

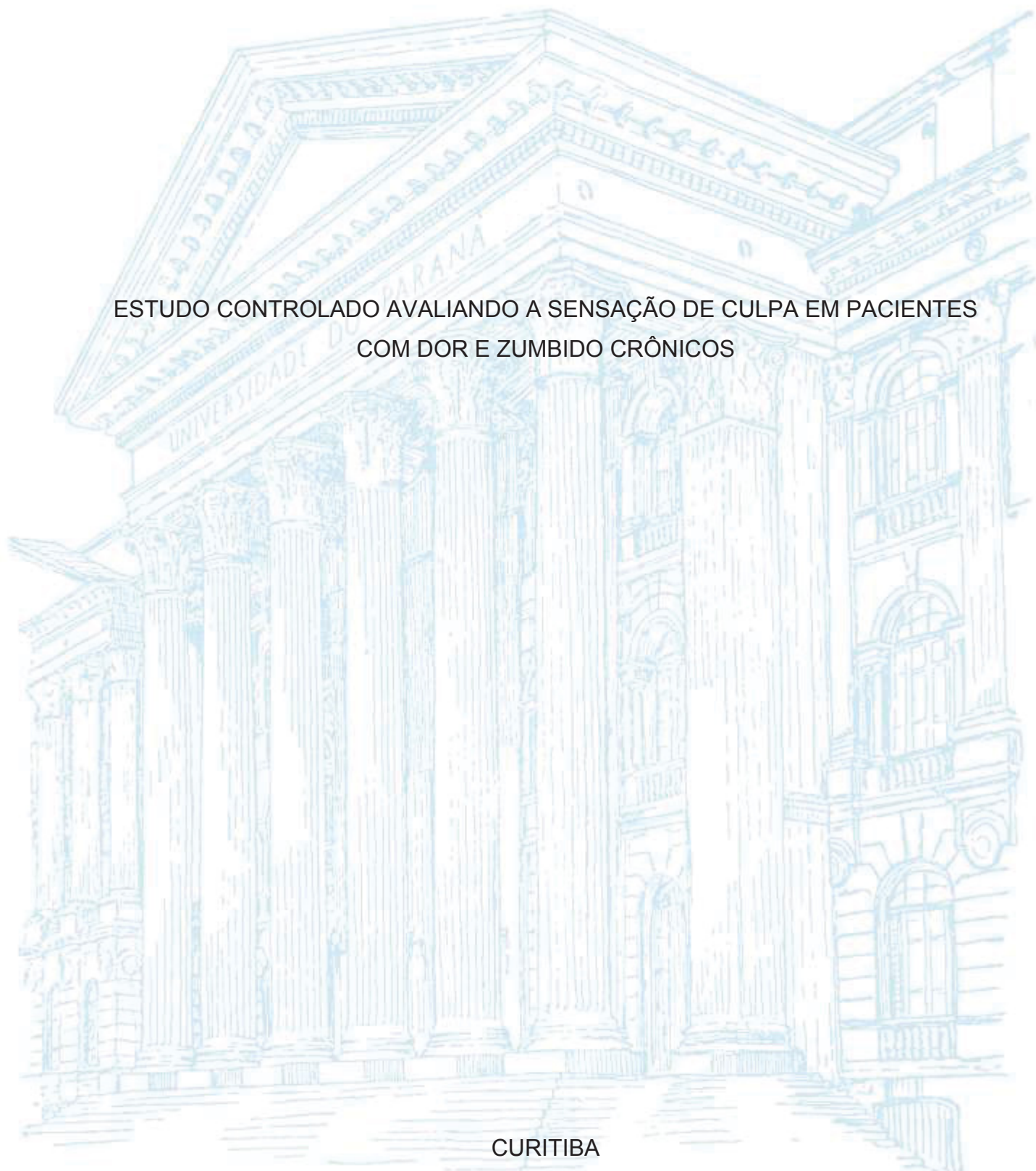
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINE MENSOR FOLCHINI

ESTUDO CONTROLADO AVALIANDO A SENSÇÃO DE CULPA EM PACIENTES  
COM DOR E ZUMBIDO CRÔNICOS

CURITIBA

2018



CAROLINE MENSOR FOLCHINI

ESTUDO CONTROLADO AVALIANDO A SENSAÇÃO DE CULPA EM PACIENTES  
COM DOR E ZUMBIDO CRÔNICOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre e Ciências da Saúde no Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Área Concentração: Neurologia da Dor

Orientador: Prof. Dr. Élcio Juliato Piovesan

Co-orientador: Dr. Pedro André Kowacs

CURITIBA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS – SIBI/UFPR,  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - SD, BIBLIOTECÁRIO FRANCISCO JOSÉ CORDEIRO  
CRB9/1734, COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR.

F663 Folchini, Caroline Mensor  
Estudo controlado avaliando a sensação de culpa em pacientes com  
dor e zumbido crônicos / Caroline Mensor Folchini. – Curitiba, 2018.  
131 f.: il.

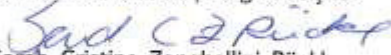
Orientador: Prof. Dr. Élcio Juliato Piovesan  
Coorientador: Dr. Pedro André Kowacs  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná.

1. Culpa. 2. Ansiedade - complicações. 3. Depressão -  
complicações. 4. Manejo da dor - psicologia. 5. Cura pela fé -  
psicologia. 6. Cura mental - psicologia. 7. Dor crônica – reabilitação. 8.  
Zumbido – reabilitação. 9. Qualidade de vida – psicologia. I. Piovesan,  
Élcio Juliato. II. Kowacs, Pedro André. III. Programa de Pós -  
Graduação em Medicina Interna. Setor de Ciências da Saúde.  
Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: WL 704.6

## PARECER

Aos seis dias do mês de abril do ano de dois mil e dezoito, a banca examinadora constituída pelos Professores: Sarah Cristina Zanghellini Rückl (TUIUTI-PR), Raffael Massuda (Depto. de Psiquiatria e Medicina Forense/UFPR) e Orientador Elcio Juliato Piovesan (Depto./UFPR), exarou o presente parecer sobre a dissertação de mestrado elaborada por CAROLINE MENSOR FOLCHINI, aluna concluinte do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde – Mestrado e Doutorado desta Universidade Federal do Paraná, intitulada: "ESTUDO CONTROLADO AVALIANDO A SENSÇÃO DE CULPA EM PACIENTES COM DOR E ZUMBIDO CRÔNICOS". A Banca examinadora considerou que a aluna apresentou trabalho adequado para dissertação, e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas de modo a merecer a sua **aprovação**, sendo recomendado à Universidade Federal do Paraná, que lhe seja concedido o título de **Mestre em Medicina Interna e Ciências da Saúde**. A banca considerou o trabalho de grande relevância à Saúde Pública, e recomendam a publicação de artigo em revista técnico-científica com corpo editorial depois de incorporadas às sugestões apresentadas no decurso das arguições, cumpridas outras exigências previstas em normativas da pós-graduação.

  
Sarah Cristina Zanghellini Rückl

  
Raffael Massuda

  
Elcio Juliato Piovesan

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais ao meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

Ao meu querido esposo, por estar ao meu lado, me incentivando e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado.

Aos meus pais, meu infinito agradecimento, pois sempre acreditaram em minha capacidade, isso só me fortaleceu, me motivando a fazer o melhor. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao Dr. Paulo Piá, que me incentivou a correr atrás de meu sonho, me apresentando ao coorientador.

Aos professores Dr. Elcio Juliato Piovesan e Dr. Pedro André Kowacs, que acreditaram em meu potencial de uma forma à que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Mostraram que há muito por trás de uma dissertação, que além de pesquisador precisa ter humanidade e compreensão perante nossos pacientes. Vocês são referências profissionais e pessoais na minha trajetória. Obrigada por estarem ao meu lado e acreditarem tanto em mim!

Aos pesquisadores Dr. Marcelo Daudt von der Heyde, Dra. Rita de Cássia Cassou Guimarães, Dr. Alexandre Pulido e Dra. Karina Gustafson que me auxiliaram na execução dos questionários.

A Juliana Rotondi, por acreditar em meu potencial, ao me passar esse audacioso projeto.

A todos os pacientes que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos divididos juntos, especialmente a Kátia Vieira, Diego, Maiara, Camila, Fernanda, Anderson e a professora Solena que tornaram mais leve meu trabalho.

À secretária da Pós-Graduação em Medicina Interna, Valéria, por todos os conselhos e auxílios que me deu nesse período de intenso estudo.

A Dra Iara, coordenadora da Pós-Graduação, por estar sempre me incentivando.

Agradeço, também, à CAPES pelo apoio financeiro.

Finalmente, gostaria de agradecer à Pós-Graduação de Medicina Interna da UFPR por abrir as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.  
**(Martin Luther King Jr.)**

## RESUMO

Dentro do significado da palavra dor existe um componente intrínseco de punição, castigo, sanção, sofrimento e tormento. Na prática clínica entendemos pouco a relação entre a dor e culpa. Objetivo: Avaliar presença do sentimento de culpa em pacientes portadores de dor crônica (DC) comparando-os com zumbido crônico (ZC) e um grupo de voluntários sadios (VS). Metodologia: Através de um estudo transversal avaliou-se nestes três grupos os graus de ansiedade, depressão, sentimento de culpa, atitude religiosa e qualidade de vida (QV). Resultados: Os níveis de ansiedade e depressão entre os grupos DC versus ZC foram semelhantes ( $p=0,790$ ) ( $p=0,938$ ), respectivamente, e diferentes entre os grupos DC versus VS ( $p<0,001$ ) ( $p<0,001$ ) e ZC versus VS ( $p<0,001$ ) ( $p<0,001$ ). O sentimento de culpa demonstrou ser semelhante entre o grupo DC versus ZC ( $p=0,155$ ) e DC versus VS ( $p=0,065$ ), entretanto superior no grupo ZC versus VS ( $p=0,004$ ). Ao comparar a QV entre grupos DC versus VS e ZC versus VS observa-se diferença significativa ( $p<0,001$ ) nas duas comparações realizadas. Referente à atitude religiosa não se observou diferença significativa entre os grupos. Conclusão: Pacientes com DC possuem um sentimento de culpa semelhante aos controles sadios. Pacientes com ZC possuem um sentimento de culpa superior aos controles sadios.

Palavras-chave: Culpa; Dor Crônica; Zumbido Crônico.



## ABSTRACT

Within the meaning of the word pain there is an intrinsic component of punishment, punishment, punishment, suffering and torment. In clinical practice we understand little the relation between pain and guilt. Objective: To evaluate the presence of guilt in patients with chronic pain (CD), comparing them with chronic tinnitus (ZC) and a group of healthy volunteers (VS). Methodology: Through a cross-sectional study, the three levels of anxiety, depression, guilt, religious attitude and quality of life (QOL) were evaluated in these three groups. RESULTS: The levels of anxiety and depression among DC versus ZC groups were similar ( $p = 0.790$ ) ( $p = 0.938$ ), respectively, and different between the DC versus VS groups ( $p < 0.001$ ) and ZC versus VS ( $p < 0.001$ ) ( $p < 0.001$ ). Guilt was found to be similar between the DC versus ZC group ( $p = 0.155$ ) and DC vs SV ( $p = 0.065$ ), however higher in the ZC versus VS group ( $p = 0.004$ ). When comparing the QoL between DC versus VS and ZC versus VS groups, a significant difference ( $p < 0.001$ ) was observed in the two comparisons. Regarding the religious attitude, there was no significant difference between the groups. Conclusion: Patients with CD have a guilty feeling similar to srad controls. Patients with ZC have a higher sense of guilt than srad controls.

Keywords: Guilt; Chronic pain; Chronic Tinnitus.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DESENHO DO ESTUDO .....	78
------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	PERFIL DEMOGRÁFICO DOS TRÊS GRUPOS.....	38
TABELA 2	ETIOLOGIA RELACIONADA COM O SURGIMENTO DA DOR E DO ZUMBIDO CRÔNICOS .....	38
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DE DEPRESSÃO ENTRE OS TRÊS GRUPOS.....	45
TABELA 4	TABELA DESCRITIVA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	45
TABELA 5	DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES ANSIEDADE ENTRE OS TRÊS GRUPOS .....	46
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE CULPA ENTRE OS GRUPOS ..	46
TABELA 7	ASSOCIAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE DOR CRÔNICA E ZUMBIDO CRÔNICO, COM FATORES DE CULPA E ATITUDE RELIGIOSA.....	47
TABELA 8	FREQUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA.....	48
TABELA 9	VALORES DE <i>P</i> OBTIDOS DAS COMPARAÇÕES DOS GRUPOS DOIS A DOIS .....	48
TABELA 10	FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE DEPRESSÃO NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA.....	49
TABELA 11	FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE E AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE ANSIEDADE NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA .....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	– Associação Americana de Psiquiatria
BIREME	– Biblioteca Regional de Medicina
CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	– Comitê de Ética e Pesquisa
CO	– Culpa Objetiva
CS	– Culpa Subjetiva
CT	– Culpa Temporal
DC	– Dor Crônica
DeCS	– <i>Descriptors in Health Sciences</i>
DSM-V	– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EVA	– Escala Visual Analógica da Dor
CHC-UFPR	– Complexo Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná
IASP	– <i>International Association for Study of Pain</i>
LILACS	– Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M.I.N.I.	– <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
NMDA	– N-metil-D-aspartato
OR	– <i>Odds Ratio</i>
QL	– <i>Quality of life</i>
QV	– Qualidade de Vida
SBED	– Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SciELO	– <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SL	– Sistema Límbico
SNA	– Sistema Nervoso Autônomo
SNC	– Sistema Nervoso Central
SPSS	– IBM® SPSS Statistics® Overview
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAQ	– Tinnitus Acceptation Questionnaire
TCC	– Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
VS	– Voluntários Sadios
WHOQOL	– <i>World Health Organization Quality of Life</i>
ZC	– Zumbido Crônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
2.1 CULPA .....	17
2.1.1 DEFINIÇÃO .....	17
2.1.2 CULPA E A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE .....	19
2.1.3 CULPA E A RELAÇÃO DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....	21
2.1.4 CULPA RELACIONADA A CONDIÇÕES CRÔNICAS .....	23
2.1.4.1 DOR CRÔNICA E ZUMBIDO CRÔNICO .....	23
2.2 DOR CRÔNICA .....	24
2.2.1 DEFINIÇÃO .....	24
2.2.2 PREVALÊNCIA .....	25
2.2.3 FISIOPATOLOGIA .....	26
2.2.5 DOR CRÔNICA E ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....	27
2.3 ZUMBIDO .....	29
2.3.1 DEFINIÇÃO .....	29
2.3.2 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DO ZUMBIDO .....	30
2.3.3 SEMIOLOGIA .....	31
2.3.4 FISIOPATOLOGIA .....	31
2.3.5 CLASSIFICAÇÃO DO ZUMBIDO .....	33
2.3.6 ZUMBIDO E ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....	34
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>36</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	36
3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	36
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>37</b>
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	37
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO .....	37
4.3 CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	37
4.3.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO .....	38
4.3.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA GRUPO DOR CRÔNICA .....	38
4.3.1.2 GRUPO ESTUDO ZUMBIDO CRÔNICO .....	39
4.3.1.3 GRUPO CONTROLE .....	39
4.3.1.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (PARA TODOS OS GRUPOS) .....	39

4.4 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO .....	40
4.4.1 METODOLOGIA DA INTENSIDADE DA DOR.....	40
4.4.2 METODOLOGIA DA INTENSIDADE DE ZUMBIDO .....	40
4.4.3 METODOLOGIA DA ANÁLISE DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO .....	41
4.4.4 METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DA SENSAÇÃO DE CULPA.....	41
4.4.5 AVALIAÇÃO ATITUDE RELIGIOSA .....	42
4.4.6 METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	43
4.4.7 METODOLOGIA ESTATÍSTICA.....	43
<b>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>44</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
6.1 LIMITAÇÕES DO TRABALHO.....	56
6.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS .....	57
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B – FICHA DE REGISTRO DE CASO/DEMOGRAFIA.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE C – BANNER APROVADO NO CONGRESSO BRASILEIRO DE</b> <b>OTORRINOLARINGOLOGIA.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE</b> <b>OTORRINOLARINGOLOGIA.....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO AO PERIÓDICO JOURNAL OF</b> <b>NEUROPSYCHOLOGY.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM HUMANOS DO</b> <b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS CEP-HC-UFPR.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO B – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DOR.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO C – ESCALA VISUAL ANALÓGICA ZUMBIDO .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO D – MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO G – WHOQOL - ABREVIADO.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO H - ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CULPA.....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE RELIGIOSA.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO J - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO .....</b>	<b>130</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A sensação de dor tem um significado intrínseco de punição, com a palavra dor “pain”, primeiro atestada em inglês em 1297, assim como a sua variante, advinda do francês antigo “peine”, que por sua vez, tem sua origem no latim “poena” “castigo, sanção” (em latim, também, “tormento, sofrimento, sofrimento”) se assemelha ao grego “ποιινή” (poine), geralmente “preço pago”, “pena”, “punição”.<sup>[1,2]</sup>

Por outro lado, postula-se que esta relação entre a dor e a punição traga associada um sentimento de culpa. No inglês, a origem da palavra culpa remete a palavras definindo o crime, o pecado (guilt), ou também da expressão *para pagar a dívida*. Dentre as formas de sanar o sentimento de culpa está o castigo (primitivamente doloroso).<sup>[3]</sup> Esse fenômeno ocorre em virtude da percepção dos estímulos prejudiciais, em que a dor pode envolver uma experiência psicológica negativa.<sup>[4]</sup>

Ao verificar que a estrutura do córtex nos humanos é aumentada ao comparar com outras espécies, entende-se a existência da falta de precisão ao comportamento instintivo, como a percepção da dor.<sup>[5]</sup>

Os mamíferos, tendo poucas defesas naturais (sem garras, camuflagens, nem caninos afiados) e capacidade reprodutiva limitada (geram poucos filhotes, que levam muitos anos para chegar à maturidade), são os melhor guardados por um sistema nervoso hipervigilante e um cérebro capaz de gerar dor e transformá-la num mundo de associações – medo, perda, angústia, ansiedade, remorso e sofrimento.<sup>[6]</sup>

Entendemos que a sequência básica de reações à dor, comum em várias espécies, se dá por meio de atividade vigorosa para fugir do perigo combinada à falta de reação a todos os outros estímulos externos, seguida pela proteção da ferida pela letargia durante a recuperação. Também há reações comportamentais características, como movimentos repetitivos (por exemplo, balançar o corpo de um lado para o outro), vocalização, caretas, choro ou gemidos, que servem para avisar do perigo aos outros membros do grupo e para lhes mostrar a gravidade da ameaça. Se um ser humano, independentemente do gênero, prender a perna numa fenda sentirá a dor correspondente à ameaça que a lesão traz à sua sobrevivência, assim como qualquer outro mamífero do reino animal.<sup>[7]</sup>

Conforme Erikson (1987), o ser humano passa ao longo de sua vida por uma sucessão de acontecimentos psicológicos que ocorrem de forma semelhante – se



não igual – com outros de sua mesma espécie e que caracterizariam estágios prováveis e esperados para o desenvolvimento psicológico do homem. Esta abordagem desenvolvimentista é apresentada em teorias consagradas como a de Piaget,<sup>[8-11]</sup> Winnicott,<sup>[12-14]</sup> Freud,<sup>[15]</sup> Klein,<sup>[16-19]</sup> dentre outros. Para Erickson,<sup>[20]</sup> as fases do desenvolvimento psicossocial seriam marcadas por crises, responsáveis por impelir o homem a uma necessidade de adaptação ao meio diante de certa adversidade. De acordo com a teoria Ericksoniana, se essa fase do desenvolvimento for transposta com sucesso, haverá ganhos psicológicos como aprendizagem, sensação ou pertencimento e valia. Porém, quando uma fase do desenvolvimento é interrompida ou simplesmente não for bem elaborada surge o sentimento que Erickson denominou de “étsen”, palavra hebraica que pode significar, mágoa, dor, lamento, pontada, tristeza, pesar, aflição ou simplesmente culpa.<sup>[8-20]</sup>

As pessoas tendem a compreender sua situação basicamente da mesma forma que os demais mamíferos. Entretanto, não conseguimos imaginar um ser humano para quem essa explicação baste, porque, desde tempos imemoriais, os seres humanos sempre fizeram outro tipo de pergunta, que não pode ser respondida com referência ao mundo material e que evoca uma gama muito particular de significados. A pergunta é “por quê?”, no sentido peculiar de “por que eu?”. Por que os humanos sofrem? Essa questão é tipicamente humana, para o homem a existência é uma questão.

