**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA**

ELAINE CRISTINA BERTUSO PELÁ

**Estresse e modos de enfrentamento em portadores
de doenças inflamatórias intestinais**

Ribeirão Preto

2007

ELAINE CRISTINA BERTUSO PELÁ

**Estresse e modos de enfrentamento em portadores
de doenças inflamatórias intestinais**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas.

Área de concentração: Clínica Médica – opção
Investigação Biomédica

Orientador: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida
Troncon

Ribeirão Preto
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bertuso-Pelá, Elaine Cristina

Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais. Ribeirão Preto, 2007.

122 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Clínica Médica, opção Investigação Biomédica.

Orientador: Troncon, Luiz Ernesto de Almeida.

1. doença inflamatória intestinal. 2. doença de Crohn. 3. retocolite ulcerativa idiopática. 4. estresse. 5. enfrentamento. 6. atenção integral à saúde.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes com doença inflamatória intestinal,
fonte de inquietação e curiosidade essenciais para este aprendizado.

Ao Enrico Biagi Pelá, marido querido,
companheiro e acolhedor das minhas angústias, capaz de me provocar um sorriso
nas horas mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador *Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon*, por acreditar na parceria entre Psicologia e Medicina para gerar conhecimento, pela dedicação e disposição em me ensinar a fazer pesquisa, mas principalmente por me ajudar a acreditar que as coisas dão certo no tempo certo.

Agradeço a *Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro*, pelo apoio e incentivo, desde o início deste trabalho, contribuindo prontamente nos momentos mais oportunos, com seu conhecimento e orientação.

Aos amigos do Serviço de Interconsulta em Saúde Mental, que acompanharam, torceram e muito ajudaram para a concretização deste trabalho, especialmente as amigas *Catalina e Luciene*, que me ofereciam luz nos dias de escuridão.

Agradeço aos profissionais que ajudaram a realizar este trabalho, *A Nathalie de Lourdes Souza Dewulf*, que me auxiliou na etapa de organização dos dados, ao me apresentar o programa estatístico utilizado neste estudo.

A Rosane Aparecida Monteiro, que me ensinou a trabalhar os dados utilizando o programa estatístico, sempre pronta para solucionar minhas dúvidas.

A Anália e Beth, auxiliares de enfermagem do 5º andar e aos residentes do ano de 2004 que atuaram nos ambulatórios do Serviço de Gastroenterologia, por me auxiliarem a encontrar as pessoas estudadas neste trabalho.

Agradeço a todas as pessoas que participaram, direta ou indiretamente no desenvolvimento deste projeto, principalmente a *Dra. Ana Cláudia*, que viu surgir e vê hoje, junto comigo, este desejo realizado.

Quem morre ?

Morre lentamente quem não viaja,
quem não lê, quem não ouve música,
quem não encontra graça em si mesmo.
Morre lentamente quem destrói o seu
amor-próprio, quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente quem se transforma em
escravo do hábito, repetindo todos os dias os
mesmos trajetos, quem não muda de marca,
não se arrisca a vestir uma nova cor ou não
conversa com quem não conhece.

Morre lentamente quem faz da televisão o seu guru.

Morre lentamente quem evita uma paixão,
quem prefere o preto sobre o branco e os
pontos sobre os “is” em detrimento de um redemoinho
de emoções, justamente as que resgatam
o brilho dos olhos, sorrisos dos bocejos,
corações aos tropeços e sentimentos.

Morre lentamente quem não vira a mesa
quando está infeliz com o seu trabalho, seu amor,
quem não arrisca o certo pelo incerto
para ir atrás de um sonho,
quem não se permite pelo menos
uma vez na vida fugir dos conselhos sensatos.

Morre lentamente quem passa os dias queixando-se
da sua má sorte ou da chuva incessante.
Morre lentamente quem abandona um projeto
antes de iniciá-lo, não pergunta sobre um assunto
que desconhece ou não responde quando lhe
indagam sobre algo que sabe.

Evitemos a morte em doses suaves,
recordando sempre que estar vivo exige
um esforço muito maior do que o simples fato de respirar.

Somente a perseverança fará com que conquistemos um
estágio esplêndido de felicidade...

