

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS IN WOMEN WITH CHRONIC PELVIC PAIN

Mariana Serra de Aragão¹, Tamara Santiago Mascarenhas², Joyce Pinheiro Leal Costa², Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa³, Luciane Maria Oliveira Brito⁴

Resumo

Introdução: A dor pélvica crônica é uma condição clínica prevalente e, frequentemente associada à ansiedade, depressão e estresse. **Objetivos:** Estimar a prevalência de transtornos em mulheres com dor pélvica crônica e verificar a associação com o tempo e intensidade da dor. **Métodos:** Estudo caso-controle realizado no município de São Luís (MA), com 200 mulheres, sendo 50 casos e 150 controles. As variáveis avaliadas foram: tempo de dor, intensidade da dor e escores de ansiedade, depressão e estresse aferidos respectivamente por questionário semi-estruturado, escala visual analógica da dor, BAI (*Beck Anxiety Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL). Para estabelecer a prevalência desses transtornos, foi considerado como presente a partir do nível *moderado*, tanto para o BAI como para o BDI. **Resultados:** A prevalência de estresse no grupo de mulheres com Doença Pélvica Crônica foi de 59,3%, enquanto ansiedade e depressão foram 37,04% e 25,92%, respectivamente. No grupo controle, ansiedade e depressão estiveram presentes em 8,0% e 5,33%, respectivamente, sendo o estresse prevalente em 36%. Observou-se uma correlação positiva ($r=0,1275$) entre a intensidade da dor e depressão. **Conclusões:** Mulheres com Dor Pélvica Crônica apresentam escores mais elevados de ansiedade, depressão e estresse em relação ao grupo controle, sendo a depressão positivamente relacionada com a intensidade da dor.

Palavras-chave: Dor pélvica. Ansiedade. Transtornos de Adaptação.

Abstract:

Introduction: Chronic pelvic pain (CPP) is a prevalent clinical condition that is often associated with anxiety, depression and stress. **Objectives:** To estimate the prevalence of these disorders in women with CPP and to check for associations with time and intensity of pain. **Methods:** Case-control study conducted in the municipality of São Luís, Maranhão, Brazil, in the period from March 2010 to May 2011, in a group of 200 women, where 50 had CPP diagnostic and 150 were in the control group. Variables were, as follows: pain time, pain intensity and anxiety, depression and stress scores, which were measured, respectively, by semi-structured questionnaire, visual analogue scale for pain, BAI (*Beck Anxiety Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*) and Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory (ISSL). In order to establish the prevalence of these disorders, they were considered present from the moderate level, for both BAI and BDI. **Results:** Stress prevalence in the group of women with CPP was of 59.3%, while anxiety and depression were identified in 37.04% and 25.92% of women, respectively. In the control group, anxiety and depression were present in 8.0% and 5.33% of women, respectively, and stress was present in 36%. There was positive correlation ($r = 0.1275$) between the intensity of pain and depression. **Conclusions:** Women with CPP have higher scores of anxiety, depression and stress than women without CPP, and depression is positively related to the intensity of pain.

Keywords: Pelvic pain. Anxiety. Adjustment Disorders.

Introdução

A Dor pélvica crônica (DPC) tem sido definida como a dor não cíclica com duração mínima de seis meses que aparece em locais como a bacia, a parede abdominal anterior, região lombar ou nádegas, sendo grave o suficiente para causar incapacidade ou levar a cuidados médicos¹. A DPC é um sintoma frequente e atinge de 14 a 24% das mulheres em idade reprodutiva, com impacto direto na qualidade de vida, o que a configura em sério problema de saúde pública². Em estudo brasileiro realizado em Ribeirão Preto, a prevalência foi de 15.1% entre aquelas em idade fértil³.

A DPC possui um diagnóstico sintromático comum e complexo, muitas vezes de causa não identificada, tornando seu tratamento mais difícil. A importância deste tema se reflete no impacto que provoca sobre o bem-estar das pacientes acometidas, com

consequentes alterações emocionais e afetando sua vida conjugal, social, profissional e sexual^{4,5}.

No quadro clínico da DPC podem estar associados sintomas de ansiedade e depressão⁶. Indivíduos com dor crônica, em geral, possuem longa história de dor, acentuado sofrimento psíquico, comprometimento laborativo e físico e descrença no tratamento. Tais condições podem favorecer a não adesão, prolongar a dor e o sofrimento, ocasionar prejuízos à funcionalidade física, psíquica e deteriorar a qualidade de vida. Estudos demonstram que mulheres com dor crônica apresentam tensão, preocupação, nervosismo frente à doença, que ocasionam níveis de ansiedade mais elevados que a população geral⁷. A relação entre dor e depressão pode agravar o sofrimento, comprometer o tratamento, ocasionar isolamento social, desesperança e privação de cuidados⁸. Mulheres com DPC podem ter diagnóstico de depressão^{5,9} e estima-se que a prevalência varie de 12-35%¹⁰.

¹ Programa de Pós Graduação em Saúde do Adulto e da Criança. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Curso de Graduação em Medicina-UFMA. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Docente do Departamento de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Saúde do Adulto e da Criança - UFMA.

⁴ Docente do Departamento de Medicina III. Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança - UFMA.

Contato: Luciane Maria Oliveira Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

Além da ansiedade e depressão, o estresse é visto como fator que pode contribuir para o agravamento da DPC, como também para cronificar o processo etiológico da doença¹¹. O estresse consiste na reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorrem quando surge a necessidade de uma adaptação grande a um evento ou situação de importância¹². A dor constitui um potente agente causador de estresse físico, pois sugere ameaça à integridade física do organismo¹³.

Mulheres com DPC, em geral, têm longa história de dor, acompanhado de sofrimento psíquico, comprometimento na vida profissional, social e descrença no tratamento. Tais condições podem favorecer a não adesão ao tratamento, além de acarretar um prolongamento do sofrimento psíquico e ocasionar prejuízos à funcionalidade física¹⁴.

Desta forma, o objetivo deste estudo é identificar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em mulheres com DPC e verificar associações com a duração e intensidade da dor.

Métodos

Estudo caso controle incluindo 200 mulheres, sendo 50 mulheres com dor pélvica crônica e 150 mulheres sem dor pélvica. O recrutamento foi realizado no município de São Luís, capital do Maranhão. As mulheres com dor pélvica crônica foram identificadas em um estudo transversal realizado entre março de 2010 a maio de 2011 e, para cada mulher do grupo com DPC foram selecionadas três mulheres saudáveis identificadas como grupo controle, com faixa etária, residências e condições socioeconômicas semelhantes às mulheres com DPC.

Os domicílios foram escolhidos de modo aleatório. A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio também aleatório, de modo que se obteve uma amostra significativa do município. Dentre a amostra determinada de 1.470 mulheres, foram diagnosticados 284 casos de mulheres com DPC, das quais foram entrevistadas 50 que constituíram o grupo caso. As mulheres foram contatadas aleatoriamente e convidadas a participar do estudo até o tamanho amostral pré-definido. Os motivos da não participação na pesquisa pelas outras mulheres foram: endereços incorretos ou incompletos, recusa na participação, mudança sem aviso, não estavam presentes em domicílio e/ou estavam gestantes. A definição de DPC foi feita conforme o ACOG¹.

No grupo caso foram incluídas as mulheres residentes na área do estudo diagnosticadas com DPC e que estavam após a menarca e acima de 14 anos. Os critérios de exclusão do estudo foram os que se seguem: história de transtorno psiquiátrico (psicose) anterior à doença, câncer, mulheres gestantes, não alfabetizadas ou que não tinham condições de compreensão em relação às escalas utilizadas, mulheres deficientes ou não encontradas nas residências. As variáveis utilizadas no estudo foram: idade; tempo médio de dor em meses; período de estudo; renda familiar; relação marital; vida sexual se ativa ou não; abuso sexual; sinais e sintomas de ansiedade, depressão, e estresse, estabelecendo os respectivos escores.

As entrevistas foram realizadas em domicílio e para isso foi utilizado um instrumento baseado no BAI (Beck Anxiety Inventory)¹⁵, BDI (Beck Depression Inventory)¹⁶ e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)¹⁷. As versões em português dos instrumentos utilizados foram validadas conforme descrito nos estudos Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress¹⁸; Beck Depression Inventory^{18,19}.

Após a soma dos valores e formação do escore, este foi utilizado para classificar a ansiedade e depressão nas seguintes categorias: mínimo, leve, moderado, grave²⁰. No BDI a classificação é feita conforme as seguintes pontuações: mínimo – de 0 a 11, leve – de 12 a 19, moderado – de 20 a 35, e grave – de 36 a 63. Já no BAI as categorias recebem os seguintes escores: mínimo – de 0 a 10, leve – de 11 a 19, moderado – de 20 a 30, e grave – de 31 a 63. No presente estudo foi considerado como limite acima de moderado, tanto para o BAI como para o BDI²⁰.

Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), mede a sintomatologia do estresse, sendo composto por três quadros. Os quadrantes estão relacionados às quatro fases do estresse, de acordo com o Modelo Quadrifásico proposto por Lipp¹⁵. O primeiro quadro contém 15 itens referentes aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas. Na segunda parte são colocados 10 sintomas físicos e cinco sintomas psicológicos experimentados na última semana; e na terceira parte, 12 sintomas físicos e onze sintomas psicológicos experimentados no último mês (Qualidade de Vida e Stress de Adultos Jovens na Sociedade Contemporânea, Simone da Silva Machado). Alguns dos sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. O ISSL apresenta 19 itens de natureza psicológica e 37 de natureza somática, sendo os sintomas repetidos, diferentes somente em sua intensidade e seriedade (Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Lipp, M.E. N., 2000).

A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS 15.0, sendo utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, o teste do qui-quadrado, os testes de normalidade D'Agostino e Pearson, o teste exato de Fisher, e o teste de Spearman.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, com o parecer de número 228/09.

Resultados

Considerando-se o ponto de corte (nível moderado) adotado no presente estudo, 25,9% e 5,33% do grupo caso e controle, respectivamente, apresentaram depressão. O tempo médio de queixa da dor foi de 69,31 meses. Quanto à ansiedade, o grupo caso apresentou 37,04% e o grupo controle 8,0% e o estresse teve prevalência de 59,3% e 36,0%, respectivamente. O escore médio no BDI foi de 14,2 no grupo caso e de 7,6 no grupo controle. A prevalência de depressão para as mulheres com DPC corresponderam aos níveis de intensidade mínimo (50,0%), leve (24,05), moderado (22,2%) e grave (3,7%). Enquanto que a prevalência de depressão para o grupo controle foram, mínimo

(78,6%), leve (16,0%), moderado (4,0%) e grave (1,3%). O valor médio no BAI para o grupo caso foi de 16,1 e para o grupo controle um escore de 9,3. No grupo de mulheres com DPC, a prevalência de ansiedade para os níveis de intensidade *mínimo*, *leve*, *moderado* e *grave* foram de 35,1%, 27,7%, 25,9% e 11,1%, respectivamente. Quanto ao grupo controle, a prevalência de ansiedade para os mesmos níveis citados foi de 67,3%, 24,6%, 4,6% e 3,3%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da casuística das mulheres com Dor pélvica crônica e mulheres sem Dor pélvica crônica. São Luís, Maranhão, 2011.

Variáveis	Caso (N=50)%	Controle (N=150)%
Idade em média (anos)	32,7	-
< de 8 anos de estudo	17,3	-
Renda familiar*	82,0	-
Relação marital estável	41,7	-
Vida sexual ativa	62,6	-
Vítimas de abuso sexual	04,6	-
Tempo médio de dor (meses)	69,3	-
BDI (média)	14,2	07,6
BAI (média)	16,1	09,3
Presença de sintomas		
Físicos	11,0	22,0
Psicológicos	21,0	32,0

*Salário Mínimo

Foi observada uma associação significativa entre estresse e DPC ($p=0,0038$). Ao ODDS RATIO (OR), observou-se que mulheres com DPC possuem chance 2,6 vezes maior (OR 2,586; IC95% [1.367-4.890]) de apresentar estresse quando comparado ao grupo de mulheres saudáveis. Considerando o modelo quadrifásico de Lipp, observou-se que mulheres com DPC tendem a sofrer mais intensamente as fases de alerta do estresse do que mulheres sem DPC ($p=0,0049$). As mulheres do grupo caso apresentaram as fases *resistência* (71,8%), *quase exaustão* (15,6%) e *exaustão* (12,5%). O grupo controle apresentou fase de resistência (90,7%) e fase de quase exaustão (3,7%) não houve participante na fase de exaustão. No grupo caso os sintomas psicológicos foram mais frequentes (65,6%) que os sintomas físicos (34,3%). Não houve associação entre essa predominância de sintomas físicos ou psicológicos para estresse em mulheres com DPC ($p=0,6489$). O OR obtido (OR 0,7619; IC95% [0,3068-1,892]) mostra que a chance de ocorrer em mulheres com DPC com predominância de sintomas físicos e/ou psicológicos é cerca de 0,7619 vezes maior que no grupo sem DPC. Não houve correlação entre o tempo da dor com ansiedade ($p=0,5036$; Spearman $r= -0,0930$) ou depressão ($p=0,1831$; Spearman $r= -0,1839$). Em relação à intensidade da dor e ansiedade observou-se uma correlação não significativa ($p=0,5190$; Spearman $r= -0,09241$), enquanto que para depressão uma correlação positiva ($p=0,3525$; Spearman $r=0,1275$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das mulheres de acordo com avaliação de estresse e presença de dor pélvica crônica. São Luís, Maranhão, 2011.

Variáveis	Dor Pélvica Crônica				p - valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Estresse					
Sim	32	15,68	54	26,47	0,0038
Não	22	10,78	96	47,07	
Sintomas					
Físicos	11	12,79	22	25,58	0,6489
Psicológicos	21	24,41	32	37,22	
Estresse Modelo Quadrifásico					
Alerta	-	-	03	03,48	0,0049
Resistência	23	26,74	49	56,97	
Quase exaustão	05	05,81	02	02,35	
Exaustão	04	04,65	-	-	

Discussão

O estresse, ansiedade e depressão estiveram presentes em mulheres com DPC, sendo observado que estas tinham comorbidades não ginecológicas que poderiam estar relacionadas a DPC. A associação entre estresse e DPC foi significativa. Contudo, não houve correlação significativa entre os sintomas físicos e psicológicos para estresse em mulheres com DPC, embora estas tendam a sofrer mais intensamente as fases do estresse do que mulheres sem DPC.

Estudo realizado por Luz²¹ evidenciou que o estresse (24%) e o estado emocional (24%) são uns dos principais fatores que desencadeiam a DPC de acordo com a percepção das mulheres entrevistadas. O impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres é significativa, pois a dor crônica, por si já é degenerativa, e com o passar do tempo acaba desenvolvendo problemas psicológicos como a depressão e a ansiedade, afetando seu convívio social, familiar e consequentemente o desempenho profissional^{22,23}.

Os esforços cognitivos e comportamentais são utilizados como estratégias para satisfazer demandas externas ou internas, e têm sido conhecidas por atuarem como reguladores entre desordens psicológicas ou doenças físicas²⁴. Dessa maneira, o estresse pode sofrer maior influência da avaliação e interpretação individual que do próprio evento²⁵.

Verificou-se que a mediana de ansiedade foi superior para mulheres com DPC quando comparada ao grupo de mulheres sem DPC. Alguns estudos mostraram associação entre dor crônica e ansiedade, porém poucos evidenciaram em mulheres com DPC^{4,26}.

Neste estudo a mediana de depressão foi maior para mulheres com DPC quando comparadas com mulheres sem DPC. As mulheres são grupo de maior risco para depressão e síndromes de dor crônica como a DPC²⁷. Dessa forma, pode ser muito útil abordar o diagnóstico e tratamento da DPC a partir de uma perspectiva biopsicossocial, na qual os eventos psicológicos interagem com fatores estruturais e fisiológicos para produzir sintomas²⁸.

Um estudo com 106 mulheres, sendo 52 com

DPC e 54 sem DPC em Ribeirão Preto – SP, revelou uma prevalência de depressão de 40% e ansiedade de 73% em mulheres com DPC⁴. Fráguas e Figueiró²⁹ encontraram proporções semelhantes de ansiedade e depressão, apresentando uma prevalência de 67% para ansiedade e 46,2% para depressão. No estudo de Barcelos *et al.*,³⁰ incluindo 30 mulheres com DPC e 20 sem DPC, a prevalência de ansiedade e depressão, foi de 73% e 30%, respectivamente.

Um estudo realizado por Reiter³¹ estimou que depressão e ansiedade são os dois diagnósticos psicológicos mais comuns em mulheres com DPC; com taxas de prevalência variando entre 25 a 50% e 10 a 20% respectivamente. Hodgkiss e Watson³² encontraram uma taxa maior de depressão em mulheres com DPC do que em controles normais. Contudo, no estudo de Luz²¹, foi identificado a presença de depressão em 72% das mulheres com DPC e em 58% das mulheres sem DPC, entretanto a diferença não foi significativa ($p=0,1422$).

A prevalência da depressão é bastante variável conforme os autores; mas, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), a depressão varia de 12 a 17,2% entre mulheres. Porém, ainda hoje não apresenta relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil³³. Os resultados deste estudo foram compatíveis evidenciando que mulheres com DPC apresentam maiores escores de ansiedade e depressão quando correlacionadas às mulheres sem DPC.

O presente estudo mostrou uma correlação negativa do tempo da dor, ansiedade e depressão. A correlação entre intensidade da dor e ansiedade foi negativa e para a depressão houve uma correlação positiva. Não foi possível estabelecer uma relação de causalidade entre DPC e depressão, pois tanto a sintomatologia depressiva poderia ser responsável pela dor

quanto ao inverso.

Ford³⁴ afirma que tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização. A dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, e a depressão pode ser uma resposta à dor crônica podendo estar associada à intensidade da depressão que pode alterar a percepção da dor, aumentar intensidade e diminuir a capacidade de tolerar a mesma.

Conclui-se que as mulheres com DPC apresentam mais estresse em relação às mulheres do grupo sem DPC. Mulheres com DPC apresentam maiores escores de ansiedade e depressão quando comparadas às mulheres do grupo sem DPC. Observou-se ainda que mulheres com ansiedade também apresentam depressão, e esta possui relação significativa com a intensidade da dor.

Considerando que mulheres com DPC apresentam escores mais elevados de ansiedade, depressão e estresse e que esses fatores possivelmente causam impacto na qualidade de vida, restringindo e modificando o cotidiano dessas mulheres, ressalta-se a importância de tratamentos e intervenções a fim de reverter ou minimizar o quadro clínico de dor e de fatores associados. A avaliação e também o acompanhamento psicológico, podem ser considerados alternativas importantes no manejo da dor pélvica crônica e dessa forma, o tratamento de sintomas depressivos e da dor devem estar entre as prioridades para a melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Fontes de financiamentos

Este trabalho recebeu apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

Referências

1. ACOG. Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, 2004; 103(3): 589-605.
2. Nogueira AA, Reis FJ, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2006; 28(12): 733-740.
3. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D, Alves Junior FF, Rocha MG, Silva JC, et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo)*, 2011; 66(8): 1307-1312.
4. Romão APMS. *Avaliação da prevalência de Ansiedade e Depressão e o Impacto na Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica*. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 90p.
5. Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*, 2009; 63(5): 707-711.
6. Telles ER, Amaral VF. Endometriose pélvica e fibromialgia: epifenômeno ou comorbidade? *Femina*, 2007; 35(7): 419-425.
7. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Med J*, 2004; 122(6): 252-258.
8. Almeida EC, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet*, 2002; 79(2): 101-104.
9. Sepulcri Rde P, do Amaral VF. Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2009; 142(1): 53-56.
10. Poleshuck EL, Bair MJ, Kroenke K, Watts A, Tu X, Giles DE. Pain and depression in gynecology patients. *Psychosomatics*, 2009; 50(3): 270-276.
11. Lorencatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain]. *Rev Assoc Med Bras*, 2002; 48(3): 217-221.
12. Lipp MEN. *Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
13. Pacak K, Palkovits M. Stressor specificity of central neuroendocrine responses: implications for stress-related disorders. *Endocr Rev*, 2001; 22(4): 502-548.
14. Kurita GP, Pimenta CA. [Compliance with chronic pain treatment: study of demographic, therapeutic and psychosocial variables]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2003; 61(2B): 416-425.
15. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). *BiB 2010*; p 54.

16. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4(6): 561-571.
17. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory*. Psychological Corporation; 1993.
18. Lipp MEN, Guevara AdH. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos de psicologia*, 1994; 11(3): 43-49.
19. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*, 2012; 34(94): 389-394.
20. Cunha JA. *Manual da Versão em Português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Luz RA, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JM, Lima KP. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. *Rev bras ginecol Obstet*, 2014; 36(2): 79-83.
22. Martins AM, Oliveira FG, Oliveira MS, Barreto TCB, Rocci E. O real impacto da dor pélvica crônica na qualidade de vida das mulheres. *Rev Saúde - UnG*, 2014; 8(3-4): 68.
23. Reiser MF. *Psychophysiology of stress and its sequelae*. In: Reiser MF, editors, editors. Mind, brain, body: toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology New York: Basic Books; 1984. p. 161-85.
24. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 1986; 50(5): 992-1003.
25. Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. *Am J Psychiatry*, 1977; 134(3): 233-244.
26. Peveler R, Edwards J, Dadow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 1996; 40(3): 305-315.
27. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 1999; 354(9186): 1248-1252.
28. Meltzer-Brody S, Leserman J. Psychiatric Comorbidity in Women with Chronic Pelvic Pain. *CNS Spectrums*, 2011; 16(2): 29-35.
29. Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. *Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico*. In: Fráguas Jr R FJ, editor. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-10.
30. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. [Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study]. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2010; 32(5): 247-253.
31. Reiter RC. Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*, 1998; 41(2): 422-435.
32. Hodgkiss AD, Sufraz R, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res*, 1994; 38(1): 3-9.
33. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
34. Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 1986; 27(5): 327-337.