

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRO - REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM MULHERES COM DOR
PÉLVICA CRÔNICA**

Mariana Serra de Aragão

São Luís
2011

Mariana Serra de Aragão

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM MULHERES COM DOR
PÉLVICA CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da
Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora:
Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira
Brito

Coordenadora do Programa:
Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa
Chein

São Luís
2011

Aragão, Mariana Serra de

Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica/Mariana Serra de Aragão. - São Luís, 2013.

79f.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2013.

1. Dor pélvica crônica. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Estresse. I. Título.

CDU 618.132

Mariana Serra de Aragão

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ESTRESSE EM MULHERES COM DOR PÉLVICA CRÔNICA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Materno-Infantil da
Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em ____ / ____ / ____.

Profa. Dra. Luciane Maria de Oliveira Brito - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco - Examinador
Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA

Profa. Dra. Francisca Moraes da Silveira - Examinadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein - Examinadora
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Ao meu marido, Guilherme Belfort, pela sua
compreensão nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte da vida.

À meu marido, Guilherme Belfort, pelo seu amor incalculável.

Aos meus pais, José Wellington Ximenes, um grande pai com sua enorme sabedoria, e Marize Aragão, mãe carinhosa e dedicada.

Aos meus irmãos, Adauto Aragão e José Wellington Filho, pelo apoio e incentivo.

Aos meus avós paternos, Expedito Ximenes (*in memorian*) e Elizabeth Ximenes, e avós maternos José Mariano Serra (*in memorian*) e Laura Serra (*in memorian*), que mesmo de longe acompanham meus passos.

À minha coordenadora e segunda mãe Dr^a. Lisieux Campos, pela sua eterna compreensão.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciane Brito, pela paciência, dedicação e ensinamentos transmitidos.

Ao Prof. Dr. Omero Poli-Neto e Profa. Dra. Adriana Peterson pela oportunidade e confiança.

À todos que contribuíram para o meu amadurecimento pessoal e profissional: Profa. Dra. Maria Bethânia Chein, Profa. Dra. Zeni Lamy, Profa. Dra. Diomar Motta, Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva, Prof. Dr. José Albuquerque, Prof. Dr. Vinicius Nina, Prof. Dr. Fernando Lamy.

À Helena Ribeiro, pela sua amizade e conselhos nos momentos difíceis.

Aos meus amigos em especial: Larissa Duailibe, Fernanda Belfort, Niniane Silva e Sofiane Labidi, pela confiança e amizade verdadeira.

A todas as mulheres que participaram e contribuíram para este estudo.

Cada dor é uma dor de uma pessoa, com todas as suas peculiaridades – sua história, sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento.

Maria Margarida M. J. Carvalho

RESUMO

A Dor Pélvica Crônica (DPC) tem sido conceituada como dor na região pélvica, não-cíclica, com duração de 6 meses. As mulheres com DPC podem apresentar níveis de ansiedade, depressão e estresse. **Objetivo:** Identificar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em mulheres da comunidade geral de São Luís com dor pélvica crônica e verificar suas possíveis associações com a duração e intensidade da dor. **Metodologia:** Estudo caso-controle, no qual foram incluídas 54 mulheres com dor pélvica crônica, formando o grupo caso, e 150 mulheres no grupo controle. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados o Inventário de Ansiedade e de Depressão de Beck e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de LIPP. Dentre as variáveis utilizadas estão: tempo de dor em meses e sinais e sintomas de ansiedade, depressão e estresse. **Resultados:** A prevalência no grupo caso de estresse foi de 59,26%, enquanto ansiedade e depressão, ambas no nível mínimo, foi de 35,19% e 50%, respectivamente. No nível severo, a depressão e ansiedade estiveram presentes em 3,70% e 11,11%, respectivamente. No grupo controle, 36% apresentaram estresse. No mesmo grupo, no nível mínimo, a ansiedade ocorreu em 67,33% e a depressão em 78,67%. No nível severo a prevalência foi de 3,33% e 1,33% para ansiedade e depressão, respectivamente. Observou-se uma correlação positiva ($r=0,1275$) entre a intensidade da dor e depressão. **Conclusão:** Mulheres com DPC apresentam escores mais elevados de ansiedade, depressão e estresse em relação a mulheres sem DPC, sendo a depressão positivamente relacionada com a intensidade da dor.

Palavras-chave: Dor Pélvica Crônica; Ansiedade; Depressão; Estresse.

ABSTRACT

The Chronic Pelvic Pain (CPP) has been defined as pain in the pelvic region, non-cyclic, with duration of 6 months. Women with CPP may have levels of anxiety, depression and stress. **Objective:** To identify the prevalence of depression, anxiety and stress in women from the general community of St. Louis with chronic pelvic pain and verify their possible association with the duration and intensity of pain. **Methods:** Case-control study, which included 54 women with chronic pelvic pain, making the case group, and 150 women in the control group. The instruments used for data collection were Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory and the Stress Symptoms for Adults LIPP. Among the variables used are: time in months of pain and signs and symptoms of anxiety, depression and stress. **Results:** The prevalence in the case of stress was 59.26%, while anxiety and depression in both minimum level, was 35.19% and 50%, respectively. At level severe depression and anxiety were present in 3.70% and 11.11%, respectively. In the control group, 36% had stress. In the same group, at a minimum, anxiety occurred in 67.33% and 78.67% in depression. In severe level prevalence was 3.33% and 1.33% for anxiety and depression, respectively. There was a positive correlation ($r = 0.1275$) between pain intensity and depression. **Conclusion:** Women with CPP have higher scores for anxiety, depression and stress compared to women without CPP, depression being positively correlated with pain intensity.

Key-words: Chronic Pelvic Pain. Anxiety. Depression. Stress.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI – Beck Anxiety Inventory

BDI – Beck Depression Inventory

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CI – Cistite Intersticial

DPC – Dor Pélvica Crônica

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

OR – Odds Ratio

LISTA DE FIGURAS

Figura1 -	Características numéricas (média e mediana) dos escores das avaliações de ansiedade e depressão segundo os inventários de Beck, para grupo caso e grupo controle.....	28
Figura 2 -	Prevalência de depressão no grupo caso e no grupo controle, segundo níveis de intensidade.....	29
Figura 3 -	Prevalência de ansiedade no grupo caso e grupo controle, segundo níveis de intensidade.....	30
Figura 4 -	Correlação entre os escores de depressão e intensidade da dor do grupo caso.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1	Dor Pélvica Crônica.....	13
2.2	DPC e outras co-morbidades.....	15
2.3	Aspectos Psicológicos.....	17
3	OBJETIVO.....	19
3.1	Objetivo Geral.....	19
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	20
4.1	Tipo de Estudo.....	20
4.2	Área da Pesquisa.....	20
4.3	Dimensionamento amostral.....	21
4.4	Procedimentos e Instrumentos Utilizados.....	23
5	RESULTADOS.....	27
6	CONCLUSÕES.....	31
7	REFERÊNCIAS.....	32
8	APÊNDICES.....	36
9	ANEXOS.....	39
10	PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO.....	48
10.1	O periódico escolhido para submissão do artigo foi a revista Psicologia Hospitalar, que possui estrato B5 na área de avaliação Medicina II.....	48
10.2	Apresentação formal do manuscrito.....	50
10.3	Artigo propriamente dito.....	58

1 INTRODUÇÃO

A dor pélvica crônica (DPC) é conceituada como dor na região pélvica, não sendo menstrual e com permanência de pelo menos seis meses (1). A definição mais comumente usada considera apenas o local e duração da dor: dor recorrente e constante por um período de seis meses na região inferior abdominal. Dores relacionadas à gravidez, malignidade ou mulheres que vivenciam a dor somente no período menstrual ou durante a relação sexual são excluídas de um diagnóstico de DPC (2).

A DPC é considerada suficientemente grave para interferir nas atividades rotineiras, necessitando de tratamento clínico e/ou cirúrgico. De etiologia desconhecida, frequentemente resulta da interação entre os sistemas urinário, ginecológico, gastrointestinal, músculo-esquelético, endócrino e neurológico. Podendo ainda, ser influenciada por fatores psicológicos e socioculturais (3). Alguns estudos tentam explicar os fatores de risco para a DPC, porém os resultados são incompatíveis, tal constatação pode ser elucidada pelas características epidemiológicas de cada região e pela falta de qualidade no acesso às informações dos estudos (4).

A DPC pode ser um grande problema no que concerne ao sofrimento físico e mental da mulher. Obtém-se um grande número de mulheres acometidas por esta queixa nos serviços de saúde, além das dificuldades vivenciadas para o diagnóstico e tratamento efetivo. A prevalência de DPC é superior a enxaqueca, asma e dor nas costas, tendo um impacto direto na vida social, conjugal e profissional. A DPC atinge 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos e varia de 14 a 24% em mulheres em idade reprodutiva (3), o que a faz um sério problema de saúde pública (4).

A maior causa de DPC em idade reprodutiva, é a endometriose (5) que não afeta apenas a saúde física da mulher, mas também a emocional, representando 5 a 10% de mulheres nesta fase.

A ansiedade está associada com DPC. Ela faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho; e passando a ser

patológica, quando desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (6).

A depressão também está fortemente associada à DPC. A depressão foi descrita pela *American Psychiatric Association* (7) como transtorno do humor que envolve um grupo heterogêneo dos 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 (7).

Outro transtorno relacionado à DPC é o estresse, que se caracteriza como uma reação do organismo, com componentes físicos, mentais e hormonais, ao surgimento da necessidade de uma grande adaptação a um evento ou situação de importância (8).

Alguns problemas colaboram para a demonstração da prevalência de DPC: a falta de uma definição diagnóstica precisa, o grupo heterogêneo de doenças que resultam em DPC, a diversidade na padronização dos desenhos epidemiológicos e a variação de doenças primárias incidentes para diferentes populações (2).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Dor Pélvica Crônica

Dor é uma manifestação subjetiva, tratando-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Ela atua variando a percepção de pessoa para pessoa, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (9-10).

A abordagem da dor pode ser sintomática ou como doença em si. Ao ser considerado um sintoma, tem significado de alerta ou de algo errado que está acontecendo no organismo. Contudo, quando se torna prolongada passa a ser considerada uma doença em si, e definida como dor crônica (11).

A dor crônica geralmente é de difícil tratamento, devido sua etiologia e respostas individuais que ocasiona. Ela envolve mecanismos pessoais como nível de atenção, personalidade, estado emocional e experiências passadas, servindo como sintoma e defesa contra estresse psicológico (12).

A dor pélvica é um sintoma frequente e atinge de 14 a 24% das mulheres em idade reprodutiva, com impacto direto na vida conjugal, social e profissional. Implica diretamente na qualidade de vida, o que a configura em sério problema de saúde pública (4).

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 (13). Em unidades de cuidados primários, 39% das mulheres queixam-se de dor pélvica (14).

Uma proposta de definição de dor pélvica crônica consiste na dor não-cíclica com duração igual ou superior a 6 meses localizada na pelve, parede abdominal anterior ou abaixo da cicatriz umbilical, região lombossacra, ou glúteos; com gravidade suficiente para causar incapacidade funcional e/ou levar a assistência médica (10).

A DPC é um diagnóstico síndrome 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 (15).

Iannetta (16) evidenciou a dor no baixo ventre como sendo a queixa mais frequente em consultórios ginecológicos. A etiologia desta queixa é difícil de estabelecer devido à diversidade na intensidade e às diferentes áreas de localização.

De modo geral, as causas de dor pélvica crônica, não se restringem apenas aos órgãos genitais internos (útero, tubas e ovários), podendo também envolver o aparelho urinário (ureteres e bexiga), intestinos, ossos, articulações, músculos e nervos situados na metade inferior do tronco (17).

A forma como se instala a dor, aguda, crônica ou cíclica, sua intensidade, e como é percebida pela paciente, sua relação com o período menstrual, sua associação com as relações sexuais, presença ou ausência de outros sintomas como febre, corrimento vaginal, dificuldade para urinar, diarreia, prisão de ventre, aumento do volume abdominal, entre outros, indicam o órgão afetado (17).

2.2 DPC e outras co-morbidades

Entre as causas mais comuns de DPC estão a endometriose, aderências, síndrome do intestino irritável e cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa. Contudo, o envolvimento do sistema músculo-esquelético tem sido progressivamente demonstrado em associação com essa doença (18-19).

Frequentemente mulheres submetidas a tratamentos e cirurgias, com diagnóstico de endometriose pélvica e aderências como causa de sua dor, podem não apresentar melhoras significativas. Após uma avaliação criteriosa, geralmente encontra-se como causa primária a dor miofascial, envolvendo o assoalho pélvico e a parede abdominal (20-21).

A síndrome miofascial é definida como uma disfunção neuromuscular regional que tem como característica a presença de regiões sensíveis em bandas musculares tensas que originam dor. Tal síndrome pode originar-se em um único músculo ou pode envolver vários músculos, ocasionando padrões complexos e variáveis de dor. A síndrome miofascial abdominal é caracterizada por dor intensa e profunda originada em pontos dolorosos, envolvendo músculos, podendo causar dor em repouso, em movimentos ou compressão local. A isquemia, cirurgias e infecções-inflamações podem estar envolvidos na origem e manutenção da dor (22).

A DPC apresenta sintomas que podem estar presentes em pacientes com fibromialgia, uma síndrome dolorosa, de causa desconhecida, sendo caracterizada por dores musculares difusas e sensação dolorosa em certas áreas do corpo. As manifestações dolorosas destas patologias podem ser confundidas e/ou acentuadas quando associadas. As semelhanças entre os sintomas fazem com que o diagnóstico e as opções de tratamento sejam abordados por uma equipe multiprofissional para melhora da qualidade de vida dessas mulheres. Isso deve-se às características peculiares, à persistência e à intensidade das manifestações clínicas, aliadas a tratamentos inadequados que comprometem o estado emocional das mulheres acometidas por tais doenças. No quadro clínico da DPC e da fibromialgia podem estar associados sintomas de ansiedade e depressão (23).

A cistite intersticial (CI) é um distúrbio crônico do trato urinário inferior. Apresenta-se como urgência, frequência urinária e dor pélvica crônica. Os sintomas relacionados à CI normalmente são episódicos, com período de crises e remissões, tornando-se mais intensos com a evolução da doença (24). A CI está fortemente associada a DPC, visto que 75% das mulheres que procuram o ginecologista com queixas variadas de DPC apresentam urgência, frequência ou sintomas urinários irritativos (25).

A DPC e CI possuem uma etiologia difícil de estabelecer e um diagnóstico complexo. A teoria mais aceita para a CI parece ser a da disfunção epitelial, com hipersensibilidade neuronal da bexiga e aumento da atividade dos mastócitos na sua patogênese (24). Modificações na superfície urotelial da bexiga podem causar alterações na sua permeabilidade. A permeabilidade aumentada propicia a penetração de substâncias químicas, toxinas, potássio e bactérias, ocasionando a ativação mastocitária, reação inflamatória e despolarização da inervação sensorial, causando dor e urgência (26-27).

Normalmente mulheres acometidas com CI apresentam ainda algum grau de depressão associada à fadiga, desânimo, insônia, dificuldade de desempenho nas atividades profissionais, familiares e de lazer (28).

Para diagnóstico mais preciso de DPC deve-se realizar uma análise cuidadosa dos sintomas, visto que é uma doença complexa com outras etiologias,

muitas vezes sobrepostas, e que necessita de uma intervenção multidisciplinar paciente e duradoura (4).

2.3 Aspectos Psicológicos

Fatores psicológicos podem piorar a dor ou mesmo causar uma sensação de dor onde não existe qualquer problema físico.

2.3.1 Ansiedade e Estresse

A ansiedade, transtorno associado à DPC, é caracterizada por um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. A ansiedade passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (6).

Ansiedade caracteriza-se por um sentimento de apreensão desagradável, vago, acompanhado de sensações físicas como vazio (ou frio) no estômago (ou na espinha), opressão no peito, palpitações, transpiração, dor de cabeça, ou falta de ar (29). Ainda, o paciente pode referir: fadiga; insônia; sensação de sufoco; formigamentos nas mãos e nos pés; confusão; instabilidade ou sensação de desmaio; dores no peito e palpitações; afrontamentos, arrepios, suores, frio, mãos umidas; boca seca; contrações ou tremores incontroláveis; tensão muscular, dores; necessidade urgente de defecar ou urinar; dificuldade em engolir; sensação de ter um "nó" na garganta; dificuldades para relaxar e dificuldades para dormir (6).

Muitos desses sintomas resultam de um aumento da estimulação do sistema nervoso autônomo, que controla o reflexo ataque-fuga. Outros são somatizações, ou seja, a ansiedade é convertida em problemas físicos, incluindo dores de cabeça, distúrbios intestinais e tensão muscular. Foi demonstrado que mulheres com

situação de dor crônica, apresentaram tensão, preocupação, nervosismo frente a doença, que ocasionaram níveis de ansiedade mais elevados que a população geral (30).

A ansiedade e o estresse são vistos como fatores que podem contribuir para o agravamento da DPC, como também para cronificar o processo etiológico da doença (31). A dor constitui um potente agente causador de estresse físico, pois sugere ameaça à integridade física do organismo (32).

Considera-se que a DPC possa causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, isto por que restringe e modifica o convívio diário da paciente com suas rotinas até então estabelecidas (31). Mulheres com DPC, em geral, têm longo histórico de dor, acompanhado de sofrimento psíquico, comprometimento na vida profissional, social e descrença no tratamento, fatores que favorecem a não adesão à terapia (33).

2.3.2 Depressão

Existe uma forte associação entre ansiedade, depressão e DPC (34). A prevalência de depressão em pacientes com DPC é estimada em 78%, sendo que evidências indicam a depressão como consequência (31).

A relação entre dor e depressão pode agravar o sofrimento, comprometer o tratamento, ocasionar isolamento social, desesperança e privação de cuidados. O avanço da doença e falha terapêutica são causas de hostilidades contra as pessoas e os profissionais envolvidos na assistência (35).

A depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes na população geral, sua prevalência varia de 4% a 15% (12). Ocorre em todas as faixas etárias, não apresentando relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (7). Porém, é mais frequente em pessoas com idade entre 20 e 50 anos, tendo maior ocorrência em mulheres. A prevalência ligada às mulheres pode estar relacionada aos aspectos biopsicosociais (36). Estima-se cerca de 15 a 20% da população

mundial, em algum momento da vida, sofreu depressão. Segundo a OMS, em 2020, a depressão passará a ser a segunda causa de mortes mundiais por doença.

Entende-se por depressão uma doença com sintomas físicos e psíquicos bastante claros e intensos, que é desproporcional e anormalmente duradoura quando relacionada a um fator estressante ou entristecedor (37).

A depressão possui vários sintomas, entre eles sentimento de tristeza persistente; problemas de autoconfiança; sentimentos de desesperança, desamparo, solidão ou inutilidade; isolamento; acessos de choro; auto-agressão; pensamentos de suicídio e morte entre outros. Algumas mulheres apresentam apenas alguns sintomas, enquanto outras apresentam inúmeros sintomas com intensidades variadas. Dependendo da intensidade das queixas, a depressão pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Porém, para um diagnóstico preciso é necessário a permanência desses sintomas pelo período mínimo de duas semanas, nos quais predominam o humor deprimido ou a perda de interesse por quase todas as atividades, comprometendo as relações sociais, profissionais e afetivas (7).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em mulheres da comunidade geral de São Luís com dor pélvica crônica e verificar suas possíveis associações com a duração e intensidade da dor.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Estudo caso-controle

4.2 Área da Pesquisa

O recrutamento de mulheres para o presente estudo foi realizado na cidade de São Luís. O município encontra-se na gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dividido em sete distritos de saúde: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaquí-Bacanga, Tirirical e Vila Esperança, 64 Unidades de Saúde, das quais 40 Unidades com o Programa de Saúde da Família (PSF).

A população estimada de São Luís é de 870.028 habitantes. Segundo informações oficiais da Prefeitura Municipal de São Luís, baseada no censo do IBGE do ano de 2000, 54,77% da população é mulher e está acima dos 14 anos de idade, estimando-se que a população total de mulheres é de 342.024 habitantes. Estimou-se ainda que 10 a 15% das mulheres não queiram participar do presente estudo.

A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio aleatório, de modo que se obteve uma amostra significativa do Município de São Luís.

4.3 Dimensionamento amostral

Foi realizado um estudo do tipo caso-controle em São Luís – MA. A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio aleatório, de modo que se obteve uma amostra significativa do município.

O dimensionamento amostral foi calculado sobre proporções com margem de erro relativo em populações finitas através da seguinte expressão:

$$n = \frac{z^2 \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot p (N - 1) + z^2 \cdot q}$$

O resultado do cálculo do tamanho amostral foi de 1.470 mulheres. Considerou-se uma população de 342.024 mulheres (N), adotando-se um grau de confiança de 95% ($z=1,96$) de que o erro relativo (E) da estimativa não ultrapassasse 25% ($\pm 1\%$) da taxa de prevalência estimada de dor pélvica crônica na população, que foi de 4% ($p=0,04$ e $q=0,96$) (38).

Dentre a amostra determinada de 1.470 mulheres, foram diagnosticados 284 casos de mulheres com DPC. Contudo, apenas 54 mulheres com DPC foram encontradas e entrevistadas, com aplicação de TCLE e questionários (anexos B, C, D e E). Os motivos da não participação na pesquisa pelas outras mulheres com DPC foram: endereços incorretos ou incompletos, recusa na participação, mudança sem aviso, não estavam presentes em domicílio e/ou estavam gestantes. Para formação do grupo controle, obteve-se o número de 150 mulheres por meio da proporção de 3 para 1. Assim, o grupo controle era composto por mulheres saudáveis em faixa etária, residências e condições socioeconômicas semelhantes às mulheres com DPC.

4.3.1 Forma de Amostragem

A partir do cálculo amostral, foram realizadas visitas nas residências de mulheres diagnosticadas com DPC. Um grupo sem DPC foi formado por mulheres que residem nas proximidades, da mesma faixa etária e mesmas condições sociodemográficas. Os domicílios desse grupo foram escolhidos de modo aleatório.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídas as mulheres residentes na área do estudo diagnosticadas com DPC e que estavam após a menarca e acima de 14 anos. A definição de DPC utilizada foi: dor pélvica não menstrual, com duração de pelo menos 6 meses, na parede abdominal anterior ou abaixo da cicatriz umbilical, região lombossacra, ou glúteos; com gravidade suficiente para causar incapacidade funcional e/ou levar a assistência médica (10).

4.3.3 Critérios de Não Inclusão

As variáveis para não inclusão do estudo foram as que se seguem: história de transtorno psiquiátrico (psicose) anterior à doença, câncer, mulheres gestantes, não alfabetizadas ou que não tinham condições de compreensão em relação às escalas utilizadas, mulheres deficientes ou não encontradas nas residências e as que se recusaram em participar do estudo e/ou desacordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3.4 Variáveis do Estudo

As variáveis do presente estudo seguem-se: data da entrevista; data do nascimento; idade: números de anos completos; estado marital: caracterizado em casada, morando junto, solteira, separada, divorciada, viúva; escolaridade: conforme a finalização dos níveis de escolaridade; números de membros da família; renda familiar per capita: renda familiar total dividida pelo número total de indivíduos que moram no mesmo domicílio; atividade física: prática de atividade física regular, tipo e frequência; tempo de dor em meses; sinais e sintomas de ansiedade; sinais e sintomas de depressão; sinais e sintomas de estresse e tratamento prévio para dor pélvica crônica, ansiedade, depressão e estresse.

4.4 Procedimentos e Instrumentos Utilizados

4.4.1 Instrumento para Coleta de Informações – Avaliação Psicológica

Todas as mulheres responderam um protocolo de coleta de dados de identificação (Anexo B) e foram aplicados os instrumentos de avaliação psicológica (Anexo C, D, E), o que permitiu ser utilizado em todo seguimento da população: alfabetizados, analfabetos, população heterogênea; permitiu explicar os objetivos da pesquisa, orientação do preenchimento e elucidação eventuais perguntas.

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

a) BAI (*Beck Anxiety Inventory*) – Inventário de Ansiedade de Beck (Anexo C)

O BAI (*Beck Anxiety Inventory*) foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, no *Center for Cognitive Therapy* (CCT), em 1988, que descrevem o desenvolvimento do instrumento e fornecem informações sobre suas propriedades psicométricas. A

escala foi construída com base em vários instrumentos de auto-relato, usados no CCT para medir aspectos da ansiedade (39).

Segundo o Manual da versão em português das Escalas de Beck (40), o BAI foi designado inicialmente para uso com pacientes psiquiátricos, mostrou-se também apropriado para a população geral. A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos, inclusive em estudantes e também em trabalhos que envolveram outros sujeitos da sociedade.

O BAI é uma escala de auto-relato, constituído de 21 itens, que mede a intensidade da ansiedade e contém afirmações descritivas de sintomas de ansiedade (39). Os itens devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, conforme Manual da versão em português das Escalas de Beck (40), que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma como: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente: não me incomodou muito”; 3) “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”.

b) BDI (*Beck Depression Inventory*) – Inventário de Depressão de Beck (Anexo D)

O BDI (*Beck Depression Inventory*) é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros recursos dimensionais. Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982).

Não era intenção dos autores construírem um instrumento para o diagnóstico de quadros específicos, mas sim, criar uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas (41).

Foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, sendo que muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas foram realizadas nos anos seguintes ao seu aparecimento (42), passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como

na de pesquisa e mostrando-se um instrumento útil também para a população geral, conforme informações no manual de Beck e Sterr (39).

É uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão (43), com escores de 0 a 3.

Os itens foram selecionados com base em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos, com transtornos depressivos, e não foram escolhidos para refletir qualquer teoria de depressão, em particular (39).

c) Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo E)

O Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) pretende identificar de modo objetivo a sintomatologia que a paciente apresenta, avaliando os tipos de sintomas (somático ou psicológico) e a fase que se encontra (8). Apresenta um modelo quadrifásico do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) baseado inicialmente no modelo trifásico (alerta, resistência e exaustão) de Selye, porém não o invalida, apenas é um aprimoramento do primeiro modelo proposto por Selye (44).

O ISSL foi validado em 1994 por Lipp e Guevara e tem sido utilizado em pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse. Destina-se a jovens e adultos. Tal inventário é composto de três quadros que se referem às últimas das quatro fases do estresse, sendo o quadro dois utilizado para avaliar as fases dois e três (resistência e quase exaustão).

Os sintomas listados no ISSL são típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto por doze sintomas físicos e três psicológicos, a paciente assinala com F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenham experimentado nas últimas vinte quatro horas. O segundo quadro é composto por dez sintomas físicos e cinco psicológicos, a paciente marca com F2 ou P2, os sintomas experimentados na última semana. O último quadro é composto por doze sintomas físicos e onze psicológicos, a paciente assinala com F3 ou P3 os sintomas que experimentou no último mês (8).

4.4.2 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com a ajuda do programa SPSS 15.0. Análise de regressão logística simples e múltipla foi realizada para estimar a razão e risco relativo de ter dor pélvica crônica, dados as variáveis estudadas (possíveis fatores de risco). Foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, o teste exato de Fisher, teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Sperman.

4.4.3 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer consubstanciado nº 228/09, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. (Anexo A)

O referido projeto faz parte de um projeto maior intitulado *“Identificação da prevalência de dor pélvica crônica e fatores de risco associados a sua ocorrência em mulheres de uma população geral”* por meio do Programa de Cooperação Acadêmica – PROCAD/CAPES e é desenvolvido em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da USP – Ribeirão Preto.

Para cada mulher consultada e entrevistada foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde foi esclarecida dos procedimentos da pesquisa e aceitou assinar o referido Termo, ficando uma via com a mesma.

As mulheres entrevistadas com queixa de DPC foram encaminhadas para o Centro de Pesquisa Clínica da Universidade Federal do Maranhão. Assim como as mulheres que apresentaram queixas de ansiedade, depressão e estresse foram encaminhadas para HU UFMA, conhecido como “HUzinho”, localizado na Av. dos Portugueses, s/n, Campus do Bacanga.

5 RESULTADOS

No presente estudo foi observada uma associação significativa entre estresse e DPC ($p=0,0038$), sendo a prevalência para estresse no grupo caso e no grupo controle de 59,26% (32/54) e 36% (54/150), respectivamente. Ao ODDS RATIO (OR), observou-se que mulheres com DPC possuem cerca de 2,586 de chance de apresentar estresse quando comparado ao grupo de mulheres saudáveis.

Considerando o modelo quadrifásico, observou-se que mulheres com DPC tendem a sofrer mais intensamente as fases de alerta do estresse do que mulheres sem DPC ($p=0,0049$). Observou-se que entre as mulheres com DPC e estresse 71,88% (23/32), 15,63% (5/32) e 12,50% (4/32) apresentaram as fases *resistência*, *quase exaustão* e *exaustão*, respectivamente.

Não houve correlação significativa entre a prevalência de sintomas físicos e psicológicos para estresse em mulheres com DPC ($p= 0,6489$). O OR obtido mostra que a chance de ocorrer em mulheres com DPC predominantemente sintomas físicos e/ou psicológicos é cerca de 0,7619 quando comparada com o grupo sem DPC. Entre as mulheres com DPC e estresse, observou-se que 34,38% (11/32) apresentam sintomas físicos e 65,63% (21/32) sintomas psicológicos.

Quanto aos escores de ansiedade e depressão observou-se diferenças estatisticamente significantes entre medianas dos dois grupos. A figura 1 demonstra as características numéricas, média e mediana, dos escores de ansiedade e depressão para os dois grupos.

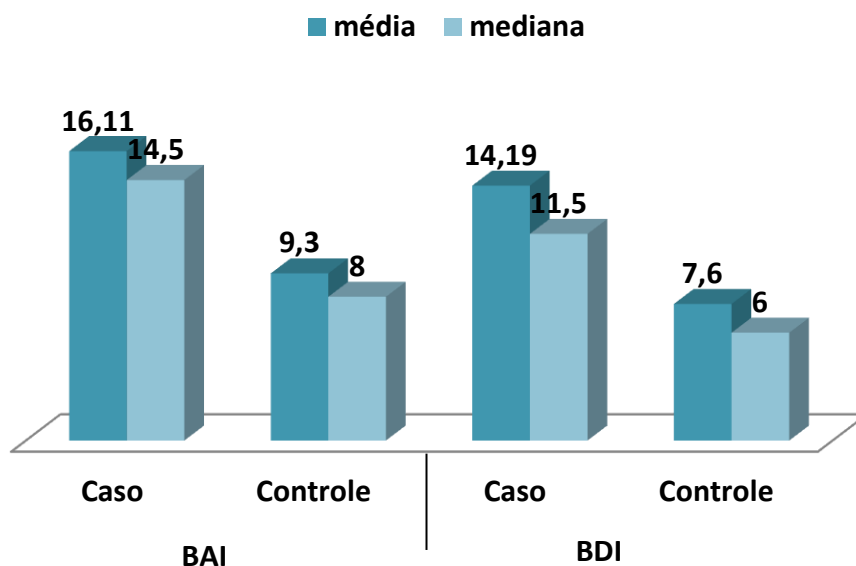


Figura 1 – Características numéricas (média e mediana) dos escores das avaliações de ansiedade e depressão segundo os inventários de Beck, para grupo com DPC e grupo sem DPC.

A mediana de ansiedade encontrada neste estudo para mulheres com DPC foi de 14,50 e de 8,00 para mulheres do grupo controle. A mediana de depressão encontrada no grupo caso foi de 11,50 e de 6,00 para mulheres sem DPC.

A prevalência de depressão para as mulheres com DPC em relação aos níveis de intensidade *mínimo*, *leve*, *moderado* e *severo* foram de 50,00% (27/54), 24,07% (13/54), 22,22% (12/54) e 3,70% (6/54), respectivamente. Enquanto que a prevalência de depressão para o grupo controle em relação aos mesmos níveis foram, respectivamente, de 78,67% (118/150), 16,00% (24/150), 4,00% (6/150) e 1,33% (2/150).

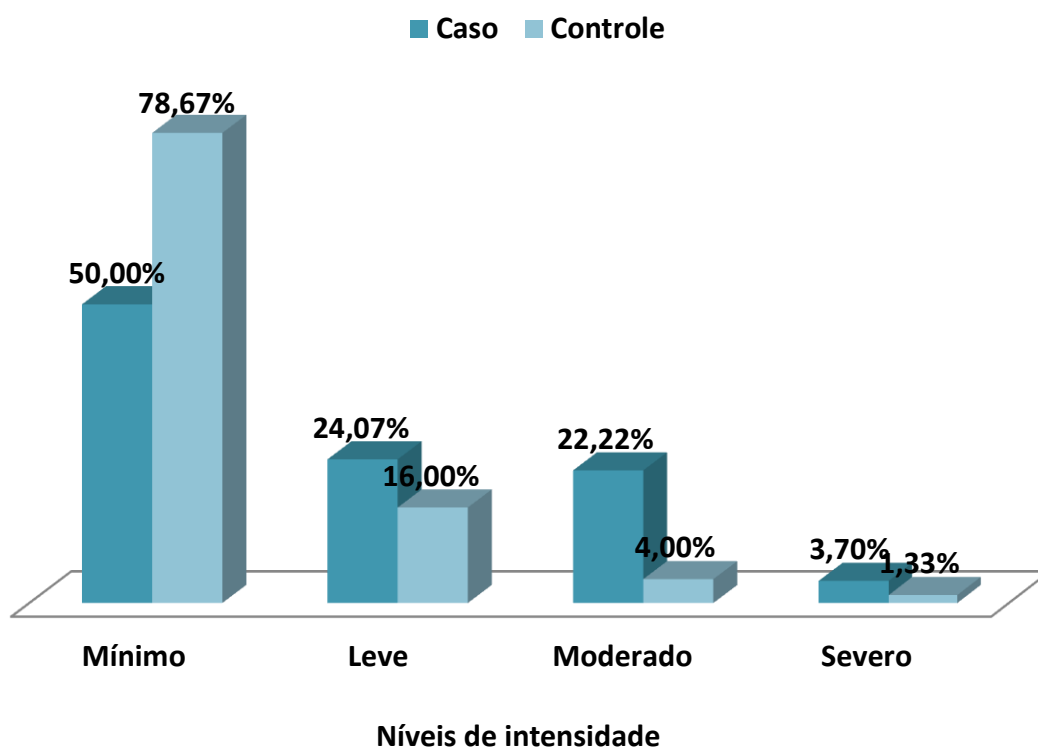


Figura 2 – Prevalência de depressão no grupo caso e no grupo controle, segundo níveis de intensidade.

No grupo de mulheres com DPC, a prevalência de ansiedade para os níveis de intensidade *mínimo*, *leve*, *moderado* e *severo* foram de 35,19% (19/54), 27,78% (15/54), 25,93% (14/54) e 11,11% (6/54), respectivamente. Quanto ao grupo controle, a prevalência de ansiedade para os mesmos níveis citados foram de 67,33% (101/150), 24,67% (37/150), 4,67% (7/150) e 3,33% (5/150), respectivamente.

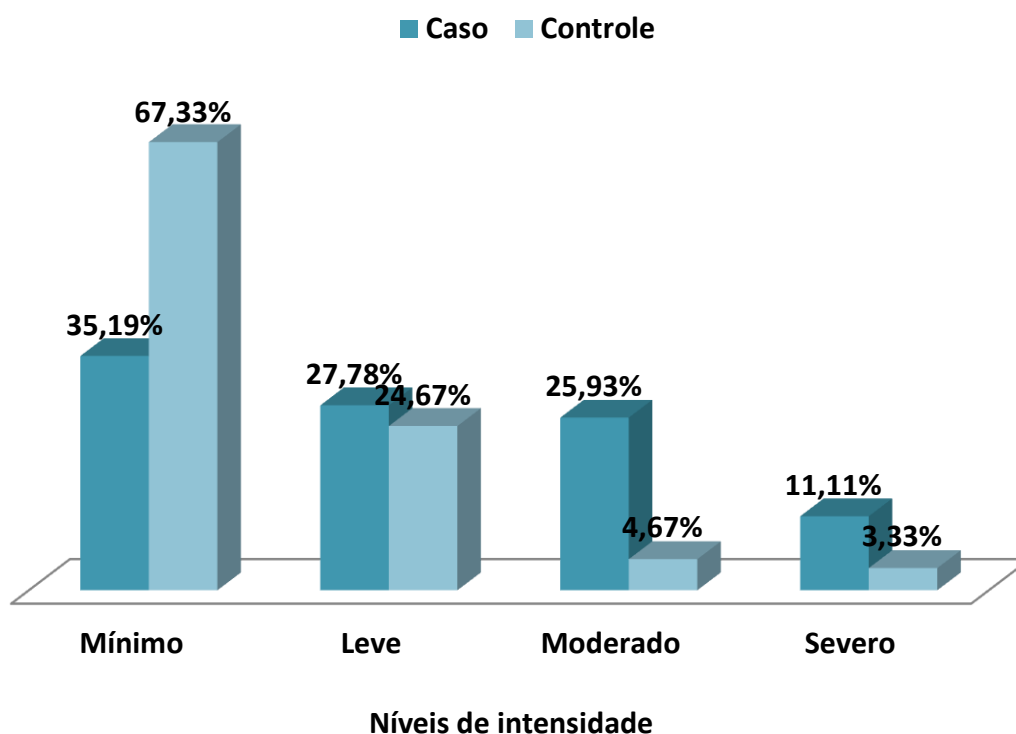


Figura 3 – Prevalência de ansiedade no grupo caso e grupo controle, segundo níveis de intensidade.

Houve uma correlação negativa do tempo da dor, ansiedade ($p=0,5036$; Spearman $r= - 0,0930$) e depressão ($p=0,1831$; Spearman $r= - 0,1839$). Em relação a intensidade da dor e ansiedade observou-se uma correlação negativa ($p=0,5190$; Spearman $r= - 0,09241$), enquanto que para depressão uma correlação positiva ($p=0,3525$; Spearman $r=0,1275$). A figura 4 mostra a correlação entre os escores de depressão e intensidade da dor.

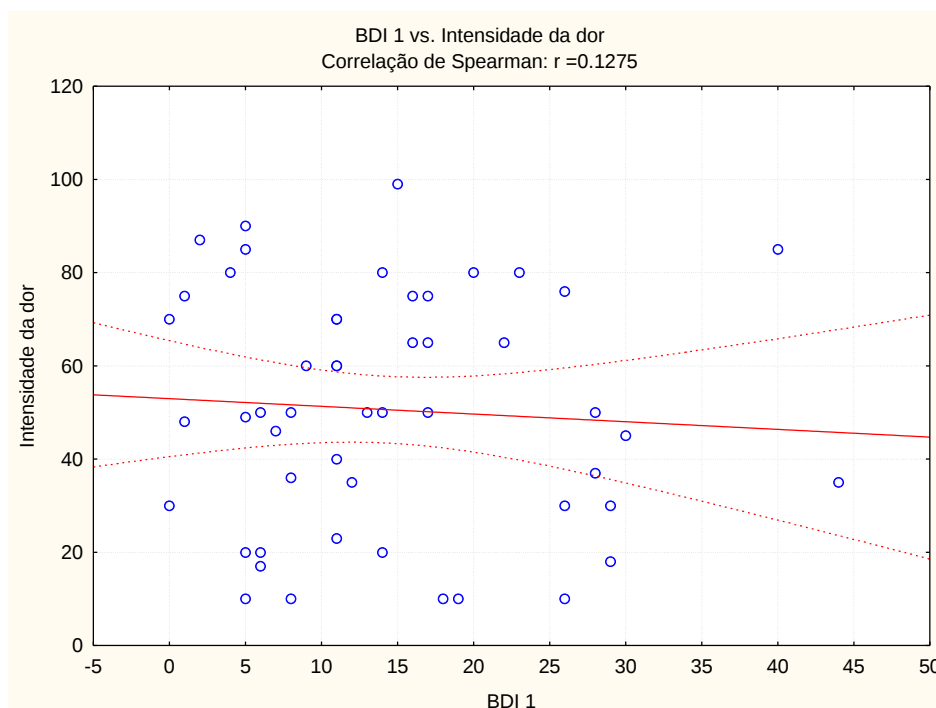


Figura 4 – Correlação entre os escores de depressão e intensidade da dor do grupo caso.

6 CONCLUSÕES

- Mulheres com DPC apresentam mais estresse em relação as mulheres do grupo sem DPC.
- Em mulheres com DPC não houve correlação significativa entre os sintomas físicos e psicológicos para estresse, embora mulheres do grupo caso tendem a sofrer mais intensamente as fases do estresse do que as mulheres do grupo controle.
- Mulheres com DPC apresentam maiores escores de ansiedade e depressão quando colacionadas às mulheres do grupo controle.
- Mulheres com ansiedade também apresentam depressão.
- A depressão possui relação significativa com a intensidade da dor.

REFERÊNCIAS

1. Campbell F, Collett BJ. Chronic pelvic pain. Br J Anaesth. 1994 Nov;73(5):571-3.
2. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Jun;14(3):403-14.
3. Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2003 Mar;101(3):594-611.
4. Nogueira AA, Reis FJCd, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2006;28:733-40.
5. Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled study. J Pain. 2003 Sep;4(7):372-80.
6. Andrade LHSgd, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Rev psiquiatr clín (São Paulo). 1998;25(6):285-90.
7. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. . 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Lipp MEN. Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). . São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
9. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979 Jun;6(3):249.
10. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. [Guideline Practice Guideline Review]. 2004 Mar;103(3):589-605.
11. Carvalho M. Dor: Um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999.
12. Kaplan HI, Sadock BJ, GREBB JA. Compêndio de Psiquiatria Clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
13. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Oct;20(5):695-711.
14. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv. 1993 Jun;48(6):357-87.
15. Romão APMS. Avaliação da prevalência de Ansiedade e Depressão e o Impacto na Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica. Ribeirão Preto, 2008.

16. Iannetta O. Dor pélvica cônica. In: Halbe HW (org). Tratado de Ginecologia São Paulo: Roca; 2000.
17. Costa CA. Dor Pélvica. Rio de Janeiro 2003 [cited 2010 27 maio 2010]; Available from: http://www.drcarlos.med.br/artigo_005.html.
18. Steege JF. Office assessment of chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 1997 Sep;40(3):554-63.
19. Montenegro ML, Gomide LB, Mateus-Vasconcelos EL, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 Nov;147(1):21-4.
20. Almeida EC, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. Int J Gynaecol Obstet. 2002 Nov;79(2):101-4.
21. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. Obstet Gynecol. 2008 Apr;111(4):839-46.
22. Nogueira AA, Poli Neto OB, e Silva JC, Reis FJ. [Myofascial syndrome: a common and underdiagnosed cause of chronic pelvic pain in women]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 Sep;31(9):425-6.
23. Telles ER, Amaral VFd. Endometriose pélvica e fibromialgia: epifenômeno ou comorbidade? Femina. 2007;35(7):419-25.
24. Zimmer MG, Carvalho EZ, Noronha JAP, Cunha Filho EV, Oppermann CP, Santos TGd. Importância do diagnóstico de cistite intersticial na dor pélvica crônica. Sci med. 2005;15(1):79-84.
25. Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, Stanford EJ, Willems JJ. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. Obstet Gynecol. 2001 Jul;98(1):127-32.
26. Gonzalez RR, Fong T, Belmar N, Saban M, Felsen D, Te A. Modulating bladder neuro-inflammation: RDP58, a novel anti-inflammatory peptide, decreases inflammation and nerve growth factor production in experimental cystitis. J Urol. 2005 Feb;173(2):630-4.
27. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, Bullen M, Kahn BS, Willems JJ. The prevalence of interstitial cystitis in gynecologic patients with pelvic pain, as detected by intravesical potassium sensitivity. Am J Obstet Gynecol. 2002 Nov;187(5):1395-400.
28. Butrick CW. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. Clin Obstet Gynecol. 2003 Dec;46(4):811-23.

29. Takei EHS, Schivoletto S. Ansiedade: como diagnosticar e tratar. *Revista Brasileira de Medicina*. 2000;57(7):67-78.
30. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EA, Marques AP, Pereira CA. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*. 2004 Nov 4;122(6):252-8.
31. Lorencatto C, Vieira MJ, Pinto CL, Petta CA. [Evaluation of the frequency of depression in patients with endometriosis and pelvic pain]. *Rev Assoc Med Bras*. 2002 Jul-Sep;48(3):217-21.
32. Pacak K, Palkovits M. Stressor specificity of central neuroendocrine responses: implications for stress-related disorders. *Endocr Rev*. 2001 Aug;22(4):502-48.
33. Kurita GP, Pimenta CA. [Compliance with chronic pain treatment: study of demographic, therapeutic and psychosocial variables]. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003 Jun;61(2B):416-25.
34. Lorencatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):88-92.
35. Almeida ECSAd, Nogueira AA, Reis FJCd. Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher. *Femina*. 2002;30(10):699-703.
36. Bernik MA, Gorenstein C, Vieira Filho AH. Stressful reactions and panic attacks induced by flumazenil in chronic benzodiazepine users. *J Psychopharmacol*. 1998;12(2):146-50.
37. Nardi AE. *Questões Atuais sobre Depressão*. São Paulo: Lemos Editorial; 2006.
38. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996 Mar;87(3):321-7.
39. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory*: Psychological Corporation; 1993.
40. Cunha JA. *Manual da Versão em Português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
41. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71.
42. Beck AT. *Depression: causes and treatment*. 2nd ed: University of Pennsylvania Press 1967.

43. Williams JG, Barlow DH, Agras WS. Behavioral measurement of severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1972 Sep;27(3):330-3.
44. Selye H. History and present status of the stress concept. In: L. Goldberger & M. Breznit (eds) *Handbook of stress. Theoretical and Clinical Aspects*. London: Free Press; 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo:

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS EM MULHERES COM DOR PÉLVICA
CRÔNICA**

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidada para participar, como voluntária em uma pesquisa. Após ser Esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Este estudo se destina a estudar a depressão, ansiedade, stress, função sexual e qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica, que pretende pesquisar basicamente a prevalência de dor pélvica na população em geral, estudar possíveis fatores de risco associados à doença em questão e verificar a como esses fatores interferem na qualidade de vida das mulheres com dor pélvica crônica. Com a sua participação nesse projeto, você estará contribuindo para apontar as graves consequências para a saúde e a vida das mulheres com dor pélvica crônica. Além de denotar a importância de tratamentos e intervenções que possam reverter o quadro clínico da dor pélvica crônica, da depressão e ansiedade. Este estudo se iniciou em maio de 2008 e terminará em março de 2010.

Sua participação nesse estudo será responder formulários objetivos (marcando um "X") que serão feitos em entrevista na sua casa por entrevistadores devidamente identificados e treinados para explicar eventuais dúvidas. Você não precisará responder às questões que não quiser ou se sentir desconfortável e insegura. Você não terá gastos financeiros, pois as avaliações serão feitas no seu domicílio.

Os pesquisadores responsáveis se comprometem, caso você tenha o diagnóstico de dor pélvica crônica e/ ou apresente sinais e sintomas de fatores associados, como depressão, ansiedade ou stress a encaminhá-la para um serviço de referência, para confirmação do diagnóstico e eventual tratamento. Será garantido à senhora o acampamento durante todo o período de sua participação no

projeto, bem como de que lhe será assegurada a continuidade do seu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa. Porém, não será garantido que você receberá qualquer benefício direto deste estudo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Você será indenizada por qualquer despesa que venha a ter com sua participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas estão garantidos os recursos.

Pesquisador responsável
Prof^a. Dr^a. Luciane Maria Oliveira Brito
CRM – 847 – MA

Pesquisador envolvido
Mariana Serra de Aragão
CRP – 11^a /04693 – MA

São Luis, ____/____/____

Assinatura da voluntaria

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações

Equipe Pesquisadora:

Prof^a. Dr^a. Luciane Maria Oliveira Brito – Praça Gonçalves Dias, n. 21. Centro. Tel: (98) 3232 – 0286.

Mariana Serra de Aragão – Praça Gonçalves Dias, n. 21. Centro (98) 8111 0649

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro. São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109 – 1229

ANEXOS

ANEXO A – Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital
Universitário da Universidade Federal do Maranhão – CEP-HUUFMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. **228/09**

Pesquisador (a) Responsável: **Luciane Maria Oliveira Brito**

Equipe executora: **Luciane Maria Oliveira Brito, Mariana Serra de Aragão, Daniele Soares Veras, Guilherme Aragão Bringel e Iohana Gabriella Silva Ribeiro.**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Pesquisa**

Registro do CEP: **006/09** Processo Nº. **000303/2009-70**

Instituição onde será desenvolvido: **Secretaria Municipal de Saúde**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.09** o processo Nº. **0003032009-70**, referente ao projeto de pesquisa: "**Ansiedade e Depressão na Qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica**", tendo como pesquisador(a) responsável: **Luciane Maria Oliveira Brito**, cujo objetivo geral é "**Estudar a prevalência de depressão, ansiedade, stress, função sexual e qualidade de vida em mulheres com dor pélvica crônica, verificando, analisando e discutindo questões inerentes ao tema proposto**".

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se ao (a) pesquisador(a) o envio a este CEP, relatório parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 12 de junho de 2009.


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

ANEXO B- Protocolo de Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome:

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

Renda mensal: _____

() ate 5 salários mínimos

() de 6 a 10 salários mínimos

() de 11 a 15 salários mínimos

() maior de 16

Trabalho: () Remunerado

() Não Remunerado

Numero de filhos: () Nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra? Qual?

Estado Civil:

() Solteira () Casada () Amasiada () Separada () Divorciada ()

Viúva

Tempo de Casamento: _____

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

Tempo de dor (anos):

ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me inco- modou muito	Moderada- mente Foi muito desagra- dável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

**Casa do
Psicólogo®**

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

- | | |
|---|---|
| <p>1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|---|---|

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio.	19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____
15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.	20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.	
18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.	

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

ANEXO E – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Data do nascimento: ____/____/____ Local do Nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Pub. () Priv. ()

Lateralidade: Destro () Sinistro () Ambidestro () Profissão: _____

Função: _____ Data da Aplicação: ____/____/____

Aplicador: _____ Início: _____ Término: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____

Quadro 1a: Marque com **F1** os sintomas que tem experimentado **nas últimas 24 horas**

- () 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- () 2. BOCA SECA
- () 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- () 4. AUMENTO DE SUDORESE (muito suor, suadeira)
- () 5. TENSÃO MUSCULAR
- () 6. APERTO DA MANDÍBULA/RANGER OS DENTES
- () 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- () 8. INSÔNIA (dificuldade para dormir)
- () 9. TAQUICARDIA (batedeira no peito)
- () 10. HIPERVENTILAÇÃO (respirar ofegante, rápido)
- () 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL SÚBITA E PASSAGEIRA (pressão alta)
- () 12. MUDANÇA DE APETITE

Quadro 1b: Marque com **P1** os sintomas que tem experimentado **nas últimas 24 horas**

- () 13. AUMENTO SÚBITO DE MOTIVAÇÃO

- () 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- () 15. VONTADE SÚBITA DE INICIAR NOVOS PROJETOS

Quadro 2a: Marque com um **F2** os sintomas que tem experimentado **na última semana**

- () 1. PROBLEMAS COM A MÉMORIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (prob. de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

Quadro 2b: Marque com um **P2** os sintomas que tem experimentado **na última semana**

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SO ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (sem vontade de sexo)

Quadro 3a: Marque com um **F3** os sintomas que tem experimentado **no último mês**

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
- () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
- () 3. INSÔNIA (dificuldade para dormir)
- () 4. NAÚSEA
- () 5. TIQUES
- () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA (pressão alta)
- () 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS (problemas de pele)
- () 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE

- () 9. EXCESSO DE GASES
- () 10. TONTURA FREQUENTE
- () 11. ÚLCERA
- () 12. ENFARTE

Quadro 3b: Marque com um **P3** os sintomas que tem experimentado **no último mês**

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR
- () 14. PESADELOS
- () 15. SENSAÇÃO DE INCOPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS
- () 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO
- () 17. APATIA, DEPRESSÃO, OU RAIVA PROLONGADA
- () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
- () 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SO ASSUNTO
- () 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE
- () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA
- () 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA
- () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

10 PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO

10.1 Periódico Selecionado

O periódico escolhido para submissão do artigo foi a revista *Psicologia Hospitalar*, que possui estrato B5 na área de avaliação Medicina II (ISSN 1677-7409 versão impressa /ISSN 2175-3547 versão on-line).

Apresentação

A Revista de Psicologia Hospitalar, editada pela Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da FMUSP em parceria com o CEPSIC (Centro de Estudos em Psicologia da Saúde, tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento científico e a prática da Psicologia Hospitalar e da Saúde. As Normas de Publicação baseiam-se no Publication Manual of the American Psychological Association – APA (2001, 5a edição), com algumas adaptações para adequação à língua portuguesa. A Revista recebe trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: Artigos Originais, Relatos de Experiência Profissional, Resenhas e Revisões. Os autores de manuscritos aceitos deverão enviar via correio carta de concessão de direitos autorais para a revista, assinada por todos os autores. Os manuscritos aceitos e editados serão publicados on-line.

Passos do processo editorial

Enviar o manuscrito pelo correio eletrônico:
revpsicologia.hospitalar@hotmail.com

- Anexar carta de encaminhamento ao editor, indicando a categoria na qual o manuscrito se insere (artigo original, relato de experiência profissional, relato de pesquisa, resenha e revisão crítica da literatura). Incluir autorização para publicação e ciência de que os direitos autorais estão sendo concedidos à revista Psicologia Hospitalar. A carta deve ser assinada pelo autor e pelos colaboradores, no caso de co-autoria.
- Inicialmente os manuscritos serão apreciados pelo editor e, caso sejam considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados aos membros do Conselho Editorial e aos consultores ad hoc, escolhidos pelo editor entre pesquisadores de reconhecida competência na área.
- A identidade dos autores e suas afiliações institucionais não serão informadas aos consultores ad hoc. Após análise dos manuscritos, os consultores emitem um parecer no qual aceitam, recusam ou recomendam (com reformulações) a publicação. Os autores receberão uma cópia dos pareceres na íntegra, sem informação sobre a identidade ou afiliação institucional dos pareceristas.
- Caso o manuscrito seja recomendado para publicação, os autores poderão reapresentá-lo em versão reformulada, anexando nova carta de encaminhamento ao editor, com comentários sobre as reformulações efetuadas e justificativas para as reformulações não realizadas.
- Não necessariamente a versão reformulada será aceita, pois isso dependerá do novo parecer, que será emitido pelos mesmos consultores que avaliaram a primeira versão. Até a aceitação definitiva, este procedimento de reavaliação e reformulação do manuscrito poderá se repetir quantas vezes o Conselho Editorial considerar necessárias.
- Uma vez aceitos, os manuscritos serão publicados em editoração exclusivamente eletrônica e os autores serão notificados da data da publicação.

Direitos autorais

A reprodução total dos artigos em outras publicações ou para qualquer outro fim, requer autorização por escrito do editor da revista Psicologia Hospitalar.

Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, mais de 500 palavras do texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do editor da revista Psicologia Hospitalar e dos autores.

Reprodução de outras publicações

Citações com mais de 500 palavras, reprodução de figuras, tabelas ou outras ilustrações só poderão ser incluídas em artigo desta revista mediante autorização por escrito do detentor dos direitos autorais do trabalho original e devem ser especificadas no texto. Essa autorização deve ser obtida pelos autores e anexada à carta de encaminhamento do manuscrito ao editor. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância.

10.2 Apresentação formal do manuscrito

Os trabalhos devem ser digitados em editor de texto Word (for Windows); tamanho do papel A4 (21 x 29,7 cm); fonte Times New Roman tamanho 12; alinhamento justificado; máximo de 25 páginas, parágrafo com espaçamento entre linhas duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc. Margens com 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita). A numeração das páginas deve estar no canto superior direito. Evitar o uso de ênfases gráficas (negrito, itálico, aspas, marcas d'água, etc.), visto que podem trazer problemas para a editoração e não são recomendadas pelo Manual APA.

As partes do manuscrito devem obedecer a seguinte ordem:

1. Folha de rosto identificada, contendo:

Título em português e em inglês – título em português (máximo de 15 palavras, maiúscula e minúscula, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

Nome completo de todos os autores.

Afiliação institucional de cada um dos autores.

Endereço completo, telefone e e-mail de um dos autores para correspondência com o editor.

2. Folha de rosto sem identificação, contendo título em português (máximo de 15 palavras, maiúscula e minúscula, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

3. Resumo

Até 150 palavras, fonte Times New Roman tamanho 10, parágrafo com espaçamento entre linhas simples e alinhamento justificado.

Palavras-chave: no mínimo 3 (três) e no máximo 5 (cinco), em letras minúsculas, separadas por ponto e vírgula, preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS-Psi Brasil).

4. Abstract

Resumo em inglês, até 150 palavras, fonte Times New Roman tamanho 10, parágrafo com espaçamento entre linhas simples e alinhamento justificado. Deve ser fiel ao resumo em português, porém não uma tradução literal do mesmo. A Revista Psicologia Hospitalar faz a revisão final do abstract e reserva-se o direito de corrigi-lo, se necessário.

Keywords: tradução para o inglês das palavras-chave

5. Corpo do texto

Deve começar em uma nova página, numerada como página 3. Não é necessário colocar o título nesta página. As páginas subsequentes devem estar numeradas. Não iniciar uma nova página a cada subtítulo. Separar os subtítulos através de uma linha em branco.

Notas de rodapé devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e listadas após as referências, em página separada, intitulada Notas.

A inclusão de figuras e tabelas deve ser indicada no texto, mas elas devem ser apresentadas em Anexo (item 7). Não utilizar expressões como "a tabela acima" ou "a figura abaixo", pois no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação quadros ou gráficos, apenas tabelas e figuras.

Seguir atentamente as normas de citação. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação, na primeira vez em que forem citados em cada parágrafo. As citações literais com menos de 40 palavras devem ser digitadas normalmente no texto, entre aspas, com pontuação antes do fechamento das aspas. O número da(s) página(s) do trabalho do qual a citação foi copiada deve ser apresentado entre parênteses. Citações com mais de 40 palavras devem ser apresentadas em parágrafo próprio sem aspas, acrescentando 1cm no recuo do parágrafo na margem esquerda em fonte tamanho 10. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original que podem ser pontuados através da palavra [sic], que deve vir em itálico e entre colchetes logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase em uma ou mais palavras deve ser feita em itálico, seguida de [grifo nosso].

Nas citações indiretas, utilizar a expressão “citado por” e informar a referência original, com sobrenome do autor, data, sobrenome do autor que faz a referência original e data de sua publicação.

Todos os estudos citados no texto devem constar na lista de Referências.

Exemplos de citações no texto

Os exemplos abaixo não esgotam as possibilidades de citação. Para fazer a referência a outros veículos de divulgação que não constam nesta lista, consultar o Publication Manual of the American Psychological Association – APA (2001, 5a edição).

Textos com autoria múltipla

Dois autores: cite os dois sobrenomes sempre que o artigo for referido no texto, utilizando "e" entre os mesmos, seguidos da data do estudo entre parênteses.

Três a cinco autores: incluir todos os sobrenomes na primeira citação, seguidos da data do estudo entre parênteses. A partir da segunda citação utilizar o sobrenome do primeiro autor seguido da expressão latina et al. e da data entre parênteses, caso seja a primeira citação no parágrafo.

Seis ou mais autores: citar apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido da expressão et al. e da data entre parênteses. Na seção Referências todos os autores devem ser relacionados.

Observações:

Utilizar letra maiúscula apenas na primeira letra do sobrenome.

Quando as citações vierem entre parênteses, substituir “e” por “&” e incluir a data após vírgula.

Exemplo 1:

Segundo Kurita e Pimenta (2000) as características da fibromialgia, levam o paciente a uma certa descrença em relação ao tratamento.

Ou

As características da fibromialgia levam o paciente a uma certa descrença em relação ao tratamento (Kurita & Pimenta, 2000).

Exemplo 2:

Na primeira vez que aparece no texto:

Segundo Holahan, Moss, Holahan e Brennan (1995) a existência de suporte social...

Nas citações seguintes:

Para Holahan et al. (1995) a estratégia de coping...

Citação de obras antigas e reeditadas

Utilizar o seguinte formato: sobrenome (data da publicação original / data da publicação consultada).

Exemplo:

Freud (1905/1975) ou (Freud, 1905/1975)

Citação indireta

Trata-se da citação de um artigo referido em uma publicação consultada, sem ter sido diretamente consultado. Na seção Referências citar apenas a obra efetivamente consultada.

Exemplo:

Pollack (1998, citado por Martinez, 1999) afirma que...

6. Agradecimentos

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Devem vir antes das referências.

7. Referências

As referências devem ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e constituir uma lista

encabeçada pelo título Referências.

No caso de mais de uma referência do mesmo autor, utilizar ordem cronológica (do trabalho mais antigo ao mais recente). Não substituir nomes de autores referidos mais de uma vez por travessões ou traços.

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo:

Artigo de periódico:

Bezerra, D. S. (2003). O desejo e a fragilidade do corpo. *Psicologia Hospitalar*, 1(2), 21-29

Livro no todo com autoria própria:

Mannoni, M. (1995). O nominável e o inominável. A última palavra da vida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Livro com autoria institucional:

Associação Brasileira de Normas Técnicas. (2000). NBR 6023: informação e documentação: referência – elaboração. Rio de Janeiro: Author.

Livro com indicação de edição:

Pfromm Neto, S. (1990). *Psicologia: introdução e guia de estudo* (2a ed.). São Paulo: EPU.

Livro com indicação de tradutor:

Skinner, B. (1993). Sobre o behaviorismo (9a ed., M. B. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.

Livro com indicação de volume:

Capovilla, F. C., & Raphael, W. D. (2001). Dicionário enciclopédico ilustrado trilingüea língua de sinais brasileira (Vols. 1-2). São Paulo: EDUSP.

Capítulo de livro:

Tourinho, E. (1997). O conceito de comportamento encoberto no behaviorismo de B. F. Skinner. In R. Branco (Org.), Sobre comportamento e cognição (pp. 267-271). São Paulo: ARBytes.

Teses

Rocha, M. C. G. (1992). Instrução programada versus ensino por computador: um estudo comparativo de eficiência e aspectos psicoeducacionais. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Trabalho apresentado em congresso:

Mattos, M. I. L., La Taille, Y. J. J. M. L., Nogueira Júnior, T. B., Basaglia, A., Moraes, D. F. L., & Prado, C. B. (1998). Agressividade e valores morais. In Resumos, 4. Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (p. 22). São Paulo: IP/USP.

Artigo de periódico online:

Hartmann, E. (1996). Outline for a theory on the nature and functions of dreaming. *Dreaming*, 6(22). Recuperado em 20 abr. 1998: www.asdrems.org/journal/articles/hartmam.htm.

8. Anexos

Os anexos devem ser indicados no texto, identificados por letras maiúsculas (A, B, C e assim por diante) e por títulos adequados, e apresentados no final do manuscrito, em uma nova página, após as Referências. Utilizar anexos somente quando for imprescindível, dando preferência a informações que facilitem ao leitor o acesso a materiais ou instrumentos, através de notas.

9. Figuras e Tabelas

As figuras e tabelas devem ser apresentadas com as respectivas legendas e títulos, uma em cada página, preferencialmente elaboradas no MSWord. Devem ser apresentadas em preto e branco e não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

Os títulos das tabelas devem ser colocados acima das mesmas logo abaixo da palavra Tabela e seu número, devendo indicar seu conteúdo em até 15 palavras. A primeira letra de cada palavra do título das tabelas deve ser maiúscula e as demais letras devem ser minúsculas. O título deve ser sublinhado e não conter ponto final.

Não utilizar letras maiúsculas (exceto na primeira letra da primeira palavra), negrito ou itálico dentro da tabela, evitando abreviações que, quando imprescindíveis, devem ser indicadas claramente no texto.

Os títulos das figuras devem ser apresentados abaixo das mesmas, em seguida da palavra Figura e seu número, com letra maiúscula apenas na primeira palavra e conter ponto final.

CEPSIC - Centro de Estudos em Psicologia da Saúde

Rua Veríssimo Gloria, 149

Cep: 01251-140 São Paulo - SP

Home Page: www.cepsic.org.br

10.3 Artigo propriamente dito

Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica

Anxiety, depression and stress in women with chronic pelvic pain

Mariana Serra de Aragão¹; Luciane Maria Oliveira Brito¹; Omero Benedicto Poli Neto²; Antônio Alberto Nogueira²; Tamara Santiago Mascarenhas³; Maria Bethânia Costa Chein¹;

1: Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão – São Luís (MA), Brasil.

2: Programa de Pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

3: Departamento de Medicina da Universidade Federal do Maranhão – São Luís (MA), Brasil.

Endereço para correspondência:

Luciane Maria Oliveira Brito

Praça Gonçalves Dias nº 21, 2º andar. Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, CEP 65020-240, São Luís – MA, Brasil.

Fone: 55(98)3301-9600; Fax: 55(98)3232-0286

E-mail: lucianebrito@ufma.br

Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica

Anxiety, depression and stress in women with chronic pelvic pain

Resumo

O estudo objetivou estimar a prevalência de ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica (DPC) identificadas na comunidade e que não estão sendo atendidas em serviços especializados, além de verificar se existem associações com a duração e intensidade dos sintomas de dor. É um estudo caso-controle, realizado em São Luís, MA, em um grupo de 54 mulheres com DPC e outro de 150 sem DPC. As variáveis avaliadas foram: tempo de dor em meses, intensidade da dor e escores de ansiedade, depressão e estresse. As prevalências no grupo caso foram: estresse, 59,26%; ansiedade, e depressão, ambas no nível mínimo, 35,19% e 50%, respectivamente; no nível severo a prevalência das mesmas foi de 3,33% e 1,33%, respectivamente. Intensidade da dor e depressão correlacionaram-se positivamente ($r=0,1275$). Mulheres com DPC apresentam escores mais elevados de ansiedade, depressão e estresse. A depressão foi positivamente relacionada com a intensidade da dor.

Palavras-chave: Dor pélvica; ansiedade; depressão; estresse.

Abstract

The study aimed to estimate the prevalence of anxiety, depression and stress in women with chronic pelvic pain (CPP) identified in the community and are not being cared for in specialized services, in addition to checking whether there are associations with the duration and intensity of pain symptoms. It is a case-control study conducted in Sao Luis, MA, in a group of 54 women with CPP and another 150 without CPP. The variables evaluated were: time in months of pain, pain intensity and scores of anxiety, depression and stress. The prevalence in the case group were: stress, 59.26%; anxiety and depression in both minimum level, 35.19% and 50%, respectively; severe level prevalence thereof was 3.33% and 1.33%, respectively. Pain intensity and depression were positively correlated ($r = 0.1275$). Women with CPP have higher scores for anxiety, depression and stress. Depression was positively correlated with pain intensity.

Key words: Pelvic pain; anxiety; depression; stress.

Introdução

A dor pélvica crônica é um problema comum que tem impacto sobre a qualidade de vida das pacientes. Ela pode ser definida como dor cuja duração seja de 6 meses ou mais, dependente do ciclo menstrual mulheres ou não, com gravidade suficiente para causar incapacidade funcional e/ou levar a assistência médica ou que não respondeu a tratamento prévio (ACOG, 2004; Rock & Jones, 2008)

A dor é uma manifestação subjetiva, uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 1979). Ela atua variando a percepção de pessoa para pessoa, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (ACOG, 2004).

A dor pélvica é um sintoma frequente e atinge de 14 a 24% das mulheres em idade reprodutiva, com impacto direto no bem estar das pacientes, o que a configura em sério problema de saúde pública (Nogueira, Reis, & Poli Neto, 2006). Em estudo brasileiro realizado em Ribeirão Preto, a prevalência foi de 15.1% entre aquelas em idade fértil (Silva, 2011).

A DPC possui um diagnóstico sindrômico comum e complexo, muitas vezes de causa não identificada, tornando seu tratamento mais difícil. A importância deste tema se reflete no impacto que provoca sobre o bem estar das pacientes acometidas, provocando alterações emocionais e afetando sua vida conjugal, social, profissional e sexual (Romao, et al., 2009; Romão, 2008). Embora a fonte do problema não possa ser facilmente determinada (Rock & Jones, 2008), entre as causas mais comuns de DPC estão a endometriose, aderências, síndrome do intestino irritável e cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa. Contudo, o envolvimento do sistema músculo-esquelético tem sido progressivamente demonstrado em associação com essa doença (Montenegro, et al., 2009; Steege, 1997).

Fatores psicológicos podem piorar a dor ou mesmo causar uma sensação de dor onde não existe qualquer problema físico. Muitos profissionais da saúde tendem a considerar os distúrbios psicológicos apenas como consequências, quando deveriam ser atribuídos como causas (Falvey, 2001). No quadro clínico da DPC podem estar associados sintomas de ansiedade e depressão (Telles & Amaral, 2007).

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho (Andrade & Gorenstein, 1998). Pode ainda ser caracterizada como um sentimento de apreensão desagradável, vago, acompanhado de sensações físicas como vazio (ou frio) no estômago (ou na espinha), opressão no peito, palpitações, transpiração, cefaleia, ou falta de ar (Takei & Schivoletto, 2000). Demonstrou-se que mulheres com situação de dor crônica, apresentam tensão, preocupação, nervosismo frente a doença, que ocasionam níveis de ansiedade mais elevados que a população geral (Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques, & Pereira, 2004).

A relação entre dor e depressão pode agravar o sofrimento, comprometer o tratamento, ocasionar isolamento social, desesperança e privação de cuidados (Almeida, Nogueira, & Reis, 2002). Mulheres com DPC podem ter diagnóstico de depressão (Romao, et al., 2009; Sepulcri & do Amaral, 2009) e estima-se que a prevalência varie de 12-35% (Poleshuck, et al., 2009). Entende-se por depressão uma doença com sintomas físicos e psíquicos bastante claros e intensos, que é desproporcional e anormalmente duradoura quando relacionada a um fator estressante ou entristecedor (Nardi, 2006). Dentre os sintomas estão o sentimento de tristeza persistente; problemas de autoconfiança; sentimentos de desesperança, desamparo, solidão ou inutilidade; isolamento; acessos de choro; auto-agressão; pensamentos de suicídio e morte entre outros (DSM-IV-TR, 2002).

Além da ansiedade e depressão, o estresse é visto como fator que pode contribuir para o agravamento da DPC, como também para cronificar o processo etiológico da doença (Lorencatto, Petta, Navarro, Bahamondes, & Matos, 2006). O estresse consiste na reação do organismo com componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorrem quando surge a necessidade de uma adaptação grande a um evento ou situação de importância (Lipp, 2000). A dor constitui um potente agente causador de estresse físico, pois sugere ameaça à integridade física do organismo (Pacak & Palkovits, 2001).

Mulheres com DPC, em geral, têm longo histórico de dor, acompanhado de sofrimento psíquico, comprometimento na vida profissional, social e descrença no tratamento. Tais condições podem favorecer a não adesão ao tratamento, além de acarretar um prolongamento do sofrimento psíquico e ocasionar prejuízos a funcionalidade física (Kurita & Pimenta, 2003).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é identificar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse em mulheres da cidade de São Luís - MA com dor pélvica crônica e verificar suas possíveis associações com a duração e intensidade da dor.

Sujeitos e Métodos

O recrutamento de mulheres para o presente estudo foi realizado na cidade de São Luís. A escolha dos bairros estudados foi realizada por meio de sorteio aleatório, de modo que se obteve uma amostra significativa do município.

O resultado do cálculo do tamanho amostral foi de 1.470 mulheres. Considerou-se ainda uma possibilidade de que 10 a 15% das mulheres poderiam não participar da pesquisa para efeito de cálculo (Mathias, Kuppermann, Liberman, Lipschutz, & Steege, 1996).

Dentre a amostra determinada, foram diagnosticados 284 casos de mulheres com DPC, das quais foram entrevistadas 54. Os motivos da não participação na pesquisa pelas outras mulheres foram: endereços incorretos ou incompletos, recusa na participação, mudança sem

aviso, não estavam presentes em domicílio e/ou estavam gestantes. Para formação do grupo controle, obteve-se o número de 150 mulheres por meio da proporção de 3:1. Assim, o grupo sem DPC era composto por mulheres saudáveis em faixa etária, residências e condições socioeconômicas semelhantes às mulheres com DPC.

O grupo controle foi formado por mulheres que residem nas proximidades, sem DPC, da mesma faixa etária e mesmas condições sociodemográficas. Os domicílios foram escolhidos de modo aleatório.

Foram incluídas as mulheres residentes na área do estudo diagnosticadas com DPC e que estavam após a menarca e acima de 14 anos. A definição de DPC foi feita conforme o conceito de ACOG (2004), citado previamente. Os critérios para não inclusão do estudo foram os que se seguem: história de transtorno psiquiátrico (psicose) anterior à doença, câncer, mulheres gestantes, não alfabetizadas ou que não tinham condições de compreensão em relação às escalas utilizadas, mulheres deficientes ou não encontradas nas residências e as que se recusaram em participar do estudo e/ou desacordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Variáveis

As variáveis utilizadas no presente estudo foram: idade; estado marital (caracterizado em casada, morando junto, solteira, separada, divorciada, viúva); escolaridade; número de membros da família; renda familiar per capita (renda familiar total dividida pelo número total de indivíduos que moram no mesmo domicílio); atividade física (prática de atividade física regular, tipo e frequência); tempo de dor em meses; sinais e sintomas de ansiedade; sinais e sintomas de depressão; sinais e sintomas de estresse e tratamento prévio para dor pélvica crônica, ansiedade, depressão e estresse.

Instrumentos utilizados

Para avaliação dos escores de ansiedade, depressão e estresse foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica: BAI (*Beck Anxiety Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*) e o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) (Beck & Steer, 1993).

O BAI – Inventário de Ansiedade de Beck - foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, no *Center for Cognitive Therapy* (CCT), em 1988. Constitui-se numa escala de auto-relato, composta por 21 itens, que mede a intensidade da ansiedade e contém afirmações descritivas de sintomas de ansiedade (Beck & Steer, 1993). Os itens devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, conforme Manual da versão em português das Escalas de Beck (Cunha, 2001) que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma como: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente: não me incomodou muito”; 3) “Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”.

O BDI – Inventário de Depressão de Beck - é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros recursos dimensionais. É uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão (Williams, Barlow, & Agras, 1972), com escores de 0 a 3.

O Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) pretende identificar de modo objetivo a sintomatologia que a paciente apresenta, avaliando os tipos de sintomas (somático ou psicológico) e a fase que se encontra (Lipp, 2000). Apresenta um modelo quadrifásico do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). É composto de três quadros que se referem às últimas das quatro fases do estresse, sendo o quadro dois utilizado para avaliar as fases dois e três (resistência e quase exaustão). Os sintomas listados no ISSL são típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto por doze sintomas físicos e três

psicológicos, a paciente assinala com F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenham experimentado nas últimas vinte quatro horas. O segundo quadro é composto por dez sintomas físicos e cinco psicológicos, a paciente marca com F2 ou P2, os sintomas experimentados na última semana. O último quadro é composto por doze sintomas físicos e onze psicológicos, a paciente assinala com F3 ou P3 os sintomas que experimentou no último mês (Lipp, 2000).

Procedimentos

Este é um estudo caso-controle, cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob parecer consubstanciado nº 228/09, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Para cada mulher consultada e entrevistada foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foi esclarecida dos procedimentos da pesquisa e aceitou assinar o referido Termo, ficando uma via com a mesma.

Todas as mulheres responderam um protocolo de coleta de dados de identificação, que constava de nome, idade, escolaridade, renda mensal, ocupação, número de filhos, religião, estado civil, tempo de casamento, e tempo de dor. No segundo momento, foram aplicados os questionários do BDI, BAI e Lipp para avaliação psicológica, sendo diagnosticadas ou não com ansiedade, depressão ou estresse, quantificados os escores de cada um e avaliadas quanto à prevalência dos sinais e sintomas característicos dos mesmos.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com a ajuda do programa SPSS 15.0. Análise de regressão logística simples e múltipla foi realizada para estimar a razão e risco relativo de ter dor pélvica crônica, dados as variáveis estudadas (possíveis fatores de risco). Foi utilizado o teste

não paramétrico U de Mann-Whitney, o teste exato de Fisher, teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Sperman.

Resultados

No presente estudo foi observada uma associação significativa entre estresse e DPC ($p=0,0038$), sendo a prevalência para estresse em mulheres caso e no grupo controle de 59,26% (32/54) e 36% (54/150), respectivamente. Ao ODDS RATIO (OD), observou-se que mulheres com DPC possuem chance de 2,586 vezes de ter estresse quando comparado ao grupo de mulheres saudáveis.

Considerando o modelo quadrifásico, observou-se que mulheres com DPC tendem a sofrer mais intensamente as fases de alerta do estresse do que mulheres sem DPC ($p=0,0049$). Observou-se que entre as mulheres com DPC e estresse 71,88% (23/32), 15,63% (5/32) e 12,50% (4/32), apresentaram as fases *resistência*, *quase exaustão* e *exaustão*, respectivamente.

Quanto aos escores de ansiedade e depressão observou-se diferenças estatisticamente significantes entre medianas dos dois grupos. A figura 1 demonstra as características numéricas, média e mediana, dos escores de ansiedade e depressão para os dois grupos.

(Inserir Figura 1)

A mediana de ansiedade encontrada neste estudo para mulheres do grupo caso foi de 14,50 e de 8,00 para o controle. A mediana de depressão encontrada para mulheres com DPC foi de 11,50 e de 6,00 para mulheres sem DPC.

A prevalência de depressão para o grupo caso em relação aos níveis de intensidade *mínimo*, *leve*, *moderado* e *severo* foram de 50,00% (27/54), 24,07% (13/150), 22,22% (12/54) e 3,70% (6/54), respectivamente. Enquanto que a prevalência de depressão para o grupo controle em relação aos mesmos níveis foram, respectivamente, de 78,67% (118/150), 16,00% (24/150), 4,00% (6/150) e 1,33% (2/150).

(Inserir Figura 2)

No grupo de mulheres com DPC, a prevalência de ansiedade para os níveis de intensidade *mínimo, leve, moderado e severo* foram de 35,19% (19/54), 27,78% (15/54), 25,93% (14/54) e 11,11% (6/54), respectivamente. Quanto ao grupo sem DPC, a prevalência de ansiedade para os mesmos níveis citados foram de 67,33% (101/150), 24,67% (37/150), 4,67% (7/150) e 3,33% (5/150), respectivamente.

(Inserir Figura 3)

Houve uma correlação negativa do tempo da dor, ansiedade ($p=0,5036$; Spearman $r= - 0,0930$) e depressão ($p=0,1831$; Spearman $r= - 0,1839$). Em relação a intensidade da dor e ansiedade observou-se uma correlação negativa ($p=0,5190$; Spearman $r= - 0,09241$), enquanto que para depressão uma correlação positiva ($p=0,3525$; Spearman $r=0,1275$). A figura 4 mostra a correlação entre os escores de depressão e intensidade da dor.

(Inserir Figura 4).

Discussão

Ao identificar a prevalência de estresse, ansiedade e depressão e mulheres com DPC, ressaltou-se a variedade de comorbidades não ginecológicas a que a DPC pode estar relacionada. Ainda que seja difícil estabelecer uma relação de causalidade, é sugestiva importância do acompanhamento multidisciplinar.

A associação entre estresse e DPC foi significativa. Além disso, os resultados mostraram que estas tendam a sofrer mais intensamente as fases do estresse do que mulheres sem DPC. Em um estudo recente, Luz (2011) evidenciou que o estresse (24%) e o estado emocional (24%) são uns dos principais fatores que desencadeiam a DPC de acordo com a percepção das mulheres entrevistadas. Não foram encontrados outros estudos que fizessem correlação entre estresse e DPC.

Verificou-se que a mediana de ansiedade foi superior para o grupo caso quando comparada ao grupo de mulheres saudáveis. Alguns estudos mostram associação entre dor crônica e ansiedade (Peveler, Edwards, Daddow, & Thomas, 1996), porém poucos evidenciam em mulheres com DPC (Romão, 2008).

A prevalência de depressão em mulheres com DPC oscila entre 38 e 87% (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Castro, et al., 2006). Vários estudos apontam uma associação entre DPC e depressão (Gomibuchi, et al., 1993; Monga, Tan, Ostermann, Monga, & Grabois, 1998; Renaer, Vertommen, Nijs, Wagemans, & Van Hemelrijck, 1979; Romão, 2008). A mediana de depressão revelou-se maior para mulheres com DPC quando comparadas com mulheres sem DPC, corroborando com resultados desses outros autores.

Um estudo englobando 106 mulheres, sendo 52 com DPC e 54 sem DPC em Ribeirão Preto – SP, revelou uma prevalência de depressão de 40% e ansiedade de 73% em mulheres com DPC (Romão, 2008). Fráguas Júnior & Figueiró (2001) encontraram proporções semelhantes de ansiedade e depressão, apresentando uma prevalência de 67% para ansiedade e 46,2% para depressão. No estudo Barcelos, Conde, Deus, & Martinez (2010), incluindo 30 mulheres com DPC e 20 sem DPC, a prevalência de ansiedade e depressão, no primeiro grupo foi de 73% e 30 %, respectivamente.

Um estudo realizado por Reiter (1998) estimou que depressão e ansiedade são os dois diagnósticos psicológicos mais comuns em mulheres com DPC; com taxas de prevalência variando entre 25 a 50% e 10 a 20% respectivamente. Hodgkiss, Sufraz, & Watson (1994) afirmam que existe uma taxa maior de depressão em mulheres com DPC do que em controles normais.

Contudo, no estudo de Luz (2011), o qual identificou a presença de depressão em 72% das mulheres com DPC e em 58% das mulheres sem DPC, a diferença não foi significativa ($p=0,1422$).

A prevalência da depressão é bastante variável conforme os autores; mas, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) a depressão varia de 12 a 17,2% entre mulheres. Porém, ainda hoje não apresenta relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (DSM-IV-TR, 2002)

Os resultados deste estudo foram compatíveis com outros, evidenciando que mulheres com DPC apresentam maiores escores de ansiedade e depressão quando correlacionadas às mulheres do grupo controle.

No presente estudo ficou indicada uma correlação negativa do tempo da dor, ansiedade e depressão. Enquanto que para intensidade da dor e ansiedade observou-se uma correlação negativa, para depressão houve uma correlação positiva. Porém, não foram encontrados estudos em que fizessem correlação entre essas variáveis.

Não foi possível estabelecer, com os dados disponíveis, uma relação de causalidade entre DPC e depressão, pois tanto a sintomatologia depressiva poderia ser responsável pela dor quanto o inverso. Ford (1986) afirma que tanto a depressão como a dor crônica são formas comuns de somatização. A dor pode ser uma expressão somática do desconforto psicológico, e a depressão pode ser uma resposta à dor crônica. Sugere-se que a dor também esteja associada à intensidade da depressão (Botega, Bio, Zomignani, Garcia, & Pereira, 1995).

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

Considerando que mulheres com DPC apresentam escores mais elevados de ansiedade, depressão e estresse em relação a mulheres sem DPC e que esses fatores possivelmente causam impacto na qualidade de vida, restringem e modificam o cotidiano dessas mulheres, ressalta-se a importância de tratamentos e intervenções nas mulheres com DPC a fim de

reverter ou minimizar o quadro clínico de dor e de fatores associados. A avaliação e o acompanhamento psicológico podem ser considerados alternativas importantes no manejo da DPC. Dessa forma, a avaliação e o tratamento de sintomas depressivos e da dor devem estar entre as prioridades que objetivem melhorar a qualidade de vida de mulheres com DPC.

Referências

- ACOG. (2004). Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. [Practice Guideline Review]. *Obstet Gynecol*, 103(3), 589-605.
- Almeida, E. C. S. A. d., Nogueira, A. A., & Reis, F. J. C. d. (2002). Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher. *Femina*, 30(10), 699-703.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliacao de ansiedade. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, 25(6), 285-290.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*, 163(20), 2433-2445.
- Barcelos, P. R., Conde, D. M., Deus, J. M., & Martinez, E. Z. (2010). [Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study]. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 32(5), 247-253.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*: Psychological Corporation.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr., & Pereira, W. A. (1995). [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*, 29(5), 355-363.
- Castro, M. M., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006). [Validity of the hospital anxiety and depression scale in patients with chronic pain.]. *Rev Bras Anesthesiol*, 56(5), 470-477.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Falvey, H. M. (2001). Facilitating a conceptual shift: psychological consequences of interstitial cystitis. *BJU Int*, 88(9), 863-867.

- Ford, C. V. (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27(5), 327-331, 335-327.
- Fráguas Júnior, R., & Figueiró, J. A. B. (2001). Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In Fráguas Jr R. e Figueiró J. A. B. (Ed.), *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias* (pp. 3-10). São Paulo: Atheneu.
- Gomibuchi, H., Taketani, Y., Doi, M., Yoshida, K., Mizukawa, H., Kaneko, M., et al. (1993). Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169(3), 723-725.
- Hodgkiss, A. D., Sufraz, R., & Watson, J. P. (1994). Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 3-9.
- IASP. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- Kurita, G. P., & Pimenta, C. A. (2003). [Compliance with chronic pain treatment: study of demographic, therapeutic and psychosocial variables]. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(2B), 416-425.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lorencatto, C., Petta, C. A., Navarro, M. J., Bahamondes, L., & Matos, A. (2006). Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(1), 88-92.
- Luz, R. A. (2011). *O impacto da dor pélvica na qualidade de vida das mulheres*. Goiânia.
- Mathias, S. D., Kuppermann, M., Liberman, R. F., Lipschutz, R. C., & Steege, J. F. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*, 87(3), 321-327.

- Monga, T. N., Tan, G., Ostermann, H. J., Monga, U., & Grabois, M. (1998). Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil*, 20(9), 317-329.
- Nardi, A. E. (2006). *Questões Atuais sobre Depressão*. . São Paulo: Lemos Editorial.
- Nogueira, A. A., Reis, F. J. C. d., & Poli Neto, O. B. (2006). Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28, 733-740.
- Pacak, K., & Palkovits, M. (2001). Stressor specificity of central neuroendocrine responses: implications for stress-related disorders. *Endocr Rev*, 22(4), 502-548.
- Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A., Marques, A. P., & Pereira, C. A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*, 122(6), 252-258.
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J., & Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 305-315.
- Poleshuck, E. L., Bair, M. J., Kroenke, K., Watts, A., Tu, X., & Giles, D. E. (2009). Pain and depression in gynecology patients. *Psychosomatics*, 50(3), 270-276.
- Reiter, R. C. (1998). Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*, 41(2), 422-435.
- Renaer, M., Vertommen, H., Nijs, P., Wagemans, L., & Van Hemelrijck, T. (1979). Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 75-80.
- Rock J. A., Jones H. W. (2008). *Te Linde's operative gynecology* (10th ed.): Lippincott Williams & Wilkins
- Romao, A. P., Gorayeb, R., Romao, G. S., Poli-Neto, O. B., dos Reis, F. J., Rosa-e-Silva, J. C., et al. (2009). High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract*, 63(5), 707-711.

- Romão, A. P. M. S. (2008). *Avaliação da prevalência de Ansiedade e Depressão e o Impacto na Qualidade de Vida de Mulheres com Dor Pélvica Crônica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Sepulcri R. de P., & do Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 142(1), 53-56.
- Silva, G. N., Nascimento A. L., Michelazzo, D., Alves Junior, F. F. ; Rocha, M.G., Rosa e Silva, J. C.; Candido-dos-Reis, F.J., Nogueira, A. A., Poli-Neto, O. B. (2011). Prevalence of chronic pelvic pain in community-women living in Ribeirão Preto, Brazil, is high and is directly associated with abdominal surgery, among others. *Clinics (USP. Impresso)*, 66, 1307-1312.
- Takei, E. H., & Schivoletto, S. (2000). Ansiedade: como diagnosticar e tratar. . *Revista Brasileira de Medicina*, 57(7), 67-78.
- Telles, E. R., & Amaral, V. F. d. (2007). Endometriose pélvica e fibromialgia: epifenômeno ou comorbidade? *Femina*, 35(7), 419-425.
- Williams, J. G., Barlow, D. H., & Agras, W. S. (1972). Behavioral measurement of severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 27(3), 330-333.

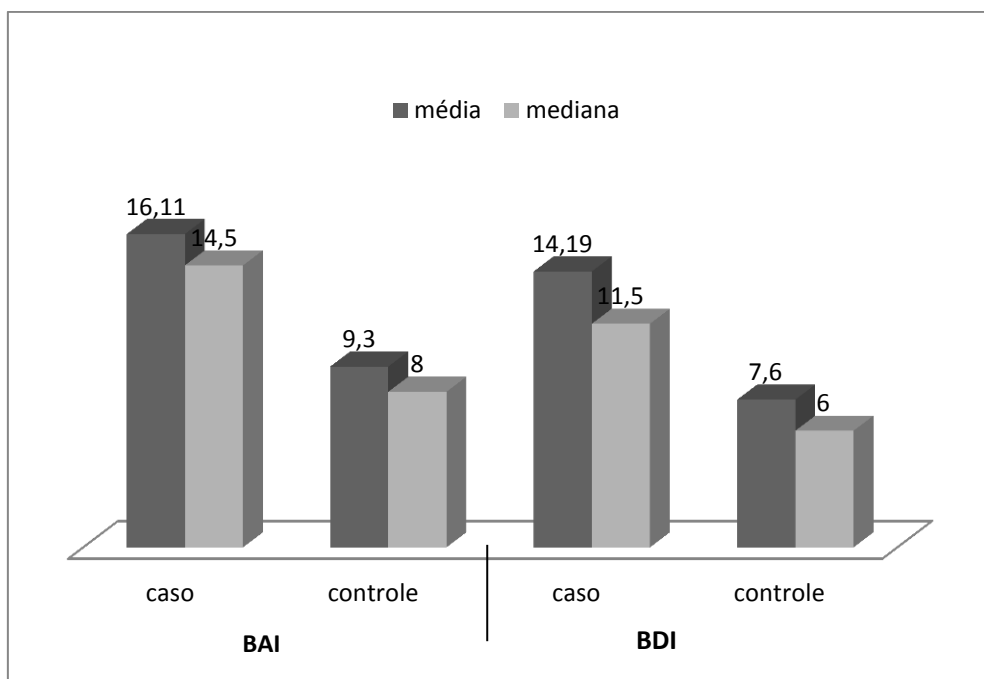


Figura 1 – Características numéricas (média e mediana) dos escores das avaliações de ansiedade e depressão segundo os inventários de Beck, para grupo caso e grupo controle.

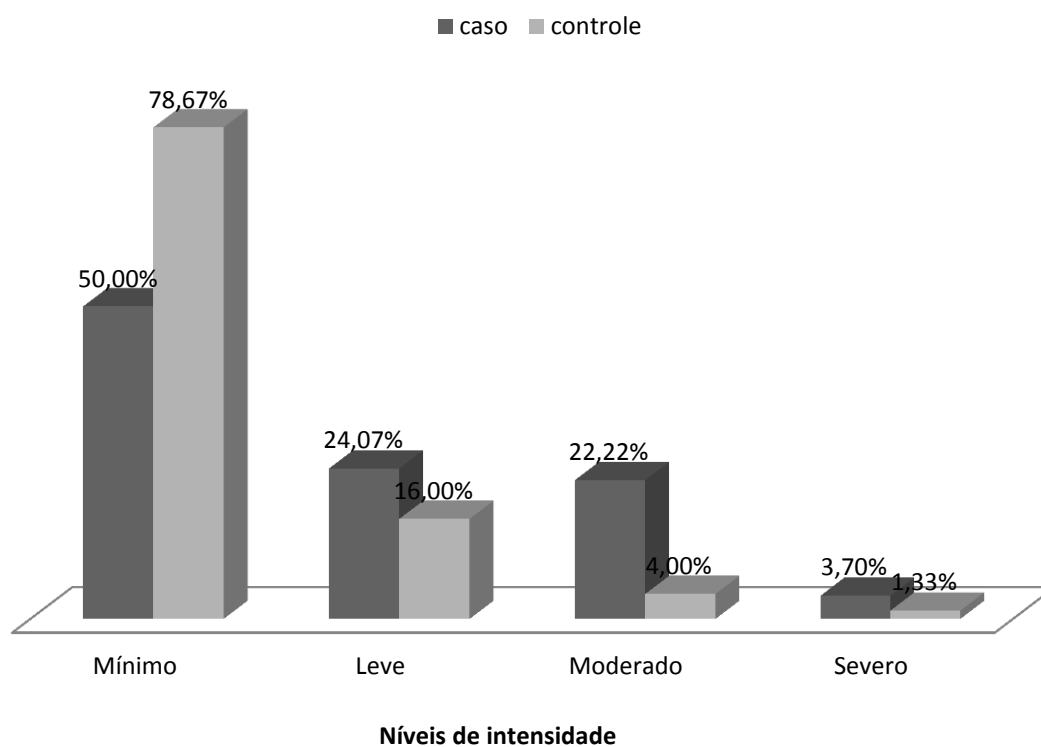


Figura 2 – Prevalência de depressão no grupo caso e no grupo controle, segundo níveis de intensidade.

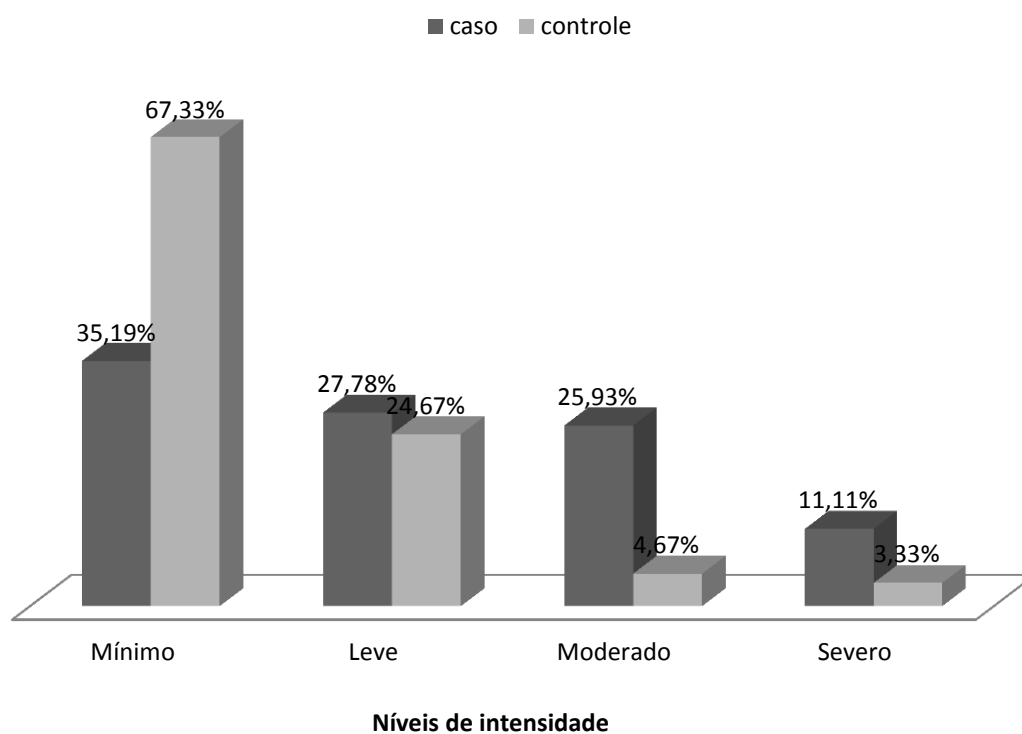


Figura 3 – Prevalência de ansiedade no grupo caso e grupo controle, segundo níveis de intensidade.

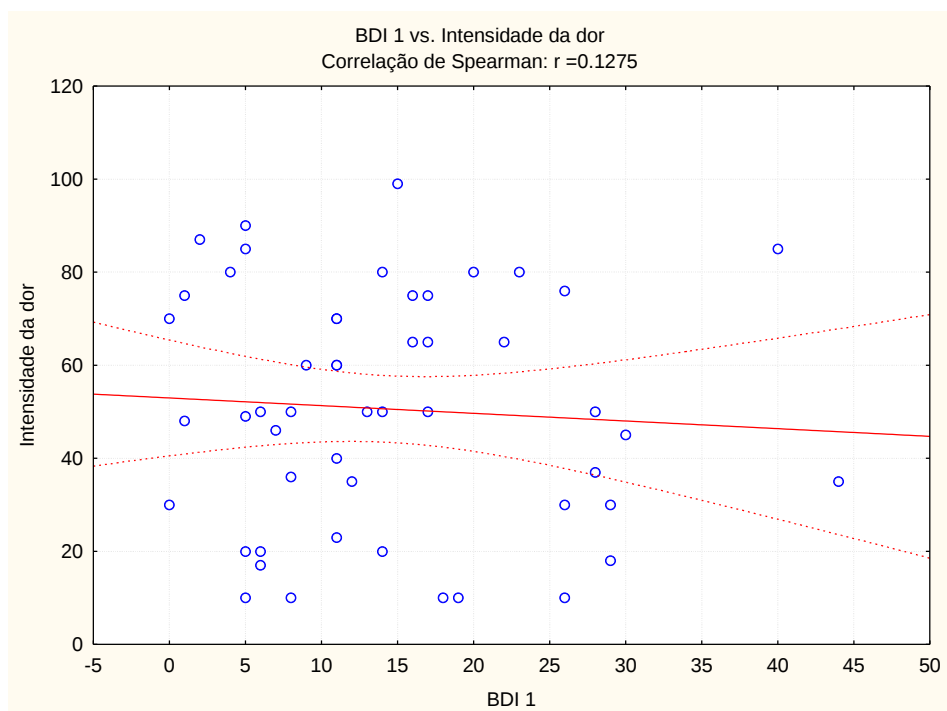


Figura 4 – Correlação entre os escores de depressão e intensidade da dor do grupo caso.