

CÁTIA REGINA MESSIAS



**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ASSOCIAÇÕES COM DOR CRÔNICA, SAÚDE
GERAL E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES FIBROMIÁLGICOS E ONCOLÓGICOS**

ITATIBA

2014

CÁTIA REGINA MESSIAS

RA 002201201056



SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ASSOCIAÇÕES COM DOR CRÔNICA, SAÚDE GERAL E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES FIBROMIÁLGICOS E ONCOLÓGICOS

ORIENTADOR: PROF. DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia - Mestrado em Saúde Mental, da Universidade São Francisco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação Psicológica em Saúde Mental.

ITATIBA

2014

WM 190 Messias, Cátia Regina.

M548s Sintomatologia depressiva e associações com dor crônica, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos / Cátia Regina Messias. -- Itatiba, 2014.

113 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós- Graduação



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Cátia Regina Messias defendeu a dissertação "SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ASSOCIAÇÕES COM DOR CRÔNICA, SAÚDE GERAL E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES FIBROMIÁLGICOS E ONCOLÓGICOS" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 16 de maio de 2014 pela Banca Examinadora constituída por:

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'Makilim', written over a horizontal line.

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista Orientador
e. Presidente

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'Cássia', written over a horizontal line.

Profa. Dra. Cássia Aparecida Bighetti

A handwritten signature in purple ink, appearing to be 'Sandra', written over a horizontal line.

Profa. Dra. Sandra Leal Calais
Examinadora

Ao meu amado esposo e a minha querida mãe pelos apoios constantes, às pacientes por tornar a suas dores expostas e passíveis de entendimentos e aos pesquisadores deste país, pela insistência em contribuir para melhorá-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me apoiado em mais este desafio, que exigiu além das minhas forças. Contudo, saio fortalecida, com as esperanças renovadas, com a fé intensificada, com o conhecimento ampliado e com a certeza de que sempre é possível ir mais longe, apesar dos obstáculos que comumente se impõem.

Agradeço profundamente à minha amada mãe. O amor e a gratidão que antes já eram enormes tornaram-se imensuráveis, pois o suporte recebido nesse momento foi fundamental para a minha permanência no mestrado. Também sei do seu reconhecimento quanto aos meus esforços e a obtenção da titulação foi motivo de orgulho para ambas.

Agradeço ao meu esposo Alexandre que por noites manteve-se desperto auxiliando-me em tudo quanto possível para que eu pudesse manter os prazos e a qualidade deste e de outros trabalhos. Certamente essa titulação é nossa. Além do suporte prático tanto no que se refere à dissertação, quanto na administração do nosso lar, a sua escuta acolhedora, os seus afagos constantes, as palavras pertinentes sempre tão ponderadas e cheias de otimismo e os sorrisos de incentivo, auxiliaram-me a seguir a diante.

O meu reconhecimento a minha psicóloga Denise pela excelência profissional e por sua sensibilidade nesse e em outros tantos momentos, o que contribuiu para a manutenção do meu equilíbrio.

Quero agradecer às professoras doutoras que participaram da banca examinadora, a Prof^ª. Dra. Cássia Bigueti e a Prof^ª. Dra. Sandra Leal Callais, por suas considerações pertinentes que enriqueceram o trabalho em questão bem como, pela sensibilidade demonstrada.

Não posso deixar de mencionar especialmente a Professora Dra. Claudette Maria Medeiros Vendramini por sua simpatia, por sua didática, e, sobretudo, por reconhecer as dificuldades e as qualidades dos alunos e por ser pessoa de fino trato.

Como mencionar o Makilim Nunes Baptista? Tarefa difícil! Devo Chamar de Doutor, Orientador, Professor, Amigo, Parceirinho ou simplesmente Mak? De qualquer forma quero declarar que desde o processo seletivo do Programa de Pós Graduação, o reencontro foi

revelador. Certamente que a sua conduta, tanto na qualidade de professor quanto de orientador, e em tudo que ela implica (explicações, considerações, orientações, avaliações, etc.) me servirá de referência quando da minha trajetória na docência. Eu, por minha vez, não poderia deixar de agradecer precioso contato, considerando que o mesmo foi um marco pessoal e profissional.

Aos novos amigos que fiz na USF Adriana Munhoz Carneiro, Antonio Serenine e Philippe Gomes Vieira, deixo expresso o meu real agradecimento, pois cada um à sua maneira, deu-me suporte em momentos cruciais, renovando-me a certeza de que mesmo em um mundo competitivo, de valores distorcidos, a sensibilidade humana, em alguns, ainda se sobrepõe a ambição e ao egoísmo.

À minha querida amiga de outrora Valquíria Quitéria da Silva Pellegrini, com a qual pude dividir as minhas dores. Sua presença marcante, as palavras de incentivo e o prisma abrangente, restabeleceu-me imediatamente. Tenha certeza Val de que poderá contar comigo sempre. Amizade longa e sincera é para poucos.

Meus agradecimentos às pacientes que aceitaram a participar dessa pesquisa. Agradeço inclusive, às pacientes do consultório, especialmente as de dor crônica, que embora não participaram diretamente, serviram como motivação na busca de mais conhecimentos.

O agradecimento ao CNPQ não poderia deixar de constar nesse trabalho.

E por fim, agradeço aos profissionais da área da assistência que abriram as portas das instituições de saúde para que a minha pesquisa pudesse ser realizada, Dr. Marco Antonio Molina Estrella, Dra. Simone Felitti, Dr. Caled Jaoudat Kadri, Sr. Francisco Lélío Leme Júnior e a sua esposa Helen de Lima Leme, Sr. Diniz Domingues Conde e a psicóloga Fernanda Zakia Rigitano Correia.

Aquela mulher

*Aquela mulher sonhava em ser amada
e construir uma família estruturada.
Aquela mulher se casou, trabalhou, estudou e se formou,
dividindo-se entre a casa, o marido e maternidade.
E apesar da dedicação e sensibilidade,
teve o coração dilacerado pela falta de fidelidade.
Mesmo com o muito que doeu, seguiu em frente.
Nas lembranças, desde a tenra infância desprezos e abandonos recorrentes.
E naquele momento mais um filho havia em seu ventre.
E vestida de suposta felicidade,
com o acessório do orgulho.
Chorava sozinha à noite,
enquanto construía o seu muro.
E de repente, em seu corpo dor havia,
de médico em médico,
mas nenhum essa dor conhecia,
até que um doutor denominou fibromialgia.
O agravamento das lesões iniciais ampliou o sofrimento,
pois remeteu à ausência dos pais,
um remoto tormento.
O adoecimento foi pouco a pouco paralisando as suas metas
e expos sem pudor as mágoas secretas.
Ela enfrentou com louvor os medos de um caminho que fora árduo,
e agora o pavor de tornar-se um fardo.
Quicá a ciência ache a cura para que possa os seus filhos cuidar.
Talvez ela encontre um amor ou um amigo que queira compartilhar.
E o tempo passou, mas nenhum relacionamento afetivo ocorreu,
também a tal cura não aconteceu.
Continuavam distantes,
em compromissos importantes,
os que eram os seus.
Enquanto deitavam em leitos do ócio,
faltou para ela o suporte social,
É que a indiferença, para muitos, é habitual.
E a falta de amor foi despertada em dor mais intensa
na demanda de afago e na ampla carência.
Com o golpe da lógica surgiu mais uma dor,
era dor oncológica.*

*Sua imagem no espelho em nada parecia com aquela mulher de outrora.
E num lapso de um instante, sucumbir se viu,
e foi na hora em que cabelo caiu.
Aquela dor corroeu o seu coração petrificado e o seu corpo.
Corpo este que não mais reconhecia de tanto franzina.
Também em sua alma se viu pequenina.
E nem mesmo a morfina trazia-lhe a calma.
Se tivesse aprendido aos seus perdoar?
Se tivesse aprendido a si perdoar?
Se tivesse conseguido pelo menos tentar?
Nos sofrimentos agregados inclui-se o tempo perdido
e o desperdício da chance de amar.
Será que por não buscar a fé encontrou um desgosto retinto?
Ou fora pela dor que viera passar a vida a limpo?
Mas não me cabe julgar a história dessa vida
E se eu tivesse tentado amenizar tais feridas?
Como aquela mulher eu também desejei ser feliz.
Perdoa-me mulher, por você nada fiz.
Aquela mulher que viveu na solidão
encontrou na depressão mais uma razão para morrer.
E ao fechar nesta vida sua ínfima porta...
... tudo bem! Não foi íntima. Quem se importa?
Aquela mulher que perdeu a esperança
deixa duas crianças igualmente perdidas.
Talvez encontre no céu a resposta pretendida.
Quiçá com os anjos de Deus esteja enfim acolhida.
A frágil mulher que por ter um nome qualquer,
foi tão fácil esquecer.
Aquela mulher podia ter sido eu ou você.*

Cátia Regina Messias

RESUMO

Messias. C. R. (2013). Sintomatologia Depressiva e Associações com Dor Crônica, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes Fibromiálgicos e Oncológicos. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba. O presente estudo teve como objetivo buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas entre a Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB. - (Baptista, 2011), com medidas de dor crônica, saúde geral e percepção do suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. Participaram do estudo 80 mulheres que se encontravam em atendimento nos Ambulatórios da Clínica de Dor e Oncologia, de quatro instituições de saúde do Interior de São Paulo. A aplicação foi individual. Inicialmente foram obtidas as estatísticas descritivas dos instrumentos avaliativos, o Questionário de Identificação (QI), a Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatorial) - EBADEP-HOSP-AMB, o Questionário de Dor McGill (Br-MPO), a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Posteriormente, foram calculadas as correlações entre os instrumentos e diferenças de média (Pearson, teste t e ANOVA). Os principais resultados apontaram que a sintomatologia depressiva, a dor crônica, a saúde geral e o suporte social estiveram associados entre si. As pacientes com sintomatologia depressiva apresentaram maior quantidade de pontos dolorosos no corpo, maior frequência e intensidade de dor, resultados comparáveis a outras pesquisas, mesmo com amostras diferenciadas. Esse estudo evidenciou que a presença de dor crônica, em sua maioria, foi do tipo limitante, periódica e moderada. As análises realizadas conferiram a EBADEP-HOSP-AMB. bons resultados psicométricos, tornando-a um instrumento promissor para o rastreamento de sintomas depressivos em pacientes com dor crônica.

Palavras-chave: depressão, fibromialgia, dor crônica, câncer, avaliação psicológica.

ABSTRACT

Messias. C. R. (2013). Depressive Symptomatology and Associations with Chronic Pain, General Health and Social Support in Patients with fibromyalgia and Oncology. Dissertation, Post-graduate studies in Psychology, St. Francis University, Itatiba. The present study aimed to look for evidence of validity based on the relationship between external variables Baptist Depression Scale (Ambulatory Version) - EBADEP-HOSP-AMB. - (Baptista, 2011), with measures of chronic pain, general health and perceived social support in fibromyalgia and cancer patients. The study included 80 women who were seen at the Outpatient Clinic Pain and Oncology, four health institutions in the interior of São Paulo. The application was individual. Initially descriptive statistics of the evaluation instruments were obtained, the Identification Questionnaire (IQ) Baptist Depression Scale (Ambulatory Version) - EBADEP-HOSP-AMB, the McGill Pain Questionnaire (Br-MPO), the Perception Scale Social Support (EPSUS) and General Health Questionnaire Goldberg (GHQ). We then calculated the correlations between the instruments and mean differences (Pearson, te ANOVA). The main results showed that depressive symptoms, chronic pain, general health and social support were associated with each other. Patients with depressive symptoms had higher amount of tender points on the body, greater frequency and intensity of pain, comparable to other research, even samples with different results. That study showed that the presence of chronic pain, mostly, was the limiting regular and moderate type. The analyzes gave the EBADEP-HOSP-AMB. good psychometric results, making it promising for screening depressive symptoms in patients with chronic pain instrument.

Keywords: depression, fibromyalgia, chronic pain, cancer, psychological evaluation.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Sintomatologia Depressiva, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes com Dor Crônica”. É válido dizer que a Dor Crônica e a Sintomatologia Depressiva são os dois pilares que o estruturam. Portanto, abordar-se-á inicialmente um breve panorama histórico da dor, desde os seus primórdios à atualidade, especificando os tipos de dores, suas definições e suas peculiaridades subjacentes às conceituações de saúde e de doença. Posteriormente serão abordados além da dor crônica, os construtos saúde geral, suporte social, as patologias SFM, câncer, depressão e as relações entre eles, além dos estudos empíricos nacionais e internacionais que embasaram o seu desenvolvimento, os quais estão inseridos no decorrer do mesmo, além do método e uma caracterização detalhada dos participantes, considerando-se os critérios de inclusão, bem como a descrição minuciosa dos instrumentos que serão utilizados. Para finalizar demonstrar-se-á o plano de análise de dados e serão apresentadas as referências utilizadas para a elaboração da presente pesquisa.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Depressão.....	1
1.2 Uma Teoria Etiológica Sobre o Transtorno de Humor.....	6
1.3 Fibromialgia: a Síndrome da Dor.....	7
2. DEPRESSÃO E DOR.....	10
2.1 Depressão e suas Associações com a Síndrome Fibromiálgica Músculo-esquelética (SFM).....	10
2.2 A Dor na Antiguidade (500 a.C – 100 d.C).....	14
2.3 A Dor na Atualidade.....	17
2.4 Os Tipos de Dor.....	19
2.5 O Câncer e a Dor Oncológica.....	22
2.6 A Sintomatologia Depressiva e suas Associações com o Câncer.....	25
2.7 Avaliação Psicológica.....	28
2.8 Avaliação Psicológica da Depressão e a Avaliação Psicológica da Dor Crônica.....	30
2.9 A Sintomatologia Depressiva e suas Associações com o Construto Saúde Geral.....	34
2.10 O Construto Suporte Social e suas Associações com a Sintomatologia Depressiva, Dor Crônica e Câncer.....	38
3. OBJETIVO.....	44
3.1 Objetivo Geral.....	44
3.2 Objetivos Específicos.....	44
3.3 Hipóteses.....	44
4. MÉTODO.....	45
4.1 Participantes.....	45
5. INSTRUMENTOS.....	45
5.1 Questionário de Identificação (QI).....	46
5.2 Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB. (Baptista, 2011).....	46
5.3 Questionário de Dor McGill - Br-MPQ (Melzack, 1975) - (Adaptado para a realidade brasileira por Pimenta e Teixeira, 1996).....	47

5.4 Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS - A (Cardoso & Baptista, 2013).....	48
5.5 Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Goldberg, 1972) – (Adaptado para a realidade brasileira por Pasquali, Gouveia, Almeida & Ramos, 1996).....	50
6. PROCEDIMENTO.....	51
7. PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	52
8. RESULTADOS.....	52
8.1 Correlações.....	61
8.2 Estatística de Grupo.....	66
9. DISCUSSÃO.....	68
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
11. REFERÊNCIAS.....	86
12 . ANEXOS.....	109

Sumário de Tabelas

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos da amostra total – parte 1.....	56
Tabela 1 - Dados Sociodemográficos da amostra total – parte 2.....	57
Tabela 2 - Dados Clínicos da amostra total – parte 1.....	58
Tabela 2 - Dados Clínicos da amostra total – parte 2.....	59
Tabela 2 - Dados Clínicos da amostra total – parte 3.....	60
Tabela 3 - Correlações entre EBADEP-Hosp.Amb. - total, QSG e os seus fatores.....	61
Tabela 4 - Correlações entre EBADEP-Hosp.Amb. - total, EPSUS e os seus fatores.....	62
Tabela 5- Diferenças de Média do Teste t Comparando Grupo que Relatou Ter Diagnóstico de Depressão com o que Relatou Não Ter.....	67

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Depressão

A relevância das pesquisas científicas que abordam o tema depressão reside no fato de ampliar o conhecimento sobre a patologia em questão e propiciarem intervenções terapêuticas específicas e complementares. O interesse em investigá-la vem desde a antiguidade, mais precisamente em 400 a.C., naquela época alguns pensadores, entre os quais estavam o médico Hipócrates e o filósofo Platão, a denominavam como melancolia. Hipócrates postulava na teoria dos humores que os transtornos mentais seriam causados pelo desequilíbrio de quatro substâncias, como a bile negra, bile amarela, sangue e fleuma. O aumento da concentração da bile negra culminaria em sintomas de tristeza, ansiedade e tendência ao suicídio, que associados aos fatores ambientais ou externalizantes, constituiriam o quadro de melancolia (Cailliet, 1999; Solomon, 2002; Teixeira, 2005). O tratamento seria por meio de purgativos, consistindo em expulsar do organismo o excesso da bile negra (Peres, 2006; Facó, 2008).

Quanto a etiologia da palavra depressão, esta advém do latim, *de-premere*, que significa pressionar para baixo (Delouya, 2001). No entanto, segundo Teixeira (2005), no século XIX, depressão e melancolia eram termos não distintos na psiquiatria, ainda que ocorresse uma tendência para abandonar o último. Somente em meados do século XX, com a elaboração da CID 6, é que se firmou “oficialmente” uma definição. Assim, com o surgimento da Psiquiatria moderna, no final do século XIX e início do século XX, cuja abrangência de estudos colocou Kraepelin (1856 – 1926) em evidência, o termo melancolia foi substituído por depressão (Sciliar, 2003; Monteiro & Lage, 2007). A classificação da depressão encontra-se nos manuais de diagnósticos desde então. Apesar disso, evidencia-se o fato de que atualmente o termo depressão popularizou-se, e erroneamente foi atribuída à tristeza a mesma terminologia. Nesse sentido, torna-se cabível diferenciá-las. Segundo Del Porto (1999, 2000), a tristeza e alegria compõem a vida psíquica normal dos indivíduos e estão universalmente presentes nas respostas humanas frente às situações de perda, de lutos e outras adversidades. Contudo, são respostas adaptativas que possibilitam atuações no futuro, tendo em vista que o retraimento pouparia a energia

necessária para tais fins. Para o diagnóstico de depressão se faz essencial, além da presença da tristeza, um compilado de sintomas e sinais que a diferencie e a classifique.

Conforme Kupfer e Regier (2013), respectivamente Presidente e Vice-Presidente do DSM-5 da Força Tarefa da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-5 após a revisão final, apresentou na classificação da depressão os mesmos sintomas centrais dos critérios aplicados ao diagnóstico de episódio depressivo maior, e a duração de pelo menos duas semanas também mantiveram-se iguais ao DSM-IV. Assim sendo, os critérios para um episódio depressivo maior no DSM-5 é idêntica à do DSM-IV, tal como é a observância do sofrimento ou prejuízo nas áreas ocupacional, social, ou outras importantes da vida clinicamente significativa.

É válido dizer que o cadastro para a versão on-line completa com apostilas de slides e fichas DSM-5 para as pesquisas ainda não está disponível na página do DSM-5. Portanto, torna-se necessária sua definição referenciando-a além das informações disponíveis na página do DSM-5, nos manuais internacionais DSM-IV-TR (APA, 2002) e a CID-10 (OMS, 2000a), os quais demonstram que no diagnóstico da depressão levam-se em conta os sintomas psíquicos; fisiológicos e evidências comportamentais.

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde, em sua décima revisão, a CID-10 (OMS, 2000a) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) há a denominação de Transtorno do Humor (afetivos), cujos critérios diagnósticos são: humor depressivo com sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa, anedonia (perda do prazer em atividades que antes eram prazerosas), apatia, irritabilidade, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Nas alterações fisiológicas encontram-se as funções circadianas relacionadas ao ritmo do sono, a regulação da temperatura, do ritmo de produção do cortisol, alteração do apetite, retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora e a redução do interesse sexual. As evidências comportamentais revelam retraimento social, crises de choro e comportamentos suicidas.

Ainda segundo a CID-10 (OMS, 2000b), o episódio depressivo pode ser classificado quanto à intensidade como leve, moderado ou grave. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. No DSM-IV-TR (APA, 2002), tal episódio será caracterizado como leve se o paciente apresentar de cinco a seis sintomas depressivos, com incapacitação leve que não o impede de continuar a desempenhar suas

atividades normalmente, porém o referido empenho ocorre com grande esforço. Os casos moderados têm gravidade intermediária. Os episódios graves são bastante sintomáticos, com quase todos os sintomas presentes, no qual a incapacitação é evidente. Os casos graves podem apresentar sintomas psicóticos, ocorrendo constantemente em pacientes com características melancólicas (Fava, Rankin, Wright, Alpert, Nerenberg, Pava, & Rosenbaum, 2000)

No Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) no diagnóstico de depressão maior, cinco ou mais dos sintomas supracitados deverão estar presentes durante o período de duas semanas e representando uma mudança no funcionamento anterior. Em ambos os manuais observa-se que há uma divisão do Transtorno do humor em subgrupos. Nesse sentido, evidencia-se uma diferença na nomenclatura nos mesmos: o episódio depressivo da CID-10 corresponde ao episódio depressivo maior do DSM-IV-TR (APA, 2002). E o transtorno depressivo recorrente CID-10 corresponde ao transtorno depressivo maior do DSM-IV-TR (APA, 2002). Cumpre informar que um episódio assim é caracterizado quando um indivíduo apresenta critérios suficientes para ser diagnosticado pela primeira vez. A caracterização de um transtorno se dá quando ocorre um episódio pela segunda vez. (APA, 2002; OMS, 2000c). Os critérios diagnósticos do transtorno do humor nos manuais são semelhantes em todas as faixas etárias. Observa-se que independente da faixa etária, a ideação suicida, humor deprimido ou irritado, insônia e redução da capacidade de concentração são os sintomas mais frequentes (Sadock & Sadock 2007).

A depressão é uma patologia que compromete consideravelmente a vida do doente. Conforme Lacerda, Quarantini, Miranda-Scippa, e Del Porto (2009), ela ocasiona prejuízo no funcionamento global do indivíduo, eleva o risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade, tais como os tumores e as doenças cardiovasculares e, ainda, apresenta altas taxas de suicídio. Para Botega, Furlanetto e Fraguas (2006), 15% dos deprimidos graves cometem suicídio. Corroborando com tal postulado Lima (2012) e Lepine, Moreno, Campos, e Couttolenc (2012) afirmam que a depressão é uma patologia debilitante de alta prevalência e resulta em grande impacto econômico, social e altos índices de morbidade. Nesse cenário, é notória a importância da investigação da depressão por meio de uma avaliação psicológica no âmbito acadêmico, clínico e hospitalar. Para Esteves e Galvan (2006), a depressão é a alteração afetiva mais estudada atualmente. Devido aos danos que causa, é considerada como o mal do século XXI (Peres, 2006; Andrade, 2013).

É consensual que os transtornos mentais produzem impacto negativo na saúde geral, no âmbito social e na qualidade de vida do doente. Em todo o mundo, os transtornos mentais são responsáveis por 13% da carga global de doenças (GCD); nos países de baixa e média renda, tais transtornos equivalem a mais de 80% da GCD (OMS, 2010). A depressão representa um problema para a saúde pública e vem crescendo consideravelmente, sendo comum em todas as regiões do mundo, acometendo mais de 350 milhões de pessoas, considerada, portando, de alta prevalência. Acredita-se que seja a principal causa de incapacidade mental na esfera mundial, respondendo por afastamentos de atividades profissionais, educacionais e sociais, estima-se que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde, correspondendo a 30% da GCD. Para as projeções de 2030, a depressão será a primeira causa, superando até mesmo o câncer e algumas doenças infecciosas (OMS, 2008; OMS, 2010; OMS, 2011a). No Pacífico Ocidental, na Europa e nas Américas, a depressão é uma das três principais causa da GCD e nos países de baixa, média e alta renda é a principal causa da GCD para as mulheres com idade entre 15 anos e 44 anos (OMS, 2008).

A prevalência da depressão divide-se de forma desigual na população, tanto no Brasil, quanto em outras partes do mundo, sendo mais frequentes para as mulheres e àqueles que vivem sem um companheiro (a), além dos desprivilegiados economicamente e com baixa escolaridade. Sabe-se que alguns fatores são considerados como predisponentes para a depressão, entre os quais, destacam-se os fatores genéticos, histórico familiar de depressão, os traumas psicológicos (perdas e agressões físicas ou psicológicas sofridas), níveis elevados de estresse, as doenças cerebrovasculares e cardíacas, o uso de determinados medicamentos, além das oscilações hormonais, aspectos psicológicos, a sensibilidade feminina e o fato de que as mulheres buscam mais os serviços de saúde, são outros fatores peculiares que se relacionam com a incidência maior de depressão no sexo feminino (Everson, Maty, Lynch, & Kaplan, 2002; Zavaschi, Satlerb, Poesterc, Vargasd, Piazenskib, Rohdee, & Eizirik, 2002; Almeida Filho, Lessa, Magalhães, Araújo, Aquino, & James, 2004; Andrade, Viana & Silveira, 2006; Barros, Cesar & Carandina, 2006; Baptista, 2007; Peluso, Blay, 2008; Medeiros & Sougey, 2010; Cunha, Bastos & Del Duca, 2012; Munhoz, 2012). Como fatores considerados protetores, destacam-se a convivência com um companheiro, a religiosidade e o suporte social (Dessen & Braz, 2000; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Frank & Rodrigues, 2006; Rocha & Fleck, 2011).

Evidencia-se o fato de que com o passar dos anos, a prevalência da depressão vem aumentando no Brasil e no mundo. Entretanto, em qualquer estudo de prevalência deve-se considerar a característica do instrumento de rastreamento usado e da população investigada. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2008), a depressão atingiu naquele ano, 7,8 milhões de brasileiros, o que correspondeu a 4,1% da população. De acordo com a OMS (2011b) num estudo que compilou dados epidemiológicos advindos de 18 países, incluindo o Brasil, considerando-se exclusivamente os dados de São Paulo, observou-se que a maior prevalência nos últimos 12 meses foi registrada no Brasil com 10,4% e a menor foi a do Japão, com 2,2%. Nesse estudo os países foram classificados em dois grupos: alta renda (Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos) e baixa e média renda (Brasil, Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia). Concluiu-se que, nos dez países de alta renda incluídos no estudo, 14,6% das pessoas já tiveram episódio de depressão maior. Nos 12 meses anteriores, a prevalência foi de 5,5%. Nos países de baixa ou média renda considerados na pesquisa, totalizando oito países, 11,1% da população teve episódio alguma vez na vida e 5,9% nos 12 meses anteriores. No tocante à idade, os resultados do estudo revelaram que, nos países de alta renda, a idade média de início dos episódios de depressão maior foi de 25,7 anos e de 24 anos nos países de baixa e média renda. Na associação entre faixa etária e poder econômico, observou-se que as faixas etárias mais altas mostraram maior probabilidade de manifestação da doença em muitos países de baixa renda. Nos países de alta renda, a juventude está associada com uma prevalência mais alta de depressão maior nos 12 meses anteriores. Por fim, quanto ao estado civil e a depressão maior, concluiu-se que a condição de separação de um parceiro apresentou-se como principal fator de risco para a patologia nos países de alta renda. Nos países de baixa e média renda, os fatores mais relevantes foram as condições de divórcio e viuvez.

Ainda tendo em vista a prevalência de depressão na população brasileira um estudo foi realizado no Rio Grande do Sul, a amostra foi representativa, composta por 972 indivíduos de ambos os sexos, dos quais 57% do sexo feminino, com a idade entre 20 e 69 anos. Foi aplicado um questionário com dados sobre as características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Como resultado houve prevalência dos sintomas depressivos como tristeza 29,4%, falta de energia 37,4%, falta de disposição 40,4%, pensar no passado 33,8%, isolamento 54,3% e ansiedade 57,6%. Os sintomas depressivos e ansiedade apresentaram associação com as variáveis

sexo e idade. O sintoma depressivo, falta de energia esteve associado a indivíduos do sexo feminino apresentando maior risco de prevalência. A faixa etária entre 20 e 29 anos foi a mais prevalente (26,1%). Da amostra estudada, 41,5% pertencia ao nível econômico C. Foi considerado o nível de significância de $p < 0,001$ para todas as variáveis. Concluiu-se que ser do sexo feminino, e ter entre 20 e 30 anos, além de uma condição econômica desprivilegiada, foram considerados nesta amostra como fatores de risco para a depressão (Rombaldi, Silva, Gazelli, Azevedo, & Hallal, 2010).

1.2 Uma Teoria Etiológica Sobre o Transtorno de Humor

Em se tratando das principais teorias etiológicas sobre os transtornos de humor, o DSM-IV-TR (APA, 2002) demonstra que existem tentativas em se estabelecer a causa precisa do Transtorno Depressivo Maior. Entretanto, ela ainda é desconhecida. Há uma anuência de relações entre múltiplos fatores, tais como: genéticos, bioquímicos, psicodinâmicos e socioambientais em seu desencadeamento. No tocante as principais teorias sobre a base cognitiva da depressão, destacam-se os pressupostos de Beck ao postular que a cognição é o fator determinante da doença. Segundo esse enfoque, o fenômeno cognitivo é elemento primário na patologia, e as construções negativistas do pensamento são o fato primeiro na cadeia sintomatológica. Para o autor, experiências iniciais na vida das pessoas, formando os conceitos ou esquemas negativos sobre si mesmas, sobre a vida e sobre o seu futuro estariam na origem de uma predisposição cognitiva para a depressão que se manteriam ocultos, mas mediante a situações semelhantes viriam à tona propiciando atitudes irracionais bem similares as vivências iniciais (Beck, 1963, 1976, 1982).

Para explicar sobre a base psicológica da depressão no modelo cognitivo, Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), salientam dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva é composta por três conceitos fundamentais: o deprimido apresentaria uma visão negativa e recorrente em relação a si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Por meio dessa interpretação disfuncional as situações vividas pelo deprimido seriam sinônimos de sofrimentos, desamparos e decepções. Nesse sentido, os autores acrescentam que a

depressão se define por uma distorção da natureza humana, na qual há uma revolução irracional na organização cognitiva do deprimido que culminaria numa inversão no modo de interpretar a realidade, mantendo o foco em temas pessimistas.

Outro dado relevante refere-se ao pensamento do indivíduo deprimido, o qual se encontra distorcido. Nesse sentido, há uma perda de parte do controle sobre os pensamentos, assim o doente repete constantemente um padrão negativo que não permite que ele se considere em condições de utilizar outros esquemas cognitivos mais adaptados que produziriam uma melhor avaliação dos fatos da vida. Concomitantemente a intensificação da depressão, o pensamento vai se tornando automático e passa a dominar de forma disfuncional o esquema cognitivo do indivíduo, que vai respondendo de modo autônomo e independente de fatores externos. Pode-se dizer que o deprimido não só atuaria com erros cognitivos. Contudo, tais erros representam as distorções cognitivas que ocorrem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativistas e, por serem sistemáticos tornam-se reforçadores da crença do paciente em seus conceitos depressivos.

Nos erros estão presentes as ideias de culpa, pensamentos de autodepreciação, desesperança (pessimismo), ideias de fracasso, pensamentos de autocompaixão, ideias suicidas, hipocondria, pensamentos e desejo de morte, entre outros. Em suma, no modelo cognitivo, humor e comportamentos negativos seriam resultados de pensamentos e crenças distorcidas, ou seja, distorções cognitivas, influenciando tanto no surgimento quanto na manutenção da depressão. (Burns, 1980; Ito 1997; Beck, 1997; Kaplan, 2002; Medeiros & Sougey, 2010). A depressão deve ser tratada imediatamente após o seu surgimento e, para tanto, deve-se diagnosticá-la o quanto antes possível, pois evitar seu agravamento é uma conduta a ser praticada pelos profissionais de saúde, que possibilitaria melhores prognósticos. Nesse sentido, a avaliação psicológica se faz premente. A avaliação psicológica abarca inclusive outros transtornos e síndromes, como ocorre no caso da Fibromialgia.

1.3 Fibromialgia: a Síndrome da Dor

Dentre as dores crônicas existentes, a síndrome fibromiálgica músculo-esquelética (SFM), também denominada de síndrome da dor crônica, ocupa lugar de interesse por parte de

pesquisadores estrangeiros e nacionais, tais como: Bair, Robinson, Katon e Kroenke (2003), Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003), Lépine e Briley (2004), Vileikyte, Leventhal, Gonzalez, Peyrot, Rubin e Ulbrecht (2005), Moreira, Amâncio, Brum, Vasconcelos e Nascimento (2009), Lumley, Cohen, Borszcz, Cano, Radcliffe, Poster e Keefe (2011). Entretanto, as pesquisas brasileiras encontram-se realizadas em menor quantidade. Conforme Riberto (2008), as síndromes dolorosas musculoesqueléticas generalizadas crônicas foram objetos de atenção desde o início do século XX, quando denominou-se como fibrosite a síndrome de dor lombar associada à presença de pontos dolorosos ao estímulo mecânico. O autor afirma que posteriormente quadros semelhantes receberam nomes variados até que em 1981 Yunus sugeriu o termo fibromialgia para os pacientes acometidos por dor generalizada crônica associada à presença de pontos dolorosos.

No tocante à caracterização da SFM, a variedade de critérios diagnósticos para a definição dessa síndrome, afirma Riberto (2008), além da demanda de padronização da observação científica, resultou determinação dos critérios classificatórios de consenso pelo Colégio Norte-Americano de Reumatologia (ACR) em 1990. São eles: queixa de dor em ambos os lados do corpo, dor acima e abaixo da cintura, dor sobre o esqueleto axial, identificação de 11 pontos dolorosos à palpação dos 18 pontos padrão e duração de dor maior do que três meses. Segundo Teixeira, Yeng e Kaziyama (2006), outros sintomas estão presentes, a saber, alteração do sono, fadiga, estresse emocional, alteração de humor, entre outros. Todavia, a etiologia é desconhecida. Para Leme-Jr e Leme (2013) alguns fatores podem intensificar os sintomas da SFM, tais como: tensões psicoemocionais, alterações hormonais (nas mulheres), esforço acima da capacidade dos músculos que já estejam com contraturas latentes, movimentos bruscos, acidentes, mudanças climáticas, abstinência de medicações que causam dependência química, viroses e outras infecções (gripes, dengue, resfriados).

Em se tratando da sua prevalência, vários estudos internacionais foram realizados, e serão citados na sequência. Forseth, Gran e Hisby (1997) afirmaram que nos Estados Unidos da América do Norte se calcula uma prevalência populacional para os casos de SFM de 2%, na maioria mulheres. Ainda segundo este autor, outros estudos derivados de diferentes países europeus encontraram uma prevalência populacional que varia de 0,7% a 10,5%. De acordo com Carmonaa, Ballinab, Gabriel e Laffon (2001), um estudo realizado na Espanha para estimar a prevalência de SFM na população geral, resultou em 2,4%. Conforme Cavalcante, Sauer, Chalot,

Assumpção, Lage, Matsutani e Marques (2006), em uma revisão de literatura datada de 1990 a 2005, nas bases de dados MedLine, Lilacs, Embase e ISI, na qual foram selecionados 97 artigos, dos quais somente 30 abordavam o tema da prevalência da SFM na população mundial, resultou entre 0,66% e 4,4%, sendo mais prevalente em mulheres do que em homens, especialmente na faixa etária entre 35 e 60 anos. Para Moreno, Namuche, Noriega, Vidal, Rueda, Pizarro e Vidal (2010), a prevalência da SFM na população geral não está bem definida, isto por causa das peculiaridades de cada estudo, como os aspectos culturais, biológicos, hábitos de vida e metodologia empregada.

A falta de estudos mais abrangentes, inclusive os de prevalência é um dos fatores que desfavorece um maior conhecimento sobre a SFM, culminando em prolongando tempo de convívio com a dor, sem que o doente receba um diagnóstico preciso e um tratamento adequado. No Brasil, um raro estudo de prevalência da SFM foi realizado em Montes Claros, no estado de Minas Gerais, a amostra foi probabilística por conglomerado, sendo composta de 3038 pessoas, que responderam ao questionário e foram examinadas por reumatologistas. A SFM foi a segunda desordem reumatológica mais frequente, com prevalência de 2,5%, sendo a primeira a osteoartrite (OA) com prevalência de 4,14%. (Senna, De Barros, Silva, Costa, Pereira, Ciconelli, & Ferraz, 2004).

Ferreira, Marques, Matsutani, Vasconcellos e Mendonça (2002) utilizando-se do Questionário de Dor McGill, realizaram um estudo com objetivo de avaliar a dor, o nível de estresse e a incidência de eventos estressantes. Participaram de estudo 63 mulheres, provenientes do Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Grupo Teste) e de uma clínica particular de fisioterapia (Grupo Controle), sendo 32 do Grupo Teste (pacientes com SFM) e 31 do Grupo Controle (pacientes sem SFM). Na idade para o GT foi de (M = 54,6 anos; DP = 13,1) e do GC (M = 47,7 anos; DP = 12,6). O limiar de dor foi avaliado nos 18 pontos dolorosos com auxílio do algômetro, e também foi utilizado o Questionário de Dor McGill. Para a avaliação do estresse foi utilizado a Lista de Sintomas de Estresse (LSS) e o Inventário de Eventos de Vida Estressantes (Life Events Units - LEU). Observou-se como resultado que em todas as categorias de dor houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos testes e controle. A avaliação do Questionário de Dor McGill demonstrou que o GC selecionou somente descritores (palavras que qualificam a dor) das categorias sensorial e afetiva, sendo os maiores escores “latejantes” (45,2%) e “pontada” (45,2%), ambos da categoria

sensorial. No GT a frequência das palavras selecionadas foi maior e foram escolhidos descritores em todas as categorias (sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea). O escore mais alto do GT (81,3%) foi da palavra “cansativa” (categoria afetiva). Em relação à sensibilidade dolorosa (tender points) também houve diferença estatisticamente significativa, sendo que o GT apresentou limiar de dor mais baixo que o GC, em todos os tender points, com maior destaque no occipital direito. As pacientes com SFM apresentaram maior nível de estresse do que o GC, mas o número de eventos de vida estressantes não diferiu de forma significativa entre os dois grupos. Esses dados sugerem que o problema é a forma como lidam com o estresse e não a intensidade dos eventos que vivem. Concluiu-se que as pacientes com SFM apresentaram maior número de descritores escolhidos em todas as categorias do Questionário de Dor McGill.

2. DEPRESSÃO E DOR

2.1 Depressão e suas Associações com a Síndrome Fibromiálgica Músculo-esquelética (SFM)

A associação da dor crônica e depressão é conhecida, todavia a prevalência é ainda controversa, Sullivan e Turk (2001), por exemplo, apontam grande variabilidade na ocorrência de depressão, considerando-se a depressão leve e moderada. Conforme pontuam Moreno et al. (2010), os sintomas psicológicos como ansiedade e depressão, são comuns em pacientes com SFM, mas há uma baixa proporção de pacientes fibromiálgicos que apresentam sintomas depressivos severos. Todavia, quando ocorrem, potencializam os quadros álgicos e incapacitam os doentes. Brandt, Fonseca, Oliveira, Steffens, Viana e Andrade (2011) apontam que a literatura deixa clara a associação entre SFM e alteração do humor, mas observa a carência de mais estudos que investiguem os fatores relacionados ao último nessa população.

De acordo com Berber, Kupek e Berber (2005), no Brasil há escassez de publicações que tratem deste tema. Evidencia-se inclusive a necessidade de mais investigações já que a dor

crônica, no Brasil, é a principal causa de incapacidade física e funcional, após dois anos de afastamento do trabalho, devido ao quadro algico, 50% dos trabalhadores não retomam suas atividades laborais (Yeng et al., 2006). Há, portanto, que se ampliem os estudos relacionados à SFM, a cronicidade da dor e os transtornos de humor. À guisa de respostas referentes à prevalência de sintomas depressivos associando-se à SFM poucas pesquisas foram realizadas no Brasil, entre elas destaca-se a conduzida por Berber, Kupek e Berber (2005), que objetivou estimar a prevalência de depressão em pacientes com síndrome da fibromialgia (SFM), a condição da qualidade de vida e avaliar a magnitude da associação entre a depressão e a qualidade de vida. Foram selecionados 70 pacientes diagnosticados como portadores de SFM, provenientes do serviço de saúde de Florianópolis, analisadas variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, ocupação e escolaridade; e variáveis clínicas, como tempo de sintomatologia, tempo de diagnóstico e tratamento. Foi utilizado o questionário Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36) para avaliar a qualidade de vida. Para medir a prevalência de depressão foi utilizada uma versão curta com 28 questões do The General Health Questionnaire (GHQ-28), um instrumento de rastreamento para detectar desordens psiquiátricas.

Observou-se que em relação ao sexo, 98% dos pacientes eram do sexo feminino; mais de 60% deles tinham entre 40 e 55 anos, 41,5% cursaram o primeiro grau e 48,5% eram donas de casa ou trabalhavam com serviços domésticos. Verificou-se que 40% dos pacientes da amostra sofriam de dor corporal há mais de dez anos, 48,6% receberam o diagnóstico de SFM há menos de dois anos e mais de 80% tomavam antidepressivos e mais de 60% já haviam feito fisioterapia. Aproximadamente dois terços da amostra apresentou algum grau de depressão. A depressão apareceu da seguinte forma: nenhuma 32,9%, leve 32,9%, moderada 21,4% e severa 12,9%. Na análise de variância, a depressão mostrou-se significativamente relacionada à queda dos escores das seguintes escalas de qualidade de vida: condicionamento físico, funcionalidade física, dor, funcionalidade social, saúde mental, funcionalidade emocional e percepção da saúde em geral. A idade também foi responsável por mudanças nos escores de qualidade de vida. Assim sendo, a idade mostrou-se significativa na melhora da dor e da funcionalidade social, isso porque com o passar do tempo, as pacientes acabam desenvolvendo estratégias de enfrentamento no manejo da dor e adaptação à doença, retomando paulatinamente algumas atividades. Por outro lado, demonstrou piora do condicionamento físico.

Na análise de regressão múltipla, a presença de depressão esteve negativamente

relacionada a baixos escores em cinco aspectos da qualidade de vida: funcionalidade física, ausência de dor, funcionalidade social, saúde mental e funcionalidade emocional, mesmo controlando-se por idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico e a percepção da mudança na saúde após um ano. Uma melhor percepção da saúde em geral esteve associada a um maior tempo de diagnóstico. Nota-se que, comparada à da população sadia, a qualidade de vida dos pacientes da amostra está prejudicada, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e de funcionalidade emocional. A depressão piorou consideravelmente o condicionamento físico, a funcionalidade física, a dor, a funcionalidade social e a funcionalidade emocional. A percepção da saúde em geral piorou acentuadamente nos graus mais elevados de depressão. Frequentemente a SFM está associada à depressão e esta é responsável por uma queda ainda maior na qualidade de vida do paciente. As características da depressão, como fadiga, sentimentos de culpa, baixa autoestima e vitimização, provocam a exacerbação dos sintomas e prejudicam as estratégias de enfrentamento do paciente diante da doença.

A pesquisa de Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira-Junior e Rocha (2007), teve como objetivo analisar a crença de auto-eficácia de pacientes com dor crônica e relacioná-las a variáveis sócio-demográficas, as características da dor e à presença de sintomas depressivos. A amostra de conveniência foi de 132 sujeitos, advindos de quatro Ambulatórios Hospitalares, com dor crônica não oncológica de etiologia variada, na qual mais da metade (54,5%) tinha o diagnóstico de SFM. Os instrumentos utilizados foram a *Escala de Auto-Eficácia para a Dor Crônica* (AEDC), *Inventário de Depressão de Beck* (BDI) e *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (CPSS). Ocorreu em cerca de um quarto dos avaliados, escores iguais ou superiores a 21, sendo estes indicativos de depressão.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva e dor crônica com a finalidade de verificar o perfil dos estados de humor de mulheres com fibromialgia, bem como analisar sua associação com características sociodemográficas e clínicas, Brandt, Fonseca, Oliveira, Steffens, Viana e Andrade (2011) entrevistaram 106 mulheres com diagnóstico clínico de SFM, provenientes da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A média de idade das participantes foi de 49 ($\pm 10,29$) anos, variando entre 21 e 75 anos. Foram utilizados dois questionários para a realização desta pesquisa, a saber: o Questionário Sociodemográfico e Clínico (QSDC) e a Escala de Humor de Brunel (BRUMS). Nos resultados, a maioria das participantes apresentou diagnóstico clínico de depressão em algum momento da vida (70,7%).

Quanto à medicação, grande parte referiu à utilização frequente de relaxantes musculares (55,7%), antidepressivos (52,8%) e analgésicos (49%). Apenas seis mulheres (5,6%) não faziam uso de medicamentos regularmente. Em média, os participantes sofriam com os sintomas da SFM há nove anos ($\pm 8,5$) e tinham o seu diagnóstico há quatro anos ($\pm 4,2$). A maioria acreditava que algum episódio emocional estava relacionado ao surgimento da SFM (65,1%), e 46 mulheres (43,4%) acreditavam que o surgimento estava relacionado à ocorrência de depressão. Quanto aos sintomas, os predominantes foram: dor generalizada (84,9%). Em relação ao afastamento do trabalho devido à SFM (10,4%) encontravam-se nesta condição. Variações nos estados de humor estiveram associadas à idade, ao fato de estar trabalhando ou não, ao número de sintomas da SFM, e ao diagnóstico médico de depressão sendo significativos. Observou-se que participantes mais jovens apresentaram mais tensão e fadiga quando comparadas às com maior idade. Mais fadiga também foi apresentada pelas participantes que estavam trabalhando na época do estudo. O número de sintomas relacionados à SFM foi a variável que se associou a presença de mais sintomatologia depressiva, assim sendo, as que apresentam mais sintomas de SFM tiveram maior depressão, raiva, fadiga e confusão, e menor vigor do que as com menos sintomas números de sintomas. Dessa forma, o aumento da idade em mulheres com SFM pode proporcionar uma melhor percepção da dor e da saúde, pois estas geralmente convivem há mais tempo com a doença e podem ter desenvolvidos estratégias de enfrentamento mais adequadas. Entretanto, independente do tempo de convívio com a dor a SFM produz um impacto negativo na qualidade de vida de seu portador.

O impacto na qualidade de vida em pacientes com SFM abarca o âmbito familiar, com alterações nas relações: a) pessoal, pois as alterações no estado de humor e limitações propiciam maior dependência tanto física quanto emocional; b) social e de trabalho, diminuindo as atividades de lazer e a produtividade, podendo em alguns casos, culminar em queda do padrão financeiro; c) a sexualidade também sofre alterações, com diminuição do prazer e da frequência de atividades sexuais (Saltareli, Pedrosa, Hortense & Sousa, 2008). Na mesma linha Castro, Quarantini, Daltro, Caldas, Koenen, Kraychete e Oliveira (2011) afirmam que os piores prognósticos advêm da combinação entre depressão e SFM. Por fim, Brandt et al. (2011) apontam que as mulheres com fibromialgia apresentam tendência de humor deprimido.

Sabe-se que as mesmas estruturas cerebrais podem ser estimuladas tanto na dor crônica quanto na depressão. Para Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira-Junior e Rocha (2007) nas síndromes

dolorosas crônicas e nos quadros depressivos, há diminuição da oferta de aminas serotoninérgicas e noradrenérgicas e há mudanças comportamentais, como isolamento, diminuição da atividade e autofocalização, que podem contribuir para a depressão e maior percepção da dor. Julga-se importante ressaltar que independente da variação de intensidade – leve, moderada ou severa – a literatura aponta que a depressão encontra-se frequentemente associada aos casos de SFM. É válido ratificar que a SFM é classificada atualmente como a síndrome da dor crônica. Portanto, se faz necessário a compreensão da evolução histórica da dor da antiguidade à atualidade.

2.2 A Dor na Antiguidade (500 a.C – 100 d.C)

Desde os tempos remotos, havia o interesse em se compreender a condição de dor, conceituá-la e tratá-la. Neste contexto, várias teorias surgiram ao longo dos séculos por meio de diversos pensadores que produziram conhecimentos complementares, tais como: a teoria da punição dos deuses ou de demônios (visão religiosa), a teoria humoral (visão racional e epidemiológica), a teoria da dor neuropática (classificação de diferentes tipos de dor e conciliação de tendências), a teoria da dor como um fenômeno físico (modelo biomédico), a primeira revolução da saúde (fatores etiológicos identificados) e a segunda revolução da saúde (a qual inclui a percepção da dor crônica como uma síndrome (SFM) e não apenas um sintoma, além do surgimento de doenças de cunho comportamental). Nas civilizações antigas, apontam Teixeira e Okada (2001), a dor geralmente era vista como uma forma de punição dos deuses ou de demônios, devido as faltas cometidas pelo próprio indivíduo ou oriundas de gerações. Esses povos distinguiram a dor entre fatores externos e internos. Os externos referiam-se a fraturas, feridas, abscessos, queimaduras, picadas de insetos, entre outros. Nos fatores internos encontravam-se as dores de cabeças, abdominais e torácicas.

Neste cenário, o exercício da medicina era realizado por feiticeiros ou sacerdotes que associavam remédios naturais aliados a prática de feitiçaria, de rituais ou da oração, respectivamente, pois acreditavam que tais práticas produziam efeitos terapêuticos. Os remédios eram produzidos de forma natural, utilizando-se de ervas. O tratamento realizado por feiticeiros tinha por objetivo retirar o espírito que havia se apoderado do corpo do enfermo por meio de

banhos de ervas, além do uso de sacrifícios. No tratamento sacerdotal, havia além do uso de ervas em formas de chás, o perdão às ofensas objetivando a cura. Dessa forma, os deuses atendiam as súplicas dos sacerdotes agradecendo-lhes com o alívio da dor. O conceito de dor nesta perspectiva tinha um cunho religioso. Ainda referenciada em uma retrospectiva secular, observa-se que no século IV a.C., a dor também foi estudada por Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.), Sócrates (469 a.C. – 395 a.C.) e Platão (428 a.C. – 348 a.C.), época em que surgiu a primeira história médica organizada. Outro marco na concepção da dor remete à Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.), considerado o pai da medicina, e à sua teoria humoral, na qual os corpos humanos eram controlados por quatro humores que se relacionavam com os elementos da natureza. A dor surgiria mediante o desequilíbrio na proporção desses humores e as causas da doença teriam origem externas, como o clima e a alimentação (Cailliet, 1999; Calcagnotto, 2011).

Para Hipócrates esses humores se relacionavam inclusive com as qualidades como quente e frio, a idade, as estações do ano e os temperamentos dos indivíduos. A função do médico consistia no conhecimento da natureza humana e na distinção da individualidade, bem como a forma como o indivíduo se relacionava com o todo (elementos da natureza, da região, da organização social e dos hábitos), assim o médico por meio destes conhecimentos poderia reestabelecer o equilíbrio da saúde (Aiub & Neves, 2005; Rebollo, 2006). Outra contribuição de Hipócrates foi introduzir a personalidade na sua forma de compreender o organismo humano. Dessa forma, compreende-se que a percepção da medicina hipocrática retrata-se por uma visão racional, valorizando a observação empírica em oposição ao prisma mágico-religioso inicialmente descrito, bem como demonstrando uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade (Scliar, 2007).

De acordo com Karklis e Ferreira (2006), a medicina de Galeno (129 a.C. – 217 a.C.), influenciou todo o mundo antigo até dois séculos depois de Cristo. Galeno conciliou tendências antes separadas ou em conflito, aliou Medicina e Filosofia, Anatomia e Fisiologia; estabeleceu diferenças entre tipos de nervos, atribuiu a dor neuropática à tensão, e a sua sensação advinda de toda extensão do nervo quando este se rompia, e ainda, classificou as diferentes formas de dor. Segundo Scliar (2007), a idade média europeia, compreendendo o período entre os séculos V e XV, além das concepções hipocráticas, era também influenciada pela religião cristã que mantinha a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. No Oriente, afirma o autor, a concepção de saúde e de doença, segue o mesmo rumo desde os tempos

primórdios à atualidade. Entretanto, este rumo é similar; em certo ponto, ao da visão hipocrática. Acredita-se que há o equilíbrio do funcionamento de forças vitais que existem no corpo como motivadores de saúde e, em contrapartida, do desequilíbrio surgem às doenças. A yoga e a acupuntura, por exemplo, como medidas terapêuticas, visam restaurar o normal fluxo de energia (“chi” na China; “plana” na Índia) no corpo.

Durante o Renascimento no século XV, salientam Karklis e Ferreira (2006), a prática médica da Grécia e Roma passa por transformações, Paracelso (1493 – 1541), por exemplo, defendeu uma nova classe de agentes químicos no controle da dor, citando a ação do ópio e do éter no alívio da mesma. Outro marco em destaque nesse período, remete à Leonardo da Vinci (1452 – 1519) que ao iniciar a prática de dissecar cadáveres e realizar descrições anatômicas contribuiu significativamente com a medicina e juntamente com seus contemporâneos postulou a ideia de que o cérebro é o órgão responsável pelas sensações transmitidas pela medula espinhal, inclusive a dor (Zocoli, Mota, Somavilla & Perin, 2007; Fullin, 2011).

Os pressupostos de René Descartes (1596 – 1650) também marcaram o século XVII. Destaca Scliar (2007), que Descartes versava sobre o dualismo mente-corpo, sendo o último comparado a uma máquina e assim, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. Em paralelo, Fullin (2011) ressalta que para Descartes a dor era entendida como um fenômeno físico a ser resolvido por meio de técnicas mecânicas. Tal pensamento cartesiano foi denominado como modelo biomédico. O século XIX se destacou por importantes descobertas, entre elas, conforme demonstra Scliar (2007), a revolução pasteuriana de Louis Pasteur (1822 – 1895), com a utilização do microscópio, mostrava a existência de micro-organismos causadores de doenças e possibilitava à introdução de vacinas e soros. Para Albuquerque e Oliveira (2002) tratava-se de uma revolução, pois pela primeira vez, fatores etiológicos estavam sendo identificados; doenças poderiam ser prevenidas e curadas. Assim, além da ideia de doença como defeito de parte do corpo (modelo biomédico), somou-se a concepção de que para cada doença havia uma única causa. Esse período foi denominado como a primeira revolução da saúde. Considerando-se Karklis e Ferreira (2006), ainda no século XIX, na busca para diminuir ou eliminar a dor, algumas substâncias foram estudadas, iniciou-se o isolamento de um ingrediente ativo do ópio. Por fim, desenvolveu-se a seringa hipodérmica com agulha e a morfina pode ser utilizada em larga escala no manejo da dor e introduziu-se o uso de cocaína como anestésico. O éter e o ópio também foram usados e combinou-se o ópio com álcool,

formando o Láudano, sendo este um medicamento de eficácia comprovada. E, finalmente, o século XIX também foi marcado pelas indicações de várias medidas terapêuticas complementares e não medicamentosas para o tratamento da dor, a saber, eletroterapia, fototerapia, termoterapia, cinesioterapia, hidroterapia, acupuntura, psicoterapia, entre outras, que associadas a prescrições medicamentosas, ocuparam lugar de relevância no século ulterior (Karklis & Ferreira, 2006). Concluiu Cailliet (1999), que desde que a humanidade começou a escrever e a sofrer, a dor e suas teorias vêm sendo descritas na literatura. Corroborando com tal postulado Santos (2009) afirma que na história da medicina, a dor é, possivelmente, a queixa mais frequente e antiga. Assim sendo, como pode ser observado, a interpretação da dor variou conforme o momento histórico em que se encontrava cada sociedade, destacando-se na atualidade.

2.3 A Dor na Atualidade

No século XX o manejo da dor ocupou lugar de primazia. Mais precisamente na década de 30, René Lériche (1879 – 1955), foi o primeiro a compreender e tratar a dor crônica como uma doença, e não mais como um sintoma. Concomitantemente, Woodbridge e Ruth, entre outros, divulgaram o uso de técnicas de bloqueios de plexos nervosos com finalidades diagnósticas e terapêuticas. A radioterapia introduzida por Wilhelm Roentgen (1845 – 1923), propiciou melhores resultados em diversas condições de dor severa e persistente, tornando o seu criador um nome em evidência. Devido a sua eficácia, a radioterapia continua sendo utilizada no tratamento de dor oncológica (Karklis & Ferreira, 2006). As descobertas relevantes destes períodos foram evidenciadas na medicina e na psicologia, por exemplo, em 1945, Beecher (1904 – 1976) em uma visão biopsicossocial, postulou que fatores psicológicos podem modificar e desencadear a dor, e que, portanto, a dor nem sempre é proporcional ao dano tecidual. Em 1950, Jonh Bonica (1917 – 1994), propõe a humanização de tratamento para o doente de dor crônica por meio da introdução de uma abordagem terapêutica multiprofissional. Em 1960 desenvolveu juntamente com White (1928 –) e Crowley, o primeiro Centro Disciplinar de Dor na Universidade de Washington – EUA, os resultados foram tão promissores que este sistema atualmente é modelo no atendimento aos pacientes com dor crônica. Por sua inovação na área médica, Jonh Bonica foi considerado o pai do tratamento intervencionista da dor (Karklis & Ferreira, 2006).

Com as mudanças históricas ocorridas, a compreensão da dor e da saúde tomou outro rumo, um marco decisivo foi a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945). De acordo com Albuquerque e Oliveira (2002), após esse evento, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), é que foi concebido e divulgado pela OMS, um conceito de saúde que se propôs a ser referência para as nações. Isto ocorreu em abril de 1948, assim a saúde passou a ser compreendida como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não somente uma ausência de doença. Sabe-se que não havia um conceito universal de saúde até o início do século XX. Segundo Costa-Jr (2005), a concepção de saúde e doença como um fenômeno multidimensional, é uma concepção relativamente nova e a percepção da dor tornou-se um de seus indicadores. Para Almeida-Filho, Lessa, Magalhães, Araújo, Aquino e James (2004), a dor é um sintoma clinicamente relevante para a identificação e avaliação de patologias, facilitando a introdução de comportamento de precaução, evitando, por conseguinte, a ampliação dos danos nela inseridos.

E, finalmente em meados do século XX, nos países desenvolvidos, surgem as doenças de cunho comportamental, às quais a teoria dos germes não apresentava soluções. Assim o modelo biomédico que antes era centrado na prevenção da doença, passa a ser focado na saúde, somando-se a concepção da multicausalidade das doenças e multifatorialidade da saúde. Tais transformações seriam um avanço, isso porque, superou várias dicotomias subjacentes à visão anterior de saúde, a saber, corpo e mente, saúde e enfermidade, natural e social, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica e terapêutica e reabilitação. Outra contribuição da mudança na concepção de saúde foi o fato de que atualmente retrata-se a mesma como um estado positivo que pode ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado, e, por conseguinte, possibilitou a emergência de políticas sanitárias mais úteis e eficazes. A estratégia geral, seria a modificação do comportamento dos indivíduos para a alteração de seu estilo de vida, objetivando afastar delas o risco de contrair doenças, as quais estavam associadas ao comportamento humano, tais como vida sedentária, estresse, fumar. Esse período foi concebido como a segunda revolução da saúde (Albuquerque & Oliveira, 2002; Sá-Júnior, 2004; Correia, 2006).

Conforme visto anteriormente, ao se falar dos conceitos sobre a dor recorreu-se as articulações históricas desde os tempos primórdios, sendo importante continuar a partir dessas conjecturas, ampliar o entendimento da mesma na atualidade. De acordo com Yeng, Teixeira, Ribeiro e Samuelian (2006), a dor é uma experiência emocional, sensorial, subjetiva e

desagradável associada a real ou potencial lesão tecidual, ou descrito em termos de tal lesão. Segundo os autores essa é uma definição elaborada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 1994). Conforme Cailliet (1999), a algia (dor) pode resultar muitas vezes em incapacidade e imobilidade, sendo ainda o principal sintoma de alerta para que o indivíduo busque ajuda especializada. Para Porto (2000), a dor pode existir mesmo com ausência de um dano ou lesão real. Corroborando com tal postulado, Marquez (2004) afirma que a dor é complexa e que engloba dimensões afetivas, interpretativas e comportamentais, como também, as fisiológicas e sensoriais. Portanto, é subjetiva e submetida às particularidades de cada indivíduo.

Ressalta Teixeira (2001), que o Brasil é um dos países onde a dor é muito frequente. Há tratamento para 100% dos casos, ainda que por meio de cuidados paliativos, porém alguns médicos brasileiros não detém um conhecimento mais amplo que propicie um manejo mais adequado dela. A maioria dos indivíduos apresenta algum tipo de dor, haja vista que, parte das afecções manifesta-se por meio dela. As anormalidades biomédicas, comportamentais e psicossociais que apresentam relação entre si estão representadas na manifestação da dor (Yeng et al., 2006). Enfim, Guertzenstein (2006), ressalva que a ativação das áreas cerebrais associadas à emoção e à atenção culmina em experiência subjetiva consciente, e a dor surge da ativação de tais áreas.

2.4 Os Tipos de Dor

Há que se entender os tipos de dor. Para Yeng et al. (2006) a dor pode ser dividida em aguda e crônica. A aguda frequentemente apresenta-se universalmente e representa, na maioria das vezes, um alerta biológico. O infarto agudo do miocárdio, como um representante deste quadro, é frequente nos serviços de emergência hospitalares. Para Teixeira e Teixeira (2006), a cronicidade é definida, quando perdura por mais de três meses, interferindo quantitativa e qualitativamente nas atividades cotidianas. Outro dado a ser considerado na compreensão da dor aponta para a identificação de sua etiologia. Nesse sentido, é válido dizer que a atividade neural anormal manifestada por meio de impulsos de pequena magnitude culmina em dor crônica. A dor

crônica pode associar-se à patologia de base, assim sendo, quando a dor é proveniente da doença basal, a resposta terapêutica é satisfatória, ou seja, ao se tratar a doença elimina-se a dor. Por outro lado, pode manter-se em ativação após a recuperação da lesão ou doença. Esse tipo de dor se caracteriza por ser difusa, contínua ou recorrente e é dividida em nociceptiva, neuropática e psicogênica (Merskey & Bogduk, 1994; Smith, Monson, & Ray, 1986; Furst, 1999; Melzack & Wall, 1999; Resende, Nascimento, Rios, Quintanilha, Ceballos & Araújo, 2010). A dor nociceptiva consiste na estimulação persistente de nociceptores, seja térmico, químico ou mecânico e advém de processos infecciosos, traumáticos, deformidades mecânicas, destruição tecidual, tais como, fratura óssea, cistite, gota, coronáriopatia, e ainda, processos inflamatórios e o câncer (Millan, 1999; Miguel-Jr, 2008). Para Galluzzi (2007), a dor neuropática é oriunda de uma lesão primária ou por disfunção do SNC e/ou Periférico (SNP). Esta desordem pode ser provocada por compressão, infiltração, transecção, isquemia ou a combinação desses fatores. Conforme Bowsher (1999) e Schestatsky (2008) a dor advinda do membro inexistente, a qual é denominada como dor do membro fantasma e patologias como Parkinson e Diabetes mellitus são as principais causas da dor neuropática. A dor nociceptiva e neuropática, afirma Schestatsky (2008), muitas vezes podem coexistir e o reconhecimento de cada um dos componentes é fundamental para a decisão terapêutica. A dor psicogênica, relaciona-se com a prevalência de fatores psicológicos na origem da sensação dolorosa. Nos distúrbios psicológicos como a ansiedade generalizada e a depressão esse tipo de dor é comumente observado (Merskey, 1986; Furst, 1999).

Segundo Teixeira (2006), a dor crônica pode levar a disfunções psicológicas e sociais importantes. As causas de tais disfunções podem estar relacionadas ao déficit de neurotransmissores, alterações nos receptores, transtorno dos ritmos biológicos, anormalidades neuroendócrinas, imunológicas e/ou fatores genéticos. Conforme Riberto (2008) e Kraychete (2009), a dor é uma experiência multidimensional que inclui componentes emocionais, cognitivos e nociceptivos. A dor crônica produz modificações musculares, com contratura reflexa; alterações psíquicas, frequentemente a depressão; e também modificações neurológicas. Independentemente da causa, a dor crônica cursa com mecanismos biológicos específicos e está associada com efeitos cognitivos e psicossociais, com impacto nas atividades da vida diária em suas dimensões físicas, com modificações na sexualidade, no convívio familiar e social (Wilson, Chochinov, Allard, Chary, Gagnon, Macmillan, De Luca, O'Shea, Kuhl & Fainsinger, 2009; Caponero,

2009). Ainda segundo os autores, todo o conjunto de alterações fisiológicas, mudança de humor, alteração nas relações familiares e sociais, entre outros, leva à sensação de sofrimento. O sofrimento, dessa forma abarca uma sensação mais subjetiva que o fenômeno doloroso. O referido sofrimento encontraria expressão no sintoma dor, projetando-se nele, e passaria a refletir não só a dor “real” (física), mas também a dor “emocional” (psicossocial), com reflexo em escores mais altos na avaliação da dor. Por fim, com o sofrimento e mudanças de humor, a percepção da dor, como função cortical superior, é exacerbada, agravando o quadro como um todo (Wilson et al., 2009; Caponero, 2009).

Ao longo do tempo, a observância dos vários aspectos que compõem o fenômeno doloroso se fez necessária. Inicialmente, postularam Melzack (1975) e Almeida et al. (2004), o fenômeno doloroso fora descrito com dois componentes: um que discriminava o estímulo doloroso em relação ao tempo, intensidade e espaço, caracterizado como perceptivo-discriminativo (componente sensorial); e outro que atribuía emoções à experiência dolorosa, sendo responsável pelas respostas comportamentais à dor. Este, por sua vez, foi denominado por comportamentos defensivos, como a retirada reflexa dos membros, nomeado de componente aversivo-cognitivomotivacional (componente motivacional). Atualmente sabe-se que há quatro componentes fundamentais para a descrição do fenômeno doloroso, a saber, nocicepção, dor, sofrimento e comportamento doloroso. Resumidamente, a nocicepção está relacionada com a percepção periférica dos estímulos causadores de dor e com o sistema nervoso central. A dor diz respeito à resposta funcional do corpo à nocicepção. O sofrimento, por sua vez, expressa uma resposta afetiva e adversa, gerada pela dor, ansiedade, medo, estresse e, ainda por outros estados psicológicos desagradáveis (Katz & Melzack, 1999; Loeser, 2008). Por fim, o comportamento doloroso é a consequência esperada do sofrimento e é emitido pelo indivíduo como forma de expressão de sua experiência dolorosa. São manifestações de comportamentos dolorosos as expressões faciais (arqueamento de sobrancelhas, caretas), alterações posturais (inatividade, posturas usuais, cautelosas ou não), atividades autonômicas (rubor, sudorese e palidez), atividade motora (sobressalto, fricção ou proteção da área dolorosa), expressões vocais como grito, choro, gemido, além de suspiro, e linguagem, tais como, apelos, queixas, solicitações e exclamações. Dessa forma, os comportamentos dolorosos crônicos manifestados demonstram além das peculiaridades do indivíduo, a influência do ambiente, resultante, inclusive do aprendizado (Pereira & Sousa, 2007; Loeser, 2008). Nesse sentido, a rede de pessoas que cercam o indivíduo

portador de dor crônica, influencia a maneira como ele lida com a sua dor.

E, finalmente aponta Guertzenstein (2006) que a dor está presente em todas as áreas da medicina. Entretanto, quando não são encontradas bases orgânicas que justifiquem a permanência prolongada da dor e os tratamentos até então ministrados não surtem os efeitos esperados, os pacientes são encaminhados para a clínica de dor, haja vista que, se levanta a hipótese diagnóstica de dor crônica. Há várias doenças crônicas nas quais a dor crônica está presente, como artrite reumatoide, doença pulmonar obstrutiva, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome fibromiálgica músculo-esquelética (SFM) e câncer.

2.5 O Câncer e a Dor Oncológica

Segundo o INCA (2012), o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. O câncer é a segunda causa de morte no Estado de São Paulo, sendo responsável por 5% dos casos de dor crônica. Em relação ao câncer, convém enfatizar que de acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Gomes da Silva - INCA (2012), do Ministério da Saúde, o câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis vêm se tornando cada vez mais comuns em todo mundo e podem causar danos assoladores para as famílias. Historicamente, pontua o INCA (2012), o câncer foi visto como uma patologia dos países desenvolvidos. Porém, nos últimos quarenta anos, esta situação vem se transformando, podendo ser notada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos financeiros. Atualmente é considerado um problema de saúde pública mundial. Nos países desenvolvidos há predomínio dos cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, sendo o câncer do pulmão o mais frequente na população mundial, aparecendo como a causa mais comum de morte por câncer. Nos países em desenvolvimento, os cânceres de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero, são os mais frequentes (INCA, 2012). O INCA (2012), baseado nos dados da Organização Mundial da Saúde – OMS estimou que no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixas e médias rendas.

Ainda de acordo com INCA (2012), no Brasil, todo o caso de doença oncológica vem aumentando, alguns exemplos citados a seguir apontam para as incidências. Assim a estimativa é de 52.680 novos casos de câncer de mama, tendo uma estimativa de risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Para câncer de colo de útero a estimativa é de 17.540 novos casos, e o risco é de 17 casos para cada 100 mil mulheres. O câncer do pulmão em algumas regiões, é o terceiro mais frequente. A estimativa de 2012 foi de 10.110 novos casos, sendo um risco de 10 casos para 100 mil mulheres, tais estimativas não consideram os tumores de pele não melanoma. Para o câncer renal, segundo Campos (2008) a variação apresenta-se entre 7 a 10 casos para cada 100 mil habitantes por ano. Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia (2013), os tumores renais correspondem a 3% das neoplasias que acometem os seres humanos. Têm maior incidência entre a 5ª e 7ª décadas de vida e é mais comum nos homens.

Em se tratando da dor no câncer (dor oncológica), ela é um dos sintomas mais frequentes nas neoplasias malignas, é o mais temido, e, portanto, deve ser investigados nesta patologia (Pimenta & Teixeira, 1997; Pimenta, Koizumi & Teixeira, 1997a). Segundo Miceli (2002), na doença oncológica se faz necessário medir a presença de severidade da dor e, para tanto, deve-se levar em conta o auto-relato do paciente, o significado da dor para ele, o suporte familiar recebido, as fantasias de progressão da doença e os medos a ela associados, a ansiedade e os sintomas depressivos, entre outros. A relevância da medição da dor na avaliação de rotina de pacientes com câncer e em pesquisa é defendido por especialistas e associações científicas (Gordon, Dahl, Miaskowski, McCarberg, Todd, Paice, Lipman, Bookbinder, Sanders, Turk & Carr, 2005).

Conforme Jales (2009), deve ser dada especial atenção à prevenção da dor e a evolução deve ser frequentemente monitorada, isso porque, a inclusão da avaliação da dor como o quinto sinal vital, com registro adequado, e, por conseguinte com intervenção precisa, assegura que todos os pacientes, incluindo os terminais, tenham acesso a intervenções para controle da dor. Os outros sinais vitais são a temperatura, o pulso, a pressão arterial, a respiração, a dor e o sofrimento, especialmente na área oncológica. Em relação aos pacientes terminais, Kovács (2009), assegura que mesmos os pacientes em estágio avançado da doença oncológica, buscam alívio e controle da dor e de outros sintomas psicossociais, tais como, o medo da solidão, da interrupção das metas da vida, medo do abandono, da perda de pessoas próximas, da dependência e morte.

Torna-se evidente a demanda de controle da dor independente do estágio da doença oncológica, além da necessidade de compreensão por parte dos profissionais de saúde, sobre o sofrimento psíquico experimentado pelo paciente, promovendo, por assim dizer, melhores terapêuticas. De acordo com Oliveira-Jr (2009), a falta de tratamento adequado da dor e do sofrimento psíquico pode desencadear uma expressão de sofrimento mais intensa do que o induzido pela patologia orgânica de base, resultando em uma maior possibilidade de insucesso em seu tratamento. Por fim, é importante determinar o escore da dor e o da medicação, investigando assim, se a dor é ou não passível de tratamento (Salazar & Motta, 2013).

No que se refere à prevalência de dor crônica em pacientes oncológicos, esta os acomete entre 29% a 57% dos casos. Nas fases iniciais da doença, a dor é menos frequente e ocorre entre 20% a 50% e, nos casos mais avançados, entre 70% a 90% (Teixeira, 1995; Pimenta & Teixeira, 1997; Lasage & Portenoy, 1999; Ferreira, Kimura, Teixeira & Nobrega, 2006; Van den Beuken-van Everdingen, De Rijke, Kessels, Schouten, Van Kleef & Patijn 2007; Henry, Viswanathan, Elkin, Traina, Wade & Cella 2008; Lema, Foley & Hausheer, 2010). A dor em câncer pode ser causada devido à própria doença, ou ainda, consequente de procedimentos diagnósticos e de tratamento (Miceli 2002; Wilson et. al., 2009; Caponero, 2009). A dor no câncer, para Caponero (2009), é classificada como nociceptiva, neuropática e mista e o que causa a dor associada ao câncer é a pressão que o crescimento tumoral exerce sobre os tecidos saudáveis, comprimindo raízes nervosas (dor por nocicepção), troncos, plexos e raízes neurais (dor neuropática). Com o fator de necrose tumoral há liberação de citosinas pró-inflamatórias, assim o processo inflamatório, caracteristicamente, cursa com a estimulação de terminações nervosas e dor. A disfunção orgânica trata-se de um terceiro mecanismo na gênese da dor, como, por exemplo, a compressão de vísceras, que causa dor secundária ao crescimento tumoral.

Ainda na etiologia da dor associada ao câncer, o terceiro grupo, trata-se da dor secundária ao próprio tratamento, a qual surge em até 25% dos pacientes. Ela ocorre pelo dano produzido pela radioterapia, pelos efeitos neurotóxicos de alguns medicamentos quimioterápicos, pela secção de terminações nervosas nas cirurgias (Wilson et al., 2009; Caponero, 2009). Em geral, a dor no câncer apresenta intensidade e frequência elevadas (Van den Beuken-van Everdingen et al., 2007; Henry et al., 2008; Lema, Foley & Hausheer, 2010). Por outro lado, os mecanismos da dor não são bem claros. Entretanto, entende-se que eles ocorrem tanto devido à estimulação de nociceptores, citocinas – como a serotonina – quanto por desenvolvimento de macro ou micro

fraturas (Salazar & Motta, 2013). Em relação à cronicidade da dor nos referidos casos, Fontes (2009) aponta que ocorre em todo o câncer que der metástase óssea ou compressão neural. E, finalmente ressaltam Salazar e Motta (2013), que aproximadamente 2/3 dos pacientes com metástases ósseas apresentam dor. As complicações das metástases ósseas, afirmam os autores, são causadas pela combinação da destruição óssea e do crescimento do tumor. Conforme visto, o câncer é uma patologia que compromete além do físico, o estado emocional do paciente, e, nesse cenário, a sintomatologia depressiva se faz presente.

2.6 A Sintomatologia Depressiva e suas Associações com o Câncer

A possibilidade de uma condição maligna determina, com frequência, níveis mais altos de perturbação emocional, isso porque os pacientes experimentam medos relacionados à dor, ao sofrimento, ao prognóstico e a morte, além da perda da autonomia, alterações da imagem corporal e o aumento da dor e do sofrimento, propriamente ditos (Conley, 1985; Massie & Popkin, 1998). Para Teng, Humes e Demetrio (2005), a relação entre queda da sobrevida dos pacientes oncológicos e sintomatologia depressiva é notória. Ainda segundo esses mesmos autores, os pacientes oncológicos deprimidos aderem menos aos tratamentos ministrados, interferindo negativamente em seu prognóstico. A depressão também compromete o sistema imunológico, reduzindo, por conseguinte, a sobrevida. Corroborando com tal postulado, Baptista, Santos e Dias (2006) apontam que os sintomas frequentemente notados em pacientes com câncer são pertencentes aos transtornos de humor.

Outro dado igualmente relevante é o impacto do diagnóstico da doença oncológica, pois é considerado um evento estressor, sendo um dos motivos pelos quais estudos dos fatores no processo de adaptação à patologia têm sido investigados. Há o interesse em se ampliar recursos existentes e que são facilitadores para o processo adaptativo, melhorando os resultados quanto à sobrevivência, saúde e qualidade de vida (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Segundo Domingues e Albuquerque (2008), a reação inicial frente ao diagnóstico de câncer é a de negação, e posteriormente há um misto de sentimentos, além de sintomas de depressão e ansiedade ou quadros depressivos propriamente ditos, os quais demandam intervenção especializada no campo

da psico-oncologia. Para os autores, a sintomatologia depressiva pode sobrepor-se aos sintomas físicos do câncer e do tratamento oncológico, podendo resultar em abordagem terapêutica inadequada. Brown, Kroenke, Theobald, Wu e Tu (2009) demonstram que a depressão e a ansiedade estão fortemente associadas à saúde mental dos pacientes com câncer. Em pensamento similar Wilson et al. (2009) pontuam que é relevante considerar o fato de que a dor no paciente com câncer com frequência está relacionada à maior prevalência de depressão, ansiedade, falta de esperança, desejo de morrer e suicídio.

Em relação à prevalência de depressão nos pacientes com câncer, Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira e Reis (2010) ressaltam que se encontra entre 3% e 58% variando com o tipo de câncer, com o estágio da doença, ou seja, inicial ou avançado e as características da população. Existem evidências de que algumas variáveis clínicas, como a prevalência de depressão, aumente com a gravidade e com o estágio mais avançado da doença de câncer. De acordo com as normas e recomendações do INCA/MS (Revista Brasileira de Cancerologia, 2000), a depressão é um sintoma muito comum em pacientes com câncer e segundo Werebe (2001), o câncer é uma das patologias com maior prevalência de depressão. Croyle e Rowland (2003) ressaltam que aproximadamente 10% a 25% dos portadores de câncer apresentarão episódios de depressão maior e/ou de ansiedade. As queixas dolorosas, afirmam os autores, são amplificadas se o doente está deprimido. Por fim, para Pinguart e Duberstein (2010), mesmo quando são controladas as variáveis da depressão e dos tratamentos, observa-se que a depressão tem sido considerada um preditor importante dos níveis de mortalidade dos pacientes oncológicos.

Um estudo realizado na Escócia por Montazeri, Milroy, David, McEwen e Gillis (1998), associando a sintomatologia depressiva e o câncer, apresentou inicialmente uma amostra de 129 participantes com diagnóstico de câncer do pulmão, dos quais 40% eram mulheres, a idade média foi 67,5 anos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados de sintomatologia depressiva foi *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e para mensurar o tratamento de câncer, a qualidade de vida e o bem estar geral, foi aplicado o instrumento da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento de Câncer de Qualidade de vida, o questionário (EORTC QLQ-C30). A pesquisa foi realizada em etapas, antes e depois do diagnóstico de câncer de pulmão, aplicando o HADS, após três meses do diagnóstico. Na primeira entrevista 12% dos pacientes tinham sintomas de depressão grave e, após o diagnóstico ocorreu um aumento de 10%, em comparação com a avaliação de linha de base, sendo que os resultados indicaram que 22% dos participantes

sofriam de depressão e aqueles com menor nível de qualidade de vida tinham mais depressão. A natureza prospectiva deste estudo é extremamente importante e sugere que a depressão grave está significativamente associada com diagnóstico de câncer de pulmão.

A pesquisa de Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000) objetivou analisar a existência de relações entre dor oncológica e depressão. A amostra foi de 92 doentes divididos em dois grupos, com ou sem dor na semana anterior à entrevista, provenientes do Ambulatório do Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram aplicados dois instrumentos: o Instrumento I permitiu caracterizar a população quanto aos dados sociodemográficos e clínicos. O Instrumento II é o Inventário de Depressão de Beck. Como resultado observou-se queixa algica em 62,0% dos doentes, desses 66,7% apresentou dor moderada, em 17,5% a dor foi descrita como intensa. A duração da queixa algica foi prolongada, variando de 12 dias a 60 meses. Dor há mais de 6 meses foi relatada por 63,2% dos indivíduos e há mais de 1 ano por 21,1%. A faixa etária para os dois grupos foi de 55 e 81 anos. Em se tratando dos sintomas depressivos, os indivíduos do grupo com dor apresentaram escores de depressão significativamente mais altos que os do grupo sem dor, doentes com mais altos escores de depressão experienciaram dor de maior intensidade. Assim, os sintomas depressivos associaram-se e agravaram a experiência dolorosa, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para sexo, idade, escolaridade e renda.

A pesquisa de Bastos, Tesch, Denardin e Dias (2007) teve como objetivo investigar os níveis de sintomas depressivos em pacientes com dor crônica, do tipo orofacial por câncer de cabeça e pescoço e verificar associação destes com a gravidade da dor. A amostra foi composta por 60 indivíduos, divididos em dois grupos de trinta, o Grupo 1 referiu-se a indivíduos com dores crônicas associadas ao câncer de cabeça e de pescoço (DCCP) com idade entre 24 a 74 anos, dos quais 76,7% eram do sexo masculino, o Grupo 2, grupo controle, referiu-se os portadores de câncer de cabeça e pescoço sem a presença de dor aguda ou crônica (CCCP) com idade entre 36 a 74 anos, dos quais 63,3% do sexo masculino, provenientes do setor de triagem do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, Brasil. O instrumento utilizado para avaliar a intensidade e gravidade da dor e os níveis de sintomas depressivos foram obtidos pela aplicação do questionário *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD). Como resultado observou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomas depressivos entre os dois

grupos. O coeficiente de correlação de *Spearman* demonstrou haver uma moderada correlação ($r = 0,58$) estatisticamente significativa entre a severidade da dor crônica e os níveis de sintomas depressivos apresentados nos pacientes estudados.

A pesquisa de Nifa e Rudnicki (2010) objetivou avaliar a intensidade de sintomas depressivos em enfermos renais crônicos que realizavam tratamento de hemodiálise na Clínica Particular de Hemodiálise, em Porto Alegre, RS, sendo a amostra de 30 pacientes, dos quais 40 % mulheres, na faixa etária entre 30 e 69 anos. Para a coleta de dados foi utilizado o *Inventário Beck de Depressão* - BDI, aplicado individualmente e um Questionário de Identificação, visando coletar dados biossociodemográfico. Os dados levantados referentes à sintomatologia e intensidade depressivas, através do BDI, apontaram que 66,7% dos participantes apresentaram nível mínimo de sintomatologia depressiva; 23,3% no nível leve e 10% no nível moderado. Considerando-se o nível de depressão demonstrado BDI e o gênero, observou-se que as mulheres apresentaram 50% de nível mínimo de depressão, 33,3% leve e 16,7% de moderado. Os homens apresentaram 77,8% de nível mínimo de depressão, 16,7% de nível leve e 5,6% de nível moderado. Concluiu-se que as mulheres apresentaram maior sintomatologia depressiva que os homens, com a faixa etária de maior representatividade entre 40 e 49 anos. Verificou-se que não existe diferença significativa para os escores de BDI quando comparado entre homens e mulheres participantes do estudo ($p \leq 0,05$).

Evidencia-se o fato de que a avaliação psicológica possibilitou a compreensão do fenômeno doloroso experimentado pelos doentes crônicos participantes das referidas pesquisas. Cumpre recordar que no fenômeno doloroso estão incluídas tanto a dor emocional (psicogênica), quanto a física.

2.7 A Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica pode ocorrer em vários ambientes e contextos, no âmbito da saúde, e conforme afirmam Capitão, Scortergagna e Baptista (2005), tornou-se um meio indispensável para metodizar os vários aspectos dessa clientela. Tem como finalidades a promoção e proteção da saúde, diferenciar etiologias e disfunções associadas à doença e avariar

melhores terapêuticas. Portanto, tal avaliação pode ser abalizada como uma ferramenta apropriada para tomada de decisões em relação a diagnósticos, tratamentos e prognósticos. De acordo com Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) compõem o rol de técnicas usadas na avaliação psicológica as entrevistas, as observações, os testes com qualidades psicométricas, os questionários, as escalas de autoavaliação e os inventários. Na mesma linha Noronha (1999) cita que o processo avaliativo envolve a coleta das informações, os instrumentos e as diversas formas de medidas para que se possa chegar a uma conclusão. Assim sendo, a avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificação das dimensões específica do sujeito do seu ambiente e da relação entre eles. A fácil aplicação das escalas de autoavaliação, dos questionários e dos inventários, como também, a diminuição de percepções estereotipadas, da subjetividade do aplicador, das influências e, sobretudo da opinião pessoal do clínico, colocam tais instrumentos avaliativos em vantagem (Calil & Pires, 1998; Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008).

A avaliação psicológica exige do avaliador conhecimentos bem específicos, tanto no que se refere ao instrumento aplicado, quanto das peculiaridades dos indivíduos. Nesse sentido, a avaliação psicológica é uma atividade de exclusividade do psicólogo e para tal se faz necessário instrumentos que consigam mensurar características emocionais, motivacionais, interpessoais e de atitudes (Anastasi & Urbina, 2000; Noronha, 2002). Conforme Bahls (2004) as escalas de avaliação surgiram como a proposta para identificação de sintomas, determinação de sua intensidade e duração, objetivando auxiliar no reconhecimento do problema. Seu objetivo é bem definido, excluindo-se dele qualquer pretensão em se rotular o avaliando. Segundo Tavares (2004); Baptista, Santos e Dias (2006), o objetivo é descrever por meio de técnicas e de linguagem apropriada, a melhor compreensão de alguns aspectos da vida de uma pessoa, ou de um grupo.

Baptista, Morais, Rodrigues e Silva (2006), postulam que as aplicabilidades das escalas e dos instrumentos de rastreamentos de diversos transtornos mentais são significativa pela praticidade, o que minimiza o tempo de aplicação e correção, além de poder ser ministrada por profissional especializado ou ainda, respondida pelo próprio avaliando, pois podem ser autoaplicáveis. Urbina (2007) salienta que os instrumentos psicológicos são indispensáveis para a obtenção de qualquer tipo de amostras do comportamento humano, são importantes para a

compreensão do funcionamento cognitivo ou afetivo, e, sobretudo, proporcionam algum tipo de escore que podem ser interpretados.

Nesse momento, é oportuno referenciar Primi (2010), que menciona que os instrumentos podem ser usados para a implementação de estudos e de intervenções sociais. A avaliação em geral, e, em particular, o desenvolvimento de instrumentos, representa uma área central da ciência psicológica, pois possibilita a objetivação e operacionalização de teorias psicológicas. Por fim, Primi (2010) ressalta que há subsídios que indicam que a área da avaliação psicológica cresceu muito nos últimos 20 anos e que uma constatação desse crescimento pode também ser notada na quantidade de publicações. Por outro lado, a avaliação psicológica se organizou tradicionalmente em laboratórios e linhas de pesquisa. Dos 65 programas existentes de Pós-graduação *Stricto-sensu* em Psicologia, naquele ano no Brasil, somente nove contavam com linhas de pesquisa na área.

2.8 A Avaliação Psicológica da Depressão e a Avaliação Psicológica da Dor Crônica

Notadamente em razão do que foi exposto até o momento, há necessidade de ampliação na construção e validação de instrumentos brasileiros, o que possibilitaria a avaliação psicológica por meio do rastreamento de sintomas depressivos na população. Segundo Baptista (2004) há esforços de pesquisadores brasileiros para investigar a depressão. Contudo, as iniciativas ainda são insuficientes, isso porque muitos fatores contribuem desfavoravelmente para a concretização das pesquisas, com delineamentos mais sofisticados e/ou surveys com amostras representativas, como por exemplo: o tempo despendido, planejamento complexo e os altos custos dos delineamentos. Na avaliação psicológica da depressão, e conforme salienta Calil e Pires (1998), o rastreamento de tais sintomas tem por objetivo estimar quantitativamente os sintomas depressivos de um indivíduo. A abordagem comumente usada neste tipo de avaliação psicológica acontece por meio de escalas, isso porque revelam propriedades psicométricas adequadas, tais como: evidência de validade e precisão.

A validade é um aspecto essencial na construção de um instrumento ou teste psicológico e na definição de Anastasi e Urbina (2000) é “aquilo que o teste mede e quão bom ele faz isso”. A validade tem por finalidade comprovar os objetivos do teste. Seus princípios básicos são a orientação teórica sustentável e a ligação entre a teoria psicológica e a sua averiguação por meio de testagem de hipóteses empíricas experimentais (Anastasi & Urbina, 2000). Entende-se por precisão o nível de confiabilidade do resultado dos testes, a partir da verificação da sua consistência interna e estabilidade. A precisão é caracterizada como estratégias de minimizar o erro de mensuração, assim sendo, uma escala com uma precisão considerada alta, estima os erros que podem ocorrer em uma testagem psicológica. E de maneira oposta, a precisão baixa de um instrumento caracteriza que este não está conseguindo estimar os erros com eficácia (Urbina, 2007). Portanto, a qualidade psicométrica de um instrumento deve estar inserida tanto na avaliação da sintomatologia depressiva, quanto na dor crônica.

A literatura aponta que entre os instrumentos de avaliação da depressão, os mais referenciados em pesquisas mundiais são: a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D), Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HDRS), a Escala de Desesperança de Beck (BHS), a Escala de Ideação Suicida Beck (BSI) a Escala de Depressão de Beck – BDI. Sendo que as três últimas tiveram estudos de validade realizados no Brasil, o que confirmou a boa qualidade psicométrica de tais escalas (Cunha, 2001; Santor, Gregus & Welch, 2006; Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa & Faria, 2006). No Brasil, foi construída e validada a escala EBADEP-A (Baptista & Gomes, 2011), a qual tem sido utilizada e também apresentou boa qualidade psicométrica. A Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A (Baptista, 2011), é um instrumento de rastreio de sintomatologia depressiva, direcionado tanto a amostras psiquiátricas quanto a não psiquiátricas. Os referenciais teóricos utilizados para a sua construção foram os indicadores sintomáticos de depressão derivados de teorias sobre a depressão, como a Cognitiva (Beck & cols., 1997) e a Comportamental (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), além dos manuais internacionais de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV-TR e da Organização Mundial de Saúde, CID-10 (APA, 2002; OMS, 1993). É composta por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens. Há uma escala do *Likert* de quatro pontos, variando de zero a três, com pontuação mínima de zero e máxima de 135 pontos. Considera-se que quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão.

No que se refere a avaliação da sintomatologia depressiva, ansiedade e dor crônica Matta e Moreira-Filho (2003), realizaram um estudo com indivíduos portadores de cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE) e crônica (CTTC). A avaliação ocorreu no Ambulatório de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) em Niterói, no Rio de Janeiro. Foram avaliados 100 pacientes, dos quais 50 com CTTE, sendo que 40 eram do sexo feminino (80%) e 50 com CTTC, sendo que 39 eram do sexo feminino (78%). A idade dos participantes de CTTE variou entre 18 e 60 anos, com média de 30 anos, a idade do CTTC, variou entre 30 e 60 anos, com média de 42,8 anos. O instrumento utilizado para esta pesquisa foi o *Inventário de Depressão de Beck* - BDI em que eram considerados portadores de depressão, se seu resultado apresenta-se escores moderado e grave. Nos pacientes de CTTE os sintomas depressivos foram encontrados em 16 (32%) e no CTTC os sintomas depressivos foram constatados em 20 pacientes (40%). Em ambos os grupos, não houve diferença estatística significativa quanto ao gênero ou faixa etária para depressão. Por meio do test *t* não foi possível identificar diferença estatística significativa para ocorrência de depressão nos dois grupos.

Um estudo realizado por Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira e Marques (2006) com o objetivo de avaliar a depressão e a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia, por meio dos instrumentos fibromyalgia impact questionnaire (FIQ) e o Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Healthy Survey (SF-36), e para avaliar a depressão, a Escala de Depressão de Beck (BDS), foi realizado em uma amostra de 40 mulheres, oriundas do Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), sendo 20 com fibromialgia – Grupo Teste e 20 saudáveis – Grupo Controle. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e teste em todos os questionários ($p < 0,05$). Os dados obtidos com estes instrumentos mostraram que a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia é bem inferior do que os indivíduos saudáveis. A depressão, avaliada pela escala de depressão de Beck, novamente demonstrou que os dois grupos apresentam diferença estatisticamente significativa. Foi possível verificar que os pacientes com fibromialgia deste estudo apresentam traço de depressão, sugerindo que pode haver relação entre fibromialgia e depressão.

Moreno et al. (2010), analisaram a presença e severidade de sintomas depressivos, bem como a correlação positiva com os pontos dolorosos, em uma amostra de 50 pacientes, todos com o diagnóstico de SFM, de ambos os sexos, dos quais 80% eram do sexo feminino, com idade

entre 22 e 74 anos, sendo que a média do grupo foi de $54,9 \pm 14$ anos, provenientes do Departamento de Reumatologia de um hospital no Peru. Os instrumentos avaliativos usados na pesquisa foram a Escala de Hamilton para Depressão (HDRS), e os critérios de pontos dolorosos (tender points) do Colégio Americano de Reumatologia – ACR, para a localização e quantidade variável entre 11 e 18 locais dos pontos dolorosos pertinentes aos quadros de SFM. Como resultado, o número médio de pontos dolorosos foi de $14,4 \pm 1,5$. Dos participantes, 20% teve 11 dos 18 pontos dolorosos, 3,6% teve 12 dos 18 pontos, 40% 13 dos 18 pontos dolorosos, 9% 14 dos 18 pontos dolorosos, 20% 15 dos 18 pontos dolorosos, 20% 16 dos 18 pontos dolorosos e 3,6% 17 a 18 pontos dolorosos. E, finalmente, 3,6% apresentavam dor nos 18 pontos dolorosos presentes na SFM. Quanto à sintomatologia depressiva 32,7% não apresentava tais sintomas, em 27,7% os sintomas depressivos foram leves, em 30,9% foram moderados e em 9% foi constatado sintomas depressivos graves. Ao se comparar o número total de pontos dolorosos presentes em cada paciente com resultado encontrado na HDRS, encontrou-se uma associação altamente positiva ($r = 0,74$, $p < 0,001$) entre as duas variáveis. Os autores concluíram que a prevalência de sintomas graves nesta população é rara. Por outro lado, foram encontrados sintomas depressivos de leve a moderado.

Em se tratando da avaliação da dor, considera-se que é um fator indispensável no entendimento do seu portador e de sua patologia, mas não é algo contemporâneo, trata-se, conforme foi visto, de um elemento intrínseco na compreensão evolutiva e histórica dos conceitos de doença, de saúde e desenvolvimento de medidas terapêuticas. Ao diagnosticar a dor, devem-se considerar inclusive os aspectos individuais de seu portador, já que nela está inserida, entre tantos aspectos, a subjetividade. Postulam Loduca e Samuelian (2003), que a avaliação psicológica na dor crônica tem o papel de verificar o impacto da dor na vida do doente e identificar o significado dela na sua história de vida. A elaboração do significado da dor dependerá de vários fatores, a saber: da estrutura da personalidade, das crenças e pensamentos que compõem o seu ambiente sociocultural, do estado emocional do doente, bem como das atitudes, posturas e comportamentos, reforçados por sua rede social.

Corroborando Ribeiro, Portnoi e Moura (2006), ressaltam que há que se compreender o fenômeno doloroso sob uma ótica de um modelo biopsicossocial analisando-se a interação de aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, sensitivos e socioculturais. Dessa forma, a influência e ocorrência dos diferentes fatores psicológicos, que possam causar manter e/ou

agravar a percepção da dor e do fenômeno doloroso, devem ser identificados na avaliação psicológica e na compreensão e prevenção da dor crônica. A dor pode variar em frequência e intensidade e, além de se considerar a etiologia da dor, se faz necessário a observância da intensidade. Para Brunelli, Zecca, Martini, Campa, Fagnoni, Bagnasco, Lanata e Caraceni (2010), a intensidade da dor subjetiva é a mais frequentemente considerada entre as dimensões da dor que devem ser avaliadas, tanto na prática clínica, quanto em pesquisas científicas. Os autores afirmaram que Escalas numéricas (NRS) e Escalas de Avaliação Verbais (VRS) são confiáveis e válidas para medida subjetiva da dor.

O estudo de Nakazone-Jr, Contin, Orir, Morales, Nakamura, e Takahashi (2005) avaliou quantitativa e qualitativamente a dor em pacientes com e sem desordem temporal mandibular – DTM, para tanto, utilizaram o questionário de dor McGill-Br-MPO. A amostra foi de 62 indivíduos divididos em dois grupos, provenientes do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, de ambos os sexos. Dos pacientes sintomáticos para DTM, 76,7% eram mulheres e sem sintomatologia para DTM, 56,7% eram mulheres. O teste de MannWhitney, mostrou que existem diferenças estatisticamente significantes entre os valores correspondentes ao índice de dor do grupo de pacientes com DTM e sem DTM. No grupo com DTM observou-se que no índice de dor, no descritor sensorial a $M = 9,03$, no afetivo $M = 2,51$, no avaliativo $M = 1,58$ e no miscelânea $M = 2,96$. No grupo sem DTM observou-se que no índice de dor, no descritor sensorial a $M = 4,06$, no afetivo $M = 0,74$, no avaliativo $M = 0,96$ e no miscelânea $M = 1,16$. Concluiu-se que existem diferentes características de percepção da dor, tanto no número de Descritores quanto no Índice de Dor, em pacientes com e sem Desordens Temporomandibulares. Quanto maior o número de descritores em um determinado paciente, maior será a tendência do mesmo apresentar maior Índice de Dor. O Questionário de Dor de McGill mostrou-se um recurso eficiente e de simples aplicação na área odontológica para a avaliação da dor, apresentando características diferentes em pacientes com e sem DTM.

2.9 A Sintomatologia Depressiva e suas Associações com o Construto Saúde Geral

Apesar dos esforços de alguns pesquisadores, nota-se que há escassez de estudos relacionados à TMM, a este respeito Cerchiari e Caetano (2004), afirmam que no Brasil, há carência de estudos epidemiológicos sobre a morbidade psiquiátrica em algumas amostras. Em pensamento similar Sobral (2007), postula que o compilado de informações associadas à percepção da própria saúde precisa ser incentivado no Brasil, pois o número de estudos feitos ainda é insuficiente. Para tanto, a ampliação deste pode formar uma base de identificação dos problemas de saúde, contribuindo com novas propostas para a promoção da saúde. Corroborando com tal postulado Cerchiari, Garcia e Faccenda (2009), ressaltam que a ampliação deste tipo de estudo pode subsidiar propostas de promoção e de intervenção no cuidado à saúde mental. Para Fioretti, Rossoni, Borges e Miranda (2010), os transtornos mentais menores culminam em impacto na qualidade de vida, nas atividades cotidianas e nos relacionamentos interpessoais, produzindo um sofrimento psíquico. Quanto ao desenvolvimento de transtornos mentais, Vindel, Salguero, Wood, Dangil e Latorre (2012) justificam-no pela forma com que o indivíduo interpreta os fatos da vida, indicando que a vulnerabilidade a eventos estressores também pode estar associada ao transtorno mental. De acordo com Carneiro e Baptista (2012), é necessário investigar a relação entre depressão e qualidade de vida física e psicológica, pois tais dados podem facilitar o desenvolvimento de instrumentos de prevenção psicológica e tratamentos de promoção. Esses autores reafirmam que pesquisas sobre a relação entre a depressão e outros construtos, continuam escassas, apesar da sua importância. O incremento de novos estudos sobre a saúde geral e, por conseguinte, a doença mental, já que a última está inserida na primeira, culminaria em promoção de saúde e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento no manejo de situações potencialmente estressoras, que serviriam como prevenção de doenças. Por fim, ressaltam que a literatura demonstra a demanda de se investigar o impacto dos sintomas depressivos na saúde geral.

A pesquisa de Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) teve por objetivo estimar a prevalência de TMM em universitários de diversos cursos e do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, verificando a associação de algumas variáveis sociais e acadêmicas. A amostra foi de 558 sujeitos, dos quais 71% eram do sexo feminino, a faixa etária entre 19 e 24 anos. Para a coleta dos dados utilizaram-se de dois questionários auto-aplicáveis: Questionário de Saúde Geral-60 (QSG-60) e Questionário de Dados Sócio-Demográfico (QDSD). Os resultados relativos à prevalência do perfil somático da amostra total,

foi de 25% para TMM e os fatores mais acentuados foram: distúrbios psicossomáticos 29%, estresse psíquico 28% e desconfiança no desempenho 26%, respectivamente por ordem de magnitude. Esses dados permitiram levantar a hipótese de que a falta de confiança na capacidade de desempenho/auto-eficácia pode desencadear tensão ou estresse psíquico; este, por sua vez, se manifesta no corpo (distúrbios psicossomáticos), demonstrando assim a dificuldade dos estudantes em lidar com as emoções em situações conflitantes. A variável falta de atividade remunerada (61%), interferiu negativamente na saúde mental geral e, as variáveis gênero e ser do sexo feminino se correlacionaram significativamente com a saúde mental geral. Conclui-se que essas variáveis foram consideradas na amostra como fatores de risco para a TMM.

O estudo de Cerchiari, Garcia e Faccenda (2009) teve por objetivo estimar a prevalência de Transtornos Mentais Menores (TMM) em universitários dos cursos de Turismo da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, verificando a associação de algumas variáveis sociodemográficas com a TMM. A amostra foi de 236 sujeitos, dos quais 69% do sexo feminino, a faixa etária entre 18 e 21 anos. Para a coleta dos dados foi utilizado dois questionários auto-aplicáveis: *Questionário de Saúde Geral-60* (QSG-60) e *Questionário de Dados Sócio-Demográfico* (QDSD). Os resultados relativos à prevalência do perfil somático da amostra total foram de 14% para TMM e os fatores mais acentuados foram: estresse psíquico/ansiedade 16%, desconfiança no desempenho 15% e distúrbio do sono 13%. A variável gênero mostrou-se significativamente relacionada com a saúde mental. Os achados apontaram escores significativamente mais altos, na maioria dos fatores, com exceção do fator 4, distúrbio do sono, no sexo feminino, confirmando outros estudos populacionais no Brasil. As demais variáveis independentes, faixa etária, série em que esta matriculado, estado civil, procedência, tipo de moradia, tipo de locomoção e trabalho remunerado, não apresentaram diferença significativa.

A pesquisa de Gonçalves (2009), um estudo realizado em Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul, teve uma amostra de 2921 participantes, dos quais 65, 6% eram do sexo feminino, com idade variando entre 14 anos e mais de 60 anos, objetivou estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e correlacioná-la com variáveis sociodemográficas. Para a coleta de dados utilizou-se um Questionário sobre dados sociodemográficos e um instrumento de rastreamento da TMC denominado Self-reporting Questionnaire (SRQ-20). Os resultados demonstraram que a prevalência de TMM foi maior nas mulheres, nos adultos entre 20 a 59 anos de idade; nos divorciados e viúvos, nas

situações ocupacionais desfavoráveis, tais como: os desempregados e os aposentados por invalidez; no baixo nível de escolaridade, nos analfabetos e menor renda familiar. Concluiu-se que esses dados sociodemográficos foram considerados na amostra como fatores de risco para a TMC.

A pesquisa de Fioretti, Rossoni, Borges e Miranda (2010) teve o objetivo de estimar a prevalência de TMC entre os estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e avaliar possíveis correlações entre TMC e fatores de risco. A amostra foi composta por 229, com idades entre 19 e 24 anos. No questionário foram coletados dados socioeconômicos, informações sobre o curso, o processo de ensino-aprendizagem e a rede de apoio social. Para o rastreamento de TMC, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Concluiu-se que a prevalência total de TMC encontrada foi de 37,1%. Em relação a saúde mental, 85 estudantes obtiveram pontuação que os classifica como casos “suspeitos” de TMC. Os universitários apresentaram algum tipo de doença mental, sendo que o primeiro episódio pode ocorrer durante a graduação, isso porque é nesse período que o estudante se depara com muitas responsabilidades que podem afetar seu funcionamento psicológico. Foi encontrada maior prevalência de TMC entre as mulheres (40%), indivíduos de crença espírita (66,7%), que não possuem renda própria (43%). Observou-se também maior prevalência de TMC entre aqueles alunos que relataram dificuldade para fazer amigos (53,6%), sentimento de rejeição por amigos ou outros da mesma faixa etária (62,5%), não recebimento do apoio emocional necessário (64%), história de tratamento psiquiátrico medicamentoso (54,3%) e história de tratamento psicoterapêutico (47,9%). Concluiu-se que esses dados sociodemográficos foram considerados na amostra como fatores de risco para a TMC.

O estudo realizado por Silva e Costa (2012), teve como objetivo investigar o TMC em universitários de uma faculdade em Rio Grande, no Brasil. Participaram da amostra 455 indivíduos de ambos os sexos, 81% eram do sexo feminino, com idade entre 17 e 61 anos. Para a coleta de dados utilizou-se de um questionário sobre dados sociodemográficos e um instrumento de rastreamento da TMC denominado *Self-reporting questionnaire* (SRQ-20). Os resultados demonstraram que a prevalência de TMC foi de 88%, sendo maior nas mulheres 24%, com a faixa etária entre 22 anos a 30 anos de idade 49%. Concluiu-se que as variáveis sexo e idade foram considerados nesta amostra como fatores de risco para TMC.

No que se refere à sintomatologia depressiva e saúde geral, Carneiro e Baptista (2012) buscaram evidências de validade baseada na relação com outras variáveis para a Escala de Depressão – EDEP (atual EBADEP-A) com Questionário de Saúde Geral – QSG, avaliando também se os grupos se diferenciariam na faixa etária, no sexo, no nível sócio econômico e histórico de doença mental na família. A amostra foi de 98 universitários, com idade média de 25,8 anos (DP = 7,7). Realizou-se para as análises estatísticas inferenciais, uma análise correlacional entre o QSG e a EDEP, utilizando-se a correlação de *Pearson*, de forma a verificar a direção das mesmas, assim sendo os resultados apontaram que a relação com o fator total foi significativa e de alta magnitude ($r = 0,74$), indicando que quanto maior a sintomatologia depressiva, pior a saúde geral, ou seja, maior o comprometimento da saúde. Ainda na análise correlacional considerando cada um dos fatores do QSG demonstra que estas foram de magnitude moderada nos fatores Desejo da morte ($r = 0,55$), Distúrbios psicossomáticos e do sono ($r = 0,57$) e alta nos fatores estresse psíquico ($r = 0,70$) e Desconfiança no próprio desempenho ($r = 0,66$). Conclui-se que quanto maiores os sintomas de estresse, desejo de morte, desconfiança em si, alterações de sono e sintomas psicossomáticos, maiores também os sintomas depressivos. Dessa forma, aqueles que melhor avaliavam sua saúde geral se percebem com menos sintomas depressivos, independente de sexo ou idade, talvez porque muitos dos sintomas nas duas escalas se sobrepõem. As outras variáveis como faixa etária, sexo, estado civil, nível socioeconômico e histórico de doença mental na família não diferenciaram os escores de saúde geral e sintomas depressivos, nessa amostra, a qual foi muito pequena o que indica que os sintomas depressivos e saúde geral independem destas variáveis.

2.10 O Construto Suporte Social e suas Associações com a Sintomatologia Depressiva, Dor Crônica e Câncer

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2000), ao objetivar conceituar a definição de saúde, integrou alguns aspectos antes dissociados, conforme dito anteriormente. Neste sentido, apresenta-a como sendo um “estado de perfeito bem-estar físico, mental e social”, demonstrando,

dessa forma, que o aspecto social compõe uma das partes integrantes da saúde geral. Portanto, o social é um fator que deve ser levado em consideração, pois suscita reflexões. Porém, não se intenta desmerecer, em momento algum, os demais fatores, haja vista que, a abordagem dos mesmos ocorreram no desenrolar do presente estudo. Sendo assim, no aspecto social está inserido o suporte social e a compreensão deste conceito se faz ainda mais ampliada quando considerado o seu aspecto complexo e multifacetado e suas possibilidades de mensuração. Sobre esse prisma, torna-se importante diferenciar os tipos de suportes existentes, Dunst e Trivette (1990) postulam que se distinguem duas formas de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, líder religioso, etc.) e os grupos sociais (clubes, igreja, etc.), os quais podem fornecer apoio em momentos de maior ou menor dificuldade. As redes sociais formais são formadas por hospitais, programas governamentais, serviços de saúde, além dos profissionais especializados no campo da assistência, tais como médicos, psicólogos, assistentes sociais. Para Ribeiro (1999), o suporte social é um dos conceitos essenciais para a Psicologia da Saúde. De acordo com Rodrigues e Cohen (1998), por intermédio de três fontes pode-se mensurar o suporte social, tais como, emocional, instrumental e informacional. A emocional refere-se à percepção do indivíduo, sobre a afetividade recebida e está relacionada ao senso de sentir-se amado, apreciado e ao fato de que as pessoas se preocupam com ele. A instrumental diz respeito aos auxílios de forma prática, como levar o indivíduo ao médico ou cozinhar para ele, quando da sua impossibilidade, além de ajuda financeira, como pagar-lhe as contas ou emprestar-lhe dinheiro. Por fim, a informacional, trata-se do recebimento de informações pertinentes por parte de outras pessoas, em situações específicas frente à tomada de decisões importantes.

O construto suporte social, demonstra imprecisão de definição. Em contrapartida, é comumente avaliado pela integração social de um indivíduo em seu meio, bem como pela rede de serviços e pessoas que estão acessíveis e sendo utilizados. O suporte social pode ser mensurado por intermédio de conceitualizações objetivas e subjetivas, isso porque os instrumentos que o mensuram podem variar em consequência de definições adotadas para a sua construção, como também, da nomeação das dimensões. No tocante às conceitualizações objetivas subjacentes ao suporte social, destacam-se os serviços de saúde presentes na localidade, e nas subjetivas, a percepção que possui o indivíduo dos serviços da comunidade e das pessoas que o cercam (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Evidencia-se o fato de que os contatos sociais e as atividades laborais propiciam uma melhor qualidade de vida. Todavia, ao serem afastados das atividades profissionais, os doentes de modo geral, e especialmente pacientes deprimidos, oncológicos e os de dor crônica, vão se distanciando desses contatos e começam a apresentar um comportamento de isolamento, diminuindo, por conseguinte, o suporte social. Justifica-se, portanto, a demanda de investigação do construto suporte social. O suporte social tem sido alvo de estudos, entre os quais, menciona-se Kessler, Prince e Wortman (1985), que numa revisão de investigação concluíram que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais. Outro estudo que abordou a relação de suporte social e saúde merecendo destaque devido a sua abrangência é o de Schawarzer e Leppin (1991), que mostrou numa metanálise sobre 55 estudos, os quais foram publicados entre 1976 e 1987, que incluíam uma amostra total de 32.739 indivíduos, que a falta de saúde era mais mencionada entre aqueles que tinham pouco suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. O grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar a saúde e o suporte social. Isso porque, os fatores culturais, hábitos de vida e o tipo de instrumento utilizado para a coleta das informações podem resultar em variações dos dados.

Quanto aos benefícios do suporte social e de acordo com Alvarado, Perucca, Neves, Rojas, Monardes, Olea e Vera (1993), o suporte social e recursos pessoais podem reduzir o aparecimento do distress emocional nos fatos da vida. Os autores afirmam que suporte social pode inclusive influenciar positivamente na adesão de tratamentos de saúde, contribuindo para a utilização de estratégia de enfrentamento da dor, podendo promover a percepção do controle, culminando em bem estar psicológico, haja vista que, há evidências de redução do impacto de situações estressoras, além de vários transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. Outra contribuição significativa do suporte social está relacionada com o desenvolvimento, tratamento e melhores prognósticos de vários problemas de saúde, tais como, depressão, SFM, câncer, entre outros (Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996; Langford, Browsher, Maloney & Lillis, 1997). Corroborando com tal postulado Dessen e Braz (2000), pontuam que o suporte social é fundamental no enfrentamento de situações estressantes e para a manutenção da saúde mental. Para Baptista, Baptista e Dias (2001), o baixo apoio emocional é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, como por exemplo, a depressão. O suporte social

proporciona inclusive apoio em momentos peculiares que são vistos como eventos estressores na vida dos indivíduos, tais como a gestação e a maternidade.

De modo geral o suporte social tem sido um aliado na manutenção da saúde, bem como na adesão aos tratamentos de diversas patologias. E de modo específico, o suporte social tem se mostrado como um fator que diminui o impacto dos eventos estressantes que potencializam a percepção da intensidade da dor em pacientes com diagnósticos específicos, entre os quais estão a SFM e o câncer. O suporte social reasseguram Pedroso e Sbardelloto (2008), pode reduzir a angústia do doente de dor crônica, promovendo uma maior adesão ao tratamento médico. Constata-se o fato de que o suporte social nestes casos tem se mostrado como um recurso importante no enfrentamento da doença e na percepção do fenômeno doloroso. Isso porque, é no meio familiar que o indivíduo inicialmente desenvolve a capacidade de amar, a sensação de sentir-se amado, respeitado, valorizado, amparado e de pertencer a algum núcleo, como também o seu repertório de crenças e valores, o que vai repercutir nas demais fases da vida, em outras relações sociais e, sobretudo, na forma de experimentação de sofrimento em momentos difíceis. No adoecimento, além das crenças advindas do meio familiar, a presença efetiva e afetiva de um ente, um amigo ou um profissional da área da assistência, facilita a expressão da dor sentida, reduz o surgimento do sentimento de solidão e do medo do desamparo, contribuem para a percepção de uma compreensão recebida, para o enfrentamento do problema de saúde em questão e adaptação à doença. Nesse sentido, afirmam Leite, Battisti, Berlezi e Scheuer (2008), que a comunidade e o grupo familiar são espaços naturais de proteção e inclusão social. Corroborando com tal postulado, Cardoso (2013) pontua que a necessidade de convivência, o bem estar que os vínculos sociais proporcionam, a percepção de apoio recebido por parte de outrem, são vistos como relevantes ferramentas no processo de doença e de saúde, sendo os vínculos sociais comumente considerados como positivos na atuação do indivíduo na sociedade. Para o autor, a família é um dos principais pilares para a construção de um modelo relacional que culminará em aprendizado social, o qual formará a base para os outros tipos de relacionamento futuros.

A espera, muitas vezes prolongada, por um diagnóstico preciso, o recebimento de um diagnóstico, especialmente àqueles que vêm marcados por cronicidade, ou ainda, que remete a limitação, incapacidade ou morte, podem gerar estresse e piorar o quadro de saúde geral, demandando um maior suporte social. Neste contexto, pode-se mencionar Marín (1995), que afirma que o apoio emocional sustenta um efeito amortecedor sobre os sintomas depressivos da

experiência de adoecimento. Considera o suporte emocional como crucial no manejo do impacto do diagnóstico de doença crônica como a fibromialgia, a depressão e o câncer, propiciando maiores benefícios no seu decurso. Tal efeito é mais perceptível no contato inicial com o diagnóstico, especialmente, para os indivíduos que notam o surgimento de sua patologia, como ocorre nos casos de neoplasias malignas, também denominado câncer.

Ainda quanto ao suporte social relacionado ao câncer, pesquisas realizadas apontam a relevância do mesmo na adaptação da doença oncológica. Nesse sentido, Coelho e Ribeiro (2000) afirmam que a satisfação com o suporte social, mais precisamente o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um efeito crucial na resistência psicológica ao estresse da doença oncológica, manifestada por meio da percepção subjetiva de bem estar. Em paralelo Domingues e Albuquerque (2008), destacam que o suporte social voltado para o doente oncológico, tem sido citado como elemento relevante na prevenção e manejo do sofrimento psicológico e depressão desta população. Assim sendo, o apoio psicossocial, emocional aliado às informações precisas fornecidas pelo médico e equipe terapêutica, sobre o real estado do doente, torna-se fundamental para dar esperança, minimizar o impacto do diagnóstico, além de se obter maior colaboração por parte dos doentes nos tratamentos ministrados.

Por fim, ressalva Cardoso (2013), que por meio de pesquisas empíricas foi comprovado à funcionalidade do suporte social como uma variável associada positivamente com a qualidade de vida, saúde e bem estar dos indivíduos, além de ser amortecedora diante de situações estressantes, e patologias como a depressão, ansiedade e doenças crônicas.

Na associação entre sintomatologia depressiva e percepção do suporte social, a pesquisa de Baptista, Baptista e Torres (2006) apresentou uma amostra de 44 gestantes, com a média de idade de 24,6; ($\pm 4,2$) anos; que se encontravam em atendimento em um Centro de Saúde do interior de São Paulo. Para a coleta de dados foram aplicados, de forma individual, um *Questionário de Identificação*, a *Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS)*, o *Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)* e uma *Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)*. Verificou-se na EPSS que 56,8% da amostra possuía uma percepção de alto suporte social e 43,2% relatou uma percepção de médio suporte social, não sendo observados casos de baixo suporte social. Na percepção das gestantes sobre o suporte social e a escala de depressão, observou-se uma correlação negativa de intensidade fraca ($r = -0,41$), isto é, quanto maior a

pontuação na escala de percepção de suporte social, menor a pontuação na escala de depressão pós-parto de Edinburgh.

O estudo de Dantas, Araújo, Paulino e Maia (2012) objetivou investigar se existe relação entre a percepção do apoio social e a prevalência de sintomas depressivos em mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. A amostra foi composta por 60 mulheres, com idade média de 28 anos (DP = 1,20), mães de neonatos hospitalizados em dois hospitais de referência para gestação de alto risco, localizados em Natal-RN. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Apoio Social (EAS) e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), e um Questionário Biossociodemográfico, no qual a percepção no estado geral de saúde foi abordada. Das participantes 56,4% apresentaram alto índice de sintomas depressivos. Após investigadas as possíveis relações entre sintomas depressivos e apoio social foi encontrada uma relação negativa de intensidade fraca entre os sintomas de depressão e o escore total de apoio social ($r = -0,32$; $p = 0,01$). Assim, quanto menor o suporte social, maior os sintomas depressivos. Conclui-se a importância do apoio social como um potencial fator de proteção para sintomas depressivos no referido contexto.

Diante do exposto, é importante salientar que muitas doenças como a depressão, a dor crônica e o câncer, consideradas isoladamente como problemas de saúde pública, e que apresentam componentes e etiologias mistas (físico, social, psicológico) podem, em muitos casos coexistir, ou ainda, uma doença levar à outra e, culminar em pior prognóstico, diminuindo as atividades cotidianas dos doentes e levando-os ao isolamento, agravando, por conseguinte, a doença propriamente dita, além do sofrimento agregado. Assim sendo, torna-se premente a ampliação de conhecimentos, por meio de realizações de pesquisas científicas, o que culminaria em prevenção e promoção de saúde. Nesse sentido, considera-se que os pesquisadores científicos e os profissionais da área da assistência devem estar atentos à saúde dos indivíduos, e por intermédio do seu ofício, observar inclusive as comorbidades, bem como, a rede de pessoas que estão disponíveis e sendo utilizadas como suporte social.

A atuação dos referidos profissionais é fundamental, pois possibilita ampliação de conhecimentos que resultam em intervenções sociais, por meio de construção de escala de identificação de sintomas de patologias específicas que direcionam para um diagnóstico, e que favorecem à tomada de decisões terapêuticas adequadas. Em suma, as pesquisas científicas contribuem significativamente para a qualidade de vida dos indivíduos, pois possibilitam

estratégias de prevenção e intervenção. Portanto, torna-se relevante mencionar os objetivos aos quais este estudo se propõe e levantar hipóteses abrangendo os construtos nele abordados.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas entre a Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB. (Baptista, 2011), com medidas de saúde geral, dor e percepção de suporte social a partir de grupos de pacientes com dor crônica.

3.2 Objetivos Específicos

1. Correlacionar sintomatologia depressiva e saúde geral, suporte social e dor crônica.
2. Avaliar se dados sócio-demográficos e clínicos estão associados aos construtos.

3.3 Hipóteses

1. No que se refere à correlação entre a sintomatologia depressiva e saúde geral, levanta-se a hipótese que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva menor será a percepção do indivíduo sobre a sua saúde geral.

2. Na correlação entre a sintomatologia depressiva e suporte social, levanta-se a hipótese que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva menor será a percepção do suporte social.

3. Na correlação entre a sintomatologia depressiva, intensidade da dor e quantidade de pontos dolorosos em doença crônica, levanta-se a hipótese que a intensidade da dor e o número de pontos dolorosos (tender points) estão associados aos sintomas depressivos. Assim, quanto maior for o número de tender points, mais intensa será a dor e, por conseguinte, haverá mais sintomatologia depressiva.

4. MÉTODO

4.1 Participantes

Participaram do estudo 80 mulheres que se encontravam em atendimento no Ambulatório de Oncologia de um hospital, em um ambulatório de especialidades médicas e duas clínicas de dor, totalizando quatro instituições de saúde, distribuídos em três cidades do Interior de São Paulo. A amostra foi por conveniência e atendeu os critérios de inclusão: ter sido diagnosticada com dor crônica, ter sido diagnosticada com fibromialgia segundo os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR, 1990), ter sido diagnosticada com doença oncológica pelo médico que acompanha o caso, ter idades entre 31 a 82 anos, isso porque a dor crônica pode acometer mais os indivíduos nesta faixa etária.

5. INSTRUMENTOS

5.1 Questionário de Identificação (QI)

Por meio do questionário de identificação das pacientes, foram coletadas as variáveis sócio-demográficas, como sexo, idade, ocupação profissional e nível de escolaridade; e variáveis clínicas como tempo de sintomatologia, tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico preciso, quantidade de tender points no caso de SFM, tempo de diagnóstico e tipos de tratamentos, entre outros. O questionário é formado por 22 questões. O QI foi elaborado pela autora da pesquisa, baseado em variáveis relevantes apontadas na literatura (Pimenta, Koizumi & Teixeira, 1997b; Pimenta, Koizumi & Teixeira, 2000; Loduca & Samuelian, 2003; Yeng et al., 2006; Berber, Kupek & Berber, 2005; Baptista, Baptista & Torres, 2006; Gonçalves, 2009; Garcia & Faccenda, 2009; Cerchiari, Garcia & Faccenda, 2009; Fioretti et al., 2010; Rudnicki, 2010; Moreno et al., 2010; Brandt et al., 2011; Dantas, Araújo, Paulino & Maia, 2012; Silva & Costa, 2012; Carneiro & Baptista, 2012) (Anexo A).

5.2 Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital-Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB. (Baptista, 2011)

Escala Baptista de Depressão (Versão Hospital/Ambulatório) - EBADEP-HOSP-AMB. (Baptista, 2011). Trata-se de um instrumento preliminar que foi construído no Brasil e em processo de validação. A EBADEP-HOSP-AMB. é uma escala de rastreamento de sintomatologia depressiva, direcionado a amostras ambulatoriais/hospitalares. Sua construção apoia-se em indicadores sintomáticos de depressão derivados de teorias sobre a depressão, como a Cognitiva (Beck & cols., 1997) e a Comportamental (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), além dos manuais internacionais de diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, DSM-IV-TR e da Organização Mundial de Saúde, CID-10 (APA, 2002; OMS, 1993), derivada dos descritores da Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A (Baptista, 2012), mas com a

eliminação de descritores vegetativos. A escala é constituída por 43 frases, exemplos: pensar no futuro me desanima, perco a paciência por muito pouco. Tais frases foram estruturadas em formato *Likert* de 3 pontos (0, 1 e 2), com pontuação mínima de zero e máxima de 86 pontos. Nos itens: 01, 05, 07, 08, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41 e 43, as alternativas ‘sim’ assinaladas pontuam o valor de 2; “as vezes” pontuam 1 e, “não” pontuam zero. Já nos itens: 02, 03, 04, 06, 09, 10, 11, 12, 16, 18, 21, 27, 28, 32, 38 e 42 as alternativas ‘não’ assinaladas pontuam o valor de 2; “as vezes” pontuam 1 e, “sim” pontuam zero. Para sua interpretação, considera-se quanto menor a pontuação, menor sintomatologia em depressão. O respondente preenche todas as respostas de maneira que mais se aproxime com aquilo que ele vem sentindo, pelo menos nas duas últimas semanas, considerando inclusive a data da aplicação.

5.3 Questionário de Dor McGill - Br-MPQ (Melzack, 1975) - (Adaptado para a realidade brasileira por Pimenta e Teixeira, 1996)

Foi aplicado o McGill - Br-MPQ, sendo um instrumento com objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente, além da intensidade. Esse é um dos questionários mais referenciados mundialmente e usados na prática clínica. O McGill - Br-MPQ avalia as qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor. Além disso, apresenta em seu escopo uma avaliação da distribuição espacial e é baseado em quatro grupos: sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea, com 20 subgrupos e 78 descritores. O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor, tais como: espasmódica e punhalada; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 25) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas, tais como: cansativa e difusa; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa, como por exemplo: insuportável. Os subgrupos de 17 a 20 referem-se aos itens de miscelânea. Compreende-se por miscelânea a compilação de vários

descritores diferentes de dor que não se encaixam nos outros grupos supracitados. No subgrupo 20, por exemplo, encontram-se os descritores aborrecida, pavorosa e torturante. De modo geral, cada subgrupo é composto de 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor correspondente há um número que indica sua intensidade (Pimenta & Teixeira, 1996). A partir do questionário McGill - Br-MPQ, pode-se chegar as seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor, o índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade da dor atribuídos aos descritores escolhidos a partir da escala de intensidade de dor e o valor máximo possível é 78.

O questionário McGill - Br-MPQ contém ainda uma escala de intensidade que varia de 0 a 5, um diagrama corporal para representação do local da dor e a caracterização de aspectos como periodicidade e duração da queixa algica (Pimenta & Teixeira, 1996). O questionário McGill - Br-MPQ foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira, e na adaptação foi incluída a sigla Br para diferenciá-lo das demais adaptações realizadas em outros países. A adaptação brasileira do questionário McGill - Br-MPQ foi realizada em uma amostra de 138 participantes dos quais 57 doentes com dor crônica de origem oncológica que participaram da primeira avaliação clínica do questionário McGill - Br-MPQ.

A adaptação foi feita em várias etapas. Em sua versão original, o questionário de dor McGill utiliza a sigla MPQ. Foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá. De acordo com De Benedittis et al. (1998) e Stein e Mendl (1988) há grande evidência da validade, confiabilidade, e habilidade discriminativa do MPQ quando usados com adultos jovens. O questionário McGill - Br-MPQ foi adaptado para diferentes línguas e utilizado em mais de 100 pesquisas sobre dor (Melzack, 1987). Embora seja um instrumento muito utilizado em outros países, no Brasil não foi validado. Não se conhece publicações sobre sua validação para a língua portuguesa (Pimenta & Teixeira, 1996). Entretanto, há o reconhecimento de que este questionário é o melhor instrumento existente para se avaliar a dor sob o prisma multidimensional, pois existe a compreensão de que sua elaboração foi calcada no referencial teórico da fisiologia da dor (Pimenta & Teixeira, 1996).

5.4 Escala de Percepção de Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS - A (Cardoso & Baptista, 2013)

Esta escala tem por objetivo avaliar a satisfação com o suporte social recebido, incluindo a satisfação com amigos e família, intimidade e atividades sociais. Constituindo-se de 36 itens com respostas tipo *Likert* de quatro pontos (Sempre; Muitas vezes; Poucas vezes; Nunca), com pontuação variando entre 0 e 108, da qual quanto maior a pontuação na escala, maior indício de percepção de melhor suporte social. São avaliados quatro fatores, são eles: Fator 1 - Afetivo (17 itens - 03; 06; 07; 08; 10; 13; 14; 16; 20; 21; 24; 25; 26; 28; 32; 33; 34), que se refere aos itens relacionados ao suporte de ordem emocional advindos de outras pessoas que é percebido pelo indivíduo, como exemplo: respeitam minhas opiniões. Fator 2 - Interações Sociais (5 itens 01; 19; 23; 27; 29), trata-se da percepção do indivíduo de possíveis vínculos disponíveis, que estão relacionados às atividades sociais e de lazer, como por exemplo: fazem contato comigo quando não compareço a um evento social. Fator 3 – Instrumental (7 itens 02; 09; 12; 17; 22; 30; 35), refere-se a percepção de suporte de ordem material palpável, como exemplo: pagam minhas contas quando tenho um problema financeiro e Fator 4 – Enfrentamento de Problemas (7 itens 04; 05; 11; 15; 18; 31; 36), é composto por itens sobre a percepção da qualidade da circulação de informações nas interações sociais, além do auxílio de pessoas que fornecem conselhos ou instruções necessárias, no processo de tomada de decisões e resolução de conflitos, como exemplo: compreendem meus problemas.

O processo de construção dos itens da EPSUS-A se baseou no conceito de suporte social de Rodriguez e Cohen (1998). Considerando-se as qualidades psicométricas do instrumento, um estudo foi realizado e teve como objetivo buscar a evidência de validade para a EPSUS-A. A amostra foi composta por 533 estudantes que cursavam o ensino superior (graduação e pós-graduação), provenientes dos estados de São Paulo (n = 438), Minas Gerais (n = 68) e Bahia (n = 27), com faixa etária variando de 18 a 62 anos (M = 25,6; DP = 8,2), sendo a maioria da amostra do sexo feminino, com 368 (69%). Para a análise dos dados foi realizada a análise fatorial exploratória da EPSUS por meio da extração dos fatores com o modelo de Análise dos Componentes Principais e rotação Oblimin. Para a análise da confiabilidade ou precisão foi utilizado o teste alfa de Cronbach. Nesse sentido, foram analisados os conjuntos de itens que formam os fatores, em separado, assim como análise da escala em sua totalidade. Constatou-se que o conjunto de itens construído se mostrou satisfatório evidenciando a validade com base na estrutura interna para a EPSUS. No tocante à confiabilidade, os dados também foram analisados e se mostraram adequados e de acordo com os parâmetros postulados pela literatura. O fator 1

(Afetivo), apresentou alfa de Cronbach de 0,92; o fator 2 (Interações Sociais), apresentou de 0,75; o fator 3 (Instrumental), apresentou de 0,82; o fator 4 (Enfrentamento de Problemas), apresentou de 0,83. A EPSUS-A em sua totalidade apresentou satisfatória confiabilidade de 0,94.

Conforme Pasquali (1999) são considerados aceitáveis, os coeficientes de fidedignidade quando se apresentam acima de 0,70. Do mesmo modo, o CFP, por meio do SATEPSI (2004) convencionou 0,60, como índice mínimo de aceitação. Todavia, tal valor fora abalizado como suficiente, já os índices considerados bons estão representados acima de 0,60. Conclui-se que a EPSUS-A se mostrou como uma escala adequada para avaliação do suporte social. Contudo, os autores sugerem que novos estudos sejam realizados no intento de se evidenciar outras formas de validade para o instrumento.

5.5 Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG (Goldberg, 1972) – (Adaptado para a realidade brasileira por Pasquali, Gouveia, Almeida & Ramos, 1996)

Ao elaborar o questionário de saúde geral de Goldberg (1972), o autor teve como objetivo desenvolver um questionário que identificasse a severidade do distúrbio psiquiátrico do respondente com faixa etária entre 20 a 70 anos. O QSG é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, como exemplo: tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde? tem se sentido cansado, fadigado e irritado? Há uma escala tipo *Likert* de quatro pontos. A formulação de parte dos itens expressa os sintomas diretamente e outra parte os expressa pelo oposto, isto é, através de comportamentos normais. Este fato tem implicações sobre a maneira de interpretar a escala *Likert*. Assim sendo, quando o item é formulado como sintoma, a escala tem o seguinte sentido: 1= “Menos do que de costume” a 4= “Muito mais do que de costume”, com graus intermediários; porém, seu item expressa o sintoma através de comportamento normal, a escala é invertida, ficando: 1= “Muito mais do que de costume” a 4= “Menos do que de costume”, também com graus entre 2 pontos.

O QSG possui cinco fatores, F1 Stress Psíquico, F2 Desejo de Morte, F3 Falta de

Confiança na própria capacidade de desempenho, F4 Distúrbios do sono e F5 Distúrbios Psicossomáticos, além do fator Total. Para a aplicação, Goldberg propôs as seguintes diretrizes: 1) o questionário deve ser auto-aplicável; 2) ele não deve ser idealizado para identificar distúrbios extremados de saúde mental (SM), como caracterizadores da psicose; 3) os itens do questionário devem expressar índices comportamentais enfatizando a severidade da ausência de SM; e 4) o respondente deve se limitar a responder o que está sentindo no presente, não o que usualmente vem experienciando. Neste sentido, objetivou-se saber como e em que nível seu estado atual difere do estado usual, evitando-se diagnósticos subjetivos da SM. No que se refere às áreas psiquiátricas principais que deram suporte à elaboração dos itens são: a) depressão: itens que cobriam o fator infelicidade no sentido de Gurin (1962); itens adaptados da escala “N” do “*Cornell Medical Index*” (CMI – sub-escala que mede depressão); b) ansiedade e distúrbio psicológico: itens sugeridos pela CMI e trabalhos de Veroff et al. (1960; 1962) e Fried e Lindemann (1961); c) inadequação social: itens comportamentais sugeridos através dos trabalhos de Veroff et al. (1960; 1962); d) hipocondria: a maioria dos itens adaptados do CMI. Alguns itens do QSG foram selecionados da “*Taylor’s Manifest Anxiety Scale*”, do “*Eysenck’s Maudsley Personality Inventory*” e do “*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*” (Goldberg, 1972: 38-40). O QSG foi adaptado para a cultura brasileira por Pasquali, Gouveia, Almeida e Ramos, em 1996.

6. PROCEDIMENTO

Primeiramente foi feito o contato com os gestores das instituições clínicas e hospitalares, objetivando a aprovação para a realização da pesquisa. Posteriormente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para a análise e aprovação. As pacientes foram abordadas para participarem do estudo, e as que demonstraram o interesse assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo G). Isto feito, foi acordado os agendamentos das aplicações dos testes que compõem a pesquisa, totalizando cinco em um único dia. A aplicação foi individual, para tanto, utilizou-se uma sala nos ambulatórios, tendo condições de som e iluminação adequadas. O tempo estimado para a

aplicação dos instrumentos foi de uma hora e vinte e cinco minutos. A aplicação dos instrumentos avaliativos foi feita unicamente pela pesquisadora e a sua sequência foi a seguinte: Questionário de Identificação (QI), Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatorial) – EBADEP-HOSP-AMB., Questionário de Dor McGill (Br-MPO), Escala de Percepção de Suporte Social (EPSUS-A) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). As instruções específicas de cada teste foram dadas verbalmente, quando do início de cada aplicação. As pacientes foram indagadas sobre o surgimento de possíveis dúvidas, e se ocorreram, os devidos esclarecimentos foram dados imediatamente. Do contrário, deu-se o prosseguimento à aplicação. As participantes foram informadas sobre o caráter sigiloso e confidencial da pesquisa.

7. PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Considerando os objetivos definidos neste estudo, primeiramente foram obtidas as estatísticas descritivas dos instrumentos avaliativos Questionário de Identificação (QI), Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatorial) – EBADEP-HOSP-AMB., Questionário de Dor McGill (Br-MPO), Escala Percepção de Suporte Social (EPSUS) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Posteriormente, foram obtidas correlações entre os instrumentos. Para as correlações entre as variáveis foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*, com nível de significância de 5% e os dados sócio-demográficos, clínicos foram avaliados, dependendo do número de grupos, por intermédio do teste *t* de Student (para dois grupos) e ANOVA (para mais de dois grupos), levando-se em consideração o $p < 5\%$.

8. RESULTADOS

Os resultados foram primeiramente descritos levando-se em consideração as principais frequências e, logo em seguida foram apresentadas tabelas com os dados e frequências completas,

lembrando que nem todos os dados descritos possuem as tabelas respectivas, havendo somente a descrição textual. A amostra da pesquisa foi composta por 80 mulheres provenientes de quatro instituições de saúde, tais como: um hospital, duas clínicas especializadas em dor e um ambulatório de especialidades médicas – AME, de três cidades do interior de São Paulo. A faixa etária das participantes variou de 31 a 82 anos, com média de 53,86 e desvio padrão 12,68 anos. Das participantes, 56 (70,0%) eram casadas e 12 (15,0%) viúvas.

No que se refere a escolaridade, 26 (32,5%) tinham o ensino fundamental incompleto e 22 (27,5%) o ensino médio completo. Quanto à situação da atividade profissional, das participantes 36 (45,0%) desempenhavam alguma atividade profissional, 26 (32,5%) inativas, 16 (20,0%) estavam afastadas por licença saúde e 2 (2,5%) desempregadas. Cumpre lembrar que parte das participantes que se declararam inativas, isto é, foram afastadas do serviço ativo temporariamente e/ou foram aposentadas, realizavam atividades remuneradas sem vínculos empregatícios. As ocupações dos participantes foram categorizadas seguindo os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2002). Os agrupamentos foram os seguintes: 20 (25,0%) Grande Grupo 5 (Prestação de Serviços), 7 (8,8%) Grande Grupo 4 (funcionalismo público), 6 (7,5%) das participantes pertenciam ao Grande Grupo 5 (comércio), 6 (7,5%) Grande Grupo 7 (indústria), 2 (2,5%) profissional liberal. Do restante da amostra, 27 (33,8%) relataram ser do lar, 1 (1,3%) sem ocupação (nunca trabalhou) e 11 (13,8%) eram aposentadas. É válido dizer que as denominações do lar, profissional liberal e aposentados não fazem parte dos grupos do CBO. Quanto a remuneração 35 (43,8%) tinham entre dois a cinco salários mínimos, seguido de 20 (25,0%) tinham um salário mínimo e 12 (15,0%) sem remuneração.

Em se tratando da religião, 38 (47,5%) eram católica, seguida de 26 (32,5%) evangélica e 12 (15%) espírita. Das participantes, 34 (42,5%) vão ao templo religioso, seguido de 28 (35,0%) que encontram-se afastadas da igreja e 9 (11,3%) que realizavam estudos bíblicos. Quanto ao grau de satisfação com a religião 44 (55,0%) encontravam-se muito satisfeita, seguido de 29 (36,3%) satisfeita e 4 (5,0%) pouco satisfeita. Com o passar dos anos 41 (51,3%) se tornou mais religiosa, 27 (33,8%) não mudou em relação a religião e 12 (15,0%) tornou-se menos religioso. Com o impacto cotidiano da dor ocorreram alterações na religiosidade, para 34 (42,5%) a religião aumentou após o impacto da dor, para 29 (36,3%) não sofreu alteração, para 15 (18,8%) diminuiu e para 2 (2,5%) das participantes a religiosidade diminuía ou aumentava conforme as

circunstâncias. No tocante ao suporte social fornecido pela religião, 61 (76,3%) das participantes da amostra afirmaram que a religião fornece muito suporte, seguido de 11 (13,8%) pouco suporte e 8 (10,0%) nenhum suporte. E por fim, no que se refere aos projetos de vida para 46 (57,5%) das participantes, eles existem independente da doença, seguido de 22 (27,5%) que estavam paralisados momentaneamente por causa da doença.

Em relação ao Diagnóstico, 31 (38,8%) afirmaram ter o diagnóstico de câncer, 9 (11,3%) câncer e outras dores crônicas, 12 (15,0%) Síndrome Fibromiálgica Músculo-Esquelética (SFM), 5 (6,3%) apresentaram SFM com câncer juntos, 8 (10,0%) SFM e outras dores crônicas, o grupo de dor crônica diversa totalizou 15 (18,8%). Das participantes, 46 (57,5%) faziam tratamento psicológico, 45 (56,3%) faziam tratamento com oncologista, seguidos de 43 (53,8%) com nutricionista, 39 (48,8%) eram submetidos a quimioterapia, seguidos de 13 (16,3%) que faziam tratamento com o médico da dor, 13 (16,3%) reumatologista, 12 (15,0%) faziam tratamento psiquiátrico, 11 (13,8%) fisioterapia, 7 (8,8%) lemeterapia, 4 (5,0%) radioterapia, 1 (1,3%) terapia corporal e 19 (23,8%) outros tipos de tratamento. Quanto ao nível de expectativa do tratamento das participantes, 45 (56,3%) elevado, 29 (36,3%) moderado, 3 (3,8 %) rebaixada e 3 (3,8%) nula.

Em se tratando do humor, das 80 participantes 35 (43,8%) relataram apresentar diagnóstico de depressão, 28 (35,0%) tomavam medicamentos para a depressão e 30 (37,5%) acreditavam que algum trauma emocional estava na origem da depressão, 37 (46,3%) relataram humor ansioso, 25 (31,3%) sensação de tristeza, 24 (30,0%) humor irritável, 10 (12,5%) humor depressivo e 9 (11,3%) desesperança. Vale informar que parte das respondentes escolheram mais de uma opção para descrever o seu humor.

Observou-se, em relação à quantidade de pontos dolorosos no corpo, que 16 (20,0%) das participantes tinham um ponto de dor, seguido de 11 (13,8%) que tinham dois pontos e 11 (13,8%) com três pontos dolorosos. Quanto a dor 48 (60,0%) das participantes a classificou como limitante, seguida de 25 (31,3%) adaptável e 6 (7,5%) incapacitante. Em se tratando da intensidade de dor, 43 (53,8%) das participantes relataram a dor como moderada (4 a 7 pontos), seguida de 28 (35,0%) como intensa (8 a 10 pontos) e 8 (10,0%) como leve (1 a 3 pontos). Quanto a frequência semanal de dor, 51 (63,8%) das participantes sentem a dor por sete dias da semana, seguida de 7 (8,8%) por três dias na semana, 6 (7,5%) por quatro dias na

semana, 5 (6,3%) por um dia na semana, 5 (6,3%) por dois dias na semana, 4 (5,0%) por cinco dias na semana, 1 (1,3%) por seis dias na semana e 1 (1,3%) nenhum dia de dor.

Das participantes 36 (45,0%) relataram que a dor é periódica, seguida de 35 (43,8%) constante e 7 (8,8%) breve. Quanto a Intensidade Atual da dor (IAD) 1 (1,3%) resultou em 84 pontos, seguida de 1 (1,3%) com 66 pontos e 1 (1,3%) com 49 pontos (Anexo B). Conforme dito anteriormente, o índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade da dor atribuídos aos descritores escolhidos a partir da escala de intensidade de dor, que varia de 0 a 5. Em se tratando da quantidade de descritores escolhidos, 14 (17,5%) das participantes escolheram sete descritores, seguido de 10 (12,5%) com oito descritores, 9 (11,3%) com nove descritores, 9 (11,3%) das participantes com quatro descritores e 8 (10%) com seis descritores. A classificação mais frequente do IAD escolhida pelas participantes, foi de 28 (35%) desconfortante, seguida de 22 (27,5%) horrível e 20 (25%) angustiante.

No tocante ao tempo de convívio com a dor sem um diagnóstico correto 25 (31,3%) conviveram com a mesma de 1 a 3 meses, seguido de 14 (17,5%) de 4 a 6 meses e 9 (11,3%) de 37 a 60 meses. Do total da amostra 14 (17,5%) teve um diagnóstico correto entre 37 a 60 meses, seguida de 10 (12,5%) entre 19 a 24 meses e 10 (12,5%) entre 61 a 120 meses. Das participantes 49 (61,3%) passou por um a três médicos com queixa de dor antes de ter um diagnóstico, seguida de 14 (17,5%) entre quatro a seis médicos e 7 (8,8%) entre dez a doze médicos.

No que concerne ao impacto da dor no lazer, para 52 (65%) das participantes o mesmo diminuiu. O impacto da dor causou prejuízos na vida social, assim para 48 (60%) das participantes ocorreu diminuição. A sexualidade diminuiu para 27 (33,8%) das respondentes. No trabalho houve diminuição para 69 (86,3%) das participantes. A dor produziu diminuição das atividades domésticas para 15 (18,8%), além de modificações na religiosidade conforme visto anteriormente.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos da amostra total – parte 1

Situação Profissional	N	%
Afastada por Licença Saúde	16	20,0
Desempregada	2	2,5
Em Atividade	36	45,0
Inatividade (realiza ou não atividades remuneradas sem vínculo empregatício)	26	32,5

Profissão	N	%
Comércio	6	7,5
Indústria	6	7,5
Funcionário Público	7	8,8
Serviços	20	25,0
Profissional Liberal	2	2,5
Aposentada	11	13,8
Do lar	27	33,8
Sem ocupação (nunca trabalhou)	1	1,3

Escolaridade	N	%
Fundamental Completo	2	2,5
Fundamental Incompleto	26	32,5
Ensino Médio Completo	22	27,5
Ensino Médio Incompleto	4	5,0
Ensino Superior Completo	18	22,5
Ensino Superior Incompleto	2	2,5
Ensino Técnico	3	3,8
Pós-Graduação Lato Sensu	3	3,8

Renda Salarial	N	%
Sem remuneração	12	15,0
Abaixo de 1 salário mínimo	1	1,3
1 salário mínimo	20	25,0
2 a 5 salários mínimos	35	43,8
6 a 10 salários mínimos	5	6,3
Acima de 10 salários mínimos	7	8,8

Tabela 1

Dados Sociodemográficos da amostra total – parte 2

Estado Civil	N	%
Divorciada	5	6,3
Casada	56	70,0
Separada	7	8,8
Viúva	12	15,0

Religião	N	%
Católica	38	47,5
Evangélica	26	32,5
Espírita	12	15,0
Não possui religião	2	2,5
Outras Religiões	2	2,5

Grau de Satisfação com a Religião	N	%
Muito Satisfeita	44	55,0
Satisfeita	29	36,3
Pouca Satisfeita	4	5,0
Insatisfeita	3	3,8

O Tempo e a Religião	N	%
Com o passar dos anos ficou mais religiosa	41	51,3
Com o passar dos anos ficou menos religiosa	12	15,0
Com o passar dos anos não mudou	27	33,8

Suporte Social dado pela Religião	N	%
Nada	8	10,0
Pouco	11	13,8
Muito	61	76,3

Tabela 2

Dados Clínicos da amostra total – parte 1

Pontos dolorosos no corpo	N	%
0	1	1,3
1	16	20,0
2	11	13,8
3	11	13,8
4	6	7,5
5	5	6,3
6	2	2,5
7	3	3,8
9	2	2,5
10	1	1,3
11	1	1,3
13	1	1,3
14	5	6,3
16	2	2,5
17	1	1,3
18	1	1,3
20	2	2,5
24	1	1,3
26	2	2,5
30	1	1,3
31	1	1,3
37	1	1,3
40	1	1,3
41	1	1,3
42	1	1,3

Frequência de pontos dolorosos	N	%
Breve	7	8,5
Periódica	36	45,0
Constante	35	43,8
Variando entre breve e periódica	1	1,3
Ausente	1	1,3

Tabela 2

Dados Clínicos da amostra total – parte 2

Total de número de descritores escolhidos	N	%
0	1	1,3
4	9	11,3
5	6	7,5
6	8	10,0
7	14	17,5
8	10	12,5
9	9	11,3
10	3	3,8
11	5	6,3
12	6	7,5
13	1	1,3
14	2	2,5
18	3	3,8
19	1	1,3
20	1	1,3
21	1	1,3

Total de classificação mais frequente do Índice Atual de Dor – IAD	N	%
Leve	9	11,3
Desconfortante	28	35,0
Angustiante	20	25,0
Horrível	22	27,5
Ausente	1	1,3

Impacto da Dor no Lazer	N	%
Diminuiu	52	65,0
Sem alteração	28	35,0

Impacto da Dor na Vida Social	N	%
Diminuiu	48	60,0
Sem alteração	32	40,0

Impacto da Dor na Sexualidade	N	%
Diminuiu	27	33,8
Sem alteração	53	66,2

Tabela 2

Dados Clínicos da amostra total – parte 3

Impacto da Dor no Trabalho	N	%
Diminuiu	69	86,3
Sem alteração	11	13,7

Impacto da Dor na Religião	N	%
Diminuiu	15	18,8
Aumentou	34	42,5
Sem alteração	29	36,3
Diminui ou aumenta conforme as circunstâncias	2	2,5

Impacto da Dor nas Atividades Domésticas	N	%
Diminuiu	70	87,5
Aumentou	1	1,3
Sem alteração	9	11,3

Projetos de Vida e a doença	N	%
Existe independente da doença	46	57,5
Paralisado momentaneamente	22	27,5
Sem Projetos	12	15,0

Tipo de Tratamento	N	%
Reumatologista	13	16,3
Oncologista	45	56,3
Médico da dor	13	16,3
Psiquiatra	12	15,0
Fisioterapia	11	13,8
Radioterapia	4	5,0
Quimioterapia	39	48,8
Nutricionista	43	53,8
Terapia Corporal	1	1,3
Leme Terapia	7	8,8
Tratamento Psicológico individual	46	57,5
Outros tipos de tratamento	19	23,8

8.1 Correlações

No que se refere às correlações entre os fatores, as mesmas foram analisadas de acordo com os critérios de Dancey e Reidy (2006). Em se tratando das correlações da EBADEP-Hosp.Amb. com o QSG foram estatisticamente significativas, positivas e de magnitude moderada entre todos os fatores, incluindo o fator total, variando entre ($r= 0,49$; $p=<0,05$) a ($r= 0,64$; $p=<0,05$), com exceção do fator distúrbio do sono que foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r= 0,39$; $p=<0,05$). Assim sendo, os resultados significativos indicaram que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva maior a presença de estresse psíquico, maior a presença de desejo de morte, de falta de confiança na própria capacidade de desempenho, de presença de distúrbio psicossomático, distúrbio do sono e pior percepção da saúde geral.

Tabela 3

Correlações entre EBADEP-Hosp.Amb. - total, QSG e os seus fatores

	QSG Estresse Psíquico	QSG Desejo de Morte	QSG Falta de Confiança na capacidade de Desempenho	QSG Distúrbio do sono	QSG Distúrbio Psicossomático	QSG Fator Geral
EBADEP – Hosp.Amb.– total	r 0,61	0,53	0,63	0,39	0,49	0,64
	p ,000	,000	,000	,000	,000	,000

No que diz respeito à correlação da EBADEP-Hosp.Amb. com a EPSUS foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude moderada entre todos os fatores, incluindo o fator total, variando entre ($r= -0,48$; $p=<0,05$) a ($r= -0,62$; $p=<0,05$), com exceção da EPSUS Instrumental, que foi de magnitude fraca. As correlações significativas indicaram que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva menor a percepção do indivíduo sobre o suporte social recebido. No que tange a presença de sintomatologia depressiva e a satisfação

com a religião, foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r = -0,31$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva menor será a satisfação quanto ao suporte social fornecido pela religião. Na correlação entre a EPSUS total e o suporte social dado pela religião, foi estatisticamente significativa, positivo e de magnitude fraca ($r = 0,38$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a presença suporte social religiosos maior será o suporte social geral. A correlação da EBADEP-Hosp.Amb. com a idade não foi estatisticamente significativa.

Tabela 4

Correlações entre EBADEP-Hosp.Amb. - total, EPSUS e os seus fatores

		EPSUS Afetivo	EPSUS Interações Sociais	EPSUS Instrumental	EPSUS Enfrentamento de Problemas	EPSUS Total
EBADEP	r	-0,62	-0,51	-0,20	-0,48	-0,56
Hosp.Amb. total	p	,000	,000	,000	,000	,000

A correlação da EBADEP-Hosp.Amb. com a quantidade dos pontos dolorosos do McGill foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r = 0,37$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a presença de pontos dolorosos. No total de classificação mais frequente do Intensidade Atual da Dor (IAD) que é a intensidade de dor atribuída aos descritores (1 = leve, 2 = desconfortante, 3 = angustiante e 4 = horrível) com a EBADEP-Hosp.Amb. foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r = 0,29$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a intensidade atribuídas aos descritores escolhidos.

Quanto as correlações entre os dias de dor sentida e a EBADEP-Hosp. Amb. Total foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r = 0,32$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a quantidade de dias de dor sentida, maior a presença de sintomatologia depressiva.

Em se tratando da correlação entre o nível de expectativa do tratamento e a EBADEP-Hosp.Amb. Total, foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r = -0,26$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a sintomatologia depressiva, menor a expectativa do tratamento recebido.

No tocante a correlação entre os dias de dor sentida e a EPSUS Total, foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r = -0,28$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a frequência de dor sentida em dias, menor o suporte social. A correlação entre o nível de expectativa do tratamento e a EPSUS Total foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca ($r = 0,22$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for o suporte social, maior será a expectativa do tratamento recebido.

Entre a quantidade de médicos que a participante passou com queixa de dor e a quantidade de pontos dolorosos, a correlação foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude moderada ($r = 0,49$; $p < 0,05$). Isso indica que quanto maior for a frequência de procura ao médico sem uma solução efetiva para diminuir a dor, maior a percepção da dor física e emocional, além do surgimento de novos pontos dolorosos.

No que concerne à correlação entre Q.I. e os seus fatores, MCGILL, as correlações da quantidade de pontos dolorosos do corpo com o impacto no lazer e na vida social foram estatisticamente significativas, negativas e de magnitudes fracas, respectivamente ($r = -0,33$; $p < 0,05$) e ($r = -0,39$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a presença de pontos dolorosos menor será o lazer e a vida social das participantes.

Na correlação do IAD (valores atribuídos aos descritores escolhidos) com o impacto do lazer e da vida social, foram estatisticamente significativas, negativas e de magnitudes fracas, respectivamente ($r = -0,33$; $p < 0,05$) e ($r = -0,23$; $p < 0,05$), isso indica que quanto mais intensa for a dor menor será o lazer e a vida social.

Na classificação mais frequente do IAD (1=leve, 2=desconfortante, 3=angustiante e 4=horrível) com o impacto do lazer e da vida social, as correlações foram estatisticamente significativas, negativas e de magnitudes fracas respectivamente ($r = -0,26$; $p < 0,05$) e ($r = -0,38$; $p < 0,05$), isso indica que quanto mais intensa for a dor atual menor será o lazer e a vida social. Assim sendo, mais angustiante será a experimentação da dor.

A frequência de dor com o impacto na vida social foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca, ($r = -0,26$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for frequência de dor menor será a vida social das participantes. As outras áreas de impacto da dor, tais como: sexualidade, trabalho e atividades domésticas, não foram estatisticamente significativas.

O status da dor (adaptável, limitante e incapacitante) com a quantidade de pontos dolorosos foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r = 0,24$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for o status da dor, maior será a quantidade de pontos dolorosos.

Na correlação entre status da dor (adaptável, limitante e incapacitante) com a frequência de dor (breve, periódica ou constante) foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude moderada ($r = 0,40$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for o status da dor, maior será a frequência de dor. Assim sendo, quanto mais incapacitante for a dor, mais constante ela se torna.

No que tange à correlação entre status da dor (adaptável, limitante e incapacitante) com a quantidade de classificação mais frequente do IAD (somatória dos valores atribuídos aos descritores escolhidos, por meio de uma escala de 0 a 5 pontos) foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r = 0,38$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for o status da dor, maior será a classificação mais frequente do IAD, isto é, maiores serão as notas atribuídas aos descritores escolhidos, ou ainda maior a quantidade de descritores escolhidos.

Pode-se observar que a escala de intensidade de dor (0 a 10), item descrito no Q.I., com a frequência de dor (breve, periódica ou constante) foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r = 0,31$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a intensidade da dor, mais frequente será a dor.

Na correlação entre escala de intensidade de dor (0 a 10), item descrito no Q.I., com a quantidade de classificação mais frequente do IAD (somatória dos valores atribuídos aos descritores escolhidos, por meio de uma escala de 0 a 5 pontos) foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r = 0,35$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior for a intensidade da dor, maior será a classificação mais frequente do IAD, isto é, maior será as notas atribuídas aos descritores escolhidos, ou ainda maior a quantidade de descritores escolhidos.

Observou-se que o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico correto com a quantidade de pontos dolorosos, foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r= 0,39$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior for o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico, maior será a quantidade de pontos dolorosos.

Entre o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico correto com a quantidade de classificação mais frequente do IAD (somatória dos valores atribuídos aos descritores escolhidos, por meio de uma escala de 0 a 5 pontos), a correlação foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r= 0,24$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior for o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico, maior será a classificação mais frequente do IAD, ou seja, maiores serão as notas atribuídas aos descritores escolhido, ou ainda maiores as quantidades de descritores escolhidos.

No que refere à correlação entre o tempo de convívio com a dor com um diagnóstico correto e a quantidade de pontos dolorosos foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude moderada ($r= 0,46$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior for o tempo de convívio com a dor com um diagnóstico, maior será a quantidade de pontos. Observou-se que há um aumento de pontos dolorosos no corpo, assim como, da intensidade da dor com o passar do tempo.

Em se tratando dos dias de dor com a frequência de dor (breve, periódica ou constante), foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca ($r= 0,37$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior for os dias de dor sentido, maior será a frequência de dor, ou seja, dor mais constante.

Pode-se observar que a correlação entre a quantidade de médicos consultados com a queixa de dor e a quantidade de pontos dolorosos, foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude moderada ($r= 0,49$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior a quantidade de médicos consultados com a queixa de dor, maior será a quantidade de pontos dolorosos.

Quanto ao total de número de descritores escolhidos com o impacto no lazer foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r= -0,23$; $p<0,05$), isso indica que quanto maior for o número de descritores escolhidos pior será o lazer das participantes.

Entre a idade com o número de descritores escolhidos, observou-se correlação estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca ($r = -0,24$; $p < 0,05$), isso indica que quanto maior a idade menor é a quantidade de descritores escolhidos. Cumpre lembrar que os descritores referem-se as palavras que qualificam a dor.

É válido dizer que a estatística inferencial utilizada neste trabalho considerou todos os diagnósticos isolados ou compostos (comorbidades) como um só grupo. Esta decisão pautou-se na ANOVA realizada com as variáveis total do Índice Atual de Dor (IAD) ($F = 1,81$; $p = 0,121$); no total de descritores escolhidos ($F = 0,60$; $p = 0,704$) e classificação mais frequente da dor ($F = 2,25$; $p = 0,058$). Sendo assim, percebeu-se que independente dos diagnósticos, os grupos que inicialmente foram separados em 6 (Grupo de Câncer, Grupo de SFM, Grupo de Dor Crônica Diversa, SFM com Câncer Juntos, SFM e Outras Dores Crônicas e Câncer e Outras Dores Crônicas), não diferenciaram as principais variáveis relacionadas com a dor do McGill.

Considerando-se o Test t de Student as variáveis ocupação profissional, escolaridade, baixa renda, estado civil não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que relataram ter diagnóstico de depressão.

8.2 Estatística de Grupo

Para as diferenças de grupo de participantes que responderam a EBADEP-Hosp.Amb. foi feita a análise dos escores total e de cada dimensão, para tal foi realizado uma análise de diferença de média, o teste t , utilizado para comparar os dois grupos. Os resultados para os escores totais da EBADEP-Hosp.Amb. revelaram que a escala em questão foi capaz de diferenciar os grupos que referenciaram ter ou não depressão. Em relação às participantes que relataram ter depressão e aquelas que relataram não possuí-la, testou-se por intermédio do Test t se os escores dos instrumentos utilizados diferenciavam os grupos. Como pode ser visualizado na Tabela 5, todas as escalas conseguiram diferenciar os grupos, com exceção da dimensão instrumental da EPSUS.

Tabela 5- Diferenças de Média do Teste t Comparando Grupo que Relatou Ter Diagnóstico de Depressão com o que Relatou Não Ter

	diagnóstico de depressão	média	T	DP	P
EBADEP-Hosp.Amb.	Não = 45 Sim = 35	15,62 31,42	-5,39	11,51 14,71	,000
EPSUS – afetivo	Não = 44 Sim = 35	41,65 32,14	3,47	9,80 13,62	,001
EPSUS – interações sociais	Não = 45 Sim = 35	9,15 7,05	2,32	4,07 3,92	,023
EPSUS – instrumental	Não = 45 Sim = 35	13,93 12,57	1,07	5,74 5,41	,284
EPSUS – enfrentamento de problemas	Não = 45 Sim = 35	15,64 12,31	2,53	4,36 6,75	,014
EPSUS Total	Não = 44 Sim = 35	80,45 64,08	2,99	20,74 26,53	,004
QSG – estresse psíquico	Não = 45 Sim = 35	25,24 33,00	-2,66	13,15 12,55	,009
QSG – desejo de morte	Não = 45 Sim = 35	10,62 14,08	-2,01	6,93 8,42	,047
QSG – desconfiança na própria capacidade de desempenho	Não = 45 Sim = 35	37,24 43,94	-2,22	12,89 13,94	,029
QSG – distúrbio do sono	Não = 45 Sim = 35	11,08 15,31	-2,81	5,90 7,50	,006
QSG – distúrbio psicossomático	Não = 45 Sim = 35	21,62 25,48	-2,12	8,18 7,89	,037
QSG – saúde geral	Não = 45 Sim = 35	105,82 131,82	-2,79	42,92 39,18	,007

9. DISCUSSÃO

Esse trabalho refere-se aos primeiros estudos da Escala Baptista de Depressão versão Hospitalar e Ambulatorial (EBADEP-Hosp.Amb.), desenvolvida com a finalidade de rastrear informações sobre sintomatologia de humor. Para tanto, são necessárias pesquisas que avaliem tal escala, possibilitando sua aplicabilidade de forma confiável. Considerando-se o público-alvo da pesquisa, explanou-se as associações entre a sintomatologia depressiva, a dor crônica incluindo os pacientes fibromiálgicos e oncológicos, o suporte social e a saúde geral. Em se tratando da sintomatologia depressiva ocorreu uma anuência na abordagem dos teóricos, para os quais a depressão é uma patologia debilitante, de alta prevalência e culmina em grande impacto econômico, social e altos índices de morbidade (Peres, 2006; Lima, 2012, Lepine, Moreno, Campos, Couttolenc, 2012; Andrade, 2013). No que concerne a dor crônica, a aquiescência reside na experimentação da dor como uma experiência multidimensional que inclui componentes emocionais, cognitivos e nociceptivos, com elevado impacto negativo na vida do doente (Riberto, 2008; Kraychete, 2009, Wilson et al., 2009; Caponero, 2009). Assim, pode-se observar que os instrumentos na presente pesquisa corroboraram com os estudos de Montazeri et al. (1998), Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000), Sullivan e Turk (2001), Matta e Moreira-Filho (2003), Bastos et al. (2007), Salvetti et al. (2007), Moreno et al. (2010), Nifa e Rudnicki (2010), Brandt et al. (2011), os quais demonstraram que em pacientes com dor crônica há a presença de sintomatologia depressiva com variabilidade de leve a grave. Na presente pesquisa as variáveis idade, estado civil, ocupação profissional e renda não se associaram significativamente com a sintomatologia depressiva.

Conforme visto anteriormente, os resultados da EBADEP-Hosp.Amb. demonstraram que a escala diferenciou os grupos com depressão e sem depressão, de acordo com o esperado, resultados comparáveis as outras pesquisas, mesmo com amostras diferenciadas. O estudo de Carneiro (2013), teve como objetivo buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas para a Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). Participaram 367 sujeitos, que foram divididos em dois grupos, sendo o primeiro com 338 (92,1%) classificados como sem diagnóstico relatado de depressão, e o segundo grupo com diagnóstico de depressão fornecido por psiquiatra e confirmado pela SCID. A idade dos participantes variou de 18 a 64 anos. Foram

aplicados para a coleta de dados, instrumentos que mensuram sintomas depressivos, a Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A) e a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D). Foram comparadas as médias de sintomas e pensamentos depressivos entre os grupos, assim como a relação dos instrumentos de depressão com a EPD. Os principais resultados apontaram que os depressivos apresentaram um número maior de distorções de pensamentos, maior média de idade, maiores sintomas de depressão e indicou evidências de validade para a escala. Vale considerar que a EBADEP-A possui 33% dos itens da escala referentes a avaliação de pensamentos depressivos (Baptista, 2012).

O estudo de Fuller-Thomson, Nimigon-Young e Brennenstuhl (2012) teve como objetivo determinar a prevalência e os fatores associados à depressão maior entre aqueles com Síndrome da Fibromialgia Músculo-Esquelética (SFM) em uma amostra representativa canadense. O estudo foi uma análise secundária de uma amostra grande, representativa em nível nacional a partir do Inquérito Comunitário de Saúde canadense. Na amostra total (n = 126.805) foi usado para determinar a prevalência da SFM e odds ratio de depressão entre aqueles com SFM (n = 1.635) em comparação com aqueles sem (n = 125.170). Uma subamostra daqueles com SFM (n = 1.635) foi usada para determinar a prevalência de depressão maior e os fatores demográficos, psicossociais e de saúde associados. Aqueles com SFM tinham cerca de três vezes maior probabilidade de depressão em comparação com aqueles sem SFM, mesmo quando controlando as características sócio-demográficas importantes. Como resultado e com base na subamostra daqueles com SFM, verificou-se que 22% tinham depressão maior. Um modelo de regressão logística multivariada das pessoas com fibromialgia que apresentaram depressão foi associada com menor idade, sexo feminino, solteiras, hábito alimentar, número de condições crônicas, ideias suicidas e limitações nas atividades. Dois quintos das pessoas com depressão e SFM não haviam discutido problemas de saúde mental com todos os profissionais de saúde em relação ao ano anterior.

A pesquisa de Bighetti (2010) foi composta por 317 estudantes de graduação de uma universidade particular do interior do estado de São Paulo, denominado grupo A - não clínico e 29 pacientes de um consultório particular de psiquiatria, denominado grupo B - clínico. A pesquisa teve como objetivo levantar evidências de validade para a Escala de Depressão - EDEP - com medidas de personalidade e habilidades sociais. Os instrumentos utilizados foram um

questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão (EDEP) atual EBADEP-A, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), o Inventário de Personalidade (BFP) e a SCID (foi utilizada somente no grupo clínico com o objetivo de confirmar o diagnóstico). Como resultado houve diferença entre as médias das pontuações dos participantes dos dois grupos A e B, quanto à pontuação da EDEP. Assim, a média do Grupo B (clínico) foi maior que a média do grupo A (não clínico), e essa diferença foi significativa. A autora afirma que apesar da diferença no número de participantes nos dois grupos, a EDEP se demonstrou sensível em perceber os sintomas que favorecem o diagnóstico da depressão.

A pesquisa de Serafim e Costa (2009) teve como objetivo identificar os sintomas depressivos mais frequentes entre portadores da doença Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI). A amostra foi composta de 200 indivíduos adultos, de ambos os sexos, com idade entre 21 anos e 78 anos, divididos em dois grupos de 100 participantes cada: o grupo de não-clínico (GNC) e o grupo clínico (GC), os quais eram portadores da doença Retocolite Ulcerativa Idiopática (RCUI), provenientes do Ambulatório de Doenças Inflamatórias do Cólon do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi utilizado para avaliar a depressão o Inventário de Depressão de Beck. Como resultado observou-se que o (GC) apresentou pontuação total mais elevada em 14 sintomas, quando comparados ao (GNC), tanto no que concerne aos sintomas somáticos, quanto aos cognitivos afetivos, sentimentos de tristeza, pessimismo, culpa, indecisão e ideia suicida.

No que se refere às correlações entre a sintomatologia depressiva e a saúde geral, as mesmas foram significativas e positivas entre todos os fatores e a magnitude variou de fraca a moderada. Nos fatores estresse psíquico e desconfiança na própria capacidade de desempenho, observou-se correlações maiores, sendo que esses fatores possuem itens que se referem a identificação de sentimentos, tais como: a raiva, incapacidade, tristeza e à desesperança, conteúdos que também são contemplados na EBADEP-Hosp.Amb. Isso indica que a presença de transtornos mentais menores encontra-se associada ao aumento de sintomas depressivos. Estes dados confirmaram outros estudos realizados anteriormente (Fagundes, 2002; Fagundes & Lurdemir, 2005; Fioretti et al., 2010; Gujardo & Cadena, 2012). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Cerchiarì, Caetano e Faccenda (2005), realizado em uma amostra de 558 sujeitos, dos quais 71% eram do sexo feminino. Para coleta foram utilizados o Questionário

de Saúde Geral - QSG 60 e o Questionário de dados Sóciodemográficos – QDSD. Como resultado observou-se 25% para TMM, com os fatores mais acentuados como distúrbio psicossomático, estresse psíquico e desconfiança no desempenho. As variáveis sociodemográficas estado civil, a ocupação profissional, a renda salarial e a idade não se associaram significativamente com os TMM, tal como ocorreu na presente pesquisa. Cerchiari, Garcia e Faccenda (2009) realizaram uma pesquisa com uma amostra de 236 sujeitos, dos quais 69% do sexo feminino. Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário de Saúde Geral – QSG 60 e o Questionário de dados Sóciodemográficos – QDSD. Como resultado observou-se 14% da amostra com TMM e os fatores mais acentuados foram: estresse psíquico/ansiedade, desconfiança no desempenho e distúrbio do sono.

Carneiro e Baptista (2012) realizaram uma pesquisa com uma amostra de 98 universitários, dos quais 57,1% do sexo feminino. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário de Saúde Geral – QSG 60 e Escala de Depressão – EDEP (atual EBADEP-A). Como resultado observou-se que houve correlações moderadas entre os instrumentos nos fatores desejo de morte, distúrbios psicossomáticos e distúrbios do sono e alta no fator estresse psíquico e confiança na própria capacidade de desempenho, resultados comparáveis à presente pesquisa, mesmo com amostras diferenciadas. Conclui-se, portanto, que os dados demonstrados nas pesquisas apontam a vulnerabilidade das participantes tanto no que se refere à sintomatologia depressiva, quanto para a saúde geral. Assim sendo, os resultados significativos indicaram que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva maior a presença de estresse psíquico, maior a presença de desejo de morte, de falta de confiança na própria capacidade de desempenho, de presença de distúrbio psicossomático e pior percepção da saúde geral e vice-versa. Nesse sentido, as análises obtidas entre os instrumentos corroboraram com as hipóteses formuladas de que a saúde geral se correlacionaria de forma negativa com sintomatologia depressiva.

Em se tratando da correlação entre a sintomatologia depressiva com o suporte social, esta foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude de fraca a moderada entre todos os fatores, incluindo o fator total. Tais resultados estão em consonância com os dados encontrados por outros estudos disponíveis (Schwarzer & Leppin, 1991; Baptista & Baptista, 2000, Baptista, Baptista & Torres, 2006; Baptista, Souza & Alves, 2008; Laurence, Williams & Eiland, 2009; LLiffe, Kharicha, Carmaciu, Harari, Swift & Gillman, 2009, Rueger, Malecki & Demaray, 2010;

Baptista, Carneiro & Sisto 2010, Dantas et al., 2012, entre outros). Essas pesquisas demonstraram que há uma associação negativa entre sintomatologia depressiva e suporte social, sendo esta comumente encontrada, isso indica que quanto maior for a presença de suporte social, menor a presença de sintomatologia depressiva. Os resultados da presente pesquisa são congruentes com o estudo Baptista, Baptista e Torres (2006). Participaram do estudo 44 gestantes. Foi utilizado o Questionário de Identificação, a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh – EPDS, o Inventário de Ansiedade Traço – Estado – IDATE e uma Escala de Percepção de Suporte Social – EPSS. A correlação entre a sintomatologia depressiva e suporte social, foi estatisticamente significativa, negativa e de magnitude muito semelhante à atual pesquisa. Assim, quanto maior a pontuação na escala de percepção de suporte social, menor a pontuação na Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh – EPDS. Na pesquisa de Dantas et al. (2012), participaram 60 mulheres e os instrumentos utilizados foram a Escala de Apoio Social – EAS, a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh – EPDS e um Questionário Biossociodemográfico, no qual a percepção no estado geral de saúde foi investigado. Das participantes 56,4% apresentaram alto índice de sintomas depressivos. A associação entre sintomatologia depressiva e suporte social foi estatisticamente significativa negativa de intensidade fraca. Nesse sentido, quanto menor o suporte social, maior os sintomas depressivos. Conclui-se a relevância do suporte social como um potencial fator de proteção para sintomas depressivos.

Na mesma linha, a pesquisa realiza por Cardoso (2013), teve como o objetivo de buscar evidência de validade com base na relação com variáveis externas para a Escala de Percepção de Suporte Social – Versão Adulto – EPSUS-A e a diferenciação entre sexo e estado civil nos instrumentos aplicados. Participaram do estudo, 149 estudantes de ambos os sexos, das quais 65,78% eram mulheres. Os instrumentos utilizados foram a EPSUS-A, o Inventário de Depressão de Beck – BDI e o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI. Na correlação entre sintomatologia depressiva e suporte social, o BDI foi estatisticamente significativa negativa e de magnitude fraca em três fatores, a saber: afetivo, interações sociais e enfrentamento de problemas, sendo as correlações um pouco menores do que na atual pesquisa, provavelmente pelo tipo de amostra. Houve diferenciação de grupos na variável sexo e estado civil somente no instrumento BAI. Concluiu-se que quanto maior a percepção de suporte social, menor a percepção de sintomatologia depressiva e ansiosa.

No tocante ao suporte social dado pela religião na atual pesquisa, foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca, isso indica que quanto maior for a presença de suporte social religioso maior será a satisfação com a religião, resultando em impacto positivo na saúde mental. Oliveira, Sousa, Garcia, Mendonça, Menezes e Júnior (2010), realizaram uma pesquisa com mulheres em tratamento quimioterápico, as quais relataram utilizar a religião como suporte para enfrentamento da doença durante o tratamento. De acordo com Moura, Silva, Oliveira e Moura (2010), a fé e a religião são consideradas um relevante recurso para enfrentamento do medo de morrer provocado pelo diagnóstico de câncer e para efeitos adversos dos tratamentos, haja vista que, geram sentimentos de esperança e alívio, os quais estão associados aos pensamentos positivos e ao sentido atribuído à patologia em questão, aumentando por assim dizer, as expectativas de cura. Para Soares, Burille, Antonacci, Santana e Schwartz (2009), a fé em um ser superior atua como um suporte, pois ajuda o doente frente ao diagnóstico e ao tratamento de câncer, auxiliando-o inclusive na busca de um significado para a realidade experimentada.

Com o objetivo de revisar a evidência científica disponível na literatura mundial sobre a relação entre esses construtos, Moreira-Almeida, Lotufo-neto e Koenig (2006) apresentam os principais estudos e conclusões de uma revisão sistemática desde 2000 a 2006, a qual abrangeu 850 estudos sobre a relação religião-saúde mental, publicado durante a 20^a Century, identificados por meio de vários bancos de dados. Como resultado, os autores concluíram que a maioria dos estudos bem conduzidos apontaram que níveis mais elevados de envolvimento religioso estavam correlacionados positivamente a indicadores de bem-estar (felicidade, afeto positivo, satisfação com a vida e moral mais elevado) e com a menor presença de sintomatologia depressiva, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e abuso de drogas/álcool. Os autores ressaltaram que há evidências de que o envolvimento religioso é frequentemente associado a uma melhor saúde mental, e que, de modo geral, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas que estão sob estresse, tais como: os idosos, os indivíduos com algumas deficiências e/ou doenças clínicas e crônicas. Assim sendo, observa-se que apoio social é um potencial fator associado aos sintomas depressivos em diversos contextos. LLiffe, Kharicha, Carmaciu, Harari, Swift e Gillman (2009) realizaram uma pesquisa da qual participaram 406 pessoas de ambos os sexos. Foi utilizado para medir a presença de sintomas depressivos, o Inventário de Saúde Mental, o risco para o isolamento social foi medido utilizando

a Escala Lubben Rede Social e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), também foram medidos. Como resultado observou-se que 19% da amostra teve humor deprimido, os preditores significativos da presença de sintomas depressivos foram dificuldades com AIVD básicas devido ao comprometimento na saúde geral (OR 2,8, 95% CI 1,1-7,8) e o risco de isolamento social (OR 4,1, IC 95% 1,8-9,3).

Em relação à associação entre dor crônica e a sintomatologia depressiva, foi possível constatar que os pacientes com dor crônica deste estudo apresentam mais sintomatologia depressiva ($r= 0,29$), assim sendo, do total da amostra 43,8% relataram o diagnóstico de depressão. Esses resultados estão em concordância com os resultados encontrados por outros estudos disponíveis na literatura, sendo demonstrada em pesquisas e revisões, as quais resultaram em prevalência que variam entre 18% a 56% de doentes de dor crônica que sofrem de depressão (Montazeri et al., 1998; Santos et al., 2006; Bastos et al., 2007; Rheingans 2007; Bair, Wu, Damush, Sutherland & Kroenke, 2008; Valente, Ribeiro & Jensen, 2009; LLife et al., 2009; Farnei, Zaslavsky, Reynolds & Cleary, 2010, Nifa e Rudnicki, 2010). A pesquisa de Bastos et al. (2007) foi realizada com uma amostra de 60 indivíduos, 23,3% mulheres e para a coleta de dados de níveis de sintomatologia depressiva e intensidade e gravidade da dor foi utilizado o questionário RDC/TMD. Os resultados apontaram uma correlação estatisticamente significativa positiva e moderada entre a severidade da dor crônica e os níveis de sintomas depressivos nos pacientes estudados. Isso indica que em pacientes com dor crônica, quanto maior a intensidade e gravidade da dor, maior será a presença de sintomatologia depressiva. Cumpre lembrar que na presente pesquisa a sintomatologia depressiva foi encontrada em 43,8% das participantes, mas alguma cautela deve ser tomada, pois a presença do transtorno foi relatada e não mensurada.

Os dados da presente pesquisa também vão ao encontro do estudo de Bair, Wu, Damush, Sutherland, e Kroenke, (2008), do qual participaram 500 doentes com dor crônica, sendo que 55% eram do sexo feminino e com uma média de 50 anos. Para identificar os pacientes, foi utilizado o sistema de registro médico computadorizado utilizando a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-9). Nesse sentido, a amostra foi composta por dor crônica pertencentes à quadro clínicos variados e a localização da dor encontrava-se distribuída de forma variada, a saber: costas (53%) e da anca ou joelho (47%). Para avaliar a gravidade da depressão foi utilizado o Symptom Checklist 20 (SCL-20), para avaliar a dor utilizou-se o breve inventário (BPI)-Short Form, para avaliar a Qualidade de Vida

foi utilizado o SF-36. Como resultado foi observado que 54% relataram apenas dor; 20% dor e depressão; 3% dor e ansiedade e 23% indicavam dor, depressão e ansiedade. Quanto à severidade da sintomatologia depressiva, os autores relataram que quase todos esses participantes clinicamente deprimidos preencheram os critérios para depressão maior (76,3%) ou distímia (18,4%), enquanto 5,3% preencheram os critérios para depressão menor. Os autores concluíram que a comorbidade de depressão e ansiedade na dor crônica e a depressão estavam fortemente associada a uma dor mais intensa, com mais interferência na vida do doente e com menor qualidade de vida ($p < 0,0001$). A depressão e a ansiedade foram associadas com o número de dias de incapacidade relacionadas com a dor nos últimos três meses ($p < 0,0001$), como ocorreu com a pesquisa atual.

Nifa e Rudnicki (2010) realizaram uma pesquisa com uma amostra de 30 pacientes com diagnóstico de doença oncológica, sendo 40% mulheres e para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Beck de Depressão – BDI. Os resultados apontaram que 50% das mulheres tiveram o nível mínimo de depressão, seguido de 33,3% depressão leve e 16,7% de moderada. Tais dados indicam que há uma associação entre dor crônica e sintomatologia depressiva. Dados similares foram encontrados no estudo de Santos et al. (2006), em uma amostra de 40 mulheres, das quais 20 apresentavam o diagnóstico de SFM. Utilizou-se para a coleta dos dados referentes a sintomatologia depressiva, a Escala de Depressão de Beck – BDS, Fibromyalgia Impact Questionnaire - FIQ e o Medical Outcomes Study-36-Item Short-Form Healthy Survey-SF-36, os quais medem a qualidade de vida. Foi possível verificar que as pacientes com diagnóstico de SFM deste estudo, apresentaram traços de depressão, sendo estatisticamente significativa. Os autores afirmaram que o resultado obtido pelo FIQ evidenciou diferença estatisticamente significativa entre o Grupo Controle e o Grupo Teste ($p < 0,05$) para todos os itens, com exceção do item faltas ao trabalho. Em relação a variação genérica do SF-36, os grupos apresentaram em todos os itens diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). No que se refere à depressão, ambos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Conclui-se, portanto, que pode haver relação entre a sintomatologia depressiva e a dor crônica, com impacto negativo na qualidade de vida e, da mesma forma que o BDS, a EBADEP.Hosp.Amb. também conseguiu discriminar os grupos critério.

Diante da complexidade de se avaliar a dor crônica e especificamente os sintomas e manifestações da SFM, torna-se evidente que a avaliação clínica dos resultados do tratamento também é uma tarefa difícil. Novos critérios, porém, estão sendo propostos no exame do paciente fibromiálgico. Wolfe, Clauw, Fitzcharles, Goldenberg, Katz, Mease, Russel, Russel, Winfield e Yunus, (2010), por exemplo, modificaram a necessidade de pesquisa dos pontos dolorosos, introduzindo ao invés disso, um índice de dor generalizada e um escore de severidade dos sintomas. Todavia, a aprovação deste novo método ainda não foi concretizada, necessitando de maiores estudos na prática científica e clínica. Contudo, continua como foco de discussão a utilidade do exame dos 18 pontos dolorosos na SFM, como um esforço para padronizar o procedimento de contagem destes pontos dolorosos pela palpação, não se tendo demonstrado que possa ser reproduzível em diferentes condições clínicas (Petzke, Gracely, Park, Ambrose e Clauw, 2003). Dito de outra forma, nem sempre o doente de SFM apresenta os 18 pontos dolorosos, a severidade da experimentação dolorosa varia conforme características pessoais e culturais, mas a piora na qualidade de vida, o isolamento social e a sintomatologia depressiva, são comumente associados a patologia de base. Nesse sentido, é válido dizer que ao se avaliar a cronicidade da dor, vários aspectos podem ser abordados, tais como: a quantidade de pontos dolorosos no corpo e a intensidade da dor (leve, moderada e intensa), assim sendo, a intensidade da dor pode ser medida tanto por meio de uma qualificação como desconfortante, angustiante, horrível, quanto por meio de valores numéricos. Assim, vários instrumentos padronizados podem ser utilizados. Os Questionários de Identificação (QIs) são outras formas de se mensurar a dor.

Na presente pesquisa os dados do QI referem-se ao status da dor, o qual indica a gravidade da dor (adaptável, limitante e incapacitante), a frequência de dor, incluindo a frequência semanal de dor, o tempo de convívio com a dor em anos de vida, a constância da dor (breve, periódica ou constante), entre outros. Justifica-se a variabilidade na forma de se avaliar a dor, pela utilização de instrumentos distintos (escalas visuais numéricas e analógicas, algômetro, questionários de identificações, os quais abordem aspectos clínicos, entre outros), além da amostra selecionada, na qual está inserida os aspectos sociais e os objetivos da pesquisa. Tais informações têm respaldo nas pesquisas científicas (Kurita & Pimenta, 2003; Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Eggermont, Bean, Guralnick & Levielle, 2009; Farmer, et al., 2010; Henry, 2008; Sullivan, 2012). Evidencia-se o fato de que na presente pesquisa a quantidade de pontos dolorosos no corpo mais frequente foi de 16 pacientes (20%) com 1 ponto de dor no

corpo, seguido de 11 pacientes (13,8%) com 2 pontos de dor e 11 pacientes (13,8%) com 3 pontos de dor, a intensidade da dor variou entre 53,8% de dor moderada, 35% de dor intensa e a sua qualificação enquanto desconfortante ocorreu em 35%, seguida de 27,5% horrível e 25% angustiante, por meio de valores numéricos (escala de 0 a 10 no instrumento QI), o status da dor (gravidade da dor) 60% limitante, 31,3% adaptável e 7,5% incapacitante, a frequência de dor, incluindo a frequência semanal de dor oscilou entre 1 a 7 dias da semana, o tempo de convívio com a dor em anos de vida variou de 1 mês a 120 meses (10 anos) e a constância da dor variou entre breve 8,8%, periódica 45% e constante 43,8%.

No que concerne à correlação da sintomatologia depressiva e a quantidade dos pontos dolorosos do McGill foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca, isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a presença de pontos dolorosos. Resultados semelhantes na associação entre sintomatologia depressiva e intensidade da dor, sintomatologia depressiva e quantidade de pontos dolorosos, intensidade de dor e quantidade de pontos dolorosos foram encontrados em outros estudos populacionais. Alguns estudos serão abordados a seguir. Na presente pesquisa a intensidade (leve=1, desconfortante=2, angustiante=3 e horrível=4) da dor foi estatisticamente significativa, positiva e de magnitude fraca, isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, maior será a intensidade atribuída aos descritores escolhidos. Esses dados são congruentes com a pesquisa de Moreno et al. (2010), realizada com uma amostra de 50 pacientes, dos quais 80% eram do sexo feminino. Para a coleta de dados da sintomatologia depressiva, foi utilizado a Escala de Hamilton para a Depressão – HDRS. Nesse estudo, ao se comparar o número total de pontos dolorosos presentes em cada pacientes com o resultado encontrado na HDRS, a associação encontrada foi de magnitude alta, resultando em 27,7% de sintomatologia depressiva leve, 30,9% moderada e 9% grave. Quanto aos resultados dos pontos dolorosos 20% dos participantes tiveram 11 pontos dolorosos, 3,6% tiveram 12 pontos dolorosos, 40% 13 pontos dolorosos, 9% 14 pontos dolorosos, 20% 15 pontos dolorosos, 20% 16 pontos dolorosos, 3,6% 17 pontos dolorosos e 3,6% apresentavam dor nos 18 pontos dolorosos. Isso indica que há uma variabilidade na quantidade e localização de pontos dolorosos nos quadros de SFM e a sintomatologia depressiva esteve associada ao diagnóstico de SFM, variando entre leve a grave.

Corroborando com tal postulado, no tocante a quantidade de pontos dolorosos, na pesquisa de Ferreira, Marques, Matsutani, Vasconcellos e Mendonça (2002) foram encontrados 18 pontos dolorosos à palpação conforme os critérios do ACR, com destaque para o occipital direito. Na presente pesquisa, no que tange à quantidade de pontos dolorosos esta foi variável entre 1 a 42 pontos de dor, tais dados se justificam devido ao fato de que grande parte dos participantes da amostra apresentavam além da patologia de base, outras dores crônicas diversas, como por exemplo: hérnia de disco. Vale mencionar que algumas participantes sofriam de mais de uma dor crônica. A quantidade de pontos dolorosos apresentou diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, esses dados sugerem que a variabilidade entre a limitação, a incapacitação e a intensidade da dor não estão relacionadas somente com a quantidade de pontos dolorosos, mas sim com o significado atribuído à dor, ou seja, a forma peculiar de se lidar com o fenômeno doloroso, o que pode resultar em percepção de dor mais intensa. Isso porque, na percepção da dor, está incluída a subjetividade. Nesse sentido, um doente pode ter apenas um ponto de dor no corpo e qualificar a dor como incapacitante e, em contrapartida, outro doente pode apresentar dor no corpo todo e experimentar esta dor como limitante. Para Breton (2007), a atitude do indivíduo em relação à dor é variável. Corroborando com tal proposta, a maneira como o doente expressa a sua dor pode variar em função do tempo de convívio com a dor, e, oscila pelo mais variados motivos, a saber: acontecimentos da vida, horas do dia, variações hormonais, estado de humor, entre outros. (Ferrándiz & Catalá, 2003; Scholz, Mannion, Hord, Griffin, Rawal, Zheng & Woolf, 2009).

A correlação entre o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico correto e a quantidade de pontos dolorosos, na presente pesquisa, foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude fraca e a correlação entre o tempo de convívio com a dor com um diagnóstico correto e a quantidade de pontos dolorosos foi estatisticamente significativa positiva e de magnitude moderada. Assim, quanto maior o tempo de diagnóstico com o tratamento da dor crônica, maiores os níveis de intensidade da dor nos pontos dolorosos. Tais achados, no presente estudo, podem relacionar-se aos recursos de enfrentamento utilizados pelas pacientes acometidas pelo dor crônica nos diversos diagnósticos, descritos anteriormente no decorrer das discussões, a saber: o suporte social fornecido pela fé e pela religião, pelo apoio conjugal/familiar, o acompanhamento psicológico associado à assistência prestada pela equipe multidisciplinar durante todo o processo de tratamento. O tempo de convívio com a dor variou de

1 mês a 120 meses (10 anos), e esse resultado vai ao encontro do estudo de Brandt et al. (2011), no qual as pacientes com SFM conviviam com a dor há 9 anos, e possuíam o diagnóstico há 4 anos e concorda com a pesquisa de Berber, Kupek e Berber (2005), na qual 40% da amostra de 70 pacientes tinha dor crônica há mais de 10 anos e 48,6% receberam o diagnóstico de SFM há menos de 2 anos. Quanto a sintomatologia depressiva, em 32,9% das pacientes foi encontrado depressão leve, 21,4% moderada e 12,9% severa. Um tempo menor de convívio com a dor foi observado no estudo de Pimenta, Koizume e Teixeira (2000), no qual a queixa variou de 12 dias a 60 meses. Dor há mais de 6 meses foi relatada por 63,2% dos indivíduos e mais de 12 meses por 21,1%. Um tempo maior foi encontrado na pesquisa Matos (2012), em que o tempo de convívio com a dor variou entre 1 a 41 anos. Conclui-se que quanto maior for a quantidade de pontos dolorosos, maior será o status da dor, isto é, adaptável, limitante ou incapacitante, maior a frequência semanal (de 0 a 7 dias) e a constância da dor (breve, constante ou periódica), maior será a presença de sintomatologia depressiva, com comprometimento da saúde geral das participantes, podendo levar as mesmas a um isolamento, associado, por conseguinte, ao baixo suporte social.

Em relação à frequência semanal de dor, esta oscilou entre 1 a 7 dias da semana, e a periodicidade da experimentação da dor variou entre breve e constante. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Von Korff et al. (1988), mostrando que a frequência de dor e a presença de até cinco queixas de dor diferentes (dor abdominal, dor de cabeça, dor nas costas, dor no peito e dor facial) está associada com aumento dos sintomas de depressão. Resultados semelhantes ocorreram na pesquisa de Bair et al. (2003), o qual constatou que o número maior de dias experimentados de dor, estava mais presente no grupo em que possuíam a depressão e a dor juntas, do que no grupo de pacientes que tinham dor sem depressão. Nesse sentido, uma melhor percepção da saúde em geral esteve associada a um maior tempo de diagnóstico. Isso indica que com o maior tempo de convívio com a dor, além de ter mais idade, as pacientes adquirem estratégias de enfrentamento no manejo da dor (estratégia de coping), e voltam à medida do possível, realizar algumas atividades cotidianas (González-Rendón & Moreno-Monsivais, 2007; Molton, Stoelb, Jensen, Ehde, Raichle & Cardenas, 2009, Bussing, Ostermann, Neugebauer & Heusser, 2010).

De igual modo, Molton, Jensen, Ehde, Carter, Kraft e Cardenas (2008), realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a estratégia de coping e idade entre os adultos com dor crônica. A amostra foi composta por 464 participantes, dos quais 53,87 % eram do sexo feminino, com idade entre 18 a 83 anos. O instrumento utilizado para avaliar a intensidade da dor foi a Escala Numérica de Dor (NRS) e para avaliar o coping foi utilizada uma versão modificada da Dor Crônica Lidar Inventory (CPCI). Como resultado observou-se que os idosos acima de 60 anos apresentaram estratégias de coping mais adequadas, sendo as mais utilizadas, persistência de tarefa, evitar atividades que causam um aumento da dor e pensamentos negativos e pedir ajuda frequentemente.

Dias (2012) realizou um estudo prospectivo randomizado, com 30 pacientes do sexo feminino, com idades entre 20 e 60 anos, com diagnóstico de SFM, com o objetivo de estudar o efeito dos diversos tratamentos da Medicina Tradicional Chinesa - MTC. O instrumento utilizado para avaliar a intensidade e características da dor foi o questionário McGill e a Escala de Faces de Wong-Baker (WBS), para a identificação dos tender points foi utilizado o algômetro modelo Fischer PTM (Pressure Threshold Meter, Pain Diagnostics & Thermography, EUA) e o The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) foi utilizado para avaliar a qualidade de vida. Como resultado observou-se que a intensidade da dor variou entre moderada a grave. Os distúrbios cognitivos foram relatados por 19 pacientes como dificuldade de concentração, amnésia e dificuldade de raciocínio. Os três principais transtornos emocionais citados pelas pacientes foram a ansiedade, depressão, a irritabilidade, e o comprometimento da saúde geral resultou em distúrbio do sono, fadiga muscular, rigidez matinal e cefaleia. Os dados revelaram que há a presença de sintomatologia depressiva em pacientes com SFM, com agravamento do estado de saúde geral e, por conseguinte, uma piora na qualidade de vida.

No que se refere à correlação da quantidade de pontos dolorosos do corpo com o impacto no lazer e na vida social, na atual pesquisa foi estatisticamente significativa e concorda com o achado de Saltarelli et al. (2008) e Brandt et al. (2011). Assim quanto maior for a quantidade de pontos dolorosos no corpo e/ou a percepção da intensidade dessa dor, maior será o impacto na vida social do indivíduo portador de dor crônica, indo desde restrições de algumas atividades ao isolamento social. Esses resultados estão de acordo com a literatura na medida em que a dor

crônica, a qual pode ser mensurada pela quantidade de pontos dolorosos, pela frequência e intensidade de dor, interferem nas diferentes dimensões da vida do doente.

Em se tratando da quantidade de descritores escolhidos esta foi variável entre sete a nove descritores. Todavia, conforme visto anteriormente, a maioria dos estudos ao utilizarem o McGill, focam na qualidade atribuída aos descritores. Quanto a qualidade atribuída aos descritores de dor no estudo de Ferreira, Marques, Matsutani, Vasconcellos e Mendonça (2002), os autores avaliaram a dor em 31 mulheres fibromiálgicas e concluíram que o descritor “cansativa”, (categoria afetiva) foi o que obteve maior escore no grupo teste. No estudo de Dias (2012), o questionário O McGill foi utilizado para caracterização da dor descrita pelas pacientes. Considerando que seis descritores foram citados pela maioria das pacientes, pode-se caracterizar a dor referida pelas pacientes como “enjoada, fina, latejante, cansativa, aborrecida e chata”. Na presente pesquisa a classificação mais frequente do IAD escolhida pelas participantes, também variou entre desconfortante a angustiante. Isso indica que a percepção da dor é subjetiva e corrobora com os estudos disponíveis na literatura, sendo que muitos autores apontaram que a intensidade da dor crônica, frequentemente, apresenta uma variação entre dor leve e moderada e a constância da dor entre breve a periódica, e ainda, periódica e constante (Kurita & Pimenta, 2003; Breton, 2007; Capela & Loura, 2008; Eggermont, Bean, Guralnick & Levielle, 2009; Farmer, Zaslavsky, Reynolds & Cleary; 2010, Henry, 2008; Sullivan, 2012).

Ao se analisar a dor crônica observou-se inclusive que a qualificação da dor e a intensidade de dor são mais importantes do que a quantidade de descritores escolhidos. Assim sendo, uma paciente pode escolher apenas cinco descritores e pontuar intensidade 1 para cada descritor, totalizando 5 pontos, também denominado (IAD – Intensidade Atual de Dor), e uma outra paciente pode escolher apenas dois descritores, pontuar intensidade 4, tendo como resultado final a nota 8 pontos, demonstrando uma experimentação de dor mais intensa. Como resultado observou-se a classificação da queixa álgica com uma variabilidade entre moderada e intensa e os dados encontrados corroboraram com os de Pimenta, Koizume e Teixeira (2000), isso indica que os escores dos indivíduos que apresentam sintomatologia depressiva experienciaram dor de maior intensidade. Concluiu-se, portanto, que quanto maior o número de descritores em um determinado paciente, maior será a tendência dele apresentar maior índice de dor, corroborando com o estudo de Nakazone-Jr et al. (2005). Os autores concluíram que existem diferentes

características de percepção da dor, tanto no número de descritores, quanto no índice de dor em pacientes com desordens temporomandibulares quando comparados com pacientes que não possuem tal desordem. Assim quanto maior o número de descritores em determinado paciente, maior será a tendência do mesmo apresentar maior índice de dor.

Ainda no que concerne à intensidade da dor, os achados da presente pesquisa estão em consonância com os dados encontrados na literatura. Nesse sentido, a gravidade da dor se correlacionou à gravidade dos sintomas depressivos. Em revisão feita por Bair, Robinson, Katon e Kroenke (2003), verificou-se que a presença de dor crônica tem sido associada à presença e à gravidade de transtornos do humor. Na mesma linha, Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso e Ramos (2003) relataram que os distúrbios depressivos podem aumentar a sensação de dor, dados corroborados por Lépine e Briley (2004) segundo os quais, a presença de sintomas depressivos foi relacionada ao desenvolvimento de diversos tipos de dor. Nesse sentido, a severidade da dor, pode produzir um agravamento da doença, o qual culmina em isolamento social e piora na percepção da qualidade de vida. Cumpre lembrar que a qualidade de vida (QV) relacionada à saúde, diz respeito ao modo como a saúde, a doença e o tratamento médico influenciam a percepção individual de funcionamento global e bem-estar. Em pensamento similar Vileikyte, Leventhal, Gonzalez, Peyrot, Rubin e Ulbrecht, (2005), relataram que a presença e a gravidade dos sintomas depressivos estão relacionadas à presença e à gravidade de sinais e sintomas neuropáticos. De modo geral, entre os indivíduos com sintomatologia depressiva e àqueles que sofrem de complicações crônicas demonstraram ter QV inferior à dos que não sofrem dessas patologias.

No estudo de Moreira, Amâncio, Brum, Vasconcelos e Nascimento (2009), com o objetivo de avaliar o impacto dos sintomas depressivos e da dor neuropática na qualidade de vida (QV) de pacientes diabéticos com polineuropatia distal diabética (PNDD), participaram do estudo 204 pacientes, com idade entre 30 a 69 anos, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2, dos quais 66,66% eram do sexo feminino. Como resultado observou-se que a correlação entre a gravidade dos sintomas depressivos (BDI) e os escores do domínio físico do WHOQOL. Isso indica que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva, pior será a qualidade de vida do doente. Observou-se que há correlação entre a gravidade da dor (EVA) e os escores do domínio físico do WHOQOL. Isso indica que quanto maior for o a gravidade da dor, pior será a qualidade de vida do doente. Nesse sentido, as piores condições físicas dos pacientes, imprimem maiores

limitações nas atividades cotidianas e de lazer, comprometendo, por conseguinte, a qualidade de vida dos mesmos. Os sintomas depressivos foram demonstrados por meio da comparação de média entre os grupos com PNDD e sem PNDD. Tais dados apontam que a depressão foi maior no grupo com pior estado de saúde. Os autores concluíram que os pacientes diabéticos com PNDD apresentam pior QV nos domínios físico e ambiental do WHOQOL, provavelmente devido à maior sintomatologia depressiva e gravidade de dor. Observou-se na presente pesquisa que 37,5% das participantes acreditavam que algum trauma emocional estava na origem da depressão e 36,9% acreditavam que um trauma emocional estava na origem da dor crônica. Há evidências que os traumas emocionais estão associados à dor crônica (Lumley, Cohen, Borszcz, Cano, Radcliffe, Poster & Keefe, 2011).

É válido dizer que era esperado que a EBADEP-Hosp.Amb. conseguiria diferenciar os grupos. Ressalta-se que na presente pesquisa 43,8% das participantes relataram apresentar diagnóstico de depressão, 35% faziam uso de medicamento para a depressão, e 57,5% estavam sendo submetidas a tratamento psicológico, entre outros tratamentos de saúde. Conforme visto no decorrer da presente pesquisa, as revisões científicas demonstraram uma prevalência que variaram entre 18% a 56% de doentes de dor crônica que apresentaram diagnóstico de depressão. Todavia, esperava-se que na amostra estudada se obtivesse um número maior de doentes crônicos com depressão. Isso porque, considerou-se a gravidade do quadro algico, além da presença de outras dores crônicas associadas à doença de base. Nesse sentido, algumas conjecturas são necessárias. Primeiramente infere-se que o tratamento medicamentoso pode ter interferido tanto na presença de sintomatologia depressiva, quanto na percepção da intensidade da dor. Sabe-se que as mesmas estruturas cerebrais estão relacionadas em ambas patologias, tais como: o córtex pré-frontal e o hipocampo, responsáveis pela memória, humor e aprendizado. A pesquisa de Thornton, Andersen, Schuler e Carson (2009), apontou que pode ocorrer uma redução de marcadores inflamatórios, ao se tratar a sintomatologia depressiva, e de modo geral, há uma diminuição da percepção dolorosa. Outra inferência refere-se ao tratamento multidisciplinar que associado à psicoterapia e ao uso de medicamentos, tem demonstrados bons resultados em pacientes crônicos.

O controle da intensidade da dor nessa população ocorre além do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da dor (coping) por parte das pacientes, as quais são fornecidas por psicólogo especializado, por meio de prescrições medicamentosas pelo médico que acompanha o

caso, as quais incluem analgésico, anti-inflamatórios e antidepressivos. Assim sendo, pode-se supor que com a diminuição dos sintomas das patologias concomitantes e do fenômeno doloroso, as pacientes podem ter diminuído a importância do diagnóstico de depressão e relataram não mais a possuí-la. Pode-se inferir ainda que, entre aquelas que relataram ter o diagnóstico, poderiam na verdade, não o ter, mas, usaram a palavra depressão, pois a mesma caiu no senso comum e, é frequentemente associada à sensação de tristeza, sem levar em conta os demais sintomas pertencentes ao quadro em questão. Levanta-se inclusive a hipótese de que entre aquelas que relataram não ter o diagnóstico, a depressão estava presente, porém, por questões pessoais ou inerentes aos resultados dos tratamentos, responderam com negativa. E, por fim, a depressão muitas vezes pode ser subdiagnosticada e subtratada, isso porque as presenças de sintomas depressivos muitas vezes podem concorrer com os sintomas encontrados em doenças crônicas, como fadiga e isolamento. Diversas doenças estão associadas à depressão, a saber: doenças oncológicas, renais, neurológicas e outras síndromes dolorosas.

No que se refere à dor crônica e o suporte social, os dados da presente pesquisa demonstraram tal associação. Isso indica que quanto maior for o suporte social, menor será a percepção de dor. Esses dados também concordam com a pesquisa de Marques, Stefanello, Mendonça e Furlanetto (2013), com uma amostra de 1147 participantes, dos quais 44,3% eram mulheres provenientes da enfermagem de um hospital universitário em Florianópolis. A pesquisa teve como objetivo verificar a associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes clínicos internados. Os resultados demonstraram que as variáveis maior intensidade de dor, percepção de maior gravidade física e falta de apoio social associaram-se significativamente à depressão. Para os autores, a maior intensidade de dor e percepção de maior gravidade física estavam associados a falta de apoio social. Da mesma forma o estudo de Paulo (2006), realizado em uma amostra com 170 participantes, dos quais 58,82% eram mulheres, obteve-se como resultado correlação negativa de magnitude alta entre o suporte social percebido e as experiências subjetivas do sofrimento/dor. Os autores concluíram que quanto menor for a percepção do suporte social recebido, maior é a experimentação da dor e do sofrimento agregado.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do presente estudo, muito se explanou sobre a necessidade de expansão da avaliação psicológica no âmbito da saúde, por meio da construção de instrumentos avaliativos confiáveis. Visto que muitas escalas utilizadas são submetidas apenas por um processo de tradução do idioma, desconsiderando a cultura brasileira, na qual o público alvo está inserido. Nesse contexto, um instrumento que tem por finalidade rastrear os sintomas depressivos em ambientes hospitalares, ambulatoriais e clínicos, construído no Brasil agrega inúmeras vantagens ao trabalho do profissional em questão, entre elas destacam-se: o levantamento de hipótese diagnóstica, a confirmação do diagnóstico propriamente dito, e, sobretudo, a melhor adequação terapêutica, resultando, inclusive, em melhor prognóstico. Outro dado que revela o quão é premente a avaliação psicológica é a comorbidade de algumas patologias, demonstrada, por exemplo, na associação entre SFM e sintomatologia depressiva. Vale lembrar que investigações sobre esses grupos, principalmente no Brasil, são restritas. Esse estudo evidenciou que a presença de dor crônica, em sua maioria, foi do tipo limitante, periódica e moderada. Os principais resultados apontaram que a sintomatologia depressiva, a dor crônica, a saúde geral e o suporte social estiveram associados entre si.

Diante do exposto, os profissionais da área de saúde devem estar sempre atentos e utilizar métodos avaliativos que possam identificar a magnitude do quadro álgico, a presença de sintomatologia depressiva, o impacto que tais patologias produzem na saúde geral e o suporte social recebido, uma vez que, muitas vezes o paciente não sabe expressar adequadamente a sua dor, e, tampouco consegue avaliar o impacto do sofrimento emocional em sua vida. Além disso, a investigação da correlação entre a dor crônica e a sintomatologia depressiva é relevante, pois a dor crônica produz um impacto emocional adverso sob os pacientes com sintomatologia depressiva, podendo tornar-se uma variável agravante deste quadro clínico. O mesmo ocorre em pacientes com diagnósticos de depressão que em sua história pregressa, adquiriram uma dor crônica, isso porque, o fenômeno doloroso constitui um potencial redutor na qualidade de vida dos doentes com alto impacto no aspecto psicossocial. Nesse sentido, a construção de escalas avaliativas, realizadas por pesquisadores e/ou psicometristas são fundamentais para a compreensão dos indivíduos doentes. Tornar-se importante ratificar que na presente pesquisa, o número reduzido de participantes foi um fator desfavorável. É necessária, portanto, a realização de outras pesquisas, haja vista que, esta contribuiu dentro da sua limitação. Espera-se que outros estudos possam incluir um número maior de pacientes que apresentem sintomas depressivos,

favorecendo os estudos de validade da Escala Baptista de Depressão-EBADEP-HOSP-AMB. E, por fim, é válido informar que respaldado pela literatura específica, os objetivos desta pesquisa, foram cumpridos, confirmando as hipóteses inicialmente levantadas. Assim sendo, as análises obtidas entre os instrumentos corroboram com as hipóteses levantadas de que a sintomatologia depressiva se correlacionou com a dor crônica, o suporte social e a saúde geral. As análises realizadas conferiram a EBADEP-HOSP-AMB. bons resultados psicométricos, tornando-a um instrumento promissor para o rastreamento de sintomas depressivos dessa população.

11. REFERÊNCIAS

Aiub, M., & Neves, L. P. (2005). Saúde: uma abordagem filosófica. *Revista Cadernos do Centro Universitário São Camilo*, 11(1), 94-102.

Albuquerque, C., & Oliveira, C. Saúde e doença: significações e perspectiva em mudança. *Millenium*. (2002), 25. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm>

Almeida, T.F., Roizemblatt, S., Ttufik, S.(2004). Afferent pain pathways: a neuroanatomical review. *Brain Research*, 1000: 1-2, 40-56.

Almeida Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M.J., Aquino, E., James, A.S. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Sociedade de Ciência Médica*. 59: 1339-53.

Alvarado, R., Perucca, E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E., & Vera, A. (1993). Cuadros depressivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetrícia e Ginecologia*, 58(2), 135-141.

American College of Rheumatology (ACR) (1990). Critérios de Classificação para Doenças Reumáticas. Acessado em 15 de Abril de 2012. Disponível em: <http://www.rheumatology.org/ACR/practice/clinical/classification/index.asp>

American Psychiatric Association. DSM-IV. (APA,1994) Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. DSM-IV. (APA,1995) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes /Médicas Sul (Artmed Editora).

American Psychiatric Association. DSM-IV (APA, 2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes /Médicas Sul (Artmed Editora).

Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C. Silveira, C.M. (2006) Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 33 (2); 43-54.

Andrade, L, M. (2013). O Mal do Século. Recuperado em: 10/03/2013. <http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-o-mal-do-seculo#ixzz2QMnyEuQf> – Psicologado – Artigos de Psicologia.

Bahls, S. C. (2004). *A Depressão: em Crianças e Adolescentes e o seu Tratamento*. São Paulo: Lemos editorial.

Bair, M. J, Robinson, R. L, Katon W. & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity. A Literature Review. *Arch Intern Med*. 163(20):2433-45.

Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Sutherland, J. M. & Kroenke, K. (2008). Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosom Medicine*, 70(8), 890-897.

Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. (2000). Suporte familiar em adolescentes depressivas. *Psico-USF*, 5(1), 87-102.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.

Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e Depressão – Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M. N., Sisto, F. F., Noronha, A. P. P. & Argimon, I. (2006). Avaliação da depressão: principais técnicas. Em: A. P. P., Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.). *Facetas do fazer em avaliação psicológica*. São Paulo: Vetor.

Baptista, M. N., Moraes, P. R., Rodrigues, T. & Silva J. A. C. (2006). *Avaliação Psicológica*. 5, 77-85.

Baptista, M. N., Santos, K. M., & Dias, R. R. (2006). Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 24(44), 27-36.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006) Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1),

39-48.

Baptista, M. N. (2007). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF*, 13, 211-220.

Baptista, M. N., Carneiro, A. M., & Sisto, F. F. (2010). Estudo Psicométrico de Escalas de Depressão (EDEP e RDI) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Psicologia em Pesquisa/UFJF/4(01)*: 65-73.

Baptista, M. N. (2011). *Escala Baptista de Depressão – (Versão Ambulatorial) - EBADEP-HOSP-AMB*. Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba. São Paulo.

Baptista, M. N. & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) – EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*. 16(2):151-161.

Baptista, M. N. (2012). *Escala Baptista de Depressão versão Adulto- EBADEP-A*. São Paulo: Vetor.

Barros, M. B. A, Cesar, C. L. G, Carandina, L. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 11:4.

Bastos, L. W., Tesch, R. S., Denardin, O. V. P., & Dias, F. L. (2007). Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 36(1), 12 – 15.

Beck, A. T. (1963). *Thinking and depression. 1: Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324-333.

_____. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

_____. (1982). *Terapia Cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beck, A. T., Rush, A. J, Shaw, F. B, & Emery, E. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Berber, J. S. S., & Kupek, E., & Berber, S. C. (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Revista*

Brasileira de Reumatologia, 45(2),47-54.

Bighetti, C. A. (2010). Escala de Depressão (EDEP) e sua Relação com Medidas de Personalidade e Habilidades Sociais. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade São Francisco. Itatiba.

Botega, N.J, Furlanetto, L, Fraguas, R. Jr. (2006). Depressão. In Botega N J (org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed.

Bowsher, D. (1999). The lifetime occurrence of herpes zoster and prevalence of postherpetic neuralgia: a retrospective survey in an elderly population. *European Journal Pain*.3(4):335-342.

Brandt, R., Fonseca, A. B. P., Oliveira, L. G. A., Steffens, R. A. K., Viana, M. S., & Andrade, A. (2011). Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 216-20.

Breton, D. (2007). *Compreender a dor*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.

Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2009). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*. Published online in Wiley InterScience.

Brunelli, C., Zecca, E., Martini, C., Campa, T., Fagnoni, E., Bagnasco, M., Lanata, L., & Caraceni, A. (2010). Comparação de escalas numéricas e verbais para medir exacerbações da dor em pacientes com dor oncológica crônica. *BioMed Central – The Open Access Publisher*, 8 : 42.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*. New York: William Morrow.

Bussing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMed Central Public Health*, 10, 1-10.

Cailliet, R. (1999). *Dor, mecanismos e tratamentos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Calcagnotto, M. H. (2011). Contextualizando a dor. *Revista Do Corpo: Ciências e Artes*, 1(1), 1-12.

Calil, H. M. & Pires, M. L. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.

Campos, M. V. (2008). Dia mundial do rim. Vigor Movimento e Saúde. Recuperado em 08 de novembro de 2012. Disponível: <http://www.revistavigor.com.br/2008/03/12/dia-mundial->

do-rim-tire-algumas-duvidas-sobre-o-cancer-renal/.

Capela, C. & Loura, R. (2008). Perturbação de dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1(5), 30-45.

Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 45-82.

Caponero, R. (2009). Simbidor – *Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre a Dor*. Em: Dor no câncer e cuidados paliativos – Quando e Por que o câncer dói?, 9, 41-42.

Cardoso, H. F. (2013). Construção e Estudos Psicométricos da Escala de Percepção do Suporte Social (versão Adulto) – EPSUS-A. Tese de doutorado. Universidade São Francisco. Itatiba.

Carmonaa, L., Ballinab, J., Gabriel, R. & Laffon, A. (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Annals of the Rheumatic Diseases – BMJ Journals.*; 60(11) : 1040-5.

Carneiro, A. M., & Baptista, M. N. (2012). Saúde geral e sintomas depressivos em universitários. *Salud & Sociedad*, 3(2), 166-178.

Carneiro, A. M. (2013). Escala de Pensamentos Depressivos (EPD): Estudos Psicométricos Preliminares. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade São Francisco – USF. Itatiba.

Castro, M. M, Quarantini, L. C., Daltro, C., Caldas, M. P., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. R. (2011). Comorbidade com depressão e sintomas e ansiedade em pacientes com dor crônica e seu impacto na saúde relacionada com qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4): 126-129.

Cavalcante, A. B., & Sauer, J. F., & Chalot, S. D., & Assumpção, A., & Lage, L. V., & Matsutani, L. A, & Marques, A. P. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 40-48.

Cerchiari, E. A. N., & Caetano, D., (2004). Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. Tese de Doutorado. São Paulo : UEC.

Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Facenda, O. (2005a). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudo de Psicologia*, 10(3), 413-420.

Cerchiari, E. A. N., Caetano, D. & Faccenda, O. (2005b). Utilização do serviço de saúde

mental em uma universidade pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(2), 252-265.

Cerchiari, E. A. N., Garcia, D. S., & Facenda, O. (2009). Estudo do perfil sociodemográfico e da prevalência de transtornos mentais menores em estudantes de turismo da UEMS / Unidade de Dourados. *Turismo em Análise*, 20(3), 563-577.

Coelho, M., & Ribeiro. J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.

Conley, J. (1985). The meaning of life-threatening disease in the area of the head and neck. *Acta Otolaryngologist*. 99(3-4), 201-204.

Correia, E. (2006). Uma visão fenomenológica – existencial em psicologia da saúde. *Revista Análise Psicológica*, (3) 337-341.

Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. Dessen, & A. L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Croyle, R. T., & Rowland, J. H. (2003). Mood Disorders and Cancer: a National Cancer Institute Perspective. *Biol Psychiatry*, 54:191-4.

Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.

Cunha, J. (2001). Manual em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, R. V., Bastos, G. A. N., Del Duca, G. F. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 15 (2).

Dantas, M. M. C., Araújo, P. C. B., Paulino, D. S., & Maia, E. M. C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106.

De Benedittis G, Massei R, Nobili R, & Pieri A. (1988) *The Italian Pain Questionarie*. *Pain*, 33(1): 53-62.

Delouya, D. (2001). Depressão. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Porto, J. A. (1999). Depressão: Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(supl. 1), 6-11.

Del Porto, J.A. (2000). Conceito de depressão e seus limites. . In: Lafer B, Almeida O.P, Fráguas Jr. R, Miguel E.C. Depressão no ciclo da vida. São Paulo: Artes Médicas. 20-8.

Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(3), 1-18.

Dias, P. A. (2012). Efeitos da acupuntura, eletroacupuntura e moxabustão na qualidade de vida e no controle da dor em mulheres fibromiálgicas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) em Cirurgia. Universidade Federal Ceará.

Domingues, V. & Albuquerque, E. (2008). Cancro de pulmão: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2), 261-269.

DSM-IV (1994). American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association.

DSM-5 (2013). American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association. Recuperado em: 15 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

Dunst, C.J. & Trivette, C.M. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention*. New York: Cambridge University Press.

Eggermont, H., Bean, J. F., Guralnick, J. M. & Levielle, S. G. (2009). Comparing pain severity versus pain location in the mobilize Boston study chronic pain and lower extremity function. *Journal of Gerontology*, 7(64), 763-770.

Esteves, F. C. & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.

Everson, S.A., Maty, S.C., Lynch, J.W., Kaplan, G.A. (2002). Epidemiologic Evidence for the Relation Between Socioeconomic Status and Depression, Obesity and Diabetes. *Journal Psychosom Res.* 53:891-95.

Facó, M. L. (2008). *Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais*. São Paulo: Escuta.

Fagundes, V. L. D. (2002). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em estudantes da área de saúde da universidade de Pernambuco e suas associações com algumas características do processo ensino-aprendizagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco – Recife.

Fagundes, V. L. D. & Ledermir, A. B. (2005). Transtornos Mentais Comuns em estudantes da área da saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (3), 1.194-200.

Farnei, C., Zaslavsky, A., Reynolds, C. F. & Cleary, P. D. (2010). Effect of depression treatment or chronic pain outcomes. *Psychosomatic Medicina*, 72(1), 61-67.

Fava, M. Rankin, M. A. Wright, E.C. Alpert, J.E. Nerenberg, A. A. Pava, J. & Rosenbaum, J.F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Compr.Psychiatry*, 4 (2), 97-102.

Ferrándiz, M. & Català, E. (2003). Las clínicas del dolor. Dinámica de actuación ante un paciente com dolor crônica. In E. Català & L. Aliaga (Edts). *Manual de tratamiento del dolor*. 17-23. Barcelona: Publicaciones Permanyer.

Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., Matsutani, L. A., Vasconcellos, E. G., & Mendonça, L. L. F. (2002). Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42(2), 104-110.

Ferreira, K., Kimura, M., Teixeira, M, J. & Nobrega, J, C, M. (2006). Preditores de controle inadequado da dor entre pacientes com dor oncológica. 7º Congresso Brasileiro de Dor; Gramado. *Revista Dor: pesquisa, clínica e terapêutica*. 46(4):292-296.

Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., Matsutani, L. A., Vasconcellos, E. G, Mendonça, L. L. F. (2002). Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42(2), 104-110.

Ferster, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. Em: C. B. Ferster, S. Culbertson, & M. C. Boren, Princípios do comportamento (M. I. Silva, M. A. Rodrigues, & M. B. Pardo, Trans., pp. 699-725). São Paulo: Editora Hucitec.

Fioretti, K.P., Rossoni, R. R., Borges, L. H. & Miranda, A. E. (2010). Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 59(1):17-23.

Fiske A, LoebachWetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89.

Fontes, H. A. F. (2009). Metástase – O que é câncer metastático e tratamento. Copacabana Runners Corrida e Saúde. Metástase. Recuperado em 05 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/mestastase.html>.

Forseth, K. O., Gran, J. T., & Hisby, G. A. (1997). A population study of the incidence of

fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *British Journal of Rheumatology*, 36:1318-23.

Frank, M. H., Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., Gorzoni, M.L., orgs. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan.

Fuller-Thomson, E., Nimigon-Young, J. & Brennenstuhl, S. (2012). Os indivíduos com fibromialgia e depressão: resultados de uma pesquisa canadense nacionalmente representativa. *Rheumatol Int.* 32 (4). 853-62.

Fullin, E. S. (2011). *Pela Dor, Obrigado!*. Biblioteca24horas, Seven System Internacional: São Paulo.

Furst, S. (1999). Transmitters involved in antinociception in the spinal cord. *Brain Research Bulletin.* 48(2):129-141.

Galluzzi, K. E. (2007). Managing neuropathic pain. *JAOA.*107(10): 6 :39-48.

Goldberg, D. P. (1972). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*: manual técnico QSG: adaptação brasileira / David P. Goldberg; / tradução: Luiz Pasquali, Valdiney V. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gonçalves, D. M. (2009). *Prevenção de Transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendidas por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, Brasil.* Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Sul : UFRGS.

González-Rendón, C., & Moreno-Monsivais, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 422-427.

Gordon, D. B., Dahl, J. L., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K. H., Paice, J. A., Lipman, A. G., Bookbinder, M., Sanders, S. H., Turk, D. C., & Carr, D. B. (2005). Recomendações American Pain sociedade para melhorar a qualidade da gestão da dor aguda e câncer. *Qualidade da Sociedade Americana de Dor do Task Force cuidado.* Arch Internet Med., 165(14):1574-1580. doi: 10.1001/archinte.165.14.1574[Pubmed] [Cruz Ref].

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.

Guertzenstein, E. Z. (2006). Dor em Transtornos Psiquiátricos. Em Teixeira, M. J., Yeng, L. T. & Kaziyana, H. H. S. *Dor Síndrome Dolorosa e Dor Músculo-esquelética.* Capítulo 19,

219-222. São Paulo: Roca.

Gujardo, L. C., & Cadena, D. M. G. (2012). Alteraciones de salud en estudiantes de licenciatura en enfermería. *Revista Electrónica de Investigación en Enfermería*, 1(1), 16-21.

Henry, J. (2008). The Needs for Knowledge Translation in Chronic Pain. *Pain Research & Management*, 6(13), 465-676.

Henry, D. H., Viswanathan, H. N., Elkin, E. P., Traina, S., Wade, S. & Cella, D. (2008). Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. *Support Care Cancer*.9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2008). Síntese de indicadores sociais. [On-line]. Recuperado: 08 de abril de 2013. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/síntese indic. sociais](http://www.ibge.gov.br/síntese_indic_sociais).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Recuperado em 15 de junho de 2013. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1580>.

Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) (2000). Revista Brasileira de Cancerologia. 48(3): 317-332 317.

Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2012). O que é câncer? Saúde Ministério da Saúde. [On-line]. Recuperado: 15 de abril de 2012. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>

Instituto Nacional do Câncer (INCA). O que é câncer? Saúde Ministério da Saúde. [On-line]. Recuperado: 15 de abril de 2013. Disponível: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

Ito, L. M. (1997). Terapia Cognitivo-comportamental para depressão. Em O. V. Forlenza & O. P. Almeida (ORGS)., *Depressão e Demência no Idoso*. São Paulo: Lemos Editorial.

Jales, L. (2009). Simbidor – *Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre a Dor*. Em: *Dor no câncer e cuidados paliativo – A importância do controle sobre dor do paciente*. 9, 43-48.

Kaplan, S. (2002) Environmental psychology: Cognition, affect and meaningful action. In Davis, S. F. and Buskist, W. (Eds.) *The teaching of psychology: Essays in honors of Wilbert J. McKeachie and Charles L. Brewer*. Mahwah, NJ: Erlbaum. Pages 471-483.

Karklis, I. P., & Ferreira, R. C. (2006). A Dor: Uma experiência na história. *Revista*

Sociedade Brasileira de História da Medicina. 1 (1), 1-2.

Katz, J., & Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America*, 79, 231-252.

Kessler, R., Prince, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.

Kovács, M. J. (2009). Simbidor – *Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre a Dor*. Em: Como lidar com os sintomas psicológicos na perspectiva da morte iminente, 52-53.

Kraychete, D. C. (2009). Simbidor – *Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre a Dor*. Em: Anatomia e fisiologia das vias nociceptivas e supressoras de dor. 19-20.

Kupfer, D. J., & Regier, D. A. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. American Psychiatric Association. Washington: Recuperado em: 15 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>.

Kurita, G. P. & Pimenta, C. A. M. (2003). Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61,2B, 416-425.

Lacerda, A.L.T, Quarantini, L.C, Miranda-Scippa, A.M.A, Del Porto, J.A. (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. São Paulo: Artmed.

Langford, C. P. H., Browsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social Support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

Lasage, P., & Portenoy, R. K. (1999). Trends in câncer pain management. *Cancer Control*, 6920, 136-145.

Laurence, B., Williams, C. & Eiland, D. (2009). Depressive Symptoms, Stress, and Social Support Among Dental Students at a Historically Black College and University. *Journal of American College Health*, 58(1), 56-63.

Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., & Scheuer, A. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 17(2), 250-257.

Lema, M. J., Foley, K. M., Hausheer, F. H., (2010). Types and epidemiology of câncer-

related neuropathic pain: the intersection of câncer pain and neuropathic pain. *The oncologist*.15(2):3-8.

Leme Jr, F.L. & Leme, H.L. (2013). LEMETERAPIA. A Terapia Integral para Fibromialgia. Disponível em: <http://www.fibromialgia.net.br/livro-fibromialgia-gratuito.html>. Acessado em 20 de Abril de 2013. 6(1).

Lépine, J. P., Briley M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*,19(1):3-7.

Lepine, B. A., Moreno, R. A., Campos, R. N., Couttolenc, B. F. (2012). Depressão resistente ao tratamento aumenta os custos e utilização de recursos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 34:379-388.

LLiffe, S., Kharicha, K., Carmaciu, C., Harari, D., Swift, C. & Gillman, G. (2009). The relationship between pain intensity and serverity and depression in older people: exploratory study. *BMC Fam Pract*. 10:54.

Lima, L.P. (2012). Casos Clínicos Tratamento Farmacológico da Depressão. Desvende - 5 Programas de Educação Médica Continuada. (2): 4-11.

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21.

Loeser, J. D. (2008). Aspectos atuais do controle da dor. In J. H. Von Roenn, J. A. Paice, M. E. Preodor (Orgs.), *Current diagnóstico e tratamento da dor*. 1-9. Rio de Janeiro: *McGraw-Hill Interamericana do Brasil*.

Loduca, A. & Samuelian, C. (2003). Avaliação psicológica do doente com dor. *JBA j. Multidisciplinar dor craniofacial*, 3(11): 228-243.

Lovisi, G. M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L. & Morgado, A. F. (1996). Suporte Social e Distúrbios Psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica*, 15 (2), 65 - 68.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Poster, L. S. & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clínic Psychology*. 9(67), 942-968.

- Lynch, M. E. (2001). Antidepressivos como analgésicos: Uma revisão de ensaios clínicos randomizados. *Journal Psychiatry Neurosci*, 26, 30-36.
- Marín, J. R. (1995). *Psicologia Social de La Salud*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Matta, A. P., & Moreira-Filho, P. F. (2003). Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica e episódica. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(4), 991-994.
- Matos, A. S. (2012). Ansiedade e coping na dor crônica. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
- Marques, C. A., Stefanello, B., Mendonça, C. N. & Furlanetto, L. M. (2013). Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62 (1).
- Marquez, J. O. (2004). Bases de Anatomia e Fisiologia. *Revista Dor Diagnóstico e Tratamento*, 1(1), 03-10.
- Massie, M., & Popkin, M. (1998). Depressive Disorders. In J. Holland. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Medeiros, H. L. V., Sougey, E. B. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 59(1):28-33.
- Melzack, R. (1975). *The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods*. *Pain*, 1: 277-299.
- Melzack, R. (1987). *The short-form of McGill pain questionnaire*, *Pain*, 30, 191-197.
- Melzack, R., Wall, P. D. (1999). *Textbook of Pain*. Londres: Churchill Livingstone. 18.
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*.3:226.
- Merskey, H., Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*.
- Micelli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373.
- Miguel-Jr, A. (2008). Dor no Idoso – Parte 2 – Avaliação Clínica. *Medicina Geriátrica e Gerontologia*. Disponível em :<http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/dor-nociceptiva/> . Acessado em 13 de Agosto de 2013.
- Millan, M.J. (1999). The induction of pain: an integrative review. *Progress in Neurobiology*.57(1):1-164.

Molton, I., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Carter, G. T., Kraft, G & Cardenas, D. D. (2008). Coping with chronic pain among younger, middle-aged and older adults living with neurological injury and disease. *Journal of Aging and Health*, 20(8), 972-996.

Molton, I., Stoelb, B. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Raichle, K. A. & Cardenas, D. D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation. *Journal of Rehabilitation Research Development*, 46(1), 31-42.

Montazeri, A., Milroy, R., David, H., McEwen, J., & Gillis, C. R. (1998). Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *J. Epidemiol. Community Health*, 52: 302-304.

Monteiro, K. C. C. & Lage, A. M. V. (2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo*, 12(2), 257-265.

Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*. 40(1): 65-70.

Moreira-Almeida, A.L.; Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. (2006) - Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(3):242-50.

Moreira, R. O., Amâncio, A. P. R. L., Brum, H. R., Vasconcelos, D. L. & Nascimento, G. F. (2009). Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. *Arq. bras. endocrinol. metab*;53(9):1103-1111.

Moreno, V., Namuche, F., Noriega, A. E., Vidal, M., Rueda, C., Pizarro, J., & Vidal, L. (2010). Sintomatologia depressiva em pacientes com fibromialgia. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*. 71(1): 23-7.

Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*, 14(3), 477-484.

Munhoz, T. N. (2012). Prevalência e Fatores Associados à Depressão: estudo de base populacional. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pelotas/RS.

Nakazone-Jr, S., Contin, I., Orir, C. T., Morales, J-M. G., Nakamura, T., & Takahashi, F. (2005). Aplicação do questionário de dor McGill em pacientes sintomáticos para DTM. *Revista Dor*, 6(2), 553-559.

Neto, J. G., Júnior, M. S. C. & Hubner, C. K. (2001). Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): Revisão dos 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de*

Sorocaba. 3 (1), 10-14.

Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13 (1), 61-75.

Noronha, A. P. P. (1999). Avaliação psicológica segundo psicólogos: usos e problemas com ênfase nos testes. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, PUCCampinas, Campinas, SP.

Noronha, A. P. P. (2002). Os Problemas Mais Graves e Mais Frequentes no Uso dos Testes Psicológicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15 (1) 135-142.

Oliveira-Jr, J. O. (2009). Simbidor – *Arquivos do 9º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional Sobre a Dor*. Em: *Dor oncológica nos dias atuais*, 9, 54-55.

Oliveira, C. L., Sousa, F. P. A., Garcia, C. L., Mendonça, M. R. K., Menezes, I. R. A., & Júnior, F. E. B. (2010). Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Revista Rene*, (11) -53-60.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). Classificação dos transtornos mentais e do comportamento – CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. (3º Vol., 10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000a). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Recuperado em 12 de Março de 2013. Disponível: <http://www.datasus.gov.br/cid10>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000b). Iniciativa Sobre a Depressão em Saúde Pública. Recuperado em 04 de Novembro de 2012. Disponível: <http://www.who.int>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000c). Os Transtornos Mentais e Neurológicos. Recuperado em 08 de novembro de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>.

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: nova concepção, nova esperança*.

Organização Mundial da Saúde. W, Mathers, C., Fat, D. M., Boerma, J. T. (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 up date*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). Dados e estatísticas: saúde Mental. Recuperado em 11 de Março de 2013. Disponível: http://www.who.int/mental_health/.

Organização Mundial da Saúde – OMS (2010). Classificação de Transtornos Mentais e de

Comportamento da CID10. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011a). Boletim da Organização Mundial da Saúde: Avaliação econômica de uma intervenção de transferência de tarefas para os transtornos mentais comuns na Índia. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011b). Atlas de saúde mental. Genebra: OMS.

Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*: manual técnico QSG: adaptação brasileira / David P. Goldberg; / Tradução Luiz Pasquali, Valdney V. Gouveia, Wagner Bandeira Andriola /. - São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pasquali, L. (1999). Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM & IBAPP.

Paulo, J. (2006) - As vivências da dor e do sofrimento na pessoa com doença oncológica em tratamento paliativo [Em linha]. Lisboa : Universidade Aberta. [Consult. Mar. 2010]. Dissertação de mestrado. Disponível em WWW: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/698/1/LC157.pdf>.

Pedroso, R. S., & Sbardelotto, G. (2008). Qualidade de Vida e Suporte Social em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Teórica . *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. 7: 32-35.

Peluso, E.T.P, Blay, S.L. (2008). Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. 42: 1.

Pereira, L. V., & Sousa, F. A. E. F. (2007). Categorização de descritores da dor pósoperatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 563-567.

Peres, U. T. (2006). Depressão e Melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Petzke, F., Gracely, R. H., Park, K. M., Ambrose, K. & Clauw, D. J. (2003). What to tender points measure ? Influenc e of distress on 4 measures of tenderness. *Journal Rheumatologic*. 30(3),567-574.

Pimenta, C. A. M., & Teixeira, M. J. (1996) *Questionário de Dor McGill*: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 30(3), 473-483.

Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (1997a). Dor no doente com câncer: características e controle. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 43(1), 21-44.

Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (1997b). Dor, depressão e conceitos culturais. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 55(3), 370-380.

Pimenta, C. A. M., & Teixeira, M. J. (1997). Considerações iniciais sobre a dor no câncer e o seu controle. *Revista de Medicina*, 76(1), 3-6.

Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (2000). Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 76-83.

Pinguart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. Published online by Cambridge University Press (<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7096476>).

Porto, C. C. (2000) Sinais e Sintomas. *Exame Clínico Bases para a Prática Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (26) 25-3.

Rebollo, R. A. (2006). O legado hipocrático de sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Revista Scientia Studia*, 4(1), 4-82.

Resende, M. A. C., Nascimento, O. J. M., Rios, A. A. S., Quintanilha, G., Ceballos, L. E. S. & Araújo, F. P. (2010). Perfil da dor Neuropática: a propósito do exame neurológico mínimo de 33 pacientes. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 60 (2).

Rheingans, J. I. (2007). Children With Cancer: A Systematic Review of Nonpharmacologic Adjunctive Therapies for Symptom Management in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24, 80-94.

Ribeiro, J. L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Ribeiro, A. L., Portnoi, A. G., & Moura, R. J. (2006). Avaliação Psicológica do Indivíduo com Dor Crônica. Em Teixeira, M. J., Yeng, L. T. & Kaziyana, H. H. S. (2006). *Dor Síndrome Dolorosa Miofascial e Dor Músculo-esquelética*. Capítulo: 13, 181-185. São Paulo: Roca.

Riberto, M. (2008). *Estimulação com corrente contínua associada ao tratamento multidisciplinar da fibromialgia: um estudo duplo-cego, aleatorizado e controlado*. Tese de Doutorado. São Paulo : FMUSP.

Rodrigues, P. R. (2008). Suporte familiar, estilos parentais e sintomatologia depressiva: um estudo correlacional. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa Pós-Graduação

Strictu-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba.

Rocha, N. S. & Fleck, M. P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista Psiquiátrica Clínica*.38(1):19-23.

Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social Support. Encyclopedia of mental health. 3, New York: Academic Press.

Rombaldi, A. J., Silva, M. C., Gazelli, F. K., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2010). Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos dos sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 13(4): 620-629.

Rueger, S. Y., Malecki, C. K. & Demaray, M, K. (2010). Relationship Between Multiple Sources of Perceived Social Support and Psychological and Academic Adjustment in Early Adolescence: Comparisons Across Gender. *J Youth Adolescence*, 39, 47–61.

Ruiz, E. M. S. D., Vendramini, C. M. M, Oliveira, C. C., Martins, E. B., Dias, I. L. T., & Júnior, L. C. F. (2010). *Manual para Normalização de Trabalhos Acadêmicos*. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco.

Sá-Júnior, L. S. M., (2004). Desconstruindo a Definição de Saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 15-16.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Salazar, O. M. & Motta, N. W., (2013). Tumores Avançados - Epidemiologia, Etiopatogenia, Diagnóstico e Estadiamento Clínico. [On-line]. Recuperado: 23 fevereiro de 2013. Disponível: http://www1.inca.gov.br/pqrt/download/tec_int/cap3.pdf

Saltareli, S., Pedrosa, D. F. A., Hortense, P., & Sousa, F. A. E. F. (2008). Avaliação de Aspectos Quantitativos e Qualitativos da Dor na Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48(3), 151-156.

Salvetti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira-Junior, J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 111-117.

Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement*, 4(3), 135-155.

Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. L. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala

de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) às Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.

Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani, L. A., Pereira, C. A. B., Lage, L. V., & Marques, A. P. (2006). Depressão e Qualidade de Vida em Pacientes com Fibromialgia, *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(3), 371-324.

Santos. R., A. (2009). *Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia clínica da dor. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro : UERJ.*

Schestsatsky, P. (2008). Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Revista HCPA*. 28(3).

Scholz, J., Mannion, R. J., Hord, D. E., Griffin, R. S., Rawal, B., Zheng, H. & Woolf, C. (2009) A novel tool for the assessment of pain: validation in low back pain. *Plos Medicine*, 4(6), 1-16.

Scliar, M. (2003). Saturno nos trópicos: a melancolia europeia chega ao Brasil. São Paulo: Companhia das Letras.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(1):29-41.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), 99-127.

Senna, E. R., De Barros, A. L., Silva, E. O., Costa, I. F., Pereira, L. V. B., Ciconelli, R. M., & Ferraz, M. B. (2004). Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *Journal of Rheumatology*, 31(3), 594-597.

Serafim, T. S. & Costa, A. L. S. (2009). Sintomas Somáticos de Depressão em Pacientes Portadores de Retocolite Ulcerativa Idiopática. *Acta Paul Enferm*. 22(3):295-300.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônica da diabetes. *Análise Psicol*. 21(XXI):185-94.

Silva, R.S. & Costa, L.A. (2012). Prevalência de Transtornos Mentais comuns entre estudantes universitários da área de saúde. *Encontro Revista de Psicologia*. 15 (23), 105-112.

Smith, G.R., Monson, R.A., Ray, D.C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*. 146(1) 69-72.

Soares, L. C., Burille, A., Antonacci, M. H., Santana, M. G., & Schwartz, E. (2009). A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. *Cogitare Enferm*, 14(4), 714-719.

Sobral, C.R.M. (2007). *Determinantes da Autopercepção de Saúde entre Mulheres Frequentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPEUSP)*. Dissertação de Mestrado. Recuperado:08/11/2012. Disponível :file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/cint hia.pdf.

Sociedade Brasileira de Cancerologia. (2013). Câncer Urológico, 1-2. Recuperado: 15 de Abril de 2013. Disponível: http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?view=article&catid=29%3Aartigos-sobre-cancer&id=116%3Acancer-urologico&format=pdf&option=com_content&Itemid=123.

Solomon, A. (2002). O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva

Stein, C., & Mendl, G. (1988). *The German counterpart to McGill Pain Questionnaire*. *Pain*. 33(1):53-62.

Sullivan, M.D.; Turk, D.C. (2001). Psychiatric illness, depression and psychogenic pain. In: Loeser J.D., editor. *Bonica's management of pain*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott.

Sullivan, M. J. (2012). The Communal Coping Model of Pain Catastrophising: Clinical and research implications. *Canadian Psychological Association*, 53(1), 32-41.

Tavares, M. (2004). Validade Clínica. *Psico-USF*. 8 (2) 125-136.

Teixeira, M. J. (1995). Editorial. *Revista de Medicina*, 74: 52-54.

Teixeira, M. J. (1997). Editorial. Dor oncológica. *Revista de Medicina*, 76: 1-2.

Teixeira, M.J. (Docente); Okada, M. (Outro Participante). (2001). A Dor: Na Antigüidade: Punição dos Deuses À Qualidade Sensorial. *Revista da Aventis Pharma*; Editora Lemos; São Paulo; Brasil; Português; 1.

Teixeira, M.J. (Docente); Okada, M. (Outro Participante). (2001). Dor: Descartes e as Estruturas do Sistema Nervoso Periférico . *Revista da Aventis Pharma*; Editora Lemos; São Paulo; Brasil; Português; 1;Impresso; .

Teixeira, M.J. (Docente); Okada, M. (Outro Participante). (2001). Dor: No Renascimento: O Cérebro no Centro do Mecanismo de Nocicepção. *Revista da Aventis Pharma*; Editora Lemos;

São Paulo; Brasil; Português; 1;Impresso; .

Teixeira, M. J. (2001). Muita dor - O Brasil é um dos países onde mais se sente dor. *Revista Super Interessante*, Editora Abril. São Paulo, 170, 61 - 64.

Teixeira, M.J. (Docente): Dor no doente com câncer; (2001); Capítulo; Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação,síndromes dolorosas e tratamento.; Teixeira M. J. , Figueiró J. A. B.; 0; Editora Moreira Jr; São Paulo; BRASIL; 8 ;Português; 858795802-X; Impresso.

Teixeira, M.J. (Docente); Souza; A. C. F. (Outro Participante). (2001). Dor - evolução histórica dos conhecimentos. Capítulo; Dor, epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento; Teixeira M. J. ; Souza A. C. F.; 0; Editora Moreira Jr; São Paulo; BRASIL; 6; xx; ; ; Português; 858795802-X; Impresso.

Teixeira, M. A. R. (2005). Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 41-56

Teixeira, M. J. (2006). Dor e depressão. *Revista de Neurociências*.14(2): 44-53.

Teixeira, M. J., Yeng, L. T. & Kaziyama, H. H. S. (2006). Fisiopatologia da dor Músculo-esquelética. Em, Teixeira, M. J., Yeng, L. T, Kaziyama, H. H. S. (2006). *Dor Síndrome Dolorosa e Dor Músculo-esquelética*. Capítulo 3, 53-66. São Paulo: Roca.

Teixeira, M. J., Teixeira, W. G. J. (2006). Epidemiologia da dor Músculo-esquelética. Em, Teixeira, M. J., Yeng, L. T, Kaziyama, H. H. S. (2006). *Dor Síndrome Dolorosa e Dor Músculo-esquelética*. Capítulo 1, 1-10. São Paulo: Roca.

Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32 (3), 149-159.

Thornton, L. M., Andersen, B. L., Schuler, T. A. & Carson, W. E. (2009). A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychosom Med*, 71(7), 715-24.

Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C. & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Medica Portuguesa*, 23, 1101-1112.

Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Arned.

Yeng, L. T, Teixeira, M. J. Ribeiro, A. L., & Samuelian, C. (2006). Avaliação Funcional do Doente com Dor Crônica. Em Teixeira, M. J., Yeng, L. T. & Kaziyana, H. H. S. (2006). *Dor Síndrome Dolorosa e Dor Músculo-esquelética*. Capítulo 10, 141-162. São Paulo: Roca.

Werebe, D. M. (2001). Depressão no câncer. In. Fráguas Junior, Reneiro e Figueró, João Augusto Bertuol. *Depressão em Medicina Interna e em Outras Condições Médicas: Depressões Secundárias*. (pp.159-164). São Paulo: Atheneu.

Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D. & Fainsinger, R. L. (2009). Prevalence and correlates of pain in the Canadian National Palliative Care Survey. *Pain Res Manag.* 14(5):365-70.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russel, A. S., Russel, I. J., Winfield, J. B. & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research.* 62, (5), 600–610.

Valente, M. A., Ribeiro, J. L. & Jensen, M. P. (2009). Coping, depression. Anxiety, self-efficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Estudos de Psicologia.* 3(2), 8-17.

Van den Beuken-van Everdingen, M. H., De Rijke, J. M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M. & Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 18(9):1437-49.

Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dangil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalência, diagnóstico y tratamiento. *Papeles Del Psicologo,* 33(1), 2-11.

Vileikyte, L., Leventhal, H., Gonzalez, J. S., Peyrot, M., Rubin, R. R. & Ulbrecht, J. S. (2005). Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms: the association revisited. *Diabetes Care.*;28(10):2378-83.

Von Korff, M., Dworkin, S. F., Le, R. L. & Kruger, A. (1988). Uma comparação epidemiológica de queixas de dor. *Pain,* 32, 173-83.

Zavaschi, M. L. S., Satlerb, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenskib, R., Rohdee, L.A.P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira Psiquiatria,* (24) 4, 189-95.

Zocoli, R., Mota, E. M., Somavilla, A., & Perin, R. L. (2007). Manifestações otológicas nos distúrbios da articulação temporomandibular. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina.*; 36(1): 90-95.

Anexos

Data _____/_____/_____

Código ID: _____--_____

NÃO PREENCHER

Anexo A

Questionário de Identificação (QI)

Por favor, responda às seguintes questões gerais.

NOME: _____

1. Data de Nascimento: ____/____/____

1.2 Idade: _____ anos

1.3 Ocupação Profissional: _____

1.4 () em atividade () Inatividade:

() afastada por Licença Saúde

() afastada por invalidez () aposentado(a)

() desempregado(a)

1.5 Escolaridade: () fundamental:

() completo () incompleto

() 2º. grau → () completo () incompleto

() Nível Superior () completo () incompleto

() Técnico () Pós-Graduação

() Stricto Sensu () Lato Sensu

1.6 Renda Salarial:

() 1 salário mínimo

() entre 2 a 5 salários mínimos

() entre 6 e 10 salários mínimos

() acima de 10 salários mínimos.

Por favor, responda às seguintes questões sobre a sua saúde.

2. Tem ou teve algum dos seguintes problemas de saúde?

Fibromialgia: () Não () Sim

Câncer: () Não () Sim

Depressão: () Não () Sim

Dor Crônica () Não () Sim

3. Você acredita que algum episódio ou trauma emocional está relacionado ao surgimento da sua doença? Em quais doenças?

Fibromialgia: () Não () Sim

Câncer: () Não () Sim

Depressão: () Não () Sim

Dor Crônica () Não () Sim

Por favor, responda às seguintes questões sobre a sua dor.

4. Você considera a dor como:

() adaptável () limitante () incapacitante

5. O impacto cotidiano da dor:

Lazer () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

Vida social () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

Sexualidade () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

Trabalho () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

Religiosidade () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

Atividades domésticas () diminuiu () aumentou () não sofreu alteração

6. Projeto de vida:

() existe independente da doença

() metas paralisadas momentaneamente pelo adoecimento

() não há projetos.

7. Considerando uma escala de 0 a 10, na qual 10 é a intensidade máxima, isto é dor insuportável, qual nota você daria hoje para a intensidade da sua dor: (___)

8. Qual é o tempo de convívio com a dor sem ter recebido um diagnóstico preciso?

() de 1 a 3 meses () de 4 a 6 meses

() de 7 a 11 meses () de 1 ano a 1 ano e meio

() de 1 ano e sete meses a 2 anos

() de 2 anos e um mês a 3 anos () de 3 anos e um mês a 5 anos () de 5 anos e um mês a 10 anos

() acima de 10 anos

() acima de 15 anos () acima de 20 anos

() acima de 30 anos

9. Quantos dias na semana você sente dor?

() 1 dia () 2 dias () 3 dias () 4 dias

() 5 dias () 6 dias () 7 dias

10. Qual é o significado da dor para você?

() punição: () você está sendo punida por erro cometido

() você está punindo alguém por não ter te valorizado

() culpa () ganho de afeto () poder () agressão

() perda real

() proteção e limite (quando a dor é benéfica porque evita situações de risco.

() outros: _____

11. Em qual período do dia você sente mais dor?

() manhã () tarde () noite

12. Medos relacionados à doença:

- () dependência do outro () ser um fardo
 () da dor não diminuir () medo de morrer
 () não me curar () Outros _____

13. Quantos pontos de dor você tem no corpo ?

- () de 2 a 4 pontos () de 5 a 6 pontos
 () de 7 a 10 pontos () de 11 a 14 pontos
 () de 15 a 18 pontos () no corpo todo.

14. Quais são as regiões do corpo que você sente dor:

- () acima da cintura: () lado direito
 () lado esquerdo () cabeça ou pescoço.
 () abaixo da cintura: () lado direito
 () lado esquerdo () nádegas.

Por favor, responda às seguintes questões sobre o seu humor.

15. Na maioria das vezes como está o seu humor ?

- () irritável () ansioso
 () depressivo () tristeza
 () desesperança

16. Fatores estressores:

- () o trabalho () a falta de trabalho () aspecto social
 () cônjuge () a falta do cônjuge () filhos () pais
 () a dor () a queda do padrão financeiro

Por favor, responda às seguintes questões sobre o suporte social.

17. De quem você recebe o suporte social (apoio emocional ou financeiro)

- () cônjuge () amigos () filhos () não há suporte
 () pais: () somente a mãe () somente o pai () ambos
 () outros parentes

Profissionais:

- () Psicólogos () Médicos () Assistentes Sociais

Por favor, responda às seguintes questões sobre o seu diagnóstico.

18. Antes de ter recebido o diagnóstico correto quanto tempo demorou ? (Esse período refere-se do primeiro momento que sentiu dor até o diagnóstico)

- () de 1 a 3 meses () de 4 a 6 meses
 () de 7 a 9 meses () de 10 meses a 1 ano
 () de 1 ano a 1 ano e meio () de 1 ano e meio a 2 anos
 () de 2 anos a 3 anos () de 3 anos a 5 anos
 () de 5 anos a 10 anos () acima de 10 anos
 () acima de 15 anos () acima de 20 anos
 () acima de 30 anos

19. Há quanto tempo você tem um diagnóstico correto que inclui a dor crônica? (_____)

20. Por quantos médicos você passou com a queixa de dor antes de ter um diagnóstico correto?

- () de 1 a 3 médicos () de 4 a 6 médicos
 () de 7 a 9 médicos () de 10 a 12 médicos
 () mais de 12 médicos

Por favor, responda às seguintes questões sobre o seu tratamento.

21. Nível de Expectativa do tratamento:

- () nulo () rebaixada () moderada () elevada.

22. Tipos de Tratamento que está fazendo no momento:

- () Reumatologista () Oncologista () Médico da dor
 () Psiquiátrico () Fisioterápico () Radioterapia
 () Quimioterapia () Atividades didáticas
 () Psicológico: () individual () grupal
 () Nutricionista () terapia corporal
 () Lemeterapia-terapia corporal.

Anexo B

Total do Índice Atual de Dor – IAD		
	N	%
4	2	2,5
5	2	2,5
7	2	2,5
8	2	2,5
10	3	3,8
12	6	7,5
13	1	1,3
14	2	2,5
15	3	3,8
16	4	5,1
17	3	3,8
18	5	6,3
19	3	3,8
20	1	1,3
21	4	5,1
22	1	1,3
23	4	5,1
24	5	6,3
25	5	6,3
26	1	1,3
27	1	1,3
28	2	2,5
29	1	1,3
30	1	1,3
31	1	1,3
32	1	1,3
33	1	1,3
34	1	1,3
36	1	1,3
38	2	2,5
40	2	2,5
43	1	1,3
44	1	1,3
48	1	1,3
49	1	1,3
66	1	1,3
84	1	1,3
Total	80	100,0

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**Sintomatologia Depressiva, Saúde Geral e Suporte Social em Pacientes com Dor Crônica.**

Eu, _____

RG _____, abaixo assinado dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob responsabilidade dos pesquisadores Cátia Regina Messias e de Makilim Nunes Baptista do Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este termo de consentimento estou ciente de que:

1-O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas entre a Escala Baptista de Depressão (Versão Ambulatório) – EBADEP-HOSP-AMB. – (Baptista 2011), com medidas de saúde geral, dor e percepção do suporte social a partir de grupos de pacientes com fibromialgia e câncer.

2 – Durante o estudo, responderei a testes que avaliam sintomatologia depressiva, medidas de intensidade da dor e medidas qualitativas da dor, a satisfação com o suporte social recebido e a severidade de distúrbios psiquiátricos, com duração de aproximadamente uma hora e vinte e cinco minutos.

3 – Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente, sobre minha participação.

4 – A resposta a estes instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional.

5 – Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;

6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo a sua publicação na literatura científica especializada;

7 – Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone (11) 2454 8981;

8 – Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Makilim Nunes Baptista, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 4534-8000;

9 - Este termo de consentimento é feito em duas vias sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Local _____, de _____ de 2013.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa ou Responsável _____