

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO**

ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR

**QUALIDADE DE VIDA E MECANISMOS DE DEFESA EM
PACIENTES FEMININAS COM FIBROMIALGIA COM
OU SEM DEPRESSÃO**

Porto Alegre

2008

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO**

ROGÉRIO WOLF DE AGUIAR

**QUALIDADE DE VIDA E MECANISMOS DE DEFESA EM
PACIENTES FEMININAS COM FIBROMIALGIA COM
OU SEM DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada como requisito
parcial do Programa de Pós-Graduação em
Ciências Médicas: Psiquiatria
para obtenção do título de Mestre

ORIENTADORA: GISELE GUS MANFRO

**Porto Alegre
2008**

Catálogo-na-Publicação

A282 Aguiar, Rogério Wolf de
Qualidade de vida e mecanismos de defesa em pacientes femininas com
fibromialgia com ou sem depressão / Rogério Wolf de Aguiar. – 2008.
110 f.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

Orientadora: Gisele Gus Manfro.

1. Fibromialgia 2. Mecanismos de defesa 3. Depressão 4. Qualidade de
vida 5. Saúde da mulher I. Manfro, Gisele Gus II. Título

NLM WE 544

(Bibliotecária responsável: Lenise Di Domenico Colpo - CRB-10/1757)

AGRADECIMENTOS

Devo a realização deste trabalho a muitas pessoas. A maioria ficará anônima aqui, mas não esquecida. Guardo com muito carinho as palavras de incentivo e de esclarecimento que recebi de professores, colegas, amigos, alunos, e funcionários.

Agradeço muito também a todas as pacientes que, ao final, justificam nosso esforço.

Entre todos, quero destacar a orientação da Gisele, que passou de minha aluna a minha professora. Sem dúvida, sua competência, tolerância e afeto foram decisivos. Agradeço muito sua paciência e sua presença atenta em todos os passos desta dissertação.

Também devo muito à Mirian, com quem venho exercendo uma colaboração há mais de vinte anos, que prestou uma assessoria técnica sobre fibromialgia de grande valia para a conclusão deste estudo. Em seu nome, agradeço a toda a equipe do Serviço de Dor Crônica e Medicina Paliativa do HCPA.

Certamente este estudo tem a marca da lealdade, qualidade e amizade dos meus colaboradores diretos, aos quais agradeço de todo o coração: Carolina Blaya, Betina Cardoso, Carolina Buzzatti, Ana Paula Fillipon e Guilherme Felício.

Aos meus familiares devo muito do entusiasmo para levar adiante este projeto. À Janaína, que acrescentou uma motivação a mais em minha trajetória pessoal, meu amor carinhoso.

Ao Fulgêncio, por tudo.

RESUMO

OBJETIVOS

Este estudo tem dois objetivos: 1) verificar a freqüência de depressão em pacientes femininas com fibromialgia; 2) comparar as pacientes com fibromialgia com ou sem depressão para verificar se diferem no uso de seus mecanismos de defesa e qualidade de vida.

MÉTODOS

Oitenta e seis pacientes femininas com fibromialgia foram avaliadas psiquiatricamente. O diagnóstico psiquiátrico foi feito por meio de entrevistas clínicas e confirmado pelo MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), uma entrevista psiquiátrica estruturada. O uso dos mecanismos de defesa foi avaliado pelo DSQ-40 (Defense Style Questionnaire), um questionário auto-aplicável com 40 questões. A qualidade de vida foi avaliada pelo WHOQOL – Bref (World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version), também auto-aplicável, composto por 26 questões, dividido em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental. A gravidade da depressão foi verificada pelo BDI (Beck Depression Inventory), um teste com 21 itens de múltipla escolha. Todos os instrumentos utilizados já se encontram validados para o português brasileiro.

RESULTADOS

Sessenta e duas pacientes (72,1%) tinham depressão atual (Depressão Maior ou Distímia), com qualidade de vida pior do que aquelas sem depressão ($p < 0,008$). Quanto mais grave foi a depressão, avaliada pelo BDI, pior foi avaliada a qualidade de vida em todos os domínios ($p < 0,001$). As pacientes com depressão usaram mais mecanismos de defesa imaturos, menos mecanismos maduros ($p < 0,001$) e eram mais jovens, quando comparadas com aquelas sem depressão (46,06 anos, DP \pm 10,03 vs. 52,29 \pm 11,23, $t = 2,09$, $p = 0,039$). Entretanto, na regressão logística controlada para a idade, todos os domínios da

qualidade de vida e os escores de defesas maduras e imaturas permaneceram associados à presença de depressão.

CONCLUSÕES

Neste estudo, a alta frequência de depressão em pacientes com fibromialgia corrobora os dados da literatura científica internacional, em seus limites superiores. A presença de depressão está associada a pior qualidade de vida e maior uso de mecanismos de defesa mal-adaptativos. Esses resultados sugerem que a depressão, quando presente, deve ser tratada vigorosamente para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com fibromialgia.

Descritores: Fibromialgia; Qualidade de Vida; Mecanismos de Defesa; Dor Crônica.

ABSTRACT

OBJECTIVE

This study has two aims: 1) to verify how frequent depression among female patients with fibromyalgia is; 2) to compare the female patients with fibromyalgia with and without depression in order to verify whether their defense mechanisms and quality of life differ.

METHODS

Eighty-six female patients with fibromyalgia were assessed. The psychiatric diagnosis was conducted through clinical interviews and confirmed by MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), a structured psychiatric interview. The use of defense mechanisms was evaluated through the self-applied means DSQ-40 (Defense Style Questionnaire). Quality of life was evaluated by WHOQOL – Brief (World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version), also self-applied, composed by 26 questions, divided in four domains: physical, psychological, social relations and environment. The level of depression was attained through BDI (Beck Depression Inventory), a 21-multiple choice test. All instruments employed have been previously validated to Brazilian Portuguese.

RESULTS

Sixty-two patients (72.1%) presented current depression (Major Depression or Dysthymia). The quality of life of these patients was worse than of the patients without current depression ($p < 0.008$). The graver the depression, which was evaluated by BDI, the worse the quality of life was in all domains ($p < 0.001$). The depressed patients employed more immature defense mechanisms and a lesser number of mature mechanisms ($p < 0.001$), and they were younger when compared to the ones who were not depressed (46.06 years old, $DP \pm 10.03$ vs. 52.29 ± 11.23 , $t = 2.09$, $p = 0.039$). The controlled logistic regression for age was used in this study and all domains of the quality of life and the scores of mature and immature defenses remained associated to the presence of depression.

CONCLUSIONS

In this study, the high occurrence of depression in patients with fibromyalgia corroborates the data available in international scientific literature, though, in its higher limits. The presence of depression is associated to a worse quality of life and to a greater use of defense mechanisms which are maladapted. These results suggest that depression should be treated vigorously in order to improve the quality of life of patients with fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia; Quality of Life; Defense Mechanisms; Chronic Pain.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 FIBROMIALGIA	11
2.1.1 Diagnóstico	11
2.1.2 Epidemiologia	13
2.1.3 Etiologia.....	13
2.1.4 Evolução	16
2.1.5 Tratamento	16
2.2 DEPRESSÃO	20
2.2.1 Conceito e Classificação Diagnóstica.....	20
2.2.2 Epidemiologia da Depressão	21
2.2.3 Etiologia da Depressão	23
2.2.4 Tratamento da Depressão	23
3 MECANISMOS DE DEFESA INCONSCIENTES	25
4 QUALIDADE DE VIDA	31
5 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO	34
6 HIPÓTESES	35
7 OBJETIVOS GERAIS	36
8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
10 ARTIGO 1 (INGLÊS)	39
11 ARTIGO 1 (PORTUGUÊS)	52
12 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
13 CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO	71
ANEXO B – FOLHA DE ROSTO	72
ANEXO C – DSQ-40	73
ANEXO D – WHOQOL – ABREVIADO	76
ANEXO E – INVENTÁRIO PARA DEPRESSÃO DE BECK (BDI)	80
ANEXO F – M.I.N.I.	83

1 INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome de dor generalizada crônica¹, de etiologia indeterminada, e que afeta principalmente mulheres. Frequentemente é acompanhada por sintomas inespecíficos, como fadiga, distúrbios do sono e rigidez muscular, e se superpõe ou está associada a outros diagnósticos, como Síndrome da Fadiga Crônica e Transtorno do Humor Depressivo²⁻⁴. A falta de alterações anatômicas e fisiológicas plenamente reconhecidas e a alta frequência de associação entre depressão e fibromialgia fizeram surgir ao menos três hipóteses: a fibromialgia é uma manifestação clínica de depressão ou, ao contrário, é causa de depressão, ou ambas têm mecanismos fisiopatológicos comuns^{2,4}.

Vários estudos têm procurado caracterizar, também, um perfil psicológico próprio dos pacientes com fibromialgia, no intuito de identificar algum fator predisponente^{5,6,7}. Mesmo que algumas anormalidades fisiopatológicas e algumas características psicológicas tenham sido detectadas, ainda permanece o desafio de entender melhor o mecanismo dessa associação, e de encontrar maneiras de oferecer o melhor tratamento possível para uma situação clínica que causa sofrimento crônico, prejuízos funcionais e sociais, e que necessita longo tratamento, muitas vezes, frustrante³.

As fibromiálgicas poderiam ser semelhantes a outros doentes crônicos que apresentam alta frequência de co-morbidade com depressão e que melhoram a qualidade de vida com o tratamento da depressão, mesmo que a doença básica não obtenha o mesmo grau de melhora.

Um estudo transversal poderia nos trazer evidências de que vale a pena tratar a depressão, caso estiver concorrente, para melhorar a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia, mesmo sem que esta obtenha uma melhora paralela.

Este estudo tem como objetivo contribuir para a distinção dos limites entre depressão e fibromialgia. Em primeiro lugar, verificando a frequência de depressão entre as pacientes com fibromialgia que procuram atendimento ambulatorial no Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de

Porto Alegre, corroborando ou não a alta frequência encontrada na literatura internacional. Em segundo lugar, comparando a qualidade de vida e o estilo de mecanismos de defesa utilizados pelas fibromiálgicas com ou sem depressão.

Serão apresentados essencialmente, a seguir: uma revisão baseada na literatura científica nacional e internacional sobre os quatro eixos deste estudo (fibromialgia, depressão, mecanismos de defesa e qualidade de vida), o artigo para publicação nas versões em inglês e português (que incluem o método de pesquisa, os resultados, a discussão e as conclusões) e os comentários finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 FIBROMIALGIA

2.1.1 Diagnóstico

Dez a 12% da população americana em geral, em algum momento da vida, relatam dor músculo-esquelética generalizada que, muitas vezes, preenche os critérios diagnósticos para a síndrome de fibromialgia³. No Brasil, ainda há carência de dados mais precisos sobre a prevalência de fibromialgia.

Segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia¹, desde 1990 adotado como padrão pela comunidade científica internacional especializada, o diagnóstico de fibromialgia requer pelo menos três meses consecutivos de dor generalizada e dor à palpação, com cerca de 4 kg de pressão pela ponta do dedo, em no mínimo 11 de 18 pontos pré-definidos (“pontos-gatilho” ou “trigger points”). Dor generalizada é definida como distribuída nos quatro quadrantes do corpo, bilateralmente, acima e abaixo da cintura, e se concentra axialmente.

A síndrome não deve ser apenas um diagnóstico de exclusão, podendo co-existir com outros diagnósticos¹ (Figura 1). Esses critérios possuem uma sensibilidade e especificidade de cerca de 85% para diferenciá-la de outras formas de dor músculo-esquelética crônica³. Mais recentemente, especialistas têm afirmado que o diagnóstico da síndrome também poderia ser feito com mais flexibilidade, ou seja, sem necessidade de preencher o mínimo de 11 pontos dolorosos. Entretanto, o maior rigor tem garantido um diagnóstico mais confiável³. Pontos menos dolorosos em outros locais seriam, então, mais representativos de algum grau de desconforto geral do que marcadores de fibromialgia⁴.

Vários outros sintomas ocorrem com frequência na fibromialgia, tais como alodínia e hiperalgesia (percepção dolorosa frente a estímulos não-dolorosos e exagero da percepção dolorosa), perturbações do sono, fadiga, parestesia, enxaqueca, síndrome de Raynaud e distúrbios psiquiátricos. A superposição com outros diagnósticos, especialmente Síndrome da Fadiga Crônica (21-70%), Síndrome do Cólon Irritável (32-80%), Sensibilidade Química Múltipla (33-55%), Transtornos Psiquiátricos (75%) e outras patologias crônicas, torna frequentemente difícil o diagnóstico diferencial⁴.

ACR 1990 CRITERIA FOR FIBROMYALGIA

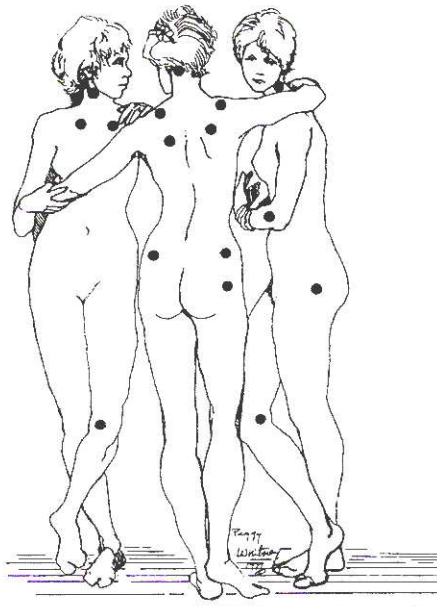


Figura 1: Pontos-gatilho (As Três Graças, Barão Jean-Baptiste Regnault, 1793, Museu do Louvre, Paris)¹

A Figura 1 assinala os 18 “pontos-gatilho” da fibromialgia, bilateralmente. Esses pontos devem ser “dolorosos” e não apenas “sensíveis” a uma palpação digital equivalente a uma pressão de 4 Kg¹. São eles:

- Inserção dos músculos suboccipitais;
- Aspectos anteriores dos espaços intertransversais de C5-C7;
- Ponto central da borda superior do trapézio;
- Início do supraespinatus, acima da escápula perto do bordo medial;
- Segunda costela, lateral à junção costochondral;
- Dois centímetros distais ao epicôndilo lateral;
- Quadrante superior distal da nádega;
- Proeminência trocântérica maior: exatamente ao lado;
- Joelho: o coxim proximal medial.

