ARTHUR UNGARETTI JUNIOR

**Dor pélvica crônica de origem incerta:
caracterização clínico demográfica de 81 doentes**

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

Área de concentração: Neurologia

Orientador: Dr. Manoel Jacobsen Teixeira

SÃO PAULO

2004

AGRADECIMENTOS

- À minha esposa, minha cúmplice, pela sua paciência e compreensão até mesmo nos momentos mais difíceis que passamos paralelamente desde o início desta obra até a sua conclusão.
- Ao Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, meu Mestre, meu Mentor, pela oportunidade inesquecível que me proporcionou.
- À Dra. Lin Tchia Yeng, pelas suas dicas, orientações e constantes mensagens de incentivo, que foram sem qualquer sombra de dúvida, inesquecíveis.
- À amiga Ana Maria de Souza, por sua paciência e colaboração no atendimento dos doentes durante meus períodos de ausência necessários para a confecção desta obra.
- Ao amigo Gildo Angelotti pelas dicas e pela amizade que nunca será esquecida.
- Ao novo amigo Dr. Mário E. Jimenez, pela sua excelência e capacidade na ajuda infindável para a elaboração desta obra.
- À minha querida falecida mãe, cuja inesquecível lembrança de amor proporcionou-me força para os piores momentos de cansaço físico e mental.
- À minha família, à qual dedico esta obra com amor e carinho.
- Aos doentes do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que apesar do sofrimento têm a luminosidade e proteção Divina e estarão eternamente na minha lembrança, fazendo parte de minha restante existência.
- A todos os doentes que tive oportunidade de conhecer e que ainda não conheci, razão de minha existência profissional.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

Lista de Gráficos

Lista de Tabelas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS ..	4
3. REVISÃO DE LITERATURA	6
3.1 EPIDEMIOLOGIA.....	7
3.2 NOÇÕES BÁSICAS DA ANATOMIA E NEUROFISIOLOGIA DA DOR AGUDA E CRÔNICA.....	10
3.3. VISÃO GERAL DA ANATOMIA DA PELVE	15
3.4. CAUSAS NÃO VISCERAIS DE DPC	23
3.4.1. CAUSAS MUSCULOESQUELÉTICAS E MIOFASCIAS	23
3.4.2. CAUSAS NEUROPÁTICAS.....	27
3.4.3. CAUSAS SISTÊMICAS	32
3.5. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS.....	33
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	35
5. RESULTADOS	40
6. DISCUSSÃO ..	93
7. CONCLUSÕES.....	107
8. FIGURAS	109
9. ANEXOS	120
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134

LISTA DE ABREVIATURAS

A.	Artéria
AA.	Artérias
DPCOI	Dor Pélvica Crônica de Origem Incerta
DPC	Dor Pélvica Crônica
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
M.	Músculo
MM.	Músculos
N.	Nervo
NN.	Nervos
PGs	Pontos Gatilho
SDM	Síndrome Dolorosa Miofascial

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Vias ascendentes da interpretação da dor.	110
FIGURA 2. Vias descendentes de controle da dor.	111
FIGURA 3. Sistema arterial de irrigação.....	112
FIGURA 4. Plexo sacral de nervos.	113
FIGURA 5. Plexo lombar de nervos.....	114
FIGURA 6. PGs no m. obliquo externo.....	115
FIGURA 7. PGs no m. multifídio.	116
FIGURA 8. PGs no m. reto abdominal.....	117
FIGURA 9. Músculos na pelve feminina (visão inferior).	118
FIGURA 10. Alterações posturais da coluna vertebral.	119

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	Distribuição dos pacientes quanto à atividade profissional..	42
GRÁFICO 2 -	Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (%).....	43
GRÁFICO 3 -	Distribuição dos resultados quanto ao sexo dos pacientes, a idade em faixas etárias e percentagem	44
GRÁFICO 4 -	Distribuição dos pacientes quanto à região afetada pela dor e o sexo em percentagem	46
GRÁFICO 5 -	Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e sexo dos pacientes	47
GRÁFICO 6 -	Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e sexo	49
GRÁFICO 7 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores Agravantes / Desencadeantes da dor e sexo dos pacientes	51
GRÁFICO 8 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores de Melhora da dor e sexo dos pacientes	53
GRÁFICO 9 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o sexo dos pacientes	55
GRÁFICO 10 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Pontos Gatilho e o sexo dos pacientes	57
GRÁFICO 11 -	Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico principal e o sexo dos pacientes	58
GRÁFICO 12 -	Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e o sexo dos pacientes	60
GRÁFICO 13A -	Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes (mulheres)	62
GRÁFICO 13 B-	Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes (homens)	62

GRÁFICO 14A - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes - Mulheres	64
GRÁFICO 14B - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes – Homens	64
GRÁFICO 15 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor.....	78
GRÁFICO 16 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o sexo dos pacientes.....	83
GRÁFICO 17 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o diagnóstico	84
GRÁFICO 18 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e as faixas etárias dos pacientes	85
GRÁFICO 19 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA), as faixas etárias dos pacientes e o sexo ..	86
GRÁFICO 20 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o sexo	87
GRÁFICO 21 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o diagnóstico	88
GRÁFICO 22 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e as faixas etárias	89
GRÁFICO 23 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor, as faixas etárias e o sexo	91

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição dos pacientes quanto à atividade profissional....	41
TABELA 2 -	Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (N e %)	43
TABELA 3 -	Distribuição dos resultados quanto ao sexo dos pacientes, a idade em faixas etárias, N e percentagem	44
TABELA 4 -	Distribuição dos pacientes quanto a região afetada pela dor e o sexo dos pacientes.....	45
TABELA 5 -	Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e sexo dos pacientes	47
TABELA 6 -	Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e sexo dos pacientes.....	48
TABELA 7 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores Agravantes / Desencadeantes da dor e o sexo dos pacientes	50
TABELA 8 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores de Melhora da dor e sexo dos pacientes.....	52
TABELA 9 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o sexo dos pacientes	54
TABELA 10 -	Distribuição dos pacientes quanto aos Pontos Gatilho e o sexo dos pacientes.....	56
TABELA 11 -	Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico principal e o sexo dos pacientes	58
TABELA 12 -	Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e o sexo dos pacientes.....	59
TABELA 13 -	Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes	61
TABELA 14 -	Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes	63

TABELA 15 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores agravantes e desencadeantes da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes	65
TABELA 16 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores de melhora da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes	66
TABELA 17 - Distribuição dos pacientes quanto aos impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD), a faixa etária e o sexo dos pacientes	67
TABELA 18 - Distribuição dos pacientes quanto aos pontos gatilho, a faixa etária e o sexo dos pacientes.....	68
TABELA 19 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico, a faixa etária e o sexo dos pacientes	69
TABELA 20 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor	70
TABELA 21 - Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e o diagnóstico.....	71
TABELA 22 - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e o diagnóstico	72
TABELA 23 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores agravantes e desencadeantes e o diagnóstico	73
TABELA 24 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores de melhora e o diagnóstico.....	74
TABELA 25 - Distribuição dos pacientes quanto ao Impacto sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o diagnóstico	75
TABELA 26 - Distribuição dos pacientes quanto aos pontos gatilho e o diagnóstico	76
TABELA 27A - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor	77
TABELA 27B - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor (continuação)	77
TABELA 28A - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os pontos gatilho.....	79

TABELA 28B - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os pontos gatilho (continuação)	79
TABELA 28C - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os Pontos Gatilho (continuação)	80
TABELA 29A - Distribuição dos pacientes homens, quanto ao diagnóstico, sexo e cirurgias a que foram submetidos (HOMENS)	81
TABELA 29B - Distribuição dos pacientes mulheres, quanto ao diagnóstico, sexo e cirurgias a que foram submetidos (MULHERES)	82
TABELA 30 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o sexo dos pacientes	83
TABELA 31 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o diagnóstico	84
TABELA 32 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e as faixas etárias dos pacientes	85
TABELA 33 - Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA), as faixas etárias dos pacientes e o sexo ...	86
TABELA 34 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o sexo	87
TABELA 35 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o diagnóstico	88
TABELA 36 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e as faixas etárias	89
TABELA 37 - Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor, as faixas etárias e o sexo	90
TABELA 38 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e nervos comprometidos	92

RESUMO

UNGARETTI, A. JR. **Dor pélvica crônica de origem incerta: caracterização clínico demográfica de 81 doentes.** São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Foi caracterizada uma amostra de 81 doentes com dor relevante crônica pélvica de origem indefinida e na ausência de afecções viscerais, segundo a expressão sintomática, aspectos clínicos e síndromes álgicas. A média das idades foi de 48,6 anos. Foram identificadas anormalidades miofasciais pélvica em 55 doentes (67,9%), neuropáticas em 10 (12,3%) e miofasciais e neuropáticas em 16 (19,8%). A descrição verbal da dor e as regiões acometidas pela dor, impactos funcionais, a evidenciação de pontos dolorosos e em gatilhos e os aspectos psicossociais dos doentes foram estabelecidos para melhorar a compreensão da condição clínica dos doentes. Traumatismos decorrentes de traumatismos cirúrgicos estavam relacionados à ocorrência da dor em 36 (44,4%) doentes, sendo dor miofascial em 15 doentes (18,5%), 6 (7,4%) como neuropática e 15 (18,5%) como dor miofascial e neuropática.

SUMMARY

UNGARETTI, A. JR. Chronic pelvic pain of uncertain origin. Demographic characterization of a series of 81 patients. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Eighty-one chronic pelvic pain patients (mean of ages 48.6 years old) without visceral abnormalities and uncertain etiology were characterized according to the symptomatic expression, clinical findings and pain syndromes. It was observed that in 55 patients there was pelvic miofascial pain (67.9%), in 10 patients neuropathic (12.3%) conditions and 16 (19.8%) had miofascial and neuropathic abnormalities. The verbal description of pain, pain aspects as localization, aggravating and improvement factors, functional impact, the occurrence of trigger or tender points and the psychosocial aspects were determined to improve the comprehension of the clinical presentation of the patients. Surgical traumas were related to pain in 26 (32.0%) patients, miofascial pain in 11 (13.6%), neuropathic pain in 5 (6.2%) and miofascial and neuropathic pain in 10 (12.3%).

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Internacional para estudos da dor (1986), dor é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial”. A percepção e apreciação da dor e seu significado é um processo complexo que envolve aspectos sensitivos e culturais. Evoca respostas físicas e emocionais que podem se atenuadas, acentuadas ou perpetuadas pelas variáveis sócio-culturais e psíquicas dos indivíduos e por condições ambientais. É uma experiência subjetiva e multidimensional. A intensidade da dor não é proporcional à extensão ou à natureza da lesão tecidual: depende da interação destes fatores múltiplos.

A dor pelviperineal é de extrema importância nas clínicas de ginecologia, proctologia, urologia e gastroenterologia. As etiologias e expressões dolorosas podem ser muito variadas, devido ao fato da dor poder ter origem tanto nas inúmeras vísceras presentes na pelve, no arcabouço músculo-esquelético da região pélvica e lombar, nas estruturas neurológicas, como também de origem psicossomática (TEIXEIRA et al, 2000). Pode ter uma localização extremamente variada, generalizada na região pélvica, referida na região anterior e posterior da coxa, região glútea, abdominal e lombar, superficial ou profunda, entre outras.

Apesar da dor pelviperineal crônica (DPC) ser bastante comum, a sua real incidência e prevalência ainda não foram muito bem estabelecidas. Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) em 1999, com mulheres com idade entre 18 e 50 anos, 14,7% reportaram DPC. 45% demonstraram improdutividade por esta condição clínica e 15% disseram ter perdido algum tempo no trabalho pelo mesmo motivo. Calcula-se que 10% das consultas de ginecologia são por DPC (WESSELMAN, 1999). Em 30 a

40% dos casos, não se estabelece uma etiologia (DELLENBACH, 2001), apesar de toda uma condição técnica apurada existente para investigação.

As etiologias mais comuns da DPC de origem incerta (DPCOI) são as afecções musculo-esqueléticas e miofasciais. Dentre elas estão as modificações anatômicas das estruturas ósteoarticulares e musculares, decorrentes de diversos fatores como posturas viciosas, sobrecargas mecânicas, redução da potência funcional e da elasticidade tecidual, aumento do tônus muscular, múltiplos partos e seqüelas de fraturas (GAL et al., 1991). Dores decorrentes de neuropatias são causas consideradas por lesões do sistema nervoso periférico e do sistema nervoso central. Incluem-se aqui as radiculopatias, lesões plexulares, tronculares, polineuropatias, dor do órgão amputado, mielopatias e encefalopatias (RAPKIN, 1990 e LIN, 1997). Doenças sistêmicas também podem ser causas de dor pelviperineal, como as discrasias sanguíneas, a anemia falciforme, as doenças do colágeno, o diabetes, as porfirias entre outras (HAMID, 1981). A natureza das anormalidades emocionais que se associam à dor pélvica não foi ainda totalmente esclarecida. São doentes mais ansiosas, deprimidas, introvertidas, apresentam traços neuróticos, histéricos e hipocondríacos, tendências suicidas, frigidez sexual, carência afetiva, dificuldade para relações sociais, desajustamentos conjugais e familiares, pertencem a famílias mais numerosas e têm maior freqüência de vários casamentos que a população geral (RASKIN, 1984).

Embora as causas de DPCOI sejam conhecidas e bem descritas, suas reais correlações clínicas no nosso meio ainda não estão bem estabelecidas. A escassez de dados nacionais justifica a necessidade de se determinar as características clínicas, sócio-demográficas e psicossociais destas afecções, possibilitando melhor planejamento das estratégias de tratamento e diminuindo o sofrimento e as incapacidades dos doentes.

2. OBJETIVOS

O comportamento da síndrome dolorosa crônica pelviperineal de causa não visceral é de difícil entendimento devido ao fato de vários fatores contribuírem para confundir o diagnóstico. Em uma amostra de doentes selecionados no ambulatório de Dor Crônica do HCFMUSP, estudou-se o comportamento desta síndrome dolorosa a fins de se obter uma melhor compreensão de suas características clínicas e subsídios para diagnóstico.

De uma maneira geral, este estudo implica em:

1. Caracterizar uma amostra do ponto de vista clínico-demográfico de doentes com DPCOI.
2. Demonstrar o comportamento clínico das DPCOI.
3. Definir as prováveis causas da DPCOI.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA

De uma maneira geral uma mulher tem 5% de risco de ter uma DPC em toda a sua vida. Entretanto, pacientes com diagnóstico prévio de doença inflamatória pélvica tem quatro vezes mais risco de DPC (quase 20%). É estimado que 30 a 50% de mais de 45 milhões de mulheres na gravidez nos Estados Unidos sofram de dismenorréia ou dor cíclica (TEIXEIRA et al, 2003).

Na Suécia, em um estudo realizado em mulheres com idade de dezenove anos, 70% das entrevistadas reportaram que já tinham tido dismenorréia onde mais de 50% disseram ter perdido tempo na escola ou no trabalho por esta condição. Em estudo mais recente nos Estados Unidos com 5263 mulheres com idade entre 18 e 50 anos, 14,7% reportaram DPC. 15% deste montante disseram ter perdido tempo no trabalho por esta causa e 45% demonstraram improdutividade reduzida no trabalho. Estas estatísticas demonstram que a DPC exerce um fator de importância na carreira profissional e qualidade de vida das mulheres. Ainda nos Estados Unidos, 10% das consultas de pacientes em ambulatório de ginecologia são por DPC (WESSELMAN, 1999).

A DPC é um freqüente e difícil problema porque a despeito da qualidade e diversidade de procedimentos diagnósticos, nenhuma etiologia se acha em 30 a 40% de todos os casos. Aconselhamento psicológico ou psicoterapia são freqüentemente propostos e usualmente não aceitos (DELLENBACH, 2001).

Em um estudo realizado em mulheres que foram à procura de médicos de primeiros socorros nos EUA, 39,1% reportaram dor (outras do que dismenorréia, dispareunia ou dores relacionadas ao intestino) ao menos

uma vez e 11% tiveram dor por mais de cinco dias por mês ou ao menos um dia inteiro ou mais a cada mês. Em um estudo Gallup, aproximadamente 2 a 5% da população em idade reprodutiva reportaram significativo impedimento de trabalho ou atividades do lar causado por DPC (STEEG, 1997). Em um outro estudo norte americano em uma universidade, também em consultórios de médicos de primeiro atendimento, 12% das mulheres reportaram DPC no momento e 33% relataram história passada de DPC (HOWARD, 2000).

HOWARD em 1993 achou que 40% das laparoscopias foram feitas para a DPC. 12 a 16% das histerectomias são realizadas nos EUA por DPC, o que daria cerca de oitenta mil procedimentos por ano aproximadamente. 25% das mulheres em avaliação de DPC referiram ter sido submetida a uma histerectomia prévia sem uma resolução dos seus sintomas (MILBURN, 1993).

Embora pouco se saiba sobre a DPC, é um sério problema entre as mulheres e pouco se sabe sobre sua prevalência ou sobre seus efeitos nas vidas daqueles que a possuem. Um estudo feito nos EUA aponta que aproximadamente 20% das laparoscopias realizadas foram por DPC (REITER, 1991).

Poucos estudos têm examinado a associação entre DPC e qualidade de vida ou produtividade. Assim, pouco se sabe sobre os custos associados à DPC. Na Inglaterra, DAVIES et al (1992) estimaram os custos anuais das dores ginecológicas intratáveis em 158,4 milhões de libras para mulheres com diagnóstico de endometriose ou de doença sem diagnóstico reconhecido. Outras causas de DPC não foram consideradas neste estudo.

A DPC envolve múltiplos sintomas. Além disso, três diferentes definições tem sido utilizadas na literatura: duração (seis meses ou mais), anatomia e comportamento afetivo. Estudos clínicos correlacionados revelam que a DPC pode estar associada com uma série de condições anormais, ambas somáticas (como na endometriose) e não somáticas (funções gastrointestinais, psicológicas ou sem causa aparente). Dentre os fatores associados estão a perda de sono, depressão e disfunções entre as

relações familiares e maritais. Mas mesmo assim, estes dados são pouco conhecidos. As suas relações com a qualidade de vida e prevalência são obscuras. Cerca de 56% das mulheres (773 casos) com DPC e com idade entre 18 e 50 anos entrevistadas em um estudo sobre as correlações clínicas, prevalência e qualidade de vida nos EUA em 1994 responderam que a condição dolorosa interferia no seu estado de motivação moderadamente, muito pouco ou extremamente. 82% responderam que tinham ainda energia para realizar as suas tarefas que tinham vontade por algumas vezes, um pouco ou nunca. 47% responderam que se sentiam “abatidas” por algumas vezes, por muitas vezes ou o tempo todo. Ainda 72% do montante entrevistado, 26% disseram que tiveram de ficar na cama por mais do que uma metade do dia ou um ou mais dias no último mês por causa da sua dor. 58% revelaram redução de suas atividades diárias em um ou mais dias do último mês pelo mesmo motivo. 75% das mulheres não procuraram ajuda. 19% foram ao ginecologista. 10% foram a médicos outros que não ginecologistas. 01% procuraram psiquiatras ou outros profissionais de saúde mental. 02% foram submetidas a cirurgia enquanto 08% realizaram outros procedimentos como ultrassom e 67% usaram medicações de qualquer tipo, sendo que 56% foram sem prescrição médica e 23% com prescrição médica (MATHIAS, 1996).

REITER e GAMBONE (1991) estudaram 122 mulheres com DPC após laparoscopia negativa e que completaram uma evolução médica e psicológica por um período de observação de no mínimo 06 meses. Patologia somática oculta foi encontrada em 47% dos doentes incluindo 19 doentes com coexistente diagnóstico psicopatológico. Dor miofascial foi o mais comum diagnóstico somático. Nenhuma etiologia somática plausível fora diagnosticada nas 65 mulheres remanescentes (53%) das 122 estudadas. 29% não apontaram patologia somática não ginecológica, contra 19% de patologias ginecológicas e somente 6% já tinham sido submetidas a histerectomia prévia. As mulheres com diagnóstico de patologia somática apresentaram idade mais avançada do que o restante da população estudada.

3.2 NOÇÕES BÁSICAS DA ANATOMIA E NEUROFISIOLOGIA DA DOR AGUDA E CRÔNICA

O conceito de dor para o comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor é que “dor é uma experiência sensorial desagradável, associada ou descrita em termos de lesões teciduais”, é sempre subjetivo e cada indivíduo tem uma maneira pessoal para exprimi-la, de acordo com as suas experiências pessoais prévias (FIGUEIRÓ; TEIXEIRA, 2001).

As terminações nervosas livres são estruturas básicas de interpretação dos estímulos dolorosos existentes nos axônios dos neurônios aferentes primários, presentes nos tecidos de uma forma geral e são denominadas nociceptores. Uma vez estimuladas, estas estruturas conduzem o estímulo doloroso para o gânglio da raiz dorsal ao longo do axônio do neurônio aferente primário e caminham em direção ao corno posterior da medula espinhal, adentrando à medula espinhal (ANDRADE , 2001).

Os impulsos nociceptivos nos nervos periféricos do adulto são conduzidos por fibras não mielinizadas denominadas de fibras C e ou por fibras mielinizadas finas denominadas fibras A-delta (TEIXEIRA e cols, 2003).

Os receptores nociceptivos são estimulados por substâncias químicas existentes no ambiente tecidual e desenvolvem potenciais de ação que servem para desencadear os estímulos nociceptivos da região em questão. Dentre elas destacam-se a bradicinina, serotonina, histamina, ácido aracdônico, acetilcolina, substância P, leucotrienos, fator de ativação plaquetário, radicais ácidos, íons potássio, fator de necrose tumoral α , AMPcíclico, prostaglandinas, interleucinas, dentre outros (WALL, MELZACK, 1994). Estas substâncias são liberadas no ambiente tecidual dos vasos sanguíneos , mastócitos e células traumatizadas e são responsáveis pela hiperalgesia observada em lesões traumáticas, inflamatórias e isquêmicas (CAMPBELL e cols, 1988, NENNESMO, 1986).

Conforme SINDOU, 1972, no corno posterior da medula espinal, encontra-se a chamada zona de entrada das raízes posteriores. Um milímetro antes da penetração das radículas, a bainha de mielina produzida pela oligodendroglia se junta à bainha de mielina produzida pelas células de Schwann .

As fibras aferentes nociceptivas terminam predominantemente no corno dorsal da medula espinal que pode ser subdividido em seis camadas (lâminas) distintas de acordo com as características citológicas de seus neurônios. A lâmina I (camada superficial) recebe aferências diretas de fibras nociceptivas mielinizadas do tipo A δ e indireta de fibras nociceptivas não-mielinizadas do tipo C através de interneurônios da lâmina II(substância gelatinosa). Os neurônios da lâmina V (camada profunda) são predominantemente do tipo de amplo espectro dinâmico. Eles recebem aferências de baixo limiar de fibras mielinizadas de grande diâmetro A β de mecanoreceptores, assim como aferências diretas e indiretas de fibras aferentes nociceptivas A δ e C. As células superficiais têm alto limiar, respondem somente a estímulos dolorosos de alta intensidade enquanto as profundas respondem tanto a estímulos dolorosos quanto tácteis (CORRÊA, 1997).

Segundo descreveu ANDRADE (2001), uma vez alcançado o corno posterior da medula espinal, os axônios das células dos receptores nociceptivos dos vários segmentos corporais agrupam-se para formarem os tratos ascendentes em direção ao sistema nervoso central mais especificamente o encéfalo. Distinguem-se tratos que cursam mais lateralmente ao tronco cerebral, filogeneticamente mais recentes e capazes de conduzir o estímulo mais rapidamente e tratos ascendentes mais mediais ao tronco cerebral, mais antigos e capazes de conduzirem os estímulos dolorosos mais lentamente. O trato neoespinotalâmico é o mais importante e é representado por axônios das células das lâminas I e V que na sua grande maioria cruzam para a porção anterior da medula espinal e alcançam a região antero-lateral para então se projetar em ascendência até os núcleos ventro-pósterolaterais e porções mais mediais do tálamo posterior. Outros tratos como o espinocervical e o trato dos núcleos da

coluna dorsal também são tratos de condução rápida dos estímulos, porém são constituídos por feixes de axônios que transitam pela medula espinhal ipsilateral à entrada do neurônio aferente primário e somente cruzam o neuroeixo após sinapse no núcleo cervical lateral ou nos núcleos grácil (mediais) e cuneiforme (mais laterais), respectivamente e então se projetam para o tálamo. A partir daí, as terminações nervosas das vias de condução rápida da dor fazem sinapses com neurônios que se projetam para o córtex somatossensitivo. Os sistemas que conduzem os estímulos dolorosos de uma forma mais lenta são sistemas que se comunicam com outras estações intermediárias durante a sua ascendência rumo aos centros mais superiores. São ditos polissinápticos. São os tratos paleoespinalâmico, espinomesencefálico, espinoreticular e propioespinal que se comunicam com a formação reticular, (hipotálamo e sistema límbico). A formação reticular relaciona-se a outra estrutura localizada no assoalho do quarto ventrículo, o locus ceruleus, que parece estar relacionado diretamente às emoções de medo e ansiedade, estando também envolvido na modulação da dor (TEIXEIRA, 2001).

No segmento cefálico as aferências primárias levam o estímulo doloroso que caminha inicialmente pelo V par craniano principalmente e pelos VII, IX e X pares até os núcleos trigeminais encontrados no gânglio trigeminal e então se projetam ao tálamo, formação reticular e hipotálamo antes de alcançarem o córtex somatossensitivo. Cerca de 50% das aferências primárias das raízes trigeminais são constituídas por fibras nervosas do tipo C e penetram no trato descendente trigeminal e alcançam a porção caudal do núcleo do trato espinal e do corno posterior da medula espinal cervical anterior (WALL, 1989 e ANDRADE, 2001).

A FIGURA 01 ilustra como os tratos ascendentes alcançam o córtex cerebral.

Das fibras nervosas presentes nos tratos espinalâmico, espinoreticular, espinomesencefálico, espinocervical, pós-sináptico do funículo posterior e tratos intracornuais, 40% são de pequeno calibre (CORREIA, 1997). Várias sensações são transmitidas pelos tratos

espinotalâmicos, estimando-se que 54% delas são de dor e 46% de temperatura (TEIXEIRA, 2001).

No ser humano as fibras do trato espinotalâmico projetam-se nos núcleos do complexo ventrobasal, núcleo centrolateral e núcleos intralaminares do tálamo (BROWSHER, 1957). Há evidências de que colaterais do trato espinotalâmico projetam-se na formação reticular do bulbo, ponte e mesencéfalo, incluindo os núcleos gigantocelular, paragigantocelular e substância cinzenta periaquedutal no mesencéfalo (IGNELZI; ATKINSON, 1980).

O componente discriminativo da dor somatotopicamente específico envolve os córtices somatosensoriais primário e secundário. As informações que provêm ao córtex originam-se basicamente nos núcleos talâmicos ventrobasais que também são organizados somatotopicamente. O componente afetivo é integrado em diversas outras estruturas. Dos núcleos talâmicos parafasciculares partem feixes para o córtex cingulado, amígdala e outras estruturas límbicas. Além dos estímulos nociceptivos informarem sobre todos os componentes da dor, ativam também estruturas que modulam a passagem de estímulos que veiculam do neurônio primário para as células espinais. Prova disto é a substância cinzenta periaquedutal que demonstrou inibir os estímulos de dor quando estimulada eletricamente. Outras estruturas que demonstraram mesmo comportamento foram o córtex somatossensorial, o hipotálamo lateral, o núcleo pré tectal anterior, a área tegmentar lateral, o núcleo magno da rafe, o núcleo parabraquial, o locus ceruleus e os núcleos reticulares gigantocelular e paragigantocelular. A grande maioria destas estruturas envia comunicações (fazem sinapses) para os núcleos magnos da rafe e gigantocelular e paragigantocelular. Daí partem fibras nervosas que alcançam as lâminas I, II e V da medula espinal via funículo dorso-lateral. Via de regra, o aumento da atividade elétrica das células espinais em resposta a estímulos dolorosos periféricos é inibido quando se estimulam quaisquer daquelas estruturas. Assim o conjunto das estruturas nervosas nucleares descritas em soma com o funículo dorso-lateral forma o que se

denomina sistema descendente de controle da dor, mecanismo central ou endógeno da modulação da dor (ANDRADE, 2001).

A FIGURA 02 ilustra as vias descendentes de controle da dor.

Nos terminais periféricos dos neurônios aferentes primários (nociceptores) existem receptores para bradicinina, prostaglandinas, opióides, histamina, serotonina, noradrenalina e acetilcolina, substâncias que são liberadas facilmente quando existe uma injúria tecidual. Isto promove uma cascata de eventos que são favorecidos pela cicloxigenase do tipo 2 (COX-2) que atua sobre o ácido aracdônico e facilita a produção de prostaglandinas, tromboxanes e leucotrienos, que atuam nos nociceptores e produzem AMP cíclico que então facilita a geração de estímulos (fenômeno de hiperalgesia periférica). A substância P é liberada com este fenômeno e aumenta a estimulação dos próprios nociceptores atuando sobre os vasos sanguíneos rompidos pela lesão e atraindo macrófagos e mastócitos e plaquetas que promovem alterações da permeabilidade vascular local produzindo edema. Noradrenalina é liberada no local por diversos mecanismos, estimulada por exemplo pela ação da bradicinina e por estimulação de terminações nervosas simpáticas da região lesada. A acetilcolina estimula a produção de GMP cíclico que promove efeito oposto ao da hipersensibilização. Estes eventos também ocorrem no corno posterior da medula espinal e portanto facilitam a passagem dos estímulos nociceptivos. Fibras descendentes noradrenérgicas originárias do núcleo parabraquial, locus ceruleus e núcleos reticulares gigantocelular e paragigantocelular e fibras serotoninérgicas originárias principalmente do núcleo magno da rafe controlam o sistema endógeno de controle da dor quando ativadas. As fibras serotoninérgicas ativam neurônios opióides intrínsecos da medula espinal produtores de encefalinas capazes de inibir a passagem do estímulo nocivo da aferência primária para a célula espinal na pré-sinapse (BONICA, 1990).

3.3. VISÃO GERAL DA ANATOMIA DA PELVE

A pelve é a parte do tronco situada abaixo e posterior à parede do abdome. A estrutura esquelética da pelve consiste de um anel ósseo, ao qual se prendem os membros inferiores, estes amplamente cobertos, internos e externamente, por músculos (mm.). Um espaço afunilado no interior da pelve é denominado cavidade pelvina. Existe duas paredes laterais, uma parede posterior e um assoalho. O esqueleto da pelve é formado pelos dois ossos dos quadris, anterior e lateralmente, e pelo sacro e cóccix posteriormente. Na mulher os ossos são mais finos e mais leves e a musculatura com freqüência não é tão proeminente. As juntas da pelve incluem as juntas lombossacral, sacrococcígea e sacrílica e a sínfise púbica. Os ligamentos sacrospiniais e sacrotuberais estão associados com as juntas da pelve, e o ligamento ileolombar forma uma importante conexão entre a coluna vertebral e a pelve. A parede da cavidade pelvina é subdividida em duas paredes laterais, uma parede posterior e um assoalho. O músculo (m.) obturatório interno, o nervo (n.) obturatório e os ramos dos vasos ilíacos internos, ureter, ligamento redondo na mulher e ducto deferente nos homens, o ovário, ligamentos sacrotuberal e sacroespiniais formam a parede lateral. Os ossos sacro e cóccix, o plexo lombossacro, o plexo venoso sacral, ramos dos vasos ilíacos internos, o m. piriforme, a artéria (a.) sacral mediana e os troncos simpáticos formam a parede posterior. O assoalho pélvico é formado pelo peritôneo e pelos diafragmas pelvino e urogenital (GRAY, 1978).

A a. ilíaca interna ou hipogástrica fornece a maior parte da irrigação sanguínea da pelve. São seus ramos parietais a a. íleolombar, a sacral lateral, a obturatória, a glútea superior, a glútea inferior e a pudenda. Seus ramos viscerais são a a.umbilical, a a.vesical superior, a a.do ducto deferente, a a.vesical inferior, a a.uterina, a a.vaginal a por vezes a a.retal média. A veia (v.) ilíaca interna ou v. hipogástrica é um tronco curto que se une à v. ilíaca externa para formar a v. ilíaca comum. Na drenagem venosa

incluem-se ainda as veias (vv.) glútea superior e inferior, v. pudenda interna, v. dorsal profunda do pênis ou clitóris, e os plexos venosos retal, vesical prostático, uterino, vaginal e sacral (GARDNER, 1978). A FIGURA 03 ilustra um aortograma normal lombar inferior em um homem.

A inervação da pelve é derivada, principalmente, de nervos (nn.) espinhais sacral e coccígeo e da parte pelvina do sistema nervoso autônomo. Cada um dos cinco nn. sacrais e o n. coccígeo se dividem em um ramo dorsal e um ventral no interior do canal sacral. Os ramos ventrais dos primeiros quatro nn. sacrais emergem do canal sacral através dos forames sacrais. Os ramos ventrais e o quinto n. sacral entram na pelve entre o sacro e o cóccix. O ramo ventral do quarto n. sacral apresenta uma divisão superior e outra inferior; a divisão superior e os primeiros três ramos ventrais combinam-se no tronco lombossacro para formar o plexo sacral. Este apresenta doze ramos. Sete estão distribuídos pelas nádegas e pelo membro inferior enquanto os outros inervam estruturas pertencentes à pelve (GARDNER, 1978). Cada plexo sacral de nn. é uma substancial junção de vários nn. somáticos no topo de cada m. piriforme na pelve. É formado pelo tronco lombossacro, por L4 e L5 do plexo lombar e o ramo anterior de S1 a S4, que entra na pelve através do forame sacral anterior. Lesões deste plexo de nn. podem causar severa e longa dor glútea ou de extremidade inferior ou perda de função. Este plexo inerva os mm. elevador do ânus, obturatório interno, coccígeo, piriforme, gêmeos e quadrado femural. Os ramos glúteos superior e inferior são ramos deste plexo e inervam os mm. glúteos médio, mínimo, tensor da fascia lata e glúteo máximo respectivamente. Este plexo dá ainda os nn. pudendos, o cutâneo posterior femural e um outro ramo do quarto n. sacral que inerva o aspecto posterior do m. esfíncter externo do ânus (ROGERS, 1998).

Ainda segundo ROGERS, 1998, o plexo sacral ainda é responsável pela origem do n. ciático, do ramo anterior de L4, L5, S1, S2 e S3, o maior n. do corpo humano. Outro grande nervo originário do plexo sacral é o n. pudendo. Este penetra na região pélvica através do forame ciático menor. Contém eferentes simpáticos e parassimpáticos bem como aferentes

viscerais. Contínuos estiramentos e compressão do n. podendo raramente podem ser responsáveis por danos teciduais, edema ou escarificações no canal pudendo ou ao seu redor. Algumas lesões podem causar compressão deste n. e comprometer a sua função ou causar dores crônicas nesta área. São comuns em pessoas que trabalham sentadas por muito tempo ou em episiotomias profundas mediolaterais (nn. retais inferiores). O n. pudendo emite ainda um ramo para o lado inferior do m. elevador do ânus.

A FIGURA 04 ilustra o plexo sacral de nervos.

O plexo lombar de nn. consiste do ramo anterior de L1 a L4 e supre a inervação da parede abdominal baixa e coxas. É responsável pela inervação motora voluntária dos mm. esqueléticos na pelve bem como eferentes simpáticos para a musculatura lisa das aa., arteríolas, vv. e vênulas nos mm. e na pele. É composto pelos nn. íliohipogástrico, ilioinguinal, fêmuro cutâneo lateral, genitofemural e obturador. Os dois primeiros são oriundos de L1, atravessam o m. transversos abdominal em diferentes localizações e correm entre este m. e o m. oblíquo interno ao nível da espinha ilíaca superior. O n. iliohipogástrico atravessa o m.oblíquo interno e caminha entre este e o m. oblíquo externo e vai inervar a pele da região púbica. O n. ílioinguinal caminha entre o m. transversos abdominal e oblíquo interno para mais inferiormente penetrar no anel inguinal. Inerva o monte púbico e os grandes lábios bem como a região superior e medial da coxa. Incisões transversas ou excessiva tração durante procedimentos cirúrgicos ou suturas da fáscia podem resultar em lesões destes nervos. Em uretropexias vaginais estes nervos podem ficar presos e causar dores constantes na distribuição cutânea. São dores contínuas surdas ou em queimor irradiando para a região ilíaca medial para a região inguinal e genital (SMITH et al, 1984 e KOPPEL et al, 1984).

O n. genitofemural provém de L1 e L2 e é responsável pela inervação cutânea somente da região súpero anterior da coxa pelo seu ramo femural e do monte pubiano pelo seu ramo genital (que cursa pelo anel inguinal). Em incisões ginecológicas transversas como a herniorrafia, a cesárea e apendicectomia e durante a retirada de linfonodos ilíacos podem ocorrer

lesões neste nervo. Dor crônica, hiperalgesia e parestesias são comumente descritos nestes casos de lesão. Lesões do tipo encarceramento são também comuns (LYON, 1945 e HARMS et al, 1984).

O n. obturador é ramo de L2, L3 e L4. Corre pelo m. psoas e aparece na pelve pelo forame obturado, junto com a artéria e v. obturada para inervar o m. adutor e a área cutânea na coxa medial. Pode ser lesado durante dissecação ou cirurgias para retirada de linfonodos ou por afastadores ortostáticos de localização profunda logo abaixo da linha arqueada do ílio, nas laparotomias. Lesão deste nervo ocasiona fraqueza do m. adutor da coxa. O doente tem dificuldade em tracionar o membro inferior para medial e exhibe uma marcha com os membros mais afastados. Deve ainda haver instabilidade dos joelhos e quadris. Se a lesão não for por rompimento, os danos podem ser auto limitados, mas felizmente são raros (ROGERS, 1998).

A FIGURA 05 ilustra o plexo lombar de nervos.

A parte simpática do sistema nervoso autônomo chega à pelve através de duas vias diferentes. Uma delas é a continuação do tronco simpático e a outra é a continuação do plexo aórtico. Anterior à quinta vértebra lombar fibras dos nervos esplâncnicos lombares formam o plexo hipogástrico superior. Na face anterior do osso sacro ao nível da parte inferior cada nervo hipogástrico se junta com os nervos esplâncnicos pélvicos do lado correspondente e formam os plexos hipogástricos inferiores direito e esquerdo. Daí mais inferiormente inervam o reto e a próstata, os nn. cavernosos do pênis e o plexo vesical que é responsável pela inervação da bexiga e parte do ureter, ducto deferente e vesícula seminal. O plexo útero vaginal inerva o útero, ovário, vagina, uretra e o tecido erétil do vestibulo. O cólon e o sigmóide recebem fibras parassimpáticas pré-ganglionares, componentes funcionais do plexo hipogástrico inferior (GARDNER, 1978).

Músculos paraespinhais superficiais

Da metade do dorso para baixo dois grandes músculos existem e fazem parte da massa extensora da espinha. São eles o longuíssimo torácico e o íliocostal (torácico e lombar). Quando atuam unilateralmente produzem flexão lateral e rotação para o lado oposto. Atuando bilateralmente, estendem a coluna. Sua contribuição para a rotação parece ser menor. Comumente podemos achar PGs nestes grupos musculares e quando são encontrados no m. iliocostal torácico, a dor se projeta mais para cima do dorso ao passo que quando são encontrados no m. iliocostal lombar, a dor se projeta mais em direção caudal. Neste último, a dor se concentra no meio da região glútea. Estas dores são comumente conhecidas como “lumbago” (TRAVEL, 1992).

A FIGURA 06 ilustra os pontos gatilho no andar inferior do abdome relativos ao m. oblíquo externo.

Músculos paraespinhais profundos

São compostos pelos músculos semiespinhais e pelo m. longuíssimo torácico e multifídios. Os mm. multifídios consistem de feixes curtos triangulares que se localizam profundamente ao semiespinhal. Atuando bilateralmente, o m. semiespinhal torácico, o multifídio torácico e lombar e rotadores estendem a coluna vertebral. Atuando unilateralmente rodam o ombro homolateral para frente. Referem dor primariamente à região ao redor do processo espinhoso da vértebra adjacente ao PG. Quando localizados de L1 a L5 podem referir dor anterior ao abdome. Quando localizados em S1 projetam dor para baixo em direção ao cóccix e conferem a este uma hipersensibilidade à pressão. A combinação é comumente conhecida como coccigodínea (TRAVEL, 1992).

A FIGURA 07 ilustra os PGs dos mm. multifídios.

Músculos abdominais

A parede anterolateral do abdome é composta pelo mm. oblíquo externo, oblíquo interno e transversos. Na parede anterior temos o m. reto do abdome e o piramidal. A contração dos mm. oblíquos interno e externo, transversos e dos mm. do diafragma da pelve determina uma parede abdominal e um assoalho pelvino tensos que resistem à pressão inferior do diafragma toracoabdominal durante esforços e tosse. São importantes na respiração, defecação, micção, no parto e no vômito. São importantes numa expiração forçada e limitam uma inspiração máxima, auxiliam os mm. reto do abdome na flexão do tronco e na rotação do tronco quando funcionam em conjunto e determinam a inclinação do tronco em flexão lateral. Todos os mm. abdominais controlam a hiperextensão do tronco e auxiliam na fixação da caixa torácica óssea durante movimentos dos membros superiores (GARDNER, 1978). PGs ativos na parede anterolateral abdominal determinam dores referidas na virilha e testículo e em outras partes do abdome. PGs na borda superior do púbis e na metade lateral do ligamento inguinal podem estar relacionados ao m. oblíquo externo e reto abdominal. Causam assim espasmo do m. detrusor e dos mm. esfíncter urinário produzindo micções freqüentes, retenção de urina e dor na virilha. Quando os PGs são ativos no m. transversos abdominal, a dor referida aparece no abdome alto e em faixa. Quando presentes na porção inferior do reto abdominal, a dor se refere à região posterior lombar baixa e sacroilíaca. Quando presentes no ponto de McBurney simulam uma apendicite aguda. Ocorrem em doentes que se apresentam muito cansados, preocupados ou em período pré-menstrual (TRAVEL, 1992).

A FIGURA 08 ilustra os PGs na musculatura abdominal e a irradiação da dor.

Músculos da pelve

O diafragma da pelve consiste dos mm. elevadores do ânus e coccígeos, e das fáscias que cobrem as suas faces superior e inferior. Estas fáscias são parte das fáscia parietal da pelve e esta também inclui a fáscia que cobre as paredes laterais e posterior da pelve. A fáscia visceral está associada com os órgãos. Os mm. levantadores do ânus são os mais importantes do diafragma da pelve. Os coccígeos são relativamente sem importância. O elevador do ânus é variável em espessura e força, dispõe-se quase horizontalmente no assoalho da pelve. Divide-se em três partes: pubococcígea, puborretal e íliococcígea, designada de acordo com a sua direção e inserções de suas fibras. O m. pubococcígeo apresenta várias inserções. No homem algumas de suas fibras mais mediais se inserem na próstata (levantador da próstata). Na mulher algumas fibras mediais se inserem na uretra e vagina (pubovaginal) e outras envolvem a uretra e vagina (esfíncter da vagina). Dores na região do sacro, cóccix, reto, assoalho pélvico e área periretal, vagina e dorso baixo são comuns com o comprometimento desta musculatura e são as dores mais reconhecidamente referidas das dores da região perineal. O m. coccígeo localiza-se atrás do levantador do ânus. Este diafragma auxilia na sustentação das vísceras da pelve e resiste aos aumentos de pressão intra-abdominal. Junto com a musculatura abdominal anterior permite ao diafragma funcionar efetivamente em todas as atividades que necessitem de uma pressão aumentada. Aqui as dores são de projeção similar às do m. elevador do ânus e referem-se ao quadril, dorso e cóccix, quando PGs ativos são encontrados. Estas dores limitam o ato de sentar. O m. levantador da próstata no homem e o m. pubovaginal na mulher estão relacionados com a micção. O m. puborretal é responsável pela flexura na junção anorretal e ainda auxilia no parto (GARDNER, 1978).

Ainda na pelve encontramos os mm. esfíncter externo e interno do ânus, o obturador interno, o bulboesponjoso, ísquiocavernoso e transversos do períneo. O anel mais interno do esfíncter do ânus tem inervação

autônômica involuntária. O esfíncter externo é sob controle voluntário e mais elíptico na forma. Estão sob constante contração tônica que aumenta no esforço, fala, tosse, riso ou levantamento de peso. A contração se inibe durante o sono e a defecação. PGs nestes músculos ocasionam dores imprecisas na região anal e muitas dores na movimentação dos intestinos. O m. obturatório interno está envolvido por fâscias e está na parede lateral da pelve e cobre a maior parte do forame obturado. Não tem função motora na pelve. É um rotador lateral da coxa quando esta está estendida e funciona com outros rotadores laterais da coxa. PGs neste músculo causam dor e a sensação de que o reto está cheio com leve extensão da dor para posterior e inferior na coxa e podem ainda projetar dor para a vagina. O bulboesponjoso no homem serve para esvaziar a uretra no final da micção e auxilia ainda na ereção. Na mulher fecha o orifício uretral na contração e auxilia na ereção do clitóris. Ainda na mulher, PGs nesta musculatura causa dispareunia, particularmente durante a entrada e dor contínua na região perineal. No homem causam dor na região retroescrotal, desconforto ao sentar ereto e por vezes certo grau de impotência. A contração do m. ísquiocavernoso no homem serve para manter a ereção e na mulher age semelhantemente na manutenção da contração do clitóris. PGs nesta musculatura causam dor perineal mas causam pouca interferência nas relações sexuais. A contração do m. transverso do períneo serve para fixar o corpo perineal na linha média e entre o ânus e a genitália e para suportar o assoalho pélvico (TRAVEL, 1992).

A FIGURA 09 ilustra o assoalho da pelve feminina com seus músculos em posição anatômica.

3.4. CAUSAS NÃO VISCERAIS DE DPC

3.4.1. CAUSAS MUSCULOESQUELÉTICAS E MIOFASCIAS

Os problemas musculoesqueléticos identificados como causa primária de DPC parecem ocorrer mais comumente em resposta a estresse repetitivo crônico e deslocamento associado à má postura, pobre condicionamento físico e mecânico corporal. O trauma direto das estruturas musculoesqueléticas é descrito com menor frequência, mas é devido mais a acidentes, procedimentos cirúrgicos e traumas esperados que ocorrem durante a gravidez. Podem ser secundários na DPC como na hipertonia muscular que ocorre em indivíduos com disfunção urogenital, desuso pós-cirúrgico, complicações na cicatrização ou distúrbios psicogênicos. Estes problemas são caracterizados como disfunções ou como doenças. Disfunções quando existe alteração mecânica que se manifestam por um acréscimo ou decréscimo dos limites do movimento ou pela presença de uma aberração motora. Inclui os deslocamentos, as luxações, resistência e flexibilidade anormal e condições degenerativas. As doenças devem ser diagnosticadas e conduzidas por médicos ortopedistas ou outros preparados para tal (STEEGE, 1998).

As falhas de postura da coluna vertebral são causas muito comuns e expressam DPC. Consiste na cifose e lordose e escoliose acentuadas, combinadas ou não, que podem se iniciar na gravidez e se tornar uma disfunção após o parto. Uma escoliose funcional se desenvolve para compensar uma báscula de bacia que é causada por uma “perna curta”, quando em ortostática, ou por uma pequena hemipelve quando sentado. Esta assimetria impõe um constante deslocamento muscular inadequado que perpetua PGs na musculatura paraespinal adjacente, causando dor (TRAVEL, 1992).

A FIGURA 10 ilustra as alterações posturais da coluna vertebral com relação à normalidade.

A síndrome toracolombar descrita por Paris em 1990 revela dor anterior e lateral ao abdome e quadril referida da região toracolombar em doentes que tiveram uma fusão de vértebras lombares baixas ou médias, configurando uma hipermobilidade da junção toracolombar. Os doentes adotam uma lordótica postura e freqüentemente aparece irritação do nervo fêmuro cutâneo lateral.

Alterações degenerativas do quadril ocorrem em indivíduos sedentários e acostumados a ficar muito tempo sentado ou mesmo na hipermobilidade que levam a uma destruição da cartilagem articular. Freqüentemente revelam dores na virilha e anteriores ao quadril e aparece mais nas mulheres (BAKER, 1998).

A diástase da sínfise púbica é outra causa descrita que pode ocorrer durante o trabalho e durante o parto e se não solucionada no pós-parto pode ocasionar dores crônicas na porção inferior do abdome e aumento de tensão muscular no assoalho pélvico e quadris. A palpação da diferença de altura entre os lados direito e esquerdo do púbis, associado com aumento de tensão e edema sugerem esta condição. Pode-se ter ainda luxações sacrococcígeas, rotação íliosacral e torções sacroilíacas como condições de DPC nas regiões sacroilíacas, assoalho pélvico e púbis (BAKER, 1998).

BOISSONNAULT (1988) relatou a separação do m. reto abdominal como uma ocorrência durante o segundo e terceiro trimestre da gravidez bem como no período pós-parto e que pode contribuir para uma DPC. Ocorre por fraqueza da parede abdominal, diminuição do suporte visceral dado pelo assoalho pélvico que trabalha em conjunto com esta musculatura, favorecendo o aparecimento de PGs nesta região.

Uma queda ou outros traumas pode causar uma dor coccígea. Os deslocamentos do parto e as fraturas que podem ocorrer durante um parto forçado limitando a extensão sacrococcígea necessária para aumentar o diâmetro anteroposterior do canal do parto são condições de causa mais comuns, ocasionando dor no assoalho pélvico com aumento de tensão muscular. Em casos de fraturas ou luxações, o deslocamento do cóccix determina alterações do comprimento e tônus da musculatura do assoalho

pélvico. Uma entidade clínica denominada coccigodínea é uma dor que se concentra no cóccix, freqüentemente irradiando para o reto, lateralmente à região glútea e ocasionalmente irradia para as coxas. É uma dor de característica severa, contínua, pulsátil, comumente em hábitos de prolongado assento. Traumas cirúrgicos ano retais são as causas mais comuns. Aparecem mais nas mulheres e estão relacionados com os traumas de modificação da postura do cóccix na gravidez e com os traumatismos pós-parto, bem como por espasmos da musculatura ao redor do cóccix e por inflamação da junta sacrococcígea (GRANET, 1946; SCHAPIRO, 1950; THIELE, 1937).

Freqüentemente a musculatura do assoalho pélvico torna-se hipotônica, hipertônica ou com diminuição de força. Quando está fraca e hipotônica leva ao relaxamento e pode causar DPC nas situações de trauma de parto ou em excesso de força no pós-parto. As pacientes referem uma sensação de “desabar” e em estágios mais avançados sofrem prolapso dos órgãos urogenitais e tornam-se incontinentes (BAKER, 1998).

TRAVEL e SIMONS (1992) relataram que os PGs na parede abdominal podem imitar desordens viscerais. Podem simular apendicites, doenças da bexiga, da vesícula biliar, hérnia diafragmática e úlcera péptica, carcinoma gástrico, colecistite crônica ou cólica biliar. Podem ocorrer por várias outras causas não viscerais como os danos iatrogênicos dos nervos periféricos após intervenções cirúrgicas e cicatrizes pós-cirúrgicas, por encarceramento dos nervos cutâneos abdominais (não necessariamente após intervenções cirúrgicas), por hérnias, síndromes miofasciais, síndrome da ponta das costelas (8ª, 9ª e 10ª), origem espinhal (quando as raízes dos nervos intercostais são irritadas na emergência da coluna, por fatores degenerativos dos ossos) ou ainda por hematoma espontâneo da bainha do m.reto (GALLEGOS, 1990). Quando um músculo é saudável e tem um bom fluxo sanguíneo, força e flexibilidade normais e não está submetido a microtraumas de repetição ou a um macrotrauma, não desenvolve PGs. PGs ocorrem em um músculo em resposta a um estresse agudo ou crônico,

incluindo os microtraumas, desordens de sono e fadiga, macrotraumas e tensão e estresse psicossocial (COSTELLO, 1998).

As disfunções hipertônicas da musculatura abdominal e do assoalho pélvico podem ser causadas por vários fatores já mencionados acima. A hipertonia do m. elevador do ânus produz dor na região perivaginal, periretal, nos quadrantes abdominais inferiores, na região supra púbica, cóccix e coxa posterior. Nomes como proctalgia fugax, proctodínea, proctalgia e diafragma pélvico espástico são outras denominações para este fenômeno. Inflamação é considerada a causa mais freqüente desta condição. Trauma, como uma péssima postura no ato de se sentar e psiconeurose são outras causas que requerem consideração. Ocorreu em 80% de pacientes com idade entre 40 e 50 anos em um estudo. 25% apresentaram envolvimento do m. piriforme, é mais comum ser unilateral, mas pode ser bilateral. A dor é descrita como pulsátil e rítmica ou “pressão no reto” ou “dor dolorida” pelos doentes. O toque retal revela um grande aumento da tensão e espasmo na área de inserção dos mm. coccígeos e íliococcígeos e do ligamento sacroespinal na espinha isquiática. O doente pode referir que não há relação da dor no cóccix na posição sentada. Quando ocorre durante o sono, habitualmente denomina-se proctalgia fugax (PARADIS, 1968; LILIUS, 1973; SOHN N. et al, 1982).

Diástase do músculo reto ou separação das bandas musculares na linha média causadas por obesidade ou gravidez pode causar dores suprapúbicas ou no abdome inferior em alguns casos (KOTARINOS, 1990).

A péssima mobilidade da cicatrização cirúrgica na parede abdominal ou no assoalho pélvico pode produzir DPC. A limitação da mobilidade em uma ou mais direções produz dor quando a direção desta limitação é estressada. É menos comum nas cirurgias de laparoscopia do que na laparotomia. Os encarceramentos dos nervos abdominais são freqüentes nestas condições (KESSLER, 1990).

Segundo LIN et al (2003), o diagnóstico da síndrome dolorosa miofascial depende exclusivamente da história e do exame físico. Suas características são de dor difusa em um músculo ou em grupos musculares.

Geralmente são expressas em peso, queimor ou latejamento, surtos de dor e referência de dor à distância e às vezes com queixas de parestesias (sem padrão neuropático).