Na dor crônica e no zumbido crônico a angústia emocional é fácil de ser observada. Os pacientes que apresentam dor crônica tendem a se sentir rejeitados pelo sistema médico, sendo culpados ou ridicularizados por seus médicos, familiares, amigos e empregadores quando sua condição de dor não apresenta uma resposta satisfatória ao tratamento escolhido. Como os tratamentos esperados para aliviar a dor nem sempre possuem uma resposta positiva, esses podem perder a crença e tornam-se frustrados e irritados com o sistema médico.<sup>[21]</sup> Com sua dor recorrente, podem ser incapazes de trabalhar, têm dificuldades financeiras, dificuldade em realizar atividades cotidianas, distúrbios do sono ou complicações relacionadas ao tratamento. Esses pacientes tendem a apresentar sentimento de medo, ter sistemas de apoio inadequados e além de recursos de enfrentamento diferentes. Sabe-se que tendem a se sentir ressentidos e se apoiar em pessoas que não têm condições de prestar a assistência adequada. Essas consequências da dor crônica podem resultar em depressão, raiva, ansiedade, auto-preocupação e

isolamento – uma sensação geral de desmoralização. Tendo em vista que a dor crônica persiste por longos períodos de tempo, o estado afetivo continuará a desempenhar um papel, vindo a influenciar todos os aspectos do viver, interferindo na qualidade de vida dos pacientes.<sup>[21]</sup>

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CULPA

#### 2.1.1 Definição

A culpa existe desde os primórdios da humanidade e sua presença acompanha a trajetória do homem. Inicialmente, era debatida pelas religiões que a relacionavam a sentimentos de remorsos ou arrependimento. Ao lembrar sobre a origem do pecado e seu conceito quando foi imposto à sociedade, como sendo uma desobediência a Deus, este sempre foi enfatizado como um ato de esboçar a culpa. Se, no início, foi um ato, esse ato gerou a culpa e a culpa permanece na memória. Ou seja, a culpa é sempre um sentimento recordado.<sup>[22]</sup>

A culpa, fundamentalmente associada à religião, perdura por séculos. Contudo, com o passar dos anos, surge em ciências – como a Filosofia – o interesse em estudar a culpa. Entre os filósofos que se destacam no estudo da culpa podemos destacar Kierkegaard,<sup>[23]</sup> que cunhou o conceito de angústia na filosofia, Heidegger que define o ser-culpado como condição para a moralidade e Nietzsche que salienta que o homem é culpado, carrega uma dívida em relação aos seus antepassados e, para ele, a má consciência é o próprio sentimento de culpa que aniquila o homem.<sup>[9-11]</sup>

Na Psicologia Clínica, autores como Donald Winnicott e Melaine Klein aprofundaram essa relação entre angústia e culpa, relacionando-as com uma necessidade individual de reparação.<sup>[12-14,16-18]</sup>

Freud relata que a Psicanálise é a possibilidade de uma distinção entre uma culpa religiosa, mórbida e uma consciência moral ligada ao sentido de falta. Para ele, no âmbito da clínica, a culpa é observada em contradições e inibições de neurose obsessiva, melancolia, autodepreciação, resistência terapêutica negativa e na necessidade de se punir.<sup>[15, 24,25]</sup>

A culpa é definida como um sentimento desagradável ou doloroso, experimentado tanto de maneira consciente quanto inconsciente, o qual sucede à transgressão de alguma norma, seja ela externa ou interna.<sup>[24,26]</sup>

Em um de seus estudos, Freud considerou a culpa uma espécie de ansiedade e a vergonha, consequência da ansiedade. Relatou ainda que a situação

clínica de um paciente poderia piorar caso ele ouvisse um elogio referente a seu progresso no tratamento, acreditando que essa piora fosse motivada por um sentimento inconsciente de culpa.<sup>[15, 27,28]</sup>

A culpa costuma ser mal interpretada e confundida com outras emoções, principalmente com a vergonha. Por conseguinte, pesquisadores tentam distinguir essas duas emoções. A partir de uma revisão da literatura esses autores entendem a vergonha como uma experiência resultante de uma transgressão feita em público, enquanto que a culpa, de uma forma geral, é uma experiência privada e diz respeito a uma ação específica.<sup>[2,29]</sup>

Considera-se que a culpa está relacionada a quase todas as problemáticas envolvidas no sofrimento humano, podendo ser considerada como um fator crucial dos problemas apresentados pelas pessoas nos mais variados contextos. As maneiras através das quais a culpa relaciona-se aos contextos podem ser classificadas em categorias fundamentais: a) culpa objetiva, b) culpa subjetiva. A culpa objetiva ocorre quando alguma lei é quebrada e o transgressor é considerado culpado, mesmo que não se sinta culpado. A culpa subjetiva pode ser considerada sentimento de culpa, de remorso, de vergonha ou autocondenação, que geralmente surge quando se pensa ou quando se faz algo considerado errado, ou até mesmo quando a pessoa em questão deixa de realizar alguma ação que possa favorecer o próximo. A culpa subjetiva vem inúmeras vezes, acompanhada por desânimo, ansiedade, medo de punição, diminuição de autoestima e sensação de isolamento.<sup>[28, 30,31]</sup>

Nesse mesmo contexto existe outra subdivisão da culpa: a culpa temporal, descrita por Tournier.<sup>[32]</sup> Para ele, a culpa é ocasionada pela perda de tempo em relação a atividades diárias e profissionais, o que tanto pode estimular como paralisar as ações das pessoas ocasionando consequências negativas à saúde psicológica. Relata-se culpa também no sentido das muitas atividades realizadas diariamente pelas pessoas, que interferem no contato com as pessoas próximas. Por isso, o sujeito tende a acobertar esses sentimentos realizando mais atividades em vez de reconhecê-los e enfrentá-los.<sup>[26, 28, 30,31]</sup>

O pretexto dessa procura demasiada por trabalhos e ocupação é devido à necessidade de se revalorizar. Observa-se ainda que as pessoas possam experimentar sentimento de culpa ao efetuarem atividades de lazer – quando

resolvem descansar, meditar ou empregar tempo em contemplações da natureza ou religiosas.<sup>[28, 30,31]</sup>

### 2.1.2 Culpa e a Influência da Religiosidade

Compreende-se por religiosidade a crença e a prática ritualística de uma religião, seja na participação em um ambiente religioso ou através dos atos de orar. A espiritualidade consiste em uma mobilização do indivíduo por meio do qual este vai ao encontro de significados e propósitos fundamentais da vida, sendo religioso ou não e relacionado a um “Ser” transcendental e/ou metafísico (Deus ou um Poder Superior). Neste contexto, compreende-se a religião como um sistema que rege crenças e práticas acompanhadas de dogmas e doutrinas.<sup>[25, 29, 30,31]</sup>

Tanto a religiosidade como a espiritualidade estão presentes em diversas interações sociais, culturais e aspectos psicológicos, dentre eles os valores, as crenças, os comportamentos e as emoções. Há relatos que a espiritualidade e a religiosidade teriam a capacidade de afetar a saúde, reduzindo sintomas como a ansiedade, seja pelo efeito placebo ou mesmo por conter algum aspecto curativo que a ciência moderna ainda não compreende.<sup>[22,33]</sup>

O sofrimento oriundo da culpa pode fazer o indivíduo ansiar pelo perdão. Tal fato pode ser percebido em muitas religiões, em que há ritos específicos de perdão, o que leva o sujeito a experimentar dois tipos de culpa: injustificada e justificada. Esta interpretação de culpa injustificada pode se originar em virtude de algum engano ou alguma condição psíquica, por exemplo, pacientes acometidos por um Transtorno Depressivo Maior podem apresentar inúmeros sentimentos de culpa de natureza quase sempre irracional.<sup>[25]</sup>

Dedicando-se ao estudo de vergonha, Benedict (1946)<sup>[33]</sup> introduziu os conceitos antropológicos de “culturas da vergonha”, fazendo referência às culturas orientais, interdependentes, sob influência do pensamento de Confúcio, e voltadas ao olhar do outro e “culturas da culpa”, referindo-se às culturas ocidentais, independentes, influenciadas pelo pensamento judaico-cristão e voltadas ao olhar de si mesmo.<sup>[33]</sup>

Segundo Benedict (1946)<sup>[33]</sup>:

[... as culturas da vergonha baseiam-se em sanções externas para o bom comportamento, não como as culturas da culpa, em uma convicção internalizada do pecado. A vergonha é uma reação à avaliação crítica de outras pessoas... A culpa não ocorre deste modo. Em uma nação onde a honra sobrevive graças à imagem que cada um faz de si, um homem pode sofrer culpa sem que ninguém saiba de sua falta...].

Desta maneira percebe-se que o sentimento de culpa pode e deve ser avaliado a partir não somente do contexto cultural, mas englobando também sua cosmovisão.<sup>[34-36]</sup>

A maneira como o indivíduo experimenta (ou não) sua religiosidade figura entre os aspectos de visão do mundo que interferem em sua vivência de culpa frente aos estressores da vida. Devido à forte influência judaico-cristã na sociedade ocidental, onde impera a crença em um Deus soberano, o qual governa sobre a vida e a morte assim como o bem e o mal, diante das adversidades pode-se encontrar na religiosidade tanto consolo quanto culpa.<sup>[37-39]</sup>

Constata-se uma relação positiva entre religiosidade e melhora dos indicadores de saúde. Pessoas com crenças religiosas tendem a apresentar maior capacidade para lidar com circunstâncias adversas da vida. Quando o paciente utiliza recursos religiosos para enfrentar a doença a que está acondicionado, ele está utilizando o “coping” religioso (CRE). Segundo com a psicologia o significado de “coping” é aprender a lidar com as habilidades. O CRE pode ser positivo ou negativo. Sempre que for positivo ele proporcionará um efeito benéfico ao indivíduo como procurar o amor e/ou a proteção de Deus ou uma maior conexão com forças transcendentais. O CRE negativo (CREN) está relacionado a consequências prejudiciais como, por exemplo, a redefinição do estressor como sendo uma punição divina.<sup>[37-39]</sup>

Salienta-se a necessidade de se tratar os pacientes com concepção diferenciada como pessoas e não como doenças, ou seja, analisá-los como um todo, tanto no aspecto físico, quanto nos aspectos emocionais, sociais e espirituais. O desconhecimento de qualquer uma dessas dimensões pode resultar em uma abordagem incompleta do paciente.<sup>[40]</sup>

Na relação entre a religiosidade e/ou a espiritualidade e aspectos da saúde mental, há indicadores de saúde mental e menor estresse em pessoas religiosas. Nessa mesma linha, outros estudos revelaram que pessoas com práticas religiosas ou espirituais diárias são mais saudáveis fisicamente e possuem mais qualidade de

vida quando comparados àqueles que não o fazem. Além disso, estes indivíduos usam menos os serviços de saúde, o que leva a repercussões econômicas positivas, pois a prática espiritual é isenta de custos e os seus benefícios levam a uma diminuição de gastos hospitalares. Não obstante, nestes mesmos trabalhos, os autores consideram ser a prática religiosa isolada insuficiente para substituir a prática médica.<sup>[31, 41,42]</sup>

### 2.1.3 Culpa e a Relação da Ansiedade e Depressão

Os transtornos de ansiedade caracterizam-se como um dos distúrbios de saúde mental mais persistentes e podem reduzir substancialmente a qualidade de vida do paciente. Em relação aos distúrbios individuais, as incapacidades e complicações comórbidas associadas ao transtorno do pânico e ao transtorno de ansiedade generalizada são mais graves do que as causadas por fobias específicas. O diagnóstico de ansiedade é cada vez mais frequente, sendo atualmente um dos problemas mais comuns na saúde mental na população geral.<sup>[43,44]</sup>

Compreende-se por ansiedade uma condição afetiva do ser humano, a qual está associada a alterações psicofisiológicas semelhantes àquelas do medo e/ou a reações de sobrevivência e de aspectos evolutivos da reação de luta.<sup>[45]</sup>

Este sentimento de medo intenso e indeterminado associa-se a palpitações e sudorese, devido à ativação do sistema nervoso autônomo, e também através de outras manifestações neurológicas tais como distúrbios do sono; fobias ou sintomas depressivos.<sup>[46]</sup>

A neurobiologia dos transtornos de ansiedade ainda não é bem elucidada, mas algumas generalizações na forma como a ansiedade é processada no cérebro foram identificadas. Várias regiões cerebrais têm sido implicadas na modulação de resultados e respostas à ameaça, incluindo a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal medial (incluindo os córtices ventromedial pré-frontal e cíngulo anterior). O hipotálamo e o mesencéfalo (núcleos da rafe) e o tronco encefálico (substância cinza periaquedutal) também estão implicados em transtornos de ansiedade. Em geral, esses dados levaram a um modelo de sistemas neurais influentes envolvendo medo e ansiedade.<sup>[43,45]</sup>

Alguns dos fatores de risco para transtornos de ansiedade estudados são sexo feminino e história familiar de ansiedade ou depressão. Além disso,

estressores da vida cotidiana como doença familiar e desagregação de relacionamento, por exemplo, podem contribuir para o desenvolvimento futuro de transtornos de ansiedade.<sup>[43,47]</sup>

Na literatura de neuroimagem funcional ainda não estão delineadas todas as distinções possíveis para determinar se os transtornos de ansiedade decorrem de anormalidades neurais. Contudo, estudos mostram estes padrões neurais como estados de medo versus ansiedade, caracterizando-os como principais pontos a serem observados clinicamente.<sup>[47]</sup>

A prevalência global de pacientes com transtorno de ansiedade foi estimada em aproximadamente 14%. Dados nos mostram também uma estimativa que de 60 a 90% dos pacientes com transtorno de ansiedade têm um estado de saúde mental comórbido como depressão maior ou transtornos de uso de substância.<sup>[43,47]</sup>

Pesquisadores como Freud, Lacan e Pichon-Rivière consideram a existência de uma relação entre ansiedade e culpa. A ansiedade pode estar relacionada à culpa e esta é inerente a todos os seres humanos, uma vez que estes são responsáveis não apenas por suas ações, mas por julgá-las e se percebem culpados ao reconhecerem a incerteza profunda entre o bem e o mal, presente em tudo o que fazem.<sup>[28, 48,49]</sup>

A depressão maior compreende uma gama de condições psiquiátricas que acometem a população em modo geral, sendo uma das condições mentais mais frequentes e um importante e crescente problema de saúde pública.<sup>[4,5,50]</sup>

De acordo com a American Psychiatric Association (APA), quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014), a depressão entre outros sintomas apresenta um humor triste, vazio, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.<sup>[4,51]</sup>

A prevalência de depressão maior na população brasileira é de aproximadamente 17%. Em um estudo realizado em 18 países a depressão foi encontrada em 11,1% da população dentre os países em desenvolvimento e o que apresentou maior índice foi o Brasil, com percentual de 18,4%.<sup>[52]</sup>

A etiologia da doença é múltipla, fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares. Embora a depressão seja observada em todas as idades, seus principais preditores são maior faixa etária no gênero feminino,



situação conjugal disfuncional, baixos níveis de escolaridade e renda, condições precárias de moradia, suporte social e presença de eventos estressores.<sup>[4,5,51,52]</sup>

A depressão está associada à piora de fatores relacionados à saúde em indivíduos com patologias clínicas. Pacientes depressivos com comorbidades tem uma menor tendência a não aderir às recomendações médicas. Tanto a depressão quanto a ansiedade parecem aumentar a percepção de sintomas físicos e do tempo de incapacidade, fenômenos que tendem a não ocorrer quando estes mesmos sintomas ocorrem junto com outra condição.<sup>[43,50]</sup>

A relevância dos aspectos supracitados está relacionada à existência de uma visão mais abrangente do modelo de atendimento na área da saúde, que engloba também os fatores ambientais e psicossociais dos pacientes.

#### 2.1.4 Culpa Relacionada a Condições Crônicas

##### 2.1.4.1 Dor Crônica e Zumbido Crônico

Um fator psicológico pouco desbravado é a culpa relacionada a patologias crônicas. A culpa, como já descrito, é uma emoção normal e está relacionada também a autoidentidade e a percepção que o indivíduo tem de sua própria vida. A exposição prolongada a condições crônicas, como o caso de dor crônica e de zumbido crônico, pode resultar em um “eu” derrotado.<sup>[52,53]</sup>

Relata-se que pacientes com dor crônica apresentam escores maiores de níveis de derrota mental quando comparados com controles. Outra informação relevante diz respeito a escores de culpa. Níveis significativamente maiores de culpa foram encontrados em pessoas com dor crônica, quando comparados com grupos controle.<sup>[54,56]</sup> Estima-se que 7% a 40% da população mundial sofram de dor crônica e possivelmente influenciadas por diferenças culturais.<sup>[54,56]</sup>

Pesquisadores relatam em seus estudos o desenvolvimento de uma estrutura e medida para a culpa relacionada à dor, e demonstram que a dor relacionada com a culpa é uma experiência comum entre os pacientes com dor lombar crônica. Há evidências de que a culpa relacionada à dor possa estar associada com a incapacidade funcional e o humor depressivo.<sup>[57,58]</sup>

Em um estudo com 413 pacientes com dor lombar crônica verificou-se que a culpa relacionada à dor estava associada com incerteza diagnóstica, depressão,

ansiedade e incapacidade. A culpa social nesta pesquisa foi o tipo de culpa mais frequente e preocupante e associou-se à deficiência, tanto na presença ou não da depressão. Esses dados, segundo os autores, não chegam a ser tão surpreendentes ao analisarmos que a dor e a incapacidade muitas vezes levam a comportamentos evitativos, afastamento social e preocupação sobre como o desengajamento social pode afetar aos outros.<sup>[57,58]</sup>

Dos tipos de culpa relacionados à dor, como já relatado em um estudo, o índice de culpa social, também descrita na literatura como culpa subjetiva, foi mais relevante, podendo-se observar que nestes indivíduos os comportamentos de afastamento social são predominantes.<sup>[56]</sup>

Portanto, uma maior aceitação da dor pode potencialmente reduzir os sentimentos de culpa relacionados tanto com o manejo da condição de dor como com a verificação da dor. Tudo isso sugere que as pessoas que têm altos níveis de dor-aceitação e flexibilidade psicológica podem relatar níveis mais baixos de culpa, mesmo na presença de dor com intensidade alta.

## 2.2 DOR CRÔNICA

### 2.2.1 Definição

Caracteriza-se dor, segundo a Associação Internacional para Estudo da Dor – IASP, como uma experiência sensorial e emocional desagradável e descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende e utiliza este termo de acordo com suas experiências de vida.<sup>[59]</sup>

A caracterização da dor aguda e dor crônica estão relacionadas ao tempo que o paciente se queixa de dor, com algum intervalo desde o início da dor, usado para designar o início da dor aguda, ou o ponto de transição quando a dor aguda se torna crônica. O período usado para denotar a dor crônica é de três meses a seis meses desde o início da dor.<sup>[60]</sup>

Entende-se que a dor aguda é caracterizada pela instalação repentina e de curta duração e geralmente seu motivo é facilmente detectado como traumatismo e/ou cirurgia. A dor aguda muitas vezes pode estar acompanhada de sintomas neurovegetativos (taquicardia, sudorese, palidez, hipertensão leve). Este tipo de dor

muitas vezes serve como o ímpeto para procurar cuidados de saúde e ocorre após trauma, alguns processos de doença e intervenções invasivas.<sup>[21]</sup>

No caso da dor crônica é "dor que se estende além do período esperado de cura". Isso é relativamente independente do tempo porque considera a dor como crônica, mesmo quando persiste por uma duração relativamente breve. Infelizmente, quanto tempo o processo esperado de cura vai (ou deve) tomar é ambíguo. Salienta-se que a dor pode persistir por um período longo na presença da patologia e deve ser considerado um estado prolongado de dor "aguda". Neste caso, o tratamento visa a patologia subjacente.<sup>[21]</sup>

Como a definição da IASP, qualquer dor, aguda ou crônica, tem presença de dano tecidual identificável, é uma experiência desagradável e pode muitas vezes ser influenciada por vários fatores cognitivos, afetivos e ambientais. Analisa-se que a influência dos fatores psicológicos e ambientais tende a ser maior na dor crônica do que na dor aguda, e a relevância desses fatores pode aumentar ao longo do tempo, contribuindo com o enfrentamento que o paciente terá com a sua condição dolorosa.<sup>[21,60]</sup>

A dor crônica pode ser definida também como uma dor contínua ou recorrente, não tem nenhum papel de alerta e sua etiologia é incerta. A IASP classifica a dor crônica em três períodos: duração menor que um mês, de um a seis meses acima de seis meses, desde que com duração maior que o tempo normal de remissão conhecido para cada tipo de dor. Embora sugerido que o melhor ponto de corte seria um período intermediário em três meses, a maior parte das pesquisas utiliza o período de seis meses.<sup>[60]</sup>

### 2.2.2 Prevalência

A dor aguda ou crônica, de um modo geral, leva o indivíduo a manifestar sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido, manifestações de irritabilidade, alterações de energia, diminuição da capacidade de concentração, restrições na capacidade para as atividades familiares, profissionais e sociais. Nos indivíduos com dor crônica, a persistência da dor prolonga a existência desses sintomas, podendo exacerbá-los.<sup>[61]</sup>

A prevalência de dor crônica estimada na população geral varia de 11,5% a 55,2%; porém, segundo a IASP, a prevalência média é de 35,5%.<sup>[36]</sup> Na Holanda,

são registrados 10.000 casos novos, a cada ano, de pacientes incapacitados para o trabalho em razão da dor.<sup>[62]</sup>

A dor crônica acomete de 30 a 40% da população brasileira, com prevalência média de 35,5%, sendo uma grande causa de licenças, aposentadorias e baixa produtividade, gerando um grave problema de saúde pública.<sup>[59, 60,63]</sup>

Já em pacientes com a faixa etária de 30 a 60 anos, no Brasil, pesquisas mostram a prevalência de 61,4%, sendo que as mulheres relataram dor crônica com mais frequência do que homens. Gerando custos direto-indiretos, direcionando e limitando as decisões e comportamentos daqueles que com ela convivem.<sup>[51, 62,64]</sup>

### 2.2.3 Fisiopatologia

A dor é causada por um desequilíbrio nos mecanismos de nocicepção, que pode ocorrer desde sua captação, transdução, transmissão e/ou modulação dos sinais nociceptivos.<sup>[65]</sup>

Os sistemas de modulação nociceptivos mais importantes são mediados por receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato) e opioides, distribuídos por toda extensão do sistema nervoso central. Entre os três principais subtipos de receptores estão os opioides, os receptores  $\mu$  e  $\delta$  que podem inibir ou potencializar efeitos ocasionados pelos receptores NMDA, enquanto o receptor  $\kappa$  antagoniza a atividade mediada por receptores NMDA.<sup>[66]</sup>

O primeiro processo da nocicepção é a decodificação de sensações mecânicas, térmicas e químicas em impulsos elétricos por terminais nervosos especializados denominados nociceptores. Os nociceptores são terminações nervosas livres dos neurônios de primeira ordem, cuja função é preservar a homeostasia tecidual.<sup>[21,66]</sup>

A comunicação da informação nociceptiva entre neurônios ocorre por mediadores químicos (neurotransmissores) que são: aminoácidos excitatórios ou inibitórios e neuropeptídeos que são produzidos, armazenados e liberados tanto nas terminações dos nervos aferentes como no corno dorsal. Os principais aminoácidos excitatórios são o glutamato e o aspartato; porém, em fibras aferentes do tipo C também se encontra uma variedade de neuropeptídeos como a substância P, neurotensina, peptídeo intestinal vasoativo, peptídeo relacionado com o gene da calcitonina e colecistocinina.<sup>[67]</sup>

Os mecanismos fisiopatológicos da dor estão ligados a conceitos de sensibilização periférica e neuroplasticidade na perpetuação da dor, com ação de mediadores bioquímicos nas vias nociceptivas. Estabelecem, geralmente, correlações entre inflamação, dor e sintomas psicológicos. A inflamação contribui para a continuidade do ciclo doloroso, acarretando uma hipersensibilidade. A dor aumenta com o estresse psicológico, que é capaz de induzir aumento de citocinas inflamatórias.<sup>[67]</sup>

### 2.2.5 Dor Crônica e Aspectos Psicológicos

Os avanços no âmbito da neurofisiologia trouxe desenvolvimento de novos fármacos, intervenções cirúrgicas e no uso de tecnologias avançadas para o tratamento da dor, contudo, nos revela que ainda não há uma cura para a eliminação total dos sintomas da dor crônica, o que pode ser percebido ao verificar o índice de redução da dor em pessoas tratadas com intervenções farmacológicas ou não, em média 35% para as pessoas não tratadas e 50% para as pessoas tratadas.<sup>[21]</sup>