2.1.2 Epidemiologia

Seguindo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, estudos encontraram 2% de prevalência nos Estados Unidos, sendo sete vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. É o segundo mais freqüente transtorno reumatológico³. Já foi descrita em crianças, mas a prevalência aumenta com a idade. O início dos sintomas, em geral, ocorre dos 25 aos 65 anos de idade, sendo sua prevalência maior entre 50 e 69 anos⁴.

2.1.3 Etiologia

As controvérsias diagnósticas e etiológicas têm se concentrado em três pontos principais, postulando que a fibromialgia⁴:

- a) É um artefato diagnóstico que serve de “guarda-chuva” para qualquer dor crônica não explicada. De fato, os critérios do Colégio Americano de Reumatologia a diferenciam de outras patologias crônicas dolorosas, mesmo sem se comprometer com uma causa específica;
- b) É um transtorno factício ou hipocondríaco. Entretanto, a história clínica e o exame físico em geral os diferenciam;
- c) É um transtorno primariamente psiquiátrico. Nesse caso, a associação entre fibromialgia e transtorno psiquiátrico pode ser explicada ao menos por três maneiras:
 - pessoas com prévios distúrbios emocionais ou transtornos psiquiátricos aumentam o risco de desenvolverem fibromialgia por uma resposta anormal ao estresse;
 - a dor crônica aumenta o sofrimento psicológico e causa distúrbios no balanço do sistema hormonal. A fibromialgia seria, portanto, causadora da depressão;
 - a alta associação com transtornos psiquiátricos, ao menos em números tão altos, corresponderia apenas a um viés de seleção em

pesquisas realizadas, em geral, em clínicas ou setores especializados, onde há um maior número de pacientes com distúrbios emocionais⁴.

Em resumo, atualmente, considera-se que não houve evidências que suportassem a hipótese de que a fibromialgia é conseqüência ou um aspecto clínico de depressão. As evidências têm fortalecido mais a hipótese de que a depressão é uma conseqüência da fibromialgia ou que há mecanismos fisiopatológicos comuns entre ambas².

Os estudos têm demonstrado processos anormais similares entre fibromialgia e outras síndromes dolorosas crônicas: limiares diminuídos para dor mecânica e térmica, sensibilidade alta aos estímulos dolorosos (nociceptivos), e aumento da soma temporal de estímulos dolorosos. Há alterações fisiológicas no processo de dor em neuroimagem e maior concentração de substância P (neurotransmissor envolvido na transmissão do estímulo doloroso) no fluído cerebrospinal nos pacientes fibromiálgicos, quando comparados a controles normais³. Muito provavelmente, vários fenômenos têm papéis superpostos no desenvolvimento da fibromialgia³:

- predisposição a microtraumas em músculos e tendões com o esforço;
- neuroplasticidade, ou seja, modificações da própria estrutura das vias nervosas envolvidas com a transmissão do estímulo doloroso;*
- alterações genéticas dos receptores serotoninérgicos;
- fatores hormonais e distúrbios da resposta ao estresse, com disfunção do sistema nervoso autônomo;
- distúrbios do sono;

* Mecanismos centrais e periféricos de percepção da dor são dinâmicos e mutuamente interativos. O estímulo nociceptivo persistente promove mudanças morfológicas e funcionais nas estruturas neurais, que reforçam a própria nocicepção, fazendo que, com o tempo, aumente a sensibilidade ao estímulo doloroso. Essa mudança pode ser sustentada por peptídeos e neurotransmissores. A sensibilização resulta em hiperalgesia, e também ocorre em nível central, não só periférico. Foi encontrada reorganização do córtex primário somato-sensório em estudos de percepção de membro fantasma, o que sugere que a plasticidade neuronal também pode se estender ao cérebro após dor persistente. Mudanças neuroplásticas que resultam em experiência de dor aumentada alteram a função primária da dor que é a de sinalizar ao organismo uma ameaça em potencial ou real à integridade biológica. Da mesma forma, processos psicológicos de stress e afeto são governados por centros cerebrais ligados a vias de dor que informam estruturas cerebrais mais altas da presença de dor. Essas estruturas são responsáveis pela aversão e pelo desprazer que acompanham o estímulo nociceptivo. Quando essa percepção de desprazer da dor se confunde com o desprazer ocasionado por uma situação de estresse, o indivíduo pode decodificar a presença de uma dor física, ao invés de uma dor psíquica⁸.

- resposta pós-traumática;
- fatores biopsicossociais predisponentes e desencadeantes entrelaçados.

Algumas alterações fisiopatológicas têm sido relatadas, tais como²:

- anormalidades sutis observadas nos músculos de pacientes com fibromialgia, como hipóxia localizada e níveis diminuídos de ATP e fosfocreatina nas áreas afetadas;
- fadiga muscular correspondente ao descondicionamento físico, à contratura muscular focal, a anormalidades nos fosfolipídios e à isquemia localizada;
- alodínia e hiperalgesia, muito freqüentes em fibromialgia, com limiares para dor diminuídos difusamente, que se devem provavelmente a alterações no processamento central da percepção dolorosa, na medula espinhal e do cérebro;
- óxido nítrico plasmático excessivamente alto, substância envolvida na sensibilidade dolorosa, provavelmente relacionada com a hiperalgesia;
- diminuição dos níveis plasmáticos e no líquido cérebro-espinhal de serotonina, neurotransmissor que está envolvido na percepção da dor, no humor e no sono (todos alterados na fibromialgia);
- a resposta a vários estressores hormonais e a reatividade simpática a estressores como frio, exercício e barulho, estão bloqueadas ou diminuídas na fibromialgia, o que também predispõe à hipotensão ortostática;
- uma possível ligação entre as respostas anormais ao estresse e os sintomas da fibromialgia é uma desregulação das citocinas, substâncias pró-inflamatórias liberadas junto aos terminais nervosos periféricos, que desencadeiam o sinal doloroso em resposta a uma injúria tecidual;
- os exames laboratoriais não apresentam alterações específicas na fibromialgia. Alguns resultados em geral são normais: hemograma completo, análise química, hemossedimentação, funções da tireóide, testes de função hepática, sorologia reumatológica. Alguns testes

podem estar anormais, embora inespecíficos: níveis séricos/líquido céfalo-raquidiano elevados de triptofano, e aminoácidos, polissonografia, termografia infravermelha, fluxo sanguíneo caudato e talâmico, atividade eletrodérmica e microcirculatória⁹.

Um estudo encontrou uma frequência significativamente maior de fibromialgia em mulheres deprimidas do que em homens deprimidos (26 vs. 2%) ($X^2=9,722$ $p=0,002$), embora a gravidade da depressão tenha sido maior no grupo dos homens ($23,9\pm 6$ vs. $20,8\pm 6$) ($t=2,304$ $p=0,024$). Esse resultado retoma o debate científico sobre a influência do gênero nas diferenças de percepção a uma série de estímulos, como o doloroso. Ainda não está claro qual o peso que as diferenças hormonais entre homens e mulheres teria sobre essas sensações⁷.

2.1.4 Evolução

A fibromialgia é uma síndrome crônica que raramente remite, mas não é necessariamente progressiva, nem há registro de alguma lesão em algum órgão decorrente da sua cronicidade. Seus sintomas crônicos podem provocar alterações significativas nos relacionamentos familiar e social e na produtividade laboral do paciente⁴.

2.1.5 Tratamento

O tratamento muitas vezes é frustrante para pacientes e médicos. Não há um tratamento específico e os resultados podem ser modestos³. O paciente doloroso crônico, limitado funcional e socialmente, desiludido em sua expectativa de alívio ou cura, pode atribuir ao médico a culpa por seu sofrimento, como se este fosse detentor de um poder irreal que não está usando. Dessa forma,

transfere para o médico sentimentos de raiva, desesperança e medo, consciente e inconscientemente, originários tanto de sua situação atual, como provindos de relacionamentos anteriores de sua vida, nos quais necessitou de um cuidador atencioso e eficiente¹⁰ (transferência)¹¹.

Os médicos dificilmente deixam de experimentar sentimentos fortes, contraditórios e dolorosos em resposta às demandas realistas ou irrealistas de seus pacientes¹⁰ (contratransferência)¹¹:** impotência, desgosto, raiva, desejo de desistir. Para manejar adequadamente esses aspectos complexos da relação médico-paciente, é necessário que haja um bom entendimento dos sentimentos contraditórios que a compõem¹⁰. Para aqueles pacientes que já sofreram alterações importantes em sua vida associadas à fibromialgia, a inclusão de uma abordagem psicoterápica ou de apoio deve ser fortemente considerada, embora poucos estudos bem orientados sejam multidisciplinares³.

Goldenberg, et al.³, em 2004, publicaram uma ampla revisão da literatura científica, que abrangeu cerca de 25 anos, sobre tratamento da fibromialgia. Concluíram que há muitas limitações na literatura disponível sobre o tratamento da fibromialgia. A maioria dos estudos mostra eficácia em curta duração, em geral, menos de um ano. Os resultados de longo prazo não são adequadamente estudados. Não há um número consistente de estudos que tenham observado a eficácia de tratamentos medicamentosos e não-medicamentosos simultâneos. Os critérios de exclusão impediram que pacientes com fibromialgia concorrente com outras doenças reumáticas, como lúpus e artrite reumatóide, fossem observados. Segundo esses autores, pacientes que revelam poucos fatores psicossociais envolvidos, se beneficiarão mais das intervenções medicamentosas do que aqueles com muitos problemas familiares, sociais e neuropsiquiátricos. Para estes, a abordagem psicoterápica deveria ser considerada com mais ênfase. A abordagem multidisciplinar possibilitaria assim a necessária identificação dos vários quadros clínicos e situações psicossociais envolvidas e direcionaria o tratamento para uma melhor eficácia no sentido de promover o nível da qualidade de vida destes pacientes³.

* Transferência: o paciente experimenta afetos, sensações e comportamentos dirigidos ao médico ou psicoterapeuta como se fossem outras pessoas do seu passado.¹¹

** Contratransferência: sentimentos experimentados pelo entrevistador induzidos pelo paciente.¹¹

Como resultado dessa revisão, Goldenberg, et al.³ classificaram as evidências de eficácia terapêutica em fortes, moderadas ou fracas. Os tratamentos que mostraram mais fortes evidências de eficácia foram os seguintes: tratamento multidisciplinar, amitriptilina (25-50 mg/dia) ou ciclobenzaprina (10-30 mg/dia) antes de dormir, exercício físico, terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação (Figura 2).

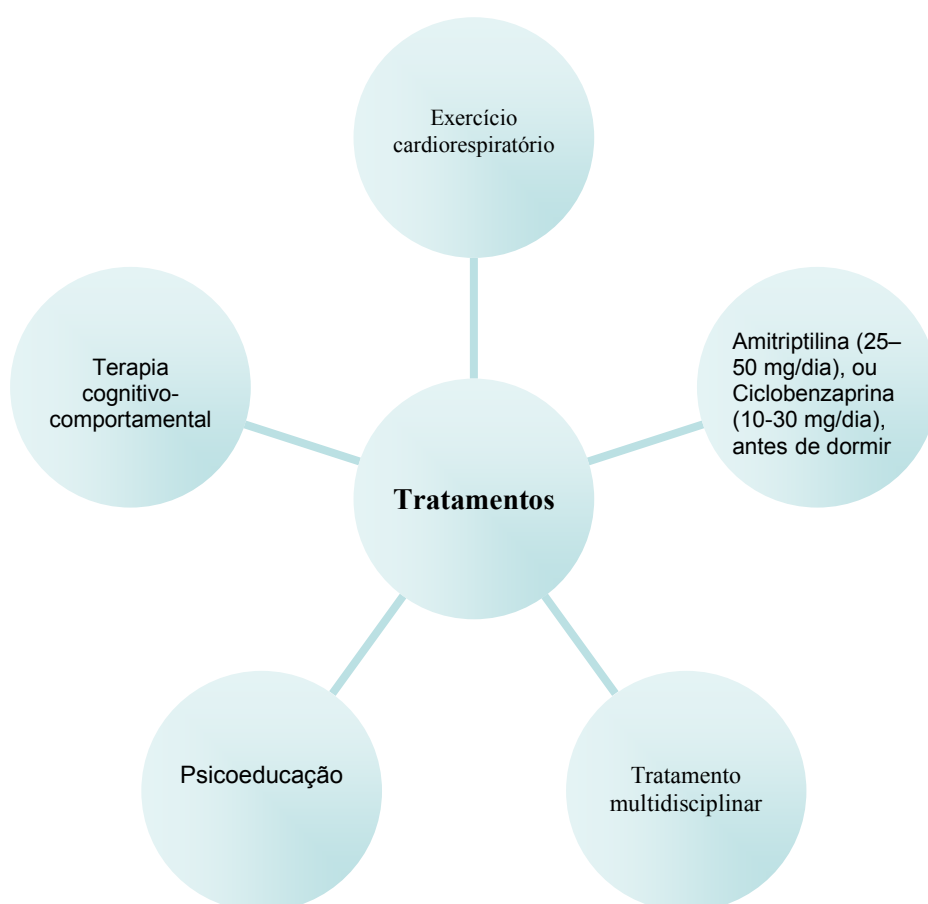


Figura 2: Tratamentos com maior evidência de eficácia em fibromialgia {Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. JAMA 2004;292(19):2388-95}

Outros antidepressivos, inclusive os de segunda e terceira geração, mostraram moderadas evidências de eficácia³. A ação analgésica dos

antidepressivos pode ser explicada pelos efeitos sobre as monoaminas centrais, neurotransmissores envolvidos nas vias serotoninérgicas e noradrenérgicas eferentes que se originam na medula rostroventral e se dirigem ao corno dorsal da medula espinhal. Elas participam do sistema modulador da intensidade da percepção dolorosa. Com a sua depleção, esse sistema se torna menos eficiente, e a percepção é ampliada. Os antidepressivos agiriam assim na normalização desses transmissores, corrigindo sua concentração na sinapse¹².

A terapia cognitivo-comportamental é outro tratamento considerado como forte evidência de eficácia. Sua base é o entendimento da dor como uma experiência complexa, influenciada não apenas pela fisiopatologia subjacente, mas também pelos aspectos comportamentais, afetivos e cognitivos do indivíduo⁵. Conceitos como condicionamento clássico e condicionamento operante aplicam-se ao paciente com dor crônica. Os resultados imediatos dos diversos tratamentos – exercícios físicos, fisioterapia, procedimentos cirúrgicos ou medicamentos analgésicos - na experiência de dor são imediatamente relacionados a percepções emocionais positivas ou negativas vinculadas aos chamados “comportamentos dolorosos”, tais como reclamações verbais, busca por serviços de saúde, falta ao trabalho, diminuição de atividades e uso de medicações analgésicas⁵.

Em estudo recente⁶, 43 pacientes foram tratados com terapia comportamental operante, 42 com terapia cognitivo-comportamental e 40 freqüentaram grupos de discussão aberta não-programada sobre fibromialgia. As 125 pacientes eram mulheres casadas. Durante todo o tratamento não houve acréscimo da dose de amitriptilina, antidepressivo usado por essas pacientes. Pelo contrário, houve ativa estimulação para que as doses fossem reduzidas gradualmente. Após 15 sessões semanais de duas horas cada uma, as intervenções psicológicas mostraram clara superioridade sobre o grupo que recebeu apenas atenção. Os grupos abordados com as técnicas cognitivas e comportamentais mostraram melhoras significativas no funcionamento físico, dor e sofrimento emocional comparados com o grupo de discussão. Esses achados vêm reforçar os encontrados em outros estudos, no sentido de mostrar a eficiência da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fibromialgia³.

2.2 DEPRESSÃO

2.2.1 Conceito e Classificação Diagnóstica

O termo “depressão” tem sido usado comumente em três sentidos diferentes: como o afeto do sentimento de tristeza, como um sintoma, ou como um dos Transtornos do Humor. A literatura internacional, em geral, tem reservado o termo “depressão” para se referir ao diagnóstico de algumas das síndromes clínicas dos Transtornos do Humor, e “tristeza” para se referir ao afeto que normalmente acompanha uma perda significativa para o indivíduo (material, pessoal, ideais, saúde)¹³. O termo “demoralization” – desmoralização – tem sido usado com um sentido semelhante também¹⁴.

Os Transtornos do Humor apresentam como uma de suas principais características a alteração do estado de humor do indivíduo. Atualmente, o termo é usado para alterações em depressão ou euforia, mas em épocas anteriores já incluiu a ansiedade, que freqüentemente acompanha a depressão e a euforia. Para o DSM-IV¹³, de 1994, e a sua última revisão, DSM-IV-TR¹⁵, de 2000, um Episódio Depressivo Maior deve preencher os critérios abaixo (Quadro 1):

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (DSM – IV)

Cinco ou mais dos seguintes sintomas (um dos dois primeiros deve estar presente), duas semanas ou mais, que mudam o funcionamento anterior:

- a) humor deprimido na maior parte do dia e na maior parte dos dias;
- b) acentuada diminuição de interesse ou prazer;
- c) alteração de peso quando não está em dieta (ganho ou perda >5% em um mês);
- d) insônia ou hipersônia;
- e) agitação ou retardo psicomotor;
- f) fadiga ou perda de energia;
- g) sentimento de desvalia ou culpa excessiva;
- h) diminuição da concentração, indecisão, pensamento lento;
- i) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente, com ou sem plano específico, ou tentativa de suicídio.

Quadro 1: Episódio depressivo maior (DSM – IV)

A recorrência é muito variável. Há indivíduos que passam anos entre um Episódio e outro. Após um Episódio, há 50% de chance de repetir. Após dois episódios, há 70% de chance de ter um terceiro; após um terceiro, há 90% de chance de ter um quarto. A Remissão Parcial tem valor preditivo, pois aumenta a chance de repetir o Episódio ou de se transformar num padrão crônico^{15, 16}.

O Transtorno Distímico se caracteriza essencialmente pela cronicidade do humor deprimido por pelo menos dois anos consecutivos, na maior parte dos dias. Durante os períodos de humor depressivo, pelo menos dois dos sintomas seguintes devem estar presentes: diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou baixa energia, baixa auto-estima, dificuldade de concentração ou de tomar decisões e sentimentos de desesperança. Os indivíduos podem também ser muito autocríticos e referirem perda de interesse, freqüentemente se percebendo como desinteressantes ou incapazes^{15, 16}.

2.2.2 Epidemiologia da Depressão

As estimativas de incidência e prevalência dos Transtornos do Humor variam. Nos Estados Unidos, o risco para a vida toda de ocorrer um Episódio Depressivo Maior é de cerca de 6%¹⁶. A prevalência da Depressão Maior varia de 2,6 a 5,5% nos homens e de 6 a 11,8% nas mulheres. Pessoas separadas ou divorciadas sofrem mais de depressão do que as casadas, especialmente os homens. A prevalência da Distímia é de 3 a 4%. A incidência de Depressão Maior é mais alta em pacientes com doenças médicas gerais, estando associada a maior uso de serviços de saúde em geral. A prevalência da Depressão Maior na atenção primária é de 4,8 a 9,2%, e de todos os transtornos depressivos é de 9 a 20%, o que torna os Transtornos do Humor a condição psiquiátrica mais freqüente na atenção primária¹⁶.

O relatório “Sobrecarga Global das Doenças” (“Global Burden of Diseases”) da Organização Mundial de Saúde mostrou que as condições neuropsiquiátricas respondem por 28% de todos os Anos-de-Vida-Ajustados em Incapacidade

(“Disability-Adjusted Life Years – DALY”)*. Outro relatório da OMS¹⁷ mostrou que em 2005 a Depressão Unipolar (Transtorno Depressivo Maior) foi responsável por 10% dos anos perdidos em incapacitação ou morte, entre as doenças não obrigadas à comunicação. Ao menos um terço de todos os sintomas somáticos permanecem sem explicação, tanto no que se refere à população em geral quanto aos serviços médicos. Esses sintomas incluem dor, fadiga e tontura, e as síndromes incluem cólon irritável, fibromialgia, fadiga crônica, dor pélvica crônica, disfunção da articulação têmporo-mandibular e disfunções sexuais. Sintomas e síndromes somáticos medicamente inexplicáveis estão fortemente associados a transtornos mentais comuns¹⁷.

O diagnóstico da depressão em nível primário costuma ser prejudicado pela presença freqüente de co-morbidades, pela dificuldade dos médicos em reconhecê-la e pela sistemática de atendimento¹⁷. Estudos mostram que 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados^{17, 18}. Muitas vezes, os pacientes depressivos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. Com o tratamento correto, a morbi-mortalidade associada à depressão pode ser prevenida em até 70%^{17, 18}.

Além de ser prevalente e subdiagnosticada, a depressão tem um impacto considerável e amplo na vida do paciente. Esse impacto não se restringe à sintomatologia da doença. A literatura internacional tem mostrado evidências de que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior freqüência que a população em geral e têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida, quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico¹⁸.

* “Disability-Adjusted Life Years – DALY” é uma medida que soma os anos de vida vividos numa condição de incapacidade (por doença) aos anos de vida perdidos por morte, em relação à expectativa de vida conhecida de uma determinada população.

2.2.3 Etiologia da Depressão

Os estudos sobre os fatores causais da depressão recorrente ainda não esclareceram de maneira mais conclusiva seus mecanismos fisiopatológicos. Há algumas evidências de que seja uma doença familiar de características poligenéticas. Muitos estudos procuram alterações hormonais, há algumas evidências de alterações em neuroimagem, sem deixar de lado os fatores ambientais. Entre esses estudos, há evidências sólidas de que os deprimidos têm alterações em diversos aspectos da função dos neurotransmissores monoamínicos em vários locais do cérebro.

As principais monoaminas estudadas são a serotonina e as catecolaminas (noradrenalina e dopamina). A depleção dessas monoaminas é suficiente para desencadear depressão em indivíduos vulneráveis¹⁹. Os sistemas monoaminérgicos se originam em pequenos núcleos no tronco cerebral e mesencéfalo e se projetam difusamente pelo córtex e sistema límbico. Junto com a acetilcolina, exercem efeitos de modulação e integração sobre as atividades corticais e subcorticais e estão envolvidos na regulação da atividade psicomotora, apetite, sono e humor¹⁹. Estudos mais recentes têm se concentrado no conhecimento das ações das monoaminas intracelularmente, como na produção de segundos mensageiros e na sinalização intracelular. Nesse sentido, postula-se que o estresse diminui a elaboração de neurotrofinas, elementos necessários para a função e sobrevivência dos neurônios¹⁹.

2.2.4 Tratamento da Depressão

Os tratamentos disponíveis incluem antidepressivos, psicoterapias, eletroconvulsoterapia, psicoeducação, antipsicóticos, estimulação magnética transcraniana repetitiva, moduladores do humor, benzodiazepínicos e hormônios da tireóide. A indicação de um ou mais desses tratamentos depende de vários fatores, tais como gravidade da depressão, cronicidade, refratariedade a uma ou mais das tentativas anteriores de tratamento, fase da vida, suporte social,

disponibilidade nos serviços de saúde, aceitabilidade por parte do paciente e familiares, recursos financeiros, co-morbidades e outros¹⁹.

Os antidepressivos são classificados de acordo com a sua estrutura (p.ex., tricíclicos, tetracíclicos), seu efeito na neurotransmissão (p.ex., inibidores da recaptação da serotonina, da noradrenalina ou duais) ou nos receptores (p.ex., antagonistas 5HT²). Os antidepressivos em geral têm eficácia média semelhante, mas podem ser mais eficazes para um paciente do que para outro, dependendo de fatores individuais ainda não bem controlados. Um fator importante na escolha do antidepressivo é o perfil de efeitos adversos¹⁹.

Entre as formas não medicamentosas de tratamento encontram-se as psicoterapias. As psicoterapias cognitiva, cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal (TIP) têm mostrado eficácia. A psicoterapia psicodinamicamente orientada de longo prazo e sem ser estruturada permanece com sua indicação para patologias do caráter associadas. A terapia cognitiva se baseia na proposição de que as emoções negativas da depressão são reações ao pensamento negativo derivado das atitudes negativas disfuncionais globais¹⁹.

3 MECANISMOS DE DEFESA INCONSCIENTES

Um estudo de Fernandez e Turck²⁰ concluiu que as pesquisas, tradicionalmente, têm focado mais a ansiedade e a depressão associadas à dor crônica, porque a maioria desses pacientes encobre sentimentos, em especial a raiva, por meio do mecanismo de negação. A raiva, por sua vez, é fortemente associada à depressão e à dor crônica. Com a negação, a comunicação dos impulsos agressivos fica mascarada, sendo de mais difícil percepção por parte do examinador.

O conceito de mecanismo de defesa é inerente à literatura psiquiátrica e, principalmente, psicanalítica. As defesas são um recurso utilizado pela mente para evitar o sofrimento que se originaria ao ter consciência de conflitos intrapsíquicos entre desejos de um lado e proibições de outro. O objetivo da defesa é manter afastado da consciência o que é inaceitável pelo indivíduo. O impasse se amenizaria na medida em que as defesas, não sendo completamente eficientes para resolvê-lo, promovem “disfarces”, termo usado por Sigmund Freud para descrever pela primeira vez os mecanismos de defesa²¹.

Laplanche e Pontalis²² definem mecanismos de defesa como diferentes tipos de operação por intermédio dos quais as defesas ganham expressões específicas. As defesas predominantemente utilizadas dependem do tipo de distúrbio, do grau de desenvolvimento alcançado, da extensão do conflito e assim por diante. Esses autores consideram que a escolha do termo “mecanismo” foi intencional desde o início, por parte de Freud, para indicar que os fenômenos psíquicos são organizados o suficiente para permitirem uma observação científica e sua análise²².

Sigmund Freud descreveu regressão, repressão, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego e reversão. Anna Freud acrescentou aos anteriores sublimação, deslocamento, negação em fantasia, identificação com o agressor e altruísmo. Otto Kernberg e Melanie Klein descreveram cisão, onipotência com desvalorização, idealização primitiva, identificação projetiva e negação psicótica²².

Segundo Anna Freud²¹, o conceito de “defesa” é o mais antigo representante do ponto de vista dinâmico na teoria psicanalítica. Esse conceito surgiu pela primeira vez em 1894 em um estudo de S. Freud, “As defesas neuro-psicóticas”. S. Freud continuou usando-o em vários trabalhos posteriores (como em “A Etiologia da Histeria”) para se referir à luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis.

Vaillant²³ adicionou à lista os mecanismos de ação passivo-agressiva, hipocondríase, atuação (“acting”), supressão, humor e antecipação. O mesmo autor dividiu as defesas em quatro grupos: narcisistas, imaturas, neuróticas e maduras, propondo uma hierarquia de mecanismos de defesa correlacionada com definições empíricas de saúde mental.

Shapiro usou o termo “estilos neuróticos” para se referir a “forma ou modo de funcionamento que identifica um indivíduo, através da variedade dos seus atos específicos”. Segundo esse autor, as defesas devem se referir ao estilo de lidar com os conflitos ou estresse, ao passo que o diagnóstico deve se referir a uma constelação de sintomas e sinais²². As tentativas de demonstrar uma ligação direta entre sintomas e mecanismos de defesa não tiveram êxito²⁴.

Apesar da expectativa inicial, a observação e a análise científica de mecanismos psíquicos inconscientes têm atravessado várias vicissitudes. Entretanto, há autores que abordaram esse tema com um enfoque voltado para a pesquisa²⁵⁻²⁸. Entre estes, Bond, et al.²² desenvolveram um questionário de auto-avaliação com 97 itens para mensurar os derivados conscientes que representam mecanismos inconscientes de defesa definidos teoricamente (“Defense Style Questionnaire”). Ao final do estudo mantiveram 81 itens como válidos. O objetivo foi identificar o estilo característico de um indivíduo ao lidar com seus conflitos intrapsíquicos, pressupondo que os indivíduos podem comentar precisamente o seu comportamento e as suas emoções^{23, 29}.

Os autores partiram da idéia de que avaliar apenas um mecanismo de defesa não teria utilidade clínica para identificar o nível de desenvolvimento emocional de um indivíduo. O adequado seria identificar um conjunto de mecanismos de defesa que caracterizasse melhor uma etapa de desenvolvimento. Dessa maneira, poderiam identificar um “estilo” de funcionamento pelo predomínio da utilização de um bloco de mecanismos

relacionados a uma etapa de maturidade emocional, de acordo com o descrito por Shapiro em 1965²². Denominaram os agrupamentos de mecanismos de “fatores”, que correspondem aos “estilos”.

Andrews, Bond, et al. reorganizaram esse questionário em 40 perguntas (“Defense Style Questionnaire” – DSQ-40) relacionadas às 20 defesas descritas no DSM-III-R^{22, 26, 27, 31}. Quatro defesas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruismo, idealização e formação reativa); e doze ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autista, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). Cada uma das defesas será conceituada a seguir:

a) Fator Imaturo (mecanismos de defesa imaturos):

- Projeção: atribuir as próprias idéias e afetos intoleráveis a outras pessoas;
- Passividade agressiva: atacar outras pessoas por meio de sua própria inatividade, masoquismo, etc.;
- “Acting”: substituir seus conflitos e emoções pela ação direta, não se permitindo refletir e percebê-los psicologicamente;
- Isolamento: separar os sentimentos das idéias originalmente a eles associados;
- Desvalorização: exagerar auto ou heterodepreciação;
- Fantasia: substituição da real confrontação de problemas, sentimentos difíceis e conflitos por devaneios excessivos;
- Negação: falta de reconhecimento de aspectos dolorosos da realidade, tanto interna quanto externa;
- Deslocamento: transferência do alvo original de impulsos, desejos e sentimentos para outros alvos substitutos, permanecendo inconscientes os originais;
- Dissociação: rompimento da função integradora da consciência, memória e percepção de si mesmo, do ambiente ou de ações, fazendo com que o

indivíduo não reconheça um conjunto de sentimentos próprios como sendo seus;

- Cisão: compartimentalização de estados afetivos opostos que o indivíduo não consegue perceber como partes de um mesmo todo;
- Racionalização: construção de explicações conscientemente aceitáveis para impulsos e desejos inaceitáveis que permanecem inconscientes para o indivíduo;
- Somatização: valorização das sensações somáticas em detrimento das percepções psíquicas das emoções^{29, 31}.

b) Fator neurótico (mecanismos de defesa neuróticos):

- Repressão: impede que impulsos rechaçados cheguem ao consciente;
- Anulação: produção de sentimentos, pensamentos ou ações que teriam o poder, em fantasia, de tornar inócuos impulsos, desejos e pensamentos inaceitáveis;
- Pseudo-altruísmo: torna aceitável para o indivíduo a sua própria imagem, ameaçada pela percepção consciente de impulsos inaceitáveis, p.ex., ajudando outros para ganhar elogios principalmente;
- Idealização: atribuição a outros ou a si mesmo de qualidades excessivamente positivas;
- Formação Reativa: mantém inconscientes impulsos ou desejos rechaçados, substituindo-os pelos seus opostos, p.ex., gentileza excessiva que encobre impulsos agressivos inconscientes.

c) Fator maduro (mecanismos de defesa maduros):

- Altruísmo: preocupação e comportamento genuinamente voltado ao bem-estar alheio, sem descuidar de si mesmo, diferentemente do auto-sacrifício;

- Sublimação: canalização dos impulsos conflitivos por comportamentos construtivos e socialmente aceitáveis;
- Supressão: marco da maturidade; implica em postergar satisfações imediatas de impulsos, evitando deliberadamente sentimentos e pensamentos perturbadores de maneira tranqüila e sem culpa;
- Antecipação: a capacidade de prever conseqüências de seus atos e desejos, procurando satisfações alternativas e aproveitando experiências anteriores;
- Humor: capacidade de lidar com conflitos por meio de seus aspectos divertidos ou irônicos, amenizando o estresse a eles associados, permitindo assim a expressão dos afetos de maneira menos incômoda e perturbadora para si e para os outros^{29, 31}.

No DSQ-40, cada defesa é avaliada por duas perguntas. Cada resposta a cada pergunta é avaliada numa escala de 1 (“discordo totalmente”) a 9 (“concordo totalmente”). O escore individual de cada um dos 20 mecanismos de defesa é dado pela média dos escores dos seus dois itens correspondentes. O escore de cada fator é dado pela média dos escores dos mecanismos de defesa pertencentes a ele. O DSQ-40 foi validado em alguns estudos que correlacionaram as defesas maduras com saúde física e mental, desenvolvimento psíquico, satisfação profissional e matrimonial, e felicidade³¹. Os três fatores (ou estilos) foram validados por meio de entrevistas clínicas³¹.

Em um estudo, os pacientes com Transtorno do Pânico usaram mais defesas imaturas e neuróticas do que os controles, e os pacientes mais graves usaram mais defesas imaturas do que os menos graves. Os pacientes mais graves possuíam maior co-morbidade com Depressão Maior. Como na literatura internacional, os pacientes com Depressão Maior também apresentaram maior uso de defesas imaturas, os autores concluem que o estudo não teve poder de discriminar se o maior uso de defesas imaturas era devido à gravidade do Transtorno do Pânico somente ou à co-morbidade com Depressão Maior³⁰.

Em um estudo posterior do mesmo grupo de pesquisadores, a gravidade do Transtorno do Pânico se mostrou significativamente correlacionada ao estilo de defesas neuróticas, mas não ao estilo de defesas imaturo. Esse resultado

difere do estudo anterior, provavelmente, porque nessa amostra não havia comorbidade com Transtornos do Humor e nem refratários ao tratamento. Considerando os achados de vários estudos na literatura internacional que associaram as defesas imaturas com depressão, os autores concluíram que as defesas imaturas estão mais relacionadas com o estado depressivo e as neuróticas com a ansiedade e sua gravidade³².

Outro estudo mostrou que o Transtorno do Pânico, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno Depressivo Maior aumentaram o uso das defesas imaturas e neuróticas, enquanto o Transtorno de Ansiedade Social aumentou somente o uso das defesas imaturas. Entretanto, o Transtorno Depressivo teve uma influência ainda maior sobre o uso das defesas imaturas³³.

4 QUALIDADE DE VIDA

O foco na Qualidade de Vida vem sendo uma demanda dos movimentos sociais desde os anos 60 e 70, insatisfeitos com os resultados dos tratamentos médicos, com ênfase apenas em sintomas. A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença³⁴, mas as políticas nacionais de saúde têm priorizado o controle da morbidade e principalmente da mortalidade³⁴. Nos anos 90, houve um grande movimento para incluir o conceito de Qualidade de Vida na prestação de serviços médicos e de saúde em geral³⁴. A Qualidade de Vida corresponde à sensação subjetiva de preenchimento das expectativas em relação à própria vida, indo além do controle de sintomas apenas³⁴.

Não há consenso universal sobre o conceito de Qualidade de Vida, entretanto, pode-se esquematizá-lo em dois tipos: um genérico e outro relacionado especificamente à saúde. O primeiro está relacionado com o alcance do indivíduo às suas expectativas e metas de vida, e como ele está manejando seus aspectos internos e externos, incluindo a saúde. O segundo correlaciona-se diretamente com os sintomas de doenças e suas disfunções. Em saúde mental, o conceito mais adequado para pesquisa parece ser o mais genérico, muito mais expressivo das fortes associações entre psicopatologia e fatores ambientais, como suporte social e autonomia³⁵.

A psicopatologia pode influenciar no empobrecimento das habilidades individuais para manejar com o ambiente, ao mesmo tempo em que o desequilíbrio deste pode desencadear o aparecimento ou reagudização da psicopatologia³⁴. O desafio é desenvolver instrumentos psicometricamente válidos para avaliar a Qualidade de Vida. Como a maioria desses instrumentos foi desenvolvida nos Estados Unidos e Europa, a OMS constituiu um Grupo de Qualidade de Vida (The WHOQOL Group), com a finalidade de construir instrumentos com uma perspectiva transcultural³⁶.

Esse grupo, em 1995, definiu Qualidade de Vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações”³⁶. Esse conceito é subjetivo e não reflete a percepção do profissional de saúde ou de familiares³⁶. O conceito do Grupo WHOQOL apresenta três aspectos fundamentais: 1. subjetividade: é a percepção do indivíduo que está em questão; 2. multidimensionalidade: sua medida deve ser feita por escores em vários domínios (físico, mental, social, etc.); 3. presença de dimensões positivas e negativas: para uma boa qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (como mobilidade) e outros ausentes (como dor)³⁶.

As características psicométricas da versão em português brasileiro, publicadas por Fleck, et al., em 1999, foram semelhantes às dos instrumentos transculturais. A necessidade de um instrumento menor para avaliar a qualidade de vida em grandes grupos fez com que o Grupo WHOQOL criasse o WHOQOL-bref. Esse instrumento consta de 26 questões, duas gerais e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100. No WHOQOL-bref cada uma das 24 facetas é avaliada apenas por uma questão, diferentemente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada por quatro questões.

Os seis domínios que compõem o WHOQOL-100 foram concentrados em quatro: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente³⁶. O WHOQOL pretende ser abrangente e aplicável a várias doenças e outras situações não-médicas. A OMS priorizou cinco áreas de maior interesse atual: doenças crônicas, cuidadores de doentes, situações de estresse extremo, dificuldades graves de comunicação e crianças³⁷. Essas áreas deverão ser contempladas com instrumentos específicos, que complementem o nuclear.

Nesse contexto, o projeto LIDO (“Longitudinal Investigation of Depression Outcomes”) foi desenvolvido pela OMS para avaliar a relação entre sintomas depressivos, Qualidade de Vida e utilização de serviços em pacientes que procuram por atenção primária, em seis centros de diferentes países (Austrália, Brasil, Espanha, Israel, Estados Unidos e Rússia). Como parte desse projeto, em um estudo realizado no Brasil, a intensidade dos sintomas depressivos estava inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde¹⁸. Nesse estudo foi constatado, pela primeira vez para a realidade brasileira, que os

pacientes com mais sintomas depressivos tinham mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliavam sua Qualidade de Vida como pior.

Esse resultado está de acordo com a crescente evidência na literatura sobre o impacto da depressão e dos sintomas depressivos no funcionamento geral do indivíduo. Outros achados importantes foram que os pacientes com sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais dias ao trabalho do que os menos deprimidos¹⁸. A alta prevalência de mulheres entre os que procuram atendimento está de acordo com vários outros da literatura médica. Os achados permitem associar sintomas depressivos a pior Qualidade de Vida, mas não permitem uma conclusão sobre causalidade, pois tanto a depressão poderia ser responsável pela avaliação pior do que o contrário¹⁸.

O “Global Burden of Diseases” (OMS) atribui à Depressão Maior o quarto lugar entre as maiores causas de incapacidade por qualquer condição médica¹⁸. O grupo WHOQOL procurou desenvolver um conceito de Qualidade de Vida que fosse o mais abrangente possível, incorporando alguns modelos que priorizavam uma ou outra dimensão e produzindo uma nova versão mais integradora³⁷. Observa-se que neste, e em outros modelos que vem se desenvolvendo, há uma busca no sentido de valorizar a percepção subjetiva dos pacientes em relação às várias dimensões de sua vida, inclusive à sua satisfação pelos serviços de saúde³⁷.

5 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

O tratamento da fibromialgia tem sido frustrante para pacientes e profissionais da saúde por ser uma síndrome crônica com fatores etiológicos indefinidos e fronteiras diagnósticas imprecisas, que apresenta uma série de sintomas superpostos a outros diagnósticos. Não há um tratamento específico, mas algumas abordagens têm se mostrado úteis, no sentido de reduzir os sintomas. Frequentemente se observa forte impacto negativo na capacidade laborativa e nas relações sociais e familiares dos fibromiálgicos.

A associação com transtornos psiquiátricos, principalmente depressão, tem sido relatada na literatura internacional. Principalmente nos últimos dez anos, tem se acentuado a preocupação dos clínicos com a melhora da qualidade de vida dos pacientes e não apenas com a redução de sintomas. Há fortes evidências de que a depressão piora a qualidade de vida significativamente, sendo vista como um dos maiores problemas de saúde pública pela OMS. Dessa maneira, justifica-se um estudo que tem por foco avaliar a frequência da associação entre fibromialgia e depressão e a qualidade de vida dos seus portadores. Além disto, o estudo também visa a comparar o estilo dos mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes com fibromialgia com e sem depressão.

6 HIPÓTESES

A hipótese de trabalho é de que entre as pacientes femininas com fibromialgia que procuram o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre há uma elevada associação com depressão, e que estas pacientes têm pior qualidade de vida e usam mais mecanismos mal-adaptativos, quando comparadas com aquelas com fibromialgia sem depressão.

7 OBJETIVOS GERAIS

Identificar a prevalência de depressão entre as pacientes femininas com fibromialgia que procuram o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, assim como identificar os níveis de maturidade dos mecanismos inconscientes de defesa e avaliar também a qualidade de vida.

8 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar a frequência de depressão nas pacientes femininas com fibromialgia por meio de entrevista clínica psiquiátrica e entrevista estruturada de acordo com o DSM-IV (MINI);
- Averiguar a gravidade do estado depressivo atual dessas pacientes por meio da aplicação do BDI (“Inventário para Depressão do Beck”);
- Identificar o perfil dos mecanismos de defesa utilizados pelas pacientes com fibromialgia por meio da aplicação do DSQ-40 (“Defensive Style Questionnaire”);
- Avaliar os níveis de qualidade de vida nas pacientes com fibromialgia por meio da aplicação da WHOQOL-bref;
- Comparar a qualidade de vida e o nível de maturidade dos mecanismos de defesa das pacientes com fibromialgia com e sem depressão.

9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (número 04-447 de 15 de dezembro de 2004) e todos os pacientes concordaram e assinaram um documento de “Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo A) antes de participarem da pesquisa. Os pacientes que participaram da pesquisa foram selecionados a partir da agenda de marcação regular do Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA. Após o diagnóstico de fibromialgia, foram referenciados ao Programa de Estudos sobre a Dor (PRODOR) do Serviço de Psiquiatria do HCPA, ambos com mais de vinte anos de parceria. Não foi realizada nenhuma chamada extra para captar pacientes para a pesquisa e todos foram avaliados e tratados dentro dos protocolos dos Serviços. Além da aplicação das escalas de auto-avaliação, providenciadas pelo autor, nenhum custo adicional foi acrescentado ao atendimento regular dos pacientes, como exames laboratoriais, etc. O HCPA é um hospital universitário que atende a pacientes do SUS em sua grande maioria. Todos os dados desta pesquisa estão à disposição do HCPA e do SUS.

Não houve conflito de interesses por parte do Autor e Colaboradores.

Este estudo contou com suporte financeiro da Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

10 ARTIGO 1 (INGLÊS)*

Quality of life and defense mechanisms in fibromyalgic female patients with or without depression

Aguiar RW^(a), Blaya C^(b), Cardoso BM^(b), Filippou AP^(b), Machado CB^(b), Felício G^(b), Marteleite M^{(a)(c)}, Manfro GG^{(a)(b)}

^(a) Post-Graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* (UFRGS)

^(b) Psychiatry Outpatient Unit, *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

^(c) Head of the Palliative and Pain Service at *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Correspondence:

Rogério Wolf de Aguiar

Av. Lajeado, 505

90460-110 Porto Alegre, RS, Brasil

Phone./Fax: (XX 55 51) 33321728

E-mail: wolfaguiar@uol.com.br

Abstract

This study aims to verify the frequency of depression among female patients with fibromyalgia and to evaluate quality of life and defense mechanism styles of patients who have current depression as compared to those without depression. Eighty-six patients were assessed and 62 (72.1%) presented current Major Depression or Dysthymia, according to DSM-IV. These patients present worse quality of life, evaluated by WHOQOL ($p < 0.008$) and employed more maladaptive defense mechanisms, evaluated by DSQ-40 ($p < 0.001$), as compared to patients without current depression. In conclusion, depression should be treated vigorously in order to improve quality of life of female patients with fibromyalgia.

Key words: Fibromyalgia; Chronic pain; Quality of life; Defense mechanisms.

1 Introduction

Fibromyalgia has been characterized as a chronic syndrome according to the criteria from the American College of Rheumatology¹. These criteria present high sensitivity and specificity to differentiate fibromyalgia from other forms of chronic musculoskeletal pains². The diagnosis requires at least three consecutive months of generalized pain and excessive tenderness on hand pressure of around 4k by fingertip in 11 to 18 pre-defined points at minimum¹. The prevalence of fibromyalgia in the USA is of 2%, being seven times more frequent in women than men. It is the second most frequent rheumatological disorder². Even though children have already been diagnosed with it, the onset of symptoms occurs between 25 and 65 years of age, whereas it is more frequent in the range from the 50 to the 69 years of age³.

Several other symptoms often occur with fibromyalgia, such as painful sensation to normally non-noxious stimuli (allodynia), sleep disorders, fatigue, paresthesias, migraines, Raynaud syndrome and psychiatric symptoms. There is also a diagnosis overlapping, which in 75% of the cases there might be comorbidities along psychiatric disorders, thus making it more difficult for the examiner to render a differential diagnosis³.

In order to explain the high frequency of the association between fibromyalgia and depression, three hypothesis have been formulated: fibromyalgia is just a clinical manifestation of depression; or, as an opposing view, depression is a consequence of fibromyalgia (as well as many other chronic diseases); or, still, both present physiopathological mechanisms in common as an anormal response to stress³.

Defense mechanisms are characterized, according to psychoanalytical literature, as techniques applied in order to deal with intrapsychic conflicts regarding impulses, desires and affections from one side, and, on the other, a strong internal opposition to become acceptable by the subject himself⁴. Vaillant proposed a hierarchization of the several defense mechanisms in four groups, from the least to the most adaptable ones⁵. Bond developed the "Defense Style Questionnaire" (DSQ-40), an instrument to identify the unconscious defense mechanisms that are inferred through thoughts and behaviors related to them⁶. Bond and Vaillant suggested a hierarchization in three groups: immature, neurotic

and mature mechanisms⁷. Studies suggest that Depressive Disorder has been closely associated to the use of immature defenses⁸.

Quality of life has been a demand from social movements since the 60's due to the dissatisfaction with the results from medical treatments which focused on symptoms. World Health Organization (WHO) defines health as a state of complete physical, mental and social well-being, and not just the lack of disease. The inter-relations between psychopathology and environmental factors suggest that, regarding mental health, the concept of quality of life is broad, being wider than just health actions directed to symptoms relief⁹. A study coordinated by Fleck showed that, in primary care in Brazil, patients with more symptoms of depression evaluated their own quality of life as worse, and they used health services more often and remained inactive and admitted in hospitals for longer periods than the less depressed ones, even when the latter presented other pathologies¹⁰.

Taking into consideration all the controversy that persist when associating fibromyalgia and depression, we designed this study to verify the frequency of depression in female fibromyalgic patients who seek clinical treatment from a service specialized in pain. We also aimed to compare the quality of life and the defense mechanism styles of such patients to the ones who do not suffer from depression.

2 Methods

This study was previously approved by the Ethical Committee for Researches at the Hospital HCPA (number 04-447, December 15th, 2004) and all patients signed an informed consent before entering the study.

Eighty-six female patients with fibromyalgia, according to the criteria from the ACR, were evaluated by the Pain Service and Palliative Medicine from *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* and directed to the Pain Studies Program at the Psychiatric Service from the same hospital. The psychiatric evaluation was conducted through clinical interviews, confirmed by MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), which is a structured psychiatric interview¹¹.

The defense mechanisms were assessed by DSQ-40 (Defense Style Questionnaire), a 40-question self-applied questionnaire^{12, 13}. DSQ-40 evaluates 20 defense mechanisms, which are divided in three levels (factors): immature,

neurotic and mature ones¹³. There are eleven defenses in the immature group: projection, passive-aggression, acting out, isolation, devaluation, autistic fantasy, denial, displacement, dissociation, splitting and somatization. Four relate to the neurotic factor: undoing, pseudo-altruism, idealization and reactive formation. Five relate to the mature factor: sublimation, humor, anticipation, rationalization and suppression. Each defense is assessed by two questions (items). Each item is assessed through a range from 1 (“strongly disagree”) to 9 (“strongly agree”). The individual tally of each defense is obtained by the means of the scores of their two correspondent items. The score of each factor is obtained by the means of the scores of the defenses belonging to it¹³.

Quality of life was evaluated by “World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version” (WHOQOL-Bref), a 26-question self-applied questionnaire and validated in different cultures¹⁰. Two of the questions regard overall quality of life, and the others regard the four domains: physical, psychological, social relations and environmental. The physical domain is composed by questions about pain and discomfort, energy and fatigueness, sleep and rest, mobility, daily life’s activities, drug dependency and treatment, and work skills. The psychological domain includes questions about positive feelings, thought, learning, memory and concentration, self-esteem, body image and looks, negative feelings, spirituality, religion and personal beliefs. The social relations domain evaluates personal relationships, social support and sexual activity. The environmental domain evaluates personal protection and safety, home environment, financial resources, quality and accessibility to health and to social interaction, opportunities to acquire information and new skills, participation in leisurely and recreational activities, physical environment (pollution, noise, traffic, weather) and means of transportation. The scale has scores ranging from 1-100 in each domain, where higher scores are associated to a better quality of life.

BDI (Beck Depression Inventory) is a 21-multiple choice item test, which proposes to measure the presence and severity of depression in adults and adolescents. Each one of the 21 items evaluates a symptom or an attitude that seems to be pertinent to depressed patients and it is consistent to the depiction of depression found in psychiatric literature¹⁴.

2.1 Statistical Analyses

Sociodemographic variables were evaluated according to frequency, mean and standard deviation. Student's t test was used to compare quantitative variables and Fisher's exact test was also used to compare categorical data. Bonferroni's correction test was used. Pearson's chi-square test was used to evaluate the correlation between the severity of depression and quality of life.

When sociodemographic variables differed, a logistic regression was performed with the intention of controlling confounding factors. The analysis was conducted in accordance to SPSS, statistical package, 12.0 version. A difference of $p < 0.05$ was considered statistically relevant.

3 Results

The mean age was 48.52 (± 10.58) years old. Seventy-two patients (83.7%) presented at least one psychiatric comorbidity. Current depression (Major Depression or Dysthymia) was the most recurrent psychiatric diagnosis and it was observed in 62 subjects (72.1%). Table 1 describes the psychiatric diagnoses according to MINI. Fourteen (22.6%) of these sixty-two patients were not taking psychotropic medication, twenty-six of them (41.93%) were on low doses of tricyclic antidepressants (TAD), and twenty patients (32.25%) were receiving proper dose of TAD or selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for the treatment of depression. The two remaining patients were taking benzodiazepinic drugs. The most frequent use of psychopharmacs (antidepressants and benzodiazepinics) was among the 62 depressed patients (77.4%), while among the other 24 patients who were not depressed only 50% used the aforementioned medications (chi-square 6.16, $p = 0.019$).

The patients were characterized for presenting symptoms of fibromyalgia for a long period (average of 7.28 ± 7.61 years). There were no significant differences in the duration of fibromyalgia symptoms between depressed and non-depressed patients ($F = -0.305$, $p = 0.76$). Patients with current depression were younger than the non-depressed ones (mean age 46.06 years old, $DP \pm 10.03$ vs. 52.29 ± 11.23 , $t = 2.09$, $p = 0.039$).

Table 2 shows the quality of life compared between depressed and non-depressed patients fibromyalgic female patients. The depressed patients

presented an inferior quality of life in all domains when compared to the non-depressive ones ($p < 0.008$). The greater the severity of the depression, which was evaluated by BDI, the worse the quality of life in all domains: physical $r = -0.42$, $p = 4.6 \times 10^{-5}$; psychological $r = -0.69$, $p = 3.02 \times 10^{-13}$; social relations $r = -0.54$, $p = 1.01 \times 10^{-7}$; environmental $r = -0.66$, $p = 6.19 \times 10^{-12}$; overall quality of life $r = -0.61$, $p = 3.84 \times 10^{-10}$. Table 3 shows the defense mechanisms used by the depressed and non-depressed patients. Those who suffer from depression used more immature defense mechanisms when compared to the non-depressive ones ($p < 0.001$). A logistic regression was performed in order to control these associations in relation to age differences. All quality of life domains and the scores of mature and immature defense mechanisms remained correlated to depression in the abovementioned logistic regression.

4. Discussion

The mean age of the patients who were included in this study is representative of the population suffering from fibromyalgia that has been described in international literature³. Seventy-two patients (83.7%) presented at least one psychiatric comorbidity. Sixty-two (72.1%) presented Major Depression or Dysthymia, which is in accordance to the highest expectative found in the international literature (14 to 71%)¹⁵. A study found a higher frequency of fibromyalgia in depressed female patients when compared to depressed male ones, though the severity of the depression among men was greater. This result urges the scientific debate concerning the influence of gender in the perception of a series of stimuli, such as noxious ones. It is still not clear the significance of hormonal differences between men and women over such stimuli¹⁶.

It is known that specialized services for the treatment of pain are very much sought after by patients who present psychiatric and emotional disorders, which can lead to an explanation for the high association between fibromyalgia and depression, found in previous studies. Comorbidity between fibromyalgia and depression can be explained, in part, by the neurotransmitters system. The depletion of monoaminic neurotransmitters (such as serotonin) and catecholaminics (such as noradrenaline and dopamine) is enough to trigger depression in vulnerable individuals¹⁷. When the central nervous system is

activated by a peripheral noxious stimulus, it responds automatically through efferent pathways, modulating pain intensity. Serotonin is a neurotransmitter in these efferent paths. There have been studies that show that serotonin is decreased in the plasma and liquor of patients who suffer from fibromyalgia. This could be a common physiopathological mechanism that would explain partially the high association between fibromyalgia and depression¹⁵.

Although there was a significant number of depressed patients taking antidepressants (32.25%) in proper doses for the treatment of depression, the majority of the patients was either taking subdoses or not taking any psychopharmacs whatsoever. This is due, probably, to the difficulty to diagnose depression since there is a great number of depressed people who is not identified by physicians at large. There has not been found a significant difference between the depressed and non-depressed groups regarding the chronicity of fibromyalgia symptoms (average of 8 years).

Fibromyalgic depressed female patients use more maladapted defense mechanisms when compared to non-depressed patients. The immature defense style seems to be associated to the worst level of depressive symptomatology. This finding complies with Fernandez's and Turck's study¹⁸, which argues that the almost totality of scientific literature approaches the association between anxiety and depression with fibromyalgia, however, it does not deepen the analyses of the evaluation of feelings such as anger that have shown to be of large importance in these cases. According to these authors, great part of these patients have difficulties to apprehend their own feelings and they use denial as the defense mechanism, which in turn makes it difficult for the physicians to perceive them. Thus, deeper feelings are not properly evaluated.

Quality of life was considerably worse among the depressed patients. This result is in accordance with the study published by Fleck¹⁰, who found a correlation between quality of life and depression symptoms among primary care patients. Our study found, besides that, a correlation between the severity of depression and the loss of quality of life in all evaluated domains.

5 Conclusions

Data from the present study supports the international literature regarding the close association between depression and fibromyalgia, and it shows the correlation between depression and a worsened quality of life of such patients. The quality of life is directly proportional to the severity of depression, regardless the patients' age. The presence of depression also increased the use of immature defense mechanisms and decreased the mature ones. The delineation of this study does not allow us to clarify what the cause is and what the effect is in these correlations. However, the obtained results strongly support the international literature and such results emphasize the need to correctly diagnose depression and treat it with the purpose of improving significantly the quality of life of female patients suffering from fibromyalgia.

6 Acknowledgments

The authors are grateful to the Pain and Palliative Medicine Service team of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre and to the collaboration of patients.

7 Resources and financial aid

The authors declare that there are no conflicts of interest.

This study was supported by Fundação de Incentivo a Pesquisa e Eventos of Hospital de Clinicas de Porto Alegre (FIPE).

8 References

1. Wolfe F, Smithe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia - Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172
2. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L: Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 2004;292(19):2388-2395
3. Burkham J, Harris Jr DH: Fibromyalgia: A Chronic Pain Syndrome, in Harris Kelley's Textbook of Rheumatology, 7th ed., 2005, Chapt 36

4. Freud, A: O Ego e os Mecanismos de Defesa. Biblioteca Universal Popular, Rio de Janeiro, 1968, pp 54-65 (The Ego and the Mechanisms of Defense. N.York, International University Press, 18th printing, 1966)
5. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO: An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 786-794
6. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ: Empirical study of self-rated defense styles. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:333-338
7. Bond, MP, Vaillant, JS: An Empirical Study of the Relationship between Diagnosis and Defense Style. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 285-288
8. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG: Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? Rev Bras Psiquiatr 2006;28(3):179-183
9. Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV: Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. Rev. Bras. Psiquiatria 2007; 29 (3): 271-278
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V: Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. Rev. Saúde Pública 2000;34(2):178-183
11. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(3):106-115
12. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M: Brazilian portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. Rev Bras Psiquiatr 2004;26(4):255-258
13. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro GG, Bond M: Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. Psychotherapy Research 2007;17(3): 261-270
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory to measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571

15. Turk DC, Okifuji A: Fibromyalgia Syndrome: Prevalent and Perplexing. Pain Clinical Updates 2003; XI (3) sept: 1-4
16. Vishne T, Fostick L, Silberman A, Kupchick M, Rubinow A, Amital H, Amital D: Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males. Rheumatol Int 2008 feb
17. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Transtornos Afetivos, in Tratado de Psiquiatria (4ª ed). Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2006, pp 209-251
18. Fernandez E, Turk DC: The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. Pain 1995; 61(2):165-175

Table 1. Demographics and clinical features

	Total sample n=86 (%)	Depression comorbidity		P
		Yes (n=62) n (%)	No (n=24) n (%)	
Demographics				
Age, years	48.52 +10.58	47.06+10.03	52.29 +11.23	0.039
Marital status with partner	49 (57)	35 (56)	14 (58)	1
Education ≥ 8 years	40 (46)	29 (47)	11 (46)	1
Clinical features				
Duration of disorder (years)	7.29 + 7.61	7.44+7.71	6.68 +7.49	0.76
Psychiatric Co-morbidities				
Bipolar Disorder	12 (14)	12 (19)	0 (0)	0.017
Suicide risk	20 (23)	20 (32)	0 (0)	0.001
Panic Disorder/ Agoraphobia	15 (17)	12 (19)	3 (12)	0.54
Social anxiety	7 (8)	7 (11)	0 (0)	0.18
Obsessive compulsive disorder	2 (2)	2 (3)	0 (0)	1
Generalized Anxiety Disorder	49 (57)	41 (66)	8 (33)	0.008
PTSD	3 (3)	3 (5)	0 (0)	0.55
Bulimia	2 (2)	2 (3)	0 (0)	1

Note: Continuity variables were presented by mean±SD; Student t test for independent samples was used.

Categorical variables were present by count (percent); Fisher exact-test was used.

*p<.05

Table 2. Comparison on WHOQOL between patients with and without Depression comorbidity

Domains	Without	With	<i>t-value</i>	<i>p</i>
	Depression	Depression		
	(n=24)	(n=62)		
	mean \pm SD	Mean \pm SD		
1. Physical	41.33 \pm 8.68	35.09 \pm 9.90	2.70	0.008*
2. Psychological	54.89 \pm 9.53	37.59 \pm 10.01	7.28	<0.001*
3. Social Relations	59.56 \pm 11.63	40.17 \pm 13.37	6.24	<0.001*
4. Environment	62.86 \pm 10.27	47.82 \pm 9.15	6.24	<0.001*
General Quality of Life	48.33 \pm 9.28	36.52 \pm 12.26	4.81	<0.001*

* **p significant after Bonferroni's correction**

**Table 3. Defense mechanisms – comparison between patients with and without depression
(means \pm standard deviation)**

	Without Depression (n=24)	With Depression (n=62)	t	p
Sublimation	7.33 \pm 1.47	5.50 \pm 2.40	4.27	<.001*
Humor	6.43 \pm 1.63	4.16 \pm 2.64	4.80	<.001*
Anticipation	6.83 \pm 1.63	6.07 \pm 2.38	1.68	0.097
Suppression	5.64 \pm 1.70	4.23 \pm 2.59	2.94	0.004*
Rationalization	6.50 \pm 2.03	4.91 \pm 2.22	3.03	0.003*
Mature defenses	6.55 \pm 0.93	4.97 \pm 1.62	5.42	<.001*
Undoing	5.22 \pm 2.39	5.21 \pm 2.10	0.02	0.983
Pseudo altruism	5.66 \pm 1.98	5.79 \pm 1.92	-0.26	0.792
Idealization	4.31 \pm 2.09	4.74 \pm 2.20	-0.82	0.414
Active reaction	5.39 \pm 1.89	4.62 \pm 2.39	1.40	0.163
Neurotic defenses	5.15 \pm 1.24	5.09 \pm 1.30	0.181	0.857
Projection	2.97 \pm 2.37	5.33 \pm 2.11	-4.47	<.001*
Passive aggression	3.52 \pm 2.13	5.04 \pm 1.88	-3.24	0.002*
Acting out	3.95 \pm 1.99	6.18 \pm 2.38	-4.05	<.001*
Isolation	3.70 \pm 2.23	5.22 \pm 2.36	-2.70	0.008
Devaluation	4.08 \pm 2.19	4.28 \pm 2.14	-0.38	0.702
Autistic fantasy	2.87 \pm 1.92	5.05 \pm 2.59	-3.73	<.001*
Denial	3.72 \pm 1.75	3.35 \pm 2.16	0.755	0.452
Displacement	4.52 \pm 2.57	5.81 \pm 2.16	-2.35	0.021
Dissociation	4.08 \pm 1.69	3.73 \pm 2.39	0.779	0.451
Splitting	4.18 \pm 1.89	5.41 \pm 1.90	-2.70	0.008
Somatization	4.81 \pm 2.86	6.19 \pm 2.54	-2.17	0.032
Immature defenses	3.85 \pm 1.25	5.05 \pm 1.08	-4.40	<.001*

* p significant after Bonferroni adjustment

11 ARTIGO 1 (PORTUGUÊS)

Qualidade de vida e estilo de mecanismos de defesa em pacientes femininas com fibromialgia, com e sem depressão

Aguiar RW^(a), Blaya C^(b), Cardoso BM^(b), Filippon AP^(b), Machado CB^(b), Felício G^(b), Marteleite M^{(a)(c)}, Manfro GG^{(a)(b)}

^(a) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

^(b) Programa de Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

^(c) Chefe do Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Correspondência:
Rogério Wolf de Aguiar
Av. Lajeado, 505
90460-110 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel./Fax: (55 51) 33321728
E-mail: wolfaguiar@uol.com.br

Resumo

Este estudo tem como objetivos verificar a frequência de depressão entre pacientes femininas com fibromialgia e avaliar a qualidade de vida e os estilos de mecanismos de defesa das pacientes com depressão atual comparadas àquelas sem depressão. Oitenta e seis pacientes foram avaliadas e 62 (72,1%) apresentaram Depressão Maior ou Distímia, de acordo com o DSM-IV. Essas pacientes apresentaram pior qualidade de vida, avaliada pelo WHOQOL ($p < 0,008$) e usaram mais mecanismos de defesa mal-adaptativos, avaliados pelo DSQ-40 ($p < 0,001$), quando comparadas com as pacientes sem depressão atual. Em conclusão, a depressão deve ser tratada vigorosamente para melhorar a qualidade de vida das pacientes com fibromialgia.

Descritores: Fibromialgia; Qualidade de Vida; Mecanismos de defesa; Dor crônica.

1 Introdução

A fibromialgia tem sido caracterizada como uma síndrome crônica pelos critérios do Colégio Americano de Reumatologia¹. Estes critérios apresentam alta sensibilidade e especificidade para diferenciar fibromialgia de outras formas de dor músculo-esquelética crônica². O diagnóstico requer pelo menos três meses consecutivos de dor generalizada e sensibilidade excessiva à pressão de cerca de 4 kg pela ponta do dedo em no mínimo 11 de 18 pontos pré-definidos¹. A prevalência de fibromialgia é de 2% nos Estados Unidos, sendo sete vezes mais freqüente em mulheres do que em homens. É o segundo mais freqüente transtorno reumatológico². Embora já tenha sido descrita em crianças, o início dos sintomas em geral ocorre entre 25 e 65 anos de idade, sendo mais freqüente na faixa dos 50 aos 69 anos³.

Vários outros sintomas ocorrem com freqüência na fibromialgia, tais como sensação dolorosa a estímulos normalmente não-dolorosos (alodínia), perturbações do sono, fadiga, parestesias, enxaqueca, síndrome de Raynaud e sintomas psiquiátricos. Há também grande superposição com outros diagnósticos, sendo que em 75% dos casos podem apresentar co-morbidades com transtornos psiquiátricos, tornando ainda mais difícil para o examinador fazer um diagnóstico diferencial³.

Três hipóteses têm sido formuladas para explicar a alta freqüência de associação entre fibromialgia e depressão: a fibromialgia é apenas uma manifestação clínica de depressão; ou, ao contrário, a depressão é uma consequência da fibromialgia (como de várias outras doenças crônicas); ou, ainda, ambas têm mecanismos fisiopatológicos comuns, como uma resposta anormal ao estresse³.

Mecanismos de defesa são caracterizados, de acordo com a literatura psicanalítica, como métodos utilizados para lidar com conflitos intrapsíquicos entre impulsos, desejos e afetos de um lado e, de outro, forte oposição interna por serem inaceitáveis pelo próprio indivíduo⁴. Vaillant propôs uma hierarquização

dos vários mecanismos de defesa em quatro grupos, dos menos para os mais adaptativos⁵. Bond criou o “Defense Style Questionnaire” (DSQ-40), um instrumento para identificar os mecanismos de defesa inconscientes, inferidos por meio de pensamentos e comportamentos a eles relacionados⁶. Bond e Vaillant propuseram que a hierarquização dos mecanismos de defesa ficasse dividida em três grupos no DSQ-40: imaturos, neuróticos e maduros⁷. Um dos estudos mais recentes sugere que o Transtorno Depressivo esteja fortemente associado ao uso de defesas imaturas⁸.

O foco na qualidade de vida vem sendo uma demanda dos movimentos sociais desde os anos 60 e 70, insatisfeitos com os resultados de tratamentos médicos com ênfase em sintomas. A OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença. As inter-relações entre psicopatologia e fatores ambientais sugerem que, em saúde mental, o conceito de qualidade de vida seja abrangente, e não apenas relacionado com as ações de saúde voltadas apenas para o alívio de sintomas⁹. Um estudo coordenado por Fleck mostrou que, em atenção primária no Brasil, os pacientes com mais sintomas depressivos avaliavam sua própria Qualidade de Vida como pior, consultavam mais os serviços de saúde e permaneciam mais tempo inativos e internados do que os menos deprimidos, mesmo que estes últimos tivessem outras patologias associadas¹⁰.

Considerando todas as controvérsias que persistem na associação da fibromialgia com a depressão, delineamos este estudo para verificar a frequência de depressão em pacientes femininas com fibromialgia que procuram atendimento ambulatorial em um serviço especializado em dor e comparar a qualidade de vida e o estilo de mecanismos de defesa dessas pacientes com aquelas sem depressão.

2 Métodos

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (número 04-447 de 15 de dezembro de 2004) e todas as pacientes concordaram e assinaram um documento de “Consentimento Livre e Esclarecido” antes de participarem da pesquisa.

Oitenta e seis pacientes femininas, com fibromialgia, segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia, avaliadas pelo Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA, foram encaminhadas consecutivamente para o Programa de Estudos sobre a Dor (PRODOR), do Serviço de Psiquiatria do mesmo hospital. A avaliação psiquiátrica foi feita por meio de entrevistas clínicas, confirmadas pelo MINI (“Mini International Neuropsychiatric Interview”), uma entrevista psiquiátrica estruturada¹¹.

Os mecanismos de defesa foram avaliados pela DSQ-40 (“Defense Style Questionnaire”), um questionário auto-aplicável com 40 questões^{12, 13}. O DSQ-40 avalia 20 mecanismos de defesa, divididos em três níveis (fatores): imaturos, neuróticos e imaturos¹³. Onze defesas estão no grupo imaturo: projeção, passivo-agressiva, atuação, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, cisão e somatização. Quatro se relacionam ao fator neurótico: anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa. Cinco se relacionam ao fator maduro: sublimação, humor, antecipação, racionalização e supressão. Cada defesa é avaliada por duas questões (itens). Cada item é avaliado numa escala de 1 (“discordo totalmente”) a 9 (“concordo totalmente”). O escore individual de cada uma das defesas é dado pela média dos escores dos seus dois itens correspondentes. O escore de cada fator é dado pela média dos escores das defesas pertencentes a ele¹³.

A qualidade de vida foi avaliada pelo “World Health Organization Quality of Life Instrument – Short Version” (WHOQOL-Bref), um questionário auto-aplicado e validado em diferentes culturas, com 26 questões¹⁰. Duas destas versam sobre qualidade de vida em geral, e as demais se relacionam com quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental. O primeiro domínio, físico, é composto por questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades cotidianas da vida, dependência de medicamentos e tratamento, e habilidades para o trabalho. O domínio psicológico inclui questões que se referem a sentimentos positivos, pensamento, aprendizado, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. O domínio de relações sociais avalia as relações pessoais, suporte social e atividade sexual. O domínio ambiental avalia segurança e proteção pessoal,

ambiente residencial, recursos financeiros, qualidade e acessibilidade à saúde e à participação social, oportunidade de adquirir informações e habilidades novas, participação em atividades recreacionais e de lazer, ambiente físico (poluição, ruído, tráfego, clima) e transporte. A escala possui escores de 1-20 ou de 1-100 em cada domínio, com escores maiores associados com melhor qualidade de vida. No estudo presente, a escala de 1-100 foi usada.

O BDI (“Beck Depression Inventory”) é um teste com 21 itens de múltipla escolha que se propõe a medir a presença e o grau de depressão em adolescentes e adultos. Cada um dos 21 itens avalia um sintoma ou uma atitude que aparenta ser específico de pacientes deprimidos e que é consistente com a descrição de depressão encontrada na literatura psiquiátrica¹⁴.

2.1 Análise Estatística

As variáveis sociodemográficas foram avaliadas pela frequência, médias e desvio-padrão. O Teste t de Student foi usado para comparar variáveis quantitativas. Foi utilizada a correção de Bonferroni. O Teste Exato de Fisher foi usado para comparar dados categóricos. O teste de Pearson foi usado para avaliar a correlação da gravidade da depressão com a qualidade de vida. Quando as variáveis sociodemográficas diferiam, uma regressão logística foi feita para controlar os fatores de confusão.

A análise foi conduzida de acordo com o pacote estatístico do SPSS, versão 12.0. Uma diferença de $p < 0.05$ foi considerada estatisticamente significativa.

3 Resultados

A média de idade foi de 48,52 ($\pm 10,58$) anos. Setenta e duas (83,7%) pacientes tinham ao menos uma co-morbidade psiquiátrica. Depressão atual (Depressão Maior ou Distímia) foi o diagnóstico psiquiátrico mais frequente e foi registrado em 62 sujeitos (72,1%). A Tabela 1 descreve os diagnósticos psiquiátricos de acordo com o MINI. Das 62 pacientes com depressão atual, quatorze (22,6%) estavam sem medicação psicotrópica, vinte e seis (41,93%) usavam doses baixas de antidepressivos tricíclicos (ADT), e vinte (32,25%) estavam usando doses adequadas para tratamento da depressão com ADT ou

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS). As duas pacientes restantes estavam usando benzodiazepínicos.

O uso de psicofármacos (antidepressivos e benzodiazepínicos) foi mais freqüente entre as 62 pacientes com depressão (77,4%) do que entre as 24 sem depressão (50%) (Qui quadrado 6,16, $p=0,019$). As pacientes se caracterizaram por terem sintomas de fibromialgia por longo tempo (média de $7,28 \pm 7,61$ anos). Não foi encontrada diferença significativa na duração dos sintomas de fibromialgia entre as com e sem depressão atual ($F= -0,305$, $p=0,76$). As pacientes com depressão atual eram mais jovens do que aquelas sem depressão (média de 46,06 anos, DP $\pm 10,03$ vs. $52,29 \pm 11,23$, $t = 2,09$, $p = 0,039$).

A Tabela 2 mostra uma comparação da qualidade de vida entre pacientes com e sem co-morbidade com depressão. As pacientes com depressão concorrente mostraram pior qualidade de vida em todos os domínios, quando comparadas com aquelas sem depressão ($p<0,008$). Quanto maior a gravidade da depressão avaliada pelo BDI, pior a qualidade de vida em todos os domínios (físico $r= -0,42$ $p= 4,6 \times 10^{-5}$; psicológico $r= -0,69$ $p= 3,02 \times 10^{-13}$; relações sociais $r= -0,54$ $p= 1,01 \times 10^{-7}$; ambiental $r= -0,66$ $p= 6,19 \times 10^{-12}$; qualidade de vida geral $r= -0,61$ $p= 3,84 \times 10^{-10}$).

A Tabela 3 mostra os mecanismos de defesa usados pelas pacientes com e sem depressão. As pacientes com depressão usaram mais mecanismos de defesa imaturos e menos mecanismos maduros ($p<0,001$) do que as sem depressão. Todos os domínios da qualidade de vida e escores de defesas maduras e imaturas permaneceram correlacionados com a depressão, na regressão logística controlada para a idade.

4 Discussão

A média de idade das pacientes incluídas neste estudo é representativa da população com fibromialgia descrita na literatura internacional³. Setenta e duas pacientes (83,7%) apresentaram ao menos uma co-morbidade psiquiátrica. Sessenta e duas (72,1%) tinham Depressão Maior ou Distímia atuais, o que está de acordo com as mais altas expectativas encontradas na literatura internacional (14 a 71%)¹⁵. Um estudo encontrou uma freqüência maior de fibromialgia em pacientes mulheres deprimidas em comparação aos homens deprimidos, embora

a gravidade da depressão entre os homens tenham sido maior. Esse resultado retoma o debate científico sobre a influência do gênero nas diferenças de percepção a uma série de estímulos, como o doloroso. Ainda não está claro qual o peso que as diferenças hormonais entre homens e mulheres teria sobre essas sensações¹⁶.

Sabe-se também que os serviços especializados no tratamento da dor são muito procurados por pacientes com transtornos psiquiátricos e distúrbios emocionais, o que pode explicar a alta associação entre fibromialgia e depressão encontrada em estudos anteriores. A co-morbidade entre fibromialgia e depressão pode ser, em parte, explicada pelo sistema de neurotransmissores. A depleção de neurotransmissores monoamínicos (como serotonina) ou catecolaminicos (como noradrenalina e dopamina) é suficiente para desencadear depressão em indivíduos vulneráveis¹⁷. Quando acionado pelo estímulo doloroso periférico, o sistema nervoso central responde automaticamente, por meio de vias eferentes, modulando a sua intensidade. A serotonina é um neurotransmissor dessas vias eferentes. Há estudos que mostram que ela está diminuída no plasma e no liquor de pacientes com fibromialgia. Este poderia ser um mecanismo fisiopatológico comum para explicar, em parte, a alta associação entre fibromialgia e depressão¹⁵.

Apesar de um número significativo de pacientes deprimidos estar utilizando antidepressivos (32,25%) em doses adequadas para o tratamento da depressão, a maioria dos pacientes ou estava utilizando sub-dose ou não estava utilizando psicofármaco algum. Provavelmente isto se deve à dificuldade de diagnosticar depressão, o que está de acordo com a literatura internacional, pois um grande número de deprimidos não é identificado pelos clínicos em geral. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos com e sem depressão quanto à cronicidade dos sintomas de fibromialgia (média de oito anos).

As pacientes fibromiálgicas com depressão utilizavam mecanismos defensivos mais mal-adaptativos em comparação com as pacientes sem depressão. O estilo defensivo imaturo parece estar associado ao pior nível de sintomatologia depressiva. Esse achado está de acordo com o estudo de Fernandez e Turck¹⁸, que discute que quase a totalidade da literatura científica aborda a associação entre ansiedade e depressão com fibromialgia, mas não se

aprofunda na avaliação de sentimentos como a raiva, que são de grande importância nesses casos. Segundo esses autores, grande parte desses pacientes tem dificuldade de perceber seus próprios sentimentos e utilizam como mecanismo defensivo a negação, dificultando a percepção destes também para os examinadores. Dessa forma, sentimentos mais profundos não são adequadamente avaliados.

A qualidade de vida foi significativamente pior entre as pacientes com depressão concorrente. Esse resultado está de acordo com o estudo publicado por Fleck e cols.¹⁰, que encontrou correlação entre pior qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes em atenção primária. Nosso estudo encontrou, além disso, uma correlação entre a maior gravidade da depressão e a acentuação da pior qualidade de vida, em todos os domínios avaliados.

5 Conclusões

Os dados do presente estudo corroboram a literatura internacional no que se refere à forte associação entre depressão e fibromialgia, e mostram a correlação entre a depressão e a pior qualidade de vida em tais pacientes. A pior qualidade de vida é diretamente proporcional à gravidade da depressão, independentemente da idade. A presença de depressão também aumentou o uso dos mecanismos de defesa imaturos e diminuiu o de maduros. O delineamento deste estudo não nos permite esclarecer o que é causa e o que é efeito nessas correlações. Entretanto, os resultados obtidos corroboram fortemente a literatura internacional e enfatizam a necessidade de diagnosticar corretamente a depressão e tratá-la para melhorar significativamente a qualidade de vida dos pacientes que sofrem com a fibromialgia.

6 Agradecimentos

Os autores agradecem à equipe do Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e à colaboração das pacientes.

7 Recursos e apoio financeiro

Os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Este estudo contou com o suporte financeiro da Fundação de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

8. Referências

1. Wolfe F, Smithe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia - Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172
2. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L: Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 2004;292(19):2388-2395
3. Burkham J, Harris Jr DH: Fibromyalgia: A Chronic Pain Syndrome, in Harris Kelley's Textbook of Rheumatology, 7th ed., 2005, Chapt 36
4. Freud, A: O Ego e os Mecanismos de Defesa. Biblioteca Universal Popular, Rio de Janeiro, 1968, pp 54-65 (The Ego and the Mechanisms of Defense. N.York, International University Press, 18th printing, 1966)
5. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO: An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 786-794
6. Bond M, Gardner ST, Christian L, Sigal JJ: Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:333-338
7. Bond, MP, Vaillant, JS: An Empirical Study of the Relationship between Diagnosis and Defense Style. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 285-288
8. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, Manfro GG: Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(3):179-183
9. Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV: Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Rev. Bras. Psiquiatria* 2007; 29 (3): 271-278
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V: Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(2):178-183

11. Amorim P: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-115
12. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M: Brazilian portuguese version of the Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) for defenses mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):255-258
13. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro GG, Bond M: Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research* 2007;17(3): 261-270
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory to measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571
15. Turk DC, Okifuji A: Fibromyalgia Syndrome: Prevalent and Perplexing. *Pain Clinical Updates* 2003; XI (3) sept: 1-4
16. Vishne T, Fostick L, Silberman A, Kupchick M, Rubinow A, Amital H, Amital D: Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males. *Rheumatol Int* 2008 feb
17. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Transtornos Afetivos, in *Tratado de Psiquiatria* (4ª ed). Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2006, pp 209-251
18. Fernandez E, Turk DC: The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995; 61(2):165-175

Tabela 1. Características demográficas e clínicas

	Amostra Total n=86 (%)	Co-morbidade com Depressão		P
		Sim (n=62) n (%)	Não (n=24) n (%)	
Demografia				
Idade (anos)	48,52 +10,58	47,06+10,03	52,29 +11,23	0,039
Estado conjugal Com parceiro	49 (57)	35 (56)	14 (58)	1
Educação ≥ 8 anos	40 (46)	29 (47)	11 (46)	1
Características clínicas				
Duração do transtorno (anos)	7,29 + 7,61	7,44+7,71	6,68 +7,49	0,76
Co-morbidades psiquiátricas				
Transtorno Bipolar	12 (14)	12 (19)	0 (0)	0,017
Risco de suicídio	20 (23)	20 (32)	0 (0)	0,001
Pânico/ Agorafobia	15 (17)	12 (19)	3 (12)	0,54
Ansiedade Social	7 (8)	7 (11)	0 (0)	0,18
Transtorno Obsessivo-compulsivo	2 (2)	2 (3)	0 (0)	1
Ansiedade Generalizada	49 (57)	41 (66)	8 (33)	0,008
Estresse pós-traumático	3 (3)	3 (5)	0 (0)	0,55
Bulimia	2 (2)	2 (3)	0 (0)	1

Nota: as variáveis contínuas estão apresentadas por média ± desvio padrão. O teste t de Student foi utilizado para amostras independentes. As variáveis categóricas estão apresentadas por porcentagem e o teste Exato de Fisher foi usado.
P<0,005

Tabela 2. Comparação na WHOQOL entre pacientes com e sem co-morbidade com depressão

Domínios	Sem depressão	Com depressão	Valor de t	p
	(n=24) Média ± DP	(n=62) Média ± DP		
1. Físico	41,33 ± 8,68	35,09 ± 9,90	2,70	0,008*
2. Psicológico	54,89 ± 9,53	37,59 ± 10,01	7,28	<0,001*
3. Relações sociais	59,56 ± 11,63	40,17 ± 13,37	6,24	<0,001*
4. Ambiental	62,86 ± 10,27	47,82 ± 9,15	6,24	<0,001*
Qualidade de Vida Geral	48,33 ± 9,28	36,52 ± 12,26	4,81	<0,001*

* p significativo após correção de Bonferroni

Tabela 3. Mecanismos de defesa – Comparação entre pacientes com e sem co-morbidade com depressão (média \pm desvio padrão)

	Sem depressão (n=24)	Com depressão (n=62)	t	p
Sublimação	7,33 \pm 1,47	5,50 \pm 2,40	4,27	<0,001*
Humor	6,43 \pm 1,63	4,16 \pm 2,64	4,80	<0,001*
Antecipação	6,83 \pm 1,63	6,07 \pm 2,38	1,68	0,097
Supressão	5,64 \pm 1,70	4,23 \pm 2,59	2,94	0,004*
Racionalização	6,50 \pm 2,03	4,91 \pm 2,22	3,03	0,003*
Defesas maduras	6,55 \pm 0,93	4,97 \pm 1,62	5,42	<0,001*
Anulação	5,22 \pm 2,39	5,21 \pm 2,10	0,02	0,983
Pseudo-altruísmo	5,66 \pm 1,98	5,79 \pm 1,92	-0,26	0,792
Idealização	4,31 \pm 2,09	4,74 \pm 2,20	-0,82	0,414
Formação reativa	5,39 \pm 1,89	4,62 \pm 2,39	1,40	0,163
Defesas neuróticas	5,15 \pm 1,24	5,09 \pm 1,30	0,181	0,857
Projeção	2,97 \pm 2,37	5,33 \pm 2,11	-4,47	<0,001*
Passivo-agressiva	3,52 \pm 2,13	5,04 \pm 1,88	-3,24	0,002*
Atuação	3,95 \pm 1,99	6,18 \pm 2,38	-4,05	<0,001*
Isolamento	3,70 \pm 2,23	5,22 \pm 2,36	-2,70	0,008
Desvalorização	4,08 \pm 2,19	4,28 \pm 2,14	-0,38	0,702
Fantasia autística	2,87 \pm 1,92	5,05 \pm 2,59	-3,73	<0,001*
Negação	3,72 \pm 1,75	3,35 \pm 2,16	0,755	0,452
Deslocamento	4,52 \pm 2,57	5,81 \pm 2,16	-2,35	0,021
Dissociação	4,08 \pm 1,69	3,73 \pm 2,39	0,779	0,451
Cisão	4,18 \pm 1,89	5,41 \pm 1,90	-2,70	0,008
Somatização	4,81 \pm 2,86	6,19 \pm 2,54	-2,17	0,032
Defesas imaturas	3,85 \pm 1,25	5,05 \pm 1,08	-4,40	<0,001*

* p significativo após correção de Bonferroni

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O forte impacto negativo que a depressão tem sobre a qualidade de vida das pacientes com fibromialgia está de acordo com o estudo de Fleck¹⁸, que mostra que a depressão está associada com menor qualidade de vida dos pacientes em atenção primária, mesmo quando comparados com portadores de várias outras patologias crônicas. Há um debate na literatura científica especializada sobre a prevalência de depressão em fibromialgia: é maior ou igual à que está associada a outras patologias crônicas de qualquer natureza? Não há consenso até o momento, embora alguns autores pendam para um lado ou para outro. De qualquer maneira, neste estudo, assim como em vários outros da literatura científica internacional, a prevalência de depressão encontrada foi alta.

A inclusão da avaliação dos mecanismos de defesa do ponto de vista psicodinâmico, e a sua correlação com a depressão e a qualidade de vida em pacientes com fibromialgia, é uma característica singular e inédita deste estudo no contexto da literatura internacional. O mais próximo encontrado é a avaliação do perfil psicológico do ponto de vista cognitivo. A utilização do DSQ-40 entre os instrumentos de avaliação das pacientes com fibromialgia corresponde a mais uma ampliação do uso deste questionário, que é uma tentativa de objetivar e mensurar a observação do dinamismo inconsciente dos indivíduos. A criação e a validação do DSQ-40 é consequência de um longo trabalho de um grupo de psicanalistas, que se propõe a transpor para a pesquisa científica, inclusive quantitativa, a possibilidade de avaliar o inconsciente, mesmo que indiretamente.

Um desafio instigante é o de continuar a procurar entender a importância do fator “gênero” na fibromialgia. A proporção de mulheres é muito maior do que de homens com este diagnóstico. Os mecanismos envolvidos não estão claros. A opção do autor foi incluir exclusivamente pacientes femininas neste estudo para manter a homogeneidade demográfica, mas certamente novos estudos comparativos com o sexo masculino são desejáveis.

Um resultado que chama a atenção é a diminuição da qualidade de vida correlacionada com a gravidade da depressão. Quanto pior a depressão, pior a qualidade de vida, independentemente da idade das pacientes. Este resultado é mais

um reforço para valorizar adequadamente o impacto da depressão nestas pacientes.

A depressão não estava sendo tratada adequadamente num número significativo de pacientes. Isto não é surpresa, pois há inúmeras evidências de que a depressão não é suficientemente diagnosticada pelos clínicos em geral. No caso da fibromialgia, que provavelmente não é diferente de outras patologias, a repercussão clínica desta falta de reconhecimento da depressão é muito grande. A depressão não tratada tem várias conseqüências negativas sobre a evolução de várias patologias: diminuição da adesão ao tratamento, diminuição das defesas imunológicas, maior exposição a riscos de acidentes, maior permanência hospitalar, maior risco de intercorrências clínicas, etc. O tratamento adequado da depressão, quando presente, é imperativo, portanto. Para que isto ocorra, é necessário o diagnóstico adequado. Como este não está sendo feito, é necessário que aumente a capacitação do clínico geral que trabalha em atenção primária, principalmente, através de programas de saúde pública. Possivelmente outras medidas educativas serão necessárias também.

Finalmente, os resultados deste estudo sugerem que pacientes com fibromialgia sejam visualizados em segmentos particulares, escolhendo o tratamento mais indicado para aquele grupo específico. Por exemplo, aqueles pacientes com depressão ou sem depressão, certamente necessitarão maior ênfase num ou noutro tipo de tratamento. Resumindo, a abordagem multidisciplinar numa síndrome tão multifatorial como a fibromialgia, é absolutamente necessária, tanto do ponto de vista de pesquisa como de tratamento.

13 CONCLUSÕES

- a) Há uma alta frequência de depressão entre as pacientes femininas com fibromialgia que procuram atendimento ambulatorial no Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- b) As pacientes fibromiálgicas com depressão utilizam mais mecanismos de defesa imaturos e neuróticos do que aquelas sem depressão;
- c) As pacientes fibromiálgicas com depressão têm pior qualidade de vida do que aquelas sem depressão;
- d) Foi observada uma correlação significativa entre a gravidade da depressão e pior qualidade de vida;
- e) O correto diagnóstico da depressão e seu tratamento adequado são importantes para diminuir a morbidade e melhorar a qualidade de vida das pacientes com fibromialgia.

REFERÊNCIAS

1. WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheumatology*, v. 33, p. 160-172, 1990.
2. TURK, D. C.; OKIFUJI, A. Fibromyalgia syndrome: prevalent and perplexing pain. *Clinical Updates*, v. 11, n. 3, p. 1-4, 2003.
3. GOLDENBERG, D.L.; BURCKHARDT, C.; CROFFORD, L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, v. 292, n. 19, p. 2388-2395, 2004.
4. BURKHAM, J.; HARRIS JR. D. H. Fibromyalgia: a chronic pain syndrome. In: HARRIS, J. *Kelley's textbook of rheumatology*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier, 2005. Chapt 36.
5. TURCK, D. C. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain Patients, *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, v. 28, n. 6, p. 573-579, 2003.
6. TURCK, D. C.; THIEME, K.; FLOR, H. Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: efficacy of operant behavioral and cognitive behavioral treatments. *Arthritis Research & Therapy*, v. 8, n. 4, p. 121-132, 2006.
7. VISHNE, T. et al. Fibromyalgia among major depression disorder females compared to males. *Rheumatology International*, feb 2008.
8. ROTH, R. Psychogenic models of chronic pain: a selective review and critique. In: MASSIE, M. J, ed. *Pain: what psychiatrists need to know. Review of Psychiatry*, v. 19, n. 2, p. 89-131, 2000.
9. MORAN, M. G. Connective tissue diseases. In: STOUDEMIRE, A. ; FOGEL, B. S.; GREENBERG, D. B. (Ed.). *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd ed. New York: Oxford University, 2000. p. 898-903.
10. LANTSHEERE, B. Une approche psychanalytique de la douleur chronique (a psychoanalytical approach of chronic pain). *Revue Medicale de Bruxelles*, v. 4, p. 214-218, 2000.
11. GABBARD, G. O. Major modalities. In: GABBARD, G. O.; BECK, J. S.; HOLMES, J. In: *Oxford textbook of psychotherapy*. New York: Oxford University, 2005. p. 4
12. PORTENOY, R. K.; CHEVILLE, A. L. Chronic pain management. In: STOUDEMIRE, A.; FOGEL, B. S.; GREENBERG, D. B. (Ed). *Psychiatric care of the medical patient*. 2nd. ed. New York: Oxford University, 2000. p. 199-225.

13. MCDANIEL, J. S.; BROWN, F. W.; COLE, S. A. Assessment of depression and grief reactions in the Medically Ill. In: Psychiatric care of the medical patient. 2nd ed. New York: Oxford University, 2000. p. 149-164.
14. BOUCKOMS, A. J.; HACKETT, T. P. Pain patients. In: CASSEM, N. H. (Ed.) Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry. 4th ed. St. Louis: Mosby, 1997. p. 367-413.
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th. ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
16. DUBOVSKY, S. L.; DAVIES, R.; DUBOVSKY, A. Transtornos do humor. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C. (Ed.) Tratado de psiquiatria clínica 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 426-521.
17. PRINCE, M. No health without mental health: global mental health 1. The Lancet, p. 13-31, sept. 2007.
18. FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 87-94, 2002.
19. GELDER, M.; MAYOU, R.; COWEN, P. Transtornos afetivos. In: Tratado de psiquiatria. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 209-51.
20. FERNANDEZ, E.; TURK, D. C. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. Pain, v. 61, n. 2, p. 165-175, 1995.
21. FREUD, A. O Ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 1968.
22. BOND, M. et al. Empirical study of self-rated defense styles. Archives of General Psychiatry, v. 40, p. 333-338, 1983.
23. VAILLANT, G. E.; BOND, M.; VAILLANT, C. O. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Archives of General Psychiatry, v. 43, p. 786-794, 1986.
24. BOND, M. P.; VAILLANT, J. S. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. Archives of General Psychiatry, v. 43, p. 285-288, 1986.
25. PERRY, J. C.; COOPER, S. H. An empirical study of defense mechanisms. Archives of General Psychiatry, v. 46, p. 444-452, 1989.
26. ANDREWS, A.; POLLOCK, C.; STEWART, G. The determination of defense style by questionnaire. Archives of General Psychiatry, v. 46, p. 455-460, 1989.

27. POLLOCK, C.; ADREWS, G. Defense styles associated with specific anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, v. 146, p. 1500-1502, 1989.
28. SPINHOVEN, P.; KOOIMAN, C. G. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 185, p. 87-94, 1997.
29. BLAYA, C. et al. Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research*, v. 17, n. 3, p. 261-270, 2007.
30. KIPPER, L. et al. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 192, p. 58-64, 2004.
31. BLAYA, C. et al. Defense mechanisms: the use of the defensive style questionnaire. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 5, n. 1, p. 67-80, 2005.
32. KIPPER, L. et al. Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 193, n. 9, p. 619-624, 2005.
33. BLAYA, C. et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 179-183, 2003.
34. QUILTY, L. C. et al. Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, v. 17, p. 405-426, 2003.
35. NIEDERAUER, K. G. et al. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 3, p. 271-278, 2007.
36. FLECK, M. P. A. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* v. 34. N.2, Apr 2000.
37. FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Hospital de Clínicas de Porto Alegre Serviço de Psiquiatria – PRODOR

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as características de personalidade e o modo de ser em pacientes com Fibromialgia que procuram o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA. Para participar da pesquisa, você será convidado a responder perguntas e escalas sobre o seu jeito de ser, sintomas de ansiedade e de depressão. A avaliação constará de uma entrevista psiquiátrica e a aplicação de escalas com duração total de cerca de duas horas.

Eu fui informado dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa. Os resultados de sua avaliação me serão informados. Meu atendimento será realizado normalmente, dentro das finalidades do Serviço de Dor e Medicina Paliativa e do Serviço de Psiquiatria.

O (a) pesquisador(a) certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, de de

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Contato com pesquisador Rogério Wolf Aguiar – Fone: 2101-8294.

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO

FOLHA DE ROSTO

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: (M) (F) Grau de instrução: _____

Data do aparecimento dos sintomas de fibromialgia: _____

Data do aparecimento dos sintomas de depressão: _____

Data do aparecimento dos sintomas de ansiedade: _____

	Sim	Não
A		
A vida		
B		
C		
D		
E		
F		
G		
H		
I		
J		
K		
L		
M		
N		
O		

ANEXO C – DSQ-40

Nome: _____

Idade: _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda fortemente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

ANEXO D – WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.					
Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E - INVENTÁRIO PARA DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

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) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta 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.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 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 esperança 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 para 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 às vezes.
 - 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 devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

- 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.
- 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.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas 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 dificuldade em 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 ou 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 dificuldade 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 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto 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 outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO F - M.I.N.I.- Mini International Neuropsychiatric Interview

(Brazilian version 5.0.0)