



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

UM ESTUDO EXPERIMENTAL DA PERCEPÇÃO NOCICEPTIVA EM HOMENS

COM QUEIXA DE DEPRESSÃO

MAGNA ROSANE CRUZ

Brasília

2010



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Processos Psicológicos Básicos
Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

UM ESTUDO EXPERIMENTAL DA PERCEPÇÃO NOCICEPTIVA EM HOMENS
COM QUEIXA DE DEPRESSÃO

Magna Rosane Cruz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento em abril de 2010, Instituto de Psicologia, Processos Psicológicos Básicos, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Comportamento.

Orientador: Prof.Dr. Antonio Pedro de Mello Cruz

Brasília

2010



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Pedro de Mello Cruz - Presidente

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Universidade de Brasília

Assinatura: _____

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Sousa Alves – Membro Externo

Departamento de Psicologia

Uniceub / IESB

Assinatura: _____

Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva - Membro Suplente

Departamento de Processos Psicológicos Básicos

Universidade de Brasília

Assinatura: _____

Data: _____

Parecer: _____

Dedicatória

À minha família que a cada dia sou mais grata por tudo.

Agradecimentos

Ao professor Antônio Pedro pela boa vontade e paciência em fornecer orientação e apoio deixando-me segura e tranquila nos momentos difíceis.

Ao Fernando Miranda pelo carinho, acolhimento e extrema boa vontade. À professora Wâna pela generosidade e acolhimento.

À Cinthia Camimura e seu Zé, que fizeram a diferença nos momentos cruciais e sem os quais esse mestrado não teria sido possível. E à Eliezita e Gastão Camimura, que me ofereceram sua confiança sem exigências e até uns bons momentos em sua casa.

À amiga Cida que mesmo à distância esteve bem perto de mim em todos os momentos.

À Joyce Novaes, secretária do PPB, por tudo o que fez e por fazer tudo, solucionando todas as questões que sugiram antes que se tornassem problemas efetivamente, pela amizade e carinho, minha eterna gratidão e afeto.

Aos voluntários desta pesquisa que, de bom coração, aceitaram participar do experimento.

Ao Reinaldo Moreira, que se tornou um amigo pelas forças das circunstâncias e se provou uma pessoa de virtudes inestimáveis e sem precedentes. Muito obrigada pelo acolhimento. Ao Nico Olivier, pela compreensão que excede as palavras, mas se estende à ações concretas de generosidade e carinho. À Isabelle Chariglione pela empatia e presença constante.

Ao professor Sérgio Leme da Silva, pela excelente acolhida, tanto na nova cidade, quanto na realidade acadêmica e pelo acompanhamento inicial. Aos Günter pela amizade e os preciosos conselhos. Dra. Dorcas e Ana Luíza Lamounier pelo valioso tempo despendido comigo.

À Lúcia Inês Araújo, Fabíola Celestino, Manoela Bezerra de Carvalho, Corina Sadler,

Fabrizio Veloso e a todos os amigos que eu possa ter cometido a injustiça de não citar nominalmente, meu muito obrigada, de coração.

A CAPES pelo suporte financeiro sem o qual não poderia ter me dedicado integralmente ao meu desenvolvimento acadêmico que culminou nesta dissertação.

Aos professores e funcionários do Instituto de Psicologia da UnB, que no exercício excelente de suas profissões vieram a fazer parte da minha vida e são também coautores deste trabalho, pela contribuição acadêmica fornecida por todos eles. A todos vocês, meu reconhecimento sincero.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão - CAEP/UnB.	29
Tabela 2. Escores médios e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão - CAEP/UnB.	30
Tabela 3. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão pelo escore do Inventário de Depressão de Beck (escores no IDB>9).	31
Tabela 4. Escores médios e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (escores no IDB > 09).	33
Tabela 5. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão – M.I.N.I.....	34
Tabela 6. Escores médios e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão M.I.N.I.....	35

Resumo

Esse estudo utilizou o Teste Pressor a Frio para avaliar a percepção de dor experimental em participantes com queixas de depressão. Os participantes imergiram o antebraço direito em água a 3°C com variação de mais ou menos um grau centígrado. Era solicitado ao participante que informasse ao experimentador o momento de detecção da dor e que retirasse a mão quando o estímulo se tornasse insuportável, com uma latência máxima de 3 minutos. Ambas as latências foram registradas. Foi utilizado o Questionário McGill de Dor para avaliação da experiência dolorosa, além do Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) para avaliar a presença da depressão nos participantes. Resultados mostraram que os grupos experimentais avaliam a Intensidade de Dor Presente (IDP) significativamente mais baixa que o grupo de saudáveis, além de tolerarem mais tempo o estímulo nociceptivo. Esses dados sugerem que o processamento cognitivo e emocional disfuncionais próprios da depressão, influenciam de forma diferenciada a percepção da dor. Mais estudos sobre a relação entre percepção de dor alterada e processamento emocional alterados na depressão poderiam ser de grande utilidade para o entendimento da interação entre dor e emoção. Palavras-chave: dor experimental, depressão, teste pressor a frio, Questionário McGill de Dor, Inventário de Depressão de Beck.

Abstract

This study has used Cold Pressor Test to evaluate experimental pain perception in participants with depressive complaints. Patients immersed their right hand up to one third of their forearm in water at 3°C with a variation of one centigrade degree more or less. The participants were requested to inform the experimenter about the moment of pain detection and to take off their hand when the stimulation became unbearable, with a maximum latency of 3 minutes. Both latencies were registered. McGill Pain Questionnaire was used to rate painful experience while Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) and Beck Depression Inventory were used to rate the presence of depression among the patients. Results pointed out that experimental groups rate Intensity of Present Pain (IPP) significantly lower than the healthy groups. They also tolerate the nociceptive stimulation for a longer time. These data suggest that dysfunctional cognitive and emotional processing characteristic of depression influence perception of pain in a distinct manner. Further studies about the relation between varied pain perception and altered emotional processing in depression would be of great utility to the understanding of the interaction between pain and emotion. Keywords: Experimental Pain, Depression, Cold Pressor Test, McGill Pain Questionnaire, Beck Depression Inventory.

Índice

Banca Examinadora	iii
Agradecimentos	v
Lista de Tabelas	07
Resumo	08
Abstract	09
Introdução	
Dor	13
Mensuração da Dor	14
Teste Pressor a Frio	18
Percepção de Dor e Transtornos Mentais	19
Dor e Depressão	21
Avaliação da Depressão	24
Objetivos	25
Método	
Participantes	26
Banho Termostatizado	27
Procedimento	27
Estatística	28
Resultados	29
Discussão	36
Referências	40
Anexos	
Anexo A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido	47

Anexo B – Questionário McGill de Dor – Forma Reduzida	49
Anexo C – Inventário de Depressão de Beck	51
Anexo D – Mini International Psychiatric Interview (M.I.N.I).....	55
Anexo E – Aprovação Comitê de Ética Faculdade de Saúde – UnB	58

Introdução

Dor

Sentir dor talvez seja uma das reações de defesa mais primitivas e compartilhadas por diferentes espécies animais. Sem esta capacidade, nossa sobrevivência em um meio ambiente muitas vezes hostil certamente estaria comprometida.

O valor adaptativo da dor parece evidente, pois, por causar aversão, ela promove a evitação do perigo, favorecendo a integridade, saúde e cura através da inibição de atividades que poderiam causar futuros danos (Williams, 2002).

A dor é uma resposta fisiológica normal a estímulos térmicos, químicos ou mecânicos decorrentes de doenças, traumas ou cirurgias (Ribeiro-Filho & Silva, 2006) e possui componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais que fazem dela uma experiência multidimensional e bastante complexa (Borsook & Becerra, 2003; Giesecke, Gracely, Williams, Geisser, Petzke, & Clauw, 2005; Hirsch & Liebert, 1998; Klossika, et al., 2006). A diferença existente entre o sexo e o gênero na demonstração, percepção, sensibilidade e tratamento da dor, é um exemplo dessa complexidade.

Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Riley, (2009) realizaram estudo de revisão crítica no que diz respeito à diferença de sexo na dor clínica, na sensibilidade à dor experimental e na resposta ao tratamento. Resultados das pesquisas que utilizaram o Teste Pressor a Frio (TPF) confirmam a hipótese de que a sensibilidade à dor é mais pronunciada em mulheres (Diferenças em: 67% para limiar de dor, 93% para tolerância à dor e 81% para avaliação subjetiva da dor contínua ou retrospectiva ao estímulo), e que as formas mais comuns de dor estão mais presentes em mulheres que em homens.

Esses dados corroboram a idéia de que essas relações de sexo e gênero não são simples, embora ainda não se saiba se há diferença de sexo na prevalência de dor ou somente para algumas condições.

Dado que a dor é multidimensional, é bem provável que as respostas também o sejam (Keogh, 2006). Por isso, o foco agora está em considerar os mecanismos que podem ajudar a explicar e entender essas diferenças.

Robinson et al. (2001) encontraram resultados consistentes com as teorias do papel de gênero que sugerem que homens e mulheres são socializados para responder de forma diferente à dor. Em geral é esperado que os homens demonstrem menos dor que as mulheres e que eles sejam mais tolerantes e menos sensíveis que elas. Um alerta que os autores colocam é que essas expectativas estereotipadas para os sexos têm sido largamente ignoradas na literatura de percepção de dor, podendo influenciar significativamente os resultados nos laboratórios de estudo da dor.

Mensuração da dor

A despeito do importante papel adaptativo da dor, uma das grandes dificuldades encontradas em seu estudo refere-se à sua mensuração. Daí o importante papel da Psicometria que, enquanto abordagem científica para o estudo de construtos subjetivos, evoluiu da discussão entre duas tendências de mensuração que dispunham as ciências do comportamento. De um lado as medidas dos processos sensoriais evoluindo dentro da psicofísica e de outro, a medida das diferenças individuais na área clínica (Ribeiro-Filho & Silva, 2006).

Para mensuração da dor são utilizadas escalas unidimensionais para avaliação de intensidade, bidimensionais para avaliação de intensidade (sensorial) e desprazer (afetivo) e escalas que consideram várias dimensões como intensidade, duração e aspectos afetivo-cognitivos, por exemplo (Ribeiro-Filho & Silva, 2006).

É importante ressaltar que escalas unidimensionais utilizadas isoladamente não têm se mostrado satisfatórias para a medição da dor, uma vez que entendemos que a dor não se trata apenas de intensidade (Holroyd, 1996).

Dentre os instrumentos multidimensionais de avaliação da dor podemos citar como exemplo, Inventário Breve de Dor – IBD (*Brief Pain Inventory – BPI*), Perfil da Percepção de Dor – PPD (*Pain Perception Profile – PPP*), Inventário Multidimensional de Dor – IMD (*Multidimensional Pain Inventory*) e o Questionário McGill de Dor – QMD (*McGill Pain Questionnaire – MPQ*).

O 'Inventário Breve de Dor' (IBD) foi desenvolvido para avaliar a severidade da dor e seu impacto na vida diária em pacientes com câncer. No entanto, ele já foi utilizado em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas (Gjeilo, Stenseth, Wahba, Lydersen, & Klepstad, 2007), com câncer (Kalyandina et al., 2008) e portadores de dor crônica intratável (Tan, Jensen, Thornby, & Shanti, 2004). Todos os estudos comprovaram suas propriedades psicométricas de confiabilidade e validade, capacitando-o para medição da dor em diferentes populações. O IBD possui questões abertas e de resposta SIM ou NÃO e uma escala de 11 categorias para avaliar a intensidade da dor (0 = “nenhuma dor” até 10 = “pior dor imaginável”) e a interferência causada pela dor (0 = “sem interferência” e 10 = “interfere totalmente”). Ele pode ser auto-administrado e não tem limite inferior de escolaridade (Ribeiro-Filho & Silva, 2006).

A escala 'Perfil da Percepção de Dor' (PPD) é organizada em 39 descritores de dor divididos em três áreas que avaliam os componentes sensoriais, afetivos e de intensidade. Ela foi validada usando procedimentos psicofísicos através das modalidades, o que permite uma escala de magnitude mais do que simplesmente categorial dentro de cada sub-escala. Essa escala de magnitude permite comparações mais acuradas dos escores das sub-escalas intra-sujeitos e entre sujeitos do que as escalas categoriais (Holroyd et al., 1996).

O 'Inventário Multidimensional de Dor' (IMD) é um instrumento desenvolvido para avaliação compreensiva de indivíduos com dor crônica. Ele é baseado na teoria cognitiva-comportamental e pretende abarcar as dimensões físicas, psicossociais e comportamentais da dor.

Intensidade, interferência da dor na vida diária, controle de vida percebido, sofrimento afetivo e suporte social (Bergström, Jensen, Linton, & Nygren, 1999) são aspectos avaliados pelo IMD e ele tem sido utilizado em várias culturas, como a francesa, sueca e espanhola (Ribeiro-Filho & Silva, 2006) com diferentes patologias e faixas etárias (Jakobsson & Horstmann, 2006; Rusu & Hasenbring, 2008; Söderlund & Denison, 2006; Keefe et al., 2002).

Além de avaliar intensidade, o Questionário McGill de Dor (QMD) é um dos mais utilizados para analisar outras dimensões de dor (Gagliese & Melzack, 2003; Pimenta & Teixeira, 1997) e diferentes versões têm sido utilizadas. Costa, Maher, McAuley, & Costa, (2009) em um estudo de revisão sistemática identificaram 44 versões diferentes do QMD, representando 26 diferentes idiomas/culturas.

Gagliese & Melzack (2003) compararam a estrutura interna do QMD em pacientes jovens e idosos com dor crônica, bem como sua correlação com outros inventários

psicométricos. Os resultados mostraram consistência interna, estrutura latente e padrão de correlação das sub-escalas do QMD muito similares entre os dois grupos, sugerindo que ele é apropriado para o uso também com pacientes idosos.

Em sua forma original, o QMD possui descritores distribuídos em 20 grupos de palavras agrupadas nas categorias sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea (palavras não-constantas nas demais categorias). Cada subclasse contém de dois a seis descritores com valores de 1 a 6, refletindo o nível de intensidade. Além disso, ele inclui uma escala de intensidade de cinco pontos (Pimenta & Teixeira, 1997).

Na versão reduzida deste questionário, 15 palavras representativas das categorias sensoriais e afetivas são apresentadas para avaliar a experiência subjetiva de dor. Cada uma dessas palavras recebe um valor entre 0 e 3 pontos, onde 0 corresponde a ‘nenhuma dor’ e 3 corresponde à dor ‘severa’. A Escala de Intensidade de Cinco Pontos foi incluída para avaliar a intensidade global da experiência de dor e seus valores vão de 0 a 5, sendo 0 ‘nenhuma’ dor e 5 dor ‘martirizante’.

A Escala Visual Analógica também foi incluída para fornecer índice de intensidade da dor presente e nela o participante deve marcar numa linha de 10cm o local onde se localiza a dor, sendo a extremidade esquerda correspondente a ‘sem dor’ e a extremidade direita, a ‘pior dor imaginável’.

Em nosso laboratório a escala McGill, em sua forma reduzida, vem sendo utilizada com êxito no estudo da percepção de dor em pacientes com transtorno de pânico (Miranda, 2009) e mulheres deprimidas (Crepaldi, 2009).

Embora a dor experimental se diferencie da dor clínica por sua previsibilidade, controle (pode ser interrompida a qualquer tempo), irrelevância emocional e de implicações

no dia-a-dia do sujeito (Edens & Gil, 1995), alguns aspectos devem ser observados nos delineamentos das pesquisas que utilizam a indução de dor experimental. Tais procedimentos devem originar desconforto similar àqueles produzidos pela dor clínica (Ribeiro-Filho & Silva, 2006), originando o mínimo possível de desconforto e risco ao tecido, sendo passível de interrupção a qualquer momento pelo sujeito experimental. Além disso, os riscos e benefícios devem ser avaliados em sua complexidade e o método só deve ser utilizado quando não for possível resposta sem o estímulo doloroso.

Teste Pressor ao Frio

Além da complexidade na avaliação da dor, um dos desafios encontrados no estudo científico da dor em situação experimental refere-se a dificuldade de se manipular de uma maneira eticamente viável um estímulo nociceptivo capaz de induzir um estado de dor na ausência de danos físicos e/ou psicológicos. Um dos testes mais promissores neste sentido é o Teste de Pressor a Frio – TPF. Resumidamente o teste consiste na exposição por breve intervalo de tempo da mão do sujeito em um banho de água com uma temperatura que pode variar de 3 a 7°C. Baeyer, Piira, Chambers, Trapanotto, & Zeltzer (2005) afirmam que o TPF pode ser considerado um procedimento ético, pois, não ocorrem danos ao tecido e os traumas psicológicos poderiam ser reduzidos, além de utilizar um mínimo de estimulação.

Ademais, o TPF aparentemente consegue mimetizar a dor de forma bastante efetiva (Mitchell, MacDonald & Brodie 2004), permitindo o controle de detalhes do estímulo nociceptivo como, por exemplo, sua duração e intensidade (Baeyer, et al. 2005), incluindo-se assim dentre os métodos mais utilizados para avaliação de dor experimental.

Durante o experimento com o TPF, o participante é solicitado a imergir a mão ou parte do braço num recipiente contendo água em temperatura que é mantida constante por isolamento ou refrigeração termostatizada. A temperatura varia bastante dentre os diversos

delineamentos experimentais, apresentando-se entre 0 e 7° C de acordo com revisão feita por Mitchell, MacDonald & Brodie (2004). O participante permanece com a mão submersa pelo período de tempo máximo que conseguir (limite de 5 minutos) e o tempo é cronometrado pelo experimentador. O tempo de permanência da mão dentro da água é computado como tempo de Tolerância à dor e o tempo de início de sensação dolorosa é computado como Detecção de dor.

Percepção de dor e transtornos mentais

Considerando que a percepção de dor envolve componentes emocionais e cognitivos, não é surpresa imaginar a possibilidade de eventuais alterações nessa percepção em pacientes com transtornos mentais. De fato, esta sugestão tem sido sustentada por diversos estudos. Por exemplo, um estudo de Atik, Konuk, Akay, Ozturk, & Erdogan (2007) com 30 participantes com transtorno bipolar e grupo controle composto de 27 participantes com esquizofrenia e 59 participantes saudáveis. Os resultados mostraram alterações (a) no limiar de dor: portadores de esquizofrenia apresentaram escores mais altos que o grupo de portadores de transtorno bipolar e (b) na tolerância à dor: diminuída para portadores de transtorno bipolar se comparados com os portadores de esquizofrenia e o grupo saudável. Diferenças no limiar de dor entre participantes saudáveis e portadores de esquizofrenia, no entanto, não foram encontradas.

Bohus et al. (2000) realizaram um estudo com 12 mulheres com transtorno de personalidade borderline que relatavam analgesia durante auto-mutilação e 19 mulheres saudáveis. O estudo aconteceu em dois momentos: (a) durante momento de calma e (b) durante momentos de grande sofrimento onde elas se cortavam e queimavam; e utilizou dois testes: (a) Teste de Pressor a Frio e (b) Teste de Torniquete. Resultados apontaram para percepção de dor significativamente reduzida mesmo em momentos de calma para as

portadoras de personalidade borderline se comparadas às controles saudáveis em ambos os testes. Durante os momentos de sofrimento a percepção de dor nas pacientes foi significativamente reduzida se comparada com os momentos de calma.

Outro estudo sobre experiência dolorosa em mulheres com comportamentos de auto-lesão avaliou 185 mulheres com Transtorno Alimentar (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Ingestão Compulsiva de comida ou bebida), dentre as quais 84 tinham apresentado algum tipo de auto-lesão na história recente (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2006). Resultados mostraram que quanto maior era a história de comportamento auto-lesivo, menor era a queixa de dor.

Os autores concluíram que essas diferenças na queixa de dor durante o comportamento auto-lesivo refletem diferenças na (1) função neuro-sensorial e (2) nos fatores psicológicos relacionados, ou a ambos.

Kraus et al. (2009), estudaram percepção e sensibilidade à dor em pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) que não sofriam de sintomas de dor crônica. Foram avaliados 10 ex-combatentes com TEPT, 10 ex-combatentes sem TEPT e 10 homens saudáveis sem experiência de combate. Os resultados sugerem uma associação do TEPT com a sensibilidade reduzida à dor, pois, (a) os limiares de dor ao estímulo térmico (quente e frio) nos grupos de veteranos com e sem TEPT eram significativamente aumentados se comparados aos controles saudáveis, e (b) na estimulação quente de longa duração a diferentes temperaturas (30s; método do estímulo fixo), a frequência de queixas de dor em pacientes com TEPT foi significativamente mais baixa ao se comparar com o grupo de ex-combatentes e controles saudáveis.

Em um outro estudo sobre percepção de dor em pacientes com Transtorno de Adaptação (TA), Bär. et al. (2006) encontraram um aumento global no limiar e tolerância à dor em pacientes com TA comparados com controles, predominantemente no lado direito do corpo. Foram avaliados 15 pacientes com TA (subtipo com sintomas depressivos) e controles.

Dor e Depressão

Dentre os transtornos psiquiátricos relacionados à dor, um dos mais investigados é a depressão. A Depressão e a dor são altamente correlacionadas (Fillingim et al. 2009; Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003) e a dor é um sintoma que aparece em grande parte dos pacientes deprimidos, podendo ela mesma originar o estado depressivo (Klauenberg et al., 2008; Alschuler, Theisen-Goodvich, Haig, & Geisser, 2008; Miller & Cano 2009).

Bair et al. (2003) examinaram 42 estudos que tratavam a prevalência de depressão em pacientes com dor. Muitos desses estudos associaram a depressão à dor, especialmente no que diz respeito ao risco de depressão nos casos de agravamento de qualquer um dos aspectos da dor (severidade, frequência, duração e número de sintomas). Pacientes com múltiplos sintomas dolorosos são de 3 a 5 vezes mais suscetíveis à depressão que pacientes sem dor, e sintomas dolorosos são associados com pelo menos 2 vezes mais riscos de depressão.

Lautenbacher et al. (1999) avaliaram 13 participantes saudáveis, 13 participantes com depressão e 13 participantes com transtorno de pânico. Seus resultados mostraram que os participantes deprimidos e com transtorno de pânico sofrem, aparentemente, de dor clínica com maior frequência e maior intensidade que os controles saudáveis. Além disso, apesar dessa similaridade, existe diferença entre os limiares de dor entre sujeitos com transtorno de pânico e sujeitos com depressão, sendo que os últimos apresentam escores mais altos.

Alterações na percepção de dor em deprimidos comparados com controles saudáveis poderiam ser explicadas por substratos neurobiológicos e vias anatômicas compartilhadas entre a depressão e a dor (Klauenberg, et al. 2008; Atik et al., 2007; Gormsen, et al. 2004), que seguiriam a mesma via descendente do Sistema Nervoso Central (Wiech, Plone, & Tracey, 2008).

Estruturas límbicas, Substância Cinzenta Periaquedutal (estrutura-chave no sistema modulatório de dor), e células de facilitação e inibição da transmissão do estímulo doloroso localizadas na Medula Ventromedial Rostral (neurônios serotoninérgicos) determinam a atenção ao estímulo nociceptivo periférico. Porém, com a redução de serotonina, comum na depressão, esse sistema pode perder esse efeito modulatório e assim, os menores sinais do corpo são ampliados e mais atenção e emoção são focados neles (Bair et al. 2003).

Estudos têm mostrado que regiões do cérebro envolvidas na geração de emoção (córtex pré-frontal medial, córtex insular temporal anterior, hipotálamo e amígdala) enviam muitas projeções às estruturas do tronco encefálico envolvidas na modulação de dor. Antecipação negativa ativa áreas-chave do cérebro e o sujeito então parece focar, acompanhar e avaliar o estímulo doloroso como mais severo.

Distração dos sinais dolorosos em experimentos tem mostrado diminuição da ativação da substância cinzenta periaquedutal e diminuição da percepção de dor. Talvez esses experimentos sugiram como a depressão, que está associada a experiências negativas, pode ampliar sinais de dor através da ativação de estruturas cerebrais como o giro do cíngulo.

Segundo projeção da Organização Mundial de Saúde – OMS (2009), por volta do ano de 2020, a depressão atingirá o segundo lugar no ranking de perda de anos de vida produtiva devido a deficiências em todas as faixas etárias. Hoje ela já ocupa esse lugar na

faixa que compreende dos 15 aos 44 anos. Além disso, cerca de 121 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, mas menos 25% dessas pessoas têm acesso a tratamentos efetivos.

Na prática de cuidados primários à saúde, mais de 80% dos pacientes deprimidos apresentam sintomas físicos que incluem dor de cabeça, dor abdominal e músculo-esquelética e cerca de 92% dos pacientes deprimidos apresentam sintomas de dor clínica (Bär et al., 2005). Tais evidências parecem indicar que sujeitos deprimidos são mais vulneráveis a sofrer com dor e uma vez que a dor tenha se instalado, eles a perceberiam como uma experiência mais negativa (Dickens, McGowan & Dale, 2003).

Lautenbacher, Sernal, Schreiber, & Krieg, (1999), sugerem que a depressão e o transtorno do pânico estão associados ao aumento da frequência de dor clínica devido possivelmente a uma mudança na sensibilidade à dor. Gormsen et al. (2004) não encontraram alterações no limiar de dor em pacientes deprimidos durante e depois de tratamento com Eletroconvulsoterapia (ECT), embora houvesse significativa melhora no estado deprimido de acordo com a Escala Hamilton para Depressão. Apesar disso, quando os pacientes deprimidos e os controles saudáveis foram comparados, os resultados mostraram que pacientes deprimidos apresentaram tolerância à dor significativamente mais baixa que os controles, durante e depois da ECT, sugerindo que a sensação de dor difere entre deprimidos e controles. Os autores concluíram nesse estudo que existe uma complexa relação entre a dor e a depressão, apesar de o efeito diferencial da eletroconvulsoterapia sobre o escore de depressão e processamento de dor indicar que o humor e o processamento nociceptivo não são mediados diretamente pelo mesmo sistema. Estudos mais recentes de neuroimagem parecem corroborar essa ideia (Borsook & Berra, 2003; Drevets, 2001).

Avaliação da Depressão

Uma das formas mais amplamente utilizadas de auto-avaliação da depressão é o Inventário de Depressão de Beck (IDB). A escala possui 21 itens de sintomas e atitudes como tristeza, decepção, desânimo, fracasso, ideação suicida, prazer pela vida, choro, culpa, irritabilidade, capacidade de tomar decisão, apetite, peso, sono, libido e cansaço físico; e cada um dos itens podem ter seus valores estimados de 0 a 3 pontos.

Gorenstein & Andrade (1998) avaliaram as propriedades psicométricas do IDB em língua portuguesa através de estudos que confirmaram a validade de construto do inventário, bem como sua capacidade de discriminar pacientes deprimidos de ansiosos e saudáveis. Essas qualidades fazem do IDB uma ferramenta útil para medir aspectos específicos de depressão em populações não-clínicas.

Schotte, Maes, Cluydts, De Doncker, & Cosyns (1997) indicam uma tendência em pesquisa sobre depressão em se estabelecer categorias baseando-se em instrumentos dimensionais como o IDB. O escore de ponto de corte maior que 9 no IDB é o mais comumente usado para decidir sobre a presença de depressão. No entanto, esses escores dependem do tipo de amostra utilizada e os autores defendem que escores do IDB não são válidos para diagnóstico categorial na depressão clínica.

Outro inventário de diagnóstico de fácil aplicação é o Mini International Psychiatric Interview – M.I.N.I.. O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada, de fácil aplicação e organizada em módulos. Sua aplicação é de 15 a 30 minutos e prioriza o diagnóstico de transtornos atuais (Amorim, 2000).

A cotação das respostas é feita por um sistema de SIM ou NÃO, de forma que o paciente é diagnosticado com ou sem transtorno. Isso faz do M.I.N.I. uma alternativa econômica para seleção de participantes para pesquisas.

O M.I.N.I. está disponível em 30 idiomas, dentre eles o português, e foi validado para o Brasil no ano de 2000 (Amorim, 2000)

Objetivos

Embora a sensação e a reação de dor estejam presentes em diferentes espécies animais, estudá-la cientificamente tem sido uma grande dificuldade. Em humanos essa dificuldade é ainda maior por envolver múltiplas dimensões, desde sensoriais até componentes emocionais e cognitivos altamente complexos. Além disso, questões éticas da manipulação do estímulo nociceptivo fazem da pesquisa sobre dor um grande desafio aos estudiosos.

Esse trabalho utilizou o Teste Pressor a Frio para melhor compreender a percepção de dor experimental em participantes do sexo masculino com queixa de depressão. Para isso, o grupo original voluntários com queixas de depressão (n=7) foi comparado com o grupo de voluntários sadios (n=8) e posteriormente os participantes foram redistribuídos em dois novos grupos: (a) voluntários diagnosticados com depressão de acordo com o M.I.N.I. (n=4), e (b) voluntários diagnosticados com depressão segundo valores do Inventário de Depressão de Beck (scores no IDB>9) (n=5).

Assim, esse estudo contou com o seguinte delineamento: (1) voluntários sadios (n=8) *versus* voluntários com queixa de depressão CAEP/UnB (n=7); (2) voluntários sadios (n=8) *versus* voluntários com diagnósticos de depressão de acordo com o M.I.N.I. (n=4) e

(3) voluntários sadios (n=8) *versus* voluntários diagnosticados com depressão segundo escore do Inventário de Depressão de Beck (n=5).

Método

Participantes

Sete sujeitos do sexo masculino, com queixas de depressão, recrutados voluntariamente do Centro de Atendimento e Estudo em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília participaram do estudo. Um oitavo participante recrutado foi eliminado por apresentar sintomas psiquiátricos que impossibilitaram sua participação. A idade média do grupo foi 34,68 anos (DP=13,43).

Para comparação, 10 sujeitos saudáveis do sexo masculino foram também voluntariamente recrutados dentre alunos e funcionários da universidade e serviram de grupo-controle. Desses, dois foram eliminados do estudo, um por uso de antidepressivo e outro por apresentar depressão moderada de acordo com o Inventário de Depressão de Beck. A média de idade desse grupo foi de 36,14 anos (DP = 12,19).

A condição de depressão foi avaliada utilizando-se o Inventário de Depressão de Beck (Anexo C) e pelo Mini International Neuropsychiatric Interview (Anexo B), este último considerado um questionário breve dos principais transtornos mentais compatível com os critérios diagnósticos do DSM-III-R/IV e da CID-10 (para revisão, ver Amorim, 2000).

Os seguintes critérios foram utilizados para inclusão dos participantes: (a) ter idade superior a 18 anos; (b) não ser tabagista; (c) não fazer uso de medicamento antidepressivo; (d) não ter feito uso de analgésico nas 48 horas anteriores ao experimento; (e) não apresentar lesões no braço no momento do experimento; (f) ausência de história de doenças

ósseas, circulatórias ou reumáticas que pudessem afetar a percepção de dor; (g) ser capaz de compreender e assinalar os inventários da experiência e (h) queixa de depressão (grupo experimental).

Banho termostatzado

Para a indução do estímulo nociceptivo foi utilizado o banho termostatzado com regulagem eletrônica da temperatura da marca Ética de dimensões totais de 70cmX41cmX41cm. Dentro do banho termostatzado havia uma bacia de água com dimensões de 30cm x 25cm x 15cm.

A água era resfriada previamente e a temperatura não era informada ao participante. Durante o experimento o participante se posicionava numa cadeira ao lado do equipamento, de forma que sua mão, seu punho e parte do seu antebraço direito ficassem submersos. Na monitoração do tempo de detecção do estímulo doloroso e da latência para retirada da mão da água foi utilizado cronômetro Timex (TI5G811).

O experimento foi realizado individualmente em sala própria do Laboratório de Cognição e Aprendizagem da UnB com temperatura média de 27,5°C.

Procedimento

Todo o procedimento foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília em 2008, com número de protocolo: 052/2008 (Anexo E).

Inicialmente, procedeu-se a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que informava sobre o procedimento e finalidade da pesquisa (Anexo A). Em seguida solicitou-se aos participantes informações sobre o uso de analgésicos nas 48 horas

que precederam ao experimento, história doenças ósseas, circulatórias ou reumáticas que pudessem afetar a percepção de dor. Nenhum dos participantes apresentou qualquer um desses problemas. Relógios, pulseiras ou anéis eram retirados antes da imersão da mão em banho termostatzado. Um marca a caneta era feita no primeiro terço do antebraço para indicar o ponto até o qual o braço deveria imergir. Logo depois solicitava-se ao participantes posicionar sua cadeira ao lado da cuba e que ao sinal do experimentador imergisse a mão e antebraço direitos na água mantida a três, mais ou menos 1°C, respeitando-se a marca indicada. O participante era orientado a permanecer com a mão imersa pelo maior tempo possível e que só a retirasse quando não suportasse mais o desconforto. Além disso, solicitava-se ao participante que informasse ao experimentador o momento em que começasse a sentir o estímulo como doloroso. O participante era informado que esse tempo, assim como o tempo da retirada da mão, seriam registrados. O limite de 180 segundos foi estabelecido como tempo máximo de permanência da mão imersa e a partir da imersão da mão na água fria cronometravam-se os tempos que eram registrados em formulário próprio (Anexo D).

Após a retirada da mão da água, era solicitado ao participante que preenchesse o Questionário McGill de Dor (Anexo B), seguido do preenchimento do Inventário de Depressão de Beck (Anexo C) e M.I.N.I. (Anexo D)

Estatística

Após análise de distribuição de normalidade, os valores de tolerância entre os grupos foram comparados utilizando o teste t (paramétrico) para amostras repetidas. Adotou-se $p < 0,05$ como nível de significância (bicaudal).

Resultados

Tabela 1. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão - CAEP/UnB.

Descritores de dor	Voluntários	Deprimidos	Valor de <i>p</i>
	sadios (n=8)	(n=7)	
Latência de retirada da mão	68,13 (DP = 48,93)	147,86 (DP =60,13)	0,01 *
Tempo de detecção da dor	28,25 (DP = 22,39)	64,43 (DP = 68,56)	0,18
Amplitude sensorial da dor	39,88 (DP=40,52)	83,43 (DP=69,43)	0,16
Intensidade da dor presente	7,81 (DP=1,21)	4,27 (DP=2,09)	0,001*
Avaliação global da intensidade da dor	3,13 (DP=0,64)	2,14 (DP=1,21)	0,07
Estimativa afetiva total	5,88 (DP=2,36)	5,00 (DP=2,52)	0,50
Estimativa sensorial total	12,38 (DP=5,93)	8,71 (DP=0,76)	0,13

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com queixa de depressão encaminhados pelo CAEP/UnB. * Indica diferença estatisticamente significativa (sadios x deprimidos) com base no Teste t de Student.

A Tabela 1 ilustra os escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios (controle) e grupo de participantes com queixa de depressão encaminhados pelo CAEP/UnB.

Observa-se que a latência média de retirada da mão foi maior nos pacientes deprimidos. O Teste t confirmou esta impressão, indicando uma latência de retirada da mão maior no grupo de pacientes deprimidos ($p < 0,01$). Em relação à intensidade de dor presente, aferida pela Escala Analógica Visual do Questionário McGill de Dor, observa-se uma intensidade média menor para o grupo de deprimidos. O Teste t confirmou esta impressão, indicando uma latência de retirada da mão maior no grupo de pacientes deprimidos ($p < 0,001$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos para as demais medidas de detecção de dor aguda com base no Questionário McGill (Avaliação global da intensidade de dor; Estimativa afetiva total;

Estimativa sensorial – ps > 0,05), bem como para a amplitude sensorial de dor (p=0,16) e tempo de detecção (p=0,18).

Tabela 2. Escores médio e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão – CAEP/UnB.

Descritor da Dor	Voluntários	Deprimidos	Valor de p
	Sadios (n=8)	(n=7)	
Afetivo - Cansativa-exaustiva	2,13 (DP=1,36)	1,00 (DP=1)	0,09
Afetivo – Enjoada	0,75 (DP=0,89)	0,71 (DP=0,95)	0,94
Afetivo – Amedrontada	0,63 (DP=0,92)	1,29 (DP=0,76)	0,16
Afetivo – Castigante-atormentante	2,38 (DP=0,74)	2,00 (DP=1,15)	0,46
Sensorial – Palpitante	0,25 (DP=0,71)	1,14 (DP=0,90)	0,05*
Sensorial – Tiro	0,38 (DP=0,52)	0,43 (DP=0,79)	0,88
Sensorial – Punhalada	0,50 (DP=0,76)	0,00 (DP=0)	--
Sensorial – Aguda	2,50 (DP=0,53)	1,71 (DP=1,11)	0,1
Sensorial – Cólica	0,13 (DP=0,35)	0,00 (DP=0)	--
Sensorial – Mordida	0,63 (DP=1,19)	0,71 (DP=0,76)	0,87
Sensorial - Calor-queimação	2,00 (DP=1,31)	1,29 (DP=0,76)	0,23
Sensorial – Dolorida	2,38 (DP=1,06)	1,57 (DP=1,13)	0,18
Sensorial - Em peso	0,63 (DP=0,92)	0,43 (DP=0,53)	0,63
Sensorial – Sensível	2,13 (DP=0,83)	1,29 (DP=1,11)	0,12
Sensorial – Rompendo	0,88 (DP=1,13)	0,14 (DP=0,38)	0,13

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com queixa de depressão encaminhados pelo CAEP/UnB. * Indica diferença estatisticamente significativa (sadios x deprimidos) com base no Teste t de Student (p< 0,05).

A Tabela 2 ilustra os escores médios dos descritores da experiência qualitativa emocional de dor. Dentre os 15 descritores desta categoria, observou-se uma média superior nos pacientes deprimidos para o julgamento da dor como palpitante. O Teste t confirmou esta impressão, indicando escores mais elevados para a qualidade sensorial palpitante no grupo de pacientes deprimidos em comparação aos voluntários sadios (p=0,05). Não foram

detectadas diferenças estatisticamente significantes para os demais 14 descritores ($p > 0,05$).

Tabela 3. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão pelo escore do Inventário de Depressão de Beck (escores no IDB>9).

Descritores de dor	Voluntários	Deprimidos - IDB	Valor de p
	Sadios (n=8)	(n=5)	
Latência de retirada da mão	68,13 (DP = 48,93)	135,00 (DP =68,56)	0,06
Tempo de detecção da dor	28,25 (DP = 22,39)	54,40 (DP =61,32)	0,29
Amplitude sensorial da dor	39,88 (DP=40,52)	80,60 (DP =65,92)	0,19
Intensidade da dor presente	7,81 (DP=1,21)	4,90 (DP =2,19)	0,01*
Avaliação global da intensidade da dor	3,13 (DP=0,64)	2,00(DP =1,00)	0,03*
Estimativa afetiva total	5,88 (DP=2,36)	5,00 (DP =1,22)	0,46
Estimativa sensorial total	12,38 (DP=5,93)	9,00 (DP =0,71)	0,24

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com depressão de acordo com Inventário de depressão de Beck (escores>9). * Indica diferença estatisticamente significativa (sadios x deprimidos) com base no Teste t de Student ($p < 0,05$).

Quando se considerou como critério de constituição das amostras apenas os participantes com escores maiores que 09 no Inventário de Depressão de Beck (IDB), apenas 5 pacientes da amostra original de 7 atenderam a este critério. A comparação dos escores de dor do grupo composto por estes 5 participantes que atenderam ao critério de depressão com base no Inventário de Depressão de Beck com os participantes sadios é ilustrada na Tabela 3. Observou-se escores menores de intensidade de dor presente no grupo de deprimidos quando comparados com o grupo controle de participantes saudáveis. O Teste t confirmou esta impressão, indicando escores mais baixos para o grupo de participantes deprimidos que o grupo controle de voluntários saudáveis ($p = 0,01$). Com relação à avaliação global da intensidade da dor os escores do grupo de participantes

deprimidos foi menor que o grupo controle de participantes saudáveis e essa impressão foi confirmada pelo Teste t ($p=0,03$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos para as demais medidas de detecção de dor aguda com base no Questionário McGill de Dor (Estimativa afetiva total; Estimativa sensorial – $p > 0,05$), bem como para a amplitude sensorial de dor ($p = 0,19$), latência de retirada da mão ($p = 0,06$) e tempo de detecção ($p = 0,29$).

Tabela 4. Escores médios e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (escores no IDB > 09).

Descritor da Dor	Voluntários	Deprimidos - IDB	Valor de <i>p</i>
	Sadios (n=8)	(n=5)	
Afetivo - Cansativa-exaustiva	2,13 (DP=1,36)	1,00 (DP=1,00)	0,14
Afetivo – Enjoada	0,75 (DP=0,89)	0,60 (DP=0,89)	0,77
Afetivo – Amedrontada	0,63 (DP=0,92)	1,20 (DP=0,84)	0,28
Afetivo – Castigante-atormentante	2,38 (DP=0,74)	2,20 (DP=0,84)	0,70
Sensorial – Palpitante	0,25 (DP=0,71)	1,00 (DP=1,00)	0,14
Sensorial – Tiro	0,38 (DP=0,52)	0,60 (DP=0,89)	0,57
Sensorial – Punhalada	0,50 (DP=0,76)	0,00 (DP=0,00)	--
Sensorial – Aguda	2,50 (DP=0,53)	1,60 (DP=1,14)	0,08
Sensorial – Cólica	0,13 (DP=0,35)	0,00 (DP=0,00)	--
Sensorial – Mordida	0,63 (DP=1,19)	0,80 (DP=0,84)	0,78
Sensorial - Calor-queimação	2,00 (DP=1,31)	1,40 (DP=0,55)	0,36
Sensorial – Dolorida	2,38 (DP=1,06)	1,40 (DP=1,14)	0,14
Sensorial - Em peso	0,63 (DP=0,92)	0,40 (DP=0,55)	0,63
Sensorial – Sensível	2,13 (DP=0,83)	1,60 (DP=1,14)	0,36
Sensorial – Rompendo	0,88 (DP=1,13)	0,20 (DP=0,45)	0,23

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com depressão de acordo com Inventário de depressão de Beck (escores>9).

A Tabela 4 ilustra os escores médios dos descritores da experiência qualitativa emocional de dor. Dos 15 descritores desta categoria, nenhum apresentou diferenças significativas entre as médias dos dois grupos ($p > 0,05$).

Tabela 5. Escores médios e desvios-padrão para medidas de dor nos participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão – M.I.N.I..

Descritores de dor	Voluntários	Deprimidos -	Valor de <i>p</i>
	Sadios (n=8)	M.I.N.I. (n=4)	
Latência de retirada da mão	68,13 (DP = 48,93)	162,50 (DP =35,00)	0,01*
Tempo de detecção da dor	28,25 (DP = 22,39)	73,00 (DP =65,32)	0,10
Amplitude sensorial da dor	39,88 (DP=40,52)	89,50 (DP =64,34)	0,13
Intensidade da dor presente	7,81 (DP=1,21)	4,83 (DP =2,67)	0,02*
Avaliação global da intensidade da dor	3,13 (DP=0,64)	2,50 (DP =1,29)	0,28
Estimativa afetiva total	5,88 (DP=2,36)	5,25 (DP =3,30)	0,71
Estimativa sensorial total	12,38 (DP=5,93)	8,50 (DP =0,58)	0,23

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com depressão de acordo com critérios do M.I.N.I. * Indica diferença estatisticamente significante (sadios x deprimidos) com base no Teste t de Student ($p < 0,05$).

A Tabela 5 ilustra os escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios (controle) e com diagnóstico prévio de depressão pelo M.I.N.I.. As médias mostram que a latência média de retirada da mão foi maior nos pacientes deprimidos - M.I.N.I.. O Teste t confirmou esta impressão, indicando uma latência de retirada da mão maior no grupo de pacientes deprimidos ($p = 0,01$). Em relação à intensidade de dor presente, aferida pela Escala Analógica Visual do Questionário McGill de Dor, observa-se uma intensidade média menor para o grupo de deprimidos. O Teste t confirmou esta impressão, indicando uma intensidade de dor presente menor no grupo de pacientes deprimidos ($p = 0,02$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos para as demais medidas de detecção de dor aguda com base no Questionário McGill (Avaliação global da intensidade de dor; Estimativa afetiva total; Estimativa sensorial – $ps > 0,05$), bem como para a amplitude sensorial de dor ($p = 0,13$) e tempo de detecção ($p = 0,10$).

Tabela 6 - Escores médios e desvios-padrão dos descritores de dor do Questionário McGill de Dor em participantes sadios e pacientes diagnosticados com depressão M.I.N.I.

Descritor da Dor	Voluntários	Deprimidos –	Valor de <i>p</i>
	Sadios (n=8)	M.I.N.I. (n=4)	
Afetivo - Cansativa-exaustiva	2,13 (DP=1,36)	1,25 (DP=0,96)	0,28
Afetivo – Enjoada	0,75 (DP=0,89)	1,00 (DP=1,15)	0,68
Afetivo – Amedrontada	0,63 (DP=0,92)	1,50(DP=0,58)	0,12
Afetivo - Castigante-atormentante	2,38 (DP=0,74)	1,50 (DP=1,29)	0,16
Sensorial – Palpitante	0,25 (DP=0,71)	1,25 (DP=0,96)	0,07
Sensorial – Tiro	0,38 (DP=0,52)	0,25 (DP=0,50)	0,70
Sensorial – Punhalada	0,50 (DP=0,76)	0,00 (DP=0,00)	--
Sensorial – Aguda	2,50 (DP=0,53)	1,75 (DP=0,96)	0,11
Sensorial – Cólica	0,13 (DP=0,35)	0,00 (DP=0,00)	--
Sensorial – Mordida	0,63 (DP=1,19)	0,50 (DP=0,58)	0,85
Sensorial - Calor-queimação	2,00 (DP=1,31)	1,00 (DP=0,82)	0,20
Sensorial – Dolorida	2,38 (DP=1,06)	1,75 (DP=0,96)	0,35
Sensorial - Em peso	0,63 (DP=0,92)	0,50 (DP=0,58)	0,81
Sensorial – Sensível	2,13 (DP=0,83)	1,50 (DP=1,29)	0,33
Sensorial – Rompendo	0,88 (DP=1,13)	0,00 (DP=0,00)	--

Escores médios para as medidas de dor nos grupos de participantes sadios e grupo de participantes com depressão de acordo com critérios do M.I.N.I.

A Tabela 6 ilustra os escores médios dos descritores da experiência qualitativa emocional de dor. Dos 15 descritores desta categoria, nenhum apresentou diferenças significativas entre as médias dos dois grupos ($p > 0,05$).

Discussão

Por estarem altamente relacionadas (Fillingim et al., 2009; Bair, et al., 2003), dor e depressão podem ser diagnosticadas e tratadas de forma equivocada. A presença de dor interfere de forma negativa no diagnóstico e tratamento da depressão, o que pode acarretar muitos prejuízos para o doente e para o sistema de saúde.

Esse estudo mostra que os participantes com queixa de depressão nos três grupos avaliados possuem as medidas de latência de retirada da mão da água e tempo de detecção do estímulo nociceptivo maiores que o grupo de sadios.

Esses dados são um auxílio importante na compreensão do processo de adoecimento e no curso da doença em pacientes com tais queixas. Estudos demonstram que a prevalência de dor nas amostras deprimidas e de depressão nas amostras com dor é maior que os índices das duas condições examinadas individualmente (Bair et al., 2003).

Essa diferença na percepção de dor em sujeitos com queixa de depressão tem sido amplamente relatada na literatura (Alschuler et al., 2008; Atik et al., 2007; Bair et al., 2007; Bär et al., 2005; Dickens, McGowan, & Dale, 2003) e grandes esforços têm sido feitos na busca do entendimento da influência recíproca entre elas.

Em meta-análise realizada por Dickens et al. (2003) sobre a indução de dor experimental, foram encontrados limiares de dor mais elevados em pacientes deprimidos quando comparados com os sadios.

Bär et al. (2005), por exemplo, demonstraram que sujeitos deprimidos possuem menor sensibilidade à dor causada por calor e eletricidade e maior sensibilidade à dor muscular isquêmica quando comparados a sujeitos sadios. Esses dados levantam questões importantes sobre o processamento do estímulo nociceptivo na depressão, sugerindo diferentes formas de processamento para diferentes modalidades e formas de estímulo.

As pessoas processariam a dor superficial de forma diferente da dor profunda e o processamento cognitivo e emocional disfuncionais próprios da depressão influenciariam de forma diferenciada a percepção das diferentes modalidades da dor.

Além disso, as mudanças envolvidas no processamento cognitivo em deprimidos influenciam na percepção, e conseqüentemente, na comunicação da dor, comprometendo o diagnóstico e o tratamento desses pacientes. Estudos têm mostrado fortes evidências de que a atenção é efetiva na modulação de aspectos sensoriais e afetivos na experiência dolorosa e que pacientes deprimidos, por apresentarem déficit de atenção, apresentariam respostas discrepantes à dor.

Uma vez que a atenção reduz a percepção de um estímulo de baixa intensidade, seria esperado que o grupo de deprimidos detectasse mais tarde o estímulo doloroso (Dickens et al., 2003; Wiech, Plone, & Tracey, 2008), o que explica parcialmente os resultados deste estudo.

Os três grupos experimentais apresentaram tempo médio de detecção do estímulo doloroso maior que o grupo de sadios, embora essa tendência não tenha sido confirmada estatisticamente. Em estudos futuros, sugere-se controlar essa variável através de medidas de avaliação da atenção concentrada..

Outro fator que pode influenciar os resultados da avaliação da dor é a dificuldade em se medir objetivamente experiências com grande carga emocional e motivacional, altamente suscetíveis a vieses e até mesmo a habituação, isto é, a redução da magnitude da resposta a estímulos após sucessivas apresentações ao longo do tempo.

Esse processo pode estar relacionado a fatores que facilitam a adaptação psicossocial e a percepção de dor diminuída que caracteriza a habituação pode estar ligada a uma habilidade geral de se adaptar ao estresse (Smith et al., 2009).

Também, a habituação pode ser influenciada pela resiliência que é associada à diminuição da percepção da dor experimental e à melhora na adaptação à dor crônica, explicando o aumento no tempo de tolerância à dor no grupo de deprimidos e os resultados da avaliação subjetiva da dor.

A despeito da maior vulnerabilidade à dor em sujeitos deprimidos relatadas na literatura (Cardoso & Sousa, 2009; Dickens, et al., 2003) e dados desse estudo mostrarem que os sujeitos dos grupos experimentais avaliam a experiência dolorosa como menos intensa que os sadios, não foram encontradas diferenças significativas nas avaliações sensorial e afetiva da dor do Questionário McGill nesse estudo. A exceção fica para a qualidade ‘palpitante’ (sensorial) entre os grupo Sadios ($M=1,14$) e Deprimidos CAEP/UnB ($M=0,25$).

Apesar disso, todos os grupos experimentais apresentaram tendência a médias mais baixas na intensidade de dor presente avaliada pela Escala Visual Analógica, em conformidade com a Avaliação Global da Experiência de Dor, que mede a intensidade da dor global.

Neste sub-item do Questionário McGill, o sujeito era solicitado a avaliar de forma global a intensidade da dor experimentada com valores que vão de 0 (nenhuma dor) à 5 (martirizante), nos possibilitando uma análise complementar da intensidade de dor experimentada pelos participantes, uma vez que permite sua descrição através de palavras.

Os resultados mostram que as médias de dos três grupos experimentais foram mais baixas - avaliaram a intensidade como ‘desconfortável’ (médias de 2,14; 2,00 e 2,5), ao passo que o grupo de sadios a avaliou com ‘afitiva’ (média de 3,13), reforçando os resultados da Escala Visual Analógica.

De outro lado, deve-se atentar para as possibilidades de alteração nas respostas considerando a expectativa que o participante atribui ao pesquisador, bem como a propensão

deles em oferecer o que parece positivo de acordo com suas habilidades, conhecimentos, crenças ou opiniões.

A falta de padronização dos estudos no que diz respeito à idade, sexo, uso de antidepressivos e presença de dor clínica no momento do experimento, assim como emprego de diferentes modalidades de estímulos nociceptivos que podem influenciar os resultados de formas imprevisíveis (Bär et al., 2005), contribuindo para os diferentes resultados na pesquisa de limiares de dor.

Baseando-se neste problema, o presente estudo buscou eliminar tais variações através da restrição de sexo, seleção de participantes não fumantes, sem uso de antidepressivos ou analgésicos (nas 48h anteriores ao experimento), ausência de dor clínica, temperatura ambiental média de 27°C, assim como a utilização de uma única modalidade sensorial de dor experimental a temperatura fixa de 3°C e oscilação de no máximo 1°C para mais ou para menos.

Com a finalidade de esclarecer o papel das emoções no processamento da dor, esta mesma metodologia poderia ser usada na avaliação de dor em sujeitos saudáveis antes e depois de indução experimental de tristeza, alegria, conforto, desesperança e desamparo, por exemplo. Técnicas de imagem permitiriam localizar as circuitarias cerebrais responsáveis pela dor e os processamentos emocional e cognitivo, explicando muitos pontos que ainda permanecem vagos.

Para isso, é importante observar a devida padronização das metodologias utilizadas e as múltiplas variáveis envolvidas nesse processo como sexo, gênero, modalidade de dor e utilização de antidepressivos, para citar apenas algumas (Borsook & Becerra, 2003; Giesecke et al., 2005; Hirsch & Liebert, 1998; Klossika, et al., 2006).

Referências

- Alschuler, K.N., Theisen-Goodvich, M.E., Haig, A.J., & Geisser, M.E. (2008). A comparison of the relationship between depression, perceived disability and physical performance in persons with chronic pain. *European Journal of Pain*, 12, 757-764.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Atik, L., Konuk, N., Akay, O., Ozturk, D., & Erdogan, A. (2007). Pain perception in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 284-290.
- Baeyer, C. L. von., Piira, T., Chambers, C.T., Trapanotto, M., & Zeltzer, L.K. (2005). Guidelines for the Cold Pressor Task as an Experimental Pain Stimulus for Use With Children. *The Journal of Pain*, 6(4), 218-227.
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity - A Literature Review. *Arch Intern Med.*, 163, 2433-2445.
- Bär, K.-J., Brehm, S., Boettger, M.K., Boettger, S., Wagner, G., & Sauer, H. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain*, 117, 97-103.
- Bär, K.-J., Brehm, S., Boettger, M.K., Wagner, G., Boettger, S., & Sauer, H. (2006). Decreased sensitivity to experimental pain in adjustment disorder. *European Journal of Pain*, 10, 467-471.

- Bergström, K.G., Jensen, I.B., Linton, S. J., & Nygren, A.L. (1999). A psychometric evaluation of the Swedish version of the Multidimensional Pain Inventory (MPI-S): a gender differentiated evaluation. *European Journal of Pain*, 3, 261-273.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.
- Borsook, D., & Becerra, L. (2003). Pain imaging: future applications to integrative clinical and basic neurobiology. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 55, 967-986.
- Cardoso, R., & Sousa, F.A.E.F. (2009). Identification and validation of Brazilian chronic pain descriptors. *Pain Management Nursing*, 10(2), 85-93.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 7, 204–213.
- Crepaldi, A. M. (2009). Investigação experimental da percepção de dor em mulheres com depressão. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília.
- Costa, L.C.M., Maher, C.G., McAuley, J.H., & Costa, L.O.P. (2009). Systematic review of cross-cultural adaptations of McGill Pain Questionnaire reveals a paucity of clinimetric testing. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 934-943.
- Drevets, W. C. (2001). Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current opinion in neurobiology*, 11, 240-249;

- Dickens, C., McGowan, L., & Dale, S. (2003). Impact of Depression on Experimental Pain Perception: A Systematic Review of the Literature with Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 369–375.
- Dori, G.A., & Overholser J.C. (2000). Evaluating depression severity and remission with a modified Beck Depression Inventory. *Personality and individual Differences*, 28, 1045-1061.
- Edens, J.L., & Gil, K.M. (1995). Experimental induction of pain: utility in the study of clinical pain. *Behavior Therapy*, 26, 197-216.
- Fillingim, R.B., King, C.D., Ribeiro-Dasilva, M.C., Rahim-Williams, B., & Riley, J.L. (2009). Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447-485.
- Gagliese, L., & Melzack, R. (2003). Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain*, 104, 597–608.
- Giesecke, T., Gracely, R.H., Williams, D.A., Geisser, M.E., Petzke, F.W., & Clauw, D.J. (2005). The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 52(5), 1577-1584.
- Gjeilo, K. H., Stenseth, R., Wahba, A., Lydersen, S., & Klepstad, P. (2007). Validation of the Brief Pain Inventory in Patients Six Months After Cardiac Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(6), 648-656.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 245-250.

- Gormsen, L., Ribe, A.R., Raun, P., Rosenberg, R., Videbech, P., Vestergaard, P., et al. (2004). Pain thresholds during and after treatment of severe depression with electroconvulsive therapy. *European Journal of Pain*, 8, 487–493
- Hirsch, M., & Liebert, R.M. (1998). The physical and psychological experience of pain: the effects of labeling and cold pressor temperature on three pain measures in college women. *Pain*, 77, 41–48.
- Holroyd, K.A., Talbot, F., Holm, J.E., Pingel, J.D., Lake, A.E., & Saper, J.R. (1996). Assessing the dimensions of pain: a multitrait-multimethod evaluation of seven measures. *Pain*, 67, 259-265.
- Jakobsson, U., & Horstmann, V. (2006). Psychometric evaluation of multidimensional pain inventory (Swedish version) in a sample of elderly people. *Journal of Pain*, 10, 645–651.
- Kalyandina, S. A., Ionova, T.I., Ivanova, M.O., Uspenskaya, O.S., Kishtovich, A.V., Mendoza, T.R., et al. (2008). Russian brief pain inventory: validation and application in cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(1), 95-102.
- Keefe, F.J., Lumley, M.A., Buffington, A.L.H., Carson, J.W., Studts, J., Edwards, C.L., et al. (2002). Changing face of pain: Evolution of pain research in psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 64, 921–938.
- Keogh, E. (2006). Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. *The Journal of Men's Health & Gender*. 3(3), 236–243.
- Klauenberg, S., Maier, C., Assion, H.-J., Hoffmann, A., Krumova, E.K., Magerls, W., et al. (2008). Depression and changed pain perception: hints for a central disinhibition mechanism. *Pain*, 140, 332-343.

Klossika, I., Flor, H., Kamping, S., Bleichhardt, G., Trautmann, N., Treede, R.-D., et al.

(2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain*, 124, 264-268.

Kraus, A., Geuze, E., Schmahl, C., Greffrath, W., Treede, R.-D., Bohus, M., & Vermetten,

E. (2009). Differentiation of pain ratings in combat-related posttraumatic stress disorder. *Pain*, 143, 179-185.

Lautenbacher, S., Sernal, J., Schreiber, W., & Krieg, J.-C. (1999). Relationship between

clinical pain complaints and pain sensitivity in patients with depression and panic disorder. *Psychosomatic Medicine*. 61, 822-827.

Miller, L.R., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *The*

Journal of Pain, 10, 619-627.

Miranda, F.P. (2009). Avaliação da percepção de dor aguda em pacientes com transtorno de

pânico. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília.

Mitchell, L.A., MacDonald, R. A. R., & Brodie, E. E. (2004). Temperature and the Cold

Pressor Test. *The Journal of Pain*, 5(4), 233-238

Organização mundial de saúde (OMS) (2009).

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Acesso 23 de novembro de 2009. 12 14h.

Pimenta, C.A.M., & Teixeira, M.J. (1997). Questionário de Dor McGill: Proposta de

adaptação para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 47(2), 177-186.

Ribeiro-Filho & Silva (2006). *Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática*.

São Paulo, Funpec.

- Robinson, M.E., Riley, J.L., Myers, C.D., Papas, R.K., Wise, E.A., Waxenberg, L.B. et al. (2001). Gender role expectations of pain: relationship to sex differences in pain. *The Journal of Pain*, 2(5), 251-257.
- Rusu, A.C., & Hasenbring, M. (2008). Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain-related coping within the dysfunctional group. *Pain*, 134, 80–90.
- Schotte, C.K.W., Maes, M., Cluydts, R., De Doncker, D., & Cosyns, P. (1997). Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *Journal of Affective Disorders*, 46, 115-125.
- Smith, B.W., Tooley, E.M., Montague, E.Q., Robinson, A.E., Cospser, C.J., & Mullins, P.G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. *The Journal of Pain*, 10 (5), 493-500.
- Söderlund, A. & Denison, E. (2006). Classification of patients with whiplash associated disorders (WAD): Reliable and valid subgroups based on the Multidimensional Pain Inventory (MPI-S). *European Journal of Pain*, 10, 113–119.
- Tan, G., Jensen, M.P., Thornby, J.I., & Shanti, B.F. (2004). Validation of the Brief Pain Inventory for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal of Pain*, 5(2), 133-137.
- Ullrich, P.M., Afari, N., Jacobsen, C., Goldberg, J. & Buchwald, D. (2007). Cold Pressor Pain Sensitivity in Monozygotic Twins Discordant for Chronic Fatigue Syndrome. *Pain Medicine*, 8(3), 216-222.
- Wiech, K., Plone, M., & Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(8), 306-313.

Williams, A.C.C. (2002). Facial expression of pain: an evolutionary account. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 439-488.

Anexos

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ao participante da pesquisa

Prezado (a):

Somos pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), da área de Psicologia.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que investigará as sensações térmicas nos transtornos de humor.

Entender isso é importante para esclarecer as possíveis relações entre a temperatura e os transtornos de humor, e pode contribuir no futuro para o desenvolvimento de medicamentos que venham a auxiliar na melhora da qualidade vida dos pacientes.

O objetivo é compreender melhor como é a sensibilidade à temperatura nos pacientes portadores desses transtornos.

Nossa pesquisa está dividida em três etapas:

- 1) Leitura conjunta e assinatura deste Termo de Consentimento.
- 2) Contato da mão mergulhada em um banho termostatizado com água circulante, pelo maior tempo possível, estabelecendo-se 3 minutos como tempo máximo de permanência. O tempo de permanência da mão será cronometrado. O procedimento poderá causar algum desconforto físico, mas não será prejudicial ao seu organismo.
- 3) Resposta a questionários: realizada logo após o procedimento 2.

Essas três etapas serão realizadas no laboratório e o tempo total do experimento é de mais ou menos uma hora.

Tudo o que conversarmos, o procedimento de imergir a mão na água fria e as respostas aos questionários e entrevistas serão estritamente confidenciais, ou seja, seu nome, endereço e telefone não serão divulgados em hipótese alguma e suas respostas serão mantidas em sigilo, na Universidade. Esses dados também serão utilizados apenas para fins de pesquisa na Universidade. Depois de encerrado, você poderá ter acesso ao trabalho, caso tenha interesse.

Lembramos que a participação neste estudo é voluntária e, a qualquer momento, é possível desistir por qualquer motivo, sem nenhum tipo de prejuízo para você. Caso haja qualquer outra dúvida, os pesquisadores podem ser contatados a partir do telefone que consta ao final deste documento.

Desde já, agradecemos por sua confiança e colaboração.

Você entendeu as explicações apresentadas acima?

Sim Não

Cordialmente,

Psicóloga Magna Rosane Cruz Telefone: (61) 8191-9004

Prof. Dr. Antônio Pedro de Mello Cruz (Orientador) - Telefone: (61) 3307-2625

Assinatura do participante:

Data: / / Telefones:

Endereço:

Anexo B - Questionário McGill de Dor – Forma Reduzida

Participante: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Faz uso de medicação? ___ Sim ___ Não. Se sim, qual? _____
 Data: ____ / ____ / ____
 Tempo de Detecção: _____
 Tempo de Latência: _____

I. Índice de Estimativa de Dor (PRI)

As palavras colocadas abaixo descrevem diferentes experiências de dor. Coloque uma marca (x) na coluna que melhor indica o nível de sua dor para cada palavra. Por favor, limite-se à descrição da dor que você sentiu quando estava com a mão na água fria.

QUALIDADE	DESCRITOR	NENHUMA	BRANDA	MODERADA	SEVERA
S	Palpitante	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Tiro	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Punhalada	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Aguda	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Cólica	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Mordida	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Calor-Queimação	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Dolorida	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Em Peso	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Sensível	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
S	Rompendo	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
A	Cansativo-exaustiva	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
A	Enjoada	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
A	Amedrontada	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
A	Castigante-atormentante	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

II. Intensidade de Dor Presente (PPI) – Escala Analógica Visual (VAS)

Por favor, faça uma marca ao longo do comprimento da linha abaixo que indique a intensidade de dor que você sentiu ao colocar a mão na água fria.

Sem Dor | _____ | A pior dor imaginável

III. Avaliação global da Experiência de Dor

Por favor, faça uma avaliação global da intensidade de sua experiência dolorosa. Favor limitar-se à dor que você sentiu ao colocar a mão na água fria.

Avaliativa		
0	Nenhuma dor	_____
1	Branda	_____
2	Desconfortável	_____
3	Aflitiva	_____
4	Horrível	_____
5	Martirizante	_____

IV. Pontuação

Tipo de medida	Índices Computados	Escore
I.A PRI-S	Índice de Estimativa de Dor – Sensorial	
I.B PRI-A	Índice de Estimativa de Dor – Afetivo	
I. A+B PRI-T	Índice de Estimativa de Dor – Total	
II PPI-VAS	Avaliação Global da Intensidade da Experiência Dolorosa	

Anexo C - Inventário de Depressão de Beck (IDB)

Em cada item abaixo, circule o número diante da afirmação que melhor descreve como você tem se sentido esta semana, inclusive hoje. Se houver afirmações em um mesmo item que se apliquem, circule cada uma. Leia atentamente todas as afirmações de cada item, antes de circular sua escolha.

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

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 esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3.

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

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

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

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

7.

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo

1 Estou decepcionado comigo mesmo

2 Estou enojado de mim

3 Eu me odeio

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

9.

0 Não tenho quaisquer ideias de me matar

1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade

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 queria

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 irritar-me

12.

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13.

- 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava
- 2 Tenho maior dificuldades de tomar decisões do que antes
- 3 Não consigo mais tomar decisões

14.

- 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho e sem atrativos
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
- 3 Considero-me feio

15.

- 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho

16.

- 0 Durmo tão bem quanto de hábito
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldades para voltar a dormir
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir

17.

- 0 Não fico mais cansado que de hábito
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava
- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18.

- 0 O meu apetite não está pior do que de hábito
- 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
- 2 Meu apetite está muito pior agora
- 3 Não tenho mais nenhum apetite

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: Sim _____ Não _____

20.

- 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde
- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21.

- 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava
- 2 Estou bem menos interessado por sexo atualmente
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

Anexo D - Mini International Psychiatric Interview – M.I.N.I.

MÓDULOS DE DEPRESSÃO E DISTIMIA - Copyright Patrícia Amorim, 2000.

A- EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

A1 - Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?

1- () Sim 2- () Não

A2 - Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?

1- () Sim 2- () Não

A1 OU A2 SÃO COTADAS **SIM**?

1- () Sim 2- () Não →

A3 – Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a)/sem interesse pela maioria das coisas:

a- O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de mais ou menos 5% ao longo do mês, isto é, mais ou menos 3,5Kg, para uma pessoa de 65Kg)

1- () Sim 2- () Não

b- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais?)

1- () Sim 2- () Não

c- Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias?

1- () Sim 2- () Não

d- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?

1- () Sim 2- () Não

e- Sentiu-se sem valor ou culpado(a) quase todos os dias?

1- () Sim 2- () Não

f- Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?

1- () Sim 2- () Não

g- Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?

1- () Sim 2- () Não

A4- HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS ‘SIM’ EM A3?(ou 4 se A1 OU A2 = ‘NÃO’)

1- () Sim 2- () Não

ENTÃO, EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL → EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

A5a- Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a a A3g).

1- () Sim 2- () Não →

b- Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse?

1- () Sim 2- () Não

A5b É COTADA SIM?

1- () Sim 2- () Não

ENTÃO, EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE

B- TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE.

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1- Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo?

1- () Sim 2- () Não →

B2- Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais?

1- () Sim → 2- () Não

B3- Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:

a- O seu apetite mudou de forma significativa?

1- () Sim 2- () Não

b- Tem problemas de sono ou dorme demais?

1- () Sim 2- () Não

c- Sente-se cansado ou sem energia?

1- () Sim 2- () Não

d- Perdeu a auto-confiança?

1- () Sim 2- () Não

e- Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões?

1- () Sim 2- () Não

f- Sente-se sem esperança?

1- () Sim 2- () Não

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS 'SIM' EM B3?

1- () Sim 2- () Não →

B4- Esses problemas causam-lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes?

1- () Sim 2- () Não →

B4 É COTADA SIM?

1- () Sim 2- () Não

ENTÃO, TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL

Anexo E – Processo de Análise de Projeto de Pesquisa – Aprovação Comitê de Ética

Faculdade de Saúde - UnB



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 052/2008

CAAE: 0054.0.012.000-08

Título do Projeto: “Investigação experimental e comparativa dos limiares de dor em diferentes transtornos de ansiedade e humor”.

Pesquisadora Responsável: Ana Maria Crepaldi

Data de entrada: 09/05/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 052/2008 com o título: “Investigação experimental e comparativa dos limiares de dor em diferentes transtornos de ansiedade e humor”, analisado na 1ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 24 de Junho de 2008.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 25 de Junho de 2008.

Assinatura
25/06/2008

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB
Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos - CEP/FS