A pessoa que tem uma condição de dor crônica está em um solo complexo e de alto custo, tanto para o sistema quanto para ela própria, além de apresentar outros pontos significativos. A ligação de distúrbios psiquiátricos como ansiedade e depressão afeta não só o paciente, mas todos à sua volta. Com o passar do tempo, a legitimidade do relato de dor pode ser questionada, pois muitas vezes uma etiologia médica não confirma a causa dos sintomas.<sup>[21]</sup>

Na literatura, a correlação da dor com a ansiedade e qualidade afetiva da dor já é reconhecida.<sup>[68]</sup> Em pacientes com dor crônica o espectro de transtornos de ansiedade é presente, apresenta maior prevalência do que na população em geral, incluindo ansiedade generalizada, desordem de ajuste com sintomas de ansiedade, agorafobia, transtorno de pânico.<sup>[68]</sup>

Há algumas hipóteses para descrever a conexão dos mecanismos psicológicos entre ansiedade e dor crônica em seus portadores, dentre elas destaca-se a hipervigilância e comportamento catastrófico, reforçando a percepção de dor.<sup>[68]</sup>

No que se referem aos mecanismos biológicos desta associação, as hipóteses defendidas estão relacionadas a diferentes neurotransmissores (monoaminas, GABA, glutamato, adenosina, canabinoides, e a outros

neuropeptídeos, hormônios, neutrofinas e citocinas). A percepção da dor foi questionada como dependente de processamento no córtex sensorial primário, no córtex somatossensorial secundário e no córtex parietal posterior, bem como outras estruturas que podem ser ativadas nos estímulos dolorosos como o córtex pré-frontal, a ínsula anterior, o córtex premotor e os núcleos estriados.<sup>[69]</sup>

A função dos núcleos intratálâmicos, além do encaminhamento do córtex nociceptivo, também afeta as funções autonômicas e a emoção – a projeção para o giro do cíngulo anterior e amígdala, onde se localizam as funções de medo e dor.<sup>[68]</sup>

Uma pesquisa mostrou que indivíduos com dor crônica apresentam quatro vezes mais ansiedade ou depressão do que aqueles sem dor crônica (Odds ratio [OR] = 4,1).<sup>[70]</sup> Constatou-se, também que a condição dolorosa é um sintoma de indivíduos com distúrbios de ansiedade ou depressão.<sup>[70,71]</sup>

O sofrimento emocional pode estar relacionado ao fato da pessoa sentir dor, e ser um precipitante dos sintomas, ser um fator modulador que amplifica ou inibe a gravidade da dor, ser consequência de dor persistente ou um fator de perpetuação, interagindo com avaliações cognitivas.<sup>[21]</sup>

Os níveis de ansiedade têm se mostrado como influenciadores não apenas para a dor, mas também das complicações pós-cirúrgicas, além do número de dias de hospitalização. O nível de depressão tem sido observado como tendo um papel relevante na terminação prematura dos programas de reabilitação da dor.<sup>[21]</sup>

Pacientes com ansiedade generalizada sofrem ao criar expectativas apreensivas tendem a reagir de forma negativa a determinadas situações. A ansiedade antecipatória sustentada compõe um sintoma da ansiedade generalizada e tende a facilitar o desenvolvimento e manutenção do transtorno ansioso.<sup>[72,73]</sup>

Há evidência em pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos sobre a função do núcleo estriatal terminal na fisiopatologia da ansiedade/distúrbios do estresse, o que tende a acentuar como um possível marcador da condição conhecida como patologia Ansiedade Antecipatória.<sup>[73,74]</sup>

A experiência da dor pode iniciar uma formação de pensamentos negativos, e despertar medos – temores de incitar mais dor e lesão, medo de seu impacto futuro.<sup>[72-74]</sup>

O medo e a antecipação da dor são processos cognitivo-perceptivos que não são impulsionados pela experiência sensorial e podem influenciar em um impacto significativo no nível de tolerância à dor. Sugere-se que o medo ao processo

doloroso, impulsionado pela antecipação e não pela experiência sensorial da própria dor, produz uma resposta negativa para suposta incapacidade funcional em pacientes com dor.<sup>[21]</sup>

Um fator que tem se estudado é a relação de concomitância entre o episódio depressivo e o aparecimento do problema da dor. Contudo, relata-se que muitos pacientes com dor crônica tiveram episódios anteriores de depressão que antecederam o problema da dor por anos. Uma pesquisa prospectiva mostrou que os níveis de depressão prediziam o desenvolvimento de dor lombar três anos após a avaliação inicial. Os pacientes com depressão foram de duas a três vezes mais propensos ao se queixarem de dor nas costas em comparação com aqueles que não relataram depressão. Logo, a depressão foi um preditor para a dor incidente. Com a pesquisa puderam propor a existência de um traço comum de suscetibilidade a sintomas físicos disfóricos (incluindo dor) e sintomas psicológicos negativos (incluindo ansiedade e depressão). Concluíram que *"a dor e a doença psicológica devem ser vistas como tendo efeitos psicológicos e comportamentais recíprocos que envolvem tanto os processos de expressão e adaptação da doença."*<sup>[21]</sup>

Como observado na maioria dos casos, a depressão parece ser reativa, embora alguns tenham sugerido que a dor crônica é uma forma de "depressão mascarada", em que os pacientes usam a dor para expressar seu humor deprimido, porque sentem ser mais aceitável queixar-se de dor do que reconhecerem que estão deprimidos. Ambos precisam ser tratados com cautela.<sup>[21,72-74]</sup>

## 2.3 ZUMBIDO

### 2.3.1 Definição

Segundo Jastreboff,<sup>[76]</sup> *"a palavra zumbido, tinnitus em inglês, deriva do latim tinnire, e significa zumbir, tocar (toring)".* O zumbido é uma sensação sonora na ausência de uma fonte externa de som, uma desordem auditiva mais comum e considerada um sintoma que em uma mesma pessoa pode ter várias causas.<sup>[75,76]</sup>

O sintoma do zumbido pode ser percebido em uma ou ambas as orelhas ou ainda centralmente, dentro da cabeça, contínuo ou rítmico, constante ou intermitente, único ou múltiplo. Na maioria dos casos seu início, pode ser subjetivo



quando percebido apenas pelo paciente e objetivo quando o paciente e o examinador percebem, em outras situações pode começar subitamente.<sup>[75,76]</sup>

Pode ser comparável com a dor fantasma de um membro amputado. Em ambos os casos a taxa de estímulos neurais no cérebro continua informando experiências perceptuais mesmo após a destruição das células receptoras sensoriais.<sup>[77-79]</sup>

### 2.3.2 Incidência e Prevalência do Zumbido

A incidência do zumbido apresenta variações conforme o país estudado. No Brasil, trata-se de um distúrbio bastante frequente. Estima-se que 28 milhões de brasileiros apresentem zumbido.<sup>[76]</sup>

Em um levantamento realizado nos Estados Unidos pela Agência Americana de Saúde Pública, o zumbido crônico foi considerado o terceiro sintoma quanto à perturbação que acarreta, sendo superado somente pela dor intensa intratável e pela tontura intensa intratável. Outras condições, como câncer, paralisias, cegueira e surdez, aparecem posteriormente na lista.<sup>[80]</sup>

Já a prevalência do zumbido na população brasileira é em torno de 17% e de 30% acima dos 65 anos de idade.<sup>[76,81]</sup>

Considerado o terceiro sintoma otorrinolaringológico mais comum na procura de ajuda médica, é superado apenas pela dor e tontura intensas intratáveis. Estima-se que 17% da população mundial apresentam zumbido. A prevalência na população em geral é de 15% e esses dados aumentam para 33% na população com mais de 65 anos de vida.<sup>[75, 76,78]</sup>

É importante ressaltar que assim como ocorre na maioria dos distúrbios, a prevalência apresenta picos entre a sexta e sétima década de vida. Apesar disto, sabe-se que apenas cerca de 20% dos indivíduos acometidos se incomoda com o zumbido em suas atividades diárias. Destes, a perturbação diz respeito a distúrbio de sono (52%), a capacidade de concentração (47%), ao equilíbrio emocional (56%) ou a vida social (17%). Esta ampla gama de interferências justifica o porquê da piora da qualidade de vida tão frequentemente referida pelos pacientes com zumbido.<sup>[82]</sup>

Em relação ao gênero, apesar de alguns estudos apontarem uma maior incidência nos homens, outros inferem maior incidência da queixa de zumbido nas mulheres talvez porque elas, mulheres, procuram atendimento médico frequente.



Outra hipótese para esta discrepância é a de que a perda auditiva induzida pelo ruído é mais frequente em homens.<sup>[83]</sup>

### 2.3.3 Semiologia

O zumbido, mais frequentemente, tem característica subjetiva, ou seja, referido apenas pelo paciente e mais raramente objetivo, quando além do paciente o examinador também pode percebê-lo.<sup>[78,79]</sup>

Cerca de 50% dos pacientes apresentam zumbido bilateral, seja ele semelhante em ambos os ouvidos ou pior em um dos lados. Apenas 39,3% referem ter zumbido unilateral, tendo os restantes 10,7% percebido melhor o zumbido como originário da cabeça, com ou sem envolvimento dos ouvidos.<sup>[83]</sup>

### 2.3.4 Fisiopatologia

Considera-se a hipótese de que mecanismos de reconhecimento do sinal e de classificação de circuitos da rede neuronal estejam envolvidos na percepção do zumbido e estariam sujeitos a modificações plásticas, assim como todos os níveis do sistema nervoso, em graus variáveis.<sup>[81]</sup>

Os mecanismos de geração e percepção do zumbido postulam o envolvimento de um aumento anormal do ganho do sinal elétrico dentro do sistema auditivo.<sup>[84]</sup>

Áreas corticais auditivas interagem com o sistema límbico a nível talâmico. Embora o zumbido curse com a plasticidade das vias auditivas, ele pode ser inibido por conexões retroalimentadas do sistema límbico as quais bloqueiam o sinal do zumbido proveniente do córtex auditivo. Se as regiões límbicas estiverem comprometidas, este mecanismo de “cancelamento de ruído” falha e resulta em zumbido crônico.<sup>[85]</sup>

O zumbido usualmente inicia com um agravo na ouvido interno, porém tem a sua persistência associada a mudanças no processamento auditivo central, sugerindo que o zumbido pode não cessar mesmo se corrigida a causa da doença coclear.<sup>[79]</sup>

Estudos por imagem nos pacientes com zumbido demonstraram ativação de áreas cerebrais não auditivas e em estruturas límbicas como hipocampo e amígdala.<sup>[42, 44,58]</sup>

O zumbido torna-se clinicamente importante quando ocorre interação dinâmica de alguns centros do SNC incluindo vias auditivas e não auditivas, especialmente o sistema límbico (SL) e sistema nervoso autônomo (SNA), responsável pelo desencadeamento de associações emocionais negativas e reações de incômodo referidas pelos pacientes com zumbido.<sup>[84,86]</sup>

O SL é composto por um conjunto de estruturas cerebrais, corticais e subcorticais, relacionadas com memória, motivação, emoção e atenção. Entre essas estruturas encontram-se os córtices pré-frontal, órbito-frontal, cíngulo anterior, insular anterior, o hipotálamo, a amígdala e o núcleo *accumbens*.<sup>[80,85]</sup>

A interligação do sistema límbico com o sistema auditivo vem sendo relacionada a uma grande variedade de funções e comportamentos do cérebro, como o condicionamento auditivo e ao medo.<sup>[85]</sup>

Embora a fisiopatologia do zumbido aponte dano ou destruição de estruturas delicadas em um ou mais níveis do sistema auditivo periférico e central, o dano auditivo isolado não seria suficiente para justificar a cronicidade do zumbido.

O zumbido crônico é secundário ao estabelecimento de uma rede complexa de estruturas centrais do sistema auditivo e não auditivo, havendo sido postulado que a plasticidade dos circuitos límbicos contribuiria não apenas para a geração como também para a persistência do zumbido crônico.<sup>[9, 85, 87,88]</sup>

A percepção do zumbido crônico está associada à falência do sistema de cancelamento de sons. Este sistema é mediado por estruturas subcalosas responsáveis por prevenir a percepção de sons não desejáveis. É postulado que o sinal auditivo amplificado pela hiperexcitabilidade na amígdala (SL) e pela plasticidade neuronal levaria à cronificação do zumbido.<sup>[85,89]</sup>

A amígdala funciona como uma interface sensório-emocional, que avalia o tipo e grau do estímulo e o transmite ao hipotálamo e substância cinzenta periaquedutal dorsal que seleciona e organiza as reações. O hipotálamo controla a resposta hipofisária responsável pela liberação de cortisol (estresse). A amígdala coordena expressões emocionais ativadas nos pacientes com ansiedade e zumbido associadas a respostas aversivas.<sup>[83]</sup>

Outro mecanismo que explicaria a cronicidade do zumbido seria o reforço emocional provocado por medo, ansiedade e tensão. Além da amígdala, as outras regiões do SL também participam do circuito do zumbido. Essas regiões podem ser ativadas por estímulos reais ou fantasmas associados com audição, dor e outras sensações.<sup>[85,90]</sup>

O zumbido afeta áreas encefálicas envolvidas nos processos cognitivo, áreas como os córtices pré-frontal e parietal, giro do cíngulo e ínsula, que respondem durante tarefas que demandam atenção em indivíduos com audição normal. A atividade dessa rede está correlacionada com experiências de atenção consciente através de modulação atencional de estímulos sensoriais recrutados em tarefas de separação de sinais auditivos competitivos.<sup>[85]</sup>

### 2.3.5 Classificação do Zumbido

Os zumbidos são classificados em auditivos (gerados por alterações na orelha, vias auditivas e córtex auditivo) e para-auditivos (gerados por estruturas vasculares e musculares próximas à orelha e vias auditivas).<sup>[90]</sup>

O zumbido gerado pelo sistema auditivo é o mais frequente, podendo ter várias etiologias: otológica, cardiovascular, metabólica, neurológica, farmacológica, crânio-cérvico-mandibular ou psicogênica.<sup>[90]</sup>

Os zumbidos para-auditivos são gerados em estruturas vasculares (pulsátil) ou musculares (mioclonias).<sup>[88]</sup>

A disfunção na via auditiva conduz a má percepção dos processos neuroacústicos e a privação sensorial auditiva promove acentuadas mudanças estruturais e funcionais no sistema auditivo.<sup>[81, 83,88]</sup>

Evidências sugerem a relação, em graus variáveis, entre o zumbido e outras partes do sistema nervoso central (SNC). Redes perceptuais não auditivas são relevantes para a percepção e incômodo do zumbido.<sup>[80-82,91]</sup>

Do ponto de vista audiológico não há diferenças nas propriedades psicoacústicas do zumbido (intensidade, frequência e nível mínimo de mascaramento) entre indivíduos com e sem sofrimento pelo zumbido. Ao contrário dos parâmetros audiométricos, a percepção de gravidade do zumbido está relacionada com a saúde psicológica e geral. Muitos indivíduos apresentam uma vida saudável e produtiva enquanto outros sofrem com o zumbido.<sup>[81, 82,92]</sup>

Por vezes, além de frustrante e incômodo, o zumbido contribui para distúrbios do sono, dificulta atividades em locais silenciosos e interfere em relacionamentos familiares, sociais e de trabalho.<sup>[81,83-85]</sup>

### 2.3.6 Zumbido e Aspectos Psicológicos

O zumbido tem sido relatado como associado a comorbidades psiquiátricas, principalmente com a depressão e com a ansiedade. Os sujeitos com zumbido queixam-se de insônia e falta de concentração, e tais manifestações interferem negativamente na qualidade de vida desses indivíduos. Pesquisadores relatam a dificuldade do enfrentamento diante do incômodo e a condição altamente prevalente e potencialmente angustiante que o zumbido ocasiona, bem como a diminuição da qualidade de vida destes pacientes.<sup>[83-85]</sup>

Sintomas psiquiátricos dos transtornos de ansiedade, somatização e depressão são mais evidentes em indivíduos com zumbido quando comparados com indivíduos sem zumbido e devem alertar na investigação clínica para a presença de condição psiquiátrica crônica e complexa relacionada ao zumbido.<sup>[43]</sup>

Indivíduos com zumbido de alto impacto exacerbam a interpretação negativa do zumbido em suas vidas, assumem atitude de “ruminação” contínua sobre pensamentos e crenças levando a uma sensação de falta de ajuda e de perda de controle.<sup>[90]</sup>

Entre as principais associações negativas de perigo relacionadas ao zumbido estão o medo de doença grave ou doença mental. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) interfere positivamente nestes aspectos ao reduzir as reações de medo, redirecionar a atenção do zumbido, reforçar que o zumbido não precisa ser evitado, conduzir desta forma ao alívio do estresse causado pelo mesmo. A TCC reduz a má interpretação cognitiva, o medo relacionado ao zumbido, a gravidade e o incômodo do zumbido e os aspectos de humor negativo.<sup>[90]</sup>

A literatura é vasta em estudos sobre comorbidades psiquiátricas, contudo a relação do zumbido com os sentimentos de culpa não tem sido descrita pela literatura.

## 2.4 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Sabe-se que o centro de punição, por sua vez, está localizado na substância cinzenta periaqueductal no mesencéfalo, estendendo-se às zonas peri-ventriculares do hipotálamo e tálamo. O sofrimento emocional pode estar relacionado à sensação dolorosa real, e ser um precipitante dos sintomas, agindo como um fator modulador que amplifica ou inibe a gravidade da dor, tendo como consequência a dor persistente ou fator de perpetuação interagindo com avaliações cognitivas.<sup>[34,76]</sup>

Sendo a culpa relacionada a patologias crônicas um assunto pouco estudado, além de a dor crônica ser um problema de saúde pública, fica evidente a importância de entendermos a relação entre estes dois processos.<sup>[77]</sup>

Supõe-se que pacientes com dor crônica apresentam um escore da sensação de culpa maior que pacientes saudáveis, o que pode acarretar dificuldades em seu tratamento e na qualidade de vida.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar se pacientes com dor crônica apresentam escores de culpa em proporção maior do que indivíduos controles, com zumbido crônico e pacientes saudáveis.

##### 3.1.1 Objetivos Específicos

- a) Determinar a correlação de culpa e ansiedade em pacientes com dor crônica, zumbido crônico e grupo controle;
- b) Determinar a correlação de culpa e depressão em pacientes com dor crônica, zumbido crônico e grupo controle;
- c) Determinar a correlação de culpa e qualidade de vida em pacientes com dor crônica, zumbido crônico e grupo controle.
- d) Determinar a correlação de culpa e atitude religiosa em pacientes com dor crônica, zumbido crônico e grupo controle.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal, controlado onde os indivíduos participantes da pesquisa foram divididos em três grupos: pacientes com dor crônica, pacientes com zumbido crônico e indivíduos saudáveis.

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da UFPR, nos Ambulatórios de Dor e de Zumbido e no Banco de Sangue do hospital. Foram selecionados aleatoriamente a partir do agendamento do ambulatório de Dor do Serviço de Neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. A seleção dos pacientes do ambulatório de Zumbido do Serviço de Otorrinolaringologia seguiu as mesmas diretrizes e o motivo de o zumbido ter sido escolhido como controle ativo foi por se tratar de sintoma igualmente positivo, crônico, e de natureza subjetiva. Os participantes saudáveis foram oriundos do Banco de Sangue. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos do Hospital das Clínicas CEP-HC-UFPR (**ANEXO A**). A coleta ocorreu no período de julho/2015 a julho/2017. Todos os pacientes que concordaram em fazer parte desse estudo assinaram o respectivo termo de consentimento.

### 4.3 CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

A análise final do estudo foi realizada em uma amostra de 136 indivíduos (15 inicialmente selecionados foram excluídos por não terem preenchido todos os questionários). A amostra contou com predominância do gênero feminino, sendo n=101 (73,5%) e a média de idade de 51,1 anos. Os grupos mostraram-se pareados para idade e gênero. As características demográficas da população do estudo podem ser apreciadas na **Tabela 1**.

TABELA 1 - PERFIL DEMOGRÁFICO DOS TRÊS GRUPOS

	Dor Crônica (n= 52)		Zumbido Crônico (n= 24)		Controles Saudáveis (n= 60)		p
Idade média +d.p.	50,5 + 9,7		52,3 + 8,9		50,5 + 9,5		0,691 <i>a</i>
Gênero	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	0,832 <i>b</i>
Feminino	38	73,1	17	70,8	46	76,7	
Masculino	14	26,9	7	29,2	14	23,3	

**Legenda:** n: número; p: significância; d.p.: desvio padrão; %: porcentagem; a: teste paramétrico Kruskal-Wallis; b: Teste qui-quadrado.

Fonte: A autora (2017).

Ao avaliar os pacientes crônicos, selecionados nesse estudo, pode-se averiguar a etiologia relacionada com o surgimento da dor/zumbido crônico e caracterizar os pacientes que se faz presente nos ambulatórios do HC, conforme descrito na **Tabela 2**.

TABELA 2 - ETIOLOGIA RELACIONADA COM O SURGIMENTO DA DOR E DO ZUMBIDO CRÔNICOS

Dor Crônica N= 52			Zumbido Crônico N= 24		
Etiologia *	n	%	Etiologia	n	%
RCP	29	55,7	Otosclerose	20	87,5
Doença reumática	20	38,4	Desconhecido	11	21,1
Pós-câncer	17	32,7			
Diabetes	36	69,2			
Miofascial	31	59,6			
Fibromialgia	15	28,8			

**Legenda:** N: número de indivíduos do grupo; n: número; %: porcentagem; \*: alguns indivíduos tiveram mais de uma condição da dor; RCP: dor complexa regional I e II; Diabético: neuropatia diabética; Doença Reumática (artrose, espondilite anquilosante, tendinite, bursite)

Fonte: A autora (2017).

#### 4.3.1 Critérios de Seleção

##### 4.3.1.1 Critérios de Inclusão para Grupo Dor Crônica

1. Ambos os gêneros;
2. Idade entre 18 a 60 anos;
3. Presença de dor crônica (seis meses ou mais);
4. A dor crônica tem intensidade de 4 pontos ou mais na "VSA";



5. A dor é desencadeada por somente uma patologia e se houverem outras patologias associadas, estas não estão relacionadas a dor e/ou não a potencializam (ex: hipertensão arterial);
6. Não ter outra doença psiquiátrica que não esteja associada ao estudo;
7. Desejo de participar do estudo de forma voluntária, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**) após haver esclarecido todas as dúvidas com o investigador.

#### 4.3.1.2 Grupo Estudo Zumbido Crônico

1. Ambos os gêneros;
2. Idade entre 18 a 60 anos;
3. Presença de zumbido crônico, sendo que esta deve ser a condição clínica mais importante;
4. Desejo de participar do estudo de forma voluntária, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após haver esclarecido todas as dúvidas com o investigador.

#### 4.3.1.3 Grupo Controle

1. Ambos os gêneros;
2. Idade entre 18 a 60 anos;
3. Ausência de sintomas ou condições médicas significativas;
4. Desejo de participar do estudo de forma voluntária, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após haver esclarecido todas as dúvidas com o investigador.

#### 4.3.1.4 Critérios de Exclusão (Para Todos os Grupos)

1. Presença de outra comorbidade psiquiátrica não incluída nesse estudo;
2. Pedido para ser retirado do estudo;
3. Não preencher completamente ou corretamente todas as escalas do estudo.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Pacientes que preencheram os critérios de seleção foram informados sobre o estudo, e, havendo interesse, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi apresentado e esclarecido ao paciente, para que ele pudesse decidir quanto à sua participação. Após a assinatura do TCLE o participante foi submetido à coleta dos dados demográficos, ao inventário de culpa, a informações qualitativas e quantitativas da dor, e aos demais procedimentos do estudo, que visavam avaliar o número de condições médicas associadas, e a uma avaliação de variáveis psiquiátricas. As escalas foram escolhidas cada uma dentro de seu domínio e todas validadas na língua portuguesa:

1. Ficha de Registro de Caso/Demografia (Apêndice B);
2. Intensidade/Tempo Dor Crônica (Anexo B);
3. Intensidade/Tempo Zumbido Crônico (Anexo C);
4. M.I.N.I. - Mini international neuropsychiatric interview (Anexo D);
5. Beck para ansiedade e depressão (Anexo E e F);
6. Escala Multidimensional de Culpa (Anexo G);
7. Questionário de Avaliação de Atitude Religiosa (Anexo H);
8. WHOQOL-BREF - The World Health Organization Quality of Life (Anexo I);

##### 4.4.1 Metodologia da Intensidade da Dor

A intensidade da dor foi mensurada através da Escala Visual Analógica da Dor (VSA).<sup>[90]</sup>

##### 4.4.2 Metodologia da Intensidade de Zumbido

A intensidade foi mensurada através da Escala Visual Analógica do Zumbido (VSA).<sup>[93]</sup>

#### 4.4.3 Metodologia da Análise de Ansiedade e Depressão

Para o diagnóstico de condições psiquiátricas associadas o paciente passou por avaliações quantitativas e qualitativas, realizadas no ambulatório de dor e cada entrevista durou em média 30 minutos. Dentre as avaliações utilizadas está o inventário M.I.N.I. – *International Neuropsychiatric Interview*, que possui a função de encontrar a presença de diagnóstico nos pacientes. Após a aplicação do M.I.N.I., os participantes da pesquisa foram submetidos ao questionário de Beck para ansiedade e depressão com intuito de quantificar a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos. Os inventários de Beck para ansiedade e depressão são compostos por 21 itens cada, com níveis gradativos de cada sintoma avaliado, sendo a ansiedade e/ou a depressão graduada em: mínima, para valores de 0 a 10; leve, para valores de 11 a 19; moderada, para valores de 20 a 30 e grave, para valores de 31 a 63. A aplicação das escalas foi realizada pelo Dr. Marcelo Daudt von der Heyde e pela Dra. Karina Gustafson, ambos do Serviço de Psiquiatria do HC-UFPR e devidamente treinados para tal procedimento.<sup>[94-96]</sup>

Convém salientar que os pacientes diagnosticados com depressão e/ou ansiedade, ainda sem tratamento, foram encaminhados para o Ambulatório de Psiquiatria do HC-UFPR, para tratamento e acompanhamento adequado de suas condições (**Anexos D, E e F**).

#### 4.4.4 Metodologia da Avaliação da Sensação de Culpa

De acordo com a proposta de Aquino *et al.* (2009) o instrumento utilizado para identificar e medir a culpa apresenta 12 itens, organizados numa escala de Likert de cinco pontos (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre). Segundo validação do instrumento, eles podem ser subdividido em três diferentes domínios: 1) “Culpa Subjetiva” (CS) composto por 4 itens de avaliação, 2) “Culpa Objetiva” (CO) composto por 4 itens de avaliação e 3) “Culpa Temporal” (CT) composto por 5 itens de avaliação. Vale ressaltar que um item do CS é também contemplado em CT, conforme apresentado instrumento no **Anexo G**.<sup>[26]</sup>

Para análise dos escores do Instrumento de Culpa, desenvolveu-se uma escala transformada a fim de quantificar a culpa em valores absolutos, assim os

diferentes domínios foram analisados de maneira separada. Cada domínio foi considerado em seu escore total e transformado para escala de 0% a 100%. Nesse caso, o escore de cada um dos pacientes entrevistados era subtraído do escore mínimo possível para aquele domínio e dividido pela amplitude do escore, e multiplicado por 100. A fórmula pode ser descrita da seguinte forma:

$$\text{Escala transformada} = \left[ \frac{\text{Escore do paciente} - \text{Escore mínimo}}{\text{Amplitude do Escore}} \right] \times 100$$

Desta forma, o valor de 100% indica uma culpa grave. Vale ressaltar que a mesma categorização foi realizada para o escore total do Instrumento de Culpa, o cálculo total do índice considerou somente uma vez o item repetido no domínio CO e CT. Os resultados foram divididos em quartis, representando o índice de culpa, sendo  $\leq 25\%$  considerado como: Ótimo (Sem Culpa), 26-50% Bom (Culpa Leve), 51-75% Regular (Culpa Moderada) e  $> 75\%$  Ruim (Culpa Grave).

#### 4.4.5 Avaliação Atitude Religiosa

A Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade<sup>[97]</sup> foi elaborada originalmente em português, sendo instrumento composto por 15 itens, distribuídos de acordo com os componentes da atitude – afetivo comportamental e cognitivo, avaliando as atividades relacionadas aos mesmos (por exemplo, sinto-me unido a um ser maior, frequento as celebrações de minha religião/espiritualidade, procuro conhecer as doutrinas ou preceitos religiosos). Para respondê-lo, a pessoa deve ler cada item e indicar o valor que atribui dentro de uma escala Likert, com 5 pontos (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4 = quase sempre; 5 = sempre). O estudo de Aquino indicou que a escala apresenta um único fator. Da mesma forma realizada com o Instrumento de Culpa, para análise dos escores da Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade foi considerado o escore total e transformado para escala de 0% a 100%, conforme fórmula apresentada anteriormente (**Anexo H**).<sup>[97]</sup>

$$\text{Escala transformada} = \left[ \frac{\text{Escore do paciente} - \text{Escore mínimo}}{\text{Amplitude do Escore}} \right] \times 100$$

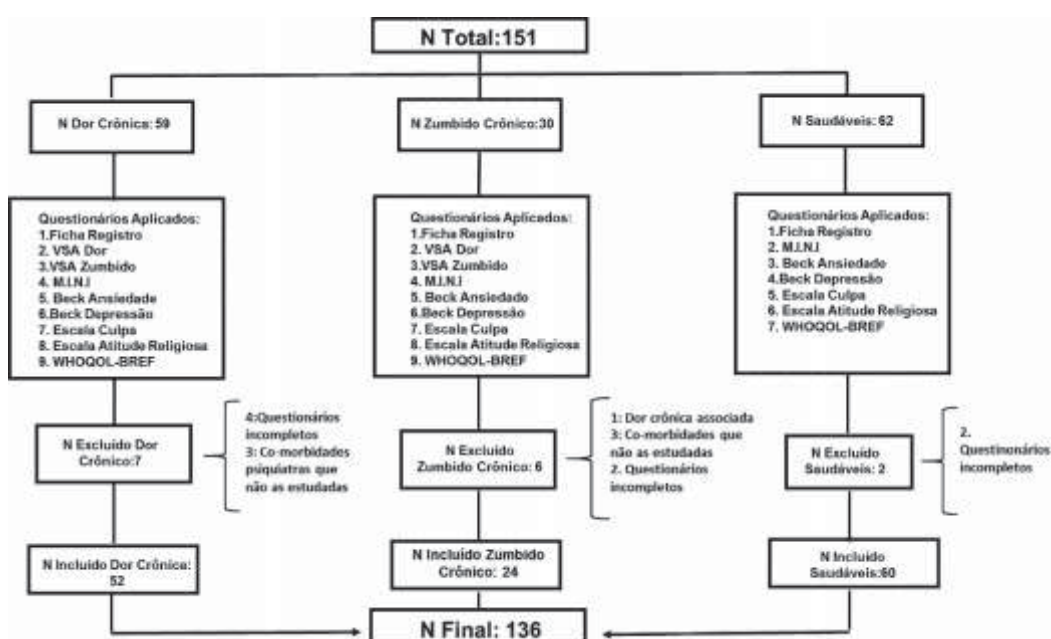
#### 4.4.6 Metodologia da Avaliação de Qualidade de Vida

A qualidade de vida foi avaliada através da versão BREF do questionário WHOQOL cuja pontuação relaciona-se proporcionalmente à qualidade de vida. Além das questões gerais 1 e 2, o instrumento tem 24 questões adicionais divididas entre 4 domínios, a saber: físico (n=5); psicológico (n=6); relações sociais (n=7) e meio ambiente (n=6). As respostas seguem a escala de Likert (**Anexo I**).<sup>[98]</sup>

#### 4.4.7 Metodologia Estatística

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios-padrões. Variáveis qualitativas foram descritas por frequências e percentuais. A comparação de variáveis quantitativas entre dois e três grupos foi realizada com os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, respectivamente. Para variáveis categóricas foram usados os testes exato de Fisher ou o do Qui-quadrado, corrigidos por Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 0,05, e de  $p < 0,017$  quando corrigido por Bonferroni. Para todas as análises foi utilizado o programa computacional IBM® SPSS Statistics®.

Figura 1. Desenho do Estudo



Fonte: A autora (2017).

## 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 5.1 RESULTADOS DESCRITIVOS

#### 5.1.1 Dor Crônica

Da amostra total analisada, 136 pacientes, 52 possuíam dor crônica e ao quantificar a intensidade relacionada a dor crônica nesses pacientes, o valor encontrado foi de  $8,0 \pm 1,0$ .

#### 5.1.2 Zumbido Crônico

A população de zumbido foi de 24 pacientes, e a intensidade média do zumbido no respectivo grupo foi de  $7,4 \pm 1,0$ . Os grupos foram estudados foram pareados entre idade e gênero, não sendo detectadas diferenças significativas quanto a sexo, idade ou duração da condição dolorosa.

### 5.2 RESULTADOS DESCRITIVOS E ANALÍTICOS

#### 5.2.1 Ansiedade e Depressão

Testou-se a hipótese nula de que os escores de Beck Depressão/Ansiedade são iguais nos três grupos, versus a hipótese alternativa de que os escores não são iguais nos três grupos. No caso de rejeição da hipótese nula, os grupos foram comparados dois a dois. Em seguida, foram consideradas as classificações de Beck Depressão (ausente a mínima; leve a moderada; moderada a grave; grave). Os grupos foram comparados dois a dois. Testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações de Beck são iguais nos dois grupos comparados, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Nas populações estudadas observa-se uma diferença significativa nos grupos crônicos do grupo com pacientes saudáveis (**Tabela 3**).

No rastreio de condições psiquiátricas subjacentes, os resultados obtidos por meio do M.I.N.I. revelaram que a depressão ocorreu nos indivíduos com dor crônica mais do que nos controles saudáveis, não havendo diferenças com relação aos portadores de zumbido ( $p < 0,001$ ) (**Tabela 4**). Não houve correlação entre os escores

de depressão e de culpa. Contudo, a ansiedade está presente nos sujeitos com zumbido crônico em proporção maior quando comparados aos indivíduos com dor crônica e com os controles saudáveis ( $p < 0,001$ ). Assim, a ansiedade é igual nos pacientes com dor crônica e nos pacientes com zumbido crônico  $p = 0,938$  (Tabela 5).

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DE DEPRESSÃO ENTRE OS TRÊS GRUPOS

Escore de Depressão	Dor Crônica	Zumbido Crônico	Controles Saudáveis	Dor Crônica versus Zumbido Crônico	Dor Crônica versus Controles Saudáveis	Zumbido Crônico versus Controles Saudáveis
	N= 52	N= 24	N= 60			
	n (%)	n (%)	n (%)	p	p	p
Ausente a mínimo	26 (50,0)	14 (58,3)	55 (91,7)	0,790	<0,001	<0,001
Leve a moderado	11 (21,2)	4 (16,7)	4 (6,7)			
Moderado a Severo	15 (28,8)	6 (25,0)	1 (1,7)			

Legenda: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; N: número de indivíduos do grupo; n: número; a - teste qui quadrado,  $p < 0,017$ , correção de Bonferroni  
Fonte: A autora (2017).

TABELA 4 - TABELA DESCRITIVA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Depressão	n	Média	Mediana	Mínima	Máxima	d.p.	p
Dor Crônica	52	15,3	12,0	1,0	44,0	10,2	<0,001*
Zumbido Crônico	24	14,7	11,0	0,0	44,0	1,2	
Saudáveis	60	3,8	2,0	0,0	22,0	3,0	
Ansiedade	n	Média	Mediana	Mínima	Máxima	d.p.	p
Dor Crônica	52	15,1	14	1,0	37	9,2	<0,001**
Zumbido Crônico	24	12,4	12,5	0	32	9,5	
Saudáveis	60	2,8	2	0	14	3,4	

Legenda: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis,  $p < 0,05$ ; d.p.: desvio padrão; N: número de indivíduos do grupo; n: número. Escores da escala de Beck.

\* Dor Crônica versus Zumbido Crônico:  $p = 0,468$

\*\* Dor Crônica versus Zumbido Crônico: p

\* Dor Crônica versus Saudáveis:  $p < 0,000$

\*\* Dor Crônica versus Saudáveis: p

\* Zumbido Crônico versus Saudáveis:  $p < 0,001$

\*\* Zumbido Crônico versus Saudáveis: p

Fonte: A autora (2017).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES ANSIEDADE ENTRE OS TRÊS GRUPOS

Escore Ansiedade	Dor Crônica	Zumbido Crônico	Controles Saudáveis	Dor Crônica versus Zumbido Crônico	Dor Crônica versus Controles Saudáveis	Zumbido Crônico Versus Controles Saudáveis
	N= 52	N= 24	N= 60			
	n (%)	n (%)	n (%)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Ausente a mínimo	16 (30,8)	8 (33,3)	59 (98,3)	0,938	<0,001	<0,001
Leve a moderado	21 (40,4)	10 (41,7)	1 (1,7)			
Moderado a Severo	15 (28,8)	6 (25,0)	0 (0,0)			

Legenda: Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis; N: número de indivíduos do grupo; n: número; a - teste qui quadrado,  $p < 0.017$ , correção de Bonferroni

Fonte: A autora (2017).

### 5.2.2 Sensação de Culpa

Os grupos foram comparados dois a dois. Testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações de Culpa são iguais nos dois grupos comparados, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes.

Observou-se com relação aos resultados das Escalas de Culpa, que não houve diferença significativa entre os três grupos quanto às subcategorias de Culpa Subjetiva (CS) e Culpa Objetiva (CO). Quanto à categoria Culpa Temporal (CT), houve diferença significativa entre os portadores de zumbido crônico, que apresentaram escores de culpa significativamente maiores do que os controles saudáveis ( $p = 0,014$ ) (Tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO ESCORE DE CULPA ENTRE OS GRUPOS

Culpa Total	Dor Crônica	Zumbido Crônico	Controles Saudáveis	Dor Crônica versus Zumbido Crônico	Dor Crônica versus Controles Saudáveis	Zumbido Crônico Versus Controles Saudáveis
	N= 52	N= 24	N= 60			
	n (%)	n (%)	n (%)	<i>P</i>	<i>p</i>	<i>P</i>
Ausente	16 (30,8)	2 (8,3)	18 (30,0)	0,155	0,065	0,004*
Leve	16 (30,8)	8 (33,3)	30 (50,0)			
Moderado	17 (5,8)	11 (45,8)	8 (13,3)			
Severo	3 (5,8)	3 (12,5)	4 (6,7)			

Legenda: N: número de indivíduos do grupo; n: número; a -Teste qui-quadrado,  $p < 0.017$ , correção de Bonferroni.

Fonte: A autora (2017).

### 5.2.3 Atitude Religiosa



Inicialmente, testou-se a hipótese nula de que os resultados da escala de atitude religiosa (em percentual) são iguais nos três grupos, versus a hipótese alternativa de que os resultados não são iguais nos três grupos. Não foi encontrada diferença significativa entre os três grupos em relação à escala de atitude religiosa ( $p=0,508$ ).

Em seguida, foram consideradas as classificações de atitude religiosa de acordo com os percentuais da escala (0% a 25%, 25,1% a 50%, 50,1% a 75%; 75,1% a 100%). Os grupos foram comparados dois a dois. Testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as classificações da atitude religiosa são iguais nos dois grupos comparados, versus a hipótese alternativa de distribuições diferentes.

Em todos os grupos, as práticas religiosas mostraram-se muito frequentes, não sendo detectadas diferenças significativas ao associar a atitude religiosa com o sentimento de culpa nos grupos estudados (**Tabela 7**).

TABELA 7 - ASSOCIAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DE DOR CRÔNICA E ZUMBIDO CRÔNICO, COM FATORES DE CULPA E ATITUDE RELIGIOSA

<b>Culpa Subjetiva</b>	<b>n</b>	<b>IDC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>	<b>Culpa Social</b>	<b>n</b>	<b>IZC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>
1	20	8,0	1,1	0,567	1	4	6,8	1,3	0,576
2	16	8,1	1,1		2	7	8,0	2,2	
3	12	7,8	0,9		3	9	7,1	2,0	
4	4	8,5	1,0		4	4	7,8	0,5	
<b>Culpa Objetiva</b>	<b>n</b>	<b>IDC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>	<b>Culpa Objetiva</b>	<b>n</b>	<b>IZC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>
1	23	8,0	0,9	0,990	1	6	6,7	2,1	0,519
2	19	8,2	1,3		2	11	8,1	1,4	
3	7	8,1	1,1		3	3	7,7	2,5	
4	3	7,7	0,6		4	4	6,5	1,3	
<b>Culpa Temporal</b>	<b>n</b>	<b>IDC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>	<b>Culpa Temporal</b>	<b>n</b>	<b>IZC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>
1	19	7,9	1,1	0,789	1	4	8,5	1,3	0,423
2	13	7,9	0,9		2	7	6,6	2,1	
3	12	8,2	0,9		3	7	7,4	1,9	
4	8	8,4	1,2		4	6	7,7	1,4	
<b>Culpa Total</b>	<b>n</b>	<b>IDC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>	<b>Culpa Total</b>	<b>n</b>	<b>IZC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>
1	16	8,0	1,1	0,645	1	2	8,5	2,1	
2	16	7,9	1,0		2	8	6,8	2,1	
3	17	8,3	1,1		3	11	8,1	1,4	
4	3	7,7	0,6		4	3	6,0	1,0	
<b>Atitude Religiosa</b>	<b>n</b>	<b>IDC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>	<b>Atitude Religiosa</b>	<b>n</b>	<b>IZC</b>	<b>±d.p.</b>	<b>p</b>
1	4	8,0	1,4	0,452	1	2	6,0	1,4	
2	15	7,7	1,0		2	3	7,3	2,1	
3	21	8,3	1,1		3	8	8,1	1,6	
4	12	8,0	1,0		4	11	6,9	1,9	

Legenda: d.p.: desvio padrão; n: número; IDC: Intensidade Dor Crônica; IZC: Intensidade Zumbido Crônico . \* Não foram incluído testes estatísticos. - O teste não foi aplicado devido o n° de casos

Fonte: A autora (2017).

### 5.2.4 Qualidade de Vida

Para cada item da avaliação da Qualidade de Vida (QV) e para a QV geral, testou-se a hipótese nula de que os resultados são iguais para os três grupos (dor crônica, zumbido e controle), versus a hipótese alternativa de que os resultados não são iguais nos três grupos. No caso de haver diferença entre os grupos, estes foram comparados dois a dois, para cada grupo usou-se, frequências e percentuais de respostas (de 1 a 5) e estatísticas descritivas dos resultados (médias, medianas, valores mínimos e valores máximos).

Ao verificar a frequência da Qualidade de Vida (QV), observou-se que pacientes com DC apresentaram uma média de 2,7, enquanto ZC 2,6 e pacientes saudáveis 3,7, sendo que houve diferença significativa ( $<0,001$ ) da qualidade de vida em sujeitos com dor ou zumbido crônico ao serem comparados com indivíduos saudáveis, o que vem de encontro com o já descrito na literatura como pode ser observado nas **Tabelas 8 e 9**.

TABELA 8 - FREQUÊNCIA DA QUALIDADE DE VIDA

Tipo QV	Dor Crônica		Zumbido Crônico		Controle Saudáveis		p
	N	Mediana	n	Mediana	n	Mediana	
QV Geral		3 (1-5)		3 (3-3)		4 (1-5)	<0,001
QV Saúde		2 (1-4)		2 (1-3)		4 (1-5)	
QV Físico		2 (1-4)		2 (1-3)		3 (2-5)	
QV Psicológica	52	2 (1-3)	24	2 (1-3)	60	4 (2-5)	
QV Social		2 (1-5)		2 (1-3)		4 (1-5)	
QV Meio ambiente		2 (1-4)		2 (1-3)		4 (2-5)	

Legenda: QV: qualidade de vida; n: número; Resultados descritos por mediana, máxima e mínima.  
Fonte: A autora (2017).

TABELA 9 - VALORES DE  $p$  OBTIDOS DAS COMPARAÇÕES DOS GRUPOS DOIS A DOIS

Tipo QV	Dor Crônica x Zumbido Crônico	Dor Crônica x Controle Saudável	Zumbido Crônico x Controle Saudável
QV Geral	0,624	<0,001	<0,001
QV Saúde	0,723	<0,001	<0,001
QV Física	0,426	<0,001	<0,001
QV Psicológica	0,676	<0,001	<0,001
QV Social	0,400	<0,001	<0,001
QV Meio Ambiente	0,625	<0,001	<0,001

Legenda: teste Kruskal Wallis. QV=qualidade de vida.  
Fonte: A autora (2017).

### 5.2.5 Correlação entre Variáveis

Para relacionar cada variável relativa à culpa e à atitude religiosa, testou-se a hipótese nula de que a intensidade do zumbido é igual para todas as classificações da variável, versus a hipótese alternativa de intensidades diferentes, onde se observou não significância estatística.

Contudo, ao avaliar a relação depressão/ansiedade, as variáveis relativas à culpa (social, objetiva, temporal e geral classificadas como 1, 2, 3 ou 4) e atitude religiosa nos grupos estudados verificou-se no grupo com zumbido crônico a ausência de correlação do sentimento culposo com as outras variáveis estudadas.

A comparação da associação entre a depressão, a culpa e as atitudes religiosas em indivíduos com dor crônica, com zumbido e controles normais confirmou que os indivíduos com dor crônica não possuem sentimentos culposos. (Tabelas 10 e 11).

TABELA 10 - FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE DEPRESSÃO NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA

(continua)

	Dor Crônica n %				Zumbido Crônico n %				Controles Saudáveis n %			
<b>Beck Depressão</b>	<b>CULPA SOCIAL</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Ausente a mínimo</b>	12	8	6	0	2	5	4	3	19	18	4	1
	46,2	30,8	23,1	0,0	14,3	35,7	28,6	21,4	34,6	32,7	30,9	1,8
<b>Leve a moderado</b>	4	4	2	1	1	0	3	0	2	1	1	0
	36,4	36,4	18,2	9,7	25,0	0,0	75,0	0,0	50,0	25,0	25,0	0,0
<b>Moderado a Grave</b>	4	4	4	3	1	2	2	1	0	0	0	0
	26,7	26,7	26,7	20,0	16,7	33,3	33,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Beck Depressão</b>	<b>CULPA OBJETIVA</b>											
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Ausente a mínimo</b>	14	10	2	0	3	9	0	2	28	20	5	2
	53,9	38,5	7,7	0,0	21,4	64,3	0,0	14,3	50,9	36,4	9,1	3,6
<b>Leve a moderado</b>	5	2	3	1	1	1	1	1	2	1	0	1
	45,5	18,2	23,7	9,1	25,0	25,0	25,0	25,0	50,0	25,0	0,0	25,0
<b>Moderado a Grave</b>	4	7	2	2	2	1	2	1	0	0	0	0
	26,7	46,7	13,3	13,3	33,3	16,7	33,3	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0

TABELA 10 - FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE DEPRESSÃO NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA

(conclusão)

Beck Depressão					CULPA TEMPORAL							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ausente a mínimo	11	7	8	0	4	3	5	2	25	17	8	3
	42,3	26,9	30,8	0,0	28,6	21,4	35,7	14,3	49,1	30,9	14,6	5,5
Leve a moderado	5	2	1	3	0	2	0	2	2	0	1	1
	45,5	18,2	9,1	27,3	0,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0	25,0	25,0
Moderado a Grave	3	4	3	5	0	2	2	2	0	0	0	0
	20,0	26,7	20,0	33,3	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Beck Depressão					ATITUDE RELIGIOSA							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ausente a mínimo	11	7	8	0	1	2	7	4	5	10	27	13
	42,3	26,9	30,8	0,0	7,1	14,3	50,0	28,6	9,1	18,2	49,1	23,6
Leve a moderado	5	2	1	3	0	0	1	3	0	1	2	1
	45,5	18,2	9,1	27,3	0,0	0,0	25,0	75,0	0,0	50,0	25,0	50,0
Moderado a Grave	3	4	3	5	1	1	1	1	0	0	0	0
	20,0	26,7	20,0	33,3	16,7	16,7	50,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0

Legenda: Kruskal-Wallis teste não paramétrico,  $p < 0,05$ .

Fonte: A autora, 2017.

TABELA 11 - FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE ANSIEDADE NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA

(continua)

	Dor Crônica				Zumbido Crônico				Controles Saudáveis			
	n				n				n			
	%				%				%			
Beck Ansiedade					CULPA SOCIAL							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ausente a mínimo	6	5	5	0	1	2	4	2	21	19	18	1
	37,5	31,3	31,3	0,0	12,5	25,0	50,0	33,3	35,6	32,2	30,5	1,7
Leve a moderado	8	8	5	1	3,0	3	2	3	0	0,0	0	0
	38,1	38,1	19,0	4,8	30,0	30,0	20,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Moderado a Grave	6	3	3	3	0	2	3	1	0	0	0	0
	40,0	20,0	20,0	20,0	0,0	33,3	50,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Beck Ansiedade					CULPA OBJETIVA							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ausente a mínimo	6	6	4	0	1	6	0	1	30	21	5	3
	37,5	37,5	25,0	0,0	12,5	75,0	0,0	12,5	50,8	35,6	8,5	5,1
Leve a moderado	10	7	1	3	3	4	0	3	0	0	0	0
	47,8	33,3	4,8	14,3	30,0	40,0	0,0	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Moderado a Grave	7	6	2	0	2	1	3	0	0	0	0	0
	46,7	40,0	13,3	0,0	33,3	16,7	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

TABELA 11 - FREQUÊNCIA NA RELAÇÃO ENTRE A ANSIEDADE AS PONTUAÇÕES DE ZUMBIDO COM A PONTUAÇÃO DE CULPA – ESCORES DE ANSIEDADE NA ESCALA DE BECK E ATITUDES RELIGIOSA

(conclusão)

Beck Ansiedade	CULPA TEMPORAL											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ausente a mínimo</b>	5 34,3	3 18,9	5 31,3	3 18,8	2 25,0	1 12,5	5 62,5	0 0,0	29 49,2	17 28,8	9 15,3	4 6,8
<b>Leve a moderado</b>	8 38,1	3 23,8	5 23,8	3 14,3	2 20,0	3 30,0	0 0,0	5 50,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
<b>Moderado a Grave</b>	6 40,0	5 33,3	2 13,3	2 13,3	0 0,0	3 50,0	2 33,3	1 16,7	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0,0 0,0
Beck Ansiedade	ATITUDE RELIGIOSA											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ausente a mínimo</b>	1 6,3	3 18,8	9 56,4	3 18,8	0 0,0	2 25,0	5 62,5	1 12,5	5 8,5	11 18,6	24 49,2	14 23,7
<b>Leve a moderado</b>	2 9,5	5 23,8	8 38,1	6 28,6	2 20,0	0 0,0	3 30,0	5 50,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0
<b>Moderado a Grave</b>	1 6,7	7 46,7	4 26,7	3 20,0	0 0,0	1 16,7	3 50,0	2 33,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0

Legenda: Kruskal-Wallis teste não paramétrico,  $p < 0,05$ ,

Fonte: A autora, 2017.

## 6 DISCUSSÃO

Constatou-se com este estudo que os indivíduos com zumbido crônico apresentaram sentimentos de culpa maiores quando comparados com indivíduos normais, mas não foram maiores do que os indivíduos com dor crônica. Curiosamente, nos portadores de dor crônica predominou a culpa relacionada à perda de tempo relacionada à dor, enquanto nos portadores de zumbido crônico o sentimento culposo relacionou-se a remorso, autocondenação e/ou punição.

O sentimento de culpa é sempre um sentimento recordado, de características desagradáveis ou “dolorosas”, que podem ser sentidas tanto de maneira consciente quanto inconsciente.<sup>[26, 31,41,42]</sup>

A literatura não traz estudos comparativos, entretanto, um estudo transversal com 287 pacientes com dor lombar crônica identificou que os indivíduos que mais se conformavam com a condição dolorosa eram aqueles que apresentavam menos ansiedade, depressão e sentimento de culpa. Dentre outras conclusões, os autores ponderam que o sentimento de culpa pode ser um alvo potencial para intervenções terapêuticas baseadas na aceitação da dor.<sup>[79]</sup>

Outro estudo com o foco no sentimento de culpa e emoções autoconscientes (SCEs) – vergonha, culpa, humilhação, constrangimento – explorou a prevalência e experiência destas emoções em pacientes com dor crônica, em comparação com controles e avaliou a relação entre SCEs e incapacidade secundária a dor. No grupo da dor, as variáveis SCE correlacionaram-se com a intensidade da dor afetiva, por sua vez, relacionada à incapacidade. Os achados destacam a prevalência de SCEs negativas e sua importância na avaliação e manejo da dor crônica.<sup>[26]</sup>

Assim como a dor crônica, com a qual amiúde apresentam-se comórbidos, como transtornos ansiosos e depressivos, por exemplo, que se caracterizam como distúrbios de saúde mental mais persistente e que podem reduzir substancialmente a qualidade de vida do paciente.<sup>[43,44]</sup>

Confirmando estudos prévios da literatura, nosso grupo de dor crônica apresentou maiores escores de depressão quando comparado aos controles normais. Já a ansiedade foi estatisticamente mais presente e intensa nos grupos zumbido que nos grupos com dor crônica e controles normais, sendo que os escores dos portadores de dor crônica também superaram aqueles dos normais.

Um estudo prévio em indivíduos com zumbido detectou a depressão em 17,4% dos indivíduos da pesquisa, ligeiramente maior nas mulheres (9,8%) do que nos homens (7,6%). Já a ansiedade (22,8%) foi um pouco mais prevalente nos homens (11,9%) que em mulheres (10,9%),<sup>[26]</sup> Em outro estudo, dos 157 indivíduos com zumbido estudados, 25% apresentam provável ansiedade e 27% apresentaram provável depressão.<sup>[27]</sup> Já a prevalência de ansiedade (35%) e depressão (13%) foi encontrada em uma população de 108 portadores de zumbido.<sup>[28]</sup> Como supracitado, o estudo apresenta resultados muito similares no que tange à prevalência para ansiedade detectada em nosso grupo com zumbido crônico (41,7%), que, por sua vez, mostrou-se bem mais elevada do que nos demais estudos prévios.<sup>[99,100]</sup> Esta maior prevalência da ansiedade em nossos sujeitos com zumbido que nos de dois dos três estudos prévios pode ter sido secundária tanto a diferenças entre as patologias quanto aos métodos empregados.

Alguns autores enfatizam a importância de abordagens na esfera afetiva dos pacientes com dor crônica, para que eles lidem com seus sentimentos, como o de culpa, por exemplo. Sugere-se, em uma pesquisa, que a aceitação da dor e condição é uma maneira de abordar o aspecto "além do controle" da doença. O mesmo autor considera que o processo de aceitação da dor não visa reduzir a culpa, mas envolve aprender a viver plenamente entre todas as diversas reações emocionais e cognitivas à experiência da dor, e relata que aceitação da dor está associada a reduções de emoções negativas como ansiedade, depressão e potencialmente, culpa.<sup>[55,101]</sup>

Alguns estudos sugerem que a culpa pode ser um fator de risco para maus resultados no tratamento, e nosso estudo reforça serem a ansiedade, a depressão e o sentimento de culpa alvos promissores de tratamento de pacientes crônicos. Portanto, nossos resultados apoiam o argumento de que abordagens focadas no enfrentamento da culpa relacionada à dor crônica, no que diz respeito à perda de tempo quanto às atividades diárias; e daquela relacionada ao zumbido crônico – expressa por remorso, autocondenação e punição – devam ser considerados no tratamento de ambas as condições, respectivamente.<sup>[79]</sup>

Como foi possível constatar, a partir dos resultados obtidos, curiosamente, ainda que a sensação de dor seja considerada como associada à punição – isto de acordo com os significados simbólicos compreendidos na expressão “culpa” contidos nas definições das culturas latinas e anglo-saxãs, indivíduos com dor relataram culpa

subjetiva mais acentuada apenas do que os controles normais, mas não do que os indivíduos com zumbido crônico.

Além disso, na população estudada, a dor não se associou a culpa subjetiva, indicando que não é percebida como punição. Portanto, considerando que a sensação de dor não está associada ao sentimento de punição; considerando também que os resultados não corroboram para indicarmos que, em pacientes crônicos, o sentimento de culpa subjetiva, ou seja, relacionada à punição, seja fator predominante e; considerando que esta nomenclatura não condiz com os achados contidos neste estudo controlado e nesta população, sugere-se que o termo "*pain*" esteja equivocado quando relacionado ao sentimento de punição atribuído intrinsecamente a ele.

No contexto referente à prática da saúde, averigua-se a influência de aspectos religiosos no tratamento de doenças, ainda que existam alguns estudos que contradigam esta influência. Nessa perspectiva, a interface entre religiosidade e o modo de lidar com essas mesmas doenças tem sido investigada, principalmente nas últimas duas décadas, em especial, por pesquisadores das ciências sociais e da saúde.<sup>[44]</sup> Na literatura de cuidados paliativos, o tema religiosidade e espiritualidade ganha bastante importância.<sup>[42]</sup>

Observa-se o efeito de aspectos religiosos e espirituais no tratamento de condições dolorosas. Em um estudo que comparou o efeito de diferentes formas de meditação em relação à ansiedade, ao humor e à dor, demonstrou-se que o grupo que realizou meditação com envolvimento espiritual obteve menores níveis de ansiedade, melhor humor e duas vezes mais tolerância à dor. Estudaram também 122 pacientes com dores músculo-esqueléticas e observou-se que pacientes relataram o sentimento de estarem mais abandonados por Deus e tiveram menos desejo de diminuir a dor. Práticas religiosas privadas foram inversamente relacionadas às variáveis físicas, mostrando que os pacientes em pior estado tinham maior probabilidade em se engajar as práticas, como um meio de enfrentamento da sua baixa qualidade de vida.<sup>[52]</sup>

No que se refere à prática religiosa observou-se que não houve diferença significativa entre os grupos estudados, ou seja, a maioria dos participantes apresentou prática religiosa.<sup>[58]</sup>

Qualidade de vida (QV) está além do controle de sintomas/doenças, aumento da expectativa de vida ou controle de mortalidade. Qualidade de vida compreende as



necessidades da população em geral para ter uma vida satisfatória. Compreende-se que a dor é um fator limitante para QV, bem como um indicador rotineiro na atenção básica quando o objetivo é auferir diagnósticos clínicos. A dor crônica está presente em 30 a 40% da população do país. Logo, faz-se necessária a criação de estratégias para combater essa condição.<sup>[102]</sup>

Este estudo mostra relação entre a piora da QV com a deficiência causada pela dor. Observações como "incapaz de dormir devido a dor ou sensação de puxão no pescoço" (*sic*), "dor ou sensação de queimação" (*sic*) e "dificuldade de desenvolver tarefas diárias gerando uma alteração no humor" (*sic*) apontam para o comprometimento causado pela dor na QV desses pacientes.

Nosso estudo revela uma diferença significativa da qualidade de vida de sujeitos com dor ou zumbido crônico ao serem comparados com indivíduos saudáveis, o que vem de encontro com o já descrito na literatura.

Uma pesquisa que envolveu 400 pacientes com idade média de  $45,6 \pm 11,4$  anos, com 82,8% da amostra composta por indivíduos do sexo feminino, relacionou ansiedade, depressão e dor aos piores resultados nas variáveis de QV. A escala usada para quantificar a qualidade de vida foi a SF-36. Os pacientes com dor intensa a extrema apresentaram maior frequência (70,4%) de ansiedade do que aqueles sem dor ou com dor leve a moderada (59,5%). Essa foi uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,027$ ). No entanto, a frequência de depressão não atingiu significância estatística quando ambos os grupos foram comparados ( $p=0,109$ ). Por outro lado, um trabalho que avaliou a QV em 31 pacientes com dores crônicas que faziam parte do atendimento de uma clínica multiprofissional, observou níveis significativos nos domínios de capacidade funcional (47,09%) e saúde mental (40,0%). Os escores com valores menores foram relacionados por aspectos físicos. Essas informações corroboram para que acreditemos que a dor interfere diretamente nas atividades diárias dos pacientes, alterando a capacidade física, a mudança nos sentimentos e modificando a relação com outras pessoas.<sup>[50,103]</sup>

Nosso estudo encontrou diferença significativa em todos os domínios da QV ao comparar ao grupo de indivíduos saudáveis com o grupo de portadores de dor, ratificando os achados da literatura.<sup>[104,105]</sup> A fim de avaliar a influência da dor crônica na QV de 50 idosos, um estudo transversal usou a escala analógica visual (EAV) da dor e o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Por intermédio deste último instrumento, foi possível identificar que 34% dos pacientes

apresentam distúrbios da coluna; sendo 22% com artrite reumatoide, 18% com osteoporose, 14% com artrose e 12% com tendinopatias. O instrumento EAV pode identificar o padrão de dor considerado “dor moderada”. Houve uma influência negativa da dor crônica na QV dos idosos no domínio físico e nas relações sociais em relação aos voluntários controles, cujos dados também vêm de encontro com nossos achados.<sup>[50,103]</sup>

Em outro estudo, foi observado que 84,3%, 77 dos pacientes com distonia cervical, relataram dor, sendo que 32,8% desses relataram sentir dor a maior parte do dia (> 76% do tempo) e 17% dos pacientes declararam que a dor é a principal fonte de deficiência. Outra informação importante foi que quanto maior a incapacidade, a dor e a gravidade da distonia, pior a QV ( $p < 0,0001$ ). As queixas mais frequentes foram: dificuldade em manter as demandas profissionais e pessoais (74,3%), sentir-se desconfortável em público (72,9%), dificuldades em razão da dor (68,6%), sentir o humor deprimido, sentimentos de irritabilidade ou amargura (47,1%), sensação de solidão ou isolamento (32,9%). Outros aspectos que vêm de encontro àqueles encontrados em nosso estudo são os que encontraram uma relação entre as sensações que compreendem um possível quadro depressivo como irritabilidade, amargura, sensação de isolamento ou de solidão, etc... – além do desconforto causado pelos sentimentos de culpa e desconforto social por ser portador de uma condição crônica não totalmente compreendida e de difícil tratamento.<sup>[106]</sup>

## 6.1 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

As limitações deste estudo relacionam-se ao tipo de amostragem utilizada (método não-probabilístico convencional), em vista de não dispormos de dados estatísticos suficientes. Uma amostra de maior número, num estudo de caráter multicêntrico, ofereceria melhores condições para possíveis generalizações. Além disso, encontrou-se na literatura evidências de que o sentimento de culpa pode ser qualitativamente diferente em diferentes culturas e, como em todas as medidas de autorrelato, há a possibilidade de viés social.

## 6.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Recomenda-se a ampliação deste estudo de forma a abranger outras culturas e centros de tratamento a fim de verificar se o sentimento de culpa pode ser interpretado e/ou sentido de forma diferente quando analisado interculturalmente.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com este estudo nos permitem concluir que a hipótese primária de que portadores de dor crônica apresentam escores de culpa em proporção maior quando comparados ao e zumbido crônico e grupo controle, não se confirma.

Constatou-se a relação entre ansiedade e depressão nos grupos com dor crônica e zumbido crônico. O estudo mostrou haver diferença significativa nesses pacientes quando comparado com indivíduos saudáveis.

Ademais, os resultados obtidos com a mensuração da qualidade de vida nos permitem inferir que existe uma correlação entre a existência de doenças crônicas e baixa qualidade de vida.

Contudo, o mesmo não se aplica à atitude religiosa que, por sua vez, não apresentou correlação significativa.

## REFERÊNCIAS

- 1 LEWIS, C. T.; SHORT, C. Poena. In: PERSEUS (Comp.). **A Latin Dictionary**. [s.l.], 2015. p. 1-1. Disponível em: <<http://www.perseus.tufts.edu/hopper>>. Acesso em: 2 ago. 2015.
- 2 LEWIS, M. Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In: LEWIS, M.; HAVILAND-JONES, J. M.; BARRETT, L. F. (Ed.). **Handbook of emotions**. New York: Guilford Press, 2008. p. 742-756.
- 3 HARPER D. Pain. In: ONLINE ETYMOLOGY DICTIONARY (Comp.). **Online Etymology Dictionary**. [s.l.] 2015. p. 1-1. Disponível em: Acesso em: 21 ago. 2015.
- 4 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 5 KUBANY, E. S. et al. Development and Validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). **Psychological Assessment**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.428-444, 1996. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/fulltext/1997-02157-016.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.
- 6 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 7 VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- 8 PIAGET, J. **Gênese das Estruturas Lógicas Elementares**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970. 356 p.
- 9 PIAGET, J. **A Epistemologia Genética**. Petrópolis: Vozes, 1971. 110 p.
- 10 PIAGET, J. **Psicologia e Epistemologia: Por uma teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1973. 158 p.
- 11 PIAGET, J. **A Epistemologia Genética e a Pesquisa Psicológica**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1974.
- 12 WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

- 13 WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- 14 WINNICOTT, D. W. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- 15 FREUD, S. **Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII (1901-1905)).
- 16 KLEIN, M. **Sobre a teoria da ansiedade e da culpa**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Obras Completas de Melanie Klein: Volume III Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1948)).
- 17 KLEIN, M. **Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Obras Completas de Melanie Klein: Volume III Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1958)).
- 18 KLEIN, M. **O desenvolvimento inicial da consciência na criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras Completas de Melanie Klein: Volume I Amor culpa e reparação e outros trabalhos (1933)).
- 19 KLEIN, M. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (Obras Completas de Melanie Klein: Volume II A psicanálise de crianças (1932)).
- 20 ERIKSON, E. H. **Infância e Sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- 21 LOESER, J. D. et al (Ed.). **Bonica's Management of Pain**. 3. ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 2178 p.
- 22 THERNSTROM, M. **As Crônicas da Dor**. São Paulo: Objetiva, 2010.
- 23 KIERKEGAARD, S. **O conceito de angústia**: (1844). São Paulo: Hemus, 2007.
- 24 FERREIRA, A. M. C. Culpa e angústia em Heidegger. **Cogito**, Salvador, v. 4, p.7579-7579, out. 2002. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151994792002000100012&lng=pt\\_nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151994792002000100012&lng=pt_nrm=iso)>. Acesso em: 09 maio 2017.
- 25 HENNING-GERONASSO, M. C.; MORÉ, C. L. O. O. Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.711-725, set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000942014>.