3.4.2. CAUSAS NEUROPÁTICAS

A dor neuropática é mediada por um distúrbio na sua condução. Não é uma simples sensação transmitida do sítio de lesão ao cérebro. A percepção da dor não é o mesmo que a transmissão de impulsos nervosos. O sinal enviado via nervos e neurotransmissores comunicam-se com os sinais do sistema límbico que contém toda uma experiência sensorial armazenada do indivíduo. Assim a dor (de uma forma geral) experimentada é afetada pelo que o indivíduo está pensando e sentindo naquele momento, de acordo com a sua personalidade e a presença de um diagnóstico, envolvendo suas circunstâncias de vida e ganho secundário. Portanto, dor não é objetiva, mas sim sempre subjetiva e é sempre um estado conceitual (BENSON, 1998).

Lesões intramedulares ou doenças do cone medular como tumores, esclerose múltipla,iringomielia, abscesso, trauma ou a combinações destes podem produzir dor na pelve ou no períneo. A dor é comumente espontânea, do tipo queimor, difusa e de difícil localização e freqüentemente associada com hiperalgesia, hiperpatia e parestesias. Lesões extramedulares intratecais como nos abscessos, neoplasias, metástases e hemorragias inicialmente produzem dores na região lombar e na pelve. Pode ser radicular quando é agravada pela tosse e distensão e estaria associado a um aumento de tensão paravertebral, parestesias, hipoestésias e perda de força e outros sinais envolvendo os segmentos da medula lombossacra onde a lesão está localizada. Compressões medulares causadas por tumores primários ou metastáticos, hemorragia ou abscessos que produzem pressão do cone medular invariavelmente produzem dores lombares e pélvica, mas envolvem também os membros inferiores.

Aracnoidites são também causas de DPC, quando envolvem vários segmentos da cauda eqüina, mas ocasionalmente é limitada às raízes ou radículas dos nervos sacrais e coccígeos. Manifesta-se por dor, parestesias e déficits sensitivos e disfunção motora na “região da sela” e freqüentemente associado com disestesias (BONICA, 1990).

Lesões das raízes e radículas dos nervos espinhais do segmento lombossacro produzem uma radiculopatia e consequente radiculalgia ou dor segmentar. São causadas por infecções por herpes zoster, infecções crônicas ou neuropatias metabólicas ou tóxicas ou por compressão das raízes nervosas, por nervos formados por tumores, protrusões discais, fratura de vértebras e osteofitos e artropatias (BONICA, 1990).

Lesões isoladas (mononeuropatias) ocorrem comumente na pelve. A mais comum é a lesão do tipo compressiva ou por estiramento do nervo podendo, durante o trabalho e parto e fraturas da espinha isquiática. Traumas como os causados por injeções ou pelo assento de bicicletas, trauma do períneo ao andar a cavalo ou em queda com os membros inferiores em posição de abertura ou queda sobre objetos finos, são outras causas mais raras, mas de projeção bilateral. Caracteriza-se por dor de média a severa intensidade e de caráter em queimor com períodos de dor lancinante, hiperalgesia cutânea, hipalgesia, hipersensibilidade profunda, parestesia, formigamento e subjetiva paralisia. A hipersensibilidade cutânea pode ser tão severa que impede o indivíduo de sentar-se ou de ter relações sexuais. A parestesia pode fazer o doente coçar a região afetada o que resulta uma irritação na pele criando um círculo vicioso (BONICA, 1990).

As lesões do n. ílioinguinal são mais comumente encontradas nos danos cirúrgicos, particularmente pela agulha na uretropexia (SHOOK, 1992). Um encarceramento do n. ílioinguinal pode causar dor e dificuldades no diagnóstico. O ponto de encarceramento do nervo é medial à espinha anterosuperior. Após contornar as paredes internas do tronco e pelve, transpassa o m. transversos abdominal e o m. oblíquo interno e cai sobre o funículo espermático sob o m. oblíquo externo. Forma uma espécie de zigzag, daí o nervo é sujeito a irritação mecânica por cordões de fibras

musculares sob certas condições de pressão, quando as margens dos degraus estão apertados contra o nervo. A dor é referida na região da virilha. Se a neuropatia é persistente, aparece fraqueza da porção inferior do abdome, região afetada com a formação de uma hérnia direta. O diagnóstico de uma neuropatia por encarceramento pode ser muito difícil de se diferenciar de condições como uma doença de quadril (lesões do tipo instabilidade), doença geniturinária, presença de uma hérnia e camptocormia (pessoas que tiveram dores lombares com irradiação para a virilha freqüentemente têm dor periférica, ou ao menos a síndrome toda classificada como psicogênica e chamada de camptocormia) (KOPELL et al, 1962).

Durante um estudo realizado por RANGER e MEHTA em 1971, onde 103 doentes foram tratados de dor abdominal persistente e sem causa intra-abdominal determinada, 42 tinham sido submetidos à apendicectomia e 11 tinham problemas ginecológicos e ambos tinham diagnóstico de comprometimento do nervo íliohipogástrico, contra 10 doentes com dores na virilha e sem diagnóstico de hérnia inguinal, com clínica de comprometimento do nervo ílioinguinal.

A síndrome da neuralgia genitofemural foi primeiramente reportada por Magee em 1942 e mais tarde por Lyon em 1945. É sabido que adesões fibróticas encarceram ramos pequenos do nervo na região de uma cirurgia prévia ou de um trauma cego. Freqüentemente estes doentes são classificados como neuróticos ou falsos doentes. Este nervo nasce do primeiro e segundo plexo lombar vertebral e consiste principalmente de fibras sensitivas com um componente motor para o cremaster (reflexo cremasteriano). Cai na fáscia que reveste o abdome perfurando o m. psoas e a fáscia próxima do psoas próxima à sua borda medial se opõe a terceira e quarta vértebra lombar. Desce abaixo do peritônio na superfície do m. grande psoas e cruza oblíquo atrás do ureter. Após o ligamento inguinal e sobre este, divide-se em ramo genital e femural. Grandes variações anatômicas que comunicam os ramos entre os nervos ilioinguinal, genitofemural e íliohipogástrico na região inguinal não são incomuns. Após

o anel inguinal vai para o cremaster no homem e na mulher corre junto ao ligamento redondo do útero até terminar na pele do monte pubiano e grandes lábios. A dor é de expressão do tipo queimor e de caráter contínuo ou intermitente na região inguinal com irradiação para a pele da genitália e região súpero medial da coxa. Agrava-se pela marcha, inclinar-se para frente (curvar-se) ou por hiperextensão do quadril e melhora pela flexão da coxa quando deitado. Sensibilidade, ao longo do canal inguinal ou do anel inguinal pode ser detectada e hiperestesia na distribuição do nervo pode estar presente. Incisões como a Pfannenstiel ou o uso de retratores ortostáticos ou a formação de aderências pós-operatórias na região abdominal baixa e inguinal são bastante comuns. (BENSON, 1998 e STARLING et al, 1987).

HOWARD (2000) relatou que neuropatias compressivas do nervo obturatório são raras. Compressão pela cabeça fetal durante partos complicados ou pressão causadas por hérnias ou tumores intrapélvicos são os casos mais conhecidos. É comum nas cirurgias que envolvem o espaço de Retzius. Caracteriza-se por anormalidades sensoriais da face medial da coxa com denervação dos adutores, levando a uma fraqueza na adução da mesma (BENSON, 1998).

O encarceramento do n. fêmuro cutâneo lateral (meralgia parestésica) ocorre ao nível da espinha ilíaca superior produzindo mudanças sensoriais na lateral da coxa. A localização está naquele ponto onde existe a perfuração deste nervo na fáscia lata. Roth em 1895 foi o primeiro a descrever as neuropatias deste nervo e o primeiro a denominar o termo meralgia parestésica, juntamente com Bernhardt e Freud separadamente. Fatores agravantes incluem o uso prolongado de próteses ou espartilhos apertados que causam intermitente ou contínua pressão no nervo. É freqüente em obesos possivelmente pela tração do nervo exercida que o panículo adiposo pode exercer sobre o ligamento inguinal. Gravidez e outras causas que podem aumentar a pressão abdominal podem ser as causas. Recentemente os dados mostram de 01 a 02% de neuralgias por encarceramento após abertura e herniorrafia laparoscópica (HOWARD, 2000).

As neuropatias do n. femural são comumente resultado de traumas. Dentre as causa mais comuns estão os hematomas compressivos resultante de sangramentos em complicações cirúrgicas, como nas cistectomias via vaginal e histerectomias via vaginal de uma forma direta ou indireta nas compressões entre o m. psoas e a parede lateral da pelve por afastadores retráteis. Estes comprometem ainda o suprimento sanguíneo do nervo causando a neuropatia. A síndrome do encarceramento do nervo femural no arco íliopectíneo, análogo ao túnel do carpo foi recentemente descrito. Produz fraqueza do quadríceps com subsequente fraqueza na extensão do membro inferior bem como diminuição de sensibilidade sobre a região anterior e medial da coxa e da porção medial do membro inferior baixo. Quando existe fraqueza na flexão da coxa no quadril sugere comprometimento do m. íliopsoas nos traumas de parto e durante o trabalho quando existe compressão das raízes lombares no momento em que estas entram no canal pélvico (HOWARD, 2000 e BENSON, 1998).

OKADA e TEIXEIRA (2003) denotaram a importância da expressão verbal na presença de uma dor neuropática. Não há uniformidade quanto à apresentação dos sintomas nos doentes que apresentam esta condição. Geralmente a dor é descrita como choques, tremor, pontadas e agulhadas. Pode ser paroxística, episódica ou contínua, referida ou irradiada em locais distantes e ser superficial ou profunda, ser acompanhada ou não de déficits sensitivos, alodínea, hiperpatia, hiperalgesia, disestesias e parestesias, espontânea ou evocada por estímulos físicos, químicos ou emocionais. Quando superficial, usualmente é descrita como queimor, agulhada e ardor e quando profunda, como doída, em pressão ou em aperto. Quando paroxística, tem caráter lancinante, em choque, pontada, agulhada ou facada, com duração de alguns segundos. Quando constante, é descrita como queimor, formigamento ou peso.

3.4.3. CAUSAS SISTÊMICAS

Doentes com anormalidades da coagulação sanguínea como em hemofilias, hepatopatias ou uso de anticoagulantes podem apresentar sangramentos espontâneos após mínimos traumatismos. Quando o hematoma se infiltra nas estruturas nervosas ou somáticas podem gerar dor. Ocorre em hematomas retroperitoneais levando a impotência de músculos como o íliopsoas, mas quando muito volumosos podem comprometer o plexo lombossacro, o nervo ílioinguinal e gêmeo-femural, resultando em dor nos grandes lábios, região inguinal e face antero-medial da coxa. Exames como Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética ou ultrassom podem elucidar o diagnóstico (HAMID, 1981).

Ainda segundo HAMID (1981), a anemia falciforme pode ser causa de dor aguda na pelve, por trombose e isquemia tecidual devido à falcização das hemácias no interior dos vasos sanguíneos.

Na artrite reumatóide e na periarterite nodosa a dor abdominal pode ocorrer, associadas ou não de peritonite. No diabetes, quando não controlada, dores abdominais não são incomuns e neuropatias autonômicas ocorrem em muitos casos. A porfíria aguda intermitente, porfíria variegata e corprofíria hereditária são heranças autossômicas dominantes e caracterizam-se por sintomas abdominais, neuropsiquiátricos e dermatológicos. As dores podem se manifestar na região abdominal e lombar irradiando para a região genital, associada a hipertonia da parede abdominal, vômitos e obstipação. Alguns quadros neuropáticos periféricos caracterizados por déficits sensitivos e motores estão geralmente associados (HAMID, 1981).

3.5. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Há uma série de evidências de que doentes com DPC apresentam alterações psicológicas mais evidentes que a população controle. A prevalência de mulheres com depressão em DPC é de aproximadamente 28% ao passo que quando comparado com mulheres portadoras de afecções ginecológicas em geral, passa a ser 3%. Abuso sexual e físico em estudos norte americanos é controverso e varia de 20 a 80%. A variação é grande devido aos critérios utilizados que são muito diferentes. Em outros estudos, a prevalência foi de 58% comparado com 30% do grupo controle que inclui doentes com afecções ginecológicas ou com dor, mas não de localização pélvica (BASU, 1981).

BENSON et al (1959) estudaram 35 mulheres com DPC funcional em uma clínica ginecológica, por métodos médico-psiquiátrico-psicológico por mais de três anos. Todos os doentes tiveram problemas psiquiátricos. Psicose foi diagnosticado em 29 mulheres e psicose (esquizofrenia) em 6. Todas sempre resistiram invariavelmente à conclusão de que seus desconfortos ocorreram durante um psicofisiológico contexto (estresse de vida). Metade foram submetidas à psicoterapia e metade destas tiveram benefício com o tratamento.

RAPKIN et al (1984) acharam prevalência maior de abuso físico em população com dor crônica quando comparado com uma população com DPC. De 52 mulheres estudadas apenas 05 apresentavam enfermidades orgânicas que a justificassem e nas demais observaram um histórico de incesto, vários divórcios, ingestão de álcool e uso de drogas, caracterizando uma amostra com intensa desorganização social. 66% tinham somatização e este índice se acresceu para 80% quando a história de dor era superior a 05 anos. As doentes eram deprimidas no geral e poliqueixosas. O fato de termos anormalidades psicológicas ou psiquiátricas não indica que a dor seja imaginária. A associação de queixas de dor com transtornos emocionais não indica a ocorrência da dor em muitos casos. FIGUEIRÓ e

TEIXEIRA (1995) não observaram mudanças ou diferenças no perfil comportamental em mulheres com dor pélvica com ou sem doença demonstrável. É bem possível que a ansiedade e a depressão, observadas em muitas dessas mulheres, sejam conseqüências e não a causa da dor pélvica. É provável que quando ocorrem anormalidades emocionais, os doentes direcionem a sede da dor para a pelve e não para outras regiões (RASKIN, 1984).

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

O presente estudo baseia-se na observação de 81 doentes com DPCOI, atendidos no Ambulatório de Dor Crônica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de janeiro de 2001 a fevereiro de 2004.

Todos os doentes foram examinados pelo autor, de acordo com protocolo desenhado para esta finalidade (anexo 1 e anexo 3).

Os critérios para a inclusão no estudo foram:

1. Ocorrência de dor crônica inquestionável obedecendo aos limites abaixo da linha imaginária que passa entre as cristas ilíaca, medial aos ligamentos inguinais dos dois lados, região glútea e de expressão interna na pelve como vaginal, anal ou perineal.
2. Dor crônica inquestionável dentro dos limites apresentados acima e que foram encaminhados por outras clínicas pertencentes ao HCFMUSP nas áreas de urologia, proctologia, ginecologia e gastroenterologia após terem sido devidamente avaliados nestas clínicas e não tiveram causa orgânica visceral definida para o diagnóstico da síndrome dolorosa.
3. Concordância com a participação no estudo.
4. Doentes portadores de DCPOI tratados cirurgicamente, porém sem causas evidentes de dor visceral de uma forma inquestionável.

Os critérios de exclusão foram:

1. Dor crônica definida como dor de origem comprovadamente visceral pelas outras clínicas pertencentes ao HCFMUSP como a urologia, proctologia, ginecologia e gastroenterologia.
2. Dor crônica definida como dor oncológica.

3. Dor caracterizada inquestionavelmente como de origem central.
4. Dor caracterizada inquestionavelmente como de origem fibromiálgica.
5. Doentes que não tenham sido avaliados pelas clínicas de urologia, ginecologia, proctologia e gastroenterologia, conforme sua patologia ou suspeita diagnóstica.
6. Doentes que apresentam dores aparentemente miofasciais, mas que comprovadamente são reflexos víscero-somáticos.

Os seguintes aspectos da DPCOI foram avaliados:

1. Idade do doente
2. Sexo do doente
3. Localização regional da dor
4. Caráter da dor
5. Tempo do quadro doloroso
6. Tempo de aparecimento da dor após intervenção cirúrgica
7. Descritores espontâneos
8. Escala analógica visual (EVA) (anexo 2)
9. Agravantes e desencadeantes do fenômeno doloroso
10. Fatores de melhora
11. Impacto sobre atividades
12. Pontos Gatilho (PGs)
13. Tipo de cirurgia realizado
14. Nervos envolvidos no quadro doloroso
15. Causa da dor

A EVA auxiliou a quantificação de intensidade da dor. Foi solicitado ao doente para anotar um ponto que representou a intensidade da sua dor em uma linha numerada de zero a dez, onde temos nas extremidades “sem dor” e “pior dor” (JENSEN; KAROLY, 1992).

Todos os doentes foram submetidos a um exame geral, neurológico e fisiátrico completo onde os seguintes parâmetros foram de extrema ênfase:

1. Estado geral dos doentes
2. Doenças presentes e associadas
3. Presença de hiperpatia
4. Presença de alodínea
5. Sensibilidade dolorosa
6. Presença de PGs
7. Determinação do acometimento neuropático periférico mais comum seja ele plexular, troncular, radicular ou segmentar envolvido com a presença da dor de caráter neuropático ou miofascial e neuropático.

Ao apresentarem dor de projeção intravaginal, perineal ou anal todos os doentes foram submetidos a toque retal e toque vaginal (anexo 3), onde se definiu por convenção, quando presentes, PGs classificados por horas como em um relógio.

A hiperpatia foi definida como reação álgica exacerbada após agulhamento repetido em um mesmo ponto da região examinada ou deflagração de dor intensa e desproporcional quando do agulhamento de áreas hiperálgicas. A alodínea foi definida quando houve uma reação dolorosa evocada ao se passar um tufo de algodão sobre a região examinada. A sensibilidade dolorosa foi avaliada com o uso de alfinetes sobre a região em exame.

A presença de PGs foi avaliada palpando-se as regiões referidas como hiperálgicas e observando-se a presença de “pontos nodulares” no tecido muscular abaixo do tegumento ou intravaginal ou intra-retal conforme a semiotécnica aplicada e quando intravaginal ou retal determinou-se a localização usando-se os números de um imaginário relógio.

Nas dores de caráter neuropático periférico, a determinação da projeção neuropática mais comum foi determinada pelo exame físico apropriado e foi definida como de projeção radicular, plexular, troncular ou segmentar.

O exame clínico incluiu a avaliação do aparelho locomotor com ênfase para a ocorrência ou não de síndrome dolorosa miofascial (SDM) e de sua distribuição corporal.

De acordo com o inventário de auto-avaliação (anexo 1) o estado psicológico dos doentes foi classificado como: “normal”, “depressivo” ou “ansioso”.

Os casos foram estratificados em grupos, segundo a origem mais provável da dor, como:

1. Dores miofasciais (sem qualquer indício de fenômeno neuropático)
2. Dores neuropáticas (sem qualquer indício de fenômeno miofascial)
3. Dores miofasciais e neuropáticas (com fenômenos neuropáticos e miofasciais associados).

Conforme a intervenção cirúrgica realizada, estratificamos ainda os doentes em grupos como:

1. Dores miofasciais após trauma cirúrgico.
2. Dores neuropáticas após trauma cirúrgico.
3. Dores miofasciais e neuropáticas após trauma cirúrgico.

5. RESULTADOS

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes quanto à atividade profissional

Profissão	N	%	Profissão	N	%
DO LAR	21	25,9	PEDREIRO	1	1,2
AUXILIAR	5	6,2	PEDAGOGA	1	1,2
LAVRADOR	3	3,7	MECÂNICO	1	1,2
DOMESTICA	3	3,7	FUNILEIRO	1	1,2
VENDEDORA	2	2,5	FUNCIONARIA PUBLICA	1	1,2
SECRETARIA	2	2,5	FISIOTERAPEUTA	1	1,2
OPERADOR	2	2,5	ESTUDANTE	1	1,2
NÃO DECLARADO	3	3,7	ESCRITURARIA	1	1,2
MILITAR	2	2,5	ENGENHEIRO	1	1,2
MEDICO	2	2,5	ENFERMEIRA	1	1,2
FAXINEIRA	2	2,5	ENCARREGADA SEÇÃO	1	1,2
COPEIRA	2	2,5	EMPRESÁRIO	1	1,2
BALCONISTA	2	2,5	COZINHEIRA	1	1,2
ADVOGADO	2	2,5	COSTUREIRA	1	1,2
TRADUTORA	1	1,2	COMERCIANTE	1	1,2
TEC PROCESS DADOS	1	1,2	BARBEIRO	1	1,2
SERV. PUBL. FED.	1	1,2	BANCÁRIO	1	1,2
SEGURANÇA	1	1,2	ARTESA	1	1,2
REFORMADOR MOVEIS	1	1,2	ANALISTA SISTEMAS	1	1,2
PSICÓLOGA	1	1,2	AJUDANTE GERAL	1	1,2
PORTEIRO	1	1,2	AGRICULTOR	1	1,2

A Tabela 1 e Gráfico 1, demonstram que a prevalência da DPCOINV ocorreu mais sobre as profissões que exigem movimentação física no trabalho de forma intensa.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes quanto à atividade profissional

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (N e %)

Sexo	N (%)
Feminino	57 (70,4%)
Masculino	24 (29,6%)
TOTAL	100 (100,0%)

A DPCOINV incide mais sobre o sexo feminino do que no masculino (Tabela 2 e Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (%)

TABELA 3 - Distribuição dos resultados quanto ao sexo dos pacientes, a idade em faixas etárias, N e percentagem

Faixa etária	Mulheres	Homens
20 a 29 anos	4 (7,1%)	3 (12,5%)
30 a 39 anos	14 (24,5%)	3 (12,5%)
40 a 49 anos	14 (24,5%)	6 (24,9%)
50 a 59 anos	8 (14,1%)	4 (16,7%)
60 a 69 anos	10 (17,5%)	4 (16,7%)
> 69 anos	7 (12,3%)	4 (16,7%)

Houve uma incidência maior no sexo feminino nas faixas etárias de 30 e 49 anos e entre os 40 e 59 anos para o sexo masculino (Tabela 3 e Gráfico 3).

GRÁFICO 3 - Distribuição dos resultados quanto ao sexo dos pacientes, a idade em faixas etárias e percentagem

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes quanto a região afetada pela dor e o sexo dos pacientes

Região	Mulheres	Homens
Ânus	19 (21,1%)	8 (19,0%)
Inguinal	18 (20,0%)	10 (23,8%)
Vagina	14 (15,6%)	0
Púbis	20 (22,2%)	3 (7,1%)
Períneo	6 (6,7%)	3 (7,1%)
Cóccix	5 (5,6%)	3 (7,1%)
Coxa	5 (5,5%)	2 (4,8%)
Inguino crural	1 (1,1%)	0
Quadril	1 (1,1%)	1 (2,4%)
Vulva	1 (1,1%)	0
Pênis	0	4 (9,5%)
Testículos	0	5 (11,9%)
Uréter	0	1 (2,4%)

A Tabela 4 e o Gráfico 4, demonstram que as regiões anal, inguinal, vaginal e pubiana são as regiões de maior prevalência na DPCOI nas mulheres, ao passo que nos homens as regiões anal, inguinal e peniana são as de maior prevalência.

GRÁFICO 4 - Distribuição dos pacientes quanto à região afetada pela dor e o sexo em percentagem

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e sexo dos pacientes

Característica	Constante	Episódica	Flutuante	Paroxística
Mulheres	38 (66,7%)	10 (17,5%)	5 (8,8%)	4 (7,0%)
Homens	20 (83,3%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	0

Houve uma prevalência do caráter constante da DPCOI para o sexo feminino e masculino (Tabela 5 e Gráfico 5).

GRÁFICO 5 - Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e sexo dos pacientes

TABELA 6 - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e sexo dos pacientes

Expressão	Mulheres	Homens
Queimor	30 (31,9%)	11 (31,4%)
Latejamento	17 (18,1%)	6 (17,1%)
Pontada	22 (23,5%)	9 (25,7%)
Peso	7 (7,4%)	6 (17,1%)
Aperto	7 (7,4%)	0
Dolorimento	2 (2,1%)	1 (2,9%)
Choque	2 (2,1%)	1 (2,9%)
Rasgada	1 (1,1%)	0
Pressão	1 (1,1%)	0
Formigamento	1 (1,1%)	0
Calor	1 (1,1%)	1 (2,9%)
Dormência	1 (1,1%)	0
Facada	2 (1,1%)	0
TOTAL	57 (70,4%)	24 (29,6%)

As expressões verbais de queimor, latejamento, pontada e peso são as de maior predominância em ambos os sexos e predomina sobre o sexo feminino (Tabela 6 e Gráfico 6).

GRÁFICO 6 - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e sexo

TABELA 7 - Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores Agravantes / Desencadeantes da dor e o sexo dos pacientes

Fatores Agravantes e Desencadeantes	Mulheres	Homens
Esf. Físico	25 (16,3%)	11 (17,7%)
Movimentos	19 (12,4%)	4 (6,5%)
Marcha	13 (8,5%)	10 (16,1%)
Frio	12 (7,9%)	4 (6,5%)
Postura	12 (7,8%)	6 (9,7%)
Sentar	10 (6,5%)	8 (12,9%)
Emoções	10 (6,5%)	2 (3,2%)
Contato	7 (4,6%)	2 (3,2%)
Calor	6 (3,9%)	1 (1,6%)
Evacuar	6 (3,9%)	3 (4,8%)
Estrêsse	6 (3,9%)	2 (3,2%)
Sexo	6 (3,9%)	2 (3,2%)
Ortostatismo	5 (3,3%)	1 (1,6%)
Deitar	4 (2,6%)	2 (3,2%)
Toque	4 (2,6%)	0
Disf. Visceral	2 (1,3%)	0
Micção	2 (1,3%)	1 (1,6%)
Compressão	1 (0,7%)	0
Espirro/Tosse	1 (0,7%)	0
Ansiedade	1 (0,7%)	0
Roupa apertada	1 (0,7%)	0
Exercícios	1 (0,7%)	0
Mudança Tempo	0	1 (1,6%)
Dirigir	0	1 (1,6%)
Depressão	0	1 (1,6%)

O esforço físico, movimentos, frio, calor, marcha, postura e o ato de sentar são os mais referidos como fatores agravantes da DPCOI em ambos os sexos(Tabela 7 e Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores Agravantes / Desencadeantes da dor e sexo dos pacientes

TABELA 8 - Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores de Melhora da dor e sexo dos pacientes

Fatores de Melhora	Mulheres	Homens
Medicamentos	36 (27,7%)	9 (16,7%)
Rep.Físico / Psíquico	29 (22,3%)	10 (18,5%)
Deitar	17 (13,1%)	9 (16,7%)
Sono	16 (12,3%)	6 (11,1%)
Calor	9 (6,9%)	5 (9,3%)
Frio	3 (2,3%)	0
Andar	5 (3,8%)	1 (1,9%)
Massagem	5 (3,8%)	0
Ortostatismo	5 (3,8%)	2 (3,7%)
Micção	1 (0,8%)	0
Evacuar	1 (0,8%)	1 (1,9%)
Sentar	1 (0,8%)	5 (9,3%)
Contatos	1 (0,8%)	0
Movimentos	1 (0,8%)	0
Exercícios	0	1 (1,9%)
Correr	0	1 (1,9%)
Erecção	0	1 (1,9%)
Eletroanalgesia	0	1 (1,9%)
Acupuntura	0	1 (1,9%)
Massoterapia	0	1 (1,9%)

A Tabela 8 e o Gráfico 8 demonstram que os medicamentos, repouso físico e psíquico, deitar, sono, calor e frio são os fatores de melhora que predominam em ambos os sexos.

