

CAROLINA LORENÇATTO

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM
MULHERES COM ENDOMETRIOSE ATRAVÉS DO BDI**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**UNICAMP
2003**

CAROLINA LORENÇATTO

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM
MULHERES COM ENDOMETRIOSE ATRAVÉS DO BDI**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

**UNICAMP
2003**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

L886a	<p>Lorençatto, Carolina Avaliação da prevalência de depressão em mulheres com endometriose através do BDI. / Carolina Lorençatto. Campinas, SP : [s.n.], 2003.</p> <p>Orientador : Carlos Alberto Petta Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Dor. I. Carlos Alberto Petta. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	---

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: CAROLINA LORENÇATTO

Orientador: Prof. Dr. CARLOS ALBERTO PETTA

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 23/06/2003

Dedico este trabalho...

*... aos meus pais, Ademir e Maria,
que apesar de não obterem mais do que a formação primária,
souberam transmitir o valor da formação acadêmica.
Obrigada pelos sacrifícios em me proporcionar formação pessoal
e profissional;minha eterna gratidão e orgulho.*

*... ao meu querido irmão Rodolfo,
por sua dedicação e esforço.
Obrigada por sua admiração.*

*...à minha querida supervisora, colega de profissão,
e hoje grande amiga Maria José,
responsável por esta grande conquista.
Sem o seu incentivo e apoio, nada disso seria possível.
Obrigada por compartilhar sua trilha comigo,
permitindo que eu aprenda mais a cada dia.*

Agradecimentos

A todas as mulheres com endometriose do Ambulatório de Endometriose do CAISM, que, através de seus sofrimentos físico e emocional tornaram possível a idealização e realização deste trabalho. Obrigada pelo conhecimento adquirido e colaboração neste estudo.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Petta, pela confiança e paciência ao longo deste trabalho. Agradeço sua compreensão em momentos difíceis e o respeito pelos meus ideais. Obrigada por esta oportunidade.

Aos meus colegas de turma, pela troca de informações e afeto, em especial à querida Nicole, pela amizade e incentivo. Obrigada por caminharem comigo.

Aos colegas Dr. Maurício Arruda e Dra. Daniela Fink Hassan, que desde o começo me auxiliaram na construção deste trabalho, compartilhando informações.

À Margareth, pela disponibilidade de ajuda em momentos oportunos.

À equipe do Serviço de Psicologia do CAISM, por me receber primeiramente como estagiária e depois como mestranda. Obrigada pelo espaço e troca de informações.

À equipe do Serviço de Fisioterapia do CAISM pelo apoio e colaboração. Em especial, à querida Andréa, pela confiança e amizade.

À equipe do Ambulatório de Endometriose CAISM, que de alguma forma contribuiu para a realização deste trabalho.

À equipe do Cemicamp, pela ajuda e amizade. Em especial às estatísticas Maria Helena e Adriane.

À Sueli Chaves, pela atenção e disponibilidade na revisão deste trabalho.

Sumário

Resumo	
Summary	
1. Introdução	9
2. Objetivos	19
2.1. Objetivo geral	19
2.2. Objetivos específicos	19
3. Publicação.....	20
4. Conclusões	41
5. Referências Bibliográficas.....	42
6. Bibliografia de Normatizações	49
7. Anexos	50
7.1. Anexo 1 – Ficha de Caracterização.....	50
7.2. Anexo 2 - Questionário	51

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar a prevalência de depressão entre mulheres portadoras de endometriose com e sem queixa de dor pélvica crônica através do Inventário de Depressão de Beck. Para tal, foram entrevistadas 100 mulheres com diagnóstico cirúrgico de endometriose, divididas igualmente em dois grupos: com e sem dor. A depressão foi avaliada e classificada através do Inventário de Depressão Beck, sendo utilizado para análise estatística das variáveis o teste qui-quadrado, a Análise de Regressão Múltipla e a Análise Discriminante Multivariada. A prevalência de depressão encontrada foi: 86% no grupo com dor e 38% no grupo sem dor. A única variável significativamente associada à depressão foi a dor pélvica crônica. Queixas depressivas referentes à preocupação somática, inibição para o trabalho, falta de satisfação e tristeza/humor deprimido estiveram significativamente associadas ao grupo com dor. A queixa de sensação de fracasso foi a única associada ao grupo sem dor. Apesar da prevalência de depressão ter sido maior no grupo com dor, esse sofrimento emocional não deve ser ignorado em mulheres sem o sintoma doloroso. A avaliação e acompanhamento psicológico podem auxiliar no tratamento da endometriose, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Summary

The objective of this study was to compare the prevalence of depression between women with surgical diagnosis of endometriosis with and without pelvic pain. A total of 100 women, 50 in each group were interviewed and answered the Beck Depression Inventory. Statistical analyses were performed using the Chi-square test, Multiple Regression and Discriminated Multivariate analysis. Depression was found in 86% and 38% of the women with and without pain respectively. Depression complaints as somatic concerns, unwillingness to work, lack of satisfaction and sadness were significantly more observed in the pain group. Sensation of failure was the only variable more observed in the group without pain. Although depression was higher in the pain group, its occurrence was still high in the group without pain. The evaluation and treatment of depression can be helpful for women with endometriosis, especially those with pelvic pain.

1. Introdução

Presente na história do homem, a depressão vem sendo observada, estudada e registrada ao longo dos séculos, podendo ser encontrada em muitos textos antigos, como na história do Rei Saul e nos relatos de Hipócrates no séc. IV a.C., sob o termo de melancolia. Mas foi a partir do século XX que o termo depressão, do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar) – “*empurrar para baixo*”, foi assumido pela medicina, passando a ser mais utilizado entre os profissionais de saúde (KAPLAN et al., 1997; TAKEI e SCIVOLETTO, 1999).

Atualmente a depressão é considerada como um dos transtornos mentais mais comuns, tratando-se de uma doença crônica, recorrente e limitante. A prevalência é bastante discutida entre diversos autores, variando entre 4% a 15% na população em geral (HETEM, 1994; KAPLAN et al., 1997; ASSUNÇÃO et al., 1998; BERNIK e VIERIA FILHO, 1998; CORDÁS e SASSI JÚNIOR, 1998; BERNIK, 1999; TAKEI e SCIVOLETTO, 1999). De acordo com o DSM-IV-TR™ (2002), a prevalência-ponto do transtorno depressivo é estimada entre 5% a 9%

para mulheres e entre 2% a 3% para homens adultos, não apresentando relação com etnia, educação, rendimentos ou estado civil (DSM-IV-TR™, 2002).