Pablo Neruda

RESUMO

BERTUSO-PELÁ, E. C. **Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais**. 2007. 122f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Neste trabalho realizou-se a avaliação de pacientes com doenças inflamatórias intestinais (DII) - doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) quanto às variáveis psicológicas estresse e modos de enfrentamento utilizado frente à situação de doença. Investigaram-se, ainda, as relações entre estas variáveis e diferentes aspectos clínicos das DII. Os grupos de pacientes com DC e RCUI foram compostos por 25 integrantes cada, que foram comparados com igual número de controles doentes (CD) e saudáveis (CS), sendo estes últimos selecionados dentre os acompanhantes dos pacientes. Empregaram-se instrumentos padronizados e validados de avaliação psicológica: escala de eventos vitais e inventário de enfrentamento. Os resultados mostraram que proporções elevadas e semelhantes (64 – 80%) dos integrantes dos quatro grupos apresentaram-se sob estresse intenso, ocorrendo, porém, diferenças entre os grupos quanto aos tipos de eventos vitais estressantes experimentados. O estresse intenso se mostrou maior e associado significativamente à idade mais avançada na DC e à doença em atividade na RCUI. Quanto aos modos de enfrentamento, na DC e na RCUI, verificaram-se proporções semelhantes e significativamente superiores à do grupo CD de casos utilizando a estratégia de “confronto” (40% vs. 12%; $p=0,01$). Na DC, a proporção de pacientes utilizando a estratégia de “resolução de problemas” foi significativamente maior que na RCUI (96% vs. 80%; $p=0,05$). Na RCUI, a proporção de pacientes utilizando a estratégia de “fuga/esquiva” (96%) foi significativamente maior ($p=0,05$) que nos grupos CD (80%) e CS (76%). A utilização das várias estratégias de enfrentamento parece ser afetada, na DC, por sexo, escolaridade e estado de atividade da doença. Na RCUI, houve efeito das variáveis: escolaridade, estado de atividade e duração da doença e estresse intenso. Estes dados indicam a ocorrência de estresse intenso nos pacientes, independente do tipo de doença e, também nos acompanhantes. A DC e a RCUI se diferenciam quanto às estratégias de enfrentamento mais utilizadas e pelos fatores que as afetam, o que deve ser levado em consideração no estabelecimento de medidas de intervenção psicológica necessárias ao cuidado integral ao paciente.

PALAVRAS CHAVE: doença inflamatória intestinal, doença de Crohn, retocolite ulcerativa idiopática, estresse, enfrentamento; atenção integral à saúde.

ABSTRACT

BERTUSO-PELÁ, E. C. **Emotional stress and coping strategies in patients with inflammatory bowel diseases**. 2007. 122f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

This work aimed at assessing emotional stress and coping strategies in patients with inflammatory bowel diseases (IBD): Cohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), as well as studying the relationships between this psychological variables and demographical and clinical characteristics. Groups of patients with CD and UC (N=25) were compared with equal number of subjects from two control groups: healthy caregivers (HC) and patients with other digestive diseases (DC). Validated and standardized psychological tools, such as a stressful live events scale and a ways of coping questionnaire were utilized. Results showed that substantial proportions (64 – 80%) of subjects pertaining to each of the four groups were under severe stress, with a number of inter-group differences regarding the most quoted stressful event. Severe stress was associated with older age in CD patients, and with disease activity in UC patients. Regarding coping strategies, IBD patients showed an increased proportion of utilization of "confrontation" (40% vs. 12%; $p=0.01$), when compared to the DC group. In the CD group, there was a higher proportion of patients utilizing the "problem solving" strategy, than in the UC group (96% vs. 80%; $p=0.05$). In the UC group, the proportion of patients utilizing the "avoidance" strategy (96%) was significantly greater ($p=0.05$) than in both DC (80%) and HC (76%) groups. In IBD patients, coping styles seemed to be affected by sex (only in the CD group), educational level and disease activity, as well as by disease duration and severe stress (only in the UC group). Our data therefore show that severe emotional stress occurs not only in IBD and other digestive disease patients but also in their caregivers. CD and UC patients show different coping styles, which seems also to be affected by distinct demographical and clinical variables. These findings should be taken into account when designing psychological interventions, which are needed for a more comprehensive health care.

KEY WORDS: inflammatory bowel diseases; Crohn's disease, ulcerative colitis, emotional stress, coping styles; comprehensive health care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AGADI	Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais
AGAM	Ambulatório de Gastroenterologia Clínica
AGAP	Ambulatório de doenças pancreáticas
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CD	Grupo controle doente
CS	Grupo controle saudável
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DIR	Divisão Regional da Secretaria de Estado da Saúde
DP	Desvio-padrão
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCUI	Retocolite Ulcerativa Idiopática
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sistema Nervoso Entérico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGI	Trato gastrointestinal

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de interação entre doenças inflamatórias intestinais, atividade da doença e fatores psicossociais (Adaptado de DROSSMAN, 2000).....	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias da escala de eventos vitais e itens correspondentes (SAVÓIA, 1995).....	41
Quadro 2 – Pontuação dos itens agrupados da escala de eventos vitais utilizadas neste estudo.....	50
Quadro 3 - Descrição dos fatores e estratégias de enfrentamento (FOLKMAN e LAZARUS, 1988).....	52
Quadro 4 - Fatores representativos do inventário de enfrentamento e os itens correspondentes (SAVÓIA, 1995).....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnósticos das doenças digestivas variadas do grupo CD.....	35
Tabela 2 - Caracterização demográfica dos participantes com DII (DC e RCUI) e sem DII (CD e CS).....	57
Tabela 3 – Caracterização da variável clínica tempo de doença nos participantes com DII (DC e RCUI).....	59
Tabela 4 – Caracterização da condição clínica dos participantes com DII (DC e RCUI).....	60
Tabela 5 – Eventos vitais que ocorreram na vida dos sujeitos no último ano.....	64
Tabela 6 – Dados da relação entre faixa etária e estresse nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).	65
Tabela 7 – Estratégias de enfrentamento mais empregadas pelos sujeitos dos vários grupos.....	67
Tabela 8 – Dados da relação sexo e enfrentamento dos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).....	69
Tabela 9 – Dados da relação entre enfrentamento e escolaridade dos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).....	70
Tabela 10 – Dados da relação entre enfrentamento e atividade da doença dos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).....	71
Tabela 11 – Dados da relação entre enfrentamento e variável clínica tempo de doença, dos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).....	72
Tabela 12 – Dados da relação entre estresse e enfrentamento dos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI).....	73

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição percentual dos casos com DC quanto à localização e à extensão das lesões.....60
- Gráfico 2** – Distribuição percentual dos casos com DC quanto à forma de apresentação da doença.....61
- Gráfico 3** – Distribuição percentual dos casos com RCUI quanto à localização e à extensão das lesões.....61
- Gráfico 4** – Distribuição percentual dos casos com RCUI quanto à forma de apresentação da doença.....62
- Gráfico 5** – Distribuição percentual dos grupos quanto ao estresse.....63
- Gráfico 6** – Distribuição percentual da associação entre estresse e condição clínica dos sujeitos com DC.....66
- Gráfico 7** – Distribuição percentual da associação entre estresse e condições clínicas dos sujeitos com RCUI.....66

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	15
2 - OBJETIVOS	29
3 - CASUÍSTICA E MÉTODOS	31
3.1- Tipo de estudo	32
3.2- Local do estudo.....	32
3.3- Casuística.....	33
3.3.1- Critérios de Inclusão e Exclusão	37
3.4- Instrumentos	39
3.5- Estudo preliminar.....	43
3.6- Procedimentos	43
3.6.1- Aspectos Éticos	43
3.6.2- Coleta de dados	44
3.6.3- Análise de dados	46
3.6.3.1- Dados demográficos e clínicos.....	46
3.6.3.2- Estresse e enfrentamento.....	49
3.6.3.3- Tratamento de dados e análise estatística.....	54
4 - RESULTADOS.....	56
4.1- Caracterização da amostra.....	57
4.1.1- Caracterização sócio-demográfica	57
4.1.2- Caracterização clínica	59
4.2- Estresse	62
4.2.1- Relação entre estresse e variáveis demográficas e clínicas.....	65
4.3- Estratégias de enfrentamento.....	67
4.3.1- Relação entre estratégias de enfrentamento e variáveis demográficas e clínicas	68
4.3.2- Relação entre estratégias de enfrentamento e estresse.....	72
5 – DISCUSSÃO	74
6.- CONCLUSÕES	92
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	102
ANEXOS	113

1 - INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são doenças crônicas, de origem desconhecida, que compartilham entre si a característica de comprometimento inflamatório da mucosa intestinal. (PODOLSKI, 2002; TRONCON, DAMIÃO & SIPAHI, 2006). Embora essa nomenclatura, em seu senso mais amplo, se aplique a uma variedade de condições, ela tem sido empregada atualmente, em senso estrito, a duas condições específicas: a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa inespecífica ou idiopática (RCUI). Essas duas doenças tendem a ser progressivas, afetam ambos os sexos e a maioria dos casos ocorrem entre 15 e 35 anos de idade, não sendo, porém, incomum o início dos sintomas a partir da idade de 55 a 60 anos (MISZPUTEN, 1996; TRONCON, DAMIÃO & SIPAHI, 2006).