GRÁFICO 8 - Distribuição dos pacientes quanto aos Fatores de Melhora da dor e sexo dos pacientes

TABELA 9 - Distribuição dos pacientes quanto aos Impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o sexo dos pacientes

Impactos sobre as AVD	Mulheres	Homens
Humor	43 (18,3%)	9 (14,1%)
Sono	38 (16,2%)	9 (14,1%)
Lazer	31 (13,2%)	10 (15,6%)
Trabalho	30 (12,8%)	11 (17,2%)
Sexo	24 (10,2%)	5 (7,8%)
Apetite	19 (8,1%)	5 (7,8%)
Concentração	14 (6,0%)	2 (3,1%)
Sentar	11 (4,7%)	4 (6,2%)
Psiquismo	10 (4,3%)	1 (1,6%)
Deambular	6 (2,6%)	2 (3,1%)
Deitar	3 (1,3%)	0
Relacionamento	2 (0,9%)	1 (1,6%)
Vestir	1 (0,4%)	2 (3,1%)
Micção	0	1 (1,6%)
Evacuar	1 (0,4%)	1 (1,6%)
Ortostatismo	1 (0,4%)	1 (1,6%)
Movimentos	1 (0,4%)	0

A Tabela 9 e o Gráfico 9 revelam que as atividades como sono, humor, lazer e trabalho tem a mesma incidência entre os sexos, ao passo que a atividade sexual, apetite, concentração, o ato de sentar e o psiquismo incidem mais sobre o sexo feminino.

GRÁFICO 9 - Distribuição dos pacientes quanto aos Impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o sexo dos pacientes

TABELA 10 - Distribuição dos pacientes quanto aos Pontos Gatilho e o sexo dos pacientes

Pontos Gatilho	Mulheres	Homens
Elevador do Ânus	27 (32,5%)	9 (34,6%)
Glúteos	22 (26,5%)	5 (19,2%)
Adutores	14 (16,9%)	3 (11,5%)
Piriforme	10 (12,0%)	2 (7,7%)
Quadrado Lombar	4 (4,8%)	0
Coccígeo	3 (3,6%)	2 (7,7%)
Multifídio	5 (6,0%)	2 (7,7%)
Íleo psoas	2 (2,4%)	1 (3,8%)
Oblíquo Int / Ext	1 (1,2%)	1 (3,8%)
Reto Abdominal	1 (1,2%)	1 (3,8%)
Vasto Medial	1 (1,2%)	0
Abdutores	1 (1,2%)	0
Bulbo Esponjoso	1 (1,2%)	0
Pectíneo	1 (1,2%)	0

Os PGs mais predominantes foram nos músculos elevador do ânus, glúteos, adutores e piriforme em ambos os sexos, com predomínio para o sexo feminino (Tabela 10 e Gráfico 10).

GRÁFICO 10 - Distribuição dos pacientes quanto aos Pontos Gatilho e o sexo dos pacientes

TABELA 11 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico principal e o sexo dos pacientes

Diagnóstico	Mulheres	Homens	TOTAL
Miofascial	40 (70,2%)	15 (62,5%)	55
Miofascial e Neuropática	13 (22,8%)	3 (12,5%)	16
Neuropática	4 (7,0%)	6 (25,0%)	10

As dores miofascial e miofascial neuropática incidem mais sobre o sexo feminino e a dor neuropática tem ligeiro predomínio para o sexo masculino (Tabela 11 e Gráfico 11).

GRÁFICO 11 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico principal

TABELA 12 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e o sexo dos pacientes

Diagnóstico	Mulheres	Homens
Miofascial Pós Trauma Cirúrgico	8 (14,0%)	3 (12,5%)
Miofascial Pós Trauma Não Cirúrgico	7 (12,3%)	3 (12,5%)
Miofascial Sem Trauma	25 (43,9%)	9 (37,5%)
Miofascial e Neuropática Pós Trauma Cirúrgico	9 (15,8%)	1 (4,2%)
Miofascial e Neuropática Sem Trauma	4 (7,0%)	2 (8,3%)
Neuropática Pós Trauma Cirúrgico	2 (3,5%)	3 (12,5%)
Neuropática Pós Trauma Não Cirúrgico	0	1 (4,2%)
Neuropática Sem Trauma	2 (3,5%)	2 (8,3%)

As mulheres tiveram uma incidência maior nas dores miofasciais e miofasciais neuropáticas pós trauma cirúrgico, ao passo que nos homens houve uma incidência maior nas dores neuropáticas pós trauma cirúrgico (Tabela 12 e Gráfico 12).

GRÁFICO 12 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e o sexo dos pacientes

TABELA 13 - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Região	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Inguinal	3	0	4	1	6	1	2	3	2	2	1	3
Vagina	1	-	6	-	2	-	2	-	1	-	2	-
Anus	1	2	3	2	3	2	2	0	6	2	4	0
Cóccix	1	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0
Perineo	0	1	4	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Púbis	0	0	3	0	6	1	4	0	6	1	1	3
Pênis	-	1	-	1	-	1	-	0	-	1	-	0
Coxa	0	0	1	0	3	0	1	2	0	0	0	0
Inguinocrural	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Quadril	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Ureter	-	1	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
Vulva	0	-	0	-	0	-	1	-	0	-	0	-
Testículos	-	1	-	2	-	1	-	0	-	1	-	0

Há prevalência das regiões inguinal, vaginal, anal e coccígea no sexo feminino (Tabela 13 e Gráficos 13A e 13B).

GRÁFICO 13A - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes (mulheres)

GRÁFICO 13 B- Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes (homens)

TABELA 14 - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Expressão	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		>69	
Verbal da dor	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Queimor	2	0	7	1	8	2	4	2	6	3	3	3
Latejamento	1	2	5	1	3	1	2	0	3	1	3	1
Pontada	1	2	6	2	5	2	3	2	4	0	3	1
Peso	0	1	3	0	1	3	0	0	2	1	1	1
Dolorimento	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Rasgada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Pressão	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Choque	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Formigamento	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Calor	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Dormência	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Aperto	1	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0
Facada	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

As expressões verbais como queimor, latejamento, pontada, ardor, peso e aperto foram as mais presentes em ambos os sexos (Tabela 14 e Gráficos 14A e 14B).

GRÁFICO 14A - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes - Mulheres

GRÁFICO 14B - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes - Homens

TABELA 15 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores agravantes e desencadeantes da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Agravantes e	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
Desencadeantes	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Postura	0	0	4	1	3	1	1	2	2	1	2	0
Esforço Físico	2	1	8	2	7	3	1	2	4	1	3	2
Movimento	1	0	6	0	3	2	3	2	5	0	1	0
Compressão	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Marcha	0	0	4	0	4	3	2	3	1	2	2	2
Estresse	0	0	0	1	2	0	1	0	3	0	0	1
Evacuar	1	1	1	1	1	1	0	0	2	0	1	0
Micção	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Frio	0	0	6	1	2	1	0	1	0	1	4	0
Calor	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0
Emoções	1	0	3	0	0	0	0	0	4	1	2	1
Sentar	1	1	2	1	2	4	1	3	2	1	2	0
Ortostatismo	0	0	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0
Contato	0	0	3	0	1	0	1	0	1	2	1	0
Sexo	0	1	2	0	2	1	1	1	1	0	0	0
Espirro Tosse	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ansiedade	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disf.Visceral	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Deitar	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Toque	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0
Roupa apertada	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mudança temperatura	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigir	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Depressão	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Exercícios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

A postura, o esforço físico e a atividade sexual predominam mais sobre o sexo feminino na faixa etária entre 31 e 50 anos. O movimento predomina no sexo feminino entre a faixa etária de 31 a 70 anos. A marcha não demonstra maior incidência sobre os sexos na faixa etária de 31 a 60 anos. O frio/calor predomina nas mulheres na faixa etária entre os 31 a 40 anos (Tabela 15).

TABELA 16 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores de melhora da dor, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Fatores de Melhora	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Medicamentos	3	1	9	1	9	2	4	2	6	3	5	0
Calor	0	1	4	3	3	0	0	1	1	0	1	0
Frio	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Massagem	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Repouso Fís. Psíqu.	2	1	4	1	7	3	3	2	8	2	5	1
Deitar	0	0	2	0	4	3	3	2	4	2	4	2
Sono	0	0	2	0	2	3	2	2	6	2	4	0
Micção	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Evacuar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Sentar	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	0	1
Ortostatismo	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1
Massoterapia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Andar	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0
Eletroanalgesia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Acupuntura	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Contato	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Movimento	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Exercícios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Correr	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ereção	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

As mulheres demonstram uso de medicamentos mais do que os homens em todas as faixas etárias. O calor/frio é fator de prevalência maior nas mulheres entre os 41 e 50 anos. O fator massagem prevalece mais nas mulheres na faixa dos 31 a 40 anos. O repouso físico e psíquico prevalecem nas mulheres entre as faixas 41 e 50 e 61 a 70 anos. Há ligeiro predomínio do ato de deitar nas mulheres após os 41 anos. O sono revela-se mais predominantemente expressivo nas mulheres entre 61 e 70 anos. (Tabela 16).

TABELA 17 - Distribuição dos pacientes quanto aos impactos da dor sobre as Atividades da Vida Diária (AVD), a faixa etária e o sexo dos pacientes

Impacto sobre as AVD	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Humor	3	0	11	2	10	3	6	1	8	2	5	1
Sexo	0	0	10	2	5	0	4	1	4	1	1	1
Sentar	1	0	2	0	4	2	2	1	2	0	0	1
Sono	4	0	9	2	10	0	5	3	6	3	4	1
Lazer	0	1	10	1	8	3	6	2	7	2	0	1
Ortostatismo	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Vestir	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
Psiquismo	0	0	2	0	4	0	1	0	2	0	1	1
Relacionamento	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1 (*)
Micção	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (*)
Evacuar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Deitar	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Trabalho	1	0	9	1	9	4	2	3	7	1	2	2
Concentração	0	0	5	0	5	1	1	1	2	1	0	0
Apetite	1	1	4	1	6	1	4	0	4	1	0	1
Movimentos	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Deambular	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0

(*) Idade não identificada

Humor, atividade sexual, sentar, sono e lazer são mais incidentes nas mulheres entre os 31 e 70 anos (Tabela 17).

TABELA 18 - Distribuição dos pacientes quanto aos pontos gatilho, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Pontos Gatilho	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Coccígeo	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Elevador do anus	1	2	5	3	5	3	4	0	4	1	7	1
Adutores	0	0	3	1	7	0	3	0	1	1	0	1
Abdutores	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Obl. Inter. Exter.	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Vasto Medial	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Piriforme	2	0	2	1	3	0	2	0	0	1	1	0
Glúteos	3	0	7	1	5	2	2	1	4	0	1	1
Reto Abdominal	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Bulbo Esponjoso	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Íleo psoas	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Quadrado Lombar	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Multifídio	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	1
Pectíneo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Os PGs no músculo coccígeo prevalece mais sobre as mulheres entre os 31 a 40 anos. O elevador do ânus prevalece mais sobre as mulheres entre as idades de 31 e 70 anos. Os adutores aparecem mais em mulheres na faixa entre 31 e 60 anos. O piriforme aparece mais nas mulheres entre os 21 e 50 anos. Os glúteos também prevalecem no sexo feminino entre as faixas etárias de 21 a 70 anos (Tabela 18).

TABELA 19 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico, a faixa etária e o sexo dos pacientes

Diagnóstico	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 69	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Miofascial Pós												
Trauma Cirúrgico	0	0	3	1	4	0	0	1	0	0	1	1
Miofascial Pós												
Trauma Não Cirúrgico	1	0	2	1	2	2	1	0	1	0	0	0
Miofascial												
Sem Trauma	2	2	3	1	5	2	4	1	7	2	4	1
Miofascial e Neuropática												
Pós Trauma Cirúrgico	1	0	3	0	1	0	2	1	1	0	1	0
Miofascial e Neuropática												
Sem Trauma	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1
Neuropática Pós Trauma												
Cirúrgico	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
Neuropática Pós Trauma												
Trauma Não Cirúrgico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Neuropática												
Sem Trauma	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0

A dor miofascial pós trauma cirúrgico ocorre mais nas mulheres entre os 31 e 50 anos. A dor miofascial sem trauma aparece mais no sexo feminino nas faixas etárias entre os 31 a 70 anos ou mais. A dor miofascial neuropática pós trauma cirúrgico aparece mais nas mulheres da faixa etária entre os 31 a 40 anos. A dor neuropática pós trauma cirúrgico incidiu mais sobre os homens nas faixas entre os 21 e 30 anos e nas mulheres entre os 31 a 40 anos (Tabela 19).

TABELA 20 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor

Região	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%		%	N	%	
Inguinal	17	56,7	6	20,0	7	23,3	30
Vagina	7	50,0	6	42,9	1	7,1	14
Ânus	20	74,1	4	14,8	3	11,1	27
Cóccix	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8
Períneo	6	66,7	1	11,1	2	22,2	9
Púbis	22	75,9	3	10,3	4	13,8	29
Pênis	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4
Perna	4	57,1	1	14,3	2	28,6	7
Inguinocrural	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Quadril	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Uréter	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Vulva	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Testículos	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5

As regiões inguinal, vaginal, anal, coccígea, perineal, pubiana e hipogástrica apresentaram-se predominantes sobre o diagnóstico de dor miofascial (Tabela 20).

TABELA 21 - Distribuição dos pacientes quanto à característica da dor e o diagnóstico

Característica da Dor	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Flutuante	6	85,7	0	0,0	1	14,3	7
Paroxística	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4
Constante	38	65,5	11	19,0	9	15,5	58
Episódica	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12
TOTAL	55	67,9	16	19,8	10	12,3	81

O caráter episódico, constante e flutuante da dor prevaleceu mais na SDM, ao passo que o caráter paroxístico prevaleceu na dor miofascial e neuropática (Tabela 21).

TABELA 22 - Distribuição dos pacientes quanto à expressão verbal da dor e o diagnóstico

Expressão Verbal da Dor	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática	
	N	%	N	%	N	%
Queimor	26	68,4	8	15,8	7	15,8
Latejamento	17	74,0	5	21,7	1	4,3
Pontada	21	67,8	8	25,8	2	6,4
Peso	10	76,9	2	15,4	1	7,7
Dolorimento	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Rasgada	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Pressão	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Choque	2	66,7	0	0,0	1	33,3
Formigamento	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Calor	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Dormencia	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Aperto	7	100,0	0	0,0	0	0,0
Facada	2	100,0	0	0,0	0	0,0

As expressões verbais de queimor, latejamento, pontada e peso dentre outras prevaleceram na dor miofascial, ao passo que ardor foi predominante na dor neuropática. Na dor miofascial-neuropática as expressões de fisgada e agulhada prevaleceram (Tabela 22).

TABELA 23 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores agravantes e desencadeantes e o diagnóstico

Fatores Agravantes e Desencadeantes	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Postura	16	88,8	1	5,6	1	5,6	18
Esforço Físico	24	66,7	8	22,2	4	11,1	36
Movimentos	15	65,2	6	26,1	2	8,7	23
Compressão	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Marcha	17	74,0	3	13,0	3	13,0	23
Estresse	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8
Evacuar	6	66,7	3	33,3	0	0,0	9
Micção	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Calor	6	85,7	0	0,0	1	14,3	7
Frio	14	87,5	2	12,5	0	0,0	16
Emoções	9	75,0	2	16,7	1	8,3	12
Sentar	14	77,8	3	16,7	1	5,5	18
Ortostatismo	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6
Contato	5	55,6	2	22,2	2	22,2	9
Sexo	6	75,0	1	12,5	1	12,5	8
Espirro Tosse	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Ansiedade	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Disfunção Visceral	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Deitar	5	83,3	0	0,0	1	16,7	6
Toque	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4
Roupa apertada	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Mudança de Temperatura	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Dirigir	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Depressão	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Exercícios	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1

Os fatores compressão e micção/evacuar prevaleceram na dor miofascial-neuropática. Espirro/Tosse e ansiedade prevaleceram na dor neuropática. Os demais fatores prevaleceram na dor miofascial (Tabela 23).

TABELA 24 - Distribuição dos pacientes quanto aos fatores de melhora e o diagnóstico

Fatores de Melhora	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Medicamentos	31	68,9	10	22,2	4	8,9	45
Calor	13	92,9	1	7,1	0	0,0	14
Frio	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Massagem	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5
Rep.Físico e Psíquico	26	63,4	9	22,0	6	14,6	41
Deitar	20	76,9	4	15,4	2	7,7	26
Sono	15	68,2	5	22,7	2	9,1	22
Evacuar	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Micção	1	66,7	0	33,3	0	0,0	3
Sentar	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6
Ortostatismo	6	85,7	1	14,3	0	0,0	7
Massoterapia	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Andar	5	83,3	0	0,0	1	16,7	6
Eletroanalgesia	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Acupuntura	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Contatos	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Movimentos	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Exercícios	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Correr	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Ereção	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1

Os fatores acupuntura e contatos prevaleceram na dor neuropática ao passo que os demais fatores tiveram prevalência na dor miofascial (Tabela 24).

TABELA 25 - Distribuição dos pacientes quanto ao Impacto sobre as Atividades da Vida Diária (AVD) e o diagnóstico

Impacto sobre as AVD	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Humor	35	67,3	13	25,0	4	7,7	52
Sexo	22	75,9	4	13,8	3	10,3	29
Sentar	9	60,0	3	20,0	3	20,0	15
Sono	28	59,6	13	27,7	6	12,7	47
Lazer	31	75,6	7	17,1	3	7,3	41
Ortostatismo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
Vestir	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Psiquismo	8	72,7	3	27,3	0	0,0	11
Relacionamento	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3
Evacuar	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Micção	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Deitar	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3
Trabalho	27	65,9	9	22,0	5	12,1	41
Concentração	10	62,5	5	31,3	1	6,3	16
Apetite	17	70,8	3	12,5	4	16,7	24
Movimento	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Deambulismo	6	75,0	1	12,5	1	12,5	8

Todos os itens que exprimem o impacto sobre as AVDs tiveram prevalência na dor miofascial (Tabela 25).

TABELA 26 - Distribuição dos pacientes quanto aos pontos gatilho e o diagnóstico

Pontos Gatilho	Miofascial		Miofascial e Neuropática		Neuropática		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
Coccígeo	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5
Elevador do Ânus	33	91,7	3	8,3	0	0,0	36
Adutores	13	76,5	4	23,5	0	0,0	17
Abdutores	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Oblíquo Interno e Externo	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Vasto Medial	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Piriforme	10	83,3	2	16,7	0	0,0	12
Glúteos	20	74,1	7	25,9	0	0,0	27
Reto Abdominal	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
Bulbo Esponjoso	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Ileo Psoas	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3
Quadrado Lombar	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4
Multifídio	5	50,0	2	50,0	0	0,0	7
Pectíneo	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1

Os Pontos Gatilho vasto medial, bulbo esponjoso e sacrococcígeo prevaleceram na dor miofascial e neuropática. Os Pontos Gatilho coccígeo, elevador do ânus, adutores, abdutores, piriforme, glúteos, reto abdominal, íliopsoas, pectíneo e lombar prevaleceram na SDM. Os Pontos Gatilho oblíquos interno / externo, quadrado lombar, multifídios e PV lombar não tiveram predomínio entre essas duas condições de dor citadas. Não houve presença de Pontos Gatilho na dor neuropática (Tabela 26).

TABELA 27A - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor

Diagnóstico	Inguinal	Vagina	Ânus	Cóccix	Períneo	Púbis	Pênis
Miofascial e Neuropática							
Pós Trauma Cirúrgico	5	5	2	0	1	1	0
Miofascial e Neuropática							
Sem Trauma	1	2	3	0	0	2	1
Miofascial Pós							
Trauma Cirúrgico	5	1	1	2	2	3	0
Miofascial Pós Trauma							
Não Cirúrgico	4	1	2	4	0	3	0
Miofascial Sem							
Trauma	8	4	16	2	4	16	2
Neuropática Pós							
Trauma Cirúrgico	3	0	1	0	0	0	1
Neuropática Sem							
Trauma	1	1	2	0	2	0	0
Neuropática Pós Trauma							
Não Cirúrgico	1	0	0	0	0	0	0

TABELA 27B - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor (continuação)

Diagnóstico	Coxa	Inguino-crural	Quadril	Uréter	Vulva	Testículos
Miofascial e Neuropática						
Pós Trauma Cirúrgico	0	0	1	0	0	0
Miofascial e Neuropática						
Sem Trauma	1	1	0	0	0	1
Miofascial Pós Trauma						
Cirúrgico	0	0	0	0	0	0
Miofascial Pós Trauma						
Não Cirúrgico	2	0	0	0	1	1
Miofascial Sem						
Trauma	2	0	1	0	0	3
Neuropática Pós Trauma						
Cirúrgico	0	0	1	1	0	0
Neuropática Sem						
Trauma	2	0	0	0	0	0
Neuropática Pós						
Trauma Não Cirúrgico	0	0	0	0	0	0

As regiões anal e pubiana foram as mais significativamente acometidas na SDM sem trauma. (Tabelas 27A e 27B e Gráfico 15).

GRÁFICO 15 - Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e a região de localização da dor

TABELA 28A - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os pontos gatilho

Região	Coccígeo	Elevador Ânus	Adutores	Abdutores	Obl. Int. Ext.
Inguinal	0	6	7	0	2
Vagina	1	8	4	0	1
Ânus	2	20	5	0	0
Cóccix	3	6	0	0	0
Períneo	1	6	1	0	0
Púbis	0	8	10	1	0
Pênis	1	2	0	0	0
Coxa	0	1	1	0	0
Ing. Crural	0	0	1	0	0
Quadril	0	0	0	0	0
Uréter	0	0	0	0	0
Vulva	0	1	0	0	0
Testículos	1	4	1	0	0

TABELA 28B - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os pontos gatilho (continuação)

Região	Vasto Medial	Piriforme	Glúteos	Reto Abdominal	Bulbo Esponjoso
Inguinal	1	5	10	1	0
Vagina	1	0	6	0	1
Ânus	0	1	9	0	0
Cóccix	0	2	3	0	0
Períneo	0	2	3	0	0
Púbis	0	4	13	1	0
Pênis	0	0	2	0	0
Coxa	0	2	2	0	0
Ing. Crural	0	0	0	0	0
Quadril	0	0	1	1	0
Uréter	0	0	0	0	0
Vulva	1	0	0	0	0
Testículos	1	0	2	0	0

TABELA 28C - Distribuição dos pacientes quanto à região de localização da dor e os Pontos Gatilho (continuação)

Região	Íleo psoas	Quadrado Lombar	Multifídio	Pectíneo
Inguinal	1	0	3	1
Vagina	0	0	0	0
Ânus	1	0	1	0
Cóccix	0	1	1	0
Períneo	0	1	2	0
Púbis	2	1	4	0
Pênis	0	0	1	0
Coxas	0	1	0	0
Ing. Crural	0	0	0	0
Quadril	0	0	0	0
Uréter	0	0	0	0
Vulva	0	0	0	0
Testículos	0	0	1	0

Na região anal, os PGs ocorreram mais freqüentemente no músculo elevador do ânus. Na região inguinal, os PGs ocorreram mais em musculatura glútea. Na região pubiana, os músculos glúteos foram os responsáveis pelo maior número de PGs. Os mm. glúteos também apareceram em grande número na região pubiana (Tabelas 28A, 28B e 28C).

TABELA 29A - Distribuição dos pacientes homens, quanto ao diagnóstico, sexo e cirurgias a que foram submetidos (HOMENS)

Diagnóstico	Cirurgias	Núm.
Miofascial e Neuropática		
Pós Trauma Cirúrgico	Hérnia Inguinal	1
Miofascial e Neuropática		
Sem Trauma	Nenhuma	0
Miofascial Pós		
Trauma Cirúrgico	Hérnia Inguinal	2
	Exérese Cóccix	1
Miofascial Pós Trauma		
Não Cirúrgico	Apendicectomia	1
Miofascial Sem		
Trauma	Hérnia Inguinal	1
	Fissura Anal	1
Neuropática Sem		
Trauma	Abscesso Perianal	1
Neuropática Pós		
Trauma Cirúrgico	Hérnia Inguinal	2
	Cálculo Ureteral	1
Neuropática Pós		
Trauma Não Cirúrgico	Hérnia Inguinal	1

A herniorrafia inguinal foi o procedimento cirúrgico mais freqüente em todos os grupos de dor (Tabela 29A).

TABELA 29B - Distribuição dos pacientes mulheres, quanto ao diagnóstico, sexo e cirurgias a que foram submetidos (MULHERES)

Diagnóstico	Cirurgias	Núm.
Miofascial e Neuropática		
Pós Trauma Cirúrgico	Ooforectomia	1
	Histerectomia	3
	Apendicectomia	1
	Hérnia Inguinal	1
	Hérnia Umbilical	1
	Varizes	1
Miofascial e Neuropática		
Sem Trauma	Apendicectomia	1
Miofascial Pós		
Trauma Cirúrgico	Bartolinectomia	1
	Histerectomia	5
	Ooforectomia	1
	Laqueadura	2
	Exérese Cisto Supra-renal	1
	Hérnia Inguinal	1
	Dermoplastia	1
Miofascial Pós Trauma		
Não Cirúrgico	Parto Normal	1
	Histerectomia	2
	Perineoplastia	1
	Exérese Cóccix	1
Miofascial Sem		
Trauma	Laparotomia	2
	Gastroplastia	1
	Drenagem abscesso	1
	Histerectomia	2
	Apendicectomia	1
	Exérese Cóccix	1
	Cesariana	1
	Exérese Nódulo Tiróides	1
Neuropática Pós		
Trauma Cirúrgico	Hemorróidas	1
	Hérnia Inguinal	
Neuropática Sem		
Trauma Cirúrgico	Nenhuma	0
Neuropática Pós Trauma		
Não Cirúrgico	Nenhuma	0

Nas mulheres a histerectomia foi o procedimento cirúrgico que mais apareceu nesta casuística, só não aparecendo na dor neuropática (Tabela 29B).

TABELA 30 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o sexo dos pacientes

Sexo	N / %	Escala Visual Analógica			
		Mínima	Máxima	Soma Total	Média
Mulheres	57 (70,3%)	0	10	465	8,2
Homens	24 (29,7%)	0	10	151	6,3
TOTAL	81 (100,0%)	0		616	7,6

A média dos valores da EVA nas mulheres foi de 8,2 e 6,3 nos homens (Tabela 30 e Gráfico 16).

GRÁFICO 16 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o sexo dos pacientes

TABELA 31 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o diagnóstico

Diagnóstico	N	Mínima	Máxima	Soma Total	Média
Miofascial	16	0	10	121	7,6
Miofascial e Neuropática	55	0	10	426	7,7
Neuropática	10	0	10	69	6,9

A média dos valores da EVA na dor miofascial e na dor miofascial e neuropática foi semelhante (Tabela 31 e Gráfico 17).

GRÁFICO 17 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e o diagnóstico

TABELA 32 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e as faixas etárias dos pacientes

Faixa etária (anos)	N	Mínima	Máxima	Soma Total	Média
20 a 29	7	5	10	58	8,3
30 a 39	17	0	10	128	7,5
40 a 49	20	0	10	143	7,2
50 a 59	12	5	10	104	8,7
60 a 69	14	3	10	108	7,7
> 69	10	0	10	67	6,7

A média dos valores da EVA foi mais significativamente alta na faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos e 50 a 59 anos (Tabela 32 e Gráfico 18).

GRÁFICO 18 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA) e as faixas etárias dos pacientes

TABELA 33 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA), as faixas etárias dos pacientes e o sexo

Faixa etária (anos)	Sexo	N	Mínima	Máxima	Soma Total	Média
20 a 29	F	4	5	10	35	8,8
	M	3	5	10	23	7,7
30 a 39	F	14	1	10	117	8,4
	M	3	0	8	11	3,7
40 a 49	F	14	5	10	110	7,9
	M	6	3	10	33	5,5
50 a 59	F	8	6	10	71	8,9
	M	4	5	10	33	8,3
60 a 69	F	10	5	10	81	8,1
	M	4	3	9	27	6,8
> 69	F	7	0	10	51	7,3
	M	3	5	6	16	5,3
TOTAL		80			608	7,6

A média dos valores da EVA foi sempre maior no sexo feminino em todas as faixas etárias (Tabela 33 e Gráfico 19).

GRÁFICO 19 – Distribuição dos pacientes quanto à Escala Visual Analógica (EVA), as faixas etárias dos pacientes e o sexo

TABELA 34 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o sexo

Sexo	N	Tempo de dor (meses)			
		Mínimo	Máximo	Total	Média
Mulheres	57	0	360	3676	64,5
Homens	24	6	336	1376	57,3
TOTAL	81			5052	62,4

A média do tempo de dor no sexo feminino foi ligeiramente superior ao tempo de dor do sexo masculino (Tabela 34 e Gráfico 20).

GRÁFICO 20 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o sexo

TABELA 35 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o diagnóstico

Diagnóstico	N	Tempo de dor (meses)			
		Mínimo	Máximo	Total	Média
Miofascial e Neuropática	16	0	348	1038	64,9
Miofascial	55	1	360	3504	63,7
Neuropática	10	6	336	510	51,0
TOTAL	81			5052	62,4

A média dos tempos de início da dor foi muito semelhante entre os doentes com diagnóstico de dor miofascial e dor miofascial e neuropática. Os doentes com diagnóstico de dor neuropática tiveram um tempo menor, em média, de aparecimento do quadro doloroso (Tabela 35 e Gráfico 21).

GRÁFICO 21 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e o diagnóstico

TABELA 36 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e as faixas etárias

Faixa etária (anos)	N	Tempo de dor (meses)			
		Mínimo	Máximo	Total	Média
20 a 29	7	6	72	259	37,0
30 a 39	17	6	240	958	56,4
40 a 49	20	11	156	937	46,9
50 a 59	12	11	360	1244	103,7
60 a 69	14	1	240	957	68,4
> 69	10	0	336	673	67,3
TOTAL	80			5028	62,9

A média do tempo de aparecimento da dor na faixa etária entre 50 a 59 anos foi absolutamente maior do que nas demais apresentadas (Tabela 36 e Gráfico 22).

GRÁFICO 22 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor e as faixas etárias

TABELA 37 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor, as faixas etárias e o sexo

Faixa etária (anos)	Sexo	Tempo de dor (meses)				
		N	Mínimo	Máximo	Total	Média
20 a 29	F	4	36	72	217	54,3
	M	3	6	24	42	14,0
30 a 39	F	14	6	240	726	51,9
	M	3	52	120	232	77,3
40 a 49	F	14	11	156	665	47,5
	M	6	20	20	272	45,3
50 a 59	F	8	11	360	936	117,0
	M	4	12	240	308	77,0
60 a 69	F	10	1	240	836	83,6
	M	4	6	84	121	30,3
> 69	F	7	0	120	296	42,3
	M	3	6	336	377	125,7
TOTAL		80			5028	62,9

A faixa etária compreendida entre 50 a 59 anos foi a que apresentou maior tempo médio de aparecimento da dor no sexo feminino e nesta faixa foram observados 08 casos. Observou-se que na faixa etária >69 anos a média do tempo de dor foi maior no sexo masculino, com 3 casos. O menor tempo no sexo feminino foi observado na faixa etária > 69 anos com 7 casos e no sexo masculino na de 20 a 29 anos com 3 casos (Tabela 37 e Gráfico 23).

GRÁFICO 23 – Distribuição dos pacientes quanto ao tempo de dor, as faixas etárias e o sexo

TABELA 38 – Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico e nervos comprometidos

Diagnóstico	N	Nervos comprometidos	Frequência
Miofascial e Neuropática			
Pós Trauma Cirúrgico	7/10	Pudendos	2
		Gênito femural	2
		Íleo inguinal	2
		Íleo hipogástricos	1
Miofascial e Neuropática			
Sem Trauma	3/6	Pudendos	1
		Gênito femural	1
		Plexo sacral	1
Miofascial Pós			
Trauma Cirúrgico	0/11		
Miofascial Pós			
Trauma Não Cirúrgico	0/10		
Miofascial Sem			
Trauma Cirúrgico	1/34	Íleo psoas	1
Neuropática Pós			
Trauma Cirúrgico	5/5	Pudendos	1
		Gênito femural	2
		Íleo inguinal	1
		Gênito femural	1
		Dorsal do pênis	1
Neuropática Pós			
Trauma Não Cirúrgico	1/1	Íleo inguinal	1
Neuropática Sem			
Trauma Cirúrgico	4/4	Pudendos	2
		Gênito femural	1
		Plexo sacral	1
TOTAL	21/81		

6. DISCUSSÃO

Na grande maioria dos estudos publicados sobre a DPC observa-se uma preocupação constante em apresentar e correlacionar dados que são mais expressivamente direcionados para a população feminina, talvez porque a mulher tenha muito mais chance de ter uma DPC do que o homem em vista de suas condições anatômicas na pelve, suas constantes transformações hormonais e pela presença muitas vezes da gravidez, condição em que várias alterações não só anatômicas, mas também por modificações da biomecânica entre a coluna e a pelve, alterando suas relações e modificando até os pontos de contato e apoio de toda a região glútea e até mesmo dos membros inferiores. No homem existe uma farta associação de DPC com patologias viscerais e pouco se demonstrou até o momento detalhes sobre condições não viscerais responsáveis pelo aparecimento de dor crônica na pelve.

Apesar de a dor pélvica crônica (DPC) ser bastante comum, sua real incidência e prevalência não foram estabelecidas (TEIXEIRA et al, 2003).

Na idade reprodutiva é que as mulheres apresentam os maiores picos de DPC, numa média de idade que gira em torno de trinta anos. No estudo recente de HOWARD (2000) em consultórios não ginecológicos, foi demonstrado que 12% das mulheres relataram DPC e 33% relataram um passado de DPC. Em um estudo Gallup, 36% reportaram problemas pélvicos. Em um outro estudo realizado em consultório de medicina clínica geral, 11,7% das mulheres reportou DPC por mais de cinco dias por mês ou ao menos um dia inteiro ou mais a cada mês (STEEGE, 1997), o que demonstra que a prevalência da DPC é maior no sexo feminino do que no masculino e parece prevalecer na população do sexo feminino em idade reprodutiva, porém estes dados estatísticos são mais genéricos sobre a DPC e não são claros na DPCOI. A presente casuística demonstrou que a média

de idade dos doentes com DPCOI foi de 48,6 anos. 48,4 anos para o sexo feminino e 51,5 anos para o sexo masculino, onde a incidência foi maior no sexo feminino (57 casos, 70,4%) do que no masculino (24 casos, 29,6%) e prevaleceu mais significativamente na faixa etária que está entre os 30 e 49 anos para o sexo feminino (49%), faixa etária que inclui o pico da idade reprodutiva da mulher, e entre os 40 e 59 anos para o sexo masculino (41,6%), corroborando os achados de HOWARD (2000) e STEEGE (1997) para a DPC.

A quantificação e a qualificação da dor são fundamentais para que se possam obter subsídios para a elaboração de sugestões de tratamento. Desta forma, a coleta de informações sobre a qualidade da dor utilizado neste presente estudo foi baseada na expressão verbal livre, adaptada à linguagem médica correta. A dor foi caracterizada como constante na grande maioria dos casos tanto no sexo masculino (83,3%), quanto no sexo feminino (66,7%), ao passo que dores episódicas tiveram uma presença menor no sexo masculino (8,3%) do que no sexo feminino (17,5%), seguido de dores flutuantes em 8,8% nas mulheres e 8,3% nos homens e dores paroxísticas em 7,0% nas mulheres. As expressões verbais livres mais comuns foram o queimor em 31,9% nas mulheres e em 31,48% nos homens, pontadas em 23,5% das mulheres e 25,7% dos homens, latejamento em 18,1% nas mulheres e em 17,1% dos homens, peso em 7,4% para as mulheres e em 17,1% para os homens, aperto em 7,4% das mulheres, fisgadas em 3,2 % das mulheres, choques e dolorimento em 2,1 % das mulheres e 2,9% dos homens. Todas as expressões verbais descritas predominam no sexo feminino. Segundo LIN e cols (2003), o diagnóstico da síndrome dolorosa miofascial depende exclusivamente da história e do exame físico. É uma condição dolorosa muscular regional caracterizada pela ocorrência de bandas musculares tensas palpáveis, na qual identificam-se pontos intensamente dolorosos (PGs), que quando estimulados por palpação digital ou durante a punção localizada com agulha ocasionam dor local ou referida à distância. Suas características são de dor difusa em um músculo ou em grupos musculares. Geralmente são expressas em peso,

queimor ou latejamento, surtos de dor e referência de dor à distância e às vezes com queixas de parestesias (sem padrão neuropático). OKADA e TEIXEIRA (2003) denotaram a importância da expressão verbal na presença de uma dor neuropática. Não há uniformidade quanto à apresentação dos sintomas nos doentes que apresentam esta condição. Geralmente a dor é descrita como choques, tremor, pontadas e agulhadas. Pode ser paroxística, episódica ou contínua, referida ou irradiada em locais distantes e ser superficial ou profunda, ser acompanhada ou não de déficits sensitivos, alodínea, hiperpatia, hiperalgesia, disestesias e parestesias, espontânea ou evocada por estímulos físicos, químicos ou emocionais. Quando superficial, usualmente é descrita como queimor, agulhada e ardor e quando profunda, como doída, em pressão ou em aperto. Quando paroxística, tem caráter lancinante, em choque, pontada, agulhada ou facada, com duração de alguns segundos. Quando constante, é descrita como queimor, formigamento ou peso. Podem ocorrer períodos de remissão prolongados em algumas condições. Nesta casuística as expressões verbais de queimor, latejamento, pontadas e peso dentre outras, apareceram com maior frequência talvez porque na sua grande maioria a DPCOI apresenta como causa uma SDM, como veremos a seguir, e as expressões de choques em menor número devido ao fato da síndrome dolorosa neuropática ter ocorrido com menor frequência que a primeira condição. Do mesmo modo, observamos a presença de um caráter mais constante da dor em 58 casos, na DPCOI, dores episódicas (12 casos) e flutuantes (7 casos) com predomínio da SDM. As dores paroxísticas (04 casos) tiveram predomínio na dor miofascial e neuropática. Todas estas condições estão mais bem expressas na tabela 22.

A média dos valores da EVA no sexo feminino foi de 8,2, ao passo que no sexo masculino, o valor foi de 6,3. Na SDM e dor miofascial e neuropática apresentaram valores de média da EVA maiores (7,6 e 7,7 respectivamente), ao passo que a dor neuropática apresentou como média o valor de 6,9. Observou-se que em todas as faixas etárias as médias dos valores da EVA foi maior no sexo feminino do que no sexo masculino.

Conforme descreveram BAKER (1998) e LIN e cols. (1997), a SDM é uma das causas mais comuns de dor pelvipérineal crônica de origem não visceral. As causas miofasciais são mais frequentes no sexo feminino onde as modificações anatômicas das estruturas ósteo-articulares e musculares por vários fatores, representados principalmente pela degeneração estrutural própria do progredir da idade, as posturas viciosas, as sobrecargas mecânicas, redução da potência funcional e da elasticidade tecidual o aumento do tônus muscular, os múltiplos partos e as possíveis seqüelas de fraturas desencadeiam sobrecarga dos sistemas de sustentação. Na mulher a SDM é mais comum porque as dimensões da pelve são maiores e a musculatura regional mais desenvolvida. Os músculos mais frequentemente comprometidos são os m.elevador do ânus, o coccígeo, o glúteo médio, o glúteo mínimo, o piriforme, os adutores da coxa, o íliopsoas e o pectíneo. Embora estas descrições tenham sido feitas com bastante veemência não há detalhes sobre as porcentagens de acometimento dos músculos com relação às respectivas síndromes dolorosas. São apenas citações. O mesmo ocorreu nos estudos feitos por PARADIS e MARGANOFF (1968), LILIUS e VALTONEN (1973), GRANET (1946), THIELE (1937) e SCHAPIRO (1950). Nesta casuística identificou-se 55 casos (67,9%) de SDM, 16 ocorrências (19,8%) de dor miofascial e neuropática e 10 doentes (12,3%) com dor neuropática onde a SDM ocorreu mais frequentemente no sexo feminino (70,8%) do que no sexo masculino (60,9%). Nos doentes com manifestações de dores miofasciais e neuropáticas a incidência maior também foi sobre o sexo feminino (22,4%) do que no masculino (13%). Nas dores de origem neuropática encontrou-se 26,1% de indivíduos do sexo masculino e 6,8% do sexo feminino. Estes dados corroboram os achados de LIN (1997) e BAKER (1998) acima citados e ainda detalham a incidência das demais formas de apresentação da síndrome dolorosa crônica não visceral.

As regiões coccígea, vulvar e testicular (100,0%) foram as regiões mais acometidas na síndrome dolorosa miofascial, seguida pelas regiões pubiana (75,9%), peniana (75,0%), anal (74,1%), perineal (66,7%), inguinal (56,7%) e vaginal (50,0 %) dentre outras. Na síndrome dolorosa miofascial e

neuropática as regiões de maior acometimento foram as regiões inguino-crural (100,0%), glútea (50,0%), vaginal (42,9%) e inguinal (20%), anal (14,8%) e outras. Na dor neuropática, as regiões de maior expressividade foram a região ureteral (100,0%), coxa (28,6%), peniana (25%), inguinal (23,3%), região pubiana (13,8%), região perineal (22,2%), anal (11,1%) e vaginal (7,1%). As regiões anal, inguinal, vaginal e pubiana são as regiões de maior predominância na DPCOI nas mulheres, ao passo que nos homens as regiões anal, inguinal, testicular e peniana são as que mais apareceram (Tabela 4). Os músculos mais freqüentemente apresentados por presença de PGs na SDM foram o complexo elevador do ânus em 91,7% dos casos, glúteos em 74,1%, adutores da coxa em 76,5%, piriforme em 83,3%, coccígeo em 80%, íliopsoas e pectíneo e abdutores em 100% cada, reto abdominal em 100,0% e quadrados lombares em 50%, dentre outros em menor número. Na síndrome dolorosa miofascial e neuropática os músculos mais acometidos pela presença dos PGs foram os vasto medial e bulbo esponjoso (100%), glúteos (25,9%), os adutores da coxa (23,5%), os mm. elevadores do ânus (8,3%) e os mm. piriforme (16,7%) e quadrados lombares, oblíquos int/ext e multifídios (50% respectivamente) dentre outros. Não foram encontrados PGs nos casos de dor neuropática. Os PGs mais predominantes no sexo feminino foram nos mm. elevador do ânus (32,5%), glúteos (26,5%), adutores (16,9%) e piriforme (12%) como demonstrado na Tabela 10. Tais achados enriquecem e detalham as regiões de acometimento das variadas síndromes dolorosas pélvicas não viscerais e evidenciam a importância da determinação dos grupos musculares para uma melhor compreensão do comportamento clínico para um melhor diagnóstico desta síndrome dolorosa.

O impacto funcional que a DPC exerce sobre os indivíduos é observação de extrema relevância para o entendimento do comportamento desta síndrome dolorosa. Porém mais uma vez estes dados não são muito bem detalhados quando se estuda a DPCOI. Sabendo-se que na sua grande maioria a síndrome dolorosa tem predomínio miofascial, entende-se que a limitação para movimentos e esforços físicos sejam fatores de impacto

e limitação importantes, dentre outros, mas existem vários outros fatores limitantes e de impacto que foram estudados e determinados. Segundo TEIXEIRA e cols (2003), dor pélvica é causa de absenteísmo no trabalho em 15% dos casos, reduz a produtividade em 45%, impõe limitação para as atividades do lar em 11% e para atividades sexuais em 11,9%. Implica no uso de analgésicos em 15,8% dos casos e resulta em perda de pelo menos um dia de trabalho em 3,9%. Em outro estudo com 581 mulheres na idade fértil atendidas em serviços de assistência primária, a dor (não dismenorreica, dispareunia ou intestinal) foi referida por 39,1% das doentes em algum período de suas vidas, durou mais que 5 dias ao mês ou mais de um dia em 11,7% dos casos. Em uma população em idade reprodutiva, 2 a 5% reportaram significativo impedimento no trabalho ou nas atividades do lar causadas pela DPC. Frequentemente cirurgias ginecológicas são realizadas por esta condição, incluindo 15 a 40% de laparoscopias e 12% de histerectomias (STEEGE, 1997). No estudo publicado por MATHIAS e cols em 1996, 773 mulheres responderam a uma entrevista sobre o impacto da DPC em suas vidas. Em 310 (56%), DPC foi reportada interferindo moderadamente, bastante ou extremamente, no humor dessas mulheres. 82% disseram que tinham energia suficiente ou pouca energia ou nenhuma energia para fazer as coisas que elas tinham vontade. 47% relataram desânimo por algumas vezes, na maioria do tempo ou todo o tempo. 432 responderam vida sexualmente ativa e 88% responderam ter dor às relações sexuais por alguma vez, na maioria do tempo ou o tempo todo no último mês. 557 mulheres que tiveram dor durante o mês anterior 26% reportaram ter ficado na cama por mais da metade de um dia ou um ou mais dias no mês passado por causa da dor. 58% ainda responderam ter reduzido as suas atividades corriqueiras em um ou mais dias do mês anterior pelo mesmo motivo. Neste estudo sobre DPCOI, determinamos mais detalhadamente o impacto funcional sobre diversas atividades, onde os doentes referiram importante redução das mesmas. 59,6% dos doentes estavam trabalhando no momento da entrevista inicial e 40,4% não estavam trabalhando. 76,5% dos entrevistados foram considerados em bom estado

geral e 17,3% em regular estado geral. Nenhum doente foi considerado em mau estado geral, na impressão do exame propedêutico. O humor foi afetado em 18,3% das mulheres e 14,1 % dos homens. A atividade sexual em 10,2% das mulheres e em 7,8% dos homens. O sono foi reduzido em 16,2% das mulheres e 14,1% dos homens. O lazer mostrou-se diminuído em 13,2% das mulheres e 15,6% dos homens. O impacto sobre o trabalho ocorreu em 12,8% para as mulheres e 17,2% para os homens. A concentração estava reduzida em 6% das mulheres e em 3,1% dos homens. O apetite em 8,1% das mulheres e 7,8% dos homens. A deambulação demonstrou-se prejudicada em 2,6% das mulheres e 3,1% dos homens. O psiquismo alterado em 4,3% nas mulheres e 1,6% dos homens. O ato de sentar em 4,7% das mulheres e 6,3% dos homens. A Tabela 9 revela que as atividades como sono, humor, lazer e trabalho tem a mesma predominância entre os sexos, ao passo que a atividade sexual, apetite, concentração, o ato de sentar e o psiquismo predominam mais sobre o sexo feminino. Humor, atividade sexual, sentar, sono e lazer são mais predominantes nas mulheres entre os 31 e 70 anos (Tabela 17). Todos os itens utilizados para exprimir o impacto sobre as AVDs tiveram predomínio na dor miofascial (Tabela 25). Estes dados de impacto sobre o trabalho, humor, atividades do lar e atividades sexuais são contrastantes com relação aos achados de TEIXEIRA e cols. (2003) e MATHIAS e cols (1996) para DPC. As atividades que exigem movimentação acabam por ter um importante impacto funcional na vida destes indivíduos, dentre outras da esfera psicossocial demonstradas nesta casuística.

Fatores agravantes e de melhora da DPCOI foram também determinados para uma melhor compreensão da condição clínica. Dentre os fatores agravantes e desencadeantes da dor, ganharam destaque o esforço físico (16,3% nas mulheres e 17,7 % nos homens), a postura (7,8% nas mulheres e 9,7% nos homens), os movimentos (12,4% nas mulheres e 6,5% nos homens), a marcha (8,5% nas mulheres e 16,1% nos homens), o estresse (3,9% nas mulheres e 3,2% nos homens), as emoções (6,5% nas mulheres e 3,2% nos homens), o ato de sentar (6,5% nas mulheres e 12,9%

nos homens), o contato físico (4,6% nas mulheres e 3,2% nos homens) e a atividade sexual (3,9% nas mulheres e 3,2% nos homens). A postura, o esforço físico e a atividade sexual predominam mais sobre o sexo feminino na faixa etária entre 31 e 50 anos. O movimento predomina no sexo feminino entre a faixa etária de 41 a 70 anos. A marcha não demonstra maior relevância sobre os sexos na faixa etária de 31 a 60 anos. O frio/calor predomina nas mulheres na faixa etária entre os 31 a 40 anos (Tabela 15). Os fatores compressão e micção/evacuar prevaleceram na dor miofascial-neuropática. Espirro/Tosse e ansiedade prevaleceram na dor neuropática. Os demais fatores prevaleceram na dor miofascial (Tabela 23).

Dentre os fatores de melhora, o uso de medicamentos esteve presente em 27,7% dos casos femininos e 16,7% dos masculinos, calor e frio em 9,2% no sexo feminino e 9,3% no sexo masculino, massagem em 3,8% no sexo feminino e 0% no sexo masculino, repouso físico e psíquico em 22,3% no sexo feminino e 18,5% no sexo masculino, o ato de deitar em 13,1% no sexo feminino e 16,7% no sexo masculino, o sono em 12,3% no sexo feminino e 11,1% no sexo masculino, o ato de sentar em 0,8% nas mulheres e 9,3% nos homens, andar em 3,8% nas mulheres e 1,9% dos homens, o ortostatismo em 3,1% das mulheres e 3,7% dos homens, dentre outros. As mulheres demonstram uso de medicamentos mais do que os homens em todas as faixas etárias. O calor/frio é fator de predominância maior nas mulheres entre os 41 e 50 anos. O fator massagem ocorre mais nas mulheres na faixa dos 31 a 40 anos. O repouso físico e psíquico ocorrem mais nas mulheres entre as faixas 41 e 50 e 61 a 70 anos. Há ligeiro predomínio do ato de deitar nas mulheres após os 41 anos. O sono revela-se mais predominantemente expressivo nas mulheres entre 61 e 70 anos (Tabela 16). Os fatores de melhora descritos como “acupuntura” e “contatos” prevaleceram na dor neuropática ao passo que os demais fatores tiveram maior relevância na dor miofascial (Tabela 24). Estes dados reforçam, detalham e enriquecem o entendimento do comportamento da DPCOI uma vez que não se tenha encontrado nenhum dado avaliativo desta natureza nos estudos até mais recentes.

Pouco se conhece sobre o comportamento da DPCOI nos doentes que já tenham sido submetidos a procedimentos cirúrgicos na tentativa de melhorarem as suas dores, ou mesmo quando o quadro clínico doloroso tenha se iniciado após o ato cirúrgico desencadeador da síndrome. HOWARD em 1993 achou que 40% das laparoscopias foram feitas para a DPC. 12 a 16% das histerectomias são realizadas nos Estados Unidos da América por DPC, o que daria cerca de oitenta mil procedimentos por ano aproximadamente. 25% das mulheres em avaliação de DPC referiram ter sido submetidas a uma histerectomia prévia sem uma resolução dos seus sintomas (MILBURN, 1993). Um estudo feito nos EUA aponta que aproximadamente 20% das laparoscopias realizadas foram por DPC (REITER, 1991). No estudo feito por REITER e GAMBONE (1991), 122 mulheres com DPC já tinham sido submetidas a uma laparoscopia negativa e patologia somática oculta foi encontrada em 47% dos doentes incluindo 19 doentes com coexistente diagnóstico psicopatológico. Dor miofascial foi o mais comum diagnóstico somático. Nenhuma etiologia somática plausível fora diagnosticada nas 65 mulheres remanescentes (53%). 29% não apontaram patologia somática não ginecológica, contra 19% de patologias ginecológicas e somente 6% já tinham sido submetidas a uma histerectomia prévia. Na presente casuística, identificamos e estratificamos em grupos os doentes com desenvolvimento da síndrome dolorosa após um trauma cirúrgico. Encontrou-se 15 doentes (18,5%) com diagnóstico de SDM após trauma cirúrgico sendo 9 mulheres (11,1%) e 6 homens (7,4%), 06 doentes (7,4%) com diagnóstico de dor neuropática após trauma cirúrgico sendo 02 mulheres (2,4%) e 04 homens (4,9%) e 15 doentes (18,5%) com síndrome miofascial e neuropática também após trauma cirúrgico em 10 mulheres (12,3%) e 05 homens (6,2%). A dor miofascial pós trauma cirúrgico ocorreu mais nas mulheres entre os 31 e 50 anos. A dor miofascial sem trauma apareceu mais no sexo feminino nas faixas etárias entre os 31 e 70 anos ou mais. A dor miofascial neuropática pós trauma cirúrgico apareceu mais nas mulheres da faixa etária entre os 31 e 40 anos. A dor neuropática pós trauma cirúrgico ocorreu mais sobre os homens nas faixas entre os 21 e 30

anos e nas mulheres entre os 31 e 40 anos (Tabela 19). Dos doentes com dor miofascial desenvolvidas após um trauma cirúrgico, 5 casos (6,1%) foram de histerectomia e 01 caso (1,2%) de bartolinectomia, 01 (1,2%) de dermoplastia, 01 (1,2%) de exérese de cisto de supra renal e 01 (1,2%) de herniorrafia inguinal e 02 casos (2,4%) de laqueadura para o sexo feminino e, no sexo masculino, ocorreram 02 casos (2,4%) de herniorrafia inguinal e 01 caso (1,2%) de exérese do coccix. Com relação aos doentes com dor miofascial e neuropática após trauma cirúrgico, 02 casos (2,4%) eram do sexo feminino e cirurgias realizadas foram 01 caso (1,2%) de herniorrafia umbelical e 01 caso (1,2%) de cirurgia para varizes. Somente 01 caso (1,2%) do sexo masculino foi submetido a uma herniorrafia inguinal. Dos doentes com dor neuropática após o trauma cirúrgico, 02 casos (2,4%) eram do sexo feminino, sendo 01 caso (1,2%) por ter sido submetido à hemorroidectomia e 01 caso (1,2%) de herniorrafia inguinal. 03 casos do sexo masculino ocorreram. Herniorrafia inguinal em 02 doentes (2,4%) e 01 doente foi submetido à retirada de cálculo ureteral a céu aberto (1,2 %).

Nos casos de dor miofascial desenvolvidos após um trauma cirúrgico, encontramos 06 ocorrências (7,4%) de PGs para os mm. elevadores do ânus nas cirurgias de histerectomias (4,9%), bartolinectomia e exérese do coccix (1,2% dos casos respectivamente). PGs nos mm. adutores ocorreram nos dois casos de herniorrafia inguinal (2,5%) e nos casos de bartolinectomia e histerectomia combinada à laqueadura e dermoplastia (1,2% para cada caso). Duas ocorrências (1,2%) de PGs nos mm. piriforme foram observados na exérese do coccix e na histerectomia combinada à dermoplastia e laqueadura (1,2%). O m. coccígeo apresentou-se com PGs no doente submetido à cirurgia de exérese do coccix (1,2%). Os PGs coccígeo, elevador do ânus, adutores, abdutores, piriforme, glúteos, reto abdominal, íliopsoas, pectíneo e lombar ocorreram mais na SDM (Tabela 26).

Com relação aos casos de dor miofascial e neuropática após trauma cirúrgico, o caso de apendicectomia do sexo masculino revelou-se com PGs no m. vasto medial(1,2%) e oblíquo externo (1,2%). Na bartolinectomia os

mm. glúteos (1,2%) e bulbo esponjoso (1,2%) apresentaram PGs. Na neurectomia gêmeo femoral (sexo feminino), os PGs apareceram nos mm. adutores da coxa (1,2%) e glúteos (1,2%). Nos três casos de histerectomia, os mm. glúteos apresentaram PGs em somente um dos casos (1,2%) e o m. elevador do ânus em outro caso (1,2%). Na herniorrafia inguinal, tivemos PGs nos mm. adutores da coxa (1,2%). Na episiotomia encontramos PGs nos mm. piriforme, quadrado lombar e multifídios (1,2% respectivamente). Na herniorrafia umbelical observamos PGs em mm. paravertebrais lombares (1,2%) e glúteos (1,2%). Todos estes últimos casos descritos ocorreram no sexo feminino. Não encontramos dados desta natureza na literatura pesquisada. Os PGs vasto medial, bulbo esponjoso e sacrococcígeo prevaleceram na dor miofascial-neuropática (Tabela 26).

Nos três casos de dor neuropática após trauma cirúrgico que foram submetidos à herniorrafia inguinal, encontramos sinais de lesões neuropáticas nos nn. gêmeo femoral em dois casos (2,5%) e no n. ílioinguinal em um caso (1,2%). Na hemorroidectomia encontramos lesões dos receptores nociceptivos na pele peri-anal (1,2%) e na exérese de cálculo ureteral a céu aberto encontramos lesões nos nn. pudendos e n. dorsal do pênis (1,2% respectivamente).

Nas ocorrências de dor miofascial e neuropática, encontramos lesões neuropáticas nos nn. gêmeo femoral (1,2%) na apendicectomia e na neurectomia gêmeo femoral respectivamente, lesão de nn. pudendos (1,2%) na bartolinetomia e episiotomia, n. Ílioinguinal (2,5%) nas cirurgias de herniorrafia inguinal e lesão do n. íliohipogástrico (1,2%) na herniorrafia umbelical. Não encontramos lesões neuropáticas nas histerectomias realizadas neste grupo.

O tempo médio de aparecimento da dor no sexo feminino foi de 64,5 meses e 57,3 meses para o sexo masculino. Nos doentes portadores de dor miofascial e miofascial e neuropática, o tempo médio de dor fora semelhante (63,7 e 64,9 respectivamente), ligeiramente maior do que nos portadores de dor neuropática (51,0) o que demonstra que lesões neuropáticas produzem dores que são de aparecimento mais precoce do que em lesões miofasciais

ou miofasciais e neuropáticas. Na faixa etária compreendida entre os 50 a 59 anos observou-se uma média do tempo de dor absolutamente superior (103,7) às demais e todas relatadas pelo sexo feminino. No sexo masculino, o maior tempo médio de aparecimento da dor (125,7) foi na faixa etária compreendida entre os maiores de 69 anos. Não há razões plausíveis para entendermos estas condições.

Neste grupo de doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, o tempo de aparecimento da dor variou desde o pós-operatório imediato até 720 dias (24 meses), com uma média de 50 dias (1,6 mês).

Com relação à ocorrência de doenças associadas à DPCOI, esta amostra revelou a presença de hipertensão arterial sistêmica em 05 doentes. Diabetes ocorreu em 05 doentes dos quais 03 foram submetidos à uma herniorrafia inguinal. Destes 03 casos, 01 teve diagnóstico de dor miofascial neuropática com lesão neuropática do n. ílioinguinal pós trauma cirúrgico e 02 tiveram diagnóstico de dor miofascial pós trauma cirúrgico, sem sinais de lesões neuropáticas. Os 02 restantes dos 05 casos foram diagnosticados como dor miofascial sem trauma cirúrgico. 01 caso de gota foi considerado como dor miofascial pós trauma cirúrgico por herniorrafia inguinal. Isto demonstra que nesta casuística as doenças associadas não exerceram qualquer influência no diagnóstico das DPCOI.

BASU em 1981 relatou que a prevalência de depressão em mulheres com DPC é de 28%, comparado com 3% de mulheres com afecções ginecológicas em geral. Em um estudo com 52 mulheres, RAPKIN et al acharam 66% dos casos com somatização, frequência que se elevou para 80% quando a história de dor foi superior a 5 anos. As doentes geralmente eram deprimidas e procuravam um maior número de vezes assistência médica e apresentavam queixas vagas e numerosas mais frequentemente que aquelas com lesões demonstráveis. Neste estudo encontramos 23 casos (28,3%) de depressão, sendo 18 (32,7%) do sexo feminino e 5 (9,1%) casos do sexo masculino. Tivemos 48 casos (59,2%) de ansiedade detectados na avaliação, sendo 28 casos (51%) do sexo feminino e 27 casos (49%) do sexo masculino, num total de 55 casos. Esses dados são um

pouco discrepantes com relação aos achados de RAPKIN e BASU. Isto reforça a idéia de que quando estes doentes forem submetidos a um tratamento, uma abordagem psicológica e psiquiátrica deva ser considerada como imprescindível.

7. CONCLUSÕES

1. A DPCOI ocorre mais no sexo feminino do que no sexo masculino.
2. As SDM, neuropática e a miofascial e neuropática são as causas mais comuns da DPCOI.
3. Com relação ao comportamento clínico da DPCOI:
 - a. O caráter da dor mais freqüente é o caráter constante e ocorre mais no sexo feminino.
 - b. As regiões anal, inguinal, vaginal e pubiana aparecem mais predominantemente no sexo feminino.
 - c. As regiões anal, inguinal e peniana são as regiões mais acometidas no sexo masculino.
 - d. A história clínica e o exame físico detalhado são fundamentais para o diagnóstico.
 - e. A SDM predomina na DPCOI.
 - f. As síndromes miofascial e neuropática e SDM predominam no sexo feminino.
 - g. A síndrome dolorosa neuropática predomina no sexo masculino.

8. FIGURAS

FIGURA 1. Vias ascendentes da interpretação da dor.

Extraída de BONICA J.J. The management of pain. 2 ed. Philadelphia, Lea Feibiger, p. 29, 1990

Neurofisiologia e Neuroquímica da Dor Aguda Crônica

FIGURA 1.3 – Vias descendentes de controle da dor.

FIGURA 2. Vias descendentes de controle da dor.

Extraída de ANDRADE FILHO A.C.C. Dor diagnóstico e tratamento. São Paulo, Roca, p. 3, 2001.

FIGURA 3. Sistema arterial de irrigação.

Extraída de GARDNER E.; GRAY D.J.; O'RAHILLY R.; ed.04. Anatomia estudo regional do corpo humano. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p.440, 1978.

FIGURA 4. Plexo sacral de nervos.

Extraída de STEEGE JF.; MELTZGER, D.A; LEVY, B.B.(Eds) Chronic pelvic pain. An integrated approach. Philadelphia. W.B.Saunders, p.43, 1998.

FIGURA 5. Plexo lombar de nervos.

Extraída de STEEGE JF.; MELTZGER, D.A; LEVY, B.B.(Eds) Chronic pelvic pain. An integrated approach. Philadelphia. W.B.Saunders, p.39, 1998.

FIGURA 6. PGs no m. obliquo externo.

Extraída de TRAVEL J.G.; SIMONS D.G., Miofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 01, p.638, 1992.

FIGURA 7. PGs no m. multifídeo.

Extraída de TRAVEL J.G.; SIMONS D.G., Miofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 01, p.639, 1992.

FIGURA 8. PGs no m. reto abdominal.

Extraída de TRAVEL J.G.; SIMONS D.G., *Miofascial pain and dysfunction: The trigger point manual*. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 01, p.662, 1992.

FIGURA 9. Músculos na pelve feminina (visão inferior).

Extraída de TRAVEL J.G.; SIMONS D.G., Miofascial pain and dysfunction: The trigger point manual. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 01, p.664, 1992.

FIGURA 10. Alterações posturais da coluna vertebral.

Extraída de TRAVEL J.G.; SIMONS D.G., *Miofascial pain and dysfunction: The trigger point manual*. Baltimore, Williams and Wilkins, vol. 02, p.113, 1992.

9. ANEXOS

1.4 ANTECEDENTES Para aferir os dados utilize, quando aplicável, a seguinte codificação:
x – Aplicável 0 – Não aplicável

<p>1.4.1 ANTECEDENTES INDIVIDUAIS</p> <p>1.4.1.1 () Diabete</p> <p>1.4.1.2 () Câncer</p> <p>1.4.1.3 () Doença metabólica</p> <p>1.4.1.4 () Tuberculose</p> <p>1.4.1.5 () Mal de Hansen</p> <p>1.4.1.6 () Doença de Chagas</p> <p>1.4.1.7 () Doenças infecciosas</p> <p>1.4.1.8 () Traumatismos</p> <p>1.4.2 ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS</p> <p>1.4.2.1 () História similar</p> <p>1.4.2.2 () Diabetes</p> <p>1.4.2.3 () Câncer</p> <p>1.4.2.4 () Psicopatias</p> <p>1.4.2.5 () Hemopatias</p> <p>1.4.2.6 () Filhos</p> <p>1.4.2.7 () Outros</p> <p>1.4.3 HÁBITOS</p> <p>1.4.3.1 () Tabagismo</p> <p>1.4.3.2 () Etilismo</p> <p>1.4.3.3 () Drogas</p> <p>1.5 ISDA</p> <p>1.5.1 GERAIS</p> <p>1.5.1.1 () Hipertensão arterial</p> <p>1.5.1.2 () Alergia</p> <p>1.5.1.3 () Cirurgias</p> <p>1.5.1.4 () Emagrecimento</p>	<p>1.5.2 ESPECIAIS</p> <p>1.5.2.1 Segmento cefálico</p> <p>1.5.2.1.1 () Cefaléia</p> <p>1.5.2.1.2 () < Acuidade auditiva</p> <p>1.5.2.1.3 () Zumbidos</p> <p>1.5.2.1.4 () Tonturas</p> <p>1.5.2.1.5 () < Acuidade visual</p> <p>1.5.2.1.7 () < Acuidade olfativa</p> <p>1.5.2.1.8 () < Acuidade gustativa</p> <p>1.5.2.1.9 () Dentes</p> <p>1.5.2.1.10 () Faringe</p> <p>1.5.2.1.11 () Seios da face</p> <p>1.5.2.1.12 () Cavidade nasal</p> <p>1.5.2.2 Pescoço</p> <p>1.5.2.2.1 () Cervicalgia</p> <p>1.5.2.2.2 () Linfonodos</p> <p>1.5.2.2.3 () Tumores</p> <p>1.5.2.2.4 () Deformidades</p> <p>1.5.2.3 Aparelho respiratório</p> <p>1.5.2.3.1 () Dor torácica</p> <p>1.5.2.3.2 () Dispnéia</p> <p>1.5.2.3.3 () Secreções</p> <p>1.5.2.3.4 () Tosse</p> <p>1.5.2.3.5 () Hemoptise</p> <p>1.5.2.4 Aparelho circulatório</p> <p>1.5.2.4.1 () Palpitações</p> <p>1.5.2.4.2 () Precordialgia</p> <p>1.5.2.4.3 () Edema de MMII</p> <p>1.5.2.4.4 () Dispnéia esforço</p>	<p>1.5.2.4.5 () Dispnéia decúbito</p> <p>1.5.2.4.6 () Isquemia miocárdica</p> <p>1.5.2.4.7 () Arritmia cardíaca</p> <p>1.5.2.5 Aparelho digestivo</p> <p>1.5.2.5.1 () Disfagia</p> <p>1.5.2.5.2 () Odinofagia</p> <p>1.5.2.5.3 () Epigastria</p> <p>1.5.2.5.4 () Náuseas</p> <p>1.5.2.5.5 () Vômitos</p> <p>1.5.2.5.6 () Icterícia</p> <p>1.5.2.5.7 () Obstipação</p> <p>1.5.2.5.8 () Hematêmese</p> <p>1.5.2.5.9 () Melena</p> <p>1.5.2.5.10 () Evacuações com sangue</p> <p>1.5.2.5.11 () Dor à evacuação</p> <p>1.5.2.6 Aparelho Locomotor</p> <p>1.5.2.6.1 () Artralgias</p> <p>1.5.2.6.2 () Deformidades</p> <p>1.5.2.6.3 () Fraturas</p> <p>1.5.2.6.4 () Luxações</p> <p>1.5.2.6.5 () Edema</p> <p>1.5.2.6.6 () osteoporose</p> <p>1.5.2.7 Sistema Nervoso</p> <p>1.5.2.7.1 () Convulsões</p> <p>1.5.2.7.2 () Déficits sensitivos</p> <p>1.5.2.7.3 () Déficits motores</p> <p>1.5.2.7.4 () Doença de Parkinson</p>	<p>1.5.2.7.5 () Memória</p> <p>1.5.2.7.6 () Ansiedade</p> <p>1.5.2.7.7 () Depressão</p> <p>1.5.2.7.8 () Alucinações</p> <p>1.5.2.7.9 () Desorientação</p> <p>1.5.2.8 Aparelho Gênito-Urinário</p> <p>1.5.2.8.1 () Disúria</p> <p>1.5.2.8.2 () Hematúria</p> <p>1.5.2.8.3 () Incontinência</p> <p>1.5.2.8.4 () Retenção urinária</p> <p>1.5.2.8.5 () Litíase</p> <p>1.5.2.8.6 () Dispaurenia</p> <p>1.5.2.8.7 () Dismenorréia</p> <p>1.5.2.8.8 () Libido</p> <p>1.5.2.8.9 () Leucorréia</p> <p>1.5.2.8.10 () Gestações</p> <p>1.5.2.8.11 () Paridade</p> <p>1.5.2.8.12 () Mastodínea</p> <p>1.5.2.8.13 () Secreção mamária</p> <p>1.5.2.8.14 () Nódulo mamário</p> <p>1.5.2.8.15 () Menopausa</p> <p>1.5.2.8.16 () Impotência sexual</p> <p>1.5.2.9. Sistema Endócrino</p> <p>1.5.2.9.1 () Tireóide</p> <p>1.5.2.9.2 () suprarrenal</p> <p>1.5.2.9.3 () Paratireóide</p> <p>1.5.2.9.4 () Gônadas</p> <p>1.5.2.9.5 () Hipófise</p>
--	---	---	--

2. QUADRO DOLOROSO

<p>2.1 INSTALAÇÃO DA DOR</p> <p>2.1.1 () Súbita</p> <p>2.1.2 () Insidiosa</p> <p>2.1.3 () Por surtos</p> <p>2.2 DURAÇÃO DA DOENÇA</p> <p>2.2.1 () < 1 mês</p> <p>2.2.2 () 1-3 meses</p> <p>2.2.3 () 3-6 meses</p> <p>2.2.4 () 6-12 meses</p> <p>2.2.5 () 1-2 anos</p> <p>2.2.6 () 2-5 anos</p> <p>2.2.7 () > 5 anos</p> <p>2.3 DURAÇÃO DA DOR</p> <p>2.3.1 () < 1 mês</p> <p>2.3.2 () 1-3 meses</p> <p>2.3.3 () 3-6 meses</p> <p>2.3.4 () 6-12 meses</p> <p>2.3.5 () 1-2 anos</p> <p>2.3.6 () 2-5 anos</p> <p>2.3.7 () > 5 anos</p> <p>2.4 DESCRIÇÃO LIVRE DA DOR:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>2.5. INTENSIDADE</p> <p>2.5.1. VERBAL</p> <p>2.5.1.1 () Fraca</p> <p>2.5.1.2 () Moderada</p> <p>2.5.1.3 () Forte</p> <p>2.5.2. ANALÓGICA</p> <p>2.5.2.1 () Principal</p> <p>[0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10]</p> <p>2.5.2.2 () Secundária</p> <p>[0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10]</p> <p>2.5.2.3 () Irradiada</p> <p>[0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10]</p> <p>2.6 LOCALIZAÇÃO</p> <p>Natureza: 1- principal 2- irradiada</p> <p>Face: 1 - Anterior 2 - Posterior</p> <p>3 - Lateral 4 - Medial 5 - Global</p> <p>Lado: 1 - Direito 2- Esquerdo</p> <p>3 - D > E 4 - E > D 5 -Bilateral</p> <p>(natureza / face / lado)</p> <p>2.6.1 (/ /) Face</p> <p>2.6.2 (/ /) Crânio</p> <p>2.6.3 (/ /) Pescoço</p> <p>2.6.4 (/ /) Mão</p> <p>2.6.5 (/ /) Antebraço</p> <p>2.6.6 (/ /) Braço</p>	<p>2.6.7 (/ /) Pé</p> <p>2.6.8 (/ /) Perna</p> <p>2.6.9 (/ /) Coxa</p> <p>2.6.10 (/ /) Dorso</p> <p>2.6.11 (/ /) Região lombar</p> <p>2.6.12 (/ /) Períneo</p> <p>2.6.13 (/ /) Tórax</p> <p>2.6.14 (/ /) Abdômen rostral</p> <p>2.6.15 (/ /) Abdômen caudal</p> <p>2.6.16 (/ /) difusa ou generalizada</p> <p>2.7 PLANO ACOMETIDO</p> <p>2.7.1 () Superficial</p> <p>2.7.2 () Profundo</p> <p>2.7.3 () Misto</p> <p>2.8 CARÁTER</p> <p>2.8.1 () Constante</p> <p>2.8.2 () Flutuante</p> <p>2.8.3 () Episódico</p> <p>2.8.4 () Paroxístico</p> <p>2.9 FREQUÊNCIA SURTO</p> <p>2.9.1 () Constante</p> <p>2.9.2 () Horária</p>	<p>2.9.3 () Diária</p> <p>2.9.4 () Semanal</p> <p>2.9.5 () Quinzenal</p> <p>2.9.5 () Mensal</p> <p>2.9.6 () Trimestral</p> <p>2.9.7 () Semestral</p> <p>2.9.8 () Anual</p> <p>2.9.9 () Eventual</p> <p>2.10 DURAÇÃO SURTO</p> <p>2.10.1 () Segundos</p> <p>2.10.2 () Minutos</p> <p>2.10.3 () Horas</p> <p>2.10.4 () Dias</p> <p>2.10.5 () Semanas</p> <p>2.10.6 () Meses</p> <p>2.11 PREDOMÍNIO</p> <p>2.11.1 () Noturno</p> <p>2.11.2 () Matutino</p> <p>2.11.3 () Vespertino</p> <p>2.11.4 () Diuturno</p> <p>2.11.5 () Não há</p> <p>2.12 EVOLUÇÃO</p> <p>2.12.1 () Progressiva</p> <p>2.12.2 () Estável</p> <p>2.3 () Regressiva</p>
--	---	---	--

2.12.3 PADRÃO DA DOR. Questionário de Dor McGill. Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual. Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.

SENSITIVOS (1-10); AFETIVOS (11-15); AVALIATIVOS (16); MISCELÂNEA (17-20).

2.13.1 Nº DE DESCRIPTORIOS	1 () 1-vibração () 2-tremor () 3-pulsante () 4-latejante () 5-como batida () 6-como pancada	5 () 1-beliscão () 2-aperto () 3-mordida () 4-cólica () 5-esmagamento	9 () 1-mal localizada () 2-dolorida () 3-machucada () 4-doída () 5-pesada	13 () 1-castigante () 2-atormenta () 3-cruel	17 () 1-espalha () 2-irradia () 3-penetra () 4-atraversa
2.13.1.1 () Sensoriais					
2.13.1.2 () Afetivos					
2.13.1.3 () Avaliativos					
2.13.1.4 () Miscelânea	2 () 1-pontada () 2-choque () 3-tiro	6 () 1-fisgada () 2-puxão () 3-em torção	10 () 1-sensível () 2-esticada () 3-esfolante () 4-rachando	14 () 1-amedrontadora () 2-apavorante () 3-terrorizante () 4-maldita () 5-mortal	18 () 1-aperta () 2-adormece () 3-repuxa () 4-espreme () 5-rasga
2.13.1.5 () TOTAL					
2.14.1 ÍNDICE DE DOR	3 () 1-agulhada () 2-perfurante () 3-facada () 4-punhalada () 5-em lança	7 () 1-calor () 2-queimação () 3-fervente () 4-em brasa	11 () 1-cansativa () 2-exaustiva	15 () 1-miserável () 2-enloquecedora	19 () 1-fria () 2-gelada () 3-congelante
2.14.1.1 () Sensoriais					
2.14.1.2 () Afetivos					
2.14.1.3 () Avaliativos					
2.14.1.4 () Miscelânea	4 () 1-fina () 2-cortante () 3-estrapalha	8 () 1-formigamento () 2-coceira () 3-ardor () 4-ferroada	12 () 1-enjoada () 2-sufocante	16 () 1-chata () 2-que incomoda () 3-desgastante () 4-forte () 5-insuportável	20 () 1-aborrecida () 2-dá náusea () 3-agonizante () 4-pavorosa () 5-torturante
2.14.1.5 () TOTAL					

2.15- PREJUÍZO SOCIAL 2.15.1 () Perdas dias de trabalho 2.15.2 () Perda do emprego 2.15.3 () Aposentadoria 2.15.4 () Licença saúde 2.15.5 () % perda salário / ganhos 2.15.6 () Dias de perda escolar 2.15.7 () Dias perda atividade domiciliar 2.15.8 () Dias perda do lazer 2.15.9 () Apetite 2.15.9 () Relacionamento interpessoal	2.16- ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA 0 – Inalteradas 1 – Reduzidas 2 – Abolidas 9 – Não se aplica 2.16.1 () Concentração 2.16.2 () Humor 2.16.3 () Sono 2.16.4 () Insônia inicial 2.16.5 () Insônia Terminal 2.16.6 () Sono não reparador 2.16.7 () Sexual 2.16.8 () Lazer 2.16.9 () Profissional 2.16.10 () Domiciliar 2.16.11 () Apetite 2.16.12 () Relacionamento interpessoal	2.17 DESENCADEANTES / AGRAVANTES 2.17.1 () Emoções 2.17.2 () Contato 2.17.3 () Distensão visceral 2.17.4 () Escaras 2.17.5 () Espasmos musculares 2.17.6 () Esforço físico 2.17.7 () Calor 2.17.8 () Frio 2.17.9 () Infecções 2.17.10 () Marcha quando distâncias longas 2.17.11 () Postura mantida por longo tempo 2.17.12 () Movimentos 2.17.13 () Sobe escadas 2.17.14 () Desce escadas	2.18 FATORES DE MELHORA 2.18.1 () Analgésicos 2.18.2 () Calor 2.18.3 () Frio 2.18.4 () Deitar 2.18.5 () Sentar 2.18.6 () Andar 2.18.7 () Ortostatismo 2.18.8 () Contato 2.18.9 () Repouso físico 2.18.10 () Exercícios 2.18.11 () Repouso psíquico 2.18.12 () Sono 2.18.13 () Narcóticos 2.18.14 () Psicotrópicos 2.18.15 () Massagens	2.19 TRATAMENTOS PRÉVIOS DA DOR 1- Ineficaz 2- Regular 3- Bom 4 –Excelente 5- Eficaz sem efeitos adversos 6- Ineficaz c / efeitos adversos 2.19.1 () AINH 2.19.2 () Corticosteróides 2.19.3 () Narcóticos 2.19.4 () Antidepressivos 2.19.5 () Fenotiazinas 2.19.6 () Diazepínicos 2.19.7 () Anticonvulsivantes 2.19.8 () Baclofeno 2.19.9 () Miorrelaxantes 2.19.10 () Fisioterapia 2.19.11 () Infiltrações 2.19.12 () Acupuntura 2.19.13 () Estimulação transcutânea 2.19.14 () Estimulação medular 2.19.14 () Estimulação encefálica 2.19.16 () Narcóticos intratecais 2.19.17 () Neurotomias 2.19.18 () Rizotomias 2.19.19 () DREZ 2.19.21 () Cordotomia 2.19.22 () Mielotomia 2.19.23 () Mesencefalotomia 2.19.24 () Talamotomia 2.19.25 () Cingulotomia 2.19.26 () Hipotalamotomia 2.19.27 () Outros agentes intrarraque 2.19.28 () Infiltração ponto-gatilho 2.19.29 () Psicoterapia 2.19.30 () Cirúrgico 2.19.31 () Radioterápico 2.19.32 () Quimioterápico 2.19.33 () Hormonioterápico 2.19.34 () Imunoterápico 2.19.35 () Outros
--	---	---	---	--

<p>2.20 GRAU FUNCIONAL 2.21.1 () Sem dor 2.21.2 () Sem dor com AINH ou esteróides 2.21.3 () Sem com 2 + psicotrópicos 2.21.4 () Sem dor com 2 + 3 + psicotrópicos 2.21.5 () Com dor com 2 + 3 + 4 OBS:</p> <p>2.21 TRATAMENTO DA DOENÇA PRIMÁRIA 1. Sem intercorrências 2. Com intercorrências 2.21.1 () Fisioterapia 2.21.2 () Psicoterapia 2.21.3 () Acupuntura 2.21.4 () Medicina alternativa</p> <p>2.22 AUTO-INTERPRETAÇÃO 2.22.1- Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer atualmente essas atividades durante um dia comum nas últimas 4 semanas? 1- Dificulta muito 2- Dificulta Um pouco 3- Não dificulta de modo algum 4- Não aplicável</p> <p>() Atividades vigorosas (correr, levantar objetos pesados, esportes árduos) () Atividades moderadas (mover uma mesa, jogar bola, varrer a casa) () Levantar ou carregar mantimentos () Subir vários lances de escada () Subir um lance de escada () Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se () andar mais que 1 quilômetro () Andar vários quarteirões () Andar um quarteirão () Tomar banho ou vestir-se</p> <p>2.22.2- Devido a sua saúde física, você teve algum dos Seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária nas últimas Quatro semanas? 1 – Sim 2 – Não</p> <p>() Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava a seu trabalho ou a outras atividades? () Realizou menos tarefas do que você gostaria? () Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades? () Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou esforço extra)?</p>	<p>2.22.3- Devido a alguma anormalidade emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso), você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária nas últimas quatro semanas? 1 – Sim 2 – Não</p> <p>() Você diminuiu a Quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho como geralmente faz? () Realizou menos tarefa do que você gostaria? () Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?</p> <p>2.22.4- Dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente nas últimas 4 semanas. 1- Todo tempo 2- Maior parte do tempo 3- Alguma parte do tempo 4- Pequena parte do tempo 5- Nunca</p> <p>() Quanto tempo você se sente cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? () Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? () Quanto tempo você tem se sentido tranqüilo? () Quanto tempo você tem se sentido desanimado?</p> <p>2.22.5- O Quanto é verdadeiro ou falso cada uma das afirmações para você? 1- Verdadeiro 2- Não sei 3- Falsa</p> <p>() Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas () Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço () Eu acho que a minha saúde vai piorar () Minha saúde é excelente</p> <p>2.22.6- Em geral, você diria que sua saúde é</p> <p>() Excelente () Muito boa () Boa () Ruim () Muito Ruim</p>	<p>2.22.7- Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral, agora?</p> <p>() Muito melhor agora do que há um ano atrás () Um pouco melhor agora do que há um ano atrás () Quase a mesma de um ano atrás () Um pouco pior agora do que há um ano atrás () Muito pior agora do que há um ano atrás</p> <p>2.22.8- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas</p> <p>() Nenhuma () Muito leve () Leve () Moderada () Grave () Muito grave</p> <p>2.22.9- De que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interfeririam nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo nas últimas quatro semanas?</p> <p>() De forma nenhuma () Ligeiramente () Moderadamente () Bastante () Extremamente</p> <p>2.22.10- Quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo trabalho fora e dentro de casa) nas últimas quatro semanas?</p> <p>() De maneira alguma () Um pouco () Moderadamente () Bastante () Extremamente</p>
--	--	---

<p>EXAME FÍSICO</p> <p>3.1 ESTADO GERAL 3.1.1 () Bom 3.1.2 () Regular 3.1.3 () Mau</p> <p>3.2 NUTRIÇÃO 3.2.1 () Boa 3.2.2 () Regular 3.2.3 () Má</p> <p>3.3 MUCOSAS 3.3.1 () Descoradas 3.3.2 () Desidratadas 3.3.3 () Ictéricas</p> <p>3.4 PA: ____X____ mmHg</p> <p>3.5 RESPIRAÇÃO 3.5.1 () Dispneia 3.5.2 () Cianose</p> <p>3.6 SEGMENTO CEFÁLICO</p> <p>3.6.1 OLHOS 3.6.4.1 () Hiperemia 3.6.4.2 () Opacificação 3.6.4.3 () Desvio do eixo 3.6.4.4 () Proptose 3.6.4.5 () Outros</p> <p>3.6.2 NARIZ 3.6.2.1 () Obstrução 3.6.2.2 () Secreção 3.6.2.3 () Deformação 3.6.2.4 () Outros</p> <p>3.6.3 OUVIDOS 3.6.3.1 () Secreção 3.6.3.2 () Deformação 3.6.3.3 () Audição 3.6.3.4 () Outros</p> <p>3.6.4 BOCA 3.6.4.1 () Tumor 3.6.4.2 () Deformidade lingual 3.6.4.3 () Secreções 3.6.4.4 () Outros</p> <p>3.6.5 DENTES 3.6.5.1 () Ausentes 3.6.5.2 () Rarefeitos 3.6.5.3 () Mau estado</p> <p>3.6.6 FARINGE 3.6.6.1 () Hiperemia 3.6.6.2 () Ulceração 3.6.6.3 () Tumor 3.6.6.4 () Outros.....</p> <p>3.6.7 SEIOS DA FACE 3.6.7.1 () Dor a palpação 3.6.7.2 () Outras lesões</p> <p>3.7 PESCOÇO 3.7.1 () Linfônodos 3.7.2 () Tumor 3.7.3 () Úlcera</p>	<p>3.7.4 () Lesão de tireoide 3.7.5 () Sopro /frêmito carotídeo 3.7.6 () Lesão muscular</p> <p>3.8 TÓRAX 3.8.1 () Deformidade 3.8.2 () Tumor 3.8.3 () Ulceração</p> <p>3.9 CORAÇÃO 3.9.1 () Sopros 3.9.2 () Arritmia 3.9.3 () Atritos 3.9.4 () Estalido</p> <p>3.10 PULMÕES 3.10.1 () Sibilos 3.10.2 () Roncos 3.10.3 () Estertores 3.10.4 () Maciez 3.10.5 () Pectorilóquia</p> <p>3.11 ABDÔMEN 3.11.1 () Fígado > 3.11.2 () Baço > 3.11.3 () Ascite 3.11.4 () Dor à palpação superficial 3.11.5 () Dor à palpação profunda 3.11.6 () Circulação colateral 3.11.7 () Gastrostomia 3.11.8 () Colostomia 3.11.9 () Distensão OBS</p> <p>3.12 PERÍNEO 3.12.1 () Tumor 3.12.2 () Secreção 3.12.3 () Úlcera</p> <p>3.13 MEMBROS 1-Edema 2-Linfedema 3-Úlcera 4-Tumor 5-Abolição de pulso 6-Deformidade 7-Amputação 3.13.1 () MSD 3.13.2 () MSE 3.13.3 () MID 3.13.4 () MIE OBS:</p> <p>3.14 DISPOSITIVOS 3.14.1 () Sonda nasogastroentérica 3.14.2 () Gastrostomia 3.14.3 () Sonda vesical 3.14.4 () Dreno torácico 3.14.5 () Catéter peridural 3.14.6 () Próteses 3.14.7 () Órteses</p> <p>4. EXAME FÍSICO ESPECIAL</p> <p>4.1 PSIQUISMO 4.1.1 () Ansioso 4.1.1 () Deprimido 4.1.2 () Transtorno somatoforme 4.1.3 () Psicose 4.1.4 () Outros</p>	<p>4.2 FASCIES 4.2.1 () Sofrimento 4.2.2 () Descontraída 4.2.3 () Indiferente</p> <p>4.4 MOTRICIDADE</p> <p>4.4.1 MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS Lado: D,E,B / Natureza: 1- Fasciculações 2- Tics 3- Espasmos 4- Coréia 4- Atetose 5- Tremor 6- Balismo 6-Distonia 4.4.1.1 (/) MS 4.4.1.2 (/) MI 4.4.1.3 (/) Cervical 4.4.1.4 (/) Dorso – lombar</p> <p>4.4.2 TÔNUS (padrão / lado) 1-Normal 2-Discreto >, não prejudica o movimento 3-Moderado >, movimento fácil 4-Intenso > movimento dificultado 5-Impossibilidade de movimento passivo 6-Hipotonia 4.2.2.1 (/) MS 4.2.2.2 (/) MI</p> <p>4.4.3 MOTRICIDADE VOLUNTÁRIA 4.4.3.1 MANOBRAS DEFICITÁRIAS (lado anormal) 4.4.3.1 () Mingazzini 4.4.3.2 () Barré 4.4.3.3 () MMSS estendidos</p> <p>4.4.4 MANOBRAS CONTRARRESISTIDAS (padrão / lado) 1- Normal 2- Discreta paresia 3-Contra gravidade 4-Acentuada paresia 5-Plegia 4.4.4.1 (/) Abdução MS 4.4.4.2 (/) Adução MS 4.4.4.3 (/) Flexão antebraço 4.4.4.4 (/) Extensão antebraço 4.4.4.5 (/) Flexão da mão 4.4.4.6 (/) Extensão da mão 4.4.4.7 (/) Flexão dos dedos 4.4.4.8 (/) Extensão dos dedos 4.4.4.9 (/) Abdução dos dedos 4.4.4.10 (/) Adução dos dedos 4.4.4.11 (/) Pinça 4.4.4.12 (/) Flexão da coxa 4.4.4.13 (/) Extensão da coxa 4.4.4.14 (/) Adução da coxa 4.4.4.15 (/) Abdução da coxa 4.4.4.16 (/) Flexão da perna 4.4.4.17 (/) Extensão da perna 4.4.4.18 (/) Flexão do pé 4.4.4.19 (/) Extensão do pé 4.4.4.20 (/) Flexão dos dedos</p> <p>4.5 ESPASMOS MUSCULARES 1-Raros/estímulos intensos</p>	<p>2- Eventuais/facilmente desencadeados/não prejudicam postura 3- 1-10 espasmos-hora/ prejudicam postura 4- > 10 espasmos-hora/ Impedem posição sentada/deitada (padrão/lado) 4.5.1 (/) MI 4.5.2 (/) MS</p> <p>4.6 MOTRICIDADE REFLEXA 4.6.1 REFLEXOS MIOTÁTICOS (padrão / lado) 1-Abolido 2- Hipoativo 3- Normal 4-Vivo 5- Exaltado 6- Clônus 4.6.1.1 (/) Aquiliano 4.6.1.2 (/) Patelar 4.6.1.3 (/) Adutor da coxa 4.6.1.4 (/) Costo-abdominais 4.6.1.5 (/) Bicipital 4.6.1.6 (/) Tricipital 4.6.1.7 (/) Estilo-radial</p> <p>4.6.2 REFLEXOS SUPERFICIAIS (padrão / lado) 1- Não obtido 2-Normal 2- Extensão 4.6.2.1 (/) Cutâneo-plantar 4.6.2.2 (/) Cutâneo-abdominais 4.6.2.3 (/) Palmo-mentoniano</p> <p>4.7 COORDENAÇÃO DE MOVIMENTO (padrão / lado) 1.Cerebelar apendicular 2.Cordonal posterior 3-Sensitiva 4.7.1 (/) MS 4.7.2 (/) MI</p> <p>4.8 ALTERAÇÕES NEUROVEGETATIVAS</p> <p>4.8.1 PERFUSÃO CUTÂNEA (padrão / lado) 1 – Hiperemia 2 – Palidez 4.8.1.1 (/) Mão 4.8.1.2 (/) Pé 4.8.1.3 (/) Outros</p> <p>4.8.2 PERSPIRAÇÃO (padrão / lado) 1 – Hiperidrose 2 – Anidrose 4.8.2.1 (/) Mão 4.8.2.2 (/) Pé 4.8.2.3 (/) Outros</p> <p>4.8.3 TEMPERATURA (padrão / lado) 1 - Aumentada 2 - Reduzida 4.8.3.1 (/) Mão 4.8.3.2 (/) Pé 4.8.3.3 (/) Outros</p> <p>4.8.4 CLAUDE BERNARD-HORNER (Lado) 4.8.4.1 ()</p>
---	--	--	--

<p>4.8.5 FUNÇÃO VESICAL 4.8.5.1 () Retenção 4.8.5.2 () Incontinência 4.8.5.3 () Urgência</p> <p>4.8.6 FUNÇÃO ANAL 4.8.6.1 () Incontinência</p> <p>4.9 ALTERAÇÕES TRÓFICAS</p> <p>4.9.1 ESCARAS (face/lado) 4.9.1.1 (/) Sacral 4.9.1.2 (/) Isquiática 4.9.1.3 (/) Trocântica 4.9.1.4 (/) Pé 4.9.1.5 (/) Mão 4.9.1.6 (/) Dorsal 4.9.1.7 (/) Lombar 4.9.1.8 (/) Cervical 4.9.1.9 (/) Tórax 4.9.1.10 (/) Abdomen</p> <p>4.9.2 AMIOTROFIAS (Lado: D,E,B) 4.9.2.1 () Mão 4.9.2.2 () Antebraço 4.9.2.3 () Braço 4.9.2.4 () Cintura escapular 4.9.2.5 () Parede Abdominal 4.9.2.6 () Pé 4.9.2.7 () Perna 4.9.2.8 () Coxa 4.9.2.9 () Glúteo 4.9.2.10 () Cervical</p> <p>4.9.3 LIMITAÇÕES ARTICULARES (lado) 4.9.3.1 () Abdução da coxa 4.9.3.2 () Flexão da coxa 4.9.3.3 () Flexão do joelho 4.9.3.4 () Dorsiflexão do pé 4.9.3.5 () Flexão plantar 4.9.3.6 () Flexão dedos mão 4.9.3.7 () Flexão mão 4.9.3.8 () Flexão do cotovelo 4.9.3.9 () Extensão cotovelo 4.9.3.10 () Flexão do braço 4.9.3.11 () Extensão do braço 4.9.3.12 () Abdução do ombro 4.9.3.13 () Flexão cervical 4.9.3.14 () Extensão cervical</p> <p>4.10 SENSIBILIDADE SUPERFICIAL</p> <p>Padrão 1-Hipalgesia 2-Hipoestesia tátil 3-Analgesia 4-Anestesia 5-Hiperpatia 6-Alodínea 7-Dor</p> <p>Lado: D,E,B Face: 1-Anterior 2-Posterior 3-Lateral 4-Medial 5-Global</p>	<p>4.10.1 TOPOGRÁFICA (padrões/face/ lado) 4.10.1.1 (/ /) Mão 4.10.1.2 (/ /) Antebraço 4.10.1.3 (/ /) Braço 4.10.1.4 (/ /) Pé 4.10.1.5 (/ /) Perna 4.10.1.6 (/ /) Coxa 4.10.1.7 (/ /) Hemiface 4.10.1.8 (/ /) Hemicorpo</p> <p>4.10 RADICULAR (padrão / lado) 4.10.2.1 (/) Cervical 4.10.2.2 (/) Dorsal 4.10.2.3 (/) Lombar 4.10.2.4 (/) Sacral 4.10.2.5 (/) Trigeminal 4.10.2.6 (/) Intermédio 4.10.2.7 (/) Glossofaríngeo 4.10.2.10 (/) Vago</p> <p>4.10.3 TRONCULAR (padrão / lado) 4.10.3.1 (/) Occipital 4.10.3.2 (/) Grande auricular 4.10.3.3 (/) Cincunflexo 4.10.3.4 (/) Supra-escapular 4.10.3.5 (/) Radial 4.10.3.6 (/) Mediano 4.10.3.7 (/) Ulnar 4.10.3.8 (/) Intercostal 4.10.3.9 (/) Gêrito-femoral 4.10.3.10 (/) Ílio-inguinal 4.10.3.11 (/) Fêmoro-cutâneo 4.10.3.12 (/) Femoral 4.10.3.13 (/) Fibular 4.10.3.14 (/) Tibial 4.10.3.15 (/) Sural interno 4.10.3.16 (/) Ciático-poplíteo 4.10.3.17 (/) Pudendo 4.10.3.18 (/) Obturador 4.10.3.19 (/) Ciático-menor 4.10.3.20 (/) Digitais 4.10.3.21 (/) Supra-orbitário 4.10.3.22 (/) Mentoniano</p> <p>4.11 SENSIBILIDADE PROFUNDA (padrão / lado) 1-Reduzido 2-Abolido 4.11.1 (/) MI 4.11.2 (/) MS</p> <p>4.12 MANOBRAS DESENCADANTES (lado) 4.12.1 () Laseg 4.12.2 () Extensão da coxa 4.12.3 () Phalen 4.12.4 () Lermithe 4.12.5 () Patrick</p> <p>4.12 NERVOS CRANIANOS (lado) 4.12.1 () Olfatório 4.12.2 () Óptico 4.12.3 () Motor ocular comum 4.12.4 () Troclear</p>	<p>4.12.5 () Trigêmeo 4.12.6 () Abducente 4.12.7 () Facial 4.12.8 () Vestíbulo-coclear 4.12.9 () Glossofaríngeo 4.12.10 () Vago 4.12.11 () Espinal 4.12.12 () Hipoglosso</p> <p>4.13.DOR MUSCULAR (padrão / lado) Pontos- Gatilhos 1. Ativos 2- Latentes 4.13.1 (/) Platisma 4.13.2 (/) Frontal 4.13.3 (/) Occipital 4.13.4 (/) Espênio da cabeça 4.13.5 (/) Trapézio superior 4.13.6 (/) Espênio cervical 4.13.7 (/) Semi-espinal da cabeça 4.13.8 (/) Semi-espinal cervical 4.13.9 (/) Multifido 4.13.10 (/) Sub-occipitais 4.13.11 (/) Escalenos 4.13.12 (/) Supra-espinais 4.13.13 (/) Infra-espinais 4.13.14 (/) Elevador da escápula 4.13.15 (/) Redondo maior 4.13.16 (/) Redondo menor 4.13.17 (/) Rombóide 4.13.18 (/) Longo dorsal superior 4.13.19 (/) Sub-escapular 4.13.20 (/) Bíceps braquial 4.13.21 (/) Deltóide anterior 4.13.22 (/) Deltóide posterior 4.13.23 (/) Braquiais 4.13.24 (/) Tríceps braquial 4.13.25 (/) Extensor ulnar do carpo 4.13.26 (/) Extensores radiais carpo 4.13.27 (/) Bráquio-radial 4.13.28 (/) Pronadores 4.13.29 (/) Supinador 4.13.30 (/) Extensores dos dedos 4.13.31 (/) Palmar longo 4.13.32 (/) Flexor radial do carpo 4.13.33 (/) Flexor ulnar do carpo 4.13.34 (/) Adutores do polegar 4.13.35 (/) Oponentes do polegar 4.13.36 (/) Abdutores do polegar 4.13.37 (/) Extensores do polegar 4.13.38 (/) Interósseos 4.13.39 (/) Peitoral maior 4.13.40 (/) Peitoral menor 4.13.41 (/) Esternal 4.13.42 (/) Serrátil anterior</p>	<p>4.13.43 (/) Serrátil posterior-superior 4.13.44 (/) Íleo-costal torácico 4.13.45 (/) Íleo-costal lombar 4.13.46 (/) Longo dorsal inferior 4.13.47 (/) Multifídio e rotadores lombares 4.13.48 (/) Quadrado lombar 4.13.49 (/) Oblíquo interno/externo 4.13.50 (/) Piramidal 4.13.51 (/) Adutores da coxa 4.13.52 (/) Piriforme 4.13.53 (/) Elevador do ânus 4.13.54 (/) Glúteo máximo 4.13.55 (/) Glúteo médio 4.13.56 (/) Tensor da fáscia lata 4.13.58 (/) Vasto medial 4.13.59 (/) Reto femoral 4.13.60 (/) Vasto intermédio 4.13.61 (/) Vasto lateral 4.13.62 (/) Bíceps femoral 4.13.63 (/) Semi-tendíneo/membranoso 4.13.64 (/) Tibial anterior 4.13.65 (/) Tibial posterior 4.13.66 (/) Gastrocnêmio 4.13.67 (/) Sóleo 4.13.68 (/) Perôneo 4.13.70 (/) Extensor dos dedos 4.13.71 (/) Interósseos</p> <p>4.14 ZONAS REFLEXAS (face/lado)</p> <p>4.14.1 (/) Frontal 4.14.2 (/) Facial 4.14.3 (/) Temporal 4.14.4 (/) Occipital 4.14.5 (/) Cervical 4.14.6 (/) Dorsal 4.14.7 (/) Lombar 4.14.8 (/) Braço 4.14.9 (/) Antebraço 4.14.10 (/) Coxa 4.14.11 (/) Perna 4.14.12 (/) Tórax 4.14.13 (/) Abdômen</p> <p>OBS:</p>
---	---	--	--

The diagrams illustrate dermatome distributions for neurological examination:

- Top Left:** Anterior and posterior views of a human torso and lower limbs.
- Top Right (D and C):** Lateral views of the right (D) and left (C) lower limbs, showing dermatome levels L1-L5 and S1-S3.
- Middle (E and F):** Superior views of the perineal and anal regions, showing dermatome levels L2-L3, S2-S5, and the coccyx (Coc).
- Bottom:** Anterior and posterior views of a human torso and upper limbs, showing dermatome levels for the arms and chest.

Legend:

Hipalgesia: Hipostesia: ----- Analgesia: ===== Anestesia: oooooo
Hiperpatia: ##### Alodínea: >>>>>>> Pontos gatilhos: +++++ Do: _____

<p>5. EXAMES COMPLEMENTARES (Anormal)</p> <p>5.1 () Hematológico 5.1.1 () Hemácias 5.1.2 () Leucócitos 5.1.3 () Neutrófilos 5.1.4 () Linfócitos 5.1.5 () Outros 5.2 () Creatinina 5.3 () Glicemia 5.4 () GTT 5.5 () VHS 5.6 () Mucoproteínas 5.7 () Fator reumatóide 5.8 () FAN 5.9 () Células LE 5.10 () Ácido úrico 5.11 () ASLO 5.12 () Proteína C reativa 5.13 () Proteínas séricas 5.13.1 () Eletrofore gama 5.13.2 () Albumina 5.14 () Urina/Sedimento 5.14.1 () Leucocitúria 5.14.2 () Hematúria 5.14.3 () Cilindrúria 5.15 () Urocultura 5.16 () Outras secreções 5.16.1 () Em cateteres 5.16.2 () Em feridas 5.17 () LCR 5.17.1 () SOD..... 5.17.2 () LD..... 5.17.3 () Bloqueio..... 5.17.4 () Proteínas..... 5.17.5 () Neutrófilos..... 5.17.6 () Linfócitos..... 5.17.7 () Reticulomonocitos 5.17.8 () Gama..... 5.17.9 () Pressão.....</p> <p>5.18 EXAMES RADIOLÓGICOS</p> <p>PADRÃO 1-Fratura 2-Falha óssea 3-TU delimitado 4-TU infiltrativo 5-Gliose 6-Cisto 7-Hidrocefalia 8-Hemorragia 9-Atrofia cortical 10-Atrofia subcortical 11-Porencefalia 12-coleção 13-Calcificações 14-Metástases ósseas 15-Deformidades</p> <p>LOCAL 1-Frontal 2-Parietal 3-Temporal 4-Occipital 5-Cerebelo</p>	<p>6-Mesencéfalo 7-Ponte 8-Tálamo</p> <p>LADO 1-Direito 2-Esquerdo 3-D > E 4-E > D 5-Bilateral</p> <p>(padrão/local/lado) 5.18.1.1 (/ /) RX CRÂNIO 5.18.1.2 (/ /) CT-SCAN 5.18.1.3 (/ /) RNM</p> <p>5.18.2 IMAGEM VERTEBRAL</p> <p>PADRÃO 1- Atrofia 2- Artrose 3- Estenose do canal 4- Escoliose 5- Retificação 6- Inversão 7- Cifose 8- Espondilose 9- Espondilolise 10- Espondilolistese 11- Luxação 12- Calcificação 13- Fratura 14- Laminectomia 15- Metástases 16- Osteomielite 17- Hérnia 18- Cicatrizes 19- Enxerto ósseo 20- Fixação metálica 21- Corpo estranho 22- Mielomalácia 23- Cisto</p> <p>LOCAL 1-Cervical 2-Dorsal 3-Lombar 4-Sacral</p> <p>(padrão/local/lado) 5.18.2.1 (/ /) RAIO-X 5.18.2.2 (/ /) CT-SCAN 5.18.2.3 (/ /) RNM</p> <p>5.18.3 OUTRAS IMAGENS (padrão/lado) 5.18.3.1 (/) Ombro 5.18.3.2 (/) Cotovelo 5.18.3.3 (/) Pulso 5.18.3.4 (/) Mão 5.18.3.5 (/) Sacro-iliaca 5.18.3.6 (/) Coxo-femoral 5.18.3.7 (/) Joelho 5.18.3.8 (/) Tornozelo 5.18.3.9 (/) Pé 5.18.3.10 (/) Costela 5.18.3.11 (/) Úmero 5.18.3.12 (/) Antebraço</p>	<p>5.18.3.13 (/) Fêmur 5.18.3.14 (/) Perna 5.18.3.15 (/) Ilíaco 5.18.3.16 (/) Pulmão</p> <p>5.18.4 US ABDOMINAL 5.19.4.1 () Tumor de pâncreas 5.18.4.2 () Hepatomegalia 5.18.4.3 () Metástase hepática 5.18.4.4 () Ascite 5.18.4.5 () Massas abdominais 5.18.4.6 () Mioma uterino 5.18.4.7 () Cisto ovariano 5.18.4.8 () Próstata > 5.18.4.9 () Rim > 5.18.4.10 () Litíase biliar 5.18.4.11 () Litíase urinária 5.18.4.12 () Hidronefrose</p> <p>5.18.5 UROGRAFIA (lado) 5.18.5.1 () Litíase urinária 5.18.5.2 () Exclusão renal 5.18.5.3 () Hidronefrone 5.18.5.4 () Atrofia renal</p> <p>5.19 ELEROMIOGRAFIA</p> <p>5.19.1 PADRÃO TOPOGRÁFICO (lado) 5.19.1.1 () Polineuropatia 5.19.1.2 () Mononeuropatia multiplex 5.19.1.3 () Mediana 5.19.1.4 () Ulnar 5.19.1.5 () Radial 5.19.1.6 () Supra-escapular 5.19.1.7 () Ílio-inguinal 5.19.1.8 () Femoral 5.19.1.9 () Fibular 5.19.1.10 () Tibial 5.19.1.11 () Ciática 5.19.1.12 () Pudenda 5.19.1.13 () Plexular braquial 5.19.1.14 () Plexular lombar 5.19.1.15 () Plexular sacral 5.19.1.16 () Radicular cervical 5.19.1.17 () Radicular lombar 5.19.1.18 () Radicular sacral 5.19.1.18 () Ponta anterior cervical 5.19.1.19 () Ponta anterior lombar 5.19.1.21 () Ponta anterior sacral</p> <p>5.19.2 PADRÃO DE LESÃO 5.19.2.1 () Axonal 5.19.2.2 () Mielínico 5.19.2.3 () Misto</p>	<p>519.3 VELOCIDADE DE CONDUÇÃO 5.19.3.1 () Sensitiva 5.19.3.2 () Motora 5.19.3.3 () Fibrilações 5.19.3.4 () Ondas positivas</p> <p>5.20 POTENCIAL EVOCADO (lado) 5.20.1 () Sensitivo anormal 5.20.2 () Visual anormal</p> <p>5.21 MAPEAMENTO ÓSSEO 1- Tumor 2- Artrose 3- Infecção 4- Distrofia</p> <p>(padrão / lado) 5.21.1 (/) Calota craniana 5.21.2 (/) Coluna cervical 5.21.3 (/) Coluna dorsal 5.21.4 (/) Coluna lombar 5.21.5 (/) Sacro 5.21.6 (/) Gradeado costal 5.21.7 (/) Ombro 5.21.8 (/) Ilíaco 5.21.9 (/) Cotovelo 5.21.10 (/) Pulso 5.21.11 (/) Mão 5.21.11 (/) Sacro-iliaca 5.21.12 (/) Coxo-femoral 5.21.13 (/) Joelho 5.21.15 (/) Tornozelo 5.21.16 (/) Pé 5.21.17 (/) Úmero 5.21.18 (/) Antebraço 5.21.18 (/) Fêmur 5.21.19 (/) Perna</p>
---	---	--	---