Como principais fatores de risco para depressão considera-se idade mais jovem, entre 25 a 45 anos, e sexo feminino. De acordo com a literatura, a depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, fato que pode estar associado aos aspectos biopsicossociais, como as oscilações hormonais, o estresse diário e a sobrecarga de tarefas profissionais e familiares que muitas vezes comprometem a qualidade de vida dessas mulheres, propiciando ou desencadeando um episódio depressivo (BERNIK e VIEIRA FILHO, 1998; BERNIK, 1999; DSM-IV-TR™, 2002).

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

Apesar dos conhecimentos disponíveis, a depressão ainda é uma doença pouco reconhecida, mal diagnosticada e mal tratada. Devido à diversidade de sintomas vivenciados é comum que pacientes deprimidos procurem especialistas de diversas áreas apresentando queixas somáticas relacionadas ao estado afetivo comprometido, sendo estimado que as queixas dolorosas ocorrem em 30% a 100% deles (HETEM, 1994; FIGUEIRÓ, 1999; PIMENTA, 1999). Essa relação foi mostrada ao identificar que 49% de pacientes deprimidos apresentavam doenças orgânicas, ao passo que 69% referiram algum tipo de queixa somática. Detectou-se ainda que 63% dos entrevistados relataram ter tido o episódio depressivo após o aparecimento da doença e/ou sintomatologia orgânica (DEITOS et al., 1999). Entre todas as pessoas que buscam assistência médica, acredita-se que 5% a 10% apresentam episódios depressivos e, destes, apenas 25% a 50% dos casos são diagnosticados (FORD, 1986; MACQUAID et al., 1999; CASSANO e FAVA, 2002).

A depressão no contexto médico não psiquiátrico ocorre em diferentes situações, associada a uma doença ou manifestando-se isoladamente. Pode apresentar-se como uma resposta de ajustamento ao estressor doença ou ser considerada como uma resposta direta ao tratamento clínico utilizado, pois já se conhece o efeito de determinadas substâncias como eliciadoras de um quadro depressivo. Em alguns casos ainda, é possível identificar uma correlação etiológica da sintomatologia depressiva com a fisiopatologia da doença, como o que acontece, por exemplo, em portadores de síndrome de Cushing, onde o aumento do cortisol responde etiológicamente à manifestação depressiva, independente do impacto

psicossocial que a doença provoca. Todavia, nem sempre esses fatores são identificados como responsáveis pela depressão encontrada nos pacientes com afecções clínicas (HETEM, 1994; FRÁGUAS JÚNIOR e FIGUEIRÓ, 2000; DSM-IV-TR™, 2002).

Portadores de doenças crônicas são os que mais apresentam sintomatologia depressiva no contexto médico. As características da doença de base, sua intensidade e grau de limitação, somados à história de vida do paciente, seu funcionamento psíquico anterior e a rede de apoio sócio-familiar que dispõe, são importantes para determinar quais implicações sociais, emocionais e cognitivas terá a doença na vida da pessoa (SANTOS e SEBASTIANI, 1996; COELHO, 2001).

A perda de um corpo saudável e ativo pode significar, para muitas pessoas com doenças crônicas, a perda da autonomia e da independência. É comum que apresentem também perdas no círculo social em decorrência das limitações impostas pela doença e sintomas, alterando a dinâmica social e principalmente afetiva. Perdas de emprego e da estabilidade econômica propiciam sentimentos de inutilidade geradores de estados ansiosos ou depressivos. As percepções cognitivas vão sendo gradativamente alteradas, pois a doença ocupa um lugar central na vida dessas pessoas (SANTOS e SEBASTIANI, 1996).

Da mesma forma que as doenças, sintomas crônicos como a dor podem apresentar uma relação significativa com o quadro depressivo. A depressão é considerada um dos fatores psicológicos mais pesquisados em pessoas com dor crônica, independente da doença associada a esse sintoma. A prevalência

é estimada em até 78%, sendo que evidências indicam a depressão como uma consequência da dor crônica, mas ainda não existe um consenso ao afirmar qual condição precede a outra. Alguns autores referem ainda que a intensidade da depressão corresponde à intensidade da dor relatada pelos pacientes (FORD, 1986; BARBOSA et al., 1989; DOAN e WADDEN, 1989; WADE et al., 1992; FISHBAIN et al., 1997; FIGUEIRÓ, 1999; PIMENTA, 1999; ANGELOTTI, 2001; SOUZA, [s.d.]).

Em termos gerais, a dor é uma manifestação subjetiva, tratando-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, variando sua apreciação de pessoa para pessoa, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais (IASP, 1979). Em casos em que ocorre agressão do tecido, há um comprometimento patológico que muitas vezes promove o sintoma doloroso, isto é, trata-se da dor “orgânica” que, embora tenha um substrato físico definido, está associada aos fatores emocionais, principalmente em pessoas com distúrbios do humor e da personalidade (VILELA FILHO, 1999).

A dor é considerada um dos sintomas de mais difícil tratamento, devido às diferentes etiologias e às respostas individuais que desencadeia. Sendo afetada pelos estados subjetivos, que dificilmente são medidos, envolve mecanismos pessoais como nível de atenção, estado emocional, personalidade e experiências passadas, servindo como sintoma e defesa contra o estresse psicológico. Ganhos secundários, sociais e financeiros podem exacerbar o comportamento de dor, modificando as percepções e sensações dolorosas. Dessa forma, não se trata

apenas de uma condição de estímulo-resposta, pois a reação à dor é multifatorial, em que variáveis biopsicossociais estão presentes (KAPLAN et al., 1997).

Vários estudos correlacionaram a dor pélvica crônica com a depressão, principalmente pela falta de correlação entre a presença do sintoma e a extensão da doença, que nem sempre é conhecida (BARBOSA et al., 1989; GOMIBUCHI et al., 1993; FRANÇA et al., 1995; ALMEIDA, 2001, SOUZA, [s.d.]). Acredita-se que a endometriose seja responsável por 40% dos casos de dor pélvica crônica, porém o mecanismo da dor associado à endometriose não é bem conhecido, não sendo possível estabelecer relação nítida entre a dor referida pela mulher com o local e estágio da doença. Além da dor, a infertilidade também é um sintoma freqüentemente observado em mulheres com endometriose (ABRÃO et al., 2000b; GRUPPO ITALIANO PER LO STUDIO DELL'ENDOMETRIOSI, 2001).

Considerada como doença crônica em ginecologia, a endometriose atinge mulheres em idade reprodutiva, sendo que sua incidência aumentou significativamente nos últimos anos, principalmente com a popularização da videolaparoscopia – método mais empregado no diagnóstico dessa doença. É definida como uma doença progressiva que provoca lesões no aparelho reprodutor, caracterizada pelo implante ectópico de tecido endometrial fora da cavidade uterina, mantendo o epitélio glandular e/ou estromal. Estima-se que atinge atualmente cerca de 5% a 15% das mulheres em idade reprodutiva (ABRÃO et al., 2000a;2000c).

Atualmente a mulher está propensa a uma menarca mais precoce e menor número de gestações (e cada vez mais tardias), o que implica maior número de

menstruações e, portanto, maior exposição à menstruação retrógrada – teoria inicialmente proposta para explicar a endometriose (ABRÃO et al., 2000c). Considera-se que fatores imunológicos, ambientais e emocionais também estão envolvidos na etiopatogenia da endometriose, sendo o estresse um desses fatores, podendo contribuir para o desenvolvimento da doença e dificultar o tratamento (ABRÃO et al., 2000a).

A endometriose atinge principalmente mulheres da raça branca - entre a terceira e a quarta décadas de vida - nulíparas, normolíneas, ansiosas, com nível econômico alto, com grau de instrução mais elevado, que retardam o casamento e a concepção e que relatam história prévia de dor pélvica. Contudo, os conhecimentos atuais acerca da endometriose não são suficientes para descrever os fatores de riscos e sua etiopatogenia com exatidão (URBANETZ e ANDRAUS, 1999; ABRÃO et al., 2000a;2000c).

Apesar do consenso entre os autores sobre a importância do aspecto emocional na endometriose, poucos estudos estão disponíveis na literatura para confirmar as suspeitas clínicas (JONES, 1988; ABRÃO et al., 2000c). Traços de personalidade foram delineados através de um estudo nacional que avaliou 12 mulheres. São eles: ansiedade, auto-exigência, insegurança, mecanismos de defesa estruturados, alta capacidade de controle e comando, alto desenvolvimento cognitivo formal, intolerância diante das falhas humanas ou frente às situações de frustrações, não-contato com suas emoções e onipotência (ABRÃO et al., 2000a). Algumas destas características foram encontradas também em um estudo que buscou investigar a associação de fatores psicológicos como causa

determinante e desencadeante da esterilidade de seis mulheres com endometriose. Além destes já citados, descreveu-se: imaturidade emocional, imagem da figura materna hostil, dificuldade em lidar com a agressividade, ambivalência em relação à maternidade e desenvolvimento psicosssexual insatisfatório (CASTRO, 1990).

Ao comparar mulheres com e sem endometriose, sintomáticas ou não, para investigar a prevalência de depressão através do Inventário de Depressão de Beck (BDI), encontrou-se que aquelas com dor pélvica crônica apresentaram índices de depressão mais elevados do que as assintomáticas (WALLER e SHAW, 1995). Dados semelhantes também foram descritos em outros estudos, que mostraram a relação significativa entre depressão e dor pélvica crônica, independente da ginecopia envolvida (RENAER et al., 1979; PEVELER et al., 1995).

O Inventário de Depressão de Beck (BECK et al., 1961) é considerado uma das escalas de depressão mais utilizadas em pesquisas, traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. No Brasil o BDI tem sido utilizado não somente em pesquisas mas também na prática clínica, como recurso auxiliar no diagnóstico e classificação da depressão. Inicialmente foram realizadas traduções deste instrumento para uso clínico e em pesquisas (RODRIGUES e CORREIA, 1987; MACKINNON e YUDOFKY, 1988), posteriormente sendo adaptado (FERREIRA, 1995; CUNHA e FLECK, 1998; GORESTEIN e ANDRADE, 1998) e recentemente validado por CUNHA (2001).

O BDI é considerado um instrumento de auto-avaliação composto de 21 itens referentes a sintomas e atitudes da depressão (GORESTEIN e ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001). Os itens referem-se a:

1) tristeza	8) auto-acusações	15) inibição para o trabalho
2) pessimismo	9) idéias suicidas	16) distúrbio do sono
3) sensação de fracasso	10) crises de choro	17) fadiga
4) falta de satisfação	11) irritabilidade	18) perda de apetite
5) sensação de culpa	12) retração social	19) perda de peso
6) sensação de punição	13) indecisão	20) preocupação somática
7) autodepreciação	14) distorção da imagem corporal	21) diminuição de libido

Cada item compreende alternativas de respostas que correspondem a níveis de gravidade diversas do sintoma, com escore de 0 a 3. Dessa forma, é possível obter ao final do instrumento um escore total que é classificado de acordo com os pontos de corte recomendados pela validação do instrumento. Segundo CUNHA (2001), os pontos de cortes do BDI para a população brasileira são: menor que 11 = sem depressão ou depressão mínima, de 12 a 19 = depressão de leve, de 20 a 35 = depressão moderada, e de 36 a 63 = depressão grave (GORESTEIN e ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001).

Sugere-se, ainda, que quando utilizado em portadores de dor crônica, a interpretação do BDI seja também realizada em subescalas, que se referem às queixas afetivas-cognitivas, avaliadas do item 1 ao 13, e às queixas somáticas e de desempenho, avaliadas do item 14 ao 21. Não foram estabelecidos pontos

de corte para essa análise em subescalas, o que permite apenas descrevê-las (KROEFF e SARRIERA, 1995; CUNHA, 2001).

Os escassos estudos nacionais acerca da relação entre o aspecto emocional e a endometriose não permitem identificar os aspectos multifatoriais associados a essa patologia, para estabelecer um tratamento mais abrangente. Várias alterações cognitivas e comportamentais são observadas nas mulheres com endometriose atendidas no Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), sendo que algumas queixas afetivas parecem estar relacionadas a um quadro depressivo. Nas mulheres com dor pélvica crônica, essas queixas parecem estar mais intensas do que naquelas sem a dor (WALLER e SHAW, 1995; LORENÇATTO et al., 2002).

A presença desta sintomatologia acarreta sofrimento psicológico e poderia dificultar o tratamento da endometriose. A falta de informação não permite aos profissionais de saúde prestarem o tratamento adequado e, conseqüentemente, as mulheres podem apresentar baixa adesão, o que compromete os resultados esperados. Por esta razão torna-se relevante o melhor conhecimento de características emocionais específicas das portadoras de endometriose e da possível relação entre o sintoma doloroso e a depressão nessas mulheres.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a prevalência de depressão em mulheres portadoras de endometriose com e sem dor pélvica crônica através do BDI.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar a presença e o grau de depressão em mulheres com endometriose com e sem queixa de dor pélvica crônica.
- Correlacionar o uso de medicação hormonal com a presença da depressão no grupo com e sem dor.
- Identificar quais queixas depressivas avaliadas através dos itens do BDI melhor caracterizam os grupos com e sem dor.

3. Publicação

(Submetido)

Comparação da prevalência de depressão em mulheres portadoras de endometriose com e sem dor pélvica

Lorençatto, C; Petta, CA; Mattos, A; Vieira, MJN

Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (CAISM), Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP / Brasil.

Título curto: **Depressão e dor**

Palavras-chave: **endometriose, dor pélvica crônica, depressão.**

Endereço para correspondência:

Carlos A. Petta

Caixa Postal 6181 – Cep: 13084-971 – Campinas - Brazil

E-mail: cpetta@attglobal.net

Resumo

O objetivo deste estudo foi comparar a prevalência de depressão entre mulheres portadoras de endometriose com e sem queixa de dor pélvica crônica através do BDI. Para tal, foram entrevistadas 100 mulheres com diagnóstico cirúrgico de endometriose, divididas igualmente em dois grupos: com e sem dor. A depressão foi avaliada e classificada através do Inventário de Depressão Beck (BDI), sendo utilizados para análise estatística das variáveis o teste qui-quadrado, a Análise de Regressão Múltipla e a Análise Discriminante Multivariada. A prevalência de depressão encontrada foi: 86% no grupo com dor e 38% no grupo sem dor. A única variável significativamente associada à depressão foi à dor pélvica crônica. Queixas depressivas referentes à preocupação somática, inibição para o trabalho, falta de satisfação e tristeza/humor deprimido estiveram significativamente associadas ao grupo com dor. A queixa de sensação de fracasso foi à única associada ao grupo sem dor. Apesar da prevalência de depressão ter sido maior no grupo com dor, esse sofrimento emocional não deve ser ignorado em mulheres sem o sintoma doloroso. A avaliação e acompanhamento psicológico podem auxiliar no tratamento da endometriose, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Introdução

A endometriose é responsável por 40% dos casos de dor pélvica crônica feminina, mesmo assim não é possível estabelecer correlação nítida entre a dor referida pela mulher com o local e estágio da doença^[1,2]. Fatores imunológicos, ambientais e emocionais estão envolvidos na etiopatogenia da endometriose, sendo o estresse um desses fatores, que pode contribuir para o desenvolvimento da doença e dificultar o tratamento, pois além de debilitar o sistema imunológico provoca danos emocionais e sociais significativos^[3]. Evidências recentes indicaram que tanto o estresse como os transtornos de humor acarretam *déficits* imunológicos, propiciando um aumento da susceptibilidade a doenças^[3,4].

Acredita-se que as mulheres com endometriose apresentam traços de personalidade característicos, como: auto-exigência, perfeccionismo, insegurança, mecanismos de defesa estruturados, alta capacidade de controle e comando, alto desenvolvimento cognitivo formal, intolerância diante das falhas humanas ou frente às situações de frustrações, egocentrismo, não-contato com suas emoções e onipotência^[3].

Índices mais elevados de depressão foram encontrados em mulheres com dor pélvica crônica do que em mulheres sem esse sintoma, independente da ginecopatía envolvida^[5]. Quando se comparou fatores psicossociais de mulheres com dor inexplicável e com diagnóstico de endometriose, as características de personalidade e estados de humor detectados foram semelhantes em ambos os grupos, porém foram encontradas diferenças no fator socioeconômico e disfunção

social devido à severidade da dor, referida com mais intensidade no grupo com endometriose^[6].

A falta de correlação entre a presença e intensidade da dor e a extensão da doença sugere uma possível associação da personalidade na manifestação do sintoma doloroso nas mulheres com endometriose^[7]. Pessoas com distúrbios afetivos e de personalidade podem ter maior sensibilidade e baixa tolerância à dor, apresentando dificuldades na adesão ao tratamento e melhora dos sintomas. Depressão e ansiedade são as manifestações emocionais freqüentemente observadas em pacientes com dor crônica, sendo a depressão encontrada em até 78% dos casos^[8].

A depressão é considerada como um dos fatores psicológicos mais pesquisados em pessoas com dor crônica, independente da doença associada a esse sintoma. Porém, ainda é mal diagnosticada e mal tratada, principalmente quando se manifesta concomitante a uma outra condição clínica^[9].

Freqüentemente observamos queixas de alterações dos estados de humor das mulheres com endometriose^[10]. Algumas dessas manifestações emocionais suscitam questionamentos quanto a possível associação entre dor e depressão nessas mulheres. Com base nessas observações o presente estudo teve como objetivo comparar a prevalência de depressão em portadoras de endometriose com e sem queixa de dor pélvica crônica.

Sujeitos e Métodos

Foi realizado um estudo prospectivo de corte transversal, que avaliou 100 mulheres do Ambulatório de Endometriose do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP) no período de janeiro de 2000 a fevereiro de 2002, divididas igualmente em dois grupos: com e sem dor pélvica crônica. Os critérios de inclusão foram: presença de dor pélvica crônica há pelo menos seis meses, sendo o último episódio na semana anterior ou no dia da entrevista, para o grupo com dor e ausência de dor pélvica crônica há pelo menos três meses para o grupo sem dor. Em ambos os grupos as mulheres tinham diagnóstico cirúrgico de endometriose e ausência de dor de outra origem conhecida. O critério de exclusão para ambos os grupos foi cirurgia nos últimos dois meses. Para realização da pesquisa, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e as participantes assinaram o consentimento informado.

A presença e o grau da depressão foram avaliados através do Inventário de Depressão de Beck (BDI)^[11,12]. O BDI é um instrumento de auto-avaliação, composto de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os escores foram classificados de acordo com o critério de pontos de corte definidos pela validação do instrumento para a população brasileira^[12].

Quando utilizado em pacientes com dor crônica, sugere-se que o BDI seja também interpretado em subescalas, que se referem às queixas afetivas-cognitivas, avaliadas do item 1 ao 13; e queixas somáticas e de desempenho, avaliadas do item 14 ao 21^[13].

Análise estatística

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com base nos resultados encontrados por Waller e Shaw (1995), único estudo disponível na literatura que avaliou depressão em mulheres com endometriose através do BDI. Considerando um intervalo de confiança de 95% e uma diferença mínima entre os grupos de 27%, resultou em uma amostra de 50 mulheres por grupo^[14].

Para correlacionar as variáveis idade, estado civil, número de filhos e uso de medicação com a presença ou ausência da dor utilizou-se o teste qui-quadrado^[15], com correção de continuidade em alguns casos. A associação entre presença e intensidade da depressão e dor também foi realizada através da análise estatística do teste qui-quadrado^[15]. A Regressão Logística Múltipla^[16] foi utilizada para associar a presença da depressão com as variáveis dor pélvica crônica, idade, estado civil, número de filhos e medicação. A análise discriminante multivariada^[17] foi utilizada para identificar quais dos 21 itens do BDI diferem os grupos avaliados. Como variável de agrupamento, considerou-se grupo com dor e grupo sem dor, e como variáveis analisadas, os itens do BDI definidos de E1 a E21. A significância estatística estabelecida foi de 5%.

Resultados

No grupo com dor, a média de idade encontrada foi de 35,3 anos (DP = 6,41), sendo que 84% declararam união e 78% com filhos. No grupo sem dor, a média de idade foi de 32,84 (DP = 7,05) e 56% relataram união e 50% com filhos. A análise dessas variáveis sociodemográficas com a presença da dor mostrou associação significativa com estado civil e número de filhos (Tabela 1).

O uso de medicação foi declarado por 64% das mulheres com queixa de dor, sendo que destas divididas em 31% pílula combinada, 56% AMP-D e 13% Análogo do GnRH. No grupo sem dor, 68% relataram uso de medicação, sendo destas 47% pílula combinada, 32% AMP-D e 21% análogo do GnRH. A associação entre medicação e presença ou ausência da dor não foi significativa (Tabela 2).

A presença da depressão foi detectada em 86% das mulheres com queixa de dor e em 38% das mulheres sem dor ($p < 0,001$). No grupo com dor a distribuição da intensidade de depressão encontrada foi: 34% leve e 52% moderada/grave; e no grupo sem dor: 24% leve e 14% moderada/grave. (Tabela 3). Não foi encontrada associação significativa entre o grau da depressão e presença da dor ($p = 0,149$).

Através do modelo de análise por Regressão Logística Múltipla, a única variável significativamente associada à depressão foi a dor pélvica crônica ($p < 0,001$). As variáveis idade, estado civil, número de filhos e uso de medicação hormonal não estiveram significativamente associadas à depressão neste estudo.

Identificou-se que preocupação somática [E20], seguida de inibição para o trabalho [E15], falta de satisfação [E4], sensação de fracasso [E3] e tristeza/humor deprimido [E1] foram as queixas depressivas com maior poder discriminatório entre os grupos com e sem dor [$p < 0,001$] (Tabela 4).

Discussão

A prevalência de depressão encontrada neste estudo foi de 86% nas mulheres com dor e 38% nas mulheres sem dor. Estudos anteriores demonstraram associação significativa entre dor pélvica crônica e depressão, independente da ginecopatia envolvida^[5,6,7,18]. Porém, apenas um estudo similar avaliou a depressão em mulheres com endometriose utilizando o BDI, onde se encontrou proporção menor de depressão: 23,5% no grupo com dor e 13,0% no grupo sem dor^[5]. As diferenças podem ser explicadas pelo maior número de mulheres avaliadas neste estudo, mas principalmente pelos critérios utilizados para definir a presença de depressão através do BDI: a classificação dos escores dessa escala varia de acordo com a população estudada e é obtida geralmente através da validação do instrumento para tal população^[12]. O presente estudo é o primeiro a retratar dados, referentes à endometriose e depressão, de um país em desenvolvimento, diferente dos citados anteriormente na literatura^[5,6,7,18].

A análise referente às características sociodemográficas das mulheres avaliadas mostrou associação significativa entre a presença da dor e ser casada e ter filhos. Esse achado difere do encontrado na literatura, que não mostrou diferenças significativas quanto a estado civil, número de abortos e filhos vivos, nível educacional e distribuição racial entre mulheres com dor pélvica e mulheres sem esse sintoma^[19]. É um achado de difícil explicação sem conhecimento de outras situações associadas às relações familiares das mulheres estudadas, o que não foi objetivo deste estudo.

Apesar de alguns relatos descreverem relação significativa entre o uso de medicamentos hormonais e a ocorrência de sintomas depressivos, especialmente os análogos do GnRH^[20,21,22], não encontramos neste estudo evidências de que os medicamentos em uso associaram-se à prevalência de depressão em ambos os grupos.

A depressão encontrada esteve significativamente associada à presença da dor, concordante com relatos anteriores^[5,6,7,18]. Existem evidências que indicam a depressão como uma consequência da dor crônica, porém não há um consenso nesta questão temporal ao definir qual condição precede a outra^[8,23]. Sugere-se que a dor também esteja associada à intensidade da depressão^[24], porém esse dado não foi encontrado neste estudo, talvez devido a limitações do tamanho amostral para realização das análises em subgrupos.

A depressão pode ocorrer em diversas situações, associada a uma doença ou não. Na população em geral, a prevalência tem variado de 5% a 9% para mulheres e de 2% a 3% para homens^[25]. Já no contexto médico não-psiquiátrico, a depressão é estimada em até 83%, dependendo da doença associada e metodologia empregada na avaliação^[26]. Em geral, acredita-se que a depressão possa ser secundária à condição médica, quando se identifica uma correlação etiológica entre a fisiopatologia da doença ao quadro depressivo^[25,26]. Ainda que não seja identificada tal correlação, o impacto psicossocial que uma doença e seus sintomas podem trazer na vida de uma pessoa são suficientes para eliciar uma sintomatologia depressiva^[26].

A presença constante da dor responde por alterações permanentes nas dinâmicas afetiva, familiar e social. Inicialmente a pessoa se depara com a perda de um corpo saudável e ativo, passando para um estado de dependência e

limitações. Perdas referentes ao fator social e econômico acabam por acontecer devido a mudanças no desempenho físico. As relações afetivas também são prejudicadas, visto as inúmeras queixas referidas pelo paciente com dor. As percepções cognitivas ficam alteradas e sentimentos de incapacidade e desvalia são freqüentemente observados nessas pessoas, favorecendo a reação depressiva que prejudica a adesão ao tratamento e conduz muitas vezes a resultados insatisfatórios no controle da doença. A depressão é facilmente instalada e acaba por ser confundida como uma reação emocional normal frente a essas mudanças provocadas pelo sintoma doloroso^[9]. Ou ainda, alguns sintomas como alterações do sono, do apetite e do desempenho físico, comuns tanto em portadores de dor crônica como em pacientes deprimidos, tornam difícil o diagnóstico da depressão nessas pessoas^[26].

As queixas referentes à preocupação somática e inibição para o trabalho da subescala somática e de desempenho do BDI estiveram significativamente associadas ao grupo com dor neste estudo, o que confirma as alterações provocadas pela presença da dor crônica. Quanto à subescala afetiva-cognitiva, falta de satisfação e tristeza/humor deprimido estiveram também associadas ao grupo com dor. Estes achados demonstram que os aspectos cognitivos também foram relevantes para determinar a depressão, que não resultou apenas da supervalorização das queixas somáticas do BDI.

Nesses casos, a depressão pode ser compreendida como resultado de alterações cognitivas propiciadas pelas alterações somáticas e de desempenho desencadeadas pela dor crônica. O modelo cognitivo da depressão explica esse sofrimento psicológico como resultante de interpretações distorcidas dos diversos

acontecimentos da vida, determinadas pelos esquemas (padrões cognitivos) formulados diferentemente em cada indivíduo, com base em suas experiências anteriores. Em grande parte, as distorções cognitivas eliciam uma visão negativa de si, do mundo e do futuro, que formam o que se denominou de tríade cognitiva da depressão. A partir daí, instala-se o círculo vicioso da depressão, onde a pessoa tende a cada vez mais interpretar todas as suas experiências como negativas, produzindo os chamados pensamentos negativos e autodestrutivos, que são freqüentemente observados em portadores de dor crônica^[9,27,28,29].

No que se refere à predisposição para a depressão, esse modelo cognitivo sugere que as experiências iniciais da pessoa provêm a base para formar a tríade cognitiva da depressão. Esses conceitos negativistas podem estar latentes e serem ativados por incidentes críticos, que nem sempre estão relacionados à atitude negativa em si. Qualquer evento estressor, como uma doença, por exemplo, poderia ativar essas crenças disfuncionais que provocariam o círculo vicioso da depressão^[27,28,29].

Através desse modelo cognitivo poderíamos sugerir que a depressão encontrada neste estudo resulta da interação entre os fatores predisponentes de cada paciente, sua estrutura cognitiva e ao fator estressor doença e seus sintomas. Apesar de menor, a prevalência de depressão encontrada no grupo sem dor também suscita questionamentos referentes à importância da endometriose na manifestação da depressão. Todavia, a sintomatologia depressiva parece estar mais associada à presença do sintoma doloroso do que a endometriose propriamente dita.

Os achados reforçam a importância do atendimento interdisciplinar às mulheres com endometriose, considerando suas manifestações físicas, sociais e emocionais. Apesar da depressão estar mais associada ao sintoma doloroso, esse sofrimento emocional não deve ser ignorado em mulheres sem dor. O apoio emocional pode minimizar os impactos causados pela doença, auxiliando no enfrentamento dos sintomas. A avaliação e o acompanhamento psicológico podem ser considerados como um dos fatores importantes no manejo da endometriose, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Referências Bibliográficas

1. Abrão MS, Dias Júnior JA, Podgaec S. Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose: uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In Abrão MS. *Endometriose – Uma visão contemporânea*, Rio de Janeiro: Revinter, 2000:1-12
2. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum Reprod* 2001;16:2668-71
3. Abrão MS, Abrão CM, Reiss RW, *et al.* Ansiedade, estresse e endometriose. In Abrão MS. *Endometriose – Uma visão contemporânea*, Rio de Janeiro: Revinter, 2000:249-57
4. Marques AH, Solis ACO, Lotufo Neto F, *et al.* Estresse, depressão, alterações imunológicas e doença periodontal. *Rev Psiq Clin* 2001;28:266-73
5. Waller KG, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995;63:796-800
6. Peveler R, Edwards J, Daddow J, *et al.* Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1995;40:305-15
7. Gomibuchi H, Taketani Y, Doi M, *et al.* Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:723-5

8. Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In Carvalho MMMJ (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*, São Paulo: Summus Editorial, 1999;31-46
9. Angelotti G. Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In Camon VAA (Org.). *Psicossomática e a psicologia da dor*, São Paulo: Pioneira, 2001:113-29
10. Lorençatto C, Vieira MJN, Pinto CLB, *et al.* Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica crônica. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:217-21.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, *et al.* An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71
12. Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
13. Kroeff P, Sarriera JC. Inventário Beck de Depressão: sub-escalas em pacientes com dor crônica. *Psicologia: reflexão e crítica* 1995;8:43-9
14. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons, 1981
15. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall/CRC, 1991
16. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd, New York: John Wiley & Sons; 2000. 392p.
17. Johnson RA, Wichern DW. *Applied multivariate statistical analysis*. 3rd, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1992. 642p.

18. Renaer M, Vertommen H, Nijs P, *et al.* Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:75-80
19. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historical variables in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;75:428-32
20. Steingold KA, Cedars M, Lu JK, *et al.* Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. *Obstet Gynecol* 1987;69:403-11
21. Warnock JK, Bundren JC, Morris DW. Sertraline in the treatment of depression associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. *Biol Psych* 1998;43:464-5
22. Bernik MA, Vieira Filho AHG. Depressão na mulher. *Rev Bras Med* 1998;55:771-80
23. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, *et al.* Chronic pain-associates depression: antecedent or consequence of chronic pain? a review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37
24. Doan BD, Wadden N. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. *Pain* 1989;36:75-84
25. DSM-IV-TR™ – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4nd rev. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 2002
26. Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. *Depressões em medicina interna e em outras condições*, São Paulo: Editora Atheneu, 2000:3-9

27. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, *et al.* *Terapia cognitiva da depressão*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997
28. Fennell MJV. Depressão. In Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, *et al.* Trad. Alvamar Lamparelli. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*, São Paulo: Martins Fontes, 1997:241-331
29. Young JE, Beck AT, Weinberger A. Depressão. In Barlow DH (Org.). Trad. Maria Regina Borges Osório. *Manual clínico dos transtornos psicológicos*, 2nd. Porto Alegre: Artmed, 1999:273-312

Tabela 1 - Distribuição percentual das mulheres segundo variáveis sociodemográficas e presença ou ausência de dor pélvica crônica

Variáveis	Dor pélvica crônica		p
	Presença	Ausência	
Idade			
≤ 34 anos	44	56	0,317*
> 34 anos	56	44	
Estado civil			
Com união	84	56	0,005*
Sem união	16	44	
Número de filhos			
Sem filhos	22	50	0,005**
1 – 2 filhos	52	42	
3 – 4 filhos	26	8	
(n)	(50)	(50)	

* Teste qui-quadrado com correção de continuidade

** Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres segundo medicação e presença ou ausência de dor pélvica crônica

Variáveis	Dor pélvica crônica		p
	Presença	Ausência	
Medicação			
Uso	64	68	0,833*
Não uso	36	32	
(n)	(50)	(50)	
Categorias de medicação			
Pílula combinada	31	47	0,147**
AMP-D	56	32	
Análogo	13	21	
(n)	(32)	(34)	

* Teste qui-quadrado com correção de continuidade

** Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 3 - Distribuição percentual das mulheres segundo depressão e presença ou ausência de dor pélvica crônica

Depressão	Dor pélvica crônica		p**
	Presença	Ausência	
Ausência	14	62	< 0,001
Leve	34	24	
Moderada/grave	52	14	
(n)	(50)	(50)	

** Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 4 - Itens do BDI com diferenças significativas extraídos pela análise discriminante dos grupos com e sem dor [n=100]

Variável	Coeficiente	λ de Wilks	F	p
E20 (preocupação somática)	0,592	0,638	55,682	< 0,001
E15 (inibição para o trabalho)	0,614	0,480	52,628	< 0,001
E4 (falta de satisfação)	0,397	0,439	40,852	< 0,001
E3 (sensação de fracasso)	- 0,419	0,419	32,902	< 0,001
E1 (tristeza/humor deprimido)	0,325	0,398	28,395	< 0,001

Especificações:

Coeficiente: coeficiente padronizado da função discriminante canônica

λ de Wilks: estatística λ de Wilks

F: estatística F de Snedecor

p: nível descritivo ou p-valor

4. Conclusões

- A prevalência de depressão encontrada foi maior em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica do que nas mulheres sem o sintoma doloroso. Não foi identificada associação significativa entre a intensidade da depressão com a presença ou ausência da dor.
- A relação entre os medicamentos hormonais em uso pelas mulheres avaliadas com a presença da depressão não mostrou evidências significativas de associação.
- As queixas depressivas que melhor discriminaram o grupo com dor foram: preocupação somática, inibição para o trabalho, falta de satisfação e tristeza/humor deprimido. A queixa de sensação de fracasso foi a única significativamente associada ao grupo sem dor.

5. Referências Bibliográficas

ABRÃO, M.S.; ABRÃO, C.M.; REISS, R.W.; VASCONSCELOS, E. Ansiedade, estresse e endometriose. In: ABRÃO, M. S. **Endometriose – Uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Revinter; 2000a. p.249-57.

ABRÃO, M.S.; DIAS JÚNIOR, J.A.; PODGAEC, S. Histórico e aspectos epidemiológicos da endometriose: uma doença prevalente e de conhecimento antigo. In: ABRÃO, M. S. **Endometriose – Uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Revinter; 2000b. p.1-12.

ABRÃO, M.S.; NOGUEIRA, A.P.; PETTA, C.A.; FERRIANI, R.A. Novas teorias sobre a etiopatogenia da endometriose. **Femina**, 28:429-34, 2000c.

ALMEIDA, F.M. A prática invasiva na dor pélvica. **Femina**, 29:149-50, 2001.

ALTMAN, D.G. **Pratical statistics for medical research**. London: Chapman & Hall/CRC, 1991. 611p.

ANGELOTTI, G. Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: CAMON, V.A.A. (org). **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira; 2001. p.113-29.

ASSUNÇÃO, S.S.M.; GUIMARÃES, D.B.S.; SCIVOLETTO, S. Depressão. **Rev Bras Med**, 55:459-69, 1998.

BARBOSA, C.P.; MOREIRA, H.N.C.; KUKU, R.; LEITÃO, S.R.M.C.; STRUFALD, R. Algia pélvica crônica. **Femina**, 17:38-40, 1989.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, 4:561-71, 1961.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997. 318p.

BERNIK, M.A.; VIEIRA FILHO, A.H.G. Depressão na mulher. **Rev Bras Med**, 55:771-80, 1998.

BERNIK, V. Depressão. **Rev Bras Med**, 56:347-64, 1999.

CASSANO, P.; FAVA, M. Depression and public health: an overview. **J Psychosom Res**, 53:849-57, 2002.

CASTRO, C. C. **Uma interpretação psicodinâmica da observação de mulheres estéreis com endometriose**. São Paulo, 1990. [Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo].

COELHO, M.O. A dor da perda da saúde. In: CAMON, V.A.A. (org.). **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira; 2001. p.69-92.

CORDÁS, T.A.; SASSI JÚNIOR, E. Depressão. **Rev Bras Med**, 54 (edição especial):61-8, 1998.

CUNHA, J.A.; FLECK, M.P.A. Estudo da validade convergente do Inventário de Depressão de Beck com medidas de depressão baseadas na avaliação clínica. **Rev Psiquiatr Rio Gd do Sul**, 20:25-31, 1998.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

DEITOS, F.; NOAL, M.H.O.; GARCIA, C.R.; RODRIGUES, T.C. Prevalência de doenças orgânicas em pacientes deprimidos. **J Bras Psiquiatr**, 48:71-4, 1999.

DOAN, B.D.; WADDEN, N.P. Relationships between depressive symptoms and descriptions of chronic pain. **Pain**, 36:75-84, 1989.

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

FENNELL, M.J.V. Depressão. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. Tradução de Alvamar Lamparelli. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos**: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p.241-331.

FERREIRA, M.C. Inventário Beck de depressão (BDI): adaptação brasileira. **Boletim CEPA**: 25-32, 1995.

FIGUEIRÓ, J.A.B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M.M.M.J. (org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus; 1999. p.140-58.

FISHBAIN, D.A.; CUTLER, R.; ROSOMOFF, H. L.; ROSOMOFF, R. S. Chronic pain-associates depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. ***Clin J Pain***, 13:16-37, 1997.

FORD, C.V. The somatizing disorders. ***Psychosomatics***, 27:327-37, 1986.

FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J.A.B. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Depressões em medicina interna e em outras condições**. São Paulo:Atheneu; 2000. p.3-9.

FRANÇA, A.F.M.; VAINTRAUB, M.T.; SILVA, H.M.S.; LIMA, R.S.B.C.; ALMEIDA JÚNIOR, W.J. Dor pélvica crônica: aspectos psicosssexuais. ***Ginecol Obstet***, 8:92-8, 1995.

GOMIBUCHI, H.; TAKETANI, Y.; DOI, M.; YOSHIDA, K.; MIZUKAWA, H.; KANEKO, M.; *et al.* Is personality involved in the expression of dysmenorrhea in patients with endometriosis? ***Am J Obstet Gynecol***, 169:723-5, 1993.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. ***Rev Psiquiatr Clin***, 25:245-50, 1998.

GRUPPO ITALIANO PER LO STUDIO DELL'ENDOMETRIOSI. Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. ***Hum Reprod***, 16:2668-71, 2001.

HETEM, L.A.B. Diagnóstico, classificação (CID-10) e diagnóstico diferencial dos transtornos depressivos. ***Arq Bras Med***, 68:163-7, 1994.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2nd, New York: John Wiley & Sons; 2000. 392p.

IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6:249-52, 1979.

JOHNSON, R.A.; WICHERN, D.W. **Applied multivariate statistical analysis**. 3rd, Englewood Cliffs:Prentice-Hall; 1982. 642p.

JONES, K.P. Emotional aspects of endometriosis: a physician's perspective. *Clin Obstet Gynecol*, 31:874-82, 1988.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria clínica: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7^aed., tradução de Dayse Batista, Porto Alegre: Artmed, 1997.

KROEFF, P.; SARRIERA, J.C. Inventário Beck de Depressão: sub-escalas em pacientes com dor crônica. *Psicologia: reflexão e crítica*, 8: 43-9, 1995.

LORENÇATTO, C.; VIEIRA, M.J.N.; PINTO, C.L.B.; PETTA, C.A. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica crônica. *Rev Assoc Med Bras*, 48:217-21, 2002.

MACKINNON, R.A.; YUDOFISKY, S.C. **A avaliação psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1988.

MACQUAID, J.R.; STEIN, M.B.; LAFFAYE, C.; MACCAHILL, M.E. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of a unrecognized disorder. *J Affect Disord*, 55:1-10, 1999.

- MARQUES, A.H.; SOLIS, A.C.O.; LOTUFO NETO, F.; LOTUFO, R.F.M.; PRADO, E.B.A. Estresse, depressão, alterações imunológicas e doença periodontal. *Rev Psiq Clin*, 28:266-73, 2001.
- PEVELER, R.; EDWARDS, J.; DADDOW, J.; THOMAS, E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res*, 40:305-15, 1995.
- PIMENTA, C.A.M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: CARVALHO, M.M.M.J. (org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus; 1999. p.31-46.
- REITER, R.C.; GAMBONE, J.C. Demographic and historical variables in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*, 75:428-32, 1990.
- RENAER, M.; VERTOMMEN, H.; NIJS, P.; WAGEMANS, L.; HEMELRIJCK, T.V. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol*, 134:75-80, 1979.
- RODRIGUES, O.M.; CORREIA, M. A disfunção erétil e a utilização do Inventário Beck de Depressão. *J Bras Psiquiatr*, 36:293-8, 1987.
- SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, V.A.A. (org.). **...e a Psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira;1996. p.147-75.
- SOUZA, C.B. Dor pélvica crônica: o feminino adoecido no corpo da mulher. *Rev Unicamp*, 4:36-46, [s.d.].

STEINGOLD, K.A.; CEDARS, M.; LU, J.K.; RANDLE, D.; JUDD, H.L.; MELDRUM, D.R. Treatment of endometriosis with a long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist. **Obstet Gynecol**, 69:403-11, 1987.

TAKEI, E.H., SCIVOLETTO, S. Depressão. **Rev Bras Med**, 56 (edição especial): 103-15, 1999.

URBANETZ, A.A.; ANDRAUS, A.M. Endometriose - epidemiologia e aspectos clínicos. **Femina**, 27:249-55, 1999.

VILELA FILHO, O. Prefácio. In: CARVALHO, M.M.M.J. (org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus; 1999. p.7-8.

WADE, J.B.; DOUGHERTY, L.M.; HART, R.P.; COOK, D.B. Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. **Pain**, 48:37-43, 1992.

WALLER, K.G.; SHAW, R.W. Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. **Fertil Steril**, 63:796-800, 1995.

WARNOCK, J.K.; BUNDREN, J.C.; MORRIS, D.W. Sertraline in the treatment of depression associated with gonadotropin-releasing hormone agonist therapy. **Biol Psych**, 43:464-5, 1998.

YOUNG, J.E.; BECK, A.T.; WEINBERGER, A.; Depressão. In: BARLOW, D.H. (org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Tradução de Maria Regina Borges Osório. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 1999; p.273-312.

6. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^aed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2002).

7. Anexos

7.1. Anexo 1 – Ficha de Caracterização

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

Data : _____

N.º de pesquisa : _____

GRUPO : ☐ com dor ☐ sem dor

Idade : _____ anos

Estado Civil : ☐ com união ☐ sem união

Número de Filhos : ☐ sem filhos ☐ 1 a 2 filhos ☐ 3 a 4 filhos

Uso de Medicação Hormonal : ☐ sim ☐ não

Qual : ☐ pílula combinada ☐ AMD-P ☐ análogo do GnRH

7.2. Anexo 2 - Questionário



Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

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

Subtotal da Página

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

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

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.