

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ÀS PACIENTES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Neste protocolo assistencial, propomos uma abordagem ampliada da dor pélvica crônica, reforçando aspectos importantes da “narrativa” das pacientes sobre seu agravo, portanto, valorizando muito mais a história clínica singular dessas mulheres, aqui ressaltando a importância de cada sintoma e das repercussões desses sintomas na sua vida cotidiana, quer seja numa dimensão física, emocional ou social. Por outro lado, o exame físico é procedido sempre com uma visão integral da paciente, incluindo atenção especial aos sistemas gastrintestinal, urinário, ginecológico, musculoesquelético, neurológico, cardiovascular, endócrino e psicológico.

Dessa forma, propomos uma abordagem essencialmente multidisciplinar e centrada na paciente, o que eleva sobremaneira o tempo da consulta, sobretudo o tempo da primeira consulta; divididos em três tempos essenciais (escuta qualificada, exame sistematizado e prescrição orientada). Enfatiza-se que, embora muitas vezes indicados, procedimentos cirúrgicos específicos, tais como a laparoscopia, devem ser indicados somente para pacientes selecionadas, após excluir principalmente síndrome do intestino irritável e dor de origem miofascial. E ainda assim deve-se manter um monitoramento dessa paciente, pois nem sempre a sua dor pélvica tem uma única causa ou somente uma causa secundária.

Como se sabe, de um modo geral e mais ainda em mulheres, a dor pélvica crônica é uma doença debilitante, que causa significativo sofrimento, em grande parte persistente e/ou contínuo. No nosso meio tem alta prevalência, com grande impacto na qualidade de vida e produtividade, além de custos relativamente altos para os serviços de saúde. O manejo clínico da dor pélvica crônica continua a frustrar médicos e outros profissionais de saúde, confrontados com este agravo, em parte porque sua fisiopatologia é pouco compreendida e não raro a etiologia é mal definida. Conseqüentemente, seu tratamento é muitas vezes insatisfatório para as pacientes e limitado ao alívio temporário dos sintomas.

A seguir apresentamos uma proposta de roteiro e um fluxograma de primeiro atendimento que deverá ser amplamente discutido e validado pela equipe local na atenção básica. Isso significa que trata-se, inicialmente, de uma proposta que deve passar por um processo de análise crítica e discussão prática sobre sua

aplicação pela equipe multiprofissional, dado que as atividades aqui descritas podem ser distribuídas pela equipe.

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: (INICIAIS)

Endereço: Zona Urbana() Zona Rural ()

Data do nascimento: Data da entrevista: Telefone:

Raça autorreferida/Cor: Branca () Preta () Parda () Indígena () Ignorada ()

Escolaridade: Fundamental Completo () Incompleto (), Nível Médio Completo ()

Incompleto (), Superior Completo () Incompleto, Nunca Estudou ().

Profissão/Ocupação:

Estado Conjugal: Casada (), Solteira (), Mora com a Família (), Mora Sozinha (), Outros ()

Número de filhos: Aborto: Sim () Não ()

2 ANAMNESE

Neste item o foco é, essencialmente, a narrativa da paciente. Estamos falando de uma “história da doença atual”, mas sem perder de vista em nenhum momento a narrativa, inicialmente espontânea dessa HDA; somente depois, em um segundo momento da entrevista é que o profissional de saúde passa a direcionar a história para sinais e sintomas que julgar mais importante, como as relações sintomatológicas com o “sintoma traçador”. Lembrando sempre que neste primeiro momento a forma como o profissional se porta e se posta é fundamental, levando em consideração que as pacientes estão fragilizadas, muitas vezes frustradas e quase sempre desesperançadas com tratamentos anteriores malsucedidos.

Assim, esta primeira aproximação é crucial para ganhar a confiança da paciente, firmar uma cumplicidade tão necessária no processo de terapia integral dessas mulheres. A anamnese será o primeiro contato, portanto, talvez o mais importante. Neste momento inicia-se uma relação que pode se consolidar como um potente vínculo terapêutico ou um mero encontro eventual sem grandes consequências positivas para as mulheres que buscam alívio para seu sofrimento. Dado que se trata de uma coleta de dados para a formulação de uma racionalidade

clínica, com diagnóstico diferencial, impressão diagnóstica e plano terapêutico, a história deve, necessariamente, incluir elementos dos diversos sistemas que estão direta ou indiretamente envolvidos com a DPC, sendo eles: sistema gastrointestinal, ginecológico, urológico e musculoesquelético. Ao coletar os dados, deve-se ter especial cuidado e atenção para os “sinais de alarme” (*red flags*) que podem indicar uma intervenção imediata ou uma internação.

Esses sinais de alarme incluem sangramentos, massas pélvicas, sintomatologias de início súbito, sobretudo em pacientes idosas e ideações suicidas. O local exato da dor, intensidade (escala EVA), tempo, padrão durante as atividades, inclusive sexual, relação com mudanças de posição, associação com as funções corporais, sua relação com o ciclo menstrual são todos elementos importantes da dor. É interessante completar um diário de dor, identificando fatores provocadores ou associações temporais. O passado obstétrico, clínico e cirúrgico deve ser questionado. Perguntar quais drogas foram usadas anteriormente, e se ajudaram ou não, pode ser útil para auxiliar o diagnóstico e planejar uma gestão eficaz.

Investigar sempre comorbidades na dimensão psicológica; lembrando que essa dimensão é pouco explorada nos serviços de saúde e que, muito provavelmente, aquela mulher ainda não teve este seu lado bem avaliado em serviços ou atendimentos anteriores. Em geral, inquirições sobre o apetite, o sono, o humor e a convivência em casa é suficiente para identificar alterações. Muito importante inquirir diretamente sobre agressão sexual passada ou presente, particularmente violência de parceiro íntimo. Essa é uma das etapas mais importantes da anamnese. Deve ser feita com cautela e pode ser realizada em consultas subsequentes ou durante o exame físico. Preferencialmente sem a presença do marido ou outro acompanhante.

O profissional de saúde deve ter uma postura absolutamente acolhedora e estar preparado para ouvir com paciência e aceitar essas experiências conforme declarado e saber onde acessar o apoio de outras profissionais ou especialistas. Isto é, precisa saber quando e até onde pode atuar, diante de problemas que estão sob sua responsabilidade, competência e habilidade, mas, também, saber referir as pacientes que têm problemas mais complexos e que exigem uma segunda opinião. Para o sucesso do atendimento, também é necessária uma avaliação para determinar o nível de incapacidade funcional. Pois a capacidade do doente ao

trabalho, de se envolver em atividades diárias e relacionamentos emocionais e sexuais é relevante; tanto para monitorar o progresso quanto para enfatizar o valor das metas funcionais.

Em síntese, podemos dizer que a anamnese é um momento, uma etapa absolutamente essencial no processo assistencial. Imprescindível no caso de mulheres com DPC, exatamente porque esclarece uma série de pontos fundamentais para a formulação de um diagnóstico sob três aspectos: a lesão (se existe), a função (se persiste) e um possível tratamento (se necessário). Em seguida a anamnese vem o exame físico da paciente, momento em que se passa do subjetivo para o objetivo sem perder a subjetividade da paciente.

3 EXAME FISICO

Para a Sociedade Internacional de Dor Pélvica, o exame físico deve se constituir em, no mínimo, quatro etapas, são elas: exame na posição ortostática, sentada, supina, e posição de litotomia. O exame deve incluir completa avaliação dos sistemas músculo-esquelético, gastrointestinal, urinário e psiconeurológico.

3.1 Posição ortostática

Começa com a observação da marcha da paciente, o conforto com assento, facilidade de levantar, de sentar e de deitar. Procurar alterações posturais como lordoses, escolioses e hérnias inguinais, femorais, de Spiegel com ajuda da manobra de Valsalva.

3.2 Posição sentada

A postura da paciente quando sentada deve ser avaliada. A síndrome da dor miofascial envolvendo a musculatura do soalho pélvico costuma fazer com que as pacientes desloquem o peso para uma das nádegas ou sentem-se na beirada da cadeira. Palpar o dorso da paciente a procura de pontos dolorosos a fim de descartar fibromialgia, síndrome miofascial e outros problemas posturais. Procurar “pontos de gatilho” da dor.

3.3 Posição supina

A inspeção do abdome deve se concentrar na detecção de cicatrizes cirúrgicas, que aumentam a possibilidade de obstrução intestinal provocada por aderências ou hérnia incisional. Além disso, é possível observar distensão abdominal nos casos com obstrução intestinal ou ascite; na ausculta do abdome pode-se identificar sons intestinais hiperativos ou muito altos característicos de obstrução intestinal. Já os sons hipoativos proporcionam menos informações diagnósticas;

Os testes de mobilidade podem agregar informações. Na maioria dos casos, a mulher é capaz de elevar a perna até 80°, a partir da posição horizontal, em direção à cabeça, o que é chamado de teste de elevação com a perna esticada. A ocorrência de dor com a elevação da perna pode ser observada em paciente com hérnia de disco lombar, doença da articulação do quadril ou síndrome miofascial. O teste do obturador a paciente, em posição supina, flexiona a coxa até 90° enquanto o pé permanece em flexão plantar. O tornozelo é imobilizado e o joelho é gentilmente empurrado lateral e depois medialmente para avaliação de dor.

O teste iliopsoas, a paciente em posição supina tenta flexionar cada quadril separadamente contra a resistência da mão do examinador. Se a dor for descrita com a flexão, o resultado do teste será positivo. O teste de Carnett é usado para diferenciar a dor abdominal de origem miofascial da intra-abdominal. Neste teste, quando o ponto doloroso abdominal é palpado, solicita-se à paciente que eleve a cabeça. Caso a dor aumente com esta manobra, considera-se origem miofascial, se diminuir, origem intra-abdominal. Por fim, o exame habitual do abdome, com palpação superficial e profunda, descompressão e percussão; verificar a presença de massas, aumento do tamanho de vísceras e distensão de alças intestinais.

3.4 Posição de litotomia

Idealmente iniciar o exame com a bexiga vazia. Inspeção: Iniciamos pela inspeção da genitália externa a procura de hiperêmia, leucorréia, abscessos, nodulações, fístulas, entre outros; palpação: após a inspeção, procede-se à palpação sistemática com pressão pontual da vulva com um cotonete para mapear

as áreas dolorosas. Um teste sensorial básico deve ser feito para avaliar os reflexos bulbocavernoso e anal. Palpa-se o vestíbulo vaginal suavemente, para descartar vestibulite. Palpa-se o arco púbico, monte de Vênus e região inguinal a procura de nodulações. Toque vaginal deve, primeiramente, ser unidigital que deve ser gradualmente inserido 3 a 4 cm. A pressão sistemática de varredura aplicada sobre a musculatura do soalho pélvico, ao longo do seu comprimento, talvez possa identificar nós isolados de músculos tensionados nas pacientes com síndrome da dor miofascial do soalho pélvico. Normalmente, os músculos pubococcígeo, iliococcígeo e obturador interno podem ser alcançados.

Mais adiante, partimos para a palpação da vagina anterior, uretra e área do trígono vesical. A presença de sensibilidade à palpação da uretra e da bexiga são indicadores, respectivamente, de divertículo uretral e de cistite intersticial. A presença de dor à palpação profunda dos fórnices vaginais pode indicar endometriose, e a dor à mobilização do colo uterino é observada com doença inflamatória pélvica (DIP) aguda e crônica. O toque bimanual é feito comprimindo o útero contra o sacro para avaliar a forma, consistência e mobilização do útero.

Miomatose, adenomiose, aderências pélvicas e endometriose podem tornar o exame doloroso, com útero de forma alterada, consistência endurecida. Nodulações nos ligamentos útero-sacos e septo retovaginal, sugerem endometriose. Exame especular com coleta de colpocitologia e material para bacterioscopia. Não se deve esquecer de visualizar as paredes vaginais e o fundo de saco anterior e posterior, a procura de abaulamentos, feridas, escoriações, condilomatoses, além de notar as características do colo uterino e presença de leucorréia.

Toque retal: A palpação de fezes endurecidas ou de hemorroidas pode indicar distúrbios gastrintestinais, e nódulos no septo retovaginal podem ser encontrados em casos de endometriose ou de neoplasia. A sensibilidade miofascial à palpação envolvendo os músculos puborretal e coccígeos pode ser constatada com toque em varredura usando o dedo indicador aplicando pressão sobre esses músculos. A exata sequência do exame deve ser ajustada perante as informações obtidas durante a história: examinar as áreas menos propensas a ser dolorosa em primeiro lugar. Palpação das áreas mais sensíveis primeiro pode elevar a ansiedade e distorcer a dor as respostas de áreas subsequentes.

4 ELUCIDAÇÃO DIAGNÓSTICA

A solicitação dos exames complementares deve ser, necessariamente, realizada de acordo com a história clínica e exame físico, quando seus resultados puderem interferir no diagnóstico, seguimento e tratamento. Sempre lembrando que a dor pélvica crônica é multifatorial, podendo se deparar com uma associação das etiologias. A ultrassonografia transvaginal (USG TV) é indicada para avaliação de massas pélvicas. Uma revisão sistemática do valor da USG TV no diagnóstico da endometriose constatou que endometriomas podem ser distinguidos com precisão de outras massas anexiais. Também é útil na identificação de anormalidades estruturais, tais como hidrosalpinges ou fibróides, que podem ser relevantes mesmo que não seja a causa da dor.

A sensibilidade da ressonância magnética e USG TV para o diagnóstico de adenomiose é comparável se USG realizado por médico experiente. A dopplervelocimetria pode ser útil na presunção do diagnóstico da síndrome de congestão pélvica, apesar da sua confirmação depender da venografia; a pesquisa de clamídia e gonococos (cultura, PCR), tem sua utilidade na confirmação diagnóstica em alguns casos de doença inflamatória pélvica de difícil tratamento; a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética têm indicação limitada, sendo recomendadas para melhorar a sensibilidade da ultrassonografia em alguns casos de massas pélvicas com suspeita de comprometimento de estruturas adjacentes.

A laparoscopia diagnóstica foi considerada no passado como o "padrão-ouro" no diagnóstico dor pélvica. Hoje, é visto como uma investigação de segunda linha se outras intervenções terapêuticas falharem; na suspeita clínica de endometriose devemos solicitar USG com mapeamento para endometriose; em pacientes com queixas urinárias o exame de urina de rotina e a urocultura devem ser realizados para descartar a presença de hematúria e infecções. É importante ressaltar que a urocultura positiva não descarta a presença de síndrome da bexiga dolorosa (SBD) concomitantemente. Hematúria persistente obriga a exclusão de câncer de bexiga, principalmente nos pacientes com mais de 40 anos, fumantes ou com exposição ocupacional a agentes de risco. A citologia urinária pode ser indicada em combinação com a cistoscopia.

Em pacientes com SBD o cistoscopia com ou sem hidrodistensão e a biópsia não são indispensáveis já que o diagnóstico é clínico e de exclusão, mas auxiliam na documentação e classificação da doença; pensando em síndrome do intestino irritável (SII), os exames subsidiários que são solicitados na investigação inicial visam avaliar o estado geral do paciente e os principais componentes que podem se apresentar eventualmente alterados no estabelecimento do diagnóstico diferencial (HC, VHS, glicemia, função tireoidiana e fezes – parasitológico e sangue oculto). Exames mais elaborados só devem ser realizados quando necessário o diagnóstico diferencial, como por exemplo a colonoscopia.

5 PLANO TERAPEUTICO SINGULAR

O tratamento proposto deve ser individualizado, levando sempre em consideração que “cada caso é um caso” e que cada paciente tem a sua subjetividade e especificidade. Nestes casos de DPC não há tratamento generalizado ou “tratamento de massa”. Portanto, a proposta terapêutica, na realidade, deve ser a definição de um Plano Terapêutico Singular que encerra em si como a própria expressão denota: um planejamento de curto e médio prazos, medicamentos ou práticas integrativas específicas são definidas sempre de acordo com o perfil de cada paciente. O tratamento é centrado na pessoa.