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL

Nome	RG		Diagnóstico			
DATA: / /						
6.0.1 SITUACÃO GERAL	6.0.1.1 () Melhor 6.0.1.2 () Igual	6.0.1.3 () Pior	6.0.1.1 () Melhor 6.0.1.2 () Igual	6.0.1.3 () Pior	6.0.1.1 () Melhor 6.0.1.2 () Igual	6.0.1.3 () Pior
6.0.1.2 INTENSIDADE	0-----10		0-----10		0-----10	
6.1 McGill resumido Assinale apenas as expressões que melhor caracterize a sua dor 6.1.1 E.A Verbal: 1-Fraca 2-Moderada 3-Forte 4-Insuportável	6.1.1 () Latejante 6.1.2 () Pontada 6.1.3 () Choque 6.1.4 () Agulhada 6.1.5 () Fina 6.1.6 () Fisgada 6.1.7 () Queimação	6.1.8 () Formigamento 6.1.9 () Coceira 6.1.10 () Cansativa 6.1.11 () Enjoada 6.1.12 () Sufocante 6.1.13 () Atormenta 6.1.14 () Apavorante	6.1.1 () Latejante 6.1.2 () Pontada 6.1.3 () Choque 6.1.4 () Agulhada 6.1.5 () Fina 6.1.6 () Fisgada 6.1.7 () Queimação	6.1.8 () Formigamento 6.1.9 () Coceira 6.1.10 () Cansativa 6.1.11 () Enjoada 6.1.12 () Sufocante 6.1.13 () Atormenta 6.1.14 () Apavorante	6.1.1 () Latejante 6.1.2 () Pontada 6.1.3 () Choque 6.1.4 () Agulhada 6.1.5 () Fina 6.1.6 () Fisgada 6.1.7 () Queimação	6.1.8 () Formigamento 6.1.9 () Coceira 6.1.10 () Cansativa 6.1.11 () Enjoada 6.1.12 () Sufocante 6.1.13 () Atormenta 6.1.14 () Apavorante
6.2 LOCALIZAÇÃO Natureza/Vide 6.1 Face 1-Anterior 2-Posterior 3-lateral 4-Medial Lado 1-Direito 2-Esquerdo 3-E > D 4-E < D	(Natureza / face / lado) 6.2.1 (/) Face 6.2.2 (/) Crânio 6.2.3 (/) Pescoço 6.2.4 (/) Mão 6.2.5 (/) Antebraço 6.2.6 (/) Braço 6.2.7 (/) Pé 6.2.8 (/) Perna	6.2.9 (/) Coxa 6.2.10 (/) Dorso 6.2.11 (/) Lombar 6.2.12 (/) Períneo 6.2.13 (/) Tórax 6.2.14 (/) Abdômen 6.2.15 (/) Abdômen caudal	(Natureza / face / lado) 6.2.1 (/) Face 6.2.2 (/) Crânio 6.2.3 (/) Pescoço 6.2.4 (/) Mão 6.2.5 (/) Antebraço 6.2.6 (/) Braço 6.2.7 (/) Pé 6.2.8 (/) Perna	6.2.9 (/) Coxa 6.2.10 (/) Dorso 6.2.11 (/) Lombar 6.2.12 (/) Períneo 6.2.13 (/) Tórax 6.2.14 (/) Abdômen 6.2.15 (/) Abdômen caudal	(Natureza / face / lado) 6.2.1 (/) Face 6.2.2 (/) Crânio 6.2.3 (/) Pescoço 6.2.4 (/) Mão 6.2.5 (/) Antebraço 6.2.6 (/) Braço 6.2.7 (/) Pé 6.2.8 (/) Perna	6.2.9 (/) Coxa 6.2.10 (/) Dorso 6.2.11 (/) Lombar 6.2.12 (/) Períneo 6.2.13 (/) Tórax 6.2.14 (/) Abdômen 6.2.15 (/) Abdômen caudal
6.4 CARÁTER	6.4.1 () Constante 6.4.2 () Flutuante	6.4.3 () Episódico 6.4.4 () Paroxístico	6.4.1 () Constante 6.4.2 () Flutuante	6.4.3 () Episódico 6.4.4 () Paroxístico	6.4.1 () Constante 6.4.2 () Flutuante	6.4.3 () Episódico 6.4.4 () Paroxístico
6.5 FREQUÊNCIA	6.5.1 () Constante 6.5.2 () Horária 6.5.3 () Diária 6.5.4 () Quinzenal 6.5.5 () Mensal	6.5.6 () Trimestral 6.5.7 () Semestral 6.5.8 () Anual 6.5.9 () Trienal 6.5.11 () Eventual	6.5.1 () Constante 6.5.2 () Horária 6.5.3 () Diária 6.5.4 () Quinzenal 6.5.5 () Mensal	6.5.6 () Trimestral 6.5.7 () Semestral 6.5.8 () Anual 6.5.9 () Trienal 6.5.11 () Eventual	6.5.1 () Constante 6.5.2 () Horária 6.5.3 () Diária 6.5.4 () Quinzenal 6.5.5 () Mensal	6.5.6 () Trimestral 6.5.7 () Semestral 6.5.8 () Anual 6.5.9 () Trienal 6.5.11 () Eventual
6.6 DURAÇÃO	6.6.1 () Segundos 6.6.2 () Minutos 6.6.3 () Horas	6.6.4 () Dias 6.6.5 () Semanas 6.6.6 () Meses	6.6.1 () Segundos 6.6.2 () Minutos 6.6.3 () Horas	6.6.4 () Dias 6.6.5 () Semanas 6.6.6 () Meses	6.6.1 () Segundos 6.6.2 () Minutos 6.6.3 () Horas	6.6.4 () Dias 6.6.5 () Semanas 6.6.6 () Meses
6.7 PREDOMÍNIO	6.7.1 () Noturno 6.7.2 () Matutino 6.7.3 () Vespertino	6.7.4 () Diuturno 6.7.5 () Não há	6.7.1 () Noturno 6.7.2 () Matutino 6.7.3 () Vespertino	6.7.4 () Diuturno 6.7.5 () Não há	6.7.1 () Noturno 6.7.2 () Matutino 6.7.3 () Vespertino	6.7.4 () Diuturno 6.7.5 () Não há
6.8 EVOLUÇÃO	6.8.1 () Progressiva 6.8.2 () Estável	6.8.3 () Regressiva	6.8.1 () Progressiva 6.8.2 () Estável	6.8.3 () Regressiva	6.8.1 () Progressiva 6.8.2 () Estável	6.8.3 () Regressiva
6.9 PREJUÍZO SOCIAL	6.9.1 () Dias de trabalho 6.9.2 () Perda emprego 6.9.3 () Aposentadoria 6.9.4 () Licença saúde	6.9.5 () Perda Salário 6.9.6 () Perda escolar 6.9.7 () Ativ. domiciliar 6.9.8 () Perda do lazer	6.9.1 () Dias de trabalho 6.9.2 () Perda emprego 6.9.3 () Aposentadoria 6.9.4 () Licença saúde	6.9.5 () Perda Salário 6.9.6 () Perda escolar 6.9.7 () Ativ. domiciliar 6.9.8 () Perda do lazer	6.9.1 () Dias de trabalho 6.9.2 () Perda emprego 6.9.3 () Aposentadoria 6.9.4 () Licença saúde	6.9.5 () Perda Salário 6.9.6 () Perda escolar 6.9.7 () Ativ. domiciliar 6.9.8 () Perda do lazer
6.10 AT. HABITUAIS 0-Inalteradas 1-Reduzidas 2-Abolidas 3-Melhoradas 4-Não aplicável	6.10.1 () Concentração 6.10.2 () Humor 6.10.3 () Sono 6.10.4 () Sexual 6.10.5 () Lazer	6.10.6 () Profissional 6.10.7 () Domiciliar 6.10.8 () Apetite 6.10.9 () Relacionamento interpessoal	6.10.1 () Concentração 6.10.2 () Humor 6.10.3 () Sono 6.10.4 () Sexual 6.10.5 () Lazer	6.10.6 () Profissional 6.10.7 () Domiciliar 6.10.8 () Apetite 6.10.9 () Relacionamento interpessoal	6.10.1 () Concentração 6.10.2 () Humor 6.10.3 () Sono 6.10.4 () Sexual 6.10.5 () Lazer	6.10.6 () Profissional 6.10.7 () Domiciliar 6.10.8 () Apetite 6.10.9 () Relacionamento interpessoal
6.11 AT. DIÁRIAS 1-Com adaptação 2-Com auxílio 3-Com órtese 4-Impossível	6.11.1 () Deambulação 6.11.2 () Sentar-se 6.11.3 () Ortostatismo 6.11.4 () Mudança de decúbito	6.11.5 () Transferência 6.11.6 () Higiene 6.11.7 () Alimentação 6.11.8 () Vestir	6.11.1 () Deambulação 6.11.2 () Sentar-se 6.11.3 () Ortostatismo 6.11.4 () Mudança de decúbito	6.11.5 () Transferência 6.11.6 () Higiene 6.11.7 () Alimentação 6.11.8 () Vestir	6.11.1 () Deambulação 6.11.2 () Sentar-se 6.11.3 () Ortostatismo 6.11.4 () Mudança de decúbito	6.11.5 () Transferência 6.11.6 () Higiene 6.11.7 () Alimentação 6.11.8 () Vestir

EVOLUÇÃO AMBULATORIAL

Nome	RG		Diagnóstico		continuação	
DATA: / / 6.12.1 MEDICAÇÃO Dose (mg/dia) Adesão (sim/parcial/não) Quando não ou parcial 1-falta de receita 2-Inexistência do produto 3-Não aceita o tratamento 4-Opiniões de terceiros 5-Efeitos colaterais Result. (inalt/melhor/sem dor/curado)						
12.2 EFEITOS COLATERAIS (assinalar número o agente do 6.12.1)	6.12.2.1 () Náuseas 6.12.2.2 () Vômitos 6.12.2.3 () Epigastralgia 6.12.2.4 () Obstipação	6.12.2.5 () Sonolência 6.12.2.6 () Insônia 6.12.2.7 () Confusão 6.12.2.8 () Alergia	6.12.2.1 () Náuseas 6.12.2.2 () Vômitos 6.12.2.3 () Epigastralgia 6.12.2.4 () Obstipação	6.12.2.5 () Sonolência 6.12.2.6 () Insônia 6.12.2.7 () Confusão 6.12.2.8 () Alergia	6.12.2.1 () Náuseas 6.12.2.2 () Vômitos 6.12.2.3 () Epigastralgia 6.12.2.4 () Obstipação	6.12.2.5 () Sonolência 6.12.2.6 () Insônia 6.12.2.7 () Confusão 6.12.2.8 () Alergia
6.13 FISIATRIA / RESULTADO						
6.14 CIRURGIA/BLOQUEIO/ Cateter 1-alívio total 2-alívio parcial 3- efeitos adversos						
6.15 PA / P						
6.16 PESO / NUTRIÇÃO						
6.17 EXAME FÍSICO						
6.18 PSQUIISMO	4.1.1 () Ansioso 4.1.2 () Deprimido 4.1.3 () Transtorno somatoforme	4.1.4 () Psicose 4.1.5 () Hostil 4.1.6 () Outros	4.1.1 () Ansioso 4.1.2 () Deprimido 4.1.3 () Transtorno somatoforme	4.1.4 () Psicose 4.1.5 () Hostil 4.1.6 () Outros	4.1.1 () Ansioso 4.1.2 () Deprimido 4.1.3 () Transtorno somatoforme	4.1.4 () Psicose 4.1.5 () Hostil 4.1.6 () Outros
6.19 EXAMES COMPLEMENTARES						

ANEXO 2**ESCALA VISUAL ANALÓGICA**

ANEXO 3

PROTOCOLO DE DOR PÉLVICA E ABDOMINAL

Nome:.....RG.....
 Idade:.....sexo.....cor:.....Estado
 civil.....Profissão.....
 End:.....Bairro:.....
 Cidade:.....CEP:.....TEL:.....
 Data da 1ª consulta:...../...../.....Tempo de dor pré-HC:.....
 Duração da dor:.....

1-Intensidade: VAS inicial: 0 _____ 10
 VAS atual: 0 _____ 10
 VAS final: 0 _____ 10

2- Local: () abdomen superior () abdomen inferior () inguinal () peri umbilical () púbis
 () vulva () vagina () anus () glúteo () lombar () coxa () perna () outros

1.D>E 2.E>D 3.D=E

() superficial () profunda () ambas

3- Padrão: () queimor () latejante () peso () aperto () caimbra () pontada () choque
 () formigamento () outros:

4- Fatores de alívio: () calor local () frio local () dia quente () dia frio () movimentação
 () micção () evacuação () sono () repouso físico () repouso mental () ato sexual
 () massagem posição: () sentada () deitada () ortostático () marcha () transporte
 () analgésicos () fisioterapia () acupuntura () Bloqueios
 quais?.....() outros.....

5- Fatores de piora: () calor local () frio local () dia quente () dia frio/chuvoso
 () mudança de tempo () estresse emocional () fisioterapia () sono () repouso () toque
 () ato sexual () movimentação () micção () evacuação () esforço físico
 posição: () sentada () deitada () ortostatismo () marcha () transporte

6-Instalação: () aguda () insidiosa. Tempo de instalação.....

7-Etiologia

a) () Traumatismo.....

b) () Visceropatia () ginecológico () proctológico () urológico

c) () Algia vertebral

d) () Pós operatório () ginecológico () proctológico () urológico

e) () Idiopática

f) () Estresse físico

g) () Estresse emocional

Outros

8- Período de dor: () matutino () vespertino () noturno () diurno

9-Sintomas associados: () fadiga () cefaléia () dismenorréia () disúria () diarreia
 () obstipação () alternante: diarreia e obstipada
 () menopausa: com.....anos de idade

10- Impactos funções vitais:

sono: ☐ sem alteração ☐ acorda cansado ☐ insônia ☐ melhor após medicação
 humor: ☐ ansiedade ☐ depressão ☐ estresse ☐ fobia
 vícios: ☐ fumo ☐ etilismo ☐ drogas ☐ café
 qualidade de vida:pontos
 psiquismo: ☐ normal ☐ alterado
 apetite: ☐ normal ☐ aumentado ☐ aumentado com medicam ☐ diminuído
 lazer: ☐ normal ☐ diminuído
 atividades esportivas: ☐ normal ☐ diminuído
 atividades sexuais: ☐ normal ☐ diminuído

11- Tratamento prévios:

AINH.....
 Psicotrópicos.....
 Cirurgia.....
 Acupuntura.....
 Bloqueio.....
 Outros.....

12- Tratamento atual:

AINH.....
 Psicotrópicos.....
 Acupuntura.....
 Bloqueio.....
 Morfina.....
 Cirurgia.....

13- Resultado dos tratamentos:

Medicamentoso: ☐ mau ☐ regular ☐ bom ☐ ótimo
 Fisioterapia: ☐ mau ☐ regular ☐ bom ☐ ótimo
 Tipo.....
 Acupuntura: ☐ mau ☐ regular ☐ bom ☐ ótimo
 Cateter peri-dural: ☐ mau ☐ regular ☐ bom ☐ ótimo

14- Número de atos operatórios:.....(☐) tratamento de dor (☐) causa de dor

15- Alterações sensitivas (☐) alodínea (☐) hiperpatia (☐) hiperalgesia (☐) hipostesia (☐) analgesia

16- Alterações motoras:.....

17- Toque retal:.....

18- Toque vaginal:.....

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE FILHO, A.C.C. **Dor diagnóstico e tratamento**. São Paulo, Roca, 2001. p.1-2.
2. BAKER, P.K. Musculoskeletal problems. In: STEEGE, J.F.; MELTZGER, D.A.; LEVY, B.B., ed. **Chronic pelvic pain: an integrated approach**. Philadelphia, W B Saunders, 1998. BASU, H.K. Chronic pelvic pain. **Br. J. Hosp. Med.**, v.26, p.150, 1981.
3. BENSON, J.T. Neuropathic pain. In: STEEGE, J.F.; MELTZGER, D.A.; LEVY, B.B., ed. **Chronic pelvic pain: an integrated approach**. Philadelphia, W B Saunders, 1998. BENSON, R.C.; HANSON, K.H.; MATARAZZO, J.D. Atypical pelvic pain in women: gynecologic-psychiatric considerations. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.77, p.806-25, 1959.
4. BOISSONNAULT, J.S.; BLASCHAK, M.J. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. **Phys. Ther.**, v.68, p.1082-6, 1988.
5. BONICA, J.J. **The management of pain**. 2 ed. Philadelphia, Lea Feibiger, 1990. p.1388.
6. BONICA J.J.; YAKSHT.; LIEBESKIND, J.C.; PECHNICK, R.N.; DEPAULIS A. Biochemistry and modulation of nociception and pain. In: BONICA, J.J., ed. **The management of pain**. Philadelphia, Lea Feibiger, 1990. p.95-121.

7. BOWSHER, D. Termination of the central pain pathway in man: the conscious appreciation of pain. **Brain**, v.80, p.606-22, 1957.
8. CAMPBELL, J.N.; SOLOMON, C.T.; JAMES, C.S. The Hopkins experience with lesions of the dorsal horn for pain from avulsion of the brachial plexus. **Appl. Neurophysiol.**, v.51, p.170-4, 1988.
9. CORREA, C.F. **Estimulação elétrica da medula espinhal para o tratamento da dor por desaferentação**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p.25-33.
10. COSTELLO, K. Myofascial syndromes. In: STEEGE, J.F.; MELTZGER, D.A.; LEVY, B.B., ed. **Chronic pelvic pain. An integrated approach**. Philadelphia, W B Saunders, 1998.
11. DAVIES, L.; GANGAR, K.F.; DRUMMOND, M.; SAUNDERS, D.; BEARD R.W. The economic burden of intractable gynaecological pain. **J. Obstet. Gynecol.**, v.12, p.S54-S6, 1992.
12. DELLENBACH, P.; REMPP, C.; HAERINGER, M.T.; SIMON T.; MAGNIER, F.; MEYER, C. Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique. **Gynecol. Obstét. Fertil.**, v.29, p.234, 2001.
13. FIGUEIRÓ, J.A.B.; TEIXEIRA, M.J. Reações comportamentais desencadeadas pela dor. **Rev. Méd.**, v.73, p.67-8, 1995.
14. GAL, P.L.; KAZIYAMA, H.H.S.; LIN, T.Y.; TEIXEIRA, M.J. CORRÊA, C. Síndrome miofascial: abordagem fisiátrica. **Arq. Bras. Neurocir.**, v.10, p.4, 1991.

15. GALLEGOS, N.C.; HOBBSLEY, M. Abdominal wall pain: an alternative diagnosis. **Br. J. Surg.**, v.77, p.1167-70, 1990.
16. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.439-43.
17. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.443-4.
18. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.445-6.
19. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.343-7.
20. GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.482-3.
21. GRANET, E. Proctalgias and allied non-inflammatory perineal dyscrasias: coccygodynia, proctalgia fugax, neurogenic pruritus ani. **Am. J. Dig. Dis.**, v.13, p.330-3, 1946.
22. GRAY, D.J. Ossos juntas e paredes da pelve. In: GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.429-38.
23. HANID, M.A.; LEVI, A.J. Medical causes of pain in the lower abdomen. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.8, p.15-26, 1981.

24. HARMS, B.A.; DEHAAS, D.R.; STARLING, J.R. Diagnosis and management of genitofemoral neuralgia. **Arch. Surg.**, v.119, p.339-41, 1984.
25. HOWARD, F.M.; PERRY, C.P.; CARTER, J.E.; EL-MINAWI, A.M. **Pelvic pain diagnosis and treatment**. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p.3-4.
26. HOWARD, F.M.; EL-MINAWI, A.M. Mononeuropathy and nerve entrapment. In: HOWARD, F.M.; PERRY, C.P.; CARTER, J.E.; EL-MINAWI, A.M., ed. **Pelvic pain diagnosis and treatment**. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000. IGNELZI, R.J.; ATKINSON, J.H. Pain and its modulation. **Neurosurgery**, v.6, p.577-83, 1980.
27. KESSLER, R.M.; HERTLING, D. **Management of common musculoskeletal disorder: physical therapy principles and methods**. 2. ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1990.
28. KOPELL, H.P.; THOMPSON, W.A.; POSTEL, A.H. Entrapment neuropathy of the ilioinguinal nerve. **N. Engl. J. Med.**, v.266, p.16-9, 1962.
29. KOTARINOS, R.K. Diastasis recti and review of abdominal wall. **J. Obstet. Gynaecol. Phys. Ther.**, v.14, p.8, 1990.
30. LILIUS, H.G.; VALTONEN, E.J. The levator ani spasm syndrome. **Ann. Chir. Gynaecol. Fenn.**, v.62, p-93-7.
31. LIN, T.Y.; TEIXEIRA, M.J.; LIN, E.; KAZIYAMA, H.; IMAMURA, S. Non visceral chronic abdominal pain: the role of myofascial and neuropathic pain syndromes. In: SATOSHI, U.; RYUICHI, N.; SHIGENOBU, I., ed. **The Proceedings of 8th World Congress Of The International**

- Rehabilitation Medicine Association.** Bologna:Monduzzi Editore, 1997.
p.1355-9.
32. LIN, T.Y.; KAZIYAMA, H.H.S.; TEIXEIRA, M.J. Síndrome dolorosa miofascial. In: TEIXEIRA, M.J.; BRAUM, J.L.; MARQUEZ, J.O.; YENG, L.T., ed. **Dor contexto interdisciplinar.** Curitiba, Editora Maio, 2003. Cap.18, p.271-87.
33. LYON E.K. Genitofemural causalgia. **Can. Med. Assoc. J.**, v.53, p.213-6, 1945.
34. MATHIAS, S.D.; KUPPERMANN, M.; LIBERMAN, R.F.; LIPSCHUTZ, R.C.; STEEGE, J.F. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. **Obstet. Gynecol.**, v. 87, p.321-7, 1996.
35. MILBURN, A. et al. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, v.20, p.643-61, 1993.
36. NENNESMO, I.; REINHOLT, F. Mast cells in nerve an neuromas of mice. **Neurosci. Lett.**, v.69, p.296-301, 1986.
37. OKADA, M.; TEIXEIRA, M.J. Dor neuropática. In: TEIXEIRA, M.J.; BRAUM, J.L.; MARQUEZ, J.O.; YENG, L.T., ed. **Dor contexto interdisciplinar.** Curitiba, Editora Maio, 2003. Cap.22, p.343-61.
38. PARADIS, H.; MARGANOFF, H. Rectal pain of extrarectal origin, Read at the Meeting of the American Proctologic Society. Denver, 1968.
39. RANGER, I.; MEHTA, M. Persistent abdominal pain. **Anaesthesia**, v.26, p.330-3, 1971.
40. RAPKIN, A.J. Neuroanatomy, neurophysiology and neuropharmacology of pelvic pain. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.33, p.119-29, 1990.

41. RAPKIN, A.J.; KAMES, L.D.; DARKE, L.L.; STAMPLER, F.M.;
NALIBOFF, B.D. History of physical and sexual abuse in women with
chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol.**, v.76, p.92-6, 1990.
42. RASKIN, D.E. Diagnosis in patients with chronic pelvic pain. **Am. J.
Psychiatry**, v.141, p.6, 1984.
43. REITER, R.C.; GAMBONE, J.C. Non gynecologic somatic pathology in
women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. **J. Reprod.
Med.**, v.36, p.253-9, 1991.
44. ROGERS, R.M. Basic pelvic neuroanatomy. In: STEEGE J.F.;
METZGER D.A.; LEVY B.S., ed. **Chronic pelvic pain. An integrated
approach**. Philadelphia, W B Saunders, 1998. p.42-3.
45. ROGERS, R.M. Basic pelvic neuroanatomy, In: STEEGE, J.F.;
METZGER, D.A.; LEVY, B.S., ed. **Chronic pelvic pain. An integrated
approach**. Philadelphia, W B Saunders, 1998. p.41.
46. SCHAPIRO S. Low back and rectal pain from an orthopedic and
proctologic viewpoint: with a review of 180 cases.. **Am. J. Surg.**, v.79,
p.117-128, 1950.
47. SHOOK, M.F. Ilioinguinal nerve entrapment during needle suspension for
stress incontinence. **Obstet. Gynecol.**, v.80, p.246, 1992.
48. SINDOU, M. Étude de la jonction raduculo-medullaire posterieure. La
radiculotomie posterieure selective dnas la chirurgie de la douleur. Tese.
Travail de L'Hospital Neurologique e de l'unité de chercheurs de
physiopathologie du systeme nerveux, 1972.

49. SMITH S.E.; DELEE J.C.; RAMAMURTHY S. Ilioinguinal neuralgia following iliac bone-grafting. **J. Bone Joint Surg.**, v.66, p.1306-8, 1984.
50. SOHN, N.; WEINSTEIN, M.A.; ROBBINS, R.D. The levator syndrome and its treatment with high-voltage electrogalvanic stimulation. **Am. J. Surg.**, v.144, p.580-2, 1982.
51. STEEGE, J.F. Office assessment of chronic pelvic pain. **Clin. Obstet. Gynecol.**, v.40, p.555, 1997.
52. STEEGE, J.F.; MELTZGER, D.A.; LEVY, B.B. **Chronic pelvic pain. An integrated approach.** Philadelphia, W B Saunders, 1998. p.220.
53. STARLING, J.R.; HARMS, B.A.H.; SCHROEDER, M.E.; EICHMAN, P.L., Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal entrapment neuralgia. **Surgery**, v.102, p.581-6, 1987.
54. TEIXEIRA, M.J.; BRAUM FILHO, J.L.; MARQUEZ, J.O.; YENG, L.T. **Dor: contexto Interdisciplinar.** Curitiba, Editora Maio, 2003. v.5, p.89.
55. TEIXEIRA MJ, BRAUM FILHO JL, MARQUEZ JO, YENG LT.
Dor:Contexto Interdisciplinar, Curitiba, Editora Maio, vol.05, p.120, 2003.
56. TEIXEIRA MJ, BRAUM FILHO JL, MARQUEZ JO, YENG LT.
Dor:Contexto Interdisciplinar, Curitiba, Editora Maio, vol.37, p.509, 2003.
57. TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo, Grupo Editorial Moreira Jr, 2001. v.2, p.8.
58. TEIXEIRA, M.J. Mecanismos de ocorrência de dor. **Rev. Med.** (São Paulo), v.80, p.33-5, 2001.

59. TEIXEIRA, M.J. Mecanismos de ocorrência de dor. **Rev. Med.** (São Paulo), v.80, p.37-9, 2001.
60. TEIXEIRA, M.J.; LIN, T.Y.; NEVES, A.T.A. Dor e endometriose: modalidades de tratamento sintomático. In: ABRÃO, M.S. ed. **Endometriose uma visão contemporânea.** p.25-33, p.25-33. Rio de Janeiro, Revinter, 2000. p.177-238.
61. THIELE, G.H. Coccygodynia and pain in the superior gluteal region. **JAMA**, v.109, p.1271-5, 1937.
62. TRAVEL, J.G.; SIMONS, D.G. **Miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual.** Baltimore, Williams and Wilkins, 1992. v.1, p.636-59.
63. TRAVEL, J.G.; SIMONS, D.G. **Miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual.** Baltimore, Williams and Wilkins, 1992. v.1, p.660-5.
64. TRAVEL, J.G.; SIMONS, D.G. **Miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual.** Baltimore, Williams and Wilkins, 1992. v. 2, p.110-9.
65. WALL, P.; MELZACK, R. **Textbook of pain.** 3. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1994. v.1, p.28-30.
66. WALL, P.; MELZACK, R. **Textbook of pain.** 2. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1989. p.63-81.
67. WALL, P.; MELZACK, R. **Textbook of pain.** 3. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1994. p.79-100.
68. WESSELMAN, U. Management of chronic pelvic pain. In: ARONOFF, G.M. **Evaluation and treatment of chronic pain.** 3. ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999.