

# Pain management in office gynecological procedures

## Controlo da dor em procedimentos ginecológicos em regime de consultório

Ana Rosa Costa<sup>1</sup>, António Lanhoso<sup>2</sup>, Eunice Capela<sup>3</sup>, Joaquim Neves<sup>4</sup>, José Lourenço Reis<sup>5</sup>, Daniel Pereira da Silva<sup>6</sup>

Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

Hospital CUF Porto, Porto, Portugal

Serviço de Ginecologia/Obstetria, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Faro

Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

Serviço de Ginecologia/Obstetria, Hospital Beatriz Ângelo e Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal

Instituto Médico de Coimbra, Hospital CUF Coimbra, Coimbra, Portugal

### Abstract

Office gynecological procedures are crucial for women health. New anesthetic methods that replace general anesthesia propelled the transition from the operating room to an office setting of multiple interventions (insertion of intrauterine devices, biopsies and hysteroscopies with or without with or without minor therapeutic procedures). Moderate to severe pain is often experienced by women, leading to the interruption of the procedure. No consensus exists upon routine use of analgesia during these office procedures. More effective pain control strategies and guidelines are needed for pain relief in outpatient gynecological procedures. The reflection in this work is intended to pave the way for a generalized pain management in gynecological procedures to widespread satisfy women expectations and needs.

**Keywords:** Pain management; Office-based procedures; Intrauterine devices; Hysteroscopy; Anesthesia.

### Resumo

Os procedimentos ginecológicos em ambulatório são cruciais na área da saúde da mulher. Novos métodos anestésicos que substituem a anestesia geral e impulsionam a transição do bloco operatório para o consultório para a realização de múltiplas intervenções diagnósticas e terapêuticas, são indispensáveis. A dor moderada a intensa é frequentemente sentida pelas mulheres, levando à interrupção do procedimento. Não existe consenso sobre o uso de rotina de analgesia durante esses procedimentos em ambulatório. Estratégias e diretrizes de controle da dor mais eficazes são necessárias para o alívio da dor para a realização de alguns procedimentos como são exemplo a introdução de dispositivos intrauterinos e a realização de histeroscopias. Este trabalho é uma reflexão sobre este tópico com o objetivo de abrir caminho para um controlo generalizado da dor em procedimentos ginecológicos de modo a satisfazer amplamente as expectativas e necessidades das mulheres.

**Palavras-chave:** Controlo da dor; Procedimentos ginecológicos de ambulatório; Dispositivos intrauterinos; Histeroscopia.

### INTRODUÇÃO

Os procedimentos ginecológicos em regime de consultório são fundamentais no âmbito dos cuidados de saúde em geral. No que concerne à mulher, estes procedimentos de rotina permitem, para além do acompanhamento próximo da saúde reprodutiva, o

diagnóstico precoce e tratamento de patologias vulvares, vaginais e uterinas<sup>1</sup>. O avanço da tecnologia conduziu à mudança de muitos destes atos clínicos do bloco operatório para o consultório médico, possibilitando a respetiva realização de uma forma mais eficiente, acarretando menos custos e riscos associados ao internamento hospital e maior satisfação da doente<sup>2</sup>. A

biópsia do colo do útero, a realização de ansa/conização, a histeroscopia para fins diagnósticos com ou sem procedimentos terapêuticos *minor* e ainda a inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) são exemplos desta realidade.

No entanto, a dor sentida pelas mulheres continua a ser um fator limitante para a realização alargada destes procedimentos em consultório. A percepção da dor advém da manipulação do colo uterino e/ou útero, estimulando fibras simpáticas e parassimpáticas que direcionam a informação sensorial dos órgãos pélvicos para o mesmo circuito neuronal<sup>3</sup>. Um estudo mostrou que, em média, 35% das mulheres reporta dor, desconforto, medo ou ansiedade face a um exame pélvico<sup>4</sup>. De realçar que a média de dor reportada foi de 3,2 na escala visual analógica de 0 a 10 e 17% das mulheres reportou dor acima do valor seis num estudo realizado por Hildan *et al.*<sup>5</sup>. Segundo os autores, durante a realização de histeroscopias, um número considerável de mulheres (~15%) experiencia dor “difícilmente tolerável” ou “intolerável”<sup>6,7</sup>. Na inserção de DIU, a prevalência de dor reportada varia entre os 11 e os 47%<sup>8,9</sup>. Em adolescentes nulíparas, os números de dor percebida podem ser mais elevados, atingindo os 80%<sup>10,11</sup>.

Desta forma, o controlo da dor é imperativo para a promoção do bem-estar da mulher e para o sucesso dos procedimentos ginecológicos. De facto, um número significativo de mulheres beneficiaria de estratégias farmacológicas ou abordagens não farmacológicas nos procedimentos ginecológicos de ambulatório/consultório<sup>12</sup>. No entanto, a inexistência de evidências clínicas que validem a eficácia de um método tornam a sua implementação um fator limitante. Inclusivamente, a ausência de diretrizes e o curto espaço de tempo em que a dor é manifestada conduz a uma prática clínica heterogênea, onde a maioria dos médicos não recorre a qualquer estratégia de controlo da dor<sup>13-15</sup>.

A reflexão presente neste trabalho pretende sensibilizar para um controlo da dor generalizado em procedimentos ginecológicos em regime de consultório com o propósito de suprir as necessidades e aumentar a satisfação das mulheres, considerando as opções disponíveis, sua eficácia e segurança.

## METODOLOGIA

Para a realização desta revisão de literatura, foi efetuada uma pesquisa na plataforma *Pubmed* com base nas palavras-chave “pain management” e “office-based procedures”. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, sem restrições quanto à tipologia, escritos em português ou inglês e com texto integral disponível.

Foram identificados um total de 83 artigos. Uma revisão inicial com base no título e no resumo foi realizada, reduzindo o número de artigos selecionados. Um total de 32 artigos foram selecionados para a realização desta revisão.

## RECOMENDAÇÕES GERAIS NO CONTROLO DA DOR

O controlo da dor é um direito social e um dever dos profissionais de saúde. O acesso ao tratamento da dor como um direito humano torna-se cada vez mais relevante, sendo descrito como prioritário pelas Nações Unidas<sup>16</sup>. Contudo, a dor definida como “experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial, como a componente emocional da pessoa”, é regularmente tratada de forma insuficiente. No seguimento da posição adotada por instituições internacionais como a Associação Internacional para o Estudo da Dor e a Organização Mundial de Saúde, a Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda que a dor seja registada e avaliada como o quinto sinal vital, reforçando a importância da avaliação e controlo da dor por parte dos profissionais de saúde<sup>17,18</sup>. A DGS deliberou adicionalmente que o controlo da dor deve ser encarado como prioridade e critério para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade<sup>19</sup>. Em Portugal, foi ainda criado paralelamente um plano nacional para a prevenção e controlo da dor com vista a promover o acesso equitativo de toda a população a tratamentos da dor<sup>20</sup>.

1. Serviço de Ginecologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal.

2. Hospital CUF Porto, Porto, Portugal.

3. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Faro.

4. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução; Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

5. Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo e Hospital da Luz Lisboa, Lisboa, Portugal.

6. Instituto Médico de Coimbra, Hospital CUF Coimbra, Coimbra, Portugal.

A complexidade do fenómeno da dor e a variabilidade interpessoal podem impedir, por vezes, a sua correta avaliação. A dor é com frequência subestimada, escondida ou negada e, conseqüentemente, negligenciada, tanto pelos doentes, como pelos profissionais de saúde, aumentando a barreira na aplicação de medidas efetivas no seu controlo<sup>21</sup>. Além disso, um treino inadequado sobre as estratégias aplicadas no alívio eficaz da dor poderá ser mais uma das justificações para os relatos de percepção de dor<sup>17</sup>. Para colmatar estas necessidades, o desenvolvimento de programas de formação sobre o controlo da dor e o incentivo na investigação científica básica e clínica devem ser fomentados com vista a fornecer melhores cuidados no futuro.

Na última década, o número de procedimentos realizados em regime de consultório cresceu significativamente em diferentes especialidades clínicas. Simultaneamente, as preocupações com a segurança e satisfação do paciente intensificaram-se. A correta seleção do paciente, a implementação de técnicas de controlo da dor eficazes e seguras, e a capacidade da equipa médica para lidar com situações de emergência são questões que acompanham estes procedimentos.

O espectro de procedimentos ginecológicos é amplo, não existindo orientações para a gestão da dor nestes procedimentos. Segundo os autores, a maioria dos regimes de anestesia e analgesia foi adaptada de outras práticas médicas e a sua eficácia no alívio da dor em procedimentos ginecológicos não foi verificada<sup>22,23</sup>. Atualmente, não existe ainda uma abordagem que forneça o equilíbrio ideal de eficácia no controlo de dor e segurança para cada tipo de procedimento ginecológico em consultório. Diversas entidades internacionais, como a *American College of Obstetricians and Gynecologists* e a *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*, reconhecem esta realidade, reforçando a necessidade do desenvolvimento de práticas que conduzam ao alívio de dor eficaz durante os diferentes procedimentos ginecológicos<sup>24-26</sup>.

## EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES DE CONTROLO DA DOR EM PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS EM CONSULTÓRIO

O desenvolvimento de soluções alternativas à anestesia geral potenciou o aumento de procedimentos rea-

lizados em regime de consultório. O recurso à anestesia geral exige uma monitorização apertada da doente e está associado a maior morbidade peri-operatória, para além dos recursos que implicam. A anestesia local, a medicação oral e também a sedação intravenosa são, em contraste, intervenções farmacológicas utilizadas correntemente na prática clínica de consultório para o alívio da dor<sup>27,28</sup>. As evidências clínicas do uso destas estratégias de controlo da dor na introdução de DIU e na realização de histeroscopias estão sumariadas nos Quadros I e II, respetivamente. Diferentes estudos revelam que estratégias não-farmacológicas podem ser adjuvantes no controlo da dor em procedimentos realizados em regime de consultório. Técnicas de suporte verbal e de relaxamento, música ou calor aplicado localmente mostram-se úteis na gestão da dor e ansiedade sentidas pelas mulheres<sup>29</sup>.

A avaliação inicial da mulher relativamente à tolerância de dor e ansiedade ajudará a identificar as situações de necessidade de recurso a estratégias analgésicas<sup>30</sup>. Acrescenta-se que a valorização por parte do clínico conferirá um maior conforto à utente assim como a sua aceitação aos procedimentos ginecológicos. A ansiedade sentida, face aos procedimentos, diminui quando esta participa na tomada de decisão, quando lhe é disponibilizado aconselhamento próximo e individualizado e quando é informada das etapas e tempo inerente a cada uma delas. O médico deverá ainda ter em consideração que a nuliparidade, o histórico de dismenorreia ou a pós-menopausa são fatores, entre outros, que influenciam a percepção da dor por parte da mulher<sup>30</sup>.

## Opióides, anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) e misoprostol

Os opióides são uma opção comum no controlo da dor e a respetiva eficácia no alívio da dor a curto prazo está descrita em várias situações, nomeadamente no pós-operatório<sup>17</sup>. Na inserção de DIU, o uso de 50 mg de tramadol 1 hora antes do procedimento reduz os níveis de dor<sup>22,31</sup>. Igualmente, nas histeroscopias, o tramadol foi capaz de reduzir os níveis de dor<sup>32</sup>. Contudo, os resultados são pouco consistentes e a elevada incidência de efeitos adversos, como náuseas e vômitos, promovem a procura de soluções alternativas<sup>33</sup>.

Analgésicos orais são frequentemente prescritos para o controlo da dor percebida durante a inserção de

**QUADRO I. SUMÁRIO DOS DADOS BIBLIOGRÁFICOS DO CONTROLO DA DOR NA INTRODUÇÃO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS. ADAPTADO DE LOPEZ ET AL.<sup>21</sup>**

Substância Ativa	Via de administração	Dose	Resultados
Tramadol	Oral	50 mg	Melhor performance do que 550 mg de naproxeno [DM: -0,63 (IC 95%: -0,94 a -0,32)].
Ibuprofeno	Oral	400 – 800 mg	Não foi superior ao grupo placebo na maioria dos estudos realizados
Naproxeno	Oral	300 ou 550 mg	Eficaz em comparação com o placebo [DM: -1,94 (IC 95%: -2,35 a -1,53)]
Misoprostol	Sublingual, Bucal ou Vaginal	400 µg	Não diferiu do grupo placebo [DMP: 0,27 (IC 95%: 0,07 a 0,46)]. A incidência de efeitos adversos foi elevada [OR: 2.64 (IC 95%: 1,46 a 4,76)]
Lidocaína	Tópica	2%	Não teve impacto na dor percebida [DMP: -0,02 (IC 95%: -0,21 a 0,18)]
Lidocaína	Tópica	2.5% de ambos	Significativamente melhor do que o grupo placebo [DM: -1,96 (IC 95%: -3,00 a -0,92)]
Lidocaína	Tópica	4%	Melhor que o grupo placebo durante [DM: -15,90 (IC 95%: -22,77 a -9,03)] e após a inserção do DIU [DM: -11,10 (IC 95%: -19,05 to -3,15)]
Lidocaína	Injeção paracervical	1%	Melhor que o grupo placebo [Média (±DP): 37.3 (±35.0) versus 52.5 (± 27.5)]
Lidocaína	Injeção intracervical	2%	Não se mostrou superior a nenhum comparador

DM: Diferença Média; DMP: Diferença Média Padronizada; DP: Desvio Padrão, IC: Intervalo de Confiança.

**QUADRO II. SUMÁRIO DAS EVIDÊNCIAS DO CONTROLO DA DOR NA REALIZAÇÃO DE HISTEROSCOPIAS. ADAPTADO DE AHMAD ET AL.<sup>22</sup>**

Estratégia de Controlo da Dor	Via de administração	Resultados
Opióide (Tramadol)	Oral	Efeito superior ao placebo durante [DMP: -0,76 (IC 95%: -1,10 a -0,42)] e após [DMP: -0,57 (-0,91 a -0,23)] o procedimento
AINEs	Oral	Os níveis de dor foram menores durante [DMP: -0,25 (IC 95%: -0,46 a -0,04)] e após 30 minutos [DMP: -0,27 (IC de 95%: -0,49 a -0,05)]
Misoprostol	Oral	Efeito significativo na diminuição da dor em mulheres nulíparas na pré-menopausa, mas não em mulheres na pós-menopausa.
Anestesia Local	Tópica ou injetável	Efeito superior ao placebo durante [DMP: -0,29 (IC 95%: -0,39 a 0,19)] e após [DMP: -0,50 (-0,67 a -0,33)] o procedimento
Anestesia Local	Injeção paracervical	Os níveis de dor foram menores durante o procedimento [DMP: -0,71 (IC 95%: -1,51 a 0,10)]
Anestesia Local	Injeção intracervical	Os níveis de dor foram menores durante o procedimento [DMP: -0,45 (IC 95%: -0,70 a -0,21)]

AINEs: Anti-inflamatórios não-esteroides, DMP: Diferença Média Padronizada; IC: Intervalo de Confiança.

um DIU. Esta classe inclui o paracetamol e os AINE como, por exemplo, o ibuprofeno, o naproxeno e o

cetorolac. Apesar da pré-medicação com estas substâncias ser transversalmente reportada na literatura, as

evidências da sua eficácia são limitadas. O ibuprofeno mostrou-se ineficaz em múltiplos estudos<sup>34,35</sup>, assim como o naproxeno que, apesar de apresentar um efeito inferior ao tramadol, conseguiu atenuar a dor em relação ao grupo placebo. Embora existam dados contraditórios, um estudo recente demonstrou que a administração oral de cetorolac (20 mg) entre 40 a 60 minutos antes da inserção do DIU é eficaz na redução da dor geral e na dor sentida 10 minutos após a respectiva colocação<sup>36,37</sup>. O mecanismo de ação dos AINE aponta para um efeito na redução de dor mais preponderante após da inserção de DIU uma vez que, por inibição da produção de prostaglandinas, diminui a contratilidade uterina reflexa à presença de um corpo estranho<sup>38</sup>. O paracetamol, apesar de provocar o menor efeito no controlo da dor pélvica de origem uterina, é uma opção quando os AINE estão contraindicados<sup>39</sup>. Evidências similares existem sobre o uso de AINE para o alívio da dor provocada pela histeroscopia. Apesar dos níveis de dor reportados serem menores nos grupos de tratamento face ao placebo, é pouco provável que a pequena diferença verificada se traduza em efeitos clinicamente significativos.

O misoprostol reduz a resistência e a necessidade de dilatação cervical em mulheres na pré-menopausa o que consequentemente poderá reduzir a dor e o desconforto<sup>40,41</sup>. Este fármaco tem sido amplamente utilizado como estratégia para melhorar a tolerância e reduzir a taxa de complicações associadas à passagem pelo colo uterino de instrumentação necessária aos procedimentos ginecológicos. Todavia, a eficácia do misoprostol no controlo da dor em histeroscopia, não só se tem revelado insuficiente, como também origina efeitos adversos, como dor abdominal e alterações no trânsito intestinal<sup>42,43</sup>. Os seus efeitos benéficos são sobretudo demonstrados em mulheres pré-menopáusicas. Em contrapartida, nas mulheres na pós-menopausa, o uso de misoprostol pode ser considerado em combinação com a aplicação prévia de estrogénio vaginal, de forma a reduzir os níveis de dor associados à realização de histeroscopia<sup>44</sup>. Não obstante, o uso de misoprostol na inserção de DIU deve ser ponderado, uma vez que, de acordo com os dados da bibliografia atual, a administração de misoprostol, para além de não melhorar a facilidade de inserção, conduz ao aumento de efeitos secundários como náuseas, vômitos, febre e hemorragia<sup>45-47</sup>.

## Anestesia Local

A utilização da anestesia local prevê ultrapassar os efeitos sistémicos adversos, como também interromper a sinalização da dor na base nervosa da sua origem. A lidocaína e prilocaína em associação com a prilocaína são potentes anestésicos locais que atuam por bloqueio dos canais de sódio, atrasando os impulsos nervosos periféricos<sup>48</sup>. Em ambientes ginecológicos de consultório, a lidocaína pode ser aplicada topicamente na mucosa genital, na forma farmacêutica de gel ou creme, ou pode ser injetada localmente no colo do útero. Nos últimos anos, um número crescente de estudos publicados investigou a eficácia da lidocaína no bloqueio cervical. A eficácia da injeção paracervical ou intracervical de lidocaína a 1% foi demonstrada tanto na introdução de DIU como na realização de histeroscopias, assim como noutros procedimentos ginecológicos<sup>22,32,49,50</sup>. Uma meta-análise revelou que a lidocaína diminui os valores de dor durante a colocação da pinça de prensão do colo do útero, na inserção do DIU e imediatamente após a colocação do dispositivo<sup>51</sup>. A aplicação da anestesia para a realização da histeroscopia tem também promovido uma melhor e crescente adesão à técnica em regime de consultório<sup>52,53</sup>. Esta técnica consiste na injeção local de 1% de lidocaína<sup>54</sup>. Contudo, as técnicas de anestesia local por injeção causam considerável desconforto e pode conduzir a complicações graves, tais como lesões vasculares ou toxicidade local<sup>55,56</sup>. No caso específico da lidocaína, é ainda necessário a monitorização da toxicidade sistémica e a confirmação da disponibilidade de equipamentos de reanimação<sup>57</sup>. Na nossa opinião, devido ao desafio técnico que representa, a injeção de anestesia local deve ser reservada para casos previamente selecionados e realizada por profissionais experientes em ambiente hospitalar. Desta forma, não se apresentam como soluções seguras para os procedimentos ginecológicos de consultório.

O desenvolvimento de métodos alternativos de anestesia local, como géis e cremes de aplicação tópica, pode aumentar a eficácia e segurança. A inervação superficial da mucosa do colo uterino e do endométrio através dos recetores de potencial transitório vanilóide do subtipo 1 (TRPV1) fundamenta a hipótese de eficácia deste tipo de anestésicos<sup>58,59</sup>.

Uma revisão recente da literatura revelou superioridade de um creme de lidocaína/prilocaína na redução

da dor, em comparação com o placebo durante a colocação da pinça de apreensão do colo do útero.<sup>60</sup> De igual modo, num estudo onde 218 mulheres foram aleatoriamente alocadas ao grupo tratado ou placebo, um gel de lidocaína a 4% mostrou uma diminuição dos níveis de dor reportados imediatamente após a inserção do DIU<sup>22,61</sup>. O número de mulheres que consideraram o procedimento de inserção do DIU isento de dor foi três vezes superior em comparação com o grupo placebo (31,1% *versus* 9,7%,  $p < 0,001$ ) e aproximadamente metade das participantes reportou níveis de dor de moderado a severo (25,5% *versus* 51,5%,  $p < 0,001$ )<sup>62</sup>. Nas histeroscopias, a aplicação intrauterina de lidocaína também se mostrou eficaz no controlo da dor<sup>63</sup>. Desta forma, as soluções de lidocaína tópica podem ser uma solução anestésica viável, fornecendo o alívio eficaz da dor, com níveis de segurança comparáveis ao placebo.

A evolução dos recursos disponíveis, que combinem eficácia e segurança na aplicação, permitirá oferecer à doente uma melhor experiência nos procedimentos ginecológicos. A relação de confiança médico/doente será reforçada, uma vez que a paciente se sentirá segura e isenta de dores após a realização do procedimento pélvico.

## A IMPORTÂNCIA DO CONTROLO DA DOR

O controlo da dor revela-se fundamental para o aumento da qualidade dos cuidados de saúde. A dor e o desconforto são obstáculos à adesão de diferentes procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A realidade observada na gastroenterologia nomeadamente nos exames endoscópicos é um exemplo desta premissa. A colonoscopia é um exame complementar de diagnóstico e de extrema importância para o rastreio do cancro colorretal e outras patologias associadas ao sistema gastrointestinal<sup>64</sup>. Porém, não era amplamente aceite pelos doentes devido à sensação de dor e desconforto durante o processo. Num estudo que envolveu 10.078 indivíduos, foi referido por 55,2% dos participantes o desconforto/dor como obstáculo à adesão protocolar recomendada pelo médico<sup>65</sup>. Em Portugal, desde 2014, a colonoscopia pode ser realizada com recurso a sedação ou anestesia. Em 2019, um total de 268.671 colonoscopias e demais procedimentos associados foram

realizados e 95,5% dos mesmos foram efetuados com sedação ou analgesia<sup>66</sup>. Espera-se que o recurso generalizado conduza a um aumento notável da aceitação dos pacientes e taxas de sucesso deste exame diagnóstico. De facto nos últimos anos, verifica-se um ligeiro aumento na taxa de realização de colonoscopias<sup>66,67</sup>.

Em linha do que foi verificado no âmbito da colonoscopia, acredita-se que a consciencialização transversal da equipa médica para o controlo da dor aumentará a qualidade assistencial prestada pelos ginecologistas. Um controlo eficaz e acessível a toda a população beneficiará à adesão de procedimentos ginecológicos como a histeroscopia cuja sua função diagnóstica de primeira linha é crucial na identificação de patologias intrauterinas<sup>68</sup>. A valorização e tratamento da dor diminuirá igualmente a recusa de outros procedimentos ginecológicos, nomeadamente a introdução de DIU.

## CONCLUSÃO

As atuais estratégias de controlo da dor são pouco eficazes para os procedimentos ginecológicos de consultório. As evidências de efeitos clinicamente relevantes na experiência de dor com analgesia são relatadas sobretudo em estudos que avaliam a aplicação de lidocaína. As novas formulações de lidocaína em gel, projetadas para facilitar a administração, minimizar a perda e prolongar a retenção, parecem particularmente promissoras.

A abordagem individual, guiada por fatores preditivos de um risco aumentado de sentir dor nos procedimentos ginecológicos, pode ajudar a melhorar a experiência para as mulheres e contribuir para a identificação de estratégias eficazes e personalizadas. O uso generalizado de estratégias eficazes de controlo da dor encorajará mais mulheres a realizar estes procedimentos, melhorando os cuidados ginecológicos.

### NOTA DE HOMENAGEM

Fica-nos a eterna saudade e gratidão ao coautor deste artigo – António Lanhoso, que quis participar neste trabalho embora estando já em condições muito difíceis.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urman, RD, Punwani, N, Bombaugh, M & Shapiro, FE. Safe-

ty considerations for office-based obstetric and gynecologic procedures. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2013; 6: e8-e14.

2. Wortman, M & Carroll, K. Office-Based Gynecologic Surgery (OBGS): Past, Present, and Future: Part I. *Surg. technology Int.* 2019; 35: 173-184.

3. Jobling, P, O'Hara, K & Hua, S. Female reproductive tract pain: Targets, challenges, and outcomes. *Front. Pharmacol.* 2014; 5: PMC3923189.

4. Bloomfield, HE et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: An evidence report for a clinical practice guideline from the American college of physicians. *Ann. Intern. Med.* 2014; 161: 46-53.

5. Hilden, M, Sidenius, K, Langhoff-Roos, J, Wijma, B & Schei, B. Women's experiences of the gynecologic examination: Factors associated with discomfort. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2003; 82: 1030-1036.

6. Bradley, LD & Widrich, T. State-of-the-art flexible hysteroscopy for office gynecologic evaluation. *Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1995; 2: 263-267.

7. Paulo, AAS, Solheiro, MHR, Paulo, COS & Afreixo, VMA. What proportion of women refers moderate to severe pain during office hysteroscopy with a mini-hysteroscope? A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2016; vol. 293 37-46.

8. Carr, SL et al. Women's experiences with immediate postpartum intrauterine device insertion: a mixed-methods study. *Contraception* 2018; 97: 219-226.

9. Dina, B, Peipert, LJ, Zhao, Q & Peipert, JF. Anticipated pain as a predictor of discomfort with intrauterine device placement. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 218: 236.e1-236.e9.

10. Callahan, DG, Garabedian, LF, Harney, KF & DiVasta, AD. Will it Hurt? The Intrauterine Device Insertion Experience and Long-Term Acceptability Among Adolescents and Young Women. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2019; 32: 615-621.

11. Hall, AM & Kutler, BA. Intrauterine contraception in nulliparous women: A prospective survey. *J. Fam. Plan. Reprod. Heal. Care* 2016; 42: 36-42.

12. Gemzell-Danielsson, K, Mansour, D, Fiala, C, Kaunitz, AM & Bahamondes, L. Management of pain associated with the insertion of intrauterine contraceptives. *Hum. Reprod. Update* 2013; 19: 419-427.

13. O'Flynn, H, Murphy, LL, Ahmad, G & Watson, AJS. Pain relief in outpatient hysteroscopy: a survey of current UK clinical practice. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2011; 154: 9-15.

14. Tawfeek, S & Scott, P. National inpatient diagnostic hysteroscopy survey. *Gynecol. Surg.* 2010; 7: 53-59.

15. Abis, P et al. Pain Management During Office Hysteroscopy: A Survey of Hysteroscopists. *Surg. Technol. Int.* 2020; 37: 161-166.

16. Brennan, F, Lohman, D & Gwyther, L. Access to pain management as a human right. *Am. J. Public Health* 2019; 109: 61-65.

17. Lamvu, G, Feranec, J & Blanton, E. Perioperative pain management: an update for obstetrician-gynecologists. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 218: 193-199.

18. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa no9/DGCG de 14/6/2003. (2003).

19. Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa no11/DSCS/DPCD. (2008).

20. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (2017).

21. APED – Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor – Definições. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>.

22. Lopez, LM et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 2015.

23. Vitale, SG et al. Pain management for in-office hysteroscopy. A practical decalogue for the operator. *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.* 2021; 50: 101976.

24. Committee Opinion. The use of Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Intrauterine Pathology. *Am. Coll. Obstet. Gynecol.* 2020; 135: e138-e148.

25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical challenges of long-acting reversible contraceptive methods. *Obstet. Gynecol.* 2016; 128: e69-77.

26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist & British Society of Gynecologists Endoscopists. Best Practice in Outpatient Hysteroscopy (Green-top guideline no58). (2011).

27. Munro, A, Sjaus, A & George, RB. Anesthesia and analgesia for gynecological surgery. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2018; 31: 274-279.

28. Bachi, A & Thiagamorthy, G. Analgesia for outpatient gynaecological procedures. *Case Reports Women's Heal.* 2020; 28: e00245.

29. Riemma, G et al. Pharmacological and non-pharmacological pain relief for office hysteroscopy: an up-to-date review. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1754388> 2020; 23: 376-383.

30. Ireland, LD & Allen, RH. Pain management for gynecologic procedures in the office. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2016; 71: 89-98.

31. Bharathi, S, Maurya, DK, Keepanasseril, A & Kubera, NS. Efficacy and safety of Tramadol as an analgesic in women undergoing vaginoscopic hysteroscopy: a randomized placebo-controlled trial. *J. Obstet. Gynaecol. (Lahore).* 2019; 40: 678-683.

32. Ahmad, G et al. Pain relief for outpatient hysteroscopy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 10: CD007710.

33. De Silva, PM, Mahmud, A, Smith, PP & Clark, TJ. Analgesia for Office Hysteroscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2020; 27: 1034-1047.

34. Bednarek, PH et al. Prophylactic ibuprofen does not improve pain with IUD insertion: A randomized trial. *Contraception* 2015; 91: 193-197.

35. Hubacher, D et al. Pain from copper intrauterine device insertion: Randomized trial of prophylactic ibuprofen. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006; 195: 1272-1277.

36. Crawford, M, Davy, S, Book, N, Elliott, JO & Arora, A. Oral Ketorolac for Pain Relief During Intrauterine Device Insertion: A

- Double-Blinded Randomized Controlled Trial. *J. Obstet. Gynaecol. Canada* 2017; 39: 1143-1149.
37. Ngo, LL, Ward, KK & Mody, SK. Ketorolac for Pain Control With Intrauterine Device Placement. *Obstet. Gynecol.* 2015; 126: 29-36.
38. Connolly, TP. Cyclooxygenase-2 inhibitors in gynecologic practice. *Clinical medicine & research* 2003; vol. 1 105-110.
39. Marjoribanks, J, Ayeleke, RO, Farquhar, C & Proctor, M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 2015: CD001751.
40. Crane, JMG & Healey, S. Use of Misoprostol Before Hysteroscopy: A Systematic Review. *J. Obstet. Gynaecol. Canada* 2006; 28: 373-379.
41. Choksuchat, C, Cheewadhanaraks, S, Getpook, C, Wootipoom, V & Dhanavoravibul, K. Misoprostol for cervical ripening in non-pregnant women: A randomized double-blind controlled trial of oral versus vaginal regimens. *Hum. Reprod.* 2006; 21: 2167-2170.
42. Tasma, M *et al.* Misoprostol for cervical priming prior to hysteroscopy in postmenopausal and premenopausal nulliparous women; a multicentre randomised placebo controlled trial. *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2018; 125: 81-89.
43. Fouda, UM, Gad Allah, SH & Elshaer, HS. Optimal timing of misoprostol administration in nulliparous women undergoing office hysteroscopy: a randomized double-blind placebo-controlled study. *Fertil. Steril.* 2016; 106: 196-201.
44. Marret, H *et al.* Overview and expert assessment of off-label use of misoprostol in obstetrics and gynaecology: Review and report by the Collège national des gynécologues obstétriciens français. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2015; 187: 80-84.
45. Waddington, A & Reid, R. More Harm Than Good: The Lack of Evidence for Administering Misoprostol Prior to IUD Insertion. *J. Obs. Gynaecol. Can* 2012; 34: 1177-1179.
46. Bahamondes, L, Mansour, D, Fiala, C, Kaunitz, AM & Gemzell-Danielsson, K. Practical advice for avoidance of pain associated with insertion of intrauterine contraceptives. *J. Fam. Plan. Reprod. Heal. Care* 2014; 40: 54-60.
47. Gemzell-Danielsson, K *et al.* Interventions for the prevention of pain associated with the placement of intrauterine contraceptives: An updated review. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2019; 98: 1500-1513.
48. Weinberg, L. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lignocaine: A review. *World J. Anesthesiol.* 2015; 4: 17-29.
49. Cooper, NAM, Khan, KS & Clark, TJ. Local anaesthesia for pain control during outpatient hysteroscopy: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 340: c1130.
50. Unlu, BS *et al.* Comparison of four different pain relief methods during hysterosalpingography: A randomized controlled study. *Pain Res. Manag.* 2015; 20: 107-111.
51. Perez-Lopez, FR, Martinez-Dominguez, SJ, Perez-Roncero, GR & Hernandez, A V. Uterine or paracervical lidocaine application for pain control during intrauterine contraceptive device insertion: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur. J. Contracept. Reprod. Heal. Care* 2018; 23: 207-217.
52. Paulo, A, Mairos, J, Martino, P Di, Solheiro, H & Afreixo, V. Office hysteroscopy and pain control, a multicenter comparison by scope size and introducing a novel “hysteroscopic anesthesia” technique. *Clin. Obstet. Gynecol. Reprod. Med.* 2015; 1: 99-103.
53. Mairos, J & Di Martino, P. Office Hysteroscopy. An operative gold standard technique and an important contribution to Patient Safety. *Gynecol. Surg.* 2016; 13: 111-114.
54. Vinagre, C, Mairos, J & Martino, P Di. Hysteroscopic anesthesia: a new method of anesthesia in ambulatory hysteroscopy. *Acta Obs. Ginecol Port* 2013; 7: 274-277.
55. Mody, SK, Farala, JP, Jimenez, B, Nishikawa, M & Ngo, LL. Paracervical block for intrauterine device placement among nulliparous women: A randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2018; 132: 575-582.
56. El-Boghdady, K, Pawa, A & Chin, KJ. Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. *Local Reg. Anesth.* 2018; 11: 35-44.
57. Rademaker, CMA & de Vries, LS. Pharmacology review: Lidocaine for neonatal seizure management. *Neoreviews* 2008; 9: e585-e589.
58. Tingåker, BK, Ekman-Ordeberg, G, Facer, P, Irestedt, L & Anand, P. Influence of pregnancy and labor on the occurrence of nerve fibers expressing the capsaicin receptor TRPV1 in human corpus and cervix uteri. *Reprod. Biol. Endocrinol.* 2008; 6: PMC2254422.
59. Di Spiezio Sardo, A *et al.* The potential role of endometrial nerve fibers in the pathogenesis of pain during endometrial biopsy at office hysteroscopy. *Reprod. Sci.* 2015; 22: 124-131.
60. Samy, A *et al.* Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. *Fertil. Steril.* 2019; 111: 553-561.
61. Abd Ellah, NH, Abouelmagd, SA, Abbas, AM, Shaaban, OM & Hassanein, KMA. Dual-responsive lidocaine in situ gel reduces pain of intrauterine device insertion. *Int. J. Pharm.* 2018; 538: 279-286.
62. Tornblom-Paulander, S *et al.* Novel topical formulation of lidocaine provides significant pain relief for intrauterine device insertion: pharmacokinetic evaluation and randomized placebo-controlled trial. *Fertil. Steril.* 2015; 103: 422-427.
63. Senturk, MB, Guraslan, H, Babao lu, B, Ya ar, L & Polat, M. The Effect of Intrauterine Lidocaine and Rectal Indomethacin on Pain during Office Vaginoscopic Hysteroscopy: Randomized Double-Blind Controlled Study. *Gynecol. Obstet. Invest.* 2015; 81: 280-284.
64. Gaspar, H & Morais, V. Colonoscopia: quando a preparação se torna uma complicação. *Rev. Port. Clínica Geral* 2020; 36: 186-193.
65. Wong, MCS *et al.* Perceived Obstacles of Colorectal Cancer Screening and Their Associated Factors among 10,078 Chinese Participants. *PLoS One* 2013; 8: 70209.
66. Ministério da Saúde. Relatório Anual – Acesso a Cuidados de



Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. (2019).

67. Ministério da Saúde. Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. (2018).

68. Miranda, A et al. Patient experience in office versus traditional hysteroscopy. *Acta Obstet. e Ginecol. Médica* 2019; 13: 10-19.

#### **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

Todos os autores contribuíram para a conceção e desenho do artigo de revisão. A pesquisa bibliográfica, seleção, análise e interpretação dos artigos foi realizada por Ana Rosa Costa, António Lanhoso e Eunice Capela. Joaquim Neves e José Lourenço Reis realizaram a revisão crítica do artigo. A supervisão foi realizada por Daniel P. Silva. A primeira versão do manuscrito foi escrita por Ana Rosa Costa e to-

dos os autores comentaram as versões anteriores do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

#### **CONFLITOS DE INTERESSE**

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar, com exceção de Daniel P. Silva, que é consultor da Gedeon Richter, mas cujo contributo que deu para este trabalho é exclusivamente da sua responsabilidade pessoal.

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Daniel Pereira-da-Silva

E-mail: [dpdasilva@sapo.pt](mailto:dpdasilva@sapo.pt)

<https://orcid.org/0000-0001-8997-4490>

**RECEBIDO EM:** 20/02/2022

**ACEITE PARA PUBLICAÇÃO:** 18/07/2022