de atividades ocupacionais sem remuneração, compreendemos que estes dados são expressivos, mas que isolados não geram garantias para inferir, principalmente, que as mulheres interromperam suas atividades ocupacionais após começaram a apresentar sintomas de dor, situação semelhante em relação a crença de que a DPC seria uma consequência dos efeitos deletérios presentes na sintomatologia depressiva, embora não haja consenso sobre quais condições precede a outra (Romao *et al.*, 2011).

Acreditamos que o sujeito diante a situação de desemprego e precariedade na satisfação de suas necessidades básicas, tanto pessoal quanto familiar, pode resultar em estados de estresse contínuo, agravando assim seu humor e conseqüentemente suas queixas dolorosas. Sabe-se atualmente que no Brasil, cerca de 94,9% dos pacientes com dor crônica apresentam sérios prejuízos em relação a atividade profissional (Teixeira *et al.*, 1995), enquanto que adultos dos países europeus que apresentam dor crônica de intensidade moderada a intensa, também apresentam repercussões desfavoráveis em suas atividades laborais (Breivik *et al.*, 2006). Aproximadamente 50% a 60% dos pacientes portadores de síndromes dolorosas crônicas se encontram incapacitados de modo parcial ou total, comprometendo gravemente sua qualidade de vida, acarretando repercussões negativas no aspecto social e econômico desses sujeitos (Blyth, 2008).

Referente aos dados encontrados para a associação entre transtorno depressivo e DPC, sendo este um dos mais significativos fatores de risco para DPC (Latthe, Mignini, *et al.*, 2006; Romao *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2011), observou-se uma diferença estatisticamente significativa para seu acometimento na população portadora de dores crônicas. A prevalência estimada de depressão para as mulheres portadoras de DPC está em torno de 30 a 87% (Bair *et al.*, 2003; Castro *et al.*, 2006; Lorençatto *et al.*, 2007).

De acordo com o que foi evidenciado por Romão (2009), a prevalência estimada para depressão foi de 40% em mulheres portadoras de DPC, achado que vai de encontro com os dados que obtivemos nesse estudo. Para complementar os dados apontados quanto a manifestação de sintomas depressivos em pacientes portadores de dores crônicas, uma recente revisão sistemática realizada para averiguar a relação entre depressão e dor crônica apontou uma prevalência média de 12 a 17,2% de sintomatologia depressiva em pacientes do sexo feminino que foram submetidas ao exame de laparoscopia ginecológica como rotina para estabelecimento do diagnóstico de DPC (Bair *et al.*, 2003).

Sabemos que a dor e a depressão são dois sintomas que são comumente relacionadas, e que um exerce função para a manifestação da outra, porém até o presente momento não temos um consenso formado a respeito de qual condição precede a ocorrência de uma ou outra variável (Rosenthal, 1993; Fishbain *et al.*, 1997), agravando ainda mais o sofrimento que o paciente tende a suportar, podendo em alguns casos comprometer a adesão ao tratamento e sua resposta aos analgésicos, levando ao isolamento social, desesperança e privação de cuidados (Romao *et al.*, 2011).

Entendemos que ambas as condições coexistem e se relacionam diretamente, sendo que uma agrava a percepção da outra (Rosenthal, 1993). Deste modo, afirmamos que os riscos para depressão são expressivamente maiores na população portadora de DPC, quando comparados aqueles do grupo controle. Assim, se faz importante a atenção que se deve dar aos

aspectos biológicos, emocionais e culturais envolvidos na interpretação do fenômeno doloroso, quando o objetivo é o controle e manejo do estímulo de dor, como da mesma forma para com os sintomas depressivos presentes nesses pacientes (Pimenta, 2000).

Já a relação entre maus tratos gerais, múltiplos eventos estressores ocorridos na infância e depressão em mulheres portadoras de DPC, atualmente, sofre limitações consideráveis devido pouca abordagem de pesquisas que especifiquem os mecanismos pelos quais as variáveis estão envolvidas em nosso contexto, dificultando análises pontuais acerca de ambos fenômenos. Encontramos, ao contrário, vários outros estudos que referenciam o abuso sexual e físico, especificamente como fator predisponente para depressão (Brown *et al.*, 1999; Danese *et al.*, 2008). Contudo não podemos negligenciar as consequências tão evidentes dessa violência para as mulheres, em especial, aquelas em idade precoce, no que concerne aos problemas comportamentais, físicos e psicopatológicos específicos que podem acompanhar todo processo desenvolvimentista da vítima (Maniglio, 2009).

Quando correlacionamos os dados entre o risco para acometimento de transtornos de humor depressivo e ansioso, e sua associação com os maus tratos infantis, obtivemos uma significância estatística em todos os subtipos de maus tratos investigados no grupo de mulheres com DPC; assim, torna-se perceptível a crescente relação entre os maus tratos envolvendo crianças e adolescentes, na população portadora de DPC e o acometimento de condições psiquiátricas comuns como a ansiedade e depressão na idade adulta. Quando analisamos os dados do grupo sem DPC, não encontramos a mesma significância estatística encontrada no grupo com DPC referente à variável abuso sexual quando correlacionado com os escores de depressão, e a variável negligência física quando correlacionado com os escores de ansiedade. A hipótese inicial que temos para justificar a ausência de significância nessas variáveis recai na possibilidade de ter ocorrido subnotificação e o possível efeito cascata de reações emocionais adversas, como por exemplo, sentimentos de culpa, medo e insegurança em revivê-las,

promovidas pelas questões abordadas durante a aplicação da entrevista e dos questionários diante as adversidades e estresse vivenciados na infância, podendo se caracterizar como importante fator que culmina na não exposição desses eventos e das questões nelas contidas. Assim, de acordo com os nossos resultados, podemos atribuir que histórias de maus tratos durante a infância correlacionam-se entre si com ansiedade e depressão na vida adulta nas pacientes com dor crônica, apoiando a relação entre essas condições, sugerindo ainda a idéia de que esses constructos contribuem para o reforçamento das percepções e manifestações dolorosas nas pacientes.

É evidente, a partir dos resultados aqui encontrados, a identificação de altas taxas de vivências traumáticas e ou vitimização ao longo da infância, em especial no grupo de mulheres sem DPC, por estas não apresentarem nenhuma queixa física de dor crônica no último ano. Sabemos que a exposição à eventos considerados como adversos são vistos como barreiras individuais ou ambientais que podem potencializar a vulnerabilidade da criança ou jovem para resultados negativos no seu desenvolvimento. Podemos assim inferir que maus tratos na infância podem culminam, no futuro, em diversos eventos desfavoráveis para a saúde, inclusive dor pélvica crônica, particularmente, se estiverem associados a transtornos do humor como ansiedade e depressão. O que chama a atenção é que mulheres aparentemente saudáveis também apresentam elevados escores de abuso e maus tratos.

Assim, a partir desses achados e a relação singular entre o sujeito e o evento traumático evidenciada na análise dos dados, uma vez que não são todos os indivíduos que relataram maus tratos na infância, irão desenvolver psicopatologias específicas na idade adulta. Entendemos que esse processo, por apresentar de modo dinâmico e não estático sofre particular influência de fatores como o contexto, o período de tempo e a exposição ao risco, sendo considerados mais importantes do que a simples exposição a um único evento grave do trauma (Engle *et al.*, 1996). Outro fator que contribui para a fomentação deste processo recai na “visão subjetiva”

que o indivíduo irá lançar para o evento adverso, ou seja, o modo como este sujeito encara essa vivência, sua percepção, sentido e interpretação desta definirá o modo como a pessoa irá se comportar, a encarando como perigo e o tornando um evento estressor, ou será visto como um desafio (Yunes *et al.*, 2001).

Sugerimos como hipótese para justificar a ausência de patologias específicas, incluindo a dor crônica nas pacientes do grupo de mulheres aparentemente saudáveis que relataram histórias prévias de maus tratos na infância, o processo conhecido por resiliência como fator protetivo, correspondendo atualmente como importante instrumento de manutenção de saúde durante ou após condições traumáticas e contra o desencadeamento de síndromes dolorosas crônicas sendo também vista como um conceito inovador na área da violência contra crianças e adolescentes e da própria Ciência da Saúde, Sociais e Humanas.

Deste modo, no contexto da prevenção, é de suma importância destacar a resiliência como um fator de proteção contra o acometimento de consequências no desenvolvimento físico, social e psíquico de boa parte da população perpetrada por abuso, violência e negligência na infância ou vida adulta. Entendemos por este conceito de resiliência como a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de se constituir ou reconstruir de forma positiva e assertiva às adversidades vivenciadas, mesmo o sujeito mantendo-se em um ambiente desfavorável (Barlach, 2005). Tal capacidade é tecida ao longo do processo de desenvolvimento humano, sendo esta entendida como um processo dinâmico e não linear (Carvalho *et al.*, 2007). A partir desse olhar, autores como Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009) definem resiliência como: *“capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo de seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e familiar”* (p. 498).

Tais achados sugerem a necessidade de investigar as negligências, em especial, as de ordem psicológica e emocional, como também os demais subtipos de maus tratos acometidos na infância, utilizando instrumentos validados e entrevistas estruturadas, possibilitando deste modo uma intervenção mais fidedigna com a realidade vivenciada pelas mulheres, em especial aquelas que são portadoras de síndromes dolorosas crônicas, particularmente a DPC.

Assim, a partir dos resultados levantados, pontuamos a importância do atendimento interdisciplinar as mulheres portadoras de DPC, em especial as vítimas de maus tratos durante a infância e vida adulta, e aquelas que apresentam altas taxas de sintomatologia ansiosa e depressiva, considerando suas diversas manifestações físicas, sociais, emocionais e sexuais. A avaliação e conduta psicológica se faz imperativa nesses casos, uma vez que os traumas e as vivências aversivas carecem de cuidados, tendo como uma necessidade a ressignificação desses conteúdos com objetivo de auxiliá-las na promoção de novas reflexões e compreensões quanto ao seu adoecimento e vitimização, como também aos fatores psicossociais e comportamentais envolvidos e que ativamente influenciam sua saúde e ou a própria doença (Krantz *et al.*, 1985), e da mesma forma poder contribuir não somente para auxiliar as pacientes, mas a equipe que a assiste como um todo, trazendo informações importantes para que médicos e demais outros profissionais possam planejar o direcionamento do tratamento, evitando a realização de procedimentos desnecessários e repetitivos.

Em suma, a avaliação e conduta psicológica, em contexto médico e da saúde como um todo, pode ser considerada uma ferramenta eficaz quanto ao estabelecimento de um diagnóstico diferencial, elaboração de um tipo específico de tratamento e prognóstico do mesmo. Os autores Stout e Cook (1999) apontam que a intervenção da psicologia pode representar grande diferencial quando se refere à relação ao tipo e a qualidade do atendimento ofertado ao paciente, culminando e favorecendo ao mesmo tempo uma diminuição do sofrimento psicológico

referenciado pelo sujeito e também uma significativa diminuição dos custos operacionais institucionais deles decorrentes.

Em relação as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, observamos inicialmente limitações importantes na literatura que aborda a temática sobre traumas na infância e o pouco número de instrumentos que investigam esse fenômeno na população portadora de dores crônicas. Outra limitação percebida recai na ausência de definições gerais a cerca dos tipos de maus tratos existente, onde de modo geral, são distintas em cada país e cultura vigente. Assim percebemos que as definições utilizadas sobre maus tratos são alvo de inúmeras controvérsias, devido em especial por esta sofrer influência de diferentes perspectivas teóricas, acarretando dificuldades de se chegar em uma definição consensual (Azevedo e Maia, 2006). Konradt (2013) aponta ainda que mesmo com os poucos instrumentos que são utilizados, muitos acreditam que questionário retrospectivos são invasivos por atribuírem que os traumas durante a infância representam uma questão delicada de ser discutida, mesmo utilizando um instrumento específico como o QUESI, porém, a nosso ver, não identificamos outras formas de se investigar questões prévias do desenvolvimento do sujeito, como a investigação de maus tratos na infância em um população adulta sem que haja a aplicação desses questionários como subsídio para inferirmos a suspeita que tínhamos sobre a vitimização dessa população. Outra limitação refere-se na utilização dos questionários que abordam os maus tratos na infância, devido em grande parte pela influência de que vieses de memória podem levar a subestimação ou a superestimação da exposição ao abuso e gerar erros classificatórios destes eventos (Dube *et al.*, 2001). Entendemos que mesmo diante estas limitações, quanto à utilização de instrumentos retrospectivos, dificilmente teríamos condições de obter informações sobre a autopercepção deste adulto quanto a vivências estressoras na infância, sendo aqui apontado como um importante instrumento de investigação sobre maus tratos na infância.

Neste estudo não avaliamos a exposição dos pacientes à eventos traumáticos as quais crianças e adolescentes estão sujeitos a se exporem na juventude perante outros grupos sociais como no âmbito educacional, ambiente de trabalho e convívio com pares. A exposição à eventos traumáticos e /ou a própria revitimização na vida adulta não foram avaliadas.

7. CONCLUSÕES

Concluimos que maus tratos na infância, especificamente, a negligência emocional, e o envolvimento em múltiplos eventos de vitimização durante a infância são prevalentes entre portadoras de DPC, mas não se associam a ela de modo independente.

Pacientes com DPC apresentaram sintomas de depressão e ausência de atividade laboral remunerada, fatores de risco que expressam serem cruciais e que podem levar, à longo prazo, o desenvolvimento de DPC na população feminina.

Mulheres com nível de escolaridade fundamental e que se consideram da raça não branca, vítimas de múltiplos eventos (superior a 3 e/ou 4) de abusos e/ou negligências na infância e portadores de ansiedade ou depressão apresentam correspondência com DPC, diferente de mulheres saudáveis que apresentaram correspondência com nível de escolaridade médio e superior e que mantêm uma relação conjugal estável.

A forma como os múltiplos maus tratos na infância podem participar na determinação e manifestação de sintomas de depressão ou na dificuldade em se inserir no mercado de trabalho futuramente, precisa ser melhor investigada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados aqui encontrados podemos considerar a necessidade de se criar estratégias de proteção mais efetivas nos serviços de saúde, para que profissionais ao se deparar com maus tratos, em especial os de ordem emocional e psicológica possam intervir de modo eficaz, sem que haja a deflagração para outras formas de maus tratos ou psicopatologias específicas, como a ansiedade e a depressão.

Ressaltamos também a necessidade de novos estudos que aprofundem o conhecimento deste tema para apoiar e fundamentar estratégias de prevenção e assistência devido sua magnitude e inferência na saúde da mulher.

Deste modo concluímos que pesquisas prospectivas e estudos de coorte sejam realizados no país a fim de melhor investigar a influência dos vários tipos de maus tratos contra crianças e adolescentes e não somente o abuso sexual e físico como tem se visto até o presente momento na literatura. Os efeitos ao longo prazo da exposição por múltiplos eventos traumáticos nas pacientes portadoras de dor crônica, como também estudos que foquem prevalência, incidência, desdobramentos legais e outras consequências futuras dessas vítimas, também sejam desenvolvidos afim de preencher as lacunas que existem na literatura nacional sobre essa temática específica.

Esses estudos devem ser realizados de acordo com os paradigmas da realidade socioeconômico-cultural brasileira, embasadas em critérios de definição mais amplos e condizentes com nossa realidade.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. Practice Bulletin No 51. Chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 103, n. 3, p. 589-605, 2004.

_____. Committee opinion no. 498: Adult manifestations of childhood sexual abuse. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 2 Pt 1, p. 392-5, Aug 2011.

ALMEIDA, A. P. F. et al. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que freqüentam um serviço especializado de saúde. . **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 8, n. 1, Mar. 2008.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 11, n. 3, 1998.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Asprectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 6, p. 285-290, 1998.

APA. **Manual dignóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARIES, P.; DUBY, G. História da vida privada do império romano ao ano mil. **Cia das Letras**, v. São Paulo, p. 19-224, 1992.

AZEVEDO, M. C.; MAIA, A. C. **Maus-Tratos à Criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

BADURA, A. S. et al. Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 90, n. 3, p. 405-10, Sep 1997.

BAGLEY, C. A typology of child sexual abuse: The interaction of emotional, physical and sexual abuse as predictors of adult psychiatric sequelae in women. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 5, p. 101-112, 1996.

BAIR, M. J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Arch Intern Med**, v. 163, n. 20, p. 2433-45, Nov 10 2003.

BARCELOS, P. R. et al. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 32, n. 5, p. 247-253, 2010.

BARLACH, L. **O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito**. 2005. 119 (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São paulo, São paulo.

BARR, J. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. **Am J Health Syst Pharm**, v. 70, n. 1, p. 53-8, Jan 1 2013.

BELMAKER, R. H.; AGAM, G. Major depressive disorder. **N Engl J Med**, v. 358, n. 1, p. 55-68, Jan 3 2008.

BERNSTEIN, D.; FINK, L. **Manual for the Childhood Trauma Questionnaire**. New York: The Psychological Corporation, 1998.

BLYTH, F. M. Chronic pain--is it a public health problem? **Pain**, v. 137, n. 3, p. 465-6, Jul 31 2008.

BONICA, J. J. The management of pain of cancer. **J Mich State Med Soc**, v. 53, n. 3, p. 284-90, Mar 1953.

_____. **Definitions and taxonomy of pain.** . Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.

BORGES, J. L. et al. Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na infância e na adolescência: prevalência, diagnóstico e avaliação. **Aval. Psicol.**, v. 9, n. 1, p. 87-98, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. **Rev Saude Publica**, v. 29, n. 5, p. 355-63, Oct 1995.

BRADLEY, B. et al. Association between childhood maltreatment and adult emotional dysregulation in a low-income, urban, African American sample: moderation by oxytocin receptor gene. **Dev Psychopathol**, v. 23, n. 2, p. 439-52, May 2011.

BRAUM, S. A. A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo. . **Porto Alegre**, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Regulariza a pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília; 1996. [Acessado em: 24 set. 2014]. Disponível em:< http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm>.

BREIVIK, H. et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. **Eur J Pain**, v. 10, n. 4, p. 287-333, May 2006.

BRIERE, J.; RUNTZ, M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. **Child Abuse & Neglect**, v. 12, p. 51-59, 1988.

BRODSKI, S. L. **Abuso emocional: suas relações com autoestima, bem estar subjetivo e estilos parentais em universitários.** 2010. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul - Brasil.

BROWN, J. et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, n. 12, p. 1490-6, Dec 1999.

BRUNO, R. V. et al. Atualização na abordagem da dor pélvica crônica. **Fêmina**, v. 35, p. 29-33, 2007.

CALDIROLA, D. et al. Incest and pelvic pain: the social worker as part of a research team. **Health Soc Work**, v. 8, n. 4, p. 309-19, 1983.

CANOVA, P. Prevenção e intervenção: maus tratos a crianças e adolescentes., Universidade Internacional: centro de estudos multiculturais, 2006. Disponível em: <http://www.multiculturas.com/textos/preven_interv_maus_tratos_Paulo-Canova.pdf>.

CARPENTER, L. L. et al. Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. **Biol Psychiatry**, v. 62, n. 10, p. 1080-7, Nov 15 2007.

CARVALHO, F. T. et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2023-33, 2007.

CARVALHO, M. M. M. J.; (ORG). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

CASTRO, M. M. et al. [Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain.]. **Rev Bras Anestesiol**, v. 56, n. 5, p. 470-7, Oct 2006.

CHEONG, Y.; WILLIAM STONES, R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 20, n. 5, p. 695-711, Oct 2006.

CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 201-12, 2008.

COHEN, J. A.; MANNARINO, A. P. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. **Child Abuse Negl**, v. 24, n. 7, p. 983-94, Jul 2000.

COSTA, M. S. J. **A resiliência e a relação terapêutica em crianças maltratadas/mal-amadas**. 2009. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.

COX, L. et al. Chronic pelvic pain and quality of life after laparoscopy. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 132, n. 2, p. 214-9, Jun 2007.

CRUZ, D. M.; SILVA, J. T.; ALVES, H. C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. . **Rev bras educ espec**, v. 13, n. 1, p. 131-146, 2007. ISSN 1413-6538.

DANESE, A. et al. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 4, p. 409-15, Apr 2008.

DREZETT, J. et al. [Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents]. **J Pediatr (Rio J)**, v. 77, n. 5, p. 413-9, Sep-Oct 2001.

DUBE, S. R. et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. **JAMA**, v. 286, n. 24, p. 3089-96, Dec 26 2001.

EDWARDS, V. J. et al. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, p. 1453–1460, 2003.

EGELAND, B. Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. **Child Abuse Negl**, v. 33, n. 1, p. 22-6, Jan 2009.

ENGEL, G. L. Psychogenic pain and pain-prone patient. **Am J Med**, v. 26, n. 6, p. 899-918, Jun 1959.

ENGLE, P. L.; CASTLE, S.; MENON, P. Child development: vulnerability and resilience. **Soc Sci Med**, v. 43, n. 5, p. 621-35, Sep 1996.

FAUCETT, J. Depression in painful chronic disorders: the role of pain and conflict about pain. **Journal of Pain Symptom Management**, v. 9, n. 8, p. 520-526, 1994.

FELITTI, V. J. et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **Am J Prev Med**, v. 14, n. 4, p. 245-58, May 1998.

FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. **Dor & Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FIGUEIRÓ J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Carvalho MMMJ, organizador. **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Ed. Summus; P. 140-58, 1999.

FINKELHOR, D. et al. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. **Child Abuse Negl**, v. 14, n. 1, p. 19-28, 1990.

FINKELHOR, D.; JONES, L. Why have child maltreatment and child victimization declined? **Journal of Social Issues**, v. 62, n. 4, p. 685-716, 2006.

FISHBAIN, D. A. et al. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. **Clin J Pain**, v. 13, n. 2, p. 116-37, Jun 1997.

FORD, C. V. The somatizing disorders. **Psychosomatics**, v. 27, n. 5, p. 327-31, 335-7, May 1986.

FOSSE, G. K.; HOLEN, A. Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. **Eat Behav**, v. 7, n. 4, p. 404-9, Nov 2006.

FRY, R. P. et al. Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. **Postgrad Med J**, v. 69, n. 813, p. 566-74, Jul 1993.

GAMBONE, J. C. et al. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. **Fertil Steril**, v. 78, n. 5, p. 961-72, Nov 2002.

GARMEZY, N. Children in poverty: resilience despite risk. **Psychiatry**, v. 56, n. 1, p. 127-36, Feb 1993.

GARNO, J. L. et al. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. **Br J Psychiatry**, v. 186, p. 121-5, Feb 2005.

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**, v. 27, n. 7, p. 585-99, Aug 2006.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. [Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language]. **Rev Saude Publica**, v. 40, n. 2, p. 249-55, Apr 2006.

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. p.77-88. **Cortez**, v. 4ª ed., n. São Paulo, p. 77-88, 2001.

GUNTER, J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. **Obstet Gynecol Surv**, v. 58, n. 9, p. 615-23, Sep 2003.

HABIGZANG, L. F. **Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar**. 2006. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica**. . São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HARROP-GRIFFITHS, J. et al. The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. **Obstet Gynecol**, v. 71, n. 4, p. 589-94, Apr 1988.

HODGKISS, A. D.; SUFRAZ, R.; WATSON, J. P. Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. **J Psychosom Res**, v. 38, n. 1, p. 3-9, Jan 1994.

HOULE, T.; NASH, J. M. Stress and headache chronification. **Headache**, v. 48, n. 1, p. 40-4, Jan 2008.

HOWARD, F. M. Chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 101, n. 3, p. 594-611, Mar 2003.

IANNETTA O. Dor Pélvia Crônica. In: HALBE, HANS WOLFGANG. Tratado de Ginecologia / Hans Wolfgang. 3ª ed., São Paulo: Roca, 2000.

IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain**, v. 6, n. 3, p. 249, Jun 1979.

JENKINS, R. et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. **Int Rev Psychiatry**, v. 15, n. 1-2, p. 29-42, Feb-May 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, pag. 1584, 2007.

KAPLAN, S. J. et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 7, p. 954-9, Jul 1998.

KENDALL-TACKETT, K.; MARSHALL, R.; NESS, K. E. Chronic pain syndromes and violence against women. **Women and Therapy**, v. 26, p. 45-56, 2003.

KONRADT, C. E. et al. Tauma precoce e transtornos de humor em jovens. **Rev Psiq Clin**, v. 40, n. 3, p. 93-96, 2013.

KRANTZ, D. S.; GRUNBERG, N. E.; BAUM, A. Health psychology. **Annu Rev Psychol**, v. 36, p. 349-83, 1985.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arq. NeuroPsiquiatr.**, v. 61, n. 2B, p. 416-425, 2003.

LAMPE, A. et al. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. **Obstet Gynecol**, v. 96, n. 6, p. 929-33, Dec 2000.

LANGE, A. et al. Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. **J Nerv Ment Dis**, v. 187, n. 3, p. 150-8, Mar 1999.

LANGLEY, G. B.; SHEPPEARD, H. The visual analogue scale: its use in pain measurement. **Rheumatol Int**, v. 5, n. 4, p. 145-8, 1985.

LATTHE, P. et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. **BMC Public Health**, v. 6, p. 177, 2006.

LATTHE, P. et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. **BMJ**, v. 332, n. 7544, p. 749-55, Apr 1 2006.

LERNER, T. Tratamento em situações de abuso sexual de crianças e adolescentes. . **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, v. 22, nov. 2000.

LIPOWSKI, Z. J. Somatization: the concept and its clinical application. **Am J Psychiatry**, v. 145, p. 158-68, 1988.

LORENCATTO, C. et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 85, n. 1, p. 88-92, 2006.

LORENÇATTO, C. et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 53, n. 5, p. 433-438, 2007.

LORENÇATTO, C. et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Assoc Med Bras**, v. 48, n. 3, p. 217-21, 2002.

LUZ, R. A. et al. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 36, n. 2, 2014.

MACMILLAN, H. L. et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. **Am J Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1878-83, Nov 2001.

MAGNI, G. et al. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. **Pain**, v. 56, n. 3, p. 289-97, Mar 1994.

MAIA, Â. et al. Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses. . In: MINHO, U. D., Congresso Família, Saúde e Doença: actas, 2007, Braga, Portugal.

MANIGLIO, R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. **Clin Psychol Rev**, v. 29, n. 7, p. 647-57, Nov 2009.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARTINS, C. B. G. Maus tratos contra crianças e adolescentes. . **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 660-665, 2010.

MATHIAS, S. D. et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. **Obstet Gynecol**, v. 87, n. 3, p. 321-7, Mar 1996.

MCCAULEY, J. et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann Intern Med**, v. 123, n. 10, p. 737-46, Nov 15 1995.

MCWILLIAMS, L. A.; COX, B. J.; ENNS, M. W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. **Pain**, v. 106, n. 1-2, p. 127-33, Nov 2003.

MELLO E SOUZA, C.; ADESSE, L. Magnitude da violência sexual no Brasil. In: MULHERES, I. B.-S. E. D. P. P. A. (Ed.). **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília, 2005. p.25-35.

MERSKEY, H. Psychiatry and chronic pain. **Can J Psychiatry**, v. 34, n. 4, p. 329-36, May 1989.

MONTENEGRO, M. L. et al. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. **Int J Clin Pract**, v. 62, n. 2, p. 263-9, Feb 2008.

MOORE, J.; KENNEDY, S. Causes of chronic pelvic pain. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 14, n. 3, p. 389-402, Jun 2000.

MULLEN, P. E. et al. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. **Child Abuse Negl**, v. 20, n. 1, p. 7-21, Jan 1996.

NATIONAL VICTIM CENTER, C. V. R. A. T. C. **Rape in America: A report to the nation.** SCIENCES, D. O. P. A. B. South Carolina: 287 p. 1992.

NOGUEIRA, A.; REIS, F. J. C.; POLI-NETO, O. B. Management of chronic pelvic pain in women. **Rev Brás Ginecol obstet**, v. 28, n. 12, p. 733-740, 2006.

NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

NORONHA, M. G. R. C. S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

NUNES, S. O. V. et al. Transtorno depressivo e fibromialgia: associação com estresse de vida precoce. Relato de caso. **Rev. Dor**, v. 13, n. 3, p. 282-286, 2012.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE. Fortaleza**, v. 8, n. 2, p. 93-199, 2007.

PARAVENTI, F. et al. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Rev Psiquiatr Clin**, v. 38, n. 6, p. 222-226, 2011.

PARKER, J. D.; LEONDIRES, M. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. . **Fertil Steril**, v. 86, n. 3, p. 711-5, 2006.

PELISOLI, C. et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 85-97, 2010.

PEREPLETCHIKOVA, F.; KAUFMAN, J. Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. **Curr Opin Pediatr**, v. 22, n. 5, p. 610-5, Oct 2010.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. . **Psic: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004. ISSN 0102-3772.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria** v. 81, n. 5, p. 197-204, 2005.

PIMENTA, C. A. M. Dor Crônica e Depressão: estudo em 92 pacientes. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 76-83, 2000.

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arq. NeuroPsiquiatr.**, v. 55, n. 3, p. 370-380, 1997.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. . **Arq Ciênc Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-9, 2005.

PORTNOI, A. G. Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia. **Tese (Doutorado)**, v. Instituto de Psicologia, n. Universidade de São Paulo, p. 256, 1999.

RAPKIN, A. J. et al. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 76, n. 1, p. 92-6, Jul 1990.

REITER, R. C. Evidence-based management of chronic pelvic pain. **Clin Obstet Gynecol**, v. 41, n. 2, p. 422-35, Jun 1998.

REITER, R. C.; GAMBONE, J. C. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol**, v. 75, n. 3 Pt 1, p. 428-32, Mar 1990.

REITER, R. C. et al. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. **Am J Obstet Gynecol**, v. 165, n. 1, p. 104-9, Jul 1991.

REY, R. The history of pain. Harvard University, Cambridge, 1995 in PORTNOI, A. G. Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 1999.

RODGERS, C. S. et al. The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. **Child Abuse Negl**, v. 28, n. 5, p. 575-86, May 2004.

ROMÃO, A. P. et al. O funcionamento psicológico e sexual da mulher com dor pélvica crônica: atualização. **Femina**, v. 37, n. 1, p. 19-22, 2009.

ROMÃO, A. P. 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**, v. 63, n. 5, p. 707-711, 2009.

ROMAO, A. P. et al. Chronic pelvic pain: multifactorial influences. **J Eval Clin Pract**, v. 17, n. 6, p. 1137-9, Dec 2011.

ROSENTHAL, R. H. Psychology of chronic pelvic pain. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v. 20, n. 4, p. 627-42, Dec 1993.

ROSS, C. A.; JOSHI, S.; CURRIE, R. Dissociative experiences in the general population. **Am J Psychiatry**, v. 147, n. 11, p. 1547-52, Nov 1990.

ROTH, R. S.; MARGARET, R. P.; BACHMAN, J. E. Educational achievement and pain disability among womwn with chronic pelvic pain. . **J Psychosom Res**, v. 51, p. 563-69, 2001.

RUSSEL, D. E. H. **The secret trauma: incest in the lives of girls and women**. New York: 1986. 464.

SACHS-ERICSSON, N.; KENDALL-TACKETT, K.; HERNANDEZ, A. Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. **Child Abuse Negl**, v. 31, n. 5, p. 531-47, May 2007.

SANCI, L. et al. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 162, n. 3, p. 261-7, Mar 2008.

SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. . **Pediatr Mod**, v. 6, n. 38, p. 279-83, 2002.

SANTOS, S. H. **A dor crônica no cotidiano de mulheres cuidadoras de portadores de doença mental**. 2006. 110 (Mestrado). Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos.

SAÚDE, M. D. **Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** ESTRATÉGICAS, D. D. G. D. P. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. 1999.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001.** Brasil: Diário Oficial da União 2001.

SAÚDE, O. M. D. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Arte Médicas, 1993.

SAÚDE, S. M. D. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes.** CODEPPS, C. D. D. D. P. E. P. D. S.-. São Paulo: Série Cadernos Violência e Saúde. 1: 60 p. 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. A violência contra mulheres: demanda espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1/2, p. 3-15, 2000.

SCOTT, K. M.; SMITH, D. R.; ELLIS, P. M. Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. **Arch Gen Psychiatry**, v. 67, n. 7, p. 712-9, Jul 2010.

SELFE, S. A.; VAN VUGT, M.; STONES, R. W. Chronic gynaecological pain: an exploration of medical attitudes. **Pain**, v. 77, n. 2, p. 215-25, Aug 1998.

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

SLACK, K. S. et al. Understanding the risks of child neglect: an exploration of poverty and parenting characteristics. **Child Maltreat**, v. 9, n. 4, p. 395-408, Nov 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria do Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2001.

STOUT, C. E.; COOK, L. P. New Areas for Psychological Assessment in General Health Care Settings: what to do today to prepare for tomorrow. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 7, p. 797-812, 1999.

STROUD, M. W. et al. The Relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. **Pain**, v. 84, n. 2-3, p. 347-52, 2000.

TAKEI, E. H.; SCHIVOLETTO, S. Ansiedade. **Rev Bras Med**, v. 57, n. 7, p. 67-78, 2000.

TEICHER, M. H. et al. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. **Am J Psychiatry**, v. 163, n. 6, p. 993-1000, 2006.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. **Dor: evolução histórica dos conhecimentos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TEIXEIRA, M. J.; SHIABATA, M. K.; PIMENTA, C. A. M. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. . São Paulo: Limay, 1995.

TERR, L. C. Childhood traumas: an outline and overview. **Am J Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 10-20, Jan 1991.

THOMAS, E.; MOSS-MORRIS, R.; FAQUHAR, C. Coping with emotions and abuse history in women with chronic pelvic pain. **J Psychosom Res**, v. 60, n. 1, p. 109-12, Jan 2006.

THOMPSON, M. P. et al. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 17, p. 1115-1129, 2002.

TIETJEN, G. E. et al. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. **Headache**, v. 50, n. 1, p. 20-31, Jan 2010a.

_____. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. **Headache**, v. 50, n. 1, p. 32-41, Jan 2010b.

TOTTENHAM, H. et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. **Developmental Science**, v. 13, p. 46-61, 2010.

TYRKA, A. R. et al. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. **Psychiatry Res**, v. 165, n. 3, p. 281-7, 2009.

VAN HARMELEN, A. L. et al. Intrusions of autobiographical memories in individuals reporting childhood emotional maltreatment. **Eur J Psychotraumatol**, v. 2, 2011.

VAN HARMELEN, A. L. et al. Reduced medial prefrontal cortex volume in adults reporting childhood emotional maltreatment. **Biol Psychiatry**, v. 68, n. 9, p. 832-8, Nov 1 2010.

WALKER, E. et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. **Am J Psychiatry**, v. 145, n. 1, p. 75-80, Jan 1988.

WALKER, E. A. et al. Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. **Psychosom Med**, v. 54, n. 6, p. 658-64, Nov-Dec 1992.

WALKER, E. A. et al. The prevalence rate of sexual trauma in a primary care clinic. **J Am Board Fam Pract**, v. 6, n. 5, p. 465-71, Sep-Oct 1993.

WALLER, K. G.; SHAW, R. W. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. . **Fertil Steril**, v. 63, p. 796-800, 1995.

WALLING, M. K. et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. **Obstet Gynecol**, v. 84, n. 2, p. 193-9, Aug 1994.

WEISSMAN, M. M.; BLAND, R. C.; CANINO, G. J. Cross-national epidemiologic of major depression and bipolar disorder. . **JAMA**, v. 276, p. 293-299, 1996.

WOOLF, C. J.; DECOSTERD, I. Implications of recent advances in the understanding of pain pathophysiology for the assessment of pain in patients. **Pain**, v. Suppl 6, p. S141-7, Aug 1999.

WUO, L. L. et al. Alterações músculo-esqueléticas em mulheres com dor pélvica crônica. **Fêmina**, v. 33, p. 659-63, 2005.

YASMIN, H.; BOMBIERI, L.; HOLLINGWORTH, J. What happens to women with chronic pelvic pain after a negative [normal] laparoscopy? . **J Obstet Gynaecol**, v. 25, n. 3, p. 283-5, 2005.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H.; TAVARES, J. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. **Resiliência e educação**, v. 2, p. 13-43, 2001.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 24, n. 4, p. 189-195, 2002.

ZONDERVAN, K.; BARLOW, D. H. Epidemiology of chronic pelvic pain. **Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 14, n. 3, p. 403-14, Jun 2000.

ZONDERVAN, K. T. et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. **Br J Obstet Gynaecol**, v. 106, n. 11, p. 1149-55, Nov 1999.

ZONDERVAN, K. T. et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. **Br J Gen Pract**, v. 51, n. 468, p. 541-7, Jul 2001.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pacientes com DPC

Você está sendo convidada para participar, como voluntária desta pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ou pelo telefone (16) 3602-2228.

Título do Projeto:

Prevalência de abuso sexual em mulheres com dor pélvica crônica.

Pesquisador Responsável:

Kalil Antonio Salotti Tawasha (16) 3202-2311

Pesquisadores participantes:

Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira (16) 3602-2589 / 2311

Adriana Peterson Mariano Salata Romão (16) 3602-2311 ou 8803-9019

Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis (16) 3602-2589 / 2311

Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva

Marcel Hisano

Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto (16) 3602-2589

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

- 1) Este estudo tem como objetivo verificar se há diferença de prevalência entre a população de mulheres com DPC e sem DPC, verificar se há associação entre o abuso sexual na infância e dor pélvica crônica;
- 2) Ao participar deste estudo você responderá a três questionários num único dia a ser agendado. O tempo total para aplicação será de aproximadamente 30 minutos. Os questionários dizem respeito a: identificação (endereço, idade, etc..), dados sócio-demográficos (escolaridade, renda familiar, local de residência, atividade profissional, etc..) hábitos de vida (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc), quadro clínico (pressão arterial, diabetes, obesidade), aspectos psicológicos e sexualidade.
- 3) Você tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer

dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa. Esta pesquisa beneficiará mulheres com DPC, pois possibilitará um atendimento mais amplo como a intervenção de aspectos sexuais relacionados.

4) Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto implique na qualidade e manutenção do seu tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e no Centro de Saúde Escola.

5) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo, a não ser o fato de ter que responder as questões sobre os vários aspectos de sua vida.

6) Você tem a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial às informações relacionadas à sua privacidade.

7) Caso seja necessário acompanhamento psicológico, você será encaminhada ao Serviço de Psicologia Médica do HCFMRP-USP.

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Prevalência de Abuso Sexual em mulheres com Dor Pélvica Crônica”, como sujeito. Fui devidamente informada em detalhes pelo(s) pesquisador(es) responsável(is) no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetida, aos riscos e benefícios. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/ tratamento.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar desse estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Se você concordar com a pesquisa assine abaixo:

Assinatura do voluntário Assinatura do investigador

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Pacientes Controle

Você está sendo convidada para participar, como voluntária desta pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ou pelo telefone (16) 3602-2228.

Título do Projeto:

Prevalência de abuso sexual em mulheres com dor pélvica crônica.

Pesquisador Responsável:

Kalil Antonio Salotti Tawasha (16) 3602-2311

Pesquisadores participantes:

Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira (16) 3602-2589 / 2311

Adriana Peterson Mariano Salata Romão (16) 3602-2311 ou 8803-9019

Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis (16) 3602-2589 / 2311

Prof. Dr. Júlio César Rosa e Silva

Marcel Hisano

Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto (16) 3602-2589

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

- 1) Este estudo tem como objetivo verificar se há diferença de prevalência entre a população de mulheres com DPC e sem DPC, verificar se há associação entre o abuso sexual na infância e dor pélvica crônica;
- 2) Ao participar deste estudo você responderá a três questionários num único dia a ser agendado. O tempo total para aplicação será de aproximadamente 30 minutos. Os questionários dizem respeito a: identificação (endereço, idade, etc..), dados sócio-demográficos (escolaridade, renda familiar, local de residência, atividade profissional, etc..) hábitos de vida (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc), quadro clínico (pressão arterial, diabetes, obesidade), aspectos psicológicos e sexualidade.
- 3) Você tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com

a pesquisa. Esta pesquisa beneficiará mulheres com DPC pois possibilitará um atendimento mais amplo como a intervenção de aspectos sexuais relacionados.

4) Você tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto implique na qualidade e manutenção do seu tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e no Centro de Saúde Escola.

5) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo, a não ser o fato de ter que responder as questões sobre os vários aspectos de sua vida.

6) Você tem a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial às informações relacionadas à sua privacidade.

7) Caso seja necessário acompanhamento psicológico, você será encaminhada ao Serviço de Psicologia Médica do HCFMRP-USP.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Prevalência de Abuso Sexual em mulheres com Dor Pélvica Crônica”, como sujeito. Fui devidamente informada em detalhes pelo(s) pesquisador(es) responsável(is) no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetida, aos riscos e benefícios. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar desse estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Se você concordar com a pesquisa assine abaixo:

Assinatura do voluntário

Assinatura do investigador

ANEXO III

PROTOCOLO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

Registro do paciente: _____

► Identificação e Dados sócio-demográficos

- 3- Nome: _____
- 2- Data de nascimento: _____ Idade: _____
- 3- Cor: _____ Religião: _____
- 3- Endereço/Telefone: _____
- 3- Quantos anos de escolaridade completos: _____
- 6- Profissão _____
- 7- Renda Familiar mensal: (SM) _____
- 8- Quantas pessoas dependem desta renda? _____
- 9- Tempo de relacionamento estável: _____
- 11- Filhos? N° _____ Idade _____

► História Médica / quadro clínico atual

14- Altura	
15- Peso	
16- Diabetes	() sim () não
17- Hipertensão	() sim () não
18- Uso de medicação? Qual?	
19- Quantos partos? Tipos?	
20- Idade da menarca?	
23- Método anticoncepcional atual? Qto tempo de uso? Outros usados anteriormente?	

24- Cirurgias prévias?
25- Outras doenças?Quais?

► Hábitos de Vida

26- Você pratica algum tipo de esporte ou faz exercícios físicos regularmente? Qual? Por quanto tempo?_____

27- Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas:

() Nunca consumiu

() Já consumiu no passado: Por quanto tempo? Qual?_____

() Consome atualmente: Qual(is)? Frequência? Quantidade?_____

Tem algum parente que faz uso?_____

28- Faz uso de cigarro? Por quanto tempo? Quantidade?_____

►História sexual

30- Com que idade teve suas primeiras informações sobre sexo?_____

31- Quem forneceu estas informações?

() mãe () pai () professor(a) () amigos () revistas () outros

32- Primeira relação sexual:_____anos Qual o relacionamento com esse parceiro? () amigo

()conhecido ()desconhecido ()namorado ()noivo ()marido ()parente

Nº de parceiros:_____ Frequência de coitos/semana:_____

33-Parceiro (descrição do ponto de vista da mulher):_____

34- Experiência homossexual:_____

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA – QUESI

Enquanto eu crescia...

1. Eu não tive o suficiente para comer.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

6. Eu tive que usar roupas sujas.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

7. Eu me senti amado (a).

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.

- Nunca
 Poucas vezes
 Às vezes
 Muitas vezes
 Sempre

12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

16. Eu tive uma ótima infância.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

22. Eu tive a melhor família do mundo.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

24. Alguém me molestou.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.

- Nunca
- Poucas vezes
- Às vezes
- Muitas vezes
- Sempre

ANEXO V

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

Este questionário nos ajudará saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso e contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
1 () Não tanto quanto antes
2 () Só um pouco
3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
2 () Sim, mas não tão forte
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos
2 () Atualmente bem menos
3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Boa parte do tempo
1 () De vez em quando
0 () Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () Muitas vezes
0 () A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
1 () Muitas vezes
2 () Poucas vezes
3 () Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 () De vez em quando
0 () Nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
1 () De vez em quando
2 () Muitas vezes
3 () Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 () Talvez não tanto quanto antes
0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
2 () Bastante
1 () Um pouco
0 () Não me sinto assim

D Fico esperando animada as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Um pouco menos do que antes
2 () Bem menos do que antes
3 () Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo o momento
2 () Várias vezes
1 () De vez em quando
0 () Nas sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

ANEXO VI – Carta de aprovação CEP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

www.hcrp.usp.br



Ribeirão Preto, 27 de abril de 2011

Ofício nº 1417/2011
CEP/MGV

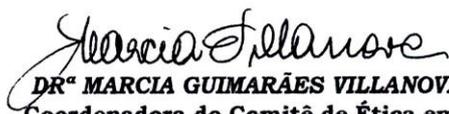
Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“PREVALÊNCIA DE ABUSO SEXUAL EM MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 322ª Reunião Ordinária realizada em 25/04/2011 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2037/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
ADRIANA PETERSON MARIANO SALATA ROMÃO
PROF. DR. ANTONIO ALBERTO NOGUEIRA (Orientador)
Depto. de Ginecologia e Obstetrícia

Estudo da prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica.

Kalil Antonio Salotti Tawasha, Adriana Peterson Mariano Salata Romão, Júlio Cesar Rosa e Silva, Antônio Alberto Nogueira, Omero Benedicto Poli Neto

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Autor de Correspondência

Omero Benedicto Poli-Neto PhD, Department of Gynecology and Obstetrics, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brazil. Address: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Campus Universitário s/n. Monte Alegre. Ribeirão Preto- SP. CEP 14048-900. Brazil. Tel +551636022589, FAX: +551636330946. E-mail: polineto@fmrp.usp.br

RESUMO

Introdução: A dor pélvica crônica é uma condição clínica de elevada prevalência, cuja compreensão da fisiopatologia envolvida, ainda é parcial. A IASP (International Association for Study of Pain) define DPC como: dor crônica ou persistente percebida em estruturas relacionadas à pelve (sistema digestório, urinário, genital, miofascial ou neurológico), frequentemente associada com consequências emocionais, sexuais, comportamentais e cognitivas negativas, assim como com sintomas sugestivos de disfunções daqueles sistemas. Incluem-se tanto dor cíclica, como dismenorreia, quanto acíclica. Do ponto de vista temporal, considera-se crônica, via de regra, quando a duração é igual ou superior a seis meses (http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I-I-F.pdf; acessado em 13 de novembro de 2014). Está associada a diversas comorbidades e impacto conjugal, social e econômico desfavorável. Embora sugestivo, não temos dados objetivos de países em desenvolvimento sobre a associação de maus tratos sofridos na infância com dor pélvica crônica e sua relação com sintomas de ansiedade e depressão.

Objetivos: Investigar a prevalência de maus tratos na infância em mulheres com dor pélvica crônica e sua correlação com os transtornos do humor. **Casísticas e Métodos:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, no qual foram incluídas 77 mulheres com DPC atendidas consecutivamente em um ambulatório especializado de dor pélvica crônica. Optamos também por avaliar um grupo de 77 mulheres saudáveis atendidas no ambulatório de ginecologia geral. Utilizamos o Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) para avaliar a prevalência de maus tratos gerais e específicos, enquanto que os

escores de risco para ansiedade e depressão foram obtidos pela Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD) e a intensidade de dor foi avaliada a partir da Escala Analógica Visual (EVA). A análise estatística dos dados se deu pelo teste D'Agostino para averiguar se as variáveis contínuas apresentavam distribuição normal. Optamos por avaliarmos a diferença entre os grupos através do teste de Wilcoxon (Mann-Whitney) e a análise de diferenças entre proporções utilizamos o teste Qui-Quadrado. Para atingir o objetivo foi proposto uma análise de correspondência múltipla. Foi utilizado a plataforma multivariada para avaliar a correlação entre o QUESI e os escores de ansiedade e depressão com estimativa de robustez para não considerar eventuais *outliers*. **Resultados:** A prevalência de maus tratos na infância foram 77,9% e 64,9%, respectivamente para mulheres com e sem DPC ($p = 0.05$). Em relação a exposição a 3 e/ou 4 eventos múltiplos de maus tratos na infância, obtivemos as seguintes prevalências para as mulheres com e sem DPC, respectivamente: 23,4% e 15,6% ($p = 0.05$); 18,2% e 10,4% ($p = 0.03$). A prevalência de abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, respectivamente para mulheres com DPC e saudáveis, foram: 29,9% e 20,8% ($p = 0.19$); 45,4% e 31,2% ($p = 0.07$); 48% e 35,1% ($p = 0.10$); 58,4% e 44,1% ($p = 0.08$) e 58,4% e 41,5% ($p = 0.04$). Somente o subtipo negligência emocional apresentou diferença estatisticamente significativa. A prevalência de sintomas significativos de ansiedade e depressão nos grupos com dor e controle foram respectivamente: 55,8% (43/77) e 40,2% (31/77) ($p = 0.05$); 45,4% (35/77) e 23,4% (18/77) ($p = <0.01$). Quando correlacionamos os dados obtidos nos instrumentos QUESI e HAD no grupo de DPC e controle, observamos uma correlação positiva entre elas, porém não identificamos a mesma correlação nos subtipos abuso sexual (HAD-D) e negligência física (HAD-A) no grupo controle. A análise de correspondência múltipla mostra uma correspondência entre presença de dor pélvica crônica e raça (cor não branca) e escolaridade abaixo de 10 anos; e correspondência entre sintomas significativos de ansiedade e depressão com múltiplos maus tratos (mais que dois ou três) e, especificamente com negligência emocional, abuso emocional, abuso físico e abuso sexual. **Conclusões:** Mulheres com DPC apresentam índices de negligência emocional maiores que o grupo de mulheres saudáveis e maiores índices de risco de transtornos de humor específicos quando correlacionados ambos instrumentos. Pacientes com DPC apresentaram sintomas de depressão e ausência de atividade laboral remunerada que se associam de modo independente, sendo fatores de riscos que podem levar, à longo prazo, o desenvolvimento de DPC na população feminina.

Palavras Chave: Dor Pélvica Crônica, Negligência Emocional, Maus Tratos na Infância, Transtornos de Humor e Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pelvic pain is a clinical condition of high prevalence, whose understanding of the pathophysiology involved, is still partial. IASP (International Association for the Study of Pain) define CPP as chronic or persistent pain perceived in the pelvis related structures (digestive system, urinary, genital, myofascial or neurological), often associated with emotional, sexual, behavioral and cognitive negative consequences, as well as with symptoms suggestive of dysfunction of those systems. Include both cyclic pain, such as dysmenorrhoea, the acyclic. The time point of view, it is considered chronic, as a rule, when the duration is less than six months (<http://www.iasp->

pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_I I-F.pdf; accessed on November 13, 2014). Is associated with several comorbidities and marital impact, social and economic unfavorable. Although suggestive, we have no objective data from developing countries on the involvement of abuse suffered in childhood with chronic pelvic pain and its association with symptoms of anxiety and depression. **Objectives:** To investigate the prevalence of child maltreatment in women with chronic pelvic pain and its correlation with mood disorders. **Patients and Methods:** We conducted a cross-sectional study, in which were included 77 women with CPP seen consecutively in an outpatient clinic for chronic pelvic pain. We chose also evaluate a group of 77 healthy women attended the general gynecology outpatient clinic. We use the Childhood Trauma Questionnaire (QUESI) to assess the prevalence of poor general and specific treatment, while the risk scores for anxiety and depression were obtained by the Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HAD) and pain intensity was evaluated from the Visual Analogue Scale (VAS). Statistical analysis of data was by D'Agostino test to see if continuous variables normally distributed. We chose to evaluate the difference between the groups using the Wilcoxon test (Mann-Whitney) test and the analysis of differences between proportions used the chi-square test. To achieve the goal has been proposed a multiple correspondence analysis. We used multivariate platform to evaluate the correlation between the QUESI and the scores of anxiety and depression with robustness estimated not to consider any outliers. **Results:** The prevalence of childhood maltreatment were 77.9% and 64.9% respectively for women with and without CPP ($p = 0.05$). Regarding exposure to 3 and / or 4 multiple events of childhood maltreatment, we obtained the following rates for women with and without CPP, respectively: 23.4% and 15.6% ($p = 0.05$); 18.2% and 10.4% ($P = 0.03$). The prevalence of sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, physical neglect and emotional neglect, respectively for women with CPP and healthy, were 29.9% and 20.8% ($p = 0.19$); 45.4% and 31.2% ($p = 0.07$); 48% and 35.1% ($p = 0.10$); 58.4% and 44.1% ($p = 0.08$) and 58.4% and 41.5% ($P = 0.04$). Only the emotional neglect subtype showed a statistically significant difference. The prevalence of significant symptoms of anxiety and depression in groups with pain control and were, respectively, 55.8% (43/77) and 40.2% (31/77) ($p = 0.05$); 45.4% (35/77) and 23.4% (18/77) ($p = <0.01$). When we correlate the data from the instruments QUESI and HAD in CPS and control groups, we observed a positive correlation between them, but did not identify the same correlation in subtypes sexual abuse (HAD-D) and physical neglect (HAD-A) in the control group. Multiple correspondence analysis shows a correlation between the presence of chronic pelvic pain and race (non-white) and schooling below 10 years; and correspondence between significant symptoms of anxiety and depression with multiple abuse (more than two or three) and specifically with emotional neglect, emotional abuse, physical abuse and sexual abuse. **Conclusions:** Women with CPP have higher emotional neglect rates that the group of healthy women and higher indices of risk specific mood disorders when correlated both instruments. Patients with CPP apresetaram symptoms of depression and lack of paid work activity that are associated independently, and risk factors that can lead in the long run, the CPP development in the female population.

Key-words: Pelvic Chronic Pain, Emotional Neglect, Physical Abuse in Childhood, Humor Disorders and Women's Health.

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) é uma condição clínica comum entre mulheres na idade reprodutiva. Embora os dados na literatura internacional sejam escassos, estima-se uma prevalência no mundo entre 2% a 24% (1). No Brasil estima-se que esta prevalência seja próxima a 11% (2). Há impactos negativos significantes na qualidade de vida dessas mulheres, além de um impacto econômico considerável (3).

As condições que podem culminar em dor pélvica crônica são múltiplas (4). Todavia, a associação com transtornos de humor, alterações de personalidade, e antecedentes de abuso físico e abuso sexual são comuns (5, 6). Em uma revisão sistemática evidenciou que abuso e transtornos psicológicos são fatores que predis põem a DPC (7). Pesquisadores americanos (8) afirmaram que a taxa de denúncia sobre violência e maus tratos contra crianças e adolescentes vêm reduzindo, diferentemente da realidade brasileira onde no ano de 2012 informaram 130.029 novos casos de denúncia (<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/dados-estatisticos>. Secretaria de Direitos Humanos, acesso em: 15 de fevereiro de 2014). De qualquer forma, os motivos pelos quais os maus tratos na infância possam favorecer o desenvolvimento de DPC não são compreendidos. No entanto Engel (9) enfatizou que experiências adversas na infância, como histórias de abuso sexual e violência física podem estar relacionados, com impacto direto no desenvolvimento de dor crônica, independentemente de uma localização específica. Há um único estudo sugerindo que os efeitos do abuso sexual na função sexual de mulheres portadoras de DPC dependem, ao menos em parte, dos sintomas depressivos (10).

Com base nisso, este estudo pretende investigar se a prevalência de maus tratos (abusos e negligências) sofridos na infância por mulheres portadoras de dor pélvica crônica é superior àquela de mulheres saudáveis; e verificar se há correlação entre as histórias de maus tratos e os escores de transtornos do humor, a fim de contribuir na melhoria do serviço e ampliar as redes de apoio para essas mulheres.

Sujeitos e métodos

Desenho do estudo e contexto

Estudo do tipo transversal conduzido ao longo de um ano no período entre fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013, no ambulatório especializado de dor pélvica crônica alocada num hospital universitário no interior de um estado brasileiro e no ambulatório de Ginecologia geral da mesma cidade. O tipo de amostra utilizada foi de

conveniência. Os dados foram coletados durante o período de espera para consulta. Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal desta mesma instituição sob o processo nº 2037/2011.

Participantes

O presente estudo incluiu 154 mulheres, das quais 77 apresentavam diagnóstico de DPC, sendo aqui definida como uma dor recorrente ou constante em região inferior ao abdômen e/ou pelve, com duração de pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual e a gravidez (4, 11, 12) tendo sido encaminhadas pela rede básica de saúde sendo recrutadas somente se estas fossem maiores de 18 anos em idade reprodutiva, apresentando mediana de 38 anos (intervalo interquartil de 33 – 45), e 77 mulheres saudáveis e sem sintomas de DPC da mesma faixa etária, apresentando mediana de 35 anos (intervalo interquartil de 29 – 44) recrutadas em um ambulatório de ginecologia geral, apresentando diferenças significativas quanto as condições sociodemográficas e clínica dispostas na tabela 1. Não foram incluídas no estudo mulheres com presença de outras doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, história de sintomas psicóticos anterior à doença, pacientes gestantes, pacientes não alfabetizadas ou que tinham alfabetização precária, limitando deste modo a compreensão em relação às escalas utilizadas, pacientes deficientes e as que se recusaram a participar do estudo.

Todos os sujeitos da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos do estudo e seu caráter voluntário e confidencial da sua participação. Após concordância na participação desta pesquisa, todos os sujeitos envolvidos responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado em duas vias, sendo uma do paciente enquanto a outra do pesquisador.

Entrevista

A entrevista e a aplicação do instrumento de maus tratos foram realizadas por um pesquisador cego aos dados clínicos. Os inventários de ansiedade e depressão foram aplicados por um segundo observador cego para os dados clínicos e para as informações de maus tratos. A análise estatística foi realizada por um terceiro membro sem conhecimento prévio de quaisquer dados ou identificação dos sujeitos da pesquisa.

Durante o estudo não foi preciso encaminhar nenhuma paciente para atendimento psicológico no Serviço de Psicologia Médica deste hospital universitário e/ou encaminhadas para seguimento em suas cidades de origem.

Variáveis

As variáveis dependentes e independentes investigadas foram: idade, raça (por autodefinição), religião, escolaridade, atividade ocupacional atual remunerada, renda per capita, relação conjugal estável, paridade, índice de massa corporal, aborto, menarca, coitarca, uso de medicamentos anticoncepcionais e antidepressivos, tabagismo, atividade física, número de parceiros sexuais, experiência homoafetiva, história de abuso sexual, físico e emocional e negligência física e emocional na infância (QUESI), escores de risco para depressão e ansiedade (HAD) e intensidade da dor (EVA).

Fontes de dados/mensuração

A ficha de coleta dos dados apresentava duas partes distintas, uma correspondente ao protocolo de dados epidemiológicos clínicos onde as participantes responderam a questões relativas sobre identificação e características sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas, hábitos de vida e antecedente sexual, enquanto a outra representava os instrumentos utilizados para investigação. Utilizamos os seguintes instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD, estruturada em 14 itens divididos em duas subescalas, cada uma delas consta de sete itens, bem definidos para cada transtorno de humor, sendo que sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21. Tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (13). Este instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Botega (13); Escala Visual Analógica de dor (EVA), sendo este um instrumento unidimensional amplamente utilizada para mensurar a intensidade da dor sendo apresentada como uma linha impressa, medindo 100 mm de comprimento e contém em cada extremidade a expressão “ausência de dor” e na extremidade oposta à expressão “pior dor possível ou imaginada”. Assim, o paciente é orientado a marcar com um traço o qual indicará a intensidade da dor referida na última semana, quanto maior o escore, maior será a intensidade da mesma (14), podendo também ser dividida em 3 níveis classificatórios de acordo com Ciena et al. (15):

Dor leve (0 – 2,9), dor moderada de (3,0 - 7,9) e dor intensa (> 8 pontos) e o Questionário sobre Traumas na Infância – QUESI (16), instrumento este que investiga cinco componentes traumáticos: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, apresentando os seguintes pontos de corte: negligência física ≥ 8 ; negligência emocional ≥ 10 ; abuso sexual ≥ 6 ; abuso físico ≥ 8 e abuso emocional ≥ 9 (17). Possui ainda uma escala controle de minimização/ negação das respostas. Foi traduzido e adequado semanticamente à utilização para o Brasil por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (18).

Métodos estatísticos

Os dados foram registrados e transferidos para um banco de dados eletrônicos criado com auxílio do Software Microsoft Excell versão 7.0 enquanto que o editor de texto foi o software Microsoft Word de mesma versão. Quanto aos dados referentes à identificação pessoal dos participantes, foram codificados e mantido sob sigilo. A análise estatística dos dados se deu pelo teste D'Agostino para averiguar se as variáveis contínuas apresentavam distribuição normal. Optamos por avaliarmos a diferença entre os grupos através do Teste de Wilcoxon (Mann-Whitney). Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9.0, utilizando a PROC NAPR1WAY. Para análise de diferenças entre proporções utilizamos o teste Qui-Quadrado. Este procedimento foi realizado através do software SAS® 9.0, utilizando a PROC FREQ. Para atingir o objetivo foi proposta uma análise de correspondência múltipla.

Resultados

As mulheres que apresentaram DPC demonstraram mediana de 38 anos (intervalo interquartil de 33 – 45) e as mulheres sem DPC apresentaram mediana de 35 anos (intervalo interquartil de 29 – 44). Referente às demais características sociodemográficas e clínicas dos grupos observados estão dispostos na tabela 1. Referente à prevalência de maus tratos na infância obtivemos taxas de 77,9% e 64,9%, respectivamente para mulheres com DPC e mulheres saudáveis ($p = 0.07$).

A prevalência de abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, variáveis que correspondem a classe dos maus tratos investigados nesse estudo, apresentaram respectivamente, para mulheres com DPC e saudáveis, as seguintes porcentagens: 29,9% e 20,8% ($p = 0.19$); 45,4% e 31,2% ($p = 0.07$); 48% e 35,1% ($p = 0.10$); 58,4% e 44,1% ($p = 0.08$) e 58,4% e 41,5% ($p = 0.04$),

sendo a negligência emocional a única variável que apresentou significância estatística. Referente a intensidade e grau de comprometimento em cada tipo de maus tratos, observamos diferenças estatisticamente significativas quando agrupamos as intensidades em nenhum/mínimo e baixo a moderado correspondendo à variável “EN score light” apresentando 36,3% no grupo de mulheres com DPC e 20,8% no grupo sem DPC ($p=0.03$) e as intensidades moderado a grave e grave a extremo correspondendo à variável “EN score hard” apresentando 20,8% no grupo com DPC e apenas 9,1% no grupo sem DPC ($p=0.04$). Outro achado significativo apontado aqui refere-se a vitimização em mais de um evento de maus tratos, sendo superior àquela encontrada no grupo de mulheres saudáveis ($p=0.01$). A partir da constatação dessa diferença a história em mais de 3 eventos de maus tratos, tanto os abusos quanto as negligências investigadas, demonstraram prevalência significativa de 23,4% (36/77) no grupo de mulheres com DPC, quando comparado com o grupo de mulheres saudáveis que apresentou 15,6% (24/77) ($p=0.05$), enquanto que a exposição em 4 distintos subtipos de maus tratos foi obtida em 18,2% (28/77) no grupo com DPC e 10,4% no grupo sem DPC ($p=0.03$) (Tabela 2).

Os resultados da Figura 1 evidenciam uma correspondência entre as variáveis “nível de escolaridade fundamental” e “raça não branca” no grupo com DPC, enquanto que para as mulheres do grupo sem DPC “nível de escolaridade médio e superior” e “união estável” foram correspondentes quando correlacionamos a exposição em mais de 3 e/ou 4 eventos múltiplos de maus tratos na infância, ou seja, mulheres que apresentam nível de escolaridade fundamental e são da cor não branca possuem maior risco para sofrerem abuso e negligência e desenvolverem DPC, condição diferente de quando possuem maior nível de escolaridade e apresentam união estável. Os sintomas de ansiedade e depressão estiverem presentes nas análises realizadas, sendo consideradas fatores importantes na manifestação de um quadro de DPC e a exposição em eventos múltiplos de maus tratos.

A análise multivariada identificou que escores de depressão superiores a 9 (OR=2.6; CI95% 1.3 to 5.5; $p=.0067$) e trabalho não remunerado (OR=4,0; CI95% 1.7 to 10.4; $p=.0012$) estiveram independentemente associados à presença de DPC.

Discussão

No presente estudo, foi identificada elevada prevalência de histórias sobre violência e maus tratos na infância estratificadas em 5 tipos distintos entre as mulheres

saudáveis, embora sua ocorrência foi mais significativa entre as portadoras de DPC. Com a constatação deste achado, identificamos que a exposição em múltiplos eventos de maus tratos na infância, era mais significativa a ocorrência em 3 e ou 4 eventos consecutivos na população portadora de DPC do quando comparada ao grupo composto por mulheres sem DPC. De acordo com Thompson et al (19) mulheres que foram vítimas de múltiplos eventos de maus tratos durante toda a infância possuem maior risco de problemas relacionados à saúde do que mulheres que foram expostas apenas a um tipo de abuso especificamente.

É possível observar, diante os trabalhos e pesquisas que investigam a temática sobre violência e o impacto desfavorável na saúde da mulher agredida, elevada manifestação nessa população e acometimento em inúmeras consequências psiquiátricas, psicopatológicas e comprometimento na saúde mental, podendo em diversos casos ser motivo de problemas para todo ciclo da vida (20, 21).

Observamos que a literatura tem centralizado suas atenções em torno dos impactos expressivos observados nos episódios de abuso sexual e físico. Nós adicionalmente, observamos que a negligência emocional pode ser um evento determinante de condições desfavoráveis no futuro, até mesmo o desenvolvimento de DPC, uma vez que a exposição nesse tipo de negligência repetidas vezes durante a infância pode repercutir de modo desfavorável na saúde física e emocional de grande parcela desses sujeitos.

Em um recente estudo caso-controle alinhado a um estudo transversal de base populacional envolvendo adultos jovens, verificou que entre aqueles que apresentavam transtornos de humor identificou maior prevalência entre as variáveis abuso e negligência emocional em relação a outros eventos investigados pelo instrumento do QUESI (22). Achado próximo ao que foi encontrado em um estudo de coorte envolvendo um número de 100 adultos apresentando diagnóstico de transtorno bipolar, onde foi detectado porcentagem de 37% de abuso emocional, seguida pelas variáveis abuso físico e negligência emocional (23).

O impacto que os maus tratos, independente de sua forma, em processos básicos de desenvolvimento, acarreta inúmeras consequências levando a interrupção precoce do desenvolvimento natural desse sujeito, aumentando o potencial de risco para uma sucessão de transtornos psiquiátricos na vida adulta (24), como também um comprometimento da estabilidade afetiva, relações interpessoais, cognição e bem-estar físico (25). De acordo com a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, a violência contra as mulheres, devido sua magnitude do número

de vítimas e as sequêlas emocionais decorrentes desses atos, adquiriu caráter endêmico e refere-se como um sério problema de saúde pública em vários países (26).

As consequências apontadas pela literatura documenta psicopatologias específicas, dentre elas estão: transtornos de humor como ansiedade e depressão, isolamento, baixa autoestima, problemas com confiança, revitimização, abuso de substâncias psicoativas, desajuste sexual (27), maiores taxas de suicídio, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais (17, 28), dor pélvica crônica (6), somatização (29-31), transtornos alimentares como bulimia e anorexia (32-34), transtornos de personalidade, em especial as borderline e as dissociações (35, 36), além de inúmeros distúrbios comportamentais e cognitivos (20, 37).

De acordo com Terr (38) apesar do estabelecimento de um diagnóstico de doenças psiquiátricas para a maioria dos traumas infantis, o abuso encontra-se relacionado à quatro conjuntos específicos de sintomatologia persistente no adulto, sendo sustentadas nos seguintes componentes: memórias visualizadas ou percebidas repetidamente do trauma; comportamentos repetidos; medos específicos do trauma, e mudança de atitude sobre as pessoas, a vida, e para com o futuro.

Assim percebemos uma associação direta entre as vivências de maus tratos na infância, em particular negligência emocional e comprometimento de aspectos emocionais desses sujeitos, especialmente a manifestação de um quadro depressivo e até mesmo dificuldades na inserção profissional dessas mulheres e o desenvolvimento de DPC no futuro, sendo um agravamento das condições prévias que este sujeito foi submetido

Vale ressaltar que nem toda população perpetrada por abuso ou negligência durante a infância e ou vida adulta são acometidos por desajustes físicos, emocionais, sociais e sexuais. Uma das explicações que encontramos para justificar esse fenômeno recai no conceito de resiliência, amplamente difundida pelo campo da psicologia, sendo vista hoje como importante instrumento de manutenção de saúde durante ou após condições traumáticas.

Atribuímos assim, e não somente, a este conceito como fator protetor contra o desencadeamento de síndromes dolorosas crônicas, uma vez que o grupo de mulheres sem DPC, mesmo apresentando altas taxas de maus tratos e vitimizações ao longo de suas infâncias não manifestaram queixas relativas a sintomas de dor pélvica no último ano, diferentemente do que foi demonstrado pelas participantes do grupo de mulheres com DPC.

Entendemos que a resiliência pode ser compreendida como uma capacidade do indivíduo ou de um grupo de se constituir ou reconstruir de forma positiva e assertiva às adversidades vivenciadas, mesmo este sujeito mantendo-se em um ambiente desfavorável (39). Tal capacidade é tecida ao longo do processo de desenvolvimento humano, sendo esta entendida como um processo dinâmico e não linear (40).

Em relação ao que foi encontrado de significativo na análise multivariada, mais especificamente os fatores de risco independente para acometimento em DPC, ou seja, sintomas de depressão e ausência de atividades ocupacionais remuneradas, compreendemos que tais dados são expressivos, mas que estes somente não geram garantias que as mulheres pararam de trabalhar depois que começaram a apresentar dor ou se já não trabalhavam antes. Situação semelhante quando tentamos inferir a crença de que a DPC seria uma consequência dos efeitos deletérios presentes na sintomatologia depressiva, embora não haja consenso sobre quais condições precede a outra (41).

Acreditamos que o sujeito diante a situação de desemprego e precariedade na satisfação de suas necessidades básicas, tanto pessoal quanto familiar, pode resultar em estados de estresse contínuo, agravando assim seu humor e consequentemente suas queixas dolorosas. Sabe-se atualmente que no Brasil, cerca de 94,9% dos pacientes com dor crônica apresentam sérios prejuízos em relação a atividade profissional (42), enquanto os adultos dos países europeus que apresentam dor crônica de intensidade moderada a intensa, também apresentam repercussões desfavoráveis em suas atividades laborais (43). Aproximadamente 50% a 60% dos pacientes portadores de síndromes dolorosas crônicas se encontram incapacitados de modo parcial ou total, comprometendo gravemente sua qualidade de vida, acarretando repercussões negativas no aspecto social e econômico desses sujeitos (44).

Referente aos dados encontrados para a associação entre transtornos de humor depressivo e DPC, obtivemos resultados bem consistentes com a literatura, sendo atualmente bem documentados (41, 45, 46). Em relação à depressão, sendo este um dos mais significativos fatores de risco para DPC (2, 7, 41), encontramos uma diferença significativa para seu acometimento na população portadora de dores crônicas, achado pouco expressivo quando comparado ao grupo de mulheres sem queixas de dor no último ano. A prevalência estimada de depressão para as mulheres portadoras de DPC está em torno de 30 a 87% (47-49).

De acordo com o que foi evidenciado por Romão (50) a prevalência estimada para depressão foi de 40% em mulheres portadoras de DPC, achado este que vem de encontro

com os dados que obtivemos nesse estudo. Uma recente revisão sistemática realizada para averiguar a relação entre depressão e dor crônica apontou uma prevalência média de 12 a 17,2% de uma sintomatologia depressiva em pacientes do sexo feminino que foram submetidas ao exame de laparoscopia ginecológica como rotina para estabelecimento do diagnóstico de DPC (47)

Sabemos que a dor e a depressão são dois sintomas que são comumente relacionadas, e que exerce função para a manifestação da outra, porém até o presente momento não temos um consenso formado a respeito de qual condição precede a ocorrência desta outra variável (51, 52), agravando ainda mais o sofrimento que o paciente tende a suportar, podendo em alguns casos comprometer a adesão ao tratamento e sua resposta aos analgésicos, levando ao isolamento social, desesperança e privação de cuidados (41).

Entendemos que ambas condições coexistem e se relacionam diretamente, sendo que uma agrava a percepção da outra (51). Deste modo, afirmamos que os riscos para depressão são expressivamente maiores na população portadora de DPC, quando comparados aqueles do grupo controle. Assim, é expressivo a atenção que deve-se dar aos aspectos biológicos, emocionais e culturais envolvidos na interpretação do fenômeno doloroso, quando o objetivo é o controle e manejo do estímulo de dor (53) como, da mesma forma, para com os sintomas depressivos presentes nesses pacientes.

Já a relação entre maus tratos gerais na infância e depressão, atualmente, sofre limitações consideráveis devido pouca abordagem de pesquisas que especifiquem os mecanismos pelos quais ambas as variáveis estão envolvidas, dificultando análises mais pontuais a cerca desses fenômenos. Encontramos ao contrário estudos que referenciam o abuso sexual e físico, especificamente, como fator predisponente para depressão (54). Contudo não podemos negligenciar as consequências tão evidentes dessa violência contra as mulheres, em especial, aquelas em idade precoce, no que concerne aos problemas comportamentais, físicos e psicopatologias específicas que podem acompanhar todo processo desenvolvimentista da vítima (55).

Tais achados sugerem a necessidade de se investigar as negligências, em especial, as de ordem psicológica e emocional, como também os demais subtipos de maus tratos acometidos na infância, devido sua magnitude e implicações destas nas vidas dos sujeitos, utilizando para isso instrumentos validados e entrevistas estruturadas, possibilitando intervenções mais fidedignas com a realidade vivenciada pelas mulheres, em especial as portadores de síndromes dolorosas crônicas, particularmente a DPC. Estimativas de

prevalência e incidência sobre os maus tratos contra crianças e adolescentes e a relação destes fatores com o seu cotidiano são vistas como fundamentais e necessárias para o desenvolvimento de políticas de prevenção e abordagem do problema.

Em relação as limitações encontradas ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, observamos inicialmente limitações importantes na literatura que abordem a temática sobre traumas na infância e o pouco número de instrumentos que investigam esse fenômeno na população portadora de dores crônicas. Outra limitação percebida recai na ausência de definições gerais a cerca dos tipos de maus tratos existente, onde de modo geral, são distintas em cada país e cultura vigente. Assim percebemos que as definições utilizadas sobre maus tratos são alvo de inúmeras controvérsias, devido em especial por esta sofrer influência de diferentes perspectivas teóricas, acarretando dificuldades de se chegar em uma definição consensual. Neste estudo não avaliamos a exposição dos pacientes à eventos traumáticos as quais crianças e adolescentes estão sujeitos a se exporem na juventude perante outros grupos sociais como no âmbito educacional, ambiente de trabalho e convívio com pares. A exposição à eventos traumáticos e /ou a própria revitimização na vida adulta não foram avaliadas.

Conclusão

Concluimos que maus tratos na infância, especificamente, a negligência emocional, e o envolvimento em múltiplos eventos de vitimização durante a infância são prevalentes entre portadoras de DPC, mas não se associam a ela de modo independente.

Mulheres com nível de escolaridade fundamental e que se consideram da raça não branca, vítimas de múltiplos eventos (superior a 3 e/ou 4) de abusos e/ou negligências na infância e portadores de ansiedade ou depressão apresentam correspondência com DPC, diferente de mulheres saudáveis que apresentaram correspondência com nível de escolaridade médio e superior e que mantém uma relação conjugal estável.

Pacientes com DPC apresentaram sintomas de depressão e ausência de atividade laboral remunerada, fatores de risco que expressam serem cruciais e que podem levar, à longo prazo, o desenvolvimento de DPC na população feminina.

A forma como os múltiplos maus tratos na infância podem participar na determinação e manifestação de sintomas de depressão ou na dificuldade em se inserir no mercado de trabalho futuramente, precisa ser melhor investigada.

Referência Bibliográfica

1. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177.
2. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Junior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirao Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(8):1307-12.
3. 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.
4. ACOG. Practice Bulletin No 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2004;103(3):589-605.
5. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, et al. Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics*. 1995;36(6):531-40.
6. Lampe A, Solder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Sollner W. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol*. 2000;96(6):929-33.
7. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006;332(7544):749-55.
8. Finkelhor D, Jones L. Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues*. 2006;62(4):685-716.
9. Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. *Am J Med*. 1959;26(6):899-918.
10. Randolph ME, Reddy DM. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. *J Sex Res*. 2006;43(1):38-45.
11. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2003;101(3):594-611.
12. Campbell F, Collett BJ. Chronic pelvic pain. *Br J Anaesth*. 1994;73(5):571-3.
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355-63.
14. Langley GB, Sheppard H. The visual analogue scale: its use in pain measurement. *Rheumatol Int*. 1985;5(4):145-8.
15. Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IMN, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008;29(2):201-12.
16. Bernstein D, Fink L. *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. New York: The Psychological Corporation; 1998.
17. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, et al. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache*. 2010;50(1):20-31.
18. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):249-55.
19. Thompson MP, Arias I, Basile KC, Desai S. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationally representative sample of women. *Journal of Interpersonal Violence*. 2002;17:1115-29.
20. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1878-83.
21. Lange A, de Beurs E, Dolan C, Lachnit T, Sjollem S, Hanewald G. Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(3):150-8.
22. Konradt CE, Jansen K, Magalhães PVdS, Pinheiro RT, Kapczinski FP, da Silva RA, et al. Tauma precoce e transtornos de humor em jovens. *Rev Psiq Clin*. 2013;40(3):93-6.
23. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:121-5.

24. Bradley B, Westen D, Mercer KB, Binder EB, Jovanovic T, Crain D, et al. Association between childhood maltreatment and adult emotional dysregulation in a low-income, urban, African American sample: moderation by oxytocin receptor gene. *Dev Psychopathol.* 2011;23(2):439-52.
25. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
26. Oliveira EN, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev RENE Fortaleza.* 2007;8(2):93-199.
27. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl.* 1990;14(1):19-28.
28. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med.* 1995;123(10):737-46.
29. Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect.* 1988;12:51-9.
30. Reiter RC, Shakerin LR, Gambone JC, Milburn AK. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(1):104-9.
31. Badura AS, Reiter RC, Altmaier EM, Rhomberg A, Elas D. Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1997;90(3):405-10.
32. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(1):7-21.
33. Fosse GK, Holen A. Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating behaviors.* 2006;7(4):404-9.
34. Paraventi F, Claudino AM, Morgan CM, Mari JJ. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin.* 2011;38(6):222-6.
35. Ross CA, Joshi S, Currie R. Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry.* 1990;147(11):1547-52.
36. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res.* 2009;165(3):281-7.
37. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry.* 2003;160:1453-60.
38. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry.* 1991;148(1):10-20.
39. Barlach L. O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito. São paulo: Universidade de São paulo; 2005.
40. Carvalho FT, Marais NA, Koller SH, Pissinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2023-33.
41. Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. Chronic pelvic pain: multifactorial influences. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(6):1137-9.
42. Teixeira MJ, Shiabata MK, Pimenta CAM. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. . São Paulo: Limay; 1995.
43. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4):287-333.
44. Blyth FM. Chronic pain--is it a public health problem? *Pain.* 2008;137(3):465-6.
45. 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.

46. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq NeuroPsiquiater*. 2003;61(2B):416-25.
47. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163(20):2433-45.
48. Castro MM, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. [Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain.]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2006;56(5):470-7.
49. Lorençatto C, Vieira MJN, Marques A, Benetti-Pinto CL, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(5):433-8.
50. Romão AP, Goraybe R, Romão GS, Poli Neto OB, Dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. 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.
51. Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20(4):627-42.
52. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Khalil T, Steele-Rosomoff R. Impact of chronic pain patients' job perception variables on actual return to work. *Clin J Pain*. 1997;13(3):197-206.
53. Pimenta CAM. Dor Crônica e Depressão: estudo em 92 pacientes. *Rev Esc Enf USP*. 2000;34(1):76-83.
54. Danese A, Moffitt TE, Pariante CM, Ambler A, Poulton R, Caspi A. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):409-15.
55. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical psychology review*. 2009;29(7):647-57.
56. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, et al. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2010;50(1):32-41.

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas do grupo com dor pélvica crônica e do grupo de controle.

Variáveis	Grupo controle (n= 77)	Grupo DPC (n= 77)	P
Idade			0.14
Mediana	35	38	
Intervalo interquartil	29 - 44	33 - 45	
Raça, n [%]			0.60
Branca	51 [66,2]	54 [70,1]	
Não Branca	26 [33,8]	23 [29,9]	
Religião, n [%]			0.28
Católica	44 [57,1]	45 [58,4]	
Evangélica	16 [20,8]	21 [27,2]	
Espírita	5 [6,5]	3 [4,0]	
Outro	12 [15,6]	8 [10,4]	
Escolaridade, n [%]			<0.01*
Ens. Fundamental	20 [26,0]	34 [44,2]	
Ens. Médio	37 [48,0]	26 [33,8]	
Ens. Superior	20 [26,0]	17 [22,0]	
Atividade ocupacional, n [%]			<0.007**

Não remunerado	8 [10,4]	25 [32,4]	
Remunerado	69 [89,6]	52 [67,6]	
Renda per capita			<0.01**
Mediana	R\$ 856,66	R\$ 500,00	
Intervalo interquartil	R\$474,99– R\$1.443,75	R\$ 307,91–R\$715,00	
Estado Civil, n [%]			0.52
Casada	57 [74,0]	59 [76,6]	
Solteira	11 [14,3]	11 [14,3]	
Divorciada	9 [11,7]	7 [9,1]	
Nº Filhos [min-máx]	1[0-9]	2[0-5]	0.39
IMC [kg/m²] ($\mu \pm \sigma$)	26,4±6,1	27,2±5,4	0.14
Parto Normal [min-máx]	0[0-8]	0[0-4]	0.86
Parto Cesárea [min-máx]	0[0-4]	0[0-3]	0.23
Aborto [min-máx]	0[0-3]	0[0-2]	0.08
Menarca ($\mu \pm \sigma$)	12,6±2,6	12,3±1,5	0.09
Analgésico, n [%]	10 [13,0]	38 [49,3]	0.01*
Anticoncepcional, n [%]	33[42,8]	29[37,6]	0.51
Antidepressivo, n [%]	2 [2,5]	14 [18,2]	<0.01*
Coitarca ($\mu \pm \sigma$)	17,5±4,5	17,3±3,7	0.73
Nº parceiros	2 [0-10]	3 [1-20]	0.17
Tabagismo, n [%]			0.11
Não	65 [85,5]	58 [75,3]	
Sim	11 [14,5]	19 [24,7]	
Atividade Física, n [%]			0.92
Não	47 [61,9]	47 [61,1]	
Sim	30 [38,1]	30 [38,9]	
Exp. Homossexual, n [%]			0.32
Não	74 [98,7]	74 [96,1]	
Sim	1 [1,3]	3 [3,9]	
Ansiedade ($\mu \pm \sigma$)	7,4±4,7	9,4±5,0	0.01**
Ansiedade, (≥ 8, n [%])	31 [40,2]	43 [55,8]	0.05*
Ansiedade (mediana)	6	8	
Depressão ($\mu \pm \sigma$)	5,8±4,3	8,2±4,4	<0.01**
Depressão, (≥ 9, n [%])	18 [23,4]	35 [45,4]	<0.01*
Depressão (mediana)	6	8	
EVA ($\mu \pm \sigma$)	-	72,5±20,0	
Leve	-	3 [2,6]	
Moderado	-	37 [48,7]	
Intenso	-	37 [48,7]	

DPC: Dor Pélvica Crônica; IMC: índice de massa corporal; HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; EVA: escala Analógico Visual; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p= nível de significância do teste *: Teste Qui-Quadrado; **: Mann-Whitney.

Tabela 2: Contingência entre as variáveis de maus tratos no grupo com e sem DPC.

Variáveis	SAUDÁVEIS n=77	DPC n=77	P
QUESI total ($\mu \pm \sigma$)	28,1 \pm 12,4	30,4 \pm 12,4	0.14
Maus tratos, n [%]	50 [64.9]	60 [77.9]	0.07
QUESI NF ($\mu \pm \sigma$)	8,0 \pm 3,6	8,8 \pm 3,6	0.08
NF \geq 8, n [%]	34 [44.1]	45 [58,4]	0.08
QUESI NE ($\mu \pm \sigma$)	10,0 \pm 5,1	12,0 \pm 6,0	0.05*
NE \geq 10, n [%]	32 [41,5]	45 [58,4]	0.04**
Light	16 [20,8]	28 [36,3]	0.03**
Hard	7 [9,1]	16 [20,8]	0.04**
QUESI AS ($\mu \pm \sigma$)	6,3 \pm 3,1	6,7 \pm 3,8	0.24
AS \geq 6, n [%]	16 [20,8]	23 [29,9]	0.19
QUESI AF ($\mu \pm \sigma$)	8,1 \pm 4,8	8,5 \pm 4,5	0.48
AF \geq 8, n [%]	24 [31,2]	35 [45,4]	0.07
QUESI AE ($\mu \pm \sigma$)	9,1 \pm 4,8	10,3 \pm 5,6	0.23
AE \geq 9, n [%]	27 [35,1]	37 [48,0]	0.10
Eventos ($\mu \pm \sigma$)	1,7 \pm 1,7	2,4 \pm 1,9	0.01*
Eventos \geq 3, n [%]	24 [15,6]	36 [23,4]	0.05**
Eventos \geq 4, n [%]	16 [10,4]	28 [18,2]	0.03**

DPC: dor pélvica crônica; QUESI: questionário de traumas na infância; NF: Negligência Física; NE: Negligência Emocional; AS: Abuso Sexual; AF: Abuso Físico; AE: Abuso Emocional; HAD: Escala de Ansiedade e Depressão; Com base no questionário de traumas infantis (QUESI) os pontos de corte para baixo e extremo trauma em comparação a nenhum ou máximo trauma relatado, foram os seguintes: abuso físico 8, abuso 6, abuso emocional 9, negligência física 8 e negligência emocional 10; Para fundamentar os achados a partir do instrumento QUESI, utilizamos como descrição as definições de Tietjen et al., (56) para descrever abuso sexual como contato sexual ou conduta entre uma criança e um adulto, incluindo coerção explícita. Abuso físico definido como violência corporal contra uma criança por uma pessoa mais velha que representa um risco ou que pode resultar em uma lesão. Abuso emocional é referido como agressões verbais dirigidas à criança, podendo esta se sentir humilhada, desolada ou ameaçada por comportamentos de risco emitidos por um perpetrador mais velho que ela. Negligência física refere-se à incapacidade da família e/ou responsáveis de fornecerem as necessidades físicas básicas, incluindo assim alimentação, segurança e moradia. Negligência emocional como falha dos cuidadores em fornecer as necessidades psicológicas e emocionais básicas, como por exemplo, amor, incentivo, sentimento de pertinência e apoio; ($\mu \pm \sigma$): média e desvio padrão; p: <0.05; *: Teste de Mann-Whitney; **: Qui-Quadrado

Figura 1: Análise de correspondência entre as variáveis sociodemográficas, maus-tratos e transtornos de humor nos grupos com e sem DPC.