A DC caracteriza-se por inflamação crônica, assimétrica e focal, que acomete toda a espessura da parede intestinal, podendo afetar qualquer porção do trato gastrointestinal, desde a boca até o ânus, sendo o íleo e o ceco os segmentos mais freqüentemente acometidos (MISZPUTEN, 1996; TRONCON, DAMIÃO & SIPAHI, 2006). O sintoma principal da DC é a diarreia crônica, que pode vir associada à dor abdominal, perda de peso, mal estar geral, febre, podendo também ocorrer formação de massa abdominal inflamatória, abscessos e fístulas (SOUZA et al., 2002).

A RCUI caracteriza-se por inflamação superficial, contínua e difusa da mucosa intestinal, que se localiza exclusivamente no intestino grosso e, quase invariavelmente, acomete o reto. O sintoma mais característico da RCUI é a diarreia, que pode se acompanhar de urgência retal, sangramento e muco nas fezes, podendo também ocorrer dor abdominal, sensação geral de cansaço, febre e diminuição do apetite (MAGALHÃES, 1995; SOUZA et al., 2002; TRONCON, DAMIÃO & SIPAHI, 2006).

Ambas as formas das DII podem apresentar manifestações extra-intestinais, que evidenciam o comprometimento da pele, das articulações, dos olhos, do fígado e das vias biliares, bem como podem se associar a complicações locais e sistêmicas, do que resultam

índices consideráveis de morbidade e de letalidade (MAGALHÃES, 1995; MISZPUTEN, 1996; SOUZA et al., 2002; TRONCON, DAMIÃO & SIPAHI, 2006). O tratamento é, em geral, direcionado para o tipo de doença (DC ou RCUI) e o local predominante da inflamação no intestino, sendo necessária, em casos onde as drogas não proporcionem resposta adequada para o controle da inflamação, a associação de medicamentos (PODOLSKI, 2002).

Quanto à incidência e à prevalência dos casos de DII no Brasil, estudos recentes têm revelado tendência a aumento de casos diagnosticados nas últimas décadas (GABURRI et al., 1998; SOUZA et al., 2002). Em estudo sobre a ocorrência de casos de DII durante um período de 20 anos, realizado no HC-FMRP-USP, os dados sugerem que, além do aumento da incidência, existe uma tendência de a DC tornar-se mais freqüente que a RCUI (SOUZA et al., 2002).

A etiologia das DII não é completamente conhecida, mas existem evidências da participação de fatores genéticos, imunológicos e microbiológicos, bem como de um possível papel das alterações ligadas à personalidade ou a distúrbios da esfera psico-emocional (PODOLSKY, 2002; DROSSMAN, 2000). Assim sendo, a concepção mais recente para compreender as DII parece ser a da multicausalidade, onde o surgimento e a evolução da doença estão associados à somatória de diversos fatores, que envolvem a interação entre os subsistemas orgânico, psicológico, familiar e social. (DROSSMAN, 2000).

A partir de 1995, o papel dos fatores psicológicos nas doenças orgânicas passou a ser mais reconhecido, com a inclusão deles no conjunto de critérios diagnósticos utilizados nas condições médicas gerais, o “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-IV). De fato, com a inclusão do item denominado “**Fatores Psicológicos que afetam uma condição médica geral**” no DSM-IV, proposto conjuntamente pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e Organização Mundial de Saúde (OMS), os sintomas psicológicos

passaram formalmente a ser considerados como fatores que podem estar associados ao aparecimento, exacerbação ou remissão dos sintomas clínicos das doenças (APA, 1995).

Em relação às DII, os estudos ainda não são conclusivos no que diz respeito à prevalência de sintomas psicológicos e dos efeitos destes ao longo da vida (NEVES NETO, 2001). Contudo, recentemente, maior atenção tem sido dedicada à adaptação psicossocial de indivíduos que convivem com doenças crônicas, cuja etiologia permanece pouco conhecida e sob tratamentos insatisfatórios, quanto à possibilidade de cura (PINTO, 2001).

Muitas pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de ampliar o entendimento da participação de aspectos psicológicos e do estresse na evolução dos pacientes com DII, refletindo uma preocupação com o sofrimento destes doentes, que não se restringe apenas aos aspectos orgânicos. Ainda que diversos métodos e técnicas de avaliação psicológica tenham demonstrado sua eficácia, como auxiliares no diagnóstico e no tratamento de pacientes com DII, muitas questões permanecem sem resposta definitiva, no que diz respeito às relações entre a personalidade, a doença e o modo de vida destes pacientes (PINTO, 2001).

DROSSMAN (2000), com base em revisão abrangente da literatura pertinente, refere que, de um modo geral, os estudos sobre o tema tem encontrado aumento na frequência de diagnósticos psiquiátricos e de indicadores de sofrimento psicológico em portadores dessas doenças, quando comparados aos indivíduos normais. Observa-se que o grau de distúrbio psicológico tem se mostrado como diretamente relacionados à gravidade da doença, destacando-se que os sintomas psicológicos são componentes que se relacionam com a expressão clínica.

Segundo NEVES NETO (2001), os sintomas psicológicos encontrados com maior frequência em portadores das DII são ansiedade e depressão. Em estudo realizado com esta população de pacientes, ADDOLORATO et al. (1996), verificaram que os sintomas de

ansiedade atingem cerca de 50% dos portadores e os sintomas de depressão atingem cerca de 38% dos casos estudados.

GUTHRIE e colaboradores, em 2002, avaliaram sintomas de ansiedade e depressão em 112 pacientes portadores de DII (37 com RCUI e 75 com DC), empregando o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) e obteve escores significativos de ansiedade e de depressão em 25% destes sujeitos.

SEWITCH et al. (2001), com base em estudo comparando o estado psicológico de pacientes com DII em atividade ou remissão, encontraram que os pacientes com doença ativa apresentaram escores significativamente mais elevados de sofrimento psicológico, com maior frequência de somatização, sintomas obsessivos-compulsivos, depressão e ansiedade fóbica.

Segundo ADDOLORATO et al. (1996), as mudanças impostas pelo tratamento, as restrições dietéticas e a imprevisibilidade das recidivas podem predispor às alterações do humor e à ansiedade. Segundo estes autores, os sintomas depressivos mostram-se associados às condições do contexto de vida destes indivíduos que apresentam uma doença crônica que traz prejuízo à qualidade de vida.

Segundo DROSSMAN (2000), é muito importante identificar os determinantes biológicos associados às DII, mas é igualmente importante o entendimento do papel que os fatores psicossociais exercem na exacerbação e na manutenção destas doenças. Neste sentido, o referido autor formulou um modelo de interação entre fatores psicossociais e DII, fundamentado na interligação entre os sistemas psicológicos e fisiológicos. Sob esta perspectiva, na instalação e na evolução da doença, junto aos eventos que englobam o adoecer, os sintomas físicos e o grau de atividade da doença, fazem-se também presentes fatores psicossociais, condições familiares, aspectos culturais, estado psicológico, estressores ambientais e emocionais mais recentes. Estes fatores, por outro lado, tem como contrapartida as condições de enfrentamento e de suporte social disponíveis. Tal concepção vai ao encontro

da noção atual de multicausalidade das DII e se compatibiliza com um sistema de compreensão mais geral do adoecer, que configura o chamado modelo biopsicossocial, como ilustra a Figura 1 (DROSSMAN, 2000).

Figura 1 – Modelo de interação entre doenças inflamatórias intestinais, atividade da doença e fatores psicossociais (adaptado de DROSSMAN, 2000).

O modelo biopsicossocial tem como base a complexa interação entre os sistemas biológicos e psicológicos, como explicação para o adoecimento humano e seus efeitos. Como mostra a figura, fatores biológicos e comportamentais e o processo de adoecimento se influenciam mutuamente, de modo que um aumento da atividade da doença pode resultar em diversos efeitos sobre o doente, dependendo das condições dos demais subsistemas. Desta forma, um evento de vida estressante, como a perda de um familiar ou uma experiência traumática, pode influenciar na piora dos sintomas, no estado psicológico, e até mesmo, de acordo com alguns estudos (DROSSMAN, 1998), no processo inflamatório. Os efeitos do

estresse também dependerão das condições de suporte social e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos.

O estresse é uma reação psicofisiológica do indivíduo, apresentada diante de determinadas circunstâncias da vida que ameacem a homeostase interna e possam impor a necessidade de adaptações. Isso pode ocorrer quando uma pessoa se confronta com uma situação, que de alguma forma, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou até mesmo a desafie. (LIPP, 1996; 2003).

Segundo MAUNDER (2000), o estresse é uma resposta adaptada para promover segurança, diante da percepção de uma ameaça. Esta resposta, em condições normais, conduz a um benefício e não se relaciona com o processo de adoecimento. Porém, o estresse pode contribuir com o adoecer, na medida em que os eventos estressantes se apresentem muito intensos ou prolongados, provocando uma resposta desregulada (ANDERSON, 1988; LABRADