

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANA PETERSON MARIANO SALATA ROMÃO

**O Impacto da Ansiedade e Depressão na Qualidade de Vida de
mulheres com Dor Pélvica Crônica**

Ribeirão Preto

2008

ADRIANA PETERSON MARIANO SALATA ROMÃO

**O Impacto da Ansiedade e Depressão na Qualidade de Vida de
mulheres com Dor Pélvica Crônica**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Biologia da Reprodução.

Área de concentração: Biologia da
Reprodução

Orientador: Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira

RIBEIRÃO PRETO

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de pesquisa, desde que citada à fonte.

Romão, Adriana Peterson Mariano Salata

Avaliação da prevalência de Ansiedade e Depressão e o Impacto na Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica. Ribeirão Preto, 2008. 89 p.: Il.; 30 com

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Biologia da Reprodução

Orientador: Nogueira, Antonio Alberto

1. Dor Pélvica Crônica. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Qualidade de vida.

“Ser homem é precisamente ser responsável.

E sentir vergonha diante da miséria,

Mesmo quanto ela não, parece ter qualquer relação com você.

É ter orgulho de uma vitória dos companheiros.

É sentir, ao colocar a sua pedra, que você está contribuindo para
construir o mundo”

(Antonie de Saint – Exupéry)

Dedico este trabalho...

...**A Deus**, por estar comigo durante todo o processo deste trabalho.

...**Ao Gustavo**, meu esposo, grande companheiro e incessante incentivador na busca de meus ideais. Obrigada pelo amor, dedicação, amizade e parceria. Obrigada por estar comigo “para o que der e vier”. Com amor...

...**A minha linda filha Luísa**, obrigada por iluminar nossas vidas, fruto de um lindo amor e um sonho realizado.

... Aos meus pais, **João e Nilcéa**, minha gratidão e orgulho, que apesar de não obterem mais que a formação primária, souberam transmitir a importância da formação acadêmica, pessoal e profissional e que apesar da distância que nos separa significam muito para mim.

...Aos meus **queridos irmãos**: Anderson, Alex, Alysson, Aliane, Arley, Aline e Alan.

Cunhados: Ivone Luiz Carlos e Sandra. **Sobrinho**: Lucas.

Obrigada por vocês existirem na minha vida. Sinto muito a falta de vocês perto de mim.

...**Aos meus sogros Dayse e Erasmo**, pelo incentivo, atenção e apoio. Obrigada por fazer parte da minha vida. Agradeço também pelas muitas vezes que estiveram com a Luísa para que eu pudesse finalizar este trabalho. Difíceis foram os momentos que precisei trocá-la pelo computador, mas sei que esse esforço valerá à pena.

...Ao meu orientador, **Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira**, pela
confiança e paciência ao longo deste trabalho. Agradeço pela
compreensão em momentos difíceis e o respeito pelos meus
ideais. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados, por sua
orientação dedicada e pelo apoio durante toda a elaboração deste
trabalho.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem
momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e
pessoas incomparáveis."

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

...Aos meus cunhados **Alexandre e a Fabiana**, pela atenção a mim dada.

...A **Neuza Salata Brandão** por toda a ajuda e pela revisão ortográfica.

...Ao **Wagner (Bali)** pela ajuda com a Luísa.

...A **toda minha família** de Belo Horizonte e de “Ribeirão” pela torcida, ajuda e por todos os momentos que passamos juntos, em especial à minha **tia Fátima** (*in memoriam*), pois mesmo não estando aqui conosco, participou do meu desenvolvimento tanto como pessoa como profissional e que com certeza estaria muito feliz com este resultado.

...Ao **Centro de Convivência Infantil**, por cuidar tão bem da minha filha, me deixando tranqüila na execução deste trabalho.

...A grande mestre e amiga, **Lúcia Alves da Silva Lara**. Obrigada pelo incentivo incondicional no meu aprendizado em relação à sexualidade humana e por trabalharmos juntas no Ambulatório de Sexualidade Humana. Obrigada por sonharmos juntas por este ideal.

...À **Flávia Raquel Rosa Junqueira e Alessandra Ricci Dias Manganaro**, pela amizade e parceria profissional, que germinou e cresceu durante nossas viagens a São Paulo, para o curso de especialização em Terapia Sexual.

... Aos meus amigos, aqui de Ribeirão, por todo o aprendizado que vocês me proporcionaram e por tornarem a nossa vida sempre melhor. Em especial: Dagmar, Celinha, Marcinha, Sabrina, Simone, Aline, Lulu, Aline Tamara, Andréa, Márcia, Liliane, Maíra, Ivy.

...A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres com do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do HCFMRP-USP e do Ambulatório de Ginecologia do CSE, que, através de seu sofrimento físico e emocional tornaram possível a idealização e realização deste trabalho. Obrigada pelo conhecimento adquirido e colaboração neste estudo.

Ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, pela oportunidade me dada na realização de um sonho deste os tempos de estagiária.

Ao Prof. Dr. Francisco José Candido dos Reis, pelas sugestões na elaboração da versão final desta dissertação e por participar da apreciação deste trabalho.

A Profa Dra Valéria Barbieri, pelas correções e sugestões dadas na finalização deste trabalho tendo como resultados grandes contribuições.

Ao Prof. Dr. Omero Benedicto Poli Neto pela participação em minha banca de qualificação e por todo o apoio e incentivo na execução deste trabalho.

A Profa Dra Maria Helena Sarti pela participação em minha banca de qualificação e pelas sugestões colocadas.

A todos profissionais do Ambulatório de Dor Pélvica Crônica pela cooperação e pelo incentivo. Agradecimento especial ao Júlio César Rosa e Silva pelas várias dicas e sugestões dadas.

A todos os funcionários e amigos do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP que participaram direta ou indiretamente deste trabalho.

Aos companheiros de pós-graduação pela experiência vivenciada durante este percurso.

À Taísa, Rosane, Reinaldo e Ricardo, pela colaboração durante a pós-graduação.

A todos os funcionários, docentes e médicos assistentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Agradecimento especial a Ilza, pela competência, disponibilidade e colaboração durante a pós-graduação.

A Sra. Elletra Greene, pela disposição e colaboração.

Ao CNPQ pelo apoio financeiro deste trabalho.

RESUMO

RESUMO

ROMÃO, AP.M.S. **O Impacto da Ansiedade e Depressão na qualidade vida de mulheres com Dor Pélvica Crônica**. 2008. 89p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introdução: A Dor Pélvica Crônica (DPC) tem sido definida como dor pélvica não exclusivamente menstrual, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa que pode interferir em atividades habituais, necessitando de tratamento clínico e/ou cirúrgico. Pacientes portadoras de DPC tem apresentado altos níveis de ansiedade e depressão desta forma tem havido um comprometimento na sua qualidade de vida. **Objetivos:** verificar o impacto da ansiedade e depressão na qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica.

Casísticas e Métodos: foi realizado um estudo do tipo transversal, no qual foram incluídas 52 pacientes com dor e 54 sem dor. A depressão e a ansiedade foram avaliadas pela escala *Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD* e a qualidade de vida foi avaliada pelo *World Health Organization Quality of life – Whoqol-bref*. Para análise estatística foram utilizados os testes U de Mann-Whitney, Exato de Fisher, X^2 e o teste de Spearman. **Resultados:** A frequência de ansiedade nos grupos com dor e controle foram respectivamente 73% e 37% ($p=0,0001$) e de depressão foram respectivamente 40% e 30% ($p=0,0269$). Houve correlação significativa entre os escores de ansiedade e depressão ($p<0,0001$; $r=0,6418$). Quanto aos escores de qualidade de vida observaram-se diferenças significativas entre os domínios físico ($p<0,0001$), psicológico ($p<0,003$) e social ($p<0,005$), não havendo diferenças significativas no domínio ambiental ($p=0,610$) entre os grupos. Foram comparadas no grupo com dor, pacientes com e sem ansiedade quanto aos escores de qualidade de vida, observando-se níveis significativamente mais elevados nos domínios físico ($p=0,0011$), psicológico ($p<0,0001$),

social ($p=0,0186$) e ambiental ($p=0,0187$) nas pacientes sem ansiedade. Neste mesmo grupo, foram comparadas as pacientes com e sem depressão quanto aos escores de qualidade de vida, observando-se níveis significativamente mais elevados para os domínios físico ($p=0,003$), psicológico ($p<0,0001$), social ($p=0,0015$) e ambiental ($p=0,0048$). **Conclusões:** As pacientes com DPC apresentam índices de ansiedade e depressão maiores que o grupo controle e a sua qualidade de vida está diminuída. Quanto maiores os escores de ansiedade e depressão, menores os escores de qualidade de vida. Mais estudos são necessários para comprovar efetivamente estas associações. No entanto, uma avaliação bem realizada e o acompanhamento psicológico podem auxiliar no tratamento da dor pélvica crônica, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pacientes.

Palavras-chave: Dor Pélvica Crônica, Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida.

ABSTRACT

ABSTRACT

ROMÃO, AP.M.S. **Evaluation of the Prevalence of Anxiety and its Impact on the Quality of Life of Women with Chronic Pelvic Pain.** 2008. 89p. Master's thesis – Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introduction: chronic pelvic pain (CPP) has been defined as pain pelvic not exclusively menstrual, with duration of at least six months, enough intense that can intervene with activities, needing clinical and/or surgical treatment. Patients with CPP have high levels of anxiety and depression, with a consequent impairment of their quality of life. **Objectives:** to verify the impact of the anxiety and depression in the quality of life of women with chronic pelvic pain. **Patients and Methods:** 52 patients with pain and 54 without pain were included in a cross-sectional controlled study. Depression and anxiety were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and quality of life was assessed using the World Health Organization Quality of life – WHOQOL-bref questionnaire. Data were analyzed statistically by the Mann-Whitney U test, the Fisher exact test, the X^2 test, and the Spearman correlation test. **Results:** The frequency of anxiety was 73% in the study group and 37% in the control group ($p=0.0001$) and the frequency of depression was 40% and 30%, respectively ($p=0.0269$). There was a significant correlation between anxiety and depression scores ($p<0,0001$; $r= 0.6418$). Regarding the quality of life scores, significant differences were observed between groups for the physical ($p<0.0001$), psychological ($p<0.003$) and social ($p<0.005$) domains, with no difference for the environmental domain ($p=0.610$). When patients with and without anxiety in the study group were compared in terms of quality of life scores, significantly higher levels were detected in the patients without anxiety regarding the physical ($p=0.0011$), psychological ($p<0.0001$), social ($p=0.0186$) and environmental ($p=0.0187$) domains. When patients with and without depression were compared in this same group

regarding quality of life scores, significantly higher levels were observed for the physical ($p=0.003$), psychological ($p<0.0001$), social ($p=0.0015$) and environmental ($p=0.0048$) domains. There was a significant correlation between anxiety and depression scores ($p<0.0001$; $r= 0.6418$). **Conclusions:** patients with CPP present higher anxiety and depression indices than control women and their quality of life is reduced. The higher the anxiety and depression scores, the lower the quality of life scores. More studies are necessary to prove these associations effectively. Thus, evaluation and psychological monitoring can be of help for the treatment of CPP in order to improve the quality of life of affected patients.

Key-words: Chronic Pelvic Pain, Anxiety, Depression, Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação entre as medianas dos escores de ansiedade e depressão para os grupos com DPC e controle	50
Gráfico 2 - Comparação entre as medianas dos escores de qualidade de vida entre os grupos com DPC e controle	51
Gráfico 3 - Correlação entre os escores de ansiedade e tempo do grupo de DPC.....	54
Gráfico 4 – Correlação entre os escores de depressão e tempo do grupo de DPC.....	54
Gráfico 5 – Correlação entre os escores de ansiedade e os escores de depressão do grupo de DPC	54

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos grupos com DPC e controle quanto às características sócio-demográficas.....	45
Tabela 2- Comparação entre os escores de qualidade de vida (medianas) entre as pacientes com e sem ansiedade e depressão do grupo com DPC	52
Tabela 3- Comparação entre os escores de qualidade de vida (medianas) entre as pacientes com e sem ansiedade e depressão do grupo com controle.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

DPC: Dor Pélvica Crônica

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado

FCM: Faculdade de Ciências Médicas

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	26
1.1. Dor Pélvica Crônica	26
1.2. Fatores Psicológicos	30
2. OBJETIVOS	41
2.1. Objetivo geral.....	41
2.2. Objetivos Específicos.....	41
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	43
3.1. Casuística	43
3.2. Métodos.....	44
3.3. Análise dos Dados.....	47
3.4. Aspectos Éticos	48
4. RESULTADOS	50
5. DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÕES.....	63
7. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	65
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
9. ANEXOS	80

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Dor Pélvica Crônica

A doutrina dos cinco sentidos atribuída a Aristóteles não fazia menção à dor, da mesma forma que seu antecessor Platão. Ambos colocaram a dor lado a lado ao prazer com paixões da alma. No antigo testamento, a dor foi considerada como uma forma de castigar os pecadores e uma maneira de provação para os justos. Com o advento do Cristianismo, a dor foi vista de maneira definida como forma de iluminação ou de obtenção de graças e até como sacramento (Bonica JJ, 1953).

A palavra latina “poena” e a grega “poiné”, ambas significando castigo, punição, deram origem ao termo inglês “pain”, mostrando a conotação entre castigo e dor (Bond MR, 1984). Desta forma, a dor foi sacralizada e considerada como “boa para a alma”. A partir desta época, todas as pesquisas ligadas a erradicação da dor foram desencorajadas, atrasando assim, pesquisas relativas ao fenômeno doloroso.

No século XIX, a dor começou a ser estudada por fisiologistas e discutida por psicólogos e filósofos, tendo como objetivo dar opiniões de acordo com seus interesses (Iannetta O, 2000). A massa dos trabalhos de pesquisa favoreceu os fisiologistas, e a teoria da dor como sensação foi aceita de maneira geral, inclusive pelos psicólogos, no começo do nosso século e, desta forma, a opinião tradicional defendida pelos filósofos foi posta de lado (Bonica JJ, 1953).

Mas o pêndulo tinha ido muito longe, levando vários estudiosos do século XX a considerarem o componente psicológico ou reativo da sensação dolorosa, reconhecendo a emoção como um fator importante na dor, mantendo, entretanto, a dualidade entre sensação e reação emocional (Lobato O, 1992). Merskey e Spear (1967) analisaram esta dicotomia que

representava a dualidade cartesiana – alma/corpo, propondo então, uma definição para a dor que abrange os dois aspectos e que serviu como base para o conceito estabelecido em 1979, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).

Em termos gerais, a dor é uma manifestação subjetiva, tratando-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, variando sua apreciação de pessoa para pessoa, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (IASP, 1979). Em casos em que ocorre agressão do tecido, há um comprometimento patológico que muitas vezes promove o sintoma doloroso, isto é, trata-se da dor “orgânica” que, embora tenha um substrato físico definido, está associada aos fatores emocionais, principalmente em pessoas com distúrbios do humor e da personalidade (Vilela Filho, 1999). É interessante deixar claro que o paciente com ausência de lesão tecidual, interpreta seu sofrimento como se houvesse a lesão, como se algo estivesse alterando seu organismo, este fato explica porque as chamadas dores psicogênicas freqüentemente são descritas com palavras semelhantes às utilizadas nas dores de origem somática (Lobato O, 1992).

A dor é considerada um dos sintomas de mais difícil tratamento, devido às diferentes etiologias e às respostas individuais que desencadeia. Sendo afetados pelos estados subjetivos que, dificilmente são medidos, envolvendo mecanismos pessoais como nível de atenção, estado emocional, personalidade e experiências passadas, servindo como sintoma e defesa contra o estresse psicológico. Ganhos secundários, sociais e financeiros podem exacerbar o comportamento de dor, modificando as percepções e sensações dolorosas. Dessa forma, não se trata apenas de uma condição estímulo-resposta, pois a reação à dor é multifatorial, em que variáveis biopsicossociais estão presentes (Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, 1997).

Em 1883, Lawson Tait, famoso ginecologista da época vitoriana, já havia observado quadros de dor pélvica em mulheres que aprendiam piano e permaneciam várias horas

sentadas, segundo este pesquisador a posição afetava o retorno sanguíneo ovariano causando as dores, os médicos franceses atribuíram este tipo de dor às práticas contraceptivas e os alemães incluíram como fator da dor pélvica, as cervicites crônicas (Iannetta, 2000).

Atualmente, a Dor Pélvica Crônica (DPC) tem sido definida como dor pélvica não exclusivamente menstrual, com duração de pelo menos seis meses, suficientemente intensa que pode interferir em atividades habituais, necessitando de tratamento clínico e/ou cirúrgico (Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT, 1993). A etiologia não é clara e, usualmente, resultante de uma complexa interação entre os sistemas gastrointestinais, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico, psicológico e endocrinológico, influenciado ainda por fatores socioculturais (Howard FM, 1996). A DPC é um diagnóstico sindrômico comum e complexo, muitas vezes de causa não identificada, tornando o diagnóstico e tratamento mais difíceis. A importância deste tema se reflete no impacto que provoca sobre o bem estar das pacientes acometidas, afetando sua vida conjugal, social, profissional e sexual.

Ao contrário da aguda, a dor crônica não consiste em um alerta a uma agressão, pois corresponde à própria doença e pode estar associada a processos psicopatológicos como depressão, hipocondria, somatização, ansiedade e fatores ambientais como o abuso físico e sexual, além de ambientes estressantes. A resposta a estes estímulos aversivos se dá por meio de estresse emocional, que corrobora na manutenção do quadro algico. Sabe-se pouco a respeito da patogênese, e o tratamento nem sempre é simples ou satisfatório (Almeida ECS, Nogueira AA, Reis FJC, 2002).

Sua prevalência é de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (superior à enxaqueca, asma e dor nas costas) e varia de 14 a 24% em mulheres na idade reprodutiva, com impacto direto na sua vida conjugal, social e profissional (Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT, 1993; Howard FM, 1996; Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF et al, 1996; Reinter RC, Gambone JC, 1990; Moore J, Kennedy S, 2000; Howard FM, 2003; Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OB,

2006), o que transforma a dor crônica em um sério problema de saúde pública (Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OB, 2006). Cerca de 60% das mulheres com a doença nunca receberam o diagnóstico específico e 20% nunca realizaram qualquer investigação para elucidar a causa da dor (Cheong Y, William Stones R, 2006).

Em unidades de cuidados primários 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica. É responsável por 10% das visitas ao ginecologista, por 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas e 12% das histerectomias (Howard FM, 1993, Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS et al, 2000), e um custo direto e indireto superior a dois bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (Mathias SD, Kuppermann M, Libermann RF et al, 1996). Segundo o Ministério da Saúde, em 1997 houve 1,8 milhões de consultas ginecológicas e aproximadamente 300 mil internações hospitalares de mulheres entre 15 e 69 anos, com queixas compatíveis com a dor pélvica crônica (Ravsky A, 2001). Gomes KRO Tanaka AC (2003), ao pesquisarem doenças e/ou problemas de saúde em mulheres trabalhadoras em São Paulo, dentre as queixas principais, 13% referiam-se à dor abdominal e pélvica. Não se conhece ao certo qual é a real prevalência da dor pélvica crônica no Brasil, o que não impede que essa condição seja considerada um sério problema de saúde pública (Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OP, 2006)

Sua etiologia nem sempre é clara e nem sempre se obtém a cura ou melhora significativa do sintoma, com os tratamentos empregados (Gelbaya TA, El-Halwagy EH, 2001). Muitos estudos tentam explicar os fatores de risco para a doença, no entanto os resultados são conflitantes, o que é, em parte, explicado pela particularidade dos dados epidemiológicos de cada localidade e pela falta de qualidade de acesso às informações dos estudos (Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OP, 2006). Uma revisão sistemática atual, concluem que abuso de drogas ou álcool, abortos, fluxo menstrual aumentado, doença inflamatória pélvica, cesáreas e comorbidades psicológicas estão associados à doença (Latthe P, Mignini L, Gray R et al, 2006).

A predominância de dor pélvica crônica em mulheres no menacme não pode ser inteiramente explicada por este tipo de hiperalgesia desencadeada por alterações cíclicas no aparelho reprodutor. Outros mecanismos potenciais incluem efeitos hormonais no sistema nervoso central e periférico (Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OP, 2006). De fato, a influência hormonal tem sido apontada como causa das diferentes respostas nociceptivas entre machos e fêmeas (Wiesenfeld-Hallin Z, 2005). Adicionalmente, influências psicossociais e culturais podem contribuir para a hiperalgesia (Leo RJ, 2005; McGrath PA, 1994).

Tentando explicar o mecanismo da dor, Fordyce WE (1990), relata que uma resposta dolorosa crônica poderia ser associada e aprendida quando há um “ganho”, obtenção de atenção ou afastamento das atividades indesejáveis. Embora vários modelos históricos tenham explicado o mecanismo da dor, atualmente o modelo mais aceito é o bio-psico-social, que corresponde à base para o atendimento multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da DPC. Este modelo postula que os estímulos dolorosos são universais e que condições psico-sociais específicas contribuiriam para o desenvolvimento e manutenção da dor crônica.

A DPC pode ser um grande problema em termos de níveis de sofrimento e estresse para a pessoa acometida, tendo-se em vista o grande número de pessoas acometidas por esta queixa nos serviços de saúde e as dificuldades vivenciadas para o diagnóstico e tratamento efetivo.

1.2. Fatores Psicológicos

Existe uma forte associação entre ansiedade e depressão com dor pélvica crônica (Huskinson EC, 1974; Waller KG, Shaw RW, 1995; Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB et al, 2002; Kurita GP, Pimenta CAM, 2003; Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ et al, 2006).

A depressão foi descrita e definida pela *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR, 2002) como transtorno do humor que envolve um grupo heterogêneo de sintomas: humor

deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar e pensamentos de morte recorrentes. Dependendo da frequência e intensidade desses sintomas, a depressão é classificada em leve, moderada ou grave, sendo que para o diagnóstico efetivo é necessário um período mínimo de duas semanas, nas quais predomina o humor deprimido ou a perda de interesse por quase todas as atividades. Devido a estes, observa-se comprometimento no funcionamento social, profissional e afetivo, que se agrava de acordo com a intensidade dos sintomas (DSM-IV-TR, 2002).

Atualmente a depressão é considerada como um dos transtornos mentais mais comuns, tratando-se de uma doença crônica, recorrente e limitante. A prevalência é bastante discutida entre diversos autores, variando entre 4% a 15% na população geral (Hetem LAB, 1994; Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, 1997; Assunção SSM, Guimarães DBS, Schivoletto S, 1998; Bernik MA, Vieira Filho AHG, 1998; Cordas TA, Sassi Júnior E, 1998; Bernik V, 1999; Takei EH, Schivoletto S, 1999). De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a prevalência do transtorno depressivo é estimada entre 5% a 9% para mulheres e entre 2% a 3% para homens adultos, não apresentando relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (DSM-IV-TR, 2002). Os principais fatores de risco para depressão é idade entre 25 a 45 anos, e sexo feminino. A prevalência ligada ao sexo feminino pode estar associada aos aspectos biopsicossociais, como oscilações hormonais, o estresse diário e a sobrecarga de tarefas profissionais e familiares que muitas vezes comprometem a qualidade de vida dessas mulheres, propiciando ou desencadeando um episódio depressivo (Bernik MA, Vieira Filho O, 1998; Bernik V, 1999; DSM-IV-TR, 2002).

Apesar dos conhecimentos relacionados à depressão, é ainda uma doença pouco reconhecida, mal diagnosticada e mal tratada. Devido à diversidade de sintomas vivenciados é

comum que pacientes deprimidos procurem especialistas de áreas diferentes apresentando queixas somáticas relacionadas ao estado afetivo comprometidas, sendo estimado que as queixas dolorosas ocorram em 30% a 100% deles (Hetem LAB, 1994; Figueiró JAB, 1999; Pimenta CAM, 1999). Portadores de doenças crônicas são os que mais apresentam sintomatologia depressiva no contexto médico. As características das doenças de base, sua intensidade e grau de limitação, somados à história de vida do paciente, seu funcionamento psíquico anterior e a rede de apoio sócio-familiar que dispõe, são importantes para determinar quais implicações sociais, emocionais e cognitivas terá a doença na vida da pessoa (Coelho MO, 2001).

A perda do corpo saudável e ativo pode significar, para muitas pessoas com doenças crônicas, a perda da autonomia e da independência. É comum que apresentem também perdas do círculo social em decorrência das limitações impostas pela doença e sintomas, alterando a dinâmica social e principalmente afetiva. Perdas de emprego e da estabilidade econômica propiciam sentimentos de inutilidade geradores de estados ansiosos ou depressivos. As percepções cognitivas vão sendo gradativamente alteradas, pois a doença ocupa um lugar central na vida dessas pessoas (Santos CT, Sebastiani RW, 1996).

Da mesma forma que as doenças, sintomas crônicos como a dor podem apresentar uma relação significativa com o quadro depressivo. A depressão é considerada um dos fatores psicológicos mais pesquisados em pessoas com dor crônica, independente da doença associada a este sintoma. A prevalência é estimada em até 78%, sendo que evidências indicam a depressão como uma consequência da dor crônica, mas ainda não existe um consenso ao afirmar qual condição precede a outra. Alguns autores referem ainda que a intensidade da depressão corresponda à intensidade da dor relatada pelos pacientes (Ford CV, 1986; Barbosa CP, Moreira HNC, Kuke R et al, 1989; Doan BD, Wadden NP, 1989; Wade

JB, Dougherty LM, Hart RP et al, 1992; Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL et al, 1997, Figueiró JAB, 1999; Angelotti G, 2001).

Quanto à associação entre DPC e depressão observa-se mútua interação. Dentre os pacientes deprimidos há freqüentes relatos de dor, de diferentes tipos, incluindo DPC nas mulheres, sendo que a dor pode resultar em depressão. Uma recente revisão da literatura sobre a associação de dor e depressão menciona prevalência de depressão de 12 a 17,2%, em pacientes submetidas à laparoscopia ginecológica, por decorrência da necessidade diagnóstica relativa à DPC (Bair MJ, Rebecca R, Katon W et al, 2003). A associação dor-depressão pode agravar o sofrimento, comprometer a adesão ao tratamento e a resposta aos analgésicos, acarretar isolamento social, desesperança e privação de cuidados. A progressão da doença e os desapontamentos com os resultados das muitas terapias aplicadas são causas de hostilidade contra as pessoas e os profissionais envolvidos na assistência (Almeida ECS, Nogueira AA, Reis FJC, 2002)

Outro transtorno psiquiátrico associado a pacientes com dor crônica é o da ansiedade. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (Andrade LHSG, Gorenstein C, 1998).

A ansiedade, de acordo com Takei EH, Schivoletto S (2000), “é um estado caracterizado por sintomas e sinais inespecíficos, que juntos trazem uma sensação desagradável de apreensão, expectativa e medo quanto ao futuro. Caracteriza-se por sintomas somáticos e psíquicos que se manifestam de forma básica ou tônica”. Os sintomas somáticos podem ser respiratórios (sensação de afogamento, falta de ar, respiração curta...), cinestésicos (ondas de calor, calafrios...), musculares (dores, tremores...) e autonômicos (palpitação, frio nas extremidades...). Os sintomas psíquicos são de medo, apreensão, mal-estar, desconforto,

insegurança, estranheza do ambiente ou de si mesmo, sensação de que algo ruim pode acontecer. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida, 7,6% no ano e 6% no mês anterior à entrevista (Andrade LHSG, Gorenstein C, 1998).

A ansiedade pode ser situacional (quando está associada a determinadas circunstâncias), ou ser constante na vida do indivíduo. Assim, é necessário levar em conta o contexto pelo qual a emoção ocorreu, além das suas características individuais para determinar se as manifestações clínicas são desproporcionais à intensidade e a duração de fatores desencadeantes (Castro MMC, Quarantini L, Neves-Batista et al, 2006). Alguns autores demonstraram que pacientes com dor crônica apresentaram muita preocupação, tensão, nervosismo e apreensão frente à sua doença, que proporcionaram níveis de ansiedade mais elevados do que a população geral (Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA et al, 2004).

Com o objetivo de verificar níveis de ansiedade em pacientes com endometriose e DPC, foi realizada uma avaliação com 47 mulheres com diagnóstico de endometriose e DPC, atendidas no Setor de Endometriose do HCFMUSP, utilizando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os autores concluíram que houve uma ligeira elevação destes níveis quando comparados às escalas padrão, podendo sugerir a existência do componente ansiedade nessas pacientes (Abrão MS, Abrão CM, Reis RW et al, 2000).

Com finalidade de avaliar sintomas ansiosos e depressivos foi criada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HAD – (Zigmond AS, Snaith P, 1980). A versão em português foi validada utilizando-se de uma amostra de pacientes internados em uma enfermaria de clínica médica (Botega NJ, Bio MR, Zomiganani et al, 1995). Botega NJ, Ponde MP, Medeiros P et al (1998), utilizaram o HAD em pacientes ambulatoriais. A amostra foi composta por 56 pacientes atendidos e 56 acompanhantes de um ambulatório de epilepsia da FCM da UNICAMP. Os resultados

evidenciaram a capacidade da escala em revelar ao clínico, casos de transtorno de humor, demonstrando assim a sua adequação também para o contexto ambulatorial. Recentemente, esta escala foi validada em pacientes com dor crônica mostrando uma boa sensibilidade para avaliar sintomas de ansiedade e depressão (Castro MMC, Quarantini L, Neves-Batista et al, 2006). É formada de 14 questões do tipo múltipla escolha as quais são compostas por duas subescalas para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. As suas características principais, de acordo com Botega et al NJ, Bio MR, Zomignani A et al, 1995 são: foram evitados sintomas vegetativos que podem acontecer em doenças físicas; os conceitos de depressão e ansiedade são apresentados alternadamente, para não induzir a nenhuma resposta; o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia o qual se destina a detectar graus leves de transtornos afetivos em pacientes não psiquiátricos; trata-se de uma escala breve, podendo ser rapidamente aplicada; solicita-se ao paciente que procure responder as perguntas pensando em como se sentiu durante a última semana.

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 (Kurita GP, Pimenta CAM, 2003).

De acordo com a *Organização Mundial de Saúde* (WHO, 1995), qualidade de vida refere-se à percepção das pessoas de sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais elas vivem e em relação à suas metas, expectativas e padrões sociais. Esse conceito aborda amplas dimensões incluindo o bem estar físico, mental e social, mas principalmente sua relação estabelecida com o ambiente em que vive. Babotte E, Guillemin F, Chau N et al (2001), ainda definem qualidade de vida relacionada à saúde como

sendo a autopercepção da morbidade. Nas últimas décadas, em parte devido à queda da mortalidade e aumento da expectativa de vida, tem-se, que ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente pela cura ou óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam aumento da utilização dos serviços de saúde (Chaimowicz F, 1997)

Em se tratando de doenças crônicas, tem sido cada vez mais abordado o papel da assistência à saúde na melhora da qualidade de vida, tendo como meta o alívio da dor e do sofrimento. Ao contrário de décadas atrás, quando os esforços estavam direcionados no ganho da vida em anos vividos, recentemente muito tem se falado em melhora da qualidade de vida (Ferraz MB, 1999). Desta forma, tem se desenvolvido muitos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. A utilização de instrumentos ou questionários de avaliação de qualidade de vida tem sido reconhecida com importante área do conhecimento científico no campo da saúde. Na prática clínica, eles podem identificar as necessidades dos pacientes e avaliar a efetividade da intervenção. Em experimentos clínicos controlados, servem como instrumentos de medida dos resultados e como importante componente de análise custo-utilidade do tratamento (Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR, 1996). Estes instrumentos podem ser específicos ou genéricos. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar a forma particular, determinados aspectos da qualidade de vida, próprios de uma população com uma determinada doença. Já os instrumentos genéricos foram desenvolvidos objetivando avaliar a qualidade de vida do indivíduo com qualquer patologia ou mesmo de indivíduos saudáveis.

Considerando-se a importância crescente das dimensões envolvidas no conceito de bem estar e qualidade de vida, e diante da constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse tais conceitos dentro de uma pesquisa transcultural, a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), procurou desenvolver um amplo estudo, envolvendo 20 países, com o objetivo de criar um instrumento de medidas padronizadas para avaliar estas dimensões. O projeto

visou desenvolver instrumentos de medidas válidos e flexíveis para serem usados em diferentes contextos, com diferentes sistemas de saúde e com diferentes tipos de estruturas sócio-econômicas (Fleck MPA, Fachel O, Louzada S et al, 1999; Bandeira M, Pitta A, Mercier C, 1999). Depois da elaboração do instrumento em 1998, ele tem sido amplamente utilizado no contexto de saúde, em diferentes realidades sócio-culturais (The WHOQOL Group, 1994; Szabo S, Orley J, Saxena S, 1997, The WHOQOL Group, 1998; Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, 1999, Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al, 2000; Lima AFBS, 2001; Chisholm D, Amir M, Fleck MPA et al, 2001; Herrman H, Patrick D, Diehr P et al, 2002; Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S et al, 2002, Berlim MT, Fleck MPA, 2003, The WHOQOL HIV Group, 2003; Berlim MT, Fleck MPA, 2003; Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G et al, 2003, O'Connell K, Shevington S, Saxena S, 2003).

Dois desses estudos citados são referentes à aplicação da versão em português do instrumento da OMS. O primeiro (Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, 1999), objetivou testar o instrumento WHOQOL-100 em uma amostra de pacientes de Porto Alegre. Para a composição da amostra foram selecionados pacientes oriundos das diferentes especialidades atendidas no hospital bem como os diferentes regimes de atendimento (ambulatorial e internado). Os resultados mostraram um bom desempenho psicométrico apresentando características satisfatórias de consistência interna, validade discriminantes, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

O segundo estudo realizado pelos mesmos autores (Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al, 2000), teve como objetivo a apresentação do teste no campo brasileiro do WHOQOL-Bref. Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, nas duas últimas semanas. Foi utilizada uma amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre. Foram obtidas características psicométricas satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de

critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, o que de acordo com os autores coloca este instrumento como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõem a avaliar a qualidade de vida no Brasil.

O instrumento é composto por quatro domínios. O domínio físico se refere às condições orgânicas do paciente, ou seja, em que medida sente dores, precisa de medicamentos e tratamento médico para viver, se tem energia suficiente para o cotidiano, como está sua capacidade para trabalhar, como está o seu sono e quão bem é capaz de se locomover. O domínio psicológico refere-se às condições psíquicas do participante, avaliando o quão aproveita sua vida e acha que ela tem sentido, em que medida consegue se concentrar nas atividades, se é capaz de aceitar sua aparência física, o quão satisfeito está consigo mesmo e com que frequência tem sentimentos negativos como mau humor, depressão, ansiedade, desespero, etc. O domínio social diz respeito à satisfação com suas relações sociais, apoio de amigos, família, comunidade e sociedade como um todo e inclui também um item sobre satisfação com a vida sexual. O domínio ambiental está relacionado ao próprio ambiente em que está vivendo, ou seja, conforto, barulho, sujeira, poluição, segurança, disponibilidade de informações, meio de transporte, acesso aos serviços de informações, acesso aos serviços de saúde e dinheiro suficiente para suprir as necessidades básicas. Com esses quatro domínios o instrumento pretende avaliar aquilo que se convencionou chamar de qualidade de vida.

A doença crônica pode começar como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora seja passível de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma drástica alteração no estilo de vida das pessoas (Thompson JM, 1990). Desta forma, indivíduos acometidos de doença crônica passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações

sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer; ameaças à aparência individual, à vida e a preservação da esperança (Trentini M, Silva DG, Leimann AH, 1990).

A complexidade e a extensão da problemática inerente à vivência da cronicidade da doença têm levado muitos autores a desenvolverem estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a qualidade de vida das pessoas acometidas por doença crônica, sob diferentes aspectos (Santos PR, 2006; Camargos ACR, Copio FCQ, Sousa TRR et al, 2004; Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA et al, 2003) e em dor crônica (Silva LD, Pazos AL, 2005; Marques AP, 2004)

A DPC pode envolver múltiplos aspectos sejam fisiológicos, psíquicos e sociais, permanecendo como doença desafiadora. A avaliação completa exige pesquisa de causas físicas, das condições psicológicas e sociais. O objetivo de considerar o aspecto emocional no tratamento da DPC é de compreender a associação existente entre este fator, a doença e seus sintomas, a fim de se estabelecer um tratamento mais efetivo garantindo atenção para as queixas físicas e emocionais.

Diversos autores sugeriram que a DPC está diretamente relacionada com a depressão e ansiedade e que a qualidade de vida destas pacientes está alterada. No entanto, não foram encontrados estudos que avaliam a associação e o impacto da ansiedade e depressão na qualidade de vida destas pacientes. Desta forma o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de ansiedade e depressão e o seu impacto na qualidade de vida de mulheres atendidas no Ambulatório de Dor Pélvica do HCFMRP-USP.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Verificar o impacto da ansiedade e depressão na qualidade de vida de mulheres com DPC

2.2. Objetivos Específicos

- Comparar a frequência de ansiedade e depressão em mulheres com DPC e do grupo controle
- Comparar a frequência de qualidade de vida em mulheres com DPC e do grupo controle
- Verificar a associação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida entre os grupos estudados.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Casuística

Foi realizado um estudo do tipo transversal, no qual foram incluídas 106 pacientes, das quais 52 apresentavam diagnóstico de DPC em tratamento no Ambulatório de Dor Pélvica Crônica do HCFMRP-USP, com idade entre 18 e 45 anos e 54 mulheres, sem dor pélvica crônica da mesma faixa etária e com as mesmas condições sócio-demográficas, atendidas em consulta de rotina no Ambulatório de Ginecologia do Centro de Saúde - Escola, localizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, que apresentam outras ginecopatias. As variáveis de exclusão para os dois grupos foram as que se seguem: história de transtorno psiquiátrico (psicose) anterior à doença, presença de outras doenças crônicas como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, câncer, pacientes gestantes, pacientes não alfabetizadas ou que tinham alfabetização precária, ou seja, que não tinham condições de compreensão em relação às escalas utilizadas, pacientes deficientes e as que se recusaram a participar do estudo.

Todas as pacientes responderam os inventários sem ajuda do pesquisador. A escolha feita utilizando o HAD se deu pelo fato de ser uma escala curta e também ter como vantagem a ausência de sintomas comuns entre doenças clínicas e depressão, como fadiga, perda de apetite e alterações do sono. Este instrumento também pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos para a depressão, demonstrando no seu resultado final a necessidade ou não do uso de outros métodos diagnósticos adequados, na identificação e na condução do tratamento. Outro motivo da escolha deste instrumento é a familiaridade na aplicação e correção deste. Quanto ao WHOQOL-Bref, a escolha foi devida também a familiaridade da aplicação e por ser um instrumento que tem sido amplamente utilizado no contexto de saúde em diferentes realidades sócio-culturais.

3.2. Métodos

Todas as pacientes foram avaliadas pelo mesmo examinador, logo após o atendimento médico, através do protocolo de coleta de dados das pacientes (Anexo D) e foram aplicados os instrumentos de avaliação psicológica (Anexo E, F). Foram coletados e analisados comparativamente os dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, renda mensal, remuneração, paridade, religião e estado civil) de todas as pacientes incluídas no estudo, não havendo diferenças significativas em relação a estes parâmetros (Tabela 1). Para o grupo de pacientes com dor pélvica crônica foi avaliado o tempo de dor e a intensidade da dor (utilizando a escala visual analógica).

Os dados de caracterização dos grupos podem ser vistos nas tabelas que se seguem:

Tabela 1 - Caracterização dos grupos com DPC e controle quanto às características sócio-demográficas

<i>Casuística</i>		<i>Grupo com DPC</i>	<i>Grupo Controle</i>	<i>P</i>
Idade		31,70 ± 8,1	30,28 ± 6,2	0, 235
Nº Filhos		1,52 ± 1,19	1,56 ± 1,29	0, 263
Escolaridade	Básico	12	9	0, 548
	Fundamental	18	19	
	Médio	19	26	
	Superior	3	1	
Renda Familiar	Até 5 SM	43	45	0, 548
	6-10 SM	8	9	
	Acima de 10	1	0	
Ocupação	Remunerada	23	34	0, 114
	Não remunerada	29	20	
Religião	Católica	35	29	0, 395
	Evangélica	11	6	
	Outros	5	9	

Para avaliação dos escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) (Fleck MPA, Fachel O, Louzada S et al, 1999)(Anexo E).

Este instrumento mede a percepção do participante em quatro domínios. O domínio físico relaciona-se às condições orgânicas do paciente, ou seja, se apresenta dor e desconforto, se precisa de tratamento médico, se apresenta energia para realizar atividades cotidianas e como está o sono. O domínio psicológico está relacionado a condições psíquicas do paciente como sentimentos positivos, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O terceiro domínio envolve satisfação com as relações pessoais e inclui também um item sobre satisfação com sua vida sexual. O quarto domínio está ligado ao ambiente em que está vivendo, como segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

b) Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD) (Botega NJ, Bio MR, Zomignani A et al, 1995) (Anexo F)

Esta escala é formada de 14 itens divididos em duas subescalas, cada uma delas consta de sete itens bem definidos para cada transtorno de humor, sendo que sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada subescala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21. Tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi explicado as participantes a proposta de trabalho, as atividades a serem realizados, os objetivos, os responsáveis pela pesquisa, a participação como sendo voluntária, o sigilo, e o direito de desistir da pesquisa, a qualquer momento.

Para avaliar a intensidade da dor foi utilizada a escala visual analógica que é muito utilizada pelos profissionais da área da saúde para identificar a intensidade que o doente atribui à dor, ela não quantifica o sofrimento do indivíduo, mas avalia o quanto o doente sente-se capaz de falar do seu incômodo ou se acentua muito o seu desconforto. Não existe um instrumento padrão (único e invariável, tal como uma régua) que permita a um observador externo mensurar de forma objetiva essa experiência interna, complexa e genuinamente pessoal (Silva JA, 2006), no entanto, medir a dor é de extrema importância no ambiente clínico, já que contribui muito para propor e verificar a eficácia do tratamento. Considerar apenas a característica sensorial da dor, especialmente a sua intensidade, ignorando suas propriedades afetivas e emocionais é olhar para apenas parte do problema, e talvez, nem mesmo para a parte mais importante dele.

3.3. Análise dos Dados

Os dados foram armazenados em um banco de dados criado com auxílio do software Microsoft Excell 7.0. A análise estatística foi realizada utilizando-se os programas GraphPad Prism 4.0*. A análise dos instrumentos foi realizada segundo os critérios estabelecidos pelos autores nas versões em português (Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF, 1998); (Botega NJ, Bio MR, Zomignani A et al, 1998); (Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al, 2000). Para a análise comparativa dos escores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Para análise

comparativa das variáveis qualitativas foi utilizado o teste exato de Fisher ou teste X^2 entre grupos independentes. Para correlação entre as variáveis do estudo foi utilizado o teste de Spermán. Para todas as comparações foram consideradas significativas as diferenças para $p < 0,05$.

3.4. Aspectos Éticos

Anteriormente à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e pela comissão interna de pesquisa do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Domingos Machado (C.S.E) (Anexo A e B). Todas as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C). As pacientes que necessitaram de atendimento psicológico foram encaminhadas ao Serviço de Psicologia Médica do HCFMRP-USP.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

A média de tempo de dor relatado pelas mulheres do grupo com DPC era de $4,48 \pm 4,92$ anos. A prevalência de ansiedade nos grupos com DPC e controle foram respectivamente 73% e 37%, sendo esta diferença significativa ($p= 0,0001$). A prevalência de escores de depressão nos grupos com DPC e controle foram respectivamente 40% e 30%, sendo esta diferença significativa ($p= 0,0269$).

O gráfico a seguir mostra as diferenças entre as medianas dos dois grupos para ansiedade e depressão.

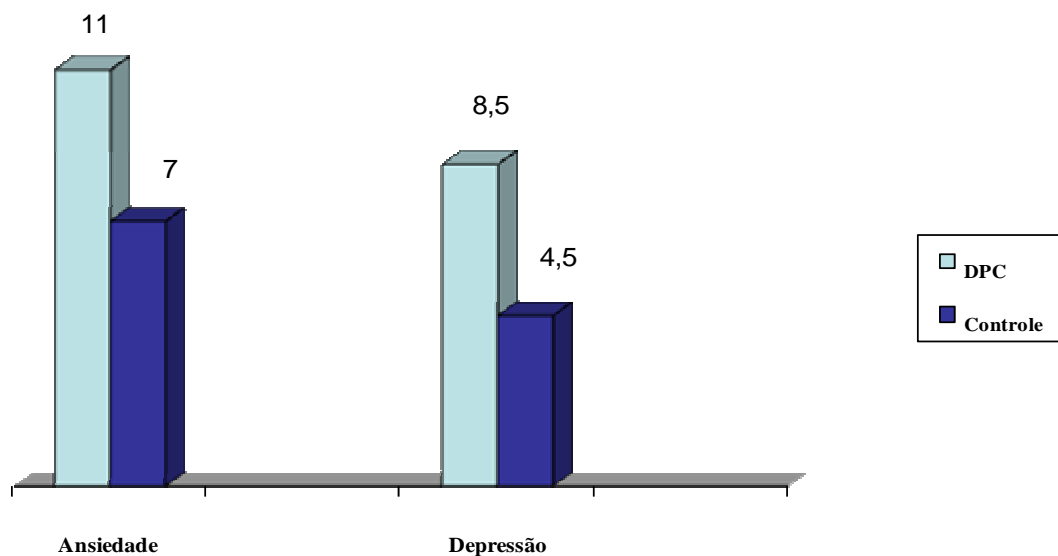


Gráfico 1 - Comparação entre ansiedade e depressão para os grupos com DPC (n=52) e controle (n=54)

Quanto aos escores de qualidade de vida observaram-se diferenças significativas entre os domínios físico ($p < 0,0001$), psicológico ($p < 0,003$) e social ($p < 0,005$), entre os grupos com DPC e controle, não havendo diferenças significativas do escores de qualidade de vida para o domínio ambiental ($p = 0,610$) entre os grupos supracitados.

O gráfico a seguir (2) mostra as diferenças entre as medianas dos dois grupos obtidos respectivamente para a Qualidade de Vida.

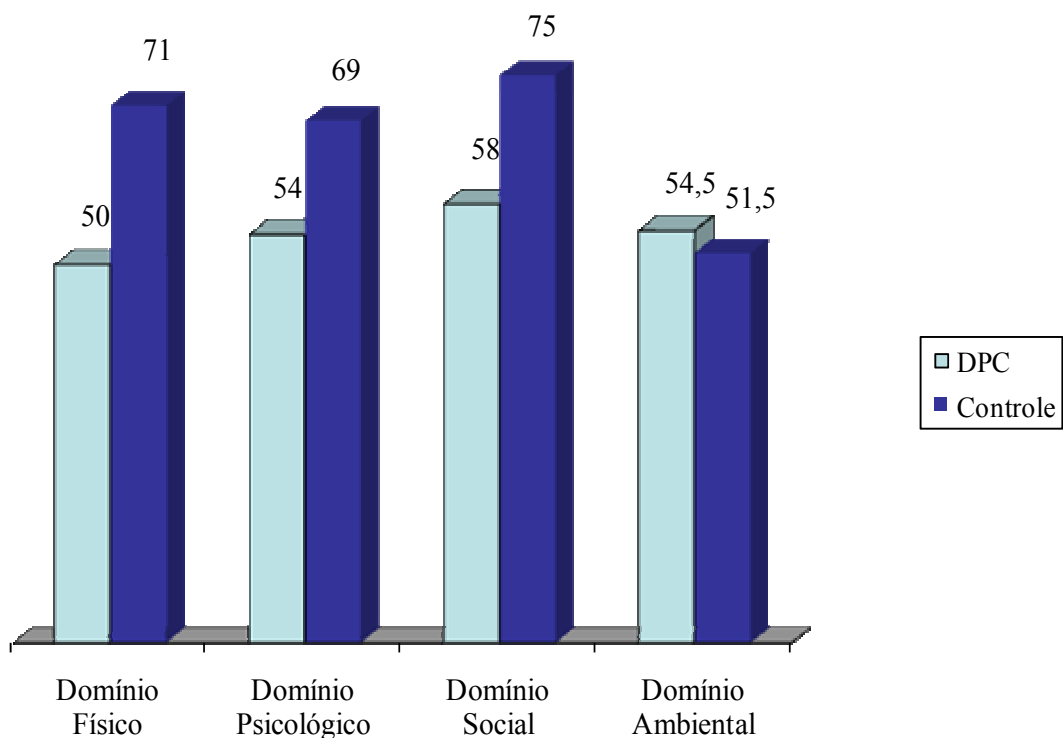


Gráfico 2 - Comparação entre as medianas de qualidade de vida entre os grupos de DPC (n=52) e grupo controle (n=54).

No grupo com DPC foram comparadas pacientes com e sem ansiedade quanto aos escores de qualidade de vida, observando-se níveis significativamente mais elevados para os domínios físico ($p = 0,0011$), psicológico ($p < 0,0001$), social ($p = 0,0186$) e ambiental ($p = 0,0187$) nas pacientes sem ansiedade. Neste mesmo grupo, foram comparadas as pacientes com e sem depressão quanto aos escores de qualidade de vida, observando-se níveis

significativamente mais elevados para os domínios físico ($p=0,003$), psicológico ($p<0,0001$), social ($p=0,0015$) e ambiental ($p=0,0048$) nas pacientes sem depressão.

Tabela 2 – Comparação entre os escores de qualidade de vida (medianas) entre as pacientes com e sem ansiedade e depressão no grupo com DPC.

	<i>Com ansiedade</i>	<i>Sem ansiedade</i>	<i>Com depressão</i>	<i>Sem depressão</i>
Domínio Físico	43	57	41	57
Domínio Psicológico	46	71	46	67
Domínio Social	50	67	50	67
Domínio Ambiental	47	62	47	60,50

No grupo controle foram comparadas pacientes com e sem ansiedade para os escores de qualidade de vida, observando-se níveis significativamente mais elevados somente para o domínio social ($p=0,0114$) nas pacientes sem ansiedade, não havendo diferenças significativas para os domínios físico ($p=0,1111$), psicológico ($p=0,0966$) e ambiental ($p=0,2464$).

Neste mesmo grupo foram comparadas pacientes com e sem depressão para os escores de qualidade de vida, observando-se níveis não significativos nos domínios físico ($p=0,0931$), psicológicos ($p=0,1062$), social ($p=0,4032$) e ambiental ($p=0,5028$) para as pacientes sem depressão.

Tabela 3 – Comparação entre os escores de qualidade de vida (medianas) entre as pacientes com e sem ansiedade e depressão no grupo controle.

	<i>Com ansiedade</i>	<i>Sem ansiedade</i>	<i>Com depressão</i>	<i>Sem depressão</i>
Domínio Físico	64	75	62	73
Domínio Psicológico	67	71	67	71
Domínio Social	58	75	67	75
Domínio Ambiental	47	53	47	53

Correlação entre tempo e intensidade da dor, ansiedade e depressão

Não houve correlação significativa do tempo (cronicidade) da dor, ansiedade ($p=0,5831$; $r = 0,07789$) e depressão ($p=0,5097$; $r = -0,09351$), não houve correlação significativa entre intensidade da dor, ansiedade ($p=0,3079$; $r = 0,02079$) e depressão ($p=0,02972$; $r = -0,2172$) e também não houve correlação significativa entre tempo e intensidade da dor ($p=0,2743$; $r = 0,02386$). Houve correlação significativa entre os escores de ansiedade e depressão ($p < 0,0001$; $r = 0,6418$).

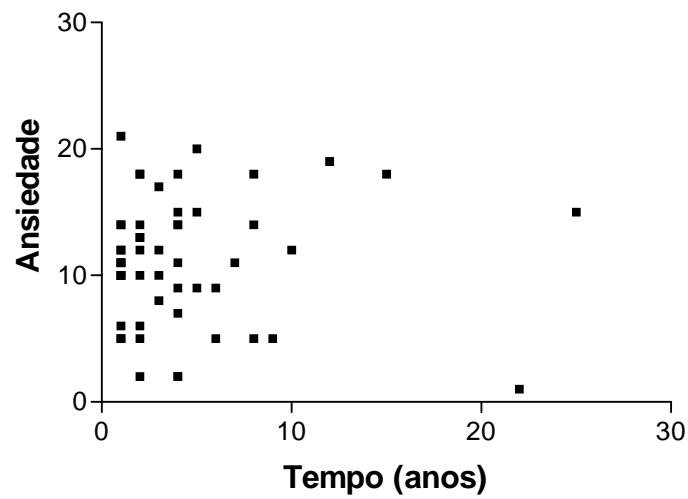


Gráfico 3 - Correlação entre os escores de ansiedade e tempo do grupo de DPC

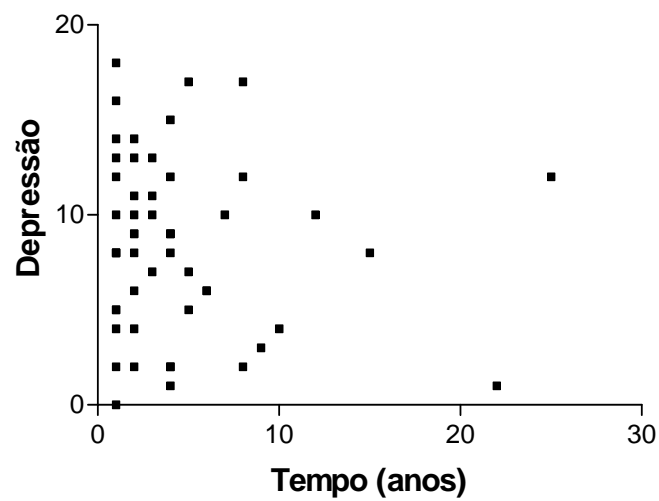


Gráfico 4 – Correlação entre os escores de depressão e tempo do grupo de DPC.

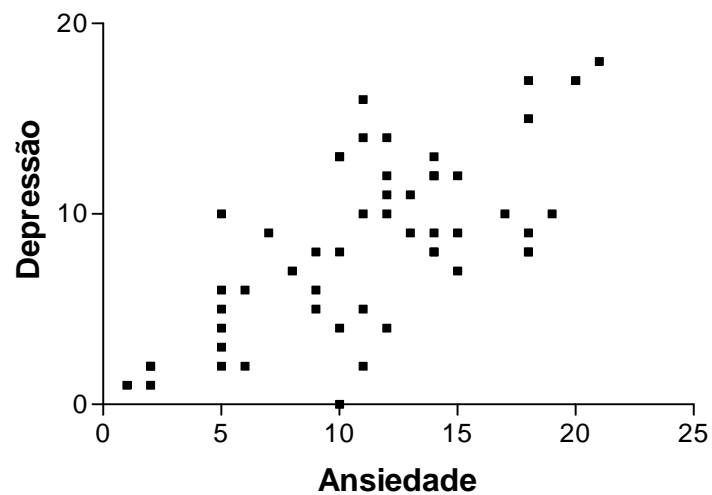


Gráfico 5 – Correlação entre os escores de ansiedade e os escores de depressão do grupo de DPC

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Embora não sejam considerados padrão-ouro para se estabelecer relações de causa e efeito, os estudos transversais são de grande importância para suscitar novas hipóteses a partir das associações encontradas. Não foram detectadas diferenças significativas quanto às variáveis casuísticas analisadas (idade, escolaridade, número de filhos, renda mensal, remuneração e estado civil) refletindo a homogeneidade entre os grupos, aumentando assim a confiabilidade dos dados.

A prevalência de ansiedade encontrada neste estudo foi de 73% nas mulheres com dor e 37% nas mulheres do grupo controle. Estudos mostram associação significativa entre dor crônica e ansiedade (Peveler R, Edwards J, Daddow J et al, 1995), no entanto poucos são os estudos que mostram esta associação em mulheres com dor pélvica crônica.

Já a prevalência de depressão foi de 40% do grupo com DPC e 30% do grupo controle ($p= 0, 0269$). Estudos anteriores demonstraram associação significativa entre dor pélvica crônica e depressão, independente da ginecopatia envolvida (Renaer RC, Vertommen H, Nijs P et al, 1979; Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M et al, 1993; Monga TN, Tan G, 1998; Tan G, Monga U, Thomby et al, 1998). A prevalência de depressão em pacientes com DPC oscila entre 38 e 87% (Bair MJ, Rebecca R, Katon W et al, 2003; Castro MMMC, Quarantini L, Neves-Batista et al, 2006) e entre 12 a 17,2% (DSM-IV-TR, 2002). Porém, apenas um estudo avaliou a depressão em pacientes com dor crônica utilizando o HAD, onde se encontrou proporções semelhantes de ansiedade e depressão às encontradas neste estudo: 67% apresentavam ansiedade e 46,2% apresentavam depressão (Fráguas Jr R, Figueiró JAB, 2000). Os resultados deste estudo foram compatíveis com outros trabalhos, mostrando que pacientes com DPC apresentam maiores escores de ansiedade e depressão quando comparadas às pacientes do grupo controle.

A depressão pode ocorrer em diversas situações, associada a uma doença ou não. Na população geral, a prevalência tem variado de 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para homens (DSM-IX, 2002). Já no contexto médico não psiquiátrico, a depressão é estimada em até 83%, dependendo da doença associada e metodologia empregada na avaliação (Fráguas Jr R, 2000). Por um lado acredita-se que a depressão pode ser secundária à condição médica, quando se identifica uma associação etiológica entre a fisiopatologia da doença e o quadro depressivo (Doan BD, Wadden NP, 1989). No entanto, alguns autores como Violon (1982) afirma que 56% de seus pacientes apresentaram uma causa somática como precipitante da dor e já estavam deprimidos antes do evento físico. Pilowsky (1987) encontrou depressão (discreta e grave) em 85% dos pacientes reumatológicos, mas uma boa parte dos enfermos atribuía seu estado a uma causa psicológica e não física. Apesar das controvérsias em relação à causalidade, de qualquer forma o impacto psicossocial que uma doença e seus sintomas podem trazer na vida de uma pessoa são suficientes para provocar uma sintomatologia depressiva (Botega NJ, Bio MR, Zomignani A et al, 1995). O presente estudo, por ser transversal, mostra apenas uma associação. Não é possível estabelecer, com os dados disponíveis, uma relação de causalidade, pois tanto a sintomatologia depressiva poderia ser responsável pela dor quanto o inverso.

Sugere-se que a dor também esteja associada à intensidade da depressão (Botega NJ, Bio MR, Zomignani A et al, 1995), porém este dado não foi encontrado neste estudo, talvez devido a limitações do tamanho amostral para realização das análises em subgrupos ou ao método utilizado para avaliar a intensidade da dor. Pelo fato da dor ter sido considerada uma experiência sensorial e emocional subjetiva e difícil de quantificar e qualificar, sua avaliação deve englobar a consideração de inúmeros domínios, incluindo o fisiológico, o sensorial, o afetivo, o cognitivo, o comportamental e o sócio-cultural.

A não correlação entre o tempo que o paciente cursa com dor e sua intensidade pode ser analisada a partir da compreensão clínica de que, à medida que o paciente persiste no quadro álgico, maiores poderiam ser os repertórios de comportamentos aprendidos por este para lidar com a condição dolorosa. Este fato poderia ser mais bem esclarecido, se pudessemos avaliar o nível e como estes pacientes enfrentam a doença, a fim de que pudessem dar suporte às queixas subjetivas inerentes ao processo doloroso, levando em conta que a dor é uma condição afetada pelos estados subjetivos, que dificilmente são medidos, que envolvem mecanismos pessoais como nível de atenção, estado emocional, personalidade e experiências passadas que pode servir como sintomas e defesa contra o estresse psicológico.

A HAD possui como grande vantagem ausência de sintomas confusos comuns entre doenças clínicas e depressão, como fadiga, perda do apetite e alterações de sono. Esse instrumento também pode avaliar sintomas subjetivos mais específicos para a depressão, demonstrando, no seu resultado final, a necessidade ou não do uso de outros métodos diagnósticos adequados, na identificação da patologia e na conduta do tratamento (Keogh E, MaCracken LM, Eccleston C, 2005). Neste trabalho, ao se comparar ansiedade com depressão pela HAD, evidenciou-se que os pacientes com depressão, estavam também com ansiedade. Isto mostra alta correlação entre os sintomas de ansiedade e de depressão em um mesmo paciente. Alguns autores sugeriram que a dor crônica está diretamente relacionada com a depressão, sendo ansiedade parte de uma reação de medo e de desconhecimento do diagnóstico (Averill PM, Novy DM, Nelson DV et al, 1996). Neste estudo, as pacientes foram avaliadas no primeiro dia de consulta, no dia do caso novo, possivelmente este fator pode ter influenciado nos índices de ansiedade, já que são comuns sentimentos de apreensão e expectativa quanto ao diagnóstico. A correlação entre ansiedade e depressão não está associada somente à DPC, já que existem outros estudos que citam tal associação em outras patologias (Appolinário JC et al, 2005; Marcolino JAM et al, 2007).

Em relação à qualidade de vida, observou-se que as pacientes do grupo com DPC apresentam escores inferiores nos domínios físico, psicológico e social, mostrando que a dor pode estar associada à piora da qualidade de vida ($p > 0,005$). O domínio físico está ligado às questões relacionadas à dor como impedimento, necessidade de tratamento médico, energia suficiente para o dia-a-dia, capacidade de locomoção, satisfação com o sono, capacidade de desempenhar funções na vida diária e capacidade para o trabalho. Percebe-se que os pacientes do grupo de dor apresentam piores condições físicas que os pacientes do grupo controle. Esta incapacidade pode estar relacionada às dificuldades conseqüentes do estado doloroso e também decorrida das questões emocionais, já que este grupo também apresenta níveis significativamente mais elevados de ansiedade e depressão.

O domínio psicológico refere-se às questões como: o quanto a paciente aproveita a vida, ao sentido da vida, a capacidade de concentração, a aceitação da aparência física, a satisfação consigo mesma e a frequência de sentimentos negativos. Estes resultados demonstraram que os pacientes com dor apresentaram maiores limitações ligados aos aspectos emocionais, dados estes que reforçam os resultados obtidos pelo HAD.

O domínio social corresponde às questões como: satisfação com relações pessoais, satisfação com a vida sexual e satisfação com o apoio dos amigos. O fato de a DPC ser um diagnóstico sindrômico complexo, muitos pacientes entram num ciclo crônico de buscas médicas para melhora da sintomatologia. A presença constante da dor pode ser responsável por alterações nas dinâmicas afetiva, familiar, social e sexual. No início a pessoa se depara com a perda de um corpo saudável e ativo, passando para um estado de dependência e limitações. São também comuns perdas referentes ao fator social e econômico devido às mudanças no desempenho físico. As relações afetivas também ficam prejudicadas devido às inúmeras queixas referidas pelo pacientes com dor crônica. Esta situação pode gerar sentimentos de hostilidade e agressividade contra o médico que não cura a doença, que por

vezes considera o enfermo como neurótico ou histérico ou que valoriza pouco suas queixas. Essa agressividade por acaba se voltando para contra o próprio paciente, já que este continua a precisar do clínico e de sua atenção, não podendo agredi-lo. Com o decorrer do tempo e com a persistência da dor, surgem preocupações constantes e crescentes com seu corpo e podendo levar a hipocondria (Lobato O, 2000).

Em relação satisfação com a vida sexual, não está claro o quanto a dor crônica prejudica o relacionamento sexual, ou se as queixas neste âmbito seriam atribuídas à depressão ou a fatores envolvidos na experiência da própria dor. Esta distinção é um ponto importante para desenvolver tratamentos eficazes para lidar com a dor crônica.

Já no domínio ambiental, não houve diferenças significativa entre os grupos, mostrando uma homogeneidade entre os grupos estudados. Este domínio está relacionado às condições ligadas à: segurança na vida diária, ambiente físico saudável, dinheiro suficiente para a satisfação das necessidades, disponibilidade de informações, oportunidades de lazer, condições do local onde mora, acesso aos serviços de saúde e satisfação com os meios de transportes. Não se sabe como estas condições eram antes da doença, pois, não foi este o objetivo do nosso estudo. O que se sabe é que as pacientes com DPC apresentam pior qualidade de vida quando comparadas ao grupo controle.

Quanto aos escores de ansiedade e qualidade de vida, observou-se que pacientes com escores mais elevados de ansiedade apresentavam escores mais baixos de qualidade de vida e os pacientes com escores menores de ansiedade apresentavam melhor a qualidade de vida. Quanto à associação entre depressão e qualidade de vida, observou-se que pacientes com escores mais elevados de depressão também apresentavam escores mais baixos de qualidade de vida e os pacientes com escores menores de depressão apresentavam melhor qualidade de vida. Esses resultados demonstram que possivelmente a depressão e a ansiedade podem estar relacionadas ao impacto negativo na qualidade de vida destas pacientes.

É importante ressaltar que o planejamento experimental do presente estudo é transversal, o que torna impossível afirmar de forma contundente que haja relação causal entre estas variáveis, o qual pode ser apenas sugerido. Não foram encontrados outros estudos que fizessem correlação entre o impacto da ansiedade e depressão na qualidade de vida de pacientes com DPC, desta forma, este estudo contribui para que pesquisas futuras esclareçam melhor esta associação.

Considerando que as pacientes com DPC apresentavam escores significativamente mais altos de ansiedade e depressão que o grupo controle e que possivelmente estes altos índices estejam relacionados ao impacto negativo na qualidade de vida destas pacientes com DPC, salienta-se a importância de uma abordagem específica no tratamento da depressão e ansiedade além do tratamento clínico, objetivando a melhora da qualidade de vida destas mulheres. Os achados demonstram a importância do atendimento interdisciplinar a estas mulheres com DPC, considerando suas manifestações físicas, sociais, emocionais, relacionais e sexuais. O acompanhamento emocional pode minimizar os impactos causados pela doença, auxiliando no enfrentamento dos sintomas. A avaliação e o acompanhamento psicológico podem ser considerados como um dos fatores importantes no manejo da DPC, objetivando melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- Pacientes com DPC apresentam escores de ansiedade e depressão mais elevados que os pacientes sem DPC.
- Pacientes com DPC apresentavam escores de qualidade de vida menores que as pacientes sem DPC.
- Pacientes com DPC com escores mais elevados de ansiedade e depressão apresentavam escores mais baixos de qualidade de vida e pacientes com escores mais altos de qualidade de vida apresentavam escores mais baixos de ansiedade e depressão.
- Pacientes com ansiedade também apresentavam depressão

7. PERSPECTIVAS FUTURAS

7. PERSPECTIVAS FUTURAS

A associação entre ansiedade, depressão e DPC foi encontrada neste trabalho. Em relação à vida sexual, não está claro o quanto a dor crônica prejudica o relacionamento sexual, ou se as queixas neste âmbito seriam atribuídas à depressão ou a fatores envolvidos na experiência da própria dor. Os estudos ainda são modestos e necessitam de maiores comprovações. No entanto, é necessário que se façam novas pesquisas que esclareçam estas relações mais efetivamente. A partir de mais pesquisas será possível conhecer melhor estas pacientes e quais são suas reais necessidades de acompanhamento psicológico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrão MS, Abrão CM, Reis RW et al. Ansiedade, estresse e endometriose. In: Abrão, MS Endometriose: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Revinter; 2000 a .p. 249-257.

Almeida ECS, Nogueira AA, Reis FJC. Aspectos Etiológicos da Dor Pélvica Crônica na Mulher. *Femina* 2002; 30(10): 699-703.

Andrade LHS, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin* 1998; 25 (6): 285-290.

Angelotti G. Dor Crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: Camon VAA (org). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira; 2001. p.113-29.

Appolinário JC, Fontenelle LF, Rodrigues ALC, Segenreich D, Fontes R. Symptoms of depression and anxiety among patients with subclinical chypothyroidism. *J Bras psiquiat* 2005; 54(2): 94-97.

Assunção SSM, Guimarães DBS, Schivoletto S. Depressão. *Rev Bras Med* 1998; 55:459-69.

Averill PM, Novy DM, Nelson DV et al. Correlates of depression in chronic pain patients: a comprehensive examination. *Pain* 1996; 65: 93-100.

Bandeira M, Pitta A, Mercier C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1999; 48(6):233-44.

Babotte E, Guillemin F, Chau N et al. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 1047-55.

Bair MJ, Rebecca R, Katon W et al. Depression and comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2432-40.

Barbosa CP, Moreira HNC, Kuke R et al. Algia Pélvica Crônica. *Femina* 1989; 17: 38-40.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):249-52.

Bernik MA, Vieira Filho AHG. Depressão na mulher. *Rev Bras Med* 1998; 55:771-80.

Bernik V. Depressão. *Rev Bras Med* 1999; 56: 347-64.

Bond MR. Pain. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1984.

Bonica JJ. The management of pain. Philadelphia: Lea & Febiger, 1953.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani A et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev. Saúde Pública 1995; 29: 355-63.

Botega NJ, Ponde MP, Medeiros P et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. J Bras. Psiq 1998; 47 (6):285-89.

Broder MS, Kavouse DE, Mitlman BS et al. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. Obstet Gynecol 2000; 195 (2):199-205.

Camargos ACR, Copio FCQ, Sousa TRR et al. O impacto da doença de parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. Rev Bras Fisioter 2004; 8 (3):267-272.

Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. Br J Rheumatol 1996; 36:275-81.

Castro MMC, Quarantini L, Neves-Batista et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. Ver Bras Anesthesiol 2006; 56(5): 470-77.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros as véspera do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31:184-200.

Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: actiology and therapy. Best Pract Clin Obstet Gynecol 2006; 20(5):695-711.

Chisholm D, Amir M, Fleck MPA et al. Longitudinal Investigation of Depression Outcomes (The LIDO Study) in primary care in six countries: comparative assessment of local health systems and resource utilization. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2001; 10 (2):59-71.

Coelho MO. A dor da perda da saúde. In: Camon VAA (org). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira; 2001. p. 69-92.

Cordás TA, Sassi Júnior E. Depressão. *Rev Bras Med* 1998; 54 (edição especial):61-8.

Doan BD, Wadden NP. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain* 1989; 36: 75-84.

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed., Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Ferraz MB. Sobrevida e qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39: 311.

Figueiró, JAB. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: Carvalho MMMJ (org). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999:140-58.

Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL et al. Chronic pain-associates depression: antecedent or consequences of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997; 13: 116-37.

Fleck MPA, Fachel O, Louzada S et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1):19-28.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública 2000; 34(2):178-83.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saude Publica 2002;36(4):431-8.

Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G et al. Desenvolvimento do WHOQOL módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev Saúde Pública 2003; 37(4):446-55.

Ford CV. The somatizing disorders. Psychosomatics 1986; 27: 327-37.

Fordyce WE. Learned pain: pain as a behavior. In: The management of Pain, 2nd ed. Pennsylvania: Lea & Febiger 1990. p.291-99.

Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições. São Paulo: Atheneu; 2000.p.3-9.

Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. Obstet Gynecol Surv 2001; 56: 757-64.

Gomes KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2003;37(1):75-82.

Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M et al. Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? Am J Obstet Gynecol 1993; 169(3):723-5.

Herrman H, Patrick D, Diehr P et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study: functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychol Med 2002;32(5):889-902.

Hetem LAB. Diagnóstico, classificação (CID-10) e diagnóstico diferencial dos transtornos depressivos Arg Bras Med 1994; 68: 163-7.

Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. J Am Assoc Gynecol Laparoscopy 1996; 4(1):85-94.

Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2003; 101(3):594-611.

Huskisson EC. Measurement of pain. Department of Rheumatology. London: The Lancet; 1974.

Iannetta O. Dor Pélvica Crônica. In: Halbe, Hans Wolfgang. Tratado de Ginecologia / Hans Wolfgang. – 3ª ed., São Paulo: Roca, 2000.

IASP. Internacional Association for the study of pain. Pain Terms: The list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 24-52.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de Psiquiatria Clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1997.

Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain* 2005; 114:37-46.

Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuro Psiquiatr* 2003; 61(2b) :416-425.

Latthe P, Mignini L, Gray R et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332(7544):749-55.

Leo RJ. Chronic pain and comorbid depression. *Curr Treat Options Neurol* 2005; 7(5):403-12.

Lima AFBS. *Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Lobato O. O problema da dor. Melo Filho, Júlio. *Psicossomática Hoje*. Artes Médicas Sul. Porto Alegre, 1992. p. 165-178.

Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, et al. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(3): 217-21.

Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ et al. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2006; 85:88-92.

MacGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol* 1994; 39 Suppl: 558-628.

Marcolino JAM, Matias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli AC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo de validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anestesiologia* 2007; 57(1): 52-62

Marques AP. Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação. [Tese de livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF et al. Chronic Pelvin Pain: Prevalence, Health-Related, Quality of life, and Economic Correlates. *Obstetrics & Gynecology* 1996; 87(3):321-327.

Merskey H, Spear FC. The concept of pain. *J Psychosomatic Research* 1967; 11:59-67. 1967.

Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20(4): 643-61.

Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2000; 14(3); 389-402.

Monga, TN, Tan G, Ostermann, HJ et al. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disability and Rehabilitation* 1998;20:317-329.

Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(12):733-40.

O'Connell K, Skevington S, Saxena S; The WHOQOL HIV Group. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med* 2003; 57(7):1259-75.

Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA et al. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Med J* 2004; 122: 252-258.

Peveler R, Edwards J, Daddow J et al. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1995; 40:305-15.

Pereira LC, Chang J, Fadil-Romão MA, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes transplantado renal. *J Bras Nefrol* 2003; 25 (1):10-16.

Pilowsky L. Psychiatric aspects of pain and their treatment. *Ballières Clinical Rheumatology*. 1987; 1(1): 195-209.

Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ (org). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999. P. 31-46.

Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia* 1998; 17(1):15-24.

Ravsky A. Dor pélvica crônica. In: Camargo A, Melo V. *Ginecologia Ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.p. 293-301.

Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historical variables in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 75:428-32.

Renaer RC, Vertommen H, Nijs P et al. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:75-80.

Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: Camon VAA (org). *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo: Ed. Pioneira; 1996.p.147-75.

Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(5): 356-359.

Silva JA. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática / José Aparecido da Silva, Nilton Pinto Ribeiro Filho. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2006.

Silva LD, Pazos AL. A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crônica de pele. *Rev Enferm UERJ* 2005; 13(3): 375-381.

Szabo S, Orley J, Saxena S on behalf of the WHOQOL GROUP. An approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. *Eur Psychol* 1997; 2(3):270-6.

Tan G, Monga U, Thomby et al. Sexual functioning, age, and depression revisited. *Sexuality and Disability* 1998; 16:77-86.

Takei EH, Schivoletto S. Ansiedade: como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina* 2000; 57(7) :67-78.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag 1994. p 41-60.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.

The WHOQOL HIV Group. Initial steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care* 2003; 15(3):347-57.

Thompson JM. Quality of life after conventional ileostomy in New South Wales. *WCET J* 1990; 10 (3): 8-14.

Trentini M, Silva DG, Leimann AH. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes com condições crônicas de saúde. *Ver Gauch Enfermagem* 1990; 11 (1) :8-14.

Vilela Filho O. Prefácio. In: Carvalho MMMJ. (org). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus 1999. p. 7-8.

Violon A. The process involved in becoming a chronic pain patient. In: Roy R, Tunks E. Chronic pain. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982.

Wade JB, Dougherty LM, Hart RP et al. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. Pain 1992; 48: 37-43.

Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvin pain, and psychological functioning. Fertility and Sterility 1995; 63: 796-800.

Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. Gender Med 2005; 2(3):137-45.

WHO. World Health Organization Quality of Life Assessment. Position paper from The World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41: 1403-9.

Zigmond AS, Snaith P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1980; 67:61-70.

9. ANEXOS

9. ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.



CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 15 de abril de 2004

Ofício nº 1003/2004
CEP/CDGC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado "**AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL, QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO CONJUGAL E ÍNDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA**" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em sua 177ª Reunião Ordinária realizada em 12.04.2004, foi enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 3053/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

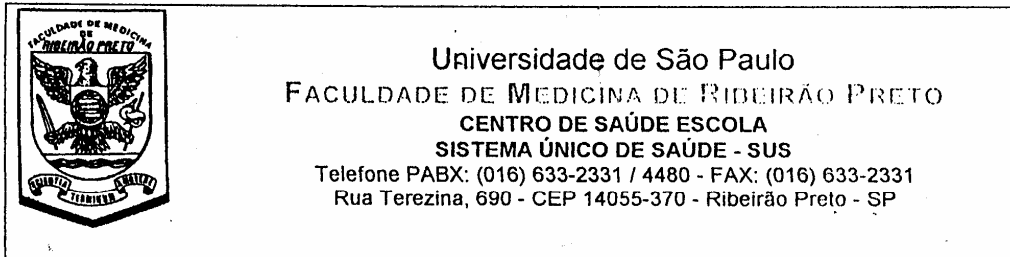

PROFª DRª CLARISSE DULCE G. CARVALHEIRO
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ADRIANA PETERSON MARIANO
Depto. de Ginecologia e Obstetria
Em mãos



ANEXO B

Aprovação da Comissão Interna de Pesquisa do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingos Machado (C.S.E)



DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA

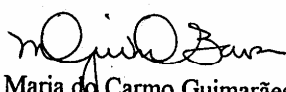
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 010/2004

Em: 07 / 05 / 2004

Para: PROF. DR. ANTONIO ALBERTO NOGUEIRA

Comunicamos que a (o) pesquisadora (or) ADRIANA PETERSON MARIANO cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho " AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL. QUALIDADE DE VIDA, SATISFAÇÃO CONJUGAL E ÍNDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE E DOR PÉLVICA CRÔNICA".

Atenciosamente,


 Prof. Maria do Carmo Guimarães G. Caccia Bava
 Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
 Centro de Saúde Escola-FMRP-USP.

ANEXO C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

NOME DA PESQUISA: Avaliação do comportamento sexual, qualidade de vida, satisfação conjugal e índices de ansiedade e depressão de mulheres com endometriose e dor pélvica crônica

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Psicóloga Adriana Peterson Mariano

Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Vários estudos têm mostrado que mulheres que apresentam endometriose e dor pélvica crônica podem apresentar alteração na qualidade de vida, alteração no comportamento sexual e presença de ansiedade e depressão.

Por isso, considera-se importante avaliar estas questões. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar o comportamento sexual, qualidade de vida e níveis de ansiedade e depressão de mulheres com endometriose e dor pélvica crônica, do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP e Ambulatório de Ginecologia do Centro de Saúde Escola. Para isso, convidaremos pacientes destes ambulatórios para que respondam a questionários e questões para avaliar tais itens. Os resultados deste estudo poderão trazer benefícios aos atuais e futuros pacientes destes ambulatórios.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

- 1- Você responderá a um questionário sobre você (idade, escolaridade, cor, nível de instrução, renda mensal, trabalho remunerado ou não, número de filhos, religião, estado civil, uso de medicação, informação sobre a patologia, qualidade da dor e estadios da doença), sobre como está sua qualidade de vida, como você enfrenta situações estressantes e a uma entrevista com questões relacionadas ao comportamento sexual, infertilidade e trabalho, o que demandará aproximadamente 20 minutos.
- 2- Você responderá a estas questões em um dia previamente agendado.

- 3- Todas as informações serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas apenas para este estudo.
- 4- Não será possível identificá-la, o que garante seu completo anonimato.
- 5- Caso seja necessário o acompanhamento psicológico, este será fornecido pelo Ambulatório de Psicologia Médica – HCFMRP-USP.
- 6- Você está livre para desistir de participar do estudo e isto não prejudicará seu atendimento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto USP e no Centro de Saúde Escola.
- 7- Não há nem um risco significativo ao participar deste estudo.

Eu, _____,

Aceito participar desta pesquisa. Sendo que recebi as informações acima e que minha participação é inteiramente voluntária.

Assinatura: _____

Data:

Assinatura dos pesquisadores responsáveis:

- Adriana Peterson Mariano _____
- Prof. Dr. Antonio Alberto Nogueira _____

ANEXO D**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: _____

Registro : _____

Idade: _____ anos 18 a 25 26 a 35 36 a 45Escolaridade: _____ 1ª a 4ª 5ª a 8ª 1º a 3º colegial Superior

Renda Mensal: _____

 até 5 salários mínimos de 6 a 10 salários mínimos de 11 a 15 salários mínimos mais de 16Trabalho: Remunerado
 Não - remuneradoNúmero de filhos: Nenhum 1 2 3 4 ou +Religião: Católica Evangélica Espírita Outras? Qual: _____

Estado Civil:

 Solteiro Casado Amasiado Separado Divorciado Viúvo

Tempo de Casamento: _____

 De 1 a 5 anos De 5 a 10 anos Mais de 10 anos

Tempo de dor (anos):

ANEXO E

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – VERSÃO ABREVIADA (WHOQOL-Bref)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenham em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas **últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	Médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	Médio	Muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	nem boa nem ruim	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Satisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeit (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre perguntas sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas semanas.

		nada	muito pouco	Médio	Muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas semanas.

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas semanas.

		Nunca	algumas vezes	Freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO F

ESCALA DE MEDIDA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE – HAD)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada Pergunta

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca