

Dor em mulheres menopausadas: Prevalência, características sensoriais e discriminativas da dor e qualidade de vida

Pain in menopausal women: Prevalence, sensory and discriminative characteristics of pain and quality of life

Dolor en mujeres posmenopáusicas: prevalencia, características sensoriales y discriminatorias del dolor y calidad de vida

Gustavo Camargo  0000-0002-9539-6217¹

Paula Zeni  0000-0002-5870-1075

Resumo

Introdução: A trajetória da mulher é marcada pela menopausa, fase após a transição do período reprodutivo ao não reprodutivo, ou pré-menopausa e pós-menopausa. Essas mudanças estão associadas a um conjunto de manifestações multiorgânicas que, a curto, médio ou longo prazo, interferem na vida e saúde. **Objetivo:** Neste estudo buscou-se investigar a prevalência de dor crônica em um grupo de mulheres na menopausa, bem como as características sensoriais e discriminativas da dor e o impacto desta na qualidade de vida das mesmas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal, utilizando um questionário sociodemográfico, Escala Visual Analógica, questionário de McGill de dor e o *World Health Organization Quality of Life-bref*. **Resultados:** Foram entrevistadas 22 mulheres, separadas em dois grupos distintos: Grupo Docente (DC) e Grupo Serviços Gerais (GSD). Em relação à presença de dor, 70% do GD e 83% do GSG referem ter dor crônica. Já nas características sensoriais e discriminativas, o aspecto afetivo-motivacional foi o mais alterado. Quanto à qualidade de vida, as facetas “domínio físico” e “domínio meio ambiente” foram as que se apresentaram com menor satisfação pelos grupos. **Conclusão:** Observaram-se valores baixos de percepção de dor, principalmente no GSG. Os resultados indicam grande impacto negativo da dor sobre suas capacidades de manter a produção laboral e atividades sociais. Quanto à qualidade de vida, as facetas “domínio físico” e “domínio meio ambiente” foram os que se apresentaram com menor satisfação pelos grupos.

Palavras-chave: Avaliação da dor. Menopausa. Dor crônica.

¹ Autor correspondente: gustavocolpo@unochapeco.edu.br. Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó



Abstract

Introduction: Women's trajectory is marked by menopause, a stage after the transition from the reproductive to the non-reproductive period, or pre-menopause and post-menopause. These changes are associated with a set of multi-organic manifestations that, in the short, medium or long term, interfere with life and health. **Objective:** *This article purpose is* to investigate the prevalence of chronic pain in a group of menopausal women, and also the sensory and discriminative characteristics of pain and its impact on their lives. **Methodology:** Transversal quantitative research was made, using socio-demographic questionnaire, Analog Visual Scale, McGill Pain Questionnaire and World Health Organization Quality of Life-bref. **Results:** In relation to the presence of pain, 70% of the Teaching Group (GD) and 83% of the General Services Group (GSG) report having chronic pain. About the sensory and discriminative characteristics, the aspect affective-emocional was the most altered. As for the quality of life, the facets "physical domain" and "environmental domain" presented the least satisfaction for the groups. **Conclusion:** Low pain perception values were observed, even in the group whose work activity employs high physical demands. However, they indicate a great negative impact of pain on their ability to maintain work production and social activities. As for the quality of life, the facets "physical domain" and "environmental domain" were the ones with less satisfaction by the groups.

Keywords: Pain assessment. Menopause. Chronic pain.

Resumen

Introducción: La trayectoria de la mujer está marcada por la menopausia, una fase posterior a la transición del período reproductivo al no reproductivo, o premenopausia y posmenopausia. Estos cambios están asociados a un conjunto de manifestaciones multiorgánicas que a corto, mediano o largo plazo, interfieren con la vida y la salud. **Objeto:** Este artículo tiene por objeto investigar la prevalencia del dolor crónico en un grupo de mujeres menopáusicas, así como las características sensoriales y discriminatorias del dolor y su impacto en su calidad de vida. **Metodología:** En este sentido, se llevó a cabo una investigación cuantitativa transversal utilizando un cuestionario sociodemográfico, Escala Analógica Visual, el cuestionario para el dolor de McGill y la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. **Resultado:** en relación con la presencia de dolor, el 70% del Grupo de Enseñanza (GD) y el 83% del Grupo de Servicios Generales (GSG) reportan dolor crónico. En las características sensoriales y discriminadoras, el aspecto afectivo-motivador fue el más alterado. En cuanto a la calidad de vida, las facetas "dominio físico" y "dominio ambiental" fueron las que presentaron la menor satisfacción de los grupos. **Conclusión:** Se observaron valores bajos de percepción del dolor, incluso en el grupo cuya actividad laboral presenta alta demanda física. Sin embargo, indican un gran impacto negativo del dolor en su capacidad para mantener la producción laboral y las actividades sociales. En cuanto a la calidad de vida, las facetas "dominio físico" y "dominio ambiental" fueron las que presentaron menor satisfacción por parte de los grupos.

Descriptor: Evaluación del dolor. Menopausia. Dolor crónico.



Introdução

A população brasileira vem passando por processos de transformação de seu modelo demográfico. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹, de 2005 para 2015, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais do Brasil passou de 9,8% para 14,3%, sendo que as mulheres representam 55,5% dessa população a partir de 60 anos e 61% acima de 80 anos².

Nesse processo de envelhecimento, a trajetória da mulher é marcada pela menopausa, fase biológica de transição do período reprodutivo ao não reprodutivo, ou pré-menopausa e pós-menopausa. Essas mudanças estão associadas a um conjunto de manifestações multiorgânicas que a curto, médio ou longo prazo, interferem na vida e saúde^{3,4}.

Na menopausa, os ovários perdem a capacidade de responder aos hormônios hipofisários - Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e Hormônio Luteinizante (LH), cessando a produção ovariana de estrógeno e progesterona. Isso tudo caracteriza que, embora associada às alterações hormonais hipotalâmicas e hipofisárias, a menopausa não é um evento central, mas sim uma insuficiência ovariana primária, refletindo, posteriormente, em respostas globais^{5,6}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é acompanhado de aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas, que contribuem para o aparecimento de dores. A dor crônica é condição prevalente no processo de envelhecimento e apresenta grande repercussão no estado de saúde e qualidade de vida. Atualmente, a dor crônica acomete cerca de 30 a 40% da população brasileira, com prevalência média de 35,5%, sendo predominante no sexo feminino. Essa prevalência pode se dar pela diferença anatômica do cérebro e fatores hormonais^{7,8}, o que sugere relação com a menopausa.

Sabendo disso, e na intenção de ampliar as bases teóricas de entendimento acerca da etiologia ou fatores de agravamento da dor crônica, tendo de um lado a problemática “menopausa”, e do outro, uma população com características particulares, foi definido como o objetivo da pesquisa investigar a prevalência de dor crônica em um grupo de mulheres na menopausa, bem como das características sensoriais e discriminativas (os aspectos qualitativos espaciais, temporais, de calor e pressão) da dor e o impacto desta na qualidade de vida.

Metodologia

O estudo, que teve caráter quantitativo transversal, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) sob o parecer n. 3.271.854/2019 e a realização da pesquisa foi autorizada pela instituição através de termos de ciência e concordância das instituições envolvidas.



A amostra estudada foi de mulheres que trabalhavam na Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, em período de menopausa, distribuídas em dois grupos de acordo com a atividade laboral: Grupo Docentes (GD) e Grupo Serviços Gerais (GSG). O GD era caracterizado por colaboradoras de docência da instituição e o GSG por colaboradoras de serviços gerais, prioritariamente relacionados a serviços de limpeza e organização da instituição.

Tal divisão foi intencionalmente realizada por interpretarmos que haviam exigências tanto físicas quanto mentais distintas entre as duas ocupações, que poderiam, portanto, influenciar na resposta da dor. Tal proposição é justificada ao analisar que a dor é um fenômeno universal, se caracterizando simplesmente por aquilo que o indivíduo está sentindo, sendo diferente para cada um e associando-se diretamente ao estado psicológico e físico do mesmo⁹.

Todas as voluntárias que aceitaram participar da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual estava a explicação dos procedimentos que foram utilizados, as recomendações para o dia da coleta, bem como objetivos e as justificativas para a realização do estudo, os riscos e benefícios aos quais foram expostas, e demais itens descritos nas Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12).

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas pré-estruturadas e previamente combinadas. Por meio do contato com o setor de desenvolvimento humano da instituição, foram obtidos os contatos e/ou setor de trabalho das mulheres funcionárias com mais de 45 anos (estimando que a partir desta idade poderia ser identificada a amostra: mulheres na menopausa). Na entrevista foi aplicado o questionário sociodemográfico, a Escala Visual Analógica (EVA), o questionário de McGill de dor e o *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL- bref).

O questionário sociodemográfico, documento elaborado pelos autores, serviu de base para obtenção dos dados sociais, econômicos e demográficos de cada participante entrevistada, a fim de melhor interpretação e distinção entre os grupos, direcionando a discussão dos resultados obtidos.

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste em um instrumento unidimensional para aferição subjetiva da dor pelo paciente, sendo um para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma régua com as extremidades numeradas de 0-10. Em uma extremidade da linha é marcada “nenhuma dor” e uma imagem ilustrativa de rosto feliz e na outra “pior dor imaginável” acompanhada de um rosto com expressão de tristeza e raiva. No decorrer da linha, conforme os números vão aumentando, as expressões vão mudando. Na aplicação, pede-se, então, para que o paciente avalie e marque na linha a dor presente naquele momento.¹⁰

O questionário de McGill de Dor (McGill Pain Questionnaire - MPQ) é um instrumento multidimensional que avalia vários aspectos da dor por meio de palavras (descritores) que o paciente



escolhe para expressar a sua dor. Os descritores são divididos em quatro grupos: sensorial discriminativo, afetivo motivacional, avaliativo cognitivo, e miscelânea.¹¹

O WHOQOL-bref, versão abreviada da original, é um instrumento multidimensional que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida. O instrumento conta com 26 questões, sendo duas a respeito da Qualidade de Vida em geral (QV geral) e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original e estão divididas em quatro domínios: “físico” (dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte).¹¹

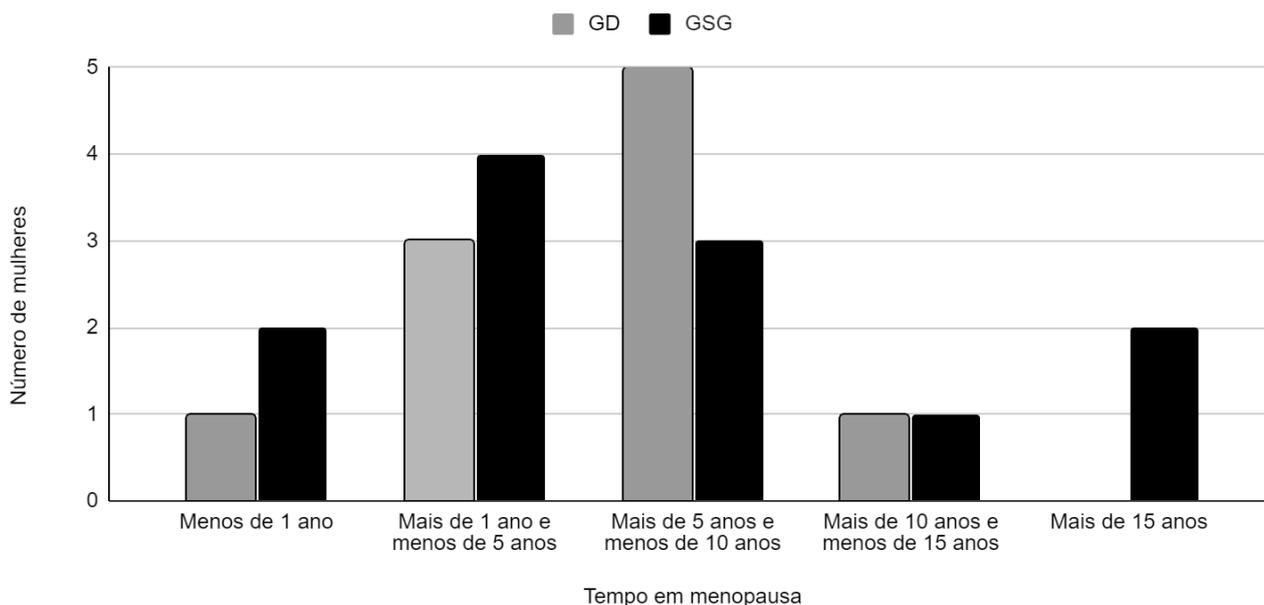
Os dados foram tabulados em planilha do Excel®, gerando média, desvio padrão e percentual, a fim de caracterizar o perfil da amostra em relação a dor e características da mesma. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas e discutidos com a literatura pertinente. As pontuações de cada domínio do WHOQOL-bref foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL.

Resultados

A amostra estudada foi de um total de 22 mulheres que trabalhavam na Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, em período de menopausa, com média de idade de 54,60 anos e desvio padrão de 5,18, distribuídas em dois grupos de acordo com a atividade laboral: Grupo Docentes (GD) n=10 e Grupo Serviços Gerais (GSG) n=12.

Em relação à presença de dor, 70% do GD e 83% do GSG referem ter dor constantemente; 60% do GD refere que sente as atividades laborais e domésticas mais difíceis de serem realizadas após a menopausa, no GSG, 25% corroborou. Quando questionadas quanto a sentirem-se satisfeitas com a vida produtiva e o trabalho, 100% do GD confirmou a satisfação e 33,3% do GSG sentia-se satisfeita. Quanto ao tempo em menopausa, o gráfico 1 a seguir apresenta a comparação entre os grupos.



Gráfico 1: Tempo em menopausa

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados referentes ao grau de dor, características da dor e impacto na qualidade de vida das mulheres menopausadas estão apresentados a seguir, por meio de tabelas. Foram apresentados os dados do questionário de dor de McGill através de seus domínios, a fim de caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor e a miscelânea de características.

Tabela 1: Intensidade da dor

	GD (n=10)	GSG (n=12)
EVA	4 (4,98)*	1,91 (3,44)*

EVA: escala visual analógica de dor. *dados de média (desvio padrão).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Percebe-se a intensidade moderada de dor no Grupo Docente, havendo disparidade considerável em comparação ao Grupo de Serviços Gerais, cuja média de dor foi leve.

Tabela 2: Características da dor

Características da dor	GD (n=10)	GSG (n=12)
Afetivo	3,6 (3,4)*	3,8 (3,2)*
Sensitivo	14,8 (8,82)*	11,9 (3,44)*
Avaliativo	1,5 (0,84)*	3,8 (3,2)*
Miscelânea	4,2 (4,08)*	1,33 (1,92)*
Total McGill	24,1	20,05

*dados de média (desvio padrão).

Fonte: Elaborado pelos autores.



Tabela 3: Impacto na qualidade de vida das mulheres menopausadas

Domínios	GD (n=10)	GSG (n=12)
Domínio Físico	14,97 (2,69)*	15,05 (3,18*)
Domínio Psicológico	15,8 (1,44)*	14,94 (1,98)*
Domínio Relações Sociais	15,47 (1,91)*	15,89 (1,75)*
Domínio Meio Ambiente	15 (2,36)*	14,3 (1,5)*
Domínio Autoavaliação	15,45 (1,63)	14,8 (1,81)
Total Qualidade de vida	15,45 (1,81)	14,86 (1,63)

*dados de média (desvio padrão).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

De acordo com os resultados apresentados, evidenciou-se a presença de dor para a maioria das voluntárias de ambos os grupos (70% do GD e 83% do GSG). A dor crônica e a dor aguda se diferenciam pela sua cronologia. A dor aguda é sentida após ativação direta dos nociceptores, no momento ou após uma lesão de algum tecido, sendo que a dor crônica persiste por semanas ou meses¹². Os quadros crônicos levam ao ponto de que o estímulo lesivo que está provocando a dor ainda está presente, isso se dá ao fato de que os receptores de dor se adaptam muito pouco e algumas vezes nem se adaptam, diferentemente da maioria dos outros receptores do corpo. De uma forma geral, quadros álgicos resolvidos antes de 3 meses são classificados como agudos e os que levam mais que 3 meses são tidos como crônicos^{13, 12}.

Segundo Minson, Morete e Marangoni⁷, a dor crônica se apresenta em diversas faixas etárias, porém predomina no sexo feminino, estimando que de 10 a 15% da população feminina sofra com dores crônicas, podendo se dar pela diferença anatômica do cérebro e fatores hormonais. Segundo estes, ainda, muitas dores estão relacionadas a fatores reprodutivos, contribuindo para o aumento da dor, a capacidade perceptiva da mulher é maior, porém, seu limiar sensitivo é menor.

Em um estudo de Carolyn et al.¹⁷, com o objetivo de examinar as relações entre indicadores de sintomas da menopausa e dor crônica de mulheres da meia-idade, foi evidenciado que desse grupo estudado, 52% apresentaram dor crônica e 22% apresentaram ≥ 2 diagnósticos distintos de dor crônica. Em análises multivariáveis, mulheres com sintomas da menopausa tiveram chances quase duplas de dor crônica ($P < 0,001$) e vários diagnósticos de dor crônica ($P < 0,001$).

Os dados referentes a características da dor, que foram apresentados na tabela 2, por meio do questionário de dor de McGill através de seus domínios, a fim de caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo e miscelânea evidenciou-se que o aspecto afetivo-



motivacional foi o mais alterado nos dois grupos. Ele descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas¹⁸.

Tal diferenciação dos componentes discriminativos da dor se deve ao fato de que a resposta álgica está intimamente ligada à somatização. De forma simplificada, a neurofisiologia da nocicepção é dividida em quatro estágios: Transdução, Transmissão, Modulação e Percepção¹³. A Transdução é a codificação do estímulo pelas terminações nervosas livres. Já a Transmissão seria a propagação do impulso elétrico do Sistema Nervoso Periférico (SNP) até o Sistema Nervoso Central (SNC). A Modulação refere-se à modificação do estímulo nociceptivo por meio de mecanismos endógenos. Por fim, a Percepção reflete as experiências físicas e emocionais da pessoa provocada pelo estímulo. Como nesse processo diferentes áreas encefálicas recebem a sinalização nociceptiva, a resposta será, consequentemente, somática¹⁹.

A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) define a dor como “um experiência emocional e sensorial desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”¹⁴. Há também a caracterização da dor como uma submodalidade sensorial somestésica, se assemelhando à propriocepção, toque e pressão. Essa afirmação teve início após Sherrington, no século XX, propor a existência de um neurônio sensorial primário que seria ativado por um estímulo capaz de causar dano tecidual, denominado “Nociceptor”^{15,16,14}. Isso foi confirmado mais tarde através de estudos eletrofisiológicos, evidenciando que esses neurônios sensoriais primários são excitados por estímulos dolorosos mecânicos, térmicos e químicos. Tais estímulos liberam mediadores químicos, levando assim informações pelas fibras aferentes, fibras A-delta mielinizadas ou fibras C desmielinizadas, até a medula espinhal^{8,7}.

Kazaniwski e Laccetti⁹ propõe que a dor se caracteriza simplesmente por aquilo que o indivíduo está sentindo, sendo diferente para cada um e associando-se diretamente ao estado emocional, sugerindo assim que a dor crônica do grupo avaliado possa estar vinculada e ter origem da condição emocional e comportamental no momento em que foram avaliadas. Isso se apresenta também ao avaliar que não houveram diferenças significativas em relação à dor nos diferentes campos de trabalho/exigência física, contrariando nossos pressupostos iniciais de que o GSG apresentaria os maiores índices.

Essas evidências podem ser discutidas e melhor compreendidas quando se analisa o enfrentamento da dor. Enfrentamento é caracterizado como “[...] esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para administrar exigências específicas, internas ou externas”²⁰. Ainda, o processo de enfrentamento possui como funções primordiais a administração dos problemas no ambiente visando mudar a situação estressora, se caracterizando como enfrentamento centrado no problema, e controle da perturbação ou desconforto associados à situação estressora sem



alterar a situação em si, ou enfrentamento centrado na emoção. Como a dor crônica é algo de difícil resolução, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas são as centradas na emoção²¹, corroborando com os dados dessa pesquisa, que apresentou a dimensão afetivo-motivacional como a mais afetada.

Outro resultado foi o elevado percentual de percepção de que a dor impactou negativamente no desempenho laboral e aspectos sociais do GD, onde 60% referiu que sentem as atividades laborais e domésticas mais difíceis de serem realizadas após a menopausa, no GSG, 25% corroborou. Quando questionadas quanto a sentirem-se satisfeitas com a vida produtiva e o trabalho, 100% do GD confirmou a satisfação e 33,3% do GSG sentia-se satisfeita.

Ao analisar os níveis de Qualidade de Vida (QV), constatou-se pequena diferença entre os grupos nas médias totais. De forma isolada, as facetas “domínio físico” para GD e “domínio meio ambiente” para GDS foram as que apresentaram menor satisfação. O domínio “físico” abrange as queixas de dor física e desconforto, dependência de medicação e/ou tratamento, falta de energia e fadiga, problemas de mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade para o trabalho. Já o domínio “meio ambiente” preza-se por quesitos de segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações e/ou habilidades, áreas de recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde e transporte^{22, 23}.

Segundo conceituação adotada pela Organização Mundial da Saúde²⁴, a QV é definida como “[...] a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 28).

Outro conceito é QV ligada à saúde, sendo definida como “[...] valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial”²⁵. Para Boyer²⁶ a qualidade de saúde é permeada pela qualidade de vida, que, por sua vez, diz respeito ao atendimento das necessidades básicas do indivíduo, à satisfação com a vida, e a diferença entre as expectativas de vida e a realidade experimentada pelo indivíduo. Vários são os impactos que a dor acarreta na vida das pessoas e, quando este sintoma se torna crônico, a repercussão sobre a qualidade de suas vidas pode se tornar mais intensa.

Em um estudo realizado com 323 mulheres na pós-menopausa, usuárias de um serviço universitário de atenção ao climatério, observou-se que a QV das participantes estava comprometida, sobretudo nos domínios relacionados ao humor deprimido, à ansiedade e aos sintomas somáticos²⁷. Siebra e Vasconcelos⁸ avaliaram a qualidade de vida e estado de humor de mulheres com dores crônicas, destas, 83,3% apresentaram redução na qualidade de vida e no estado de humor.

Storchi et al.²⁸ realizaram um estudo transversal, com mulheres com 60 anos ou mais, tendo o objetivo de avaliar os níveis de sintomas de ansiedade e depressão e a qualidade de vida em idosas com



dores musculoesqueléticas crônicas e idosas sem dores. Os resultados obtidos foram de que o grupo com dores crônicas apresentou níveis mais elevados de sintomas de ansiedade ($p < 0,001$) e sintomas depressivos ($p < 0,001$) e pior qualidade de vida ($p < 0,05$) que o grupo sem dor. Além desses impactos (ansiedade, depressão e humor), a dor crônica pode estar associada ao comprometimento da qualidade do sono, da atividade, do apetite e da energia. Ainda, pode levar à incapacidade física e funcional, o que leva, conseqüentemente, ao aumento do grau de dependência e desencadear afastamento social e laboral.

Conclusão

Na investigação da prevalência de dor crônica em mulheres na menopausa, observou-se valores baixos de percepção de dor, principalmente no grupo cuja atividade laboral emprega elevada exigência física. Contudo, as mulheres avaliadas indicam grande impacto negativo da dor sobre suas capacidades de manter a produção laboral e atividades sociais. Quanto à qualidade de vida, as facetas “domínio físico” e “domínio meio ambiente” foram os que se apresentaram com menor satisfação pelos grupos. Sugere-se outros estudos trazendo tal temática, além de aplicação de outros instrumentos, amostras maiores e diferentes âmbitos laborais.

Recebido em 02/11/2021
Aprovado em 04/02/2022

Referências

1. IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Mudança Demografica no Brasil no inicio do século XXI. 2015.
2. Crema, Tilio, Campos. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas: Revisão Integrativa da Literatura. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37, n. 3, p.753-769, 2017.
3. Alves RP et al. Climatério: A Intensidade dos Sintomas e o Desempenho Sexual, Contexto Enferm, Florianópolis, 2015.
4. Fernandes CE. Endocrinologia feminina. Manole, 2016.
5. Berek JS. Tratado de ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
6. Terra NL. Sexualidade, menopausa, andropausa, e disfunção erétil no envelhecimento: compreensão e manejo. ediPUC. 2014.
7. Minson FP, Morete MC, Marangoni M. Dor - Manuais de Especialização. Einstein. São Paulo: Manole, 2015.



8. Siebra MR, Vasconcelos TB. Quality of life and mood state of chronic pain patients. *Revista Dor*. 2017. 18:1-6.
9. Kazanowski MK, Laccetti MS. *Dor: fundamentos abordagem clínica tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
10. Zonta JB, Eduardo A, Okido ACC. Autoconfiança para o manejo inicial das intercorrências de saúde na escola: construção e validação de uma escala visual analógica. Escola Anna Nery, 2018.
11. Martinez et al. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol*. 2011.
12. Hall JE, Guyton, AC. *Tratado de fisiologia médica*. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
13. Millan MJ. The induction of pain: an integrative review. *Prog Neurobiol*. 1999. 57 (1): 1-164.
14. Julius D, Basbaum AI. Molecular mechanisms of nociception. *Nature*. 2001. 413(6852): 203-10.
15. Mesllinger K. What is a nociceptor? *Der Anaesthetist*. 1997. 142-153.
16. Meissner W. The role of acupuncture and transcutaneous-electrical nerve stimulation for postoperative pain control. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009. 22(5): 623-6.
17. Carolyn J et al. Menopause symptoms and chronic pain in a national sample of midlife women veterans. *The Journal of The*. 2019. 26: 708–713.
18. Lemos, Cunha, Cesarino, Martins. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP*. São Paulo. 2019 jul-set. 2(3):237-41.
19. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*. 2007 aug. 2;55(3):377-91. doi: 10.1016/j.neuron.2007.07.012. PMID: 17678852.
20. Lazarus RS, Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. 1984
21. Portnoi AG. *Dor, estress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia*. Tese de Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1999.
22. Pedroso, Pillati, Gutierrez, Picinin. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2010. 02(01): 31-36.
23. Ferentz LMS. Análise da qualidade de vida pelo método WHOQOL-bref: Estudo de caso na cidade de Curitiba, Paraná. *Estudo & Debate, Lajeado*. 2017. 24(3): 116-134.
24. WHOQOL Group. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. Soc. Sci. Med. 1995.
25. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo*. 2012. 26(2): 241-50.
26. Boyer F, Morrone I, Laffont I, Dizien O, Etienne JC, Novella JL. Health related quality of life in people with hereditary neuromuscular diseases: An investigation of test-retest agrément with



comparison between two generic questionnaires, the Nottingham health profile and short form-36 items. *Neuromuscul Disord.* 2006;16(2):99-106.

27. De Lorenzi DRS et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2006. 312-317.
28. Storchi S et al. Quality of life and anxiety and depression symptoms in elderly females with and without chronic musculoskeletal pain. *Revista Dor.* 2016. 17(4): 283-287.