- 26 AQUINO, T. A. V.; MEDEIROS, B. Escala de culpabilidade: construção e validação de construto. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p.77-86, abr. 2009.
- 27 FEDEWA, B. A.; BURNS, L. R.; GOMEZ, A. A. Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. **Personality And Individual Differences**, [s.l.], v. 38, n. 7, p.1609-1619, maio 2005. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.026>.
- 28 GELLIS, A.; HAMUD, M. I. L. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. **Psicologia USP**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.635-654, set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65642011005000020>.
- 29 COLLINS, G. R. **Aconselhamento cristão**. São Paulo: Vida Nova, 2004.
- 30 HUFFORD, D. J. Visionary Spiritual Experiences in an Enchanted World. **Anthropology And Humanism**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.142-158, 21 nov. 2010. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1548-1409.2010.01063.x>.
- 31 KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. **Southern Medical Journal**, [s.l.], v. 97, n. 12, p.1194-1200, dez. 2004. <http://dx.doi.org/10.1097/01.smj.0000146489.21837.ce>.
- 32 TOURNIER, P. **Culpa e Graça: uma análise do sentimento de culpa e o ensino do evangelho**. São Paulo: Abu Editora, 1985.
- 33 BENEDICT, R. **The Chrysanthemum and the Sword**: Patterns of Japanese Culture. New York: New American Library, 1974. 324 p 74.
- 34 DEARING, R. L.; STUEWIG, J.; TANGNEY, J. P. On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 30, n. 7, p.1392-1404, ago. 2005. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>.
- 35 FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.381-389, dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722005000300012>.
- 36 VERZTMAN, J. Vergonha, honra e contemporaneidade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, [s.l.], v. 18, n. 181, p.88-99, mar. 2006.
- 37 MESQUITA, A. C. et al. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. **Revista Latino-americana**

- de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.539-545, abr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000200010>.
- 38 PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 34, p.82-87, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000700011>.
- 39 PANZINI, R. G. et al. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 34, p.126-135, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000700016>.
- 40 MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.242-250, set. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462006005000006>.
- 41 HUDSON, T. Measuring the results of faith. **Hospitals & Health Networks**, [s.l.], 18, v. 70, n. 18, p.22-24, 20 set. 1996.
- 42 Taghinejad H. et al. Occupational Mental Health: A Study of Work-Related Mental Health among Clinical Nurses. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, [s.l.], p.1-3, 2014. <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/8247.4835>.
- 43 CRASKE, M. G. et al. Anxiety disorders. **Nature Reviews Disease Primers**, [s.l.], v. 3, p.17024-17024, 4 maio 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>.
- 44 SNIEZEK, D. P.; SIDDIQUI, I. J. Acupuncture for Treating Anxiety and Depression in Women: A Clinical Systematic Review. **Medical Acupuncture**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.164-172, jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1089/acu.2012.0900>.
- 45 BRAGA, J. E. F. Ansiedade Patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.93-100, 1 maio 2010. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2010.14.02.13>.
- 46 SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual de Psiquiatria Clínica - Kaplan-Sadock**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 47 TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p.149-159, jun. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000300007>.



- 48 LACAN, J. **O Seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- 49 PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- 50 CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 15, n. 2, p.346-354, jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2012000200012>.
- 51 BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **B M C Medicine**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.1-16, 26 jul. 2011. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>.
- 52 TANGNEY, J. P.; STUEWIG, J.; MASHEK, D. J. Moral Emotions and Moral Behavior. **Annual Review Of Psychology**, [s.l.], v. 58, n. 1, p.345-372, jan. 2007. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>.
- 53 URANIA, T P. **Mosaico de Letra: Ensaios de Psicanálise**. São Paulo: Escuta-sp e Melancolia Ed, 2000.
- 54 SERBIC, D.; PINCUS, T. Pain-related Guilt in Low Back Pain. **The Clinical Journal Of Pain**, [s.l.], v. 30, n. 12, p.1062-1069, dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.0000000000000059>.
- 55 SERBIC, D. et al. Diagnostic uncertainty, guilt, mood, and disability in back pain. **Health Psychology**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.50-59, 2016. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000272>.
- 56 TURNER-COBB, J. M.; MICHALAKI, M.; OSBORN, M. Self-conscious emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: A brief report. **Psychology & Health**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.495-501, 2 jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2014.99173501>.
- 57 MCCRACKEN, L. M.; VOWLES, K. E. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. **American Psychologist**, [s.l.], v. 69, n. 2, p.178-187, 2014. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035623>.
- 58 SNELGROVE, S.; EDWARDS, S.; LIOSSI, C. A longitudinal study of patients' experiences of chronic low back pain using interpretative phenomenological analysis: Changes and consistencies. **Psychology & Health**, [s.l.], v. 28, n. 2, p.121-138, fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.630734>.

- 59 BONICA, J. J. The need of a taxonomy. **Pain**, S.i, v. 6, n. 3, p.247-248, jun. 1979.
- 60 MERSKEY, H.; BOGDUK, N. (Ed.). **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2. ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- 61 KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 59, n. 4, p.509-513, ago. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672006000400007>.
- 62 CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista Dor**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.297-300, dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-00132011000400003>.
- 63 SOCIEDADE BRASILEIRA DO ESTUDO DA DOR (São Paulo) (Org.). **Impactos**. 2017. Disponível em: [http://www.sbed.org.br/lernais\\_materias.php?cd\\_materias=171&friurl=\\_-Impactos-\\_](http://www.sbed.org.br/lernais_materias.php?cd_materias=171&friurl=_-Impactos-_). Acesso em: 01 jul. 2017.
- 64 HARSTALL, C. How Prevalent Is Chronic Pain? **Pain: International Association for the Study of Pain**, Seattle, v. 11, n. 2, p.1-4, jun. 2003.
- 65 TRANQUILLI, W J. Fisiologia da dor aguda. In: GREENE, S. A. **Segredos Em Anestesia Veterinária e Manejo da Dor**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 399-402.
- 66 RIEDEL, W; NEECK, G. Nociception, pain, and antinociception: current concepts. **Zeitschrift Fur Rheumatologie**, [s.l.],v. 60, n. 6, p.404-415, 2001.
- 67 PETERSEN-FELIX, S; CURATOLO, M. Neuroplasticity - an important factor in acute and chronic pain. **Swiss Medical Weekly**, [s.l.], v. 132, n. 09913, p.273-278, 2002.
- 68 BRAS, M. Neurobiological and clinical relationship between psychiatric disorders and chronic pain. **Psychiatria Danubina**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.221-226, 2010.
- 69 SYMRENG, I.; FISHMAN, S. M. Anxiety and Pain. **IASP Pain Clinical Updates**, [s.l.], dez. 2004. p. 1-6.
- 70 BIRGENHEIR, D. G. et al. Pain conditions among veterans with schizophrenia or bipolar disorder. **General Hospital Psychiatry**, [s.l.], v. 35,

- n. 5, p.480-484, set. 2013.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.019>.
- 71 GUREJE, O. et al. Persistent Pain and Well-being. **Jama**, [s.l.], v. 280, n. 2, p.147-151, 8 jul. 1998. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.280.2.147>.
- 72 ZYNBARG, R. E.; CRASKE, M. G.; BARLOW, D. H. **Mastery of Your Anxiety and Worry (MAW): Therapist Guide**. Series Treatments that work. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006.
- 73 BUFF, C. et al. Activity alterations in the bed nucleus of the stria terminalis and amygdala during threat anticipation in generalized anxiety disorder. **Social Cognitive And Affective Neuroscience**, [s.l.], v. 12, n. 11, p.1766-1774, 25 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1093/scan/nsx103>.
- 74 HERRMANN, M. J. et al. Phasic and sustained brain responses in the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis during threat anticipation. **Human Brain Mapping**, [s.l.], v. 37, n. 3, p.1091-1102, 17 dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1002/hbm.23088>.
- 75 JASTREBOFF, P. J. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. **Neuroscience Research**, [s.l.], v. 8, n. 4, p.221-254, ago. 1990.
- 76 BENTO, R. F. **O que é zumbido?** 2015. Disponível em: <<http://www.zumbido.org.br/novo/conteudo.asp?s=11>>. Acesso em: 28 abr. 2015.
- 77 BIRBAUMER, N. et al. Effects of regional anesthesia on phantom limb pain are mirrored in changes in cortical reorganization. **Journal Of Neuroscience**, [s.l.], v. 17, n. 14, p.5503-5508, 15 jul. 1997.
- 78 RAMACHANDRAN, V. S.; HIRSTEIN, W. The perception of phantom limbs: The D. O. Hebb lecture. **Brain**, [s.l.], v. 121, n. 9, p.1603-1630, set. 1998.
- 79 RAUSCHECKER, J. P. Auditory cortical plasticity: a comparison with other sensory systems. **Trends in Neurosciences**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.74-80, fev. 1999.
- 80 KOCHKIN, S.; TYLER, R.; BORN, J. MarkeTrak VIII: The Prevalence of Tinnitus in the United States and the Self-reported Efficacy of Various Treatments. **Hearing Review**, [s.l.], v. 18, n. 12, p.10-27, 2011.

- 81 PHILLIPI, F. F. **Zumbido**. 2015. Disponível em: <[http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario\\_45.pdf](http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_45.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2015.
- 82 LOCKWOOD, A. H. et al. The functional neuroanatomy of tinnitus: Evidence for limbic system links and neural plasticity. **Neurology**, [s.l.], v. 50, n. 1, p.114-120, 1 jan. 1998. <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.50.1.114>.
- 83 MIRZ, F. et al. Functional brain imaging of tinnitus-like perception induced by aversive auditory stimuli. **Neuroreport**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.633-637, fev. 2000. <http://dx.doi.org/10.1097/00001756-200002280-00039>.
- 84 FIGUEIREDO, R.; AZEVEDO, A. **Atualização em Zumbido**. Disponível em: <<http://www.otosul.com.br/zumbido.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2015.
- 85 SAVASTANO, M. Tinnitus with or without hearing loss: are its characteristics different?. **European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology**, [s.l.], v. 265, n. 11, p.1295-1300, 4 mar. 2008. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-008-0630-z>.
- 86 CIMA, R. F. F. et al. Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. **The Lancet**, [s.l.], v. 379, n. 9830, p.1951-1959, maio 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60469-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60469-3).
- 87 BELLI, S. et al. Assessment of psychopathological aspects and psychiatric comorbidities in patients affected by tinnitus. **European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology**, [s.l.], v. 265, n. 3, p.279-285, 13 nov. 2007. <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-007-0440-8>.
- 88 SANCHEZ, T. G. et al. Zumbido: características e epidemiologia. Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [s.l.], v. 63, n. 3, p.229-235, jun. 1997.
- 89 JASTREBOFF, P. J.; HAZELL, J. W. P. A neurophysiological approach to tinnitus: Clinical implications. **British Journal Of Audiology**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.7-17, jan. 1993. <http://dx.doi.org/10.3109/03005369309077884>.
- 90 PIMENTA, C. A. M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. J. **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994. p. 46-56.
- 91 RAUSCHECKER, J. P.; LEAVER, A. M.; MÜHLAU, M. Tuning Out the Noise: Limbic-Auditory Interactions in Tinnitus. **Neuron**, [s.l.], v. 66, n. 6, p.819-826, jun. 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2010.04.032>.

- 92 EICHHAMMER, P. et al. Functional imaging of chronic tinnitus: the use of positron emission tomography. **Progress in Brain Research**, [s.l.], v. 166, p.83-88, 2007. [http://dx.doi.org/10.1016/s0079-6123\(07\)66008-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0079-6123(07)66008-7).
- 93 FIGUEIREDO, R. R.; AZEVEDO, A. A.; OLIVEIRA, P. M. Análise da correlação entre a escala visual-análoga e o Tinnitus Handicap Inventory na avaliação de pacientes com zumbido. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, [s.l.], v. 75, n. 1, p.76-79, fev. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-729920090001000129>.
- 94 AMORIM, P. **M.I.N.I. PLUS - Mini International Neuropsychiatric Interview: Brazilian Version 5.0.0.** 2002. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-93EL9J/5\\_pags\\_147\\_a\\_197.pdf?sequence=5](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-93EL9J/5_pags_147_a_197.pdf?sequence=5)>. Acesso em: 08 out. 2017.
- 95 BECK, A. T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão.** Porto Alegre: Artmed, 1997.
- 96 BECK, A. T. An Inventory for Measuring Depression. **Archives Of General Psychiatry**, [s.l.], v. 4, n. 6, p.561-571, 1 jun. 1961. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- 97 AQUINO, T. A. V. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 29, n. 2, p.228-243, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932009000200003>.
- 98 FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.19-28, mar. 1999. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44461999000100006>.
- 99 ADOGA, A. A.; ADOGA, A. S.; OBINDO, J. T. Tinnitus and the prevalence of co-morbid psychological stress. **Niger Journal of Medicine**, S.i, v. 17, n. 1, p.95-97, mar. 2008.
- 100 ROSA, M. R. D. Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. **Revista Cefac**, [s.l.], v. 14, n. 4, p.742-754, 2012.
- 101 SERBIC, Danijela; PINCUS, Tamar. The relationship between pain, disability, guilt and acceptance in low back pain: a mediation analysis. **Journal Of Behavioral Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 4, p.651-658, 2 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-017-9826-2>.
- 102 SILVA, F. E. D. et al. Implementation process of the strategy of surveillance of chronic musculoskeletal pain in basic health care. Case report. **Revista**

- Dor**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.69-72, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160017>.
- 103 CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.120-124, jun. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-00132011000200008>.
- 104 CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s.l.], v. 56, n. 5, p.470-477, out. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-70942006000500005>.
- 105 QUEIROZ, M. F. et al. Qualidade de vida de portadores de dor crônica atendidos em clínica multiprofissional. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.30-43, 2012.
- 106 WERLE, R. W. et al. The physical, social and emotional aspects are the most affected in the quality of life of the patients with cervical dystonia. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 72, n. 6, p.405-410, jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20140044>.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESTUDO COMPARATIVO DA CULPA E OUTRAS VARIÁVEIS EM PORTADORES DE DOR CRÔNICA E DE TINNITUS CRÔNICO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

– Versão 1.0 – Set - 2013 –

Nome do Participante:

Você está sendo convidado para participar de um estudo denominado “ESTUDO COMPARATIVO DA SENSÇÃO DE CULPA E DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS, PSIQUIÁTRICAS, CO-MORBIDADES CLÍNICAS E USO DE FÁRMACOS ENTRE PORTADORES DE DOR CRÔNICA E PORTADORES DE ZUMBIDO CRÔNICO”.

Como funciona a minha participação no estudo? Sua participação é totalmente voluntária, e, caso você não deseje participar, não haverá qualquer tipo de atitude negativa da parte de seu médico. Da mesma forma, você tem o direito de fazer todas as perguntas que quiser e ter todas as suas dúvidas esclarecidas antes de participar do mesmo. Da mesma forma e a qualquer momento, você tem a possibilidade de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem a necessidade de dar satisfações e sem que haja qualquer risco de represália (atitude contrária) da parte de seu(s) médicos.

No que consiste o estudo? O protocolo visa estudar, comparar e procurar possíveis inter-relações do sentimento de culpa, de religiosidade, de condições psiquiátricas, clínicas e o uso de fármacos em portadores de dor crônica, zumbido crônico e em indivíduos controle, sem estas condições. Estas condições serão avaliadas através de diversos questionários a serem aplicados por diferentes profissionais. A duração total destes questionários será de cerca de quatro horas. Entre estas aplicações, haverá um intervalo de 15 minutos durante o qual será fornecido um lanche.

Terei algum outro tipo de participação? Detalhe de sua condição clínica seja a dor crônica ou seja o zumbido serão colhidos pelos investigadores, assim como sobre outras condições médicas, atuais ou prévias. Perguntas sobre a sensação de culpa serão realizadas. Todas estas informações serão anotadas e analisadas na sequência. Da mesma forma, os pesquisadores deverão ter acesso ao seu prontuário hospitalar, para o resgate de informações as quais possam esclarecer pontos duvidosos acerca de alguma informação fornecida.

Terei algum tipo de gasto se participar do estudo? Não. Você não terá gastos ao participar. Caso você tenha que vir ao HC-UFPR exclusivamente para o estudo, caso necessário, sua passagem e de seu acompanhante serão pagas pelos investigadores.

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e/ou responsável legal: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou


TCLE: \_\_\_\_\_

*Maria Jose Nocelin*  
**MARIA JOSE NOCELIN**  
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Saúde Humana do HC-UFPR  
 Matrícula 7402

**Vantagens e Desvantagens em Participar do Estudo.** A vantagem em participar do estudo será a de que os seus médicos passarão a conhecê-lo(a) bem melhor como paciente. A desvantagem em participar será apenas a duração da aplicação dos questionários, e a de que é possível que você tenha que comparecer mais de uma vez ao Hospital de Clínicas para responder a todos os questionários do estudo.

**Outras pessoas saberão da minha participação ou meu nome nos aparecerá resultados?** Não. Sua participação é confidencial e seu nome não pode ser divulgado com as informações obtidas pelo estudo. Este princípio é básico em pesquisa clínica. Todas as informações pertinentes ao estudo estarão em prontuário do HC-UFPR, e você poderá ter acesso a elas caso o desejar, mas apenas você poderá solicitá-la. Ademais, os investigadores poderão utilizar estas informações para apresentação em congressos e ou divulgação dos resultados em revistas científicas, desde que mantenham o seu nome em caráter anônimo, e não poderão utilizar a sua imagem e/ou os resultados para outra finalidade que não a prevista no estudo sem a sua autorização expressa.

**A Quem Devo Recorrer Caso Tenha Dúvidas Quanto a Minha Participação, Quanto as Informações a Meu Respeito ou Quanto a Aspectos Éticos?** Em primeiro lugar, você deve esclarecer todas as suas dúvidas, previamente, durante a assinatura do Termo de Consentimento ou durante a participação no estudo, com os investigadores ou com o orientador principal do estudo o Dr. Pedro André Kowacs, através do telefone (+41) 33601800 ramais 1823 ou 7858 (4as feiras à tarde ou 6as feiras pela manhã) ou pessoalmente, nestes mesmos dias e horários, no 6o andar do anexo B do Hospital de Clínicas da UFPR. Caso deseje, ou caso tenha uma reclamação quanto ao estudo, você pode igualmente comparecer ao o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, (+41) 3360.1041 (dias úteis, das 08h30m às 12h00m e das 13h00m às 17h00m) ou sala do referido Comitê, no andar térreo, Hall da Direção do Hospital de Clínicas da UFPR.

Rubricas:			
Sujeito	da	Pesquisa	e/ou responsável legal:
Pesquisador	Responsável	ou	quem aplicou
TCLE: 			

  
**MARIA INSE MOCELIN**  
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Seres Humanos do HC-UFPR  
 Matrícula 7402



ESTUDO COMPARATIVO DA CULPA E OUTRAS VARIÁVEIS EM PORTADORES DE DOR CRÔNICA E DE TINNITUS CRÔNICO

**CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DOS ESTUDOS COMPARATIVOS DA  
SENSAÇÃO DE CULPA E DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS, PSIQUIÁTRICAS,  
COMORBIDADES CLÍNICAS E USO DE FÁRMACOS ENTRE PORTADORES DE DOR  
CRÔNICA, PORTADORES DE ZUMBIDO CRÔNICO E CONTROLES.**

Assim sendo, e por estar de acordo com o exposto no corpo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do estudo denominado "*Estudo Comparativo da Sensação de Culpa e de Variáveis Religiosas, Psiquiátricas, Co-Morbidades Clínicas e de Uso De Fármacos em Portadores de Dor Crônica, Portadores de Zumbido Crônico e Controles*", acima, e havendo tido a oportunidade esclarecer todas as minhas dúvidas sobre a minha participação com o investigador, o(a) Dr.(a.) Pedro André Kowacs, e ciente de que posso esclarecer dúvidas e/ou relatar dúvidas quanto a irregularidades éticas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, cujo telefone, endereço e horário de funcionamento encontram-se no corpo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Da mesma forma, estou ciente que através deste Termo também autorizo aos investigadores a pesquisar informações médicas a meu respeito em meu prontuário do HC-UFPR, e, por estar de acordo com todos os pontos supracitados, assino este termo.

Nome do Participante:

.....

Assinatura do Participante:

.....

Data: ..... Hora: .....

Nome do Responsável:

.....

Assinatura do Responsável:

.....

Data: ..... Hora: .....

Nome da Pessoa que Esclareceu o Termo:

*Carolina Mariana Fedeles*

.....

Assinatura da Pessoa que Esclareceu o Termo:

*CFB*

.....

Data: ..... Hora: .....

*maria jose mocelem*  
MARIA JOSE MOCELEM  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR

**APÊNDICE B – FICHA DE REGISTRO DE CASO/DEMOGRAFIA**

<b>Nome</b>	
<b>Registro</b>	
<b>Data de Nascimento</b>	
<b>Altura</b>	
<b>Peso</b>	
<b>Diagnóstico 1 (Síndrome Dolorosa)</b>	
<b>Diagnóstico 2 (Síndrome Dolorosa)</b>	
<b>Diagnóstico 3 (Síndrome Dolorosa)</b>	
<b>Diagnóstico 4 (Síndrome Dolorosa)</b>	

## **APÊNDICE C – BANNER APROVADO NO CONGRESSO BRASILEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

### **Folchini CM; Piovesan EJ; Kowacs PA; Heyde MDV; Guimaraes RCC; Sarolli EB. Pacientes com Zumbido Crônico e a correlação com sentimento de Culpa.**

O zumbido pode ser caracterizado como “ uma ilusão auditiva, isto é uma sensação sonora endógena, não relacionada a nenhuma fonte externa de estímulos”. O zumbido é clinicamente importante quando há interação em alguns centros do Sistema Nervoso Central, incluindo vias auditivas e não auditivas. O resultado desta interação dinâmica entre estes centros, especialmente o Sistema Límbico e o Sistema Nervoso Autônomo, seria responsável pelo desencadeamento de associações emocionais, podendo levar o pacientes a um sentimento depressivo, ansioso até mesmo de culpa. A culpa por mais que se caracteriza como subjetiva pode ser investigada tendo em vista sua definição.

Segundo Writh 1971, a culpa é definida como uma condição emocional desagradável diretamente seguida a transgressão que persiste até algum tipo de equilíbrio, seja restaurado por reparação ou confissão e perdão e que é independente que os outros saibam da transgressão. Collins 2004, enfatiza que a culpa se relaciona com a maioria das problemáticas que o ser humano pode estar inserido. Este autor caracteriza culpa em duas categorias: a culpa objetiva (quando alguma lei é quebrada, e mesmo não se sentido culpado a pessoa é culpada) e a culpa subjetiva (podem ser considerados sentimentos de vergonha, remorso ou autocondenação que geralmente surge quando se pensa ou se faz alguma coisa considerada errada).

O presente trabalho tem como objetivo correlacionar a gravidade do zumbido crônico com a sensação de culpa em pacientes. Para a execução deste estudo foram selecionados 36 pacientes do ambulatório de Zumbido Crônico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de ambos os sexos e com a faixa etária entre 18 a 60 anos. A correlação dos dados foi por análise fatorial e aplicado o índice de Tucker Lewis para analisar a bondade do ajuste, e segundo o teste valores maiores de 0,90 são desejados, aqui no teste foi encontrado 1,14. Com um p-valor

de 0,0066, ou seja, estatisticamente significativo. De acordo com a matriz de correlação de Spearman apenas a correlação entre culpa subjetiva e a Gravidade do Zumbido é estatisticamente significativa a um nível de significância de 5%, sendo que o valor dessa correlação é de aproximadamente 0,35, ou seja, existe uma associação moderada e positiva entre as duas variáveis.

Este estudo nos revela a sensação de culpa como um fator psicológico a ser trabalhado em pacientes com zumbido crônico, bem como, em nós profissionais da área da saúde compreender melhor nossos pacientes como um todo e não analisando somente uma certa patologia. Outros estudos referentes à sensação de culpa se faz necessário para compreendermos melhor esta abordagem.

## APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

**Folchini CM, Cassou RCG, Heyde MDV, Piovesan EJ, Kowacs PA. A systematic review of the relation between guilt, depression and anxiety in patients with chronic tinnitus. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia- submitted.**

### **Abstract**

Tinnitus is considered the third most frequent otorhinolaryngological symptom on the search for medical help. It is known that tinnitus has been associated with psychiatric conditions, mainly depression and anxiety. Furthermore, the difficulty of coping with the nuisance, negatively interferes on the life quality of these patients. In clinical practice, it is not uncommon patients to refer to chronic tinnitus as a penance. A penance presupposes guilt, a symptom also related to depression. This review was designed to track studies on role of guilt in the psychism of patients with tinnitus. In this sense a bibliographic survey was done in order to analyze the possible correlations of depression, anxiety and guilt in patients with chronic tinnitus. The review draws attention to health professionals for the importance of understanding the psychism of patients with tinnitus, and to clarify their perceptions of their condition as a kind of punishment.

**Key-words:** Anxiety, Depression, Guilt, Tinnitus

### **Introduction**

The term tinnitus describes the conscious perception of an auditory sensation in the absence of an external source of sound, and it is described<sup>(1)</sup> as the third most frequent otorhinolaryngological symptom in the search for medical help, it is overcome only by intractable intense pain and dizziness. It is estimated that 17% of the world's population has tinnitus. In Brazil, it is believed that 28 million individuals are tinnitus sufferers. The prevalence in the general population is 15% and this data increases to 33% in the population over 65 years of age.<sup>(2, 3, 4, 5)</sup>

Evidence suggests the relationship, in varying degrees, between tinnitus and parts of the central nervous system (CNS).<sup>(6,7,8)</sup> It is currently accepted that non-

auditory perceptual networks are relevant to the perception and annoyance of tinnitus.<sup>(9)</sup>

Tinnitus becomes clinically important when dynamic interactions occur in some CNS centers, including auditory and non-auditory pathways, especially limbic system (LS) and autonomic nervous system (ANS), responsible for triggering the negative emotional associations and nuisance reactions reported by patients with tinnitus.<sup>(10, 11)</sup>

From the audiological point of view there are no differences in the psychoacoustic properties of tinnitus (intensity, frequency and minimum level of masking) between individuals with and without tinnitus suffering. Contrary to the audiometric parameters, the perception and severity of tinnitus are related to general and psychological health. That explains why many individuals with tinnitus have a healthy and productive life while others feel miserable because of their symptom.<sup>(6,8,12)</sup>

Chronic tinnitus has been proved to be associated with psychiatric comorbidities, especially depression and anxiety. Patients with tinnitus may also complain of insomnia and lack of concentration, and such manifestations interfere negatively on the life quality of these individuals. Their difficulty of coping with the discomfort caused by tinnitus contribute to the magnitude of their distress, and also to decreased quality of life.<sup>(11,13,14)</sup>

Guilt is a feeling, not much studied by science. Initially, it was debated by religions as relating to remorse and regret. For psychoanalysis, guilt was postulated as a symptom and epiphenomenon of the super ego's depression. Furthermore, Freud found guilt to be present in the contradictions and inhibitions of conditions as obsessive neurosis and melancholy, self deprecation, resistance to be treated and in the need to be punished.<sup>(15,16)</sup>

This sense of guilt, as a punishment feeling, may be very intense and present in patients with chronic tinnitus.<sup>(6, 9,11,15)</sup>

Assuming that patients with tinnitus present psychiatric comorbidities, a bibliographic survey was carried out in order to analyze the possible correlation of depression, anxiety and guilt in patients with chronic tinnitus.

## **Methods**

A bibliographic review was conducted using electronic databases, such as PubMed, MedLine and Scielo. The search was performed in two moments with the following keywords:

1. "depression", "anxiety" and "tinnitus";
2. "depression", "anxiety", "guilt" and "tinnitus".

In the LILACS and SciELO database, the descriptors indexed in Descriptors in Health Sciences (DeCS) were used. From this, the following strategy was created: Depression, Anxiety, Tinnitus and Guilt. It was also used the basic research form with the word AND to relate the words (depression, anxiety, guilt and tinnitus).

We researched articles written in Portuguese and English, published between 2012 and June 2016, selecting the most relevant articles on the themes. Letters to the editor and case reports were excluded.

The selected articles were tabulated according to the following information: authorship, year of publication, sample size, type of study, main results of associations between tinnitus, anxiety, depression and guilt.

## Results

In the search, a total of 51 articles were found, with 36 articles found in PubMed, eight in Lilacs and seven in SciELO; from the articles obtained in the Lilacs / SciELO databases, three articles were common to both bases and one was also found in Lilacs / PubMed. (**Figura 1**)

Seven of the localized articles met the criteria for composing the systematic review and were included in the study, 42 were excluded for being case reports, letters to the editor or because they did not correlate depression, anxiety, guilt to tinnitus.

Of the seven studies that met the inclusion criteria, three were cross-sectional, one longitudinal prospective, two reviews and one validation scales.

Access to the articles was made possible by the online distribution through the CAPES Portal and by the researchers' attendance at BIREME for access to printed periodicals.

The papers features and content are summed up in **Table 1**.

Figura 1 – Fluxogram of Database Search

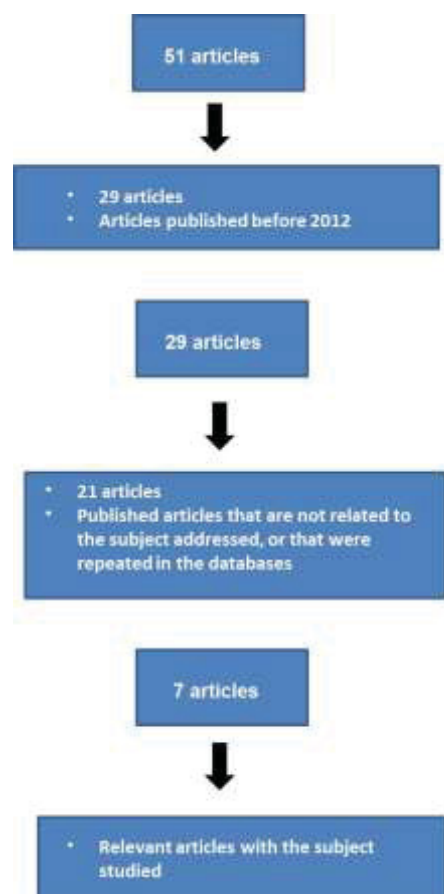


Table 1 – Features of the literature on guilt, depression and anxiety in individuals with chronic tinnitus.

Studies	Type of Study	n
HESSER <i>et al</i> (2015)	Cross-Sectional	362
SALVATTI <i>et al</i> (2014)	Cross-Sectional	239
ZEIGELBOIM <i>et al</i> (2014)	Retrospective and Cross-sectional	13
LEAVER <i>et al</i> , (2012)	Cohort	44
BANKSTAHL <i>et al</i> , (2013)	Prospective	211
WEISE <i>et al</i> (2013)	Scale Validation	424
ROSA <i>et al</i> (2012)	Review	-

## Discussion

Seven of the studies reviewed verified a positive correlation between tinnitus, depression and anxiety. They supported the view that both depression and anxiety are somehow related to tinnitus, either predisposing to a poor coping or as being a consequence of its severity.<sup>(6, 8,9,12,19,20,21)</sup>



Three cross-sectional articles studied verified the aforementioned correlation between tinnitus, depression and anxiety.<sup>(8,12,18)</sup> Hesseret *al.* found a positive correlation between the severity of tinnitus with symptoms of anxiety and depression.<sup>(19)</sup> This correlation was found through multivariate regression, in which the relevant characteristics of the patients were controlled for anxiety and depression.

Salviatti and colleagues showed 114 out 299 tinnitus patients 48% to have a psychiatric comorbidity. Among these patients, a higher prevalence of depression, somatization, obsession and anxiety was found. Another striking finding was that more than 41% of patients with decompensated tinnitus reported a family history of psychiatric disorders.<sup>(8)</sup>

A systematic review paper addressed the relation of anxiety with tinnitus and identified that this relationship may be associated with regulatory mechanisms of defensive behavior in the face of threatening stimuli or in dangerous situations, both of which have in common the involvement of the amygdaloid nucleus. As mentioned before, the incidence of anxiety and depression were positively related to the severity of tinnitus, further contributing to feelings of low self-esteem and to other damages.<sup>(6)</sup>

A recent cohort study on CNS magnetic resonance imaging has sought for neural markers of tinnitus. The study aimed to clarify the relationship of tinnitus with hearing loss, depression, anxiety and other aspects such as sensitivity to sounds. The objective of this study was to verify if these anatomic markers - especially non-auditory markers - would be related to tinnitus alone or to negative reactions associated with tinnitus. Tinnitus was positively correlated with cortical thickness in the anterior insula, while symptoms of anxiety and depression were negatively correlated with cortical thickness in the anterior subcutaneous cingulate cortex. Patients with tinnitus also exhibited increased dorsomedial prefrontal cortex, more pronounced in patients with constant tinnitus than in those with intermittent tinnitus. These data revealed that the neural systems associated with chronic tinnitus may be different from those involved in aversive or tormented reactions to tinnitus.<sup>(9)</sup>

The perception of tinnitus can be suppressed through neural plasticity. Brain centers activate thalamic filters that "turn off" the buzz signal regardless of the resolution of the condition underlying its emergence. The role of the ventromedial prefrontal cortical network in suppressing aberrant neural activity on the auditory system characterizes tinnitus as a "noise cancellation" problem.<sup>(9)</sup>

The perception of the necessity of a questionnaire that evaluated the cognitive functions of tinnitus patients led a group to develop it through a prospective, non-interventionist, multicultural study. The Self-Assessment Scale of Attention and Performance validated linguistically in Germany, Mexico and the USA. This study allowed to select sub-scales which content and structure add value to the evaluation of the cognitive aspects of life quality and mental health in the population with subjective tinnitus.<sup>(19)</sup>

The idea of acceptance has lately received great attention due to the fact that the acceptance of tinnitus is a major target of several psychotherapeutic approaches. One study investigated the factorial structure of Tinnitus Acceptation Questionnaire (TAQ) and the role of tinnitus acceptance as a mediator between sound perception and tinnitus. In a multi-mediator model, the acceptance of tinnitus had a significantly stronger indirect effect than anxiety. In this study, which used the two-factor analysis method, in addition to first-order and tinnitus suppression, isolated acceptance proved to be important for the life quality of its patients.<sup>(20)</sup> In spite of the associations between depression, anxiety and tinnitus, no study analyzed, in the population with chronic tinnitus, the feeling of guilt, in the sense of punishment, and its relevance in the psychism of tinnitus sufferers was found.

Freud reported guilt to be a kind of anxiety and shame to be the consequence of that anxiety. Freud also reported on the phenomenon that a patient's clinical situation could worsen if he or she heard a compliment regarding their progress in treatment. The author believed that this worsening was motivated by an unconscious feeling of guilt.<sup>(15,16)</sup>

Thus the feeling of guilt can be evaluated in two situations: first the fear of authority and secondly the fear of the superego. The first shows us the renunciation of instinctual satisfaction, while the second demands renunciation and punishment, because the desire remains and can not be hidden from the superego.

It is known that many patients with chronic tinnitus lack psychiatric comorbidities. Guilt may be related to psychiatric comorbidities and not to tinnitus itself, it would be wise to investigate whether tinnitus is perceived as a disease or as a penance. The clarification of this aspect may enable health professionals towards a more effective management of the psychic aspects of their chronic tinnitus patients.

## References

1. Baguley D, McFerran D, Hall D. Tinnitus. *Lancet*. 2013; 382:1600–7
2. Sanchez TG, Bento RF, Miniti A, Câmara J. Zumbido: características e epidemiologia. Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 1997; 63:229-35
3. Seidmann MD, Jacobson GP. Update on tinnitus. *OtolaryngolClin North*. 1996;29:455-65
4. Shargorodsky J, Gary C, Wildon RF. Prevalence and characteristics of tinnitus among US adults. *Am j Med*. 2010;123:711-18
5. Hain TC. Tinnitus. Chicago: Dizziness and balance. 2014; [acesso em 2016 jun1]. Disponível em: <http://www.dizziness-and-balance.com/disorders/hearing/tinnitus.htm>
6. Rosa MD, Almeida AFF, Pimenta F, Silva CG, Lima MAR, Diniz MFFM. Tinnitusand anxiety: a literature review. *Rev CEFAC*. 2012;742-54
7. Henry JA, Roberts LE, Caspary DM, Theodoroff SM, Salvi RJ. Underlying mechanisms of tinnitus: review and clinical implications. *J Am Acad Audiol*. 2014;25:5-22
8. Salviati M, Bersani FS, Terlizzi S, Melcore C, Panico R, Romano GF, *etal*. Tinnitus: clinical experience of the psychosomatic connection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:267-75
9. Leaver AM, Seydell-Greenwald A, Turesky TK, Morgan S, Kim HJ, Rauschecker JP. Cortico-limbic morphology separates tinnitus from tinnitus distress. *Front Syst Neurosci*. 2012;1-14.
10. Bauer CA, Brozoski TJ, Rozas R, Bolemy J, Wyder M. Behavioral model of chronic tinnitus in rats. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;121:427
11. Bauer CA, Brozoski TJ. Tinnitus assessment and treatment: integrating clinical experience with the basic science of tinnitus. In: Salvi WS, Lobarina S. *Seminars in Hearing, Tinnitus - Part Two*. Thieme: 2008;371-85
12. Hesser H, Bankestad E, Anderson G. Acceptance of tinnitus as an independent correlate of tinnitus severity. *Ear Hear*. 2015;36:176-82
13. Londero A, Peignard P, Malinvaud D. Contribution of cognitive and behavioral therapy for patients with tinnitus: implication in anxiety and depression. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2004;121:334-45

14. Attias J, Shemesh Z, Bleich A, Solomon Z, Bar-Or G, Alster J, *et al.* Psychological profile of help-seeking and non-help-seeking tinnitus patients. *Scand Audiol.* 1995;24:13-8
15. Aquino TAA, Medeiros B. Escala de culpabilidade: construção e validação de construto. *Avaliação Psicológica.* 2009;8:77-86
16. Gellis A, Hamud MIL. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. *Psicol USP.* 2001;635-53
17. Noreña AJ. An integrative model of tinnitus based on a central gain controlling neural sensitivity. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35:1089-90
18. Braga JEF, Pordeus LC, Silva ATMC, Pimenta FCF, Diniz MFFM, Almeida RN. Ansiedade Patológica: bases neurais e avanços na abordagem psicofarmacológica. *Re Bras de Cien Saude.* 2010;93-100
19. Bankstahl US, Görtelmeyer R. Measuring subjective complaints of attention and performance failures-development and psychometric validation in tinnitus of the self-assessment scale APSA. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;29:11-86
20. Weise C, Kleinstäuber M, Hesser H, Westin VZ, Andersson G. Acceptance of tinnitus: validation of the Tinnitus Acceptance Questionnaire. *Cogn Behav Ther.* 2013;42:100-15
21. Zeigelboim BS, da Silva TP, Carvalho H, de Brito Malucelli DA, de Oliveira Gonçalves CG, Albizu EJ, *et. al.* Otoneurologic findings in a fishermen population of the state of Santa Catarina: preliminary study. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2014;18:6-10

## APÊNDICE E – ARTIGO SUBMETIDO AO PERIÓDICO JOURNAL OF NEUROPSYCHOLOGY

**Folchini CM, Vieira KRM, Heyde MDV, Piovesan EJ, Kowacs PA. Evaluation of religious influence on the feeling of guilt in patients with chronic pain – A review. Journal of Neuropsychology – submitted.**

### **Abstract**

**Introduction/Objective:** Based on the assumption that pain can be perceived as punishment (pain = penalty), and the concept of guilt is present in the Judeo-Christian civilization, we decided to review the literature on relevant religious and guilt – which is also a source of suffering – in the management of chronic pain.

**Methodology.** Three searches were carried out that included all articles listed until November 2016 within the PUBMED database. MeshTerm and Boolean operators were used in the following combinations: chronic pain AND religion AND guilt NOT yoga NOT meditation; Chronic pain AND religion NOT yoga NOT meditation; chronic pain AND guilt. **Results.** Studies carried out in different countries point to the relevance of religiosity in coping with chronic pain, interfering in a positive way in their evolution, without, however, investigating their relationship with feelings of guilt.

**Conclusions.** The literature is rich in articles on the influence of religiosity in coping with pain, but mentions guilt feelings are limited to a single article.

**Key Words:** Chronic pain, Guilt, Religiosity.

### **Introduction**

Guilt can be defined as an unpleasant or painful feeling, experienced both consciously and unconsciously, which happens at the transgression of some internal or external norm (Bleichmar, 1983). In 1946, Ruth Benedict, who mastered on this field, introduced the anthropological concepts of "cultures of shame". She addressed to this concept making reference to oriental cultures under the influence of Confucius' thoughts and referring to independent Western cultures influenced by Judeo-Christian thinking and focused on self-esteem (Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P., 2005). According to the author, "cultures of shame are based on

external sanctions for good behavior, not as cultures of guilt, in an internalized conviction of sin. Shame is a reaction to the critical appraisal of other people ... Guilt does not occur this way. In a nation where honor survives thanks to the image that each one makes of himself, a man can suffer guilt without anyone knowing of his fault ... " (Benedict, R.,1989). At this perspective, it becomes clear that the sense of guilt should be assessed regarding the cultural context.

There are several ways to interpret human sensation of guilt at experiencing life stressors. In Western society, the notion that a sovereign God rules over life and death, good and evil sets a scenario in which someone facing adversity can find either consolation or punishment in religion. This view is usually taken as a consequence of the weight of the Judeo-Christian influence in Western culture. Consolation occurs whenever there is a meaning for suffering, defined as "positive religious coping". Conversely, when taken as some kind of divine punishment, or even an intervention of evil, it is called negative religious confrontation or coping (Faria, J. B. D., & Seidl, E. M. F., 2005; Mesquita, A. C. *et al*, 2013; Panzini, R. G., & Bandeira, D. R., 2007).

In fact, this sense of punishment may be alive and present in patients with chronic pain. The very term "pain" (Harper, D., 2001), in the Old French "peine", in turn of the Latin "poena" (Lewis C. T., Short, C., & Andrews, E. A.,1879) carries within itself the meaning of punishment (Liddell, H. G.,1894). It is expected that an individual will use different strategies to face his suffering, both physical, represented by pain itself and emotional, expressed by guilt arising from the feeling of being punished or, in any way, wronged. Among such strategies, positive or negative religious confrontation may emerge. This, as we have seen, may or may not result in the expected relief.

The present study aims, through a systematic review of the literature, to find and summarize reports on relationships between pain, guilt and religious beliefs in individuals with chronic pain.

## **Methodology**

This is a systematic review of the Pubmed databases, concerning empirical studies on the relationship between guilt and religious beliefs in patients with chronic pain.

Three different searches were carried out, which encompassed all the archives until November 2016 within the researched database. MeshTerm and Boolean operators were used in the following combinations: 1) chronic pain AND religion AND guilt NOT yoga NOT meditation (0 article); 2) chronic pain AND religion NOT yoga NOT meditation (22 articles); 3) chronic pain AND guilt (1 article). Inclusion criteria were: (a) language: English, Portuguese and Spanish, (b) studies on the quality of the instruments used; Exclusion criteria were: (a) letter to the editor, (b) study addressing meditation, yoga for not being the object of this study.

## Results

The abstracts of all articles were analyzed by two of the authors. The search resulted in a total of 23 articles. No articles that included chronic pain, religion and guilt were found (1st search). In a second search, on chronic pain and religion, 22 papers were found. Thirteen of those 22 papers were excluded because they dealt with coping strategies other than religion, and therefore only one study of the third search fulfilled the inclusion criteria were included. The ten papers included were read in full and grouped according to the type of study: validation of an instrument (n=2), observational transverse (n=5), observational longitudinal cohort (n=1) and review (n=2). Details of the selected papers can be appreciated in the **Table 1**.

Table 1 – features of the literature on guilt and religion in individuals with chronic pain.

Studies	Type of Study	n
Matteliano <i>et al</i> (2014)	Review	-
Taylor <i>et al</i> (2013)	Review	-
Lago-Rizzacardi <i>et al</i> (2014)	Cross-Sectional	48
Dezutter <i>et al</i> (2011)	Cross-Sectional	202
Sooksawat <i>et al</i> (2013)	Cross-Sectional	463
Ferreira <i>et al</i> (2012)	Cross-Sectional	123
Turner-Coob <i>et al</i> (2015)	Cross-Sectional	127
Basiński <i>et al</i> (2013)	Cohort Study	92
Booker (2015)	Review	-

## Discussion

According to the American Academy of Pain Medicine 2012, 10 million Americans suffer from chronic pain. "This problem is exacerbated by the lack of consideration of complex biological interaction with psychological, social, and spiritual issues involved in such cases" (Drake, R.,2003).

In a study that aimed to include the spiritual approach in the Biopsychosocial Model, to mitigate the risk of opioid abuse among patients with chronic pain, the authors emphasized the relevance for professionals of being aware that these conditions usually present with symptoms of depression, anxiety, as well as spiritual distress (Matteliano, D., Marie, B. J. S., Oliver, J. & Coggins, C., 2014).

In a proposal of adaptation to the Biopsychosocial Model (BPS), for adults with chronic pain secondary to sickle-cell disease, the authors concluded on the need for an approach of spirituality as a separate dimension within the BPS model of chronic pain. This conclusion was based on their perception of an intersection between the spiritual, psychological and sociocultural dimensions of chronic pain in individuals with sickle-cell disease (Taylor, L. E. V., Stotts, N. A., Humphreys, J., Treadwell, M. J. & Miaskowski, C., 2013).

Current interpretations suggest that spirituality is perceived by patients as an important part of their lives (Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., Follansbee, M. & McKegney, F. P., 1981). In a survey of non-cancer-related chronic pain patients, the presence of spirituality or religious faith was associated with a decreased risk of chronic pain (Rashiq, S. & Dick, B. D., 2009).

In assessing the integration between conventional medicine and spiritual medicine for pain management in African-American patients, their religious beliefs were found to play a relevant role in their comfort (Booker, S. Q., 2015).

There are several faith-based studies that aimed to understand the impact of religion on patients' lives and illnesses. Most of these studies concluded that in patients who have religious practices interact with God about their state of health benefit from this spiritual interaction, in a way that it brings comfort, increase their knowledge about the disease and compliance to treatment, further improving their quality of life (Stewart, W. C., Adams, M. P., Stewart, J. A. & Nelson, L. A., 2013).

Two cross-sectional studies with patients with chronic orofacial pain for at least 6 months found spirituality to be an important tool for these patients, and that the habit of praying is associated with a greater tolerance to pain (Lago-Rizzardi, C. D., de Siqueira, J. T. T., & de Siqueira, S. R. D.,2014; Dezutter, J., Wachholtz, A. &



Corveleyn, J., 2011).

A cohort study aimed at evaluating the influence of religious practices on quality of life and the subjective level of pain in patients with chronic pancreatitis. The efficacy of pain management was satisfactory both in those patients who did not maintain contact with a church or whose contact was only sporadic as in those who declared religiosity and/or church attendance. Curiously, reported pain levels were higher in patients of higher religiosity and/or church attendance than in the rest (Basiński, A., Stefaniak, T., Stadnyk, M., Sheikh, A. & Vingerhoets, A. J., 2013).

However, there are studies that show us another perspective. Of 71 patients with advanced cancer who presented chronic pain, it was observed that those with more religiosity showed lower levels of pain (Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., Follansbee, M. & McKegney, F. P., 1981). The binomial "greater religiosity and lesser pain" was also demonstrated in an analysis of 50 patients with chronic pain, based on the following parameters: church visit frequency, prayer frequency and internal conviction of religiosity. In this study, there was a strong correlation between church attendance – at least once a week – with pain reduction (Harrison, M. O., Edwards, C. L., Koenig, H. G., Bosworth, H. B., Decastro, L. & Wood, M., 2005).

A cross-sectional study was carried out at the Pain Unit of Maputo Central Hospital, Mozambique, with the objective of describing and analyzing the epidemiological, emotional aspects and religious practices of patients with chronic pain over 18 years of age, according to the IASP criteria. Data previously published for patients with chronic pain, which predominance occurs among women, with a prevalence in the average age group of 52 years. The main pains corresponded to musculoskeletal and neuropathic pain. It was also observed that religions functioned as a set of beliefs and practices which justified the causes of illness and reestablished the hope of solving problems, making a relation with the painful phenomenon and alleviating the anguish related to it (Ferreira, K., Schwalbach, M. T., Schwalbach, J. & Speciali, J., 2013).

Carriers of chronic diseases from various care units were studied in Germany to see if they believed in angels as a coping strategy for their illness. Approximately half of the patients demonstrated belief in guardian angels, even among those who declare themselves to be atheists, evidencing the use of Non-rational strategies in the face of a worsening of their conditions Büssing, A., Reiser, F., Michalsen, A., Zahn, A., & Baumann, K., 2015).

An observational study, with 63 patients diagnosed with musculoskeletal pain (chronic back pain and sciatica) and 64 controls, explored the prevalence and experience of self-conscious emotions in patients with chronic pain compared to controls, as well as the relationship between self-conscious emotions and disability in patients with chronic pain. As a result, patients with chronic pain had significantly higher rates of shame, guilt, fear and feeling of defeat when compared to controls.

They also noted the importance of future work to offer and deepen from a perspective beneficial in understanding and managing chronic pain.

Regarding another aspect of our systematic review of guilt feelings in patients with chronic pain, we found a single article in which the authors sought a correlation between prevalence and experience of self-conscious emotions, including shame, guilt, humiliation and embarrassment, in patients with chronic low back pain compared to controls. This study revealed that significantly higher levels of shame, guilt, fear of negative assessment and mental defeat in patients with chronic low back pain compared to controls (Turner-Cobb, J. M., Michalaki, M. & Osborn, M., 2015).

In our opinion, it is relevant to search for ways of approaching the feelings of guilt in patients with chronic pain. There is not much medical research in this field of knowledge, perhaps “an avenue” to be explored in the search for coping strategies and maneuvers to ameliorate the suffering of these patients.

Throughout this review, no article correlating religiosity with guilt feelings in patients with chronic pain was found, but twelve out of the thirteen papers found a positive correlation between religiosity and a better coping of pain, reflecting the relevance of this influence. No paper encompassing interactions of the biological, psychological, social and spiritual aspects was found.

Modern medicine, based on scientific experimentation, tends to ignore or even devalue religious approaches for handling patients’ problems. Our review suggests that this type of positioning on the part of health professionals should be discouraged, therefore, we agree with Turner-Coob et al. that patient’s feelings of guilt should be better detailed and relieved.

## References

- Basiński, A., Stefaniak, T., Stadnyk, M., Sheikh, A. & Vingerhoets, A. J. (2013). Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: Case-controlled

- study. *Journal of Religion and Health*,52(1), 276-284.doi:10.1007/s10943-011-9454-z.
- Benedict, R. (1989). *The Chrysanthemum and the Sword*. 1946.Cleveland: Meridian.
  - Bleichmar, H. (1983). Depressão: um estudo psicanalítico. In *Depressão: um estudo psicanalítico*. ArtesMédicas.
  - Booker, S. Q. (2015). Older African Americans' beliefs about pain, biomedicine, and spiritual medicine. *Journal of Christian Nursing*,32(3), 148-155. doi:10.1097/CNJ.000000000000152.
  - Büssing, A., Reiser, F., Michalsen, A., Zahn, A., & Baumann, K. (2015). Do patients with chronic pain diseases believe in guardian angels: even in a secular society? A cross-sectional study among German patients with chronic diseases. *Journal of Religion and Health*,54(1), 76-86.doi:10.1007/s10943-013-9735-9.
  - Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*,30(7), 1392-1404. doi:10.1016/j.addbeh.2005.02.002.
  - Dezutter, J., Wachholtz, A., &Corveleyn, J. (2011). Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *Journal of Behavioral Medicine*,34(6), 542-549. doi:10.1007/s10865-011-9348-2.
  - Drake, R. (2003). Dual diagnosis and integrated treatment of mental illness and substance abuse disorder. *Psychiatric Services*,41, 328-335.
  - Faria, J. B. D., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,18(3), 381-389.doi:10.1590/S0102-79722005000300012.
  - Ferreira, K., Schwalbach, M. T., Schwalbach, J., & Speciali, J. (2013). Chronic pain in Maputo, Mozambique: new insights. *Pain Medicine*,14(4), 551-553. doi:10.1111/j.1526-4637.2012.01429.x.
  - Harrison, M. O., Edwards, C. L., Koenig, H. G., Bosworth, H. B., Decastro, L., & Wood, M. (2005). Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*,193(4), 250-257.doi:10.1097/01.nmd.0000158375.73779.50.

- Lago-Rizzardi, C. D., de Siqueira, J. T. T., & de Siqueira, S. R. D. (2014). Spirituality of Chronic Orofacial Pain Patients: Case–Control Study. *Journal of Religion and Health*, 53(4), 1236-1248. doi:10.1007/s10943-013-9768-0.
- Matteliano, D., Marie, B. J. S., Oliver, J. & Coggins, C. (2014). Adherence monitoring with chronic opioid therapy for persistent pain: A biopsychosocial-spiritual approach to mitigate risk. *Pain Management Nursing*, 15(1), 391-405. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.008.
- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & de Carvalho, E. C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 539-545. doi:10.1590/S0104-11692013000200010.
- ^ pain, Harper, D. (2001). Online etymology dictionary.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Spiritual/religious coping. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34, 126-135. doi:10.1590/S0101-60832007000700016.
- ^ poena, Lewis Charlton, T., Short, C., & Andrews, E. A. (1879). A Latin dictionary, in Perseus Digital Library.
- Rashiq, S., & Dick, B. D. (2009). Factors associated with chronic noncancer pain in the Canadian population. *Pain Research and Management*, 14(6), 454-460. doi:10.1155/2009/919628.
- Stewart, W. C., Adams, M. P., Stewart, J. A., & Nelson, L. A. (2013). Review of clinical medicine and religious practice. *Journal of Religion and Health*, 52(1), 91-106. doi:10.1007/s10943-012-9578-9.
- Sooksawat, A., Janwantanakul, P., Tencomnao, T., & Pensri, P. (2013). Are religious beliefs and practices of Buddhism associated with disability and salivary cortisol in office workers with chronic low back pain?. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 29. doi:10.1186/1471-2474-14-29.
- Taylor, L. E. V., Stotts, N. A., Humphreys, J., Treadwell, M. J., & Miaskowski, C. (2013). A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease. *Pain Management Nursing*, 14(4), 287-301. doi:10.1016/j.pmn.2011.06.003.
- Turner-Cobb, J. M., Michalaki, M., & Osborn, M. (2015). Self-conscious

emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: A brief report. *Psychology & Health*,30(4), 495-501. doi: 10.1080/08870446.2014.991735.

- Vertzman, J. Vergonha, honra e contemporaneidade / Shame, honor and contemporary society (2005). *Revista de Psicanálise*, 18(181):88-99.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., Follansbee, M., &McKegney, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Pediatric Blood & Cancer*,9(2), 121-128. doi:10.1002/mpo.2950090204.

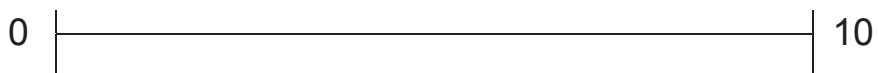
## ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM HUMANOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS CEP-HC-UFPR


 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO DA SENSÇÃO DE CULPA E DE VARIÁVEIS RELIGIOSAS, PSIQUIÁTRICAS, CO-MORBIDADES CLÍNICAS E USO DE FÁRMACOS ENTRE PORTADORES DE DOR CRÔNICA, PORTADORES DE ZUMBIDO CRÔNICO E CONTROLES		2. Número de Participantes da Pesquisa: 100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: PEDRO ANDRÉ KOWACS			
6. CPF: 347.966.060-88	7. Endereço (Rua, n.º): JEREMIAS MACIEL PERRETTO, 300 CAMPO COMPRIDO CURITIBA PARANA 81210310		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (41) 3028-9545	10. Outro Telefone:	11. Email: pkowacs@gmail.com
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: ____ / ____ / ____		 <b>DR. PEDRO ANDRÉ KOWACS</b> NEUROLOGIA - CRM 11941 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná		14. CNPJ: 75.095.679/0002-20	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (41) 3360-1839	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: ____ / ____ / ____		 <b>Prof. Dr. Eduardo Murilo Novak</b> Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC/UFPR CRM 16521 - Matr. 202603 03.06.15 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			

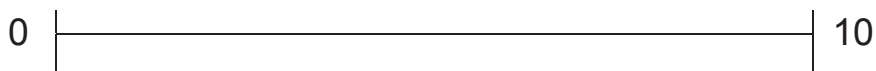
**ANEXO B – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DOR**

Marque na linha abaixo a intensidade da sua dor de 0 a 10, sendo 0 = sem dor e 10 = a pior dor possível.



**ANEXO C – ESCALA VISUAL ANALÓGICA ZUMBIDO**

Marque na linha abaixo a intensidade de seu zumbido de 0 a 10, sendo 0 = sem zumbido e 10 = pior zumbido possível.





**ANEXO D – MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW****M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric Interview****Brazilian version 5.0.0****DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

## MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

<i>Nome do(a) entrevistado(a):</i> _____	<i>Número do protocolo:</i> _____
<i>Data de nascimento:</i> _____	<i>Hora de início da entrevista:</i> _____
<i>Nome do(a) entrevistador(a):</i> _____	<i>Hora do fim da entrevista:</i> _____
<i>Data da entrevista:</i> _____	<i>Duração total da entrevista:</i> _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	<input type="checkbox"/>		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3/F31.2	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24/296.04	
F32.3/F33.3/F31.2				
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

---

## INSTRUÇÕES GERAIS

---

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

*As frases escritas em “letras minúsculas”* devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em “MAIÚSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre (parêntesis)* são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra ( / ) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta (➔)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

---

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.  
Inserm U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@exi.jussieu.fr](mailto:hergueta@exi.jussieu.fr)

Patrícia AMORIM, M.D., PhD  
Instituto HUMUS  
Rua 89 n° 225 Setor Sul  
74093-140 – Goiânia - Goiás  
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74  
fax: + 55 241 41 74  
e-mail: [pat.amorim@terra.com.br](mailto:pat.amorim@terra.com.br)

David V Sheehan, M.D.,  
M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL, USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail  
[dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)



## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
<b>A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?</b>		→ NÃO	SIM	

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

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)<br>COTAR <b>SIM</b> , SE RESPOSTA <b>SIM</b> NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?  | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?   | NÃO | SIM | 9 |

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

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

NÃO	SIM *
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	

- |     |   |          |     |    |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]? | →<br>NÃO | SIM | 10 |
| b   | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?                               | NÃO      | SIM | 11 |

**A5b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE</b>	

\* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

**A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)**

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	<b>A2 É COTADA SIM ?</b>	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	<b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	<b>A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

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

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	<b>A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?</b>	NÃO	SIM	17
e	<b>A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?</b>	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL</b>	

**B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

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

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

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	<b>Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	<b>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?</b>	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	<b>B4 É COTADA SIM?</b>	NÃO                      SIM <b>TRANSTORNO DISTÍMICO            ATUAL</b>		

### C. RISCO DE SUICÍDIO

---

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	<b>1</b>
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	<b>2</b>
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	<b>6</b>
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	<b>10</b>
<b>Ao longo da sua vida:</b>				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	<b>4</b>
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:				

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
<b>1-5</b> pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
<b>6-9</b> pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
<b>≥ 10</b> pontos	Alto <input type="checkbox"/>

---



## D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	<b>SE D1a = SIM:</b> b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL)	NÃO	SIM	3
	<b>SE D2a = SIM:</b> b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?</b>	→ NÃO	SIM	
D3	<b>SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL</b> <b>SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE</b>  <b>Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :</b>			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3</b> <b>OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?</b>	→ NÃO	SIM	

- D4. Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO**D4 É COTADA "NÃO" ?**SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

**D4 É COTADA "SIM" ?**SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b <b>SE SIM:</b> Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4	<b>Durante o episódio em que se sentiu pior :</b>			
	a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5	<b>E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO	SIM	
		<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6	<b>SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?</b>	NÃO	SIM	
	<b>SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.</b>	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
		<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

**F. AGORAFOBIA**

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia  
Atual*

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**NÃO**”  
e  
**E7** (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E7** (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

**F2** (Agorafobia Atual) É COTADA “**SIM**”  
e  
**E5** (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**” ?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

**G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)**

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<b>FOBIA SOCIAL</b> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <b>ATUAL</b>	



## H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> de agir impulsivamente <b>ou</b> medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins <b>ou</b> ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas? )	NÃO → passar a H4	SIM	1				
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a H4	SIM	2				
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
<b>obsessões</b>								
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
<b>compulsões</b>								
<b>H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?</b>		NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
<b>H6 É COTADA "SIM" ?</b>		<table border="0"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b>	
NÃO	SIM							
<b>TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</b>								

**I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)**

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

11	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
12	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
13	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ?	→ NÃO	SIM	
14	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14 ?	→ NÃO	SIM	
15	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**15 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

**J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL**

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

<b>J1</b>	<b>Nos últimos 12 meses</b> , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
<b>J2</b>	<b>Nos últimos 12 meses:</b>			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR <b>"SIM"</b> , SE RESPOSTA <b>"SIM"</b> NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

<b>J3</b>	<b>Durante os últimos 12 meses:</b>			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR <b>"SIM"</b> SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

**K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)**



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

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar "de cabeça feita / chapado(a)"? →  
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

**ESTIMULANTES** : anfetaminas, "bolinha", "rebite", ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

**COCAÍNA**: "coca", pó, "neve", "branquinha", pasta de coca, merla, crack, pedra

**OPIÁCEOS**: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

**ALUCINOGÊNEOS**: L.S.D., "ácido", mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, "vegetal" (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

**SOLVENTES VOLÁTEIS**: "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "loló"

**CANABINÓIDES**: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

**SEDATIVOS**: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

**DIVERSOS**: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):  
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE   
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):  
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?  
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

\_\_\_\_\_

NÃO	→ SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8  
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

\_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				<b>BIZARRO</b>	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " <b>SIM</b> " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " <b>SIM</b> " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	<b>SE SIM</b> : Ouvia essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12



L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês? <b>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</b>	NÃO	SIM	14
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ?	NÃO                      SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO                      SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>		
L13a	SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7:  O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?	→ NÃO    SIM		
b	SE L13a É COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram <b>somente</b> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?	→ NÃO    SIM    18		
c	SE L13a É COTADA "SIM":  ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO                      SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i>		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO                      SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i>		

**M. ANOREXIA NERVOSA**

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

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1	

<b>Durante os últimos 3 meses:</b>					
M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2	
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3	
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4	
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5	
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6	
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM		
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7	

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?**  
**PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?**

NÃO	SIM
<i>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</i>	

**TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)**

<b>Mulheres altura/ peso</b>	
cm	145 147 150 152 155 158 160 163 165 168 170 173 175 178
kgs	38 39 39 40 41 42 43 44 45 46 47 49 50 51
<b>Homens altura/ peso</b>	
cm	155 156 160 163 165 168 170 173 175 178 180 183 185 188 191
kgs	47 48 49 50 51 51 52 53 54 55 56 57 58 59 61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

## N. BULIMIA NERVOSA

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

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

\* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO, NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 **N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?**

NÃO	SIM
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>	

N7 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</b>	



**O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

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

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX. MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC].	→ NÃO	SIM	3				
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
		DE <b>O3</b> A <b>O3f</b> COTAR " <b>NÃO</b> " SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE.							
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:</b>							
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6				
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ?	NÃO	SIM	7				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9				
		<b>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ?</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>	
NÃO	SIM								
<b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b>									

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

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

**P1 Antes dos 15 anos:**

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruuiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→  
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

**P2 Depois dos 15 anos:**

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA  
PERSONALIDADE  
ANTI-SOCIAL  
VIDA INTEIRA**

**REFERÊNCIAS**



Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

<b>Traduções</b>	<b>M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores</b>	<b>M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:</b>
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scultz
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefánsson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tanseffa, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

Os autores agradecem a Dra Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

*LISTA DE SUBSTÂNCIAS*

<b>ANFETAMINA</b>	<b>ÊXTASE</b>	<b>MORFINA</b>
<b>BRANQUINHA</b>	<b>ERVA</b>	<b>ÓPIO</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ÉTER</b>	<b>DAIME</b>
<b>BASEADO</b>	<b>GASOLINA</b>	<b>PÓ</b>
<b>COCAÍNA</b>	<b>HASHISH</b>	<b>RITALINA</b>
<b>CODEÍNA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COGUMELO</b>
<b>COLA</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>VEGETAL</b>
<b>CRACK</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>REBITE</b>
<b>MACONHA</b>	<b>CHEIRINHO</b>	<b>LOLÓ</b>
<b>MERLA</b>	<b>BOLINHA</b>	<b>MESCALINA</b>
<b>ARTANE</b>	<b>ESTERÓIDES</b>	<b>PÍLULAS TIRA-FOME</b>
<b>CALMANTES</b>	<b>DOLANTINA</b>	<b>ALGAFAN</b>
<b>AYHUASCA</b>	<b>PEDRA</b>	<b>TARJA PRETA</b>
<b>ANABOLISANTES</b>	<b>LANÇA</b>	<b>REMÉDIO PARA DORMIR</b>

## ANEXO E – ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

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

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Score Total.



## ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

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

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensação de calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tremores nas pernas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relaxar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medo que aconteça o pior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atordoado ou tonto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Palpitação ou aceleração do coração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sem equilíbrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aterrorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sensação de sufocação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tremores nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Trêmulo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medo de perder o controle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade de respirar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Medo de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Assustado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sensação de desmaio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rosto afogueado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Suor (não devido ao calor).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**ANEXO G – WHOQOL - ABREVIADO**

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEVA

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	Quão 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	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão 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 nùm	nùm	nem nùm 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 frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência 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 H - ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CULPA

### ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CULPA

Instruções: Abaixo encontram-se afirmações sobre culpa e/ou erros. Assinale a resposta que mais corresponde a sua pessoa utilizando a escala de resposta abaixo:

	Nunca	Raramen- te	Às vezes	Freqüente - mente	Sempre
01. Sinto-me culpado por ter "maus pensamentos".	1	2	3	4	5
02. Sinto culpa por ter deixado de fazer algo.	1	2	3	4	5
03. Sinto culpa quando tenho desejos proibidos.	1	2	3	4	5
04. Geralmente me sinto culpado por não ter tempo para as pessoas que eu amo.	1	2	3	4	5
05. Sinto-me culpado por ter alguns sentimentos que não gostaria.	1	2	3	4	5
06. Sinto culpa por não ter força de vontade para realizar meus propósitos.	1	2	3	4	5
07. Sinto-me culpado quando tenho inveja.	1	2	3	4	5
08. Sinto-me culpado por não ter administrado melhor meu tempo.	1	2	3	4	5
09. Estou arrependido por algo que eu não deveria ter feito.	1	2	3	4	5
10. Quando não consigo fazer as minhas obrigações a tempo, sinto-me culpado.	1	2	3	4	5
11. Sinto remorso por ter feito algo que não deveria.	1	2	3	4	5
12. Existe algo que eu fiz a alguém e que, por isso, sinto-me culpado (a).	1	2	3	4	5

## ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE RELIGIOSA

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATITUDE RELIGIOSA

Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre religiosidade e fé. Assinale a resposta que mais corresponde a sua pessoa utilizando a escala de resposta abaixo:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
01. Leio as escrituras sagradas (Bíblia ou outro livro sagrado).	1	2	3	4	5
02. Costumo ler os livros que falam sobre religiosidade.	1	2	3	4	5
03. Procuro conhecer as doutrinas ou preceitos da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
04. Participo de debates sobre assuntos que dizem respeito à religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
05. Converso com a minha família sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
06. Assisto programas de televisão sobre assuntos religiosos.	1	2	3	4	5
07. Converso com os meus amigos sobre as minhas experiências religiosas.	1	2	3	4	5
08. A religião/religiosidade influencia nas minhas decisões sobre o que eu devo fazer.	1	2	3	4	5
09. Participo das orações coletivas da minha religião/religiosidade.	1	2	3	4	5
10. Frequento as celebrações da minha religião/religiosidade (missas, cultos...).	1	2	3	4	5
11. Faço orações pessoais (comunicações espontâneas com Deus).	1	2	3	4	5
12. Ajo de acordo com o que a minha religião/religiosidade prescreve como sendo correto.	1	2	3	4	5
13. Sinto-me unido a todas as coisas.	1	2	3	4	5
14. Extravaso a tristeza ou alegria através de músicas religiosas.	1	2	3	4	5
15. Sinto-me unido a um "Ser" maior.	1	2	3	4	5
16. Quando entro numa igreja ou templo, despertam-me emoções.	1	2	3	4	5

**ANEXO J - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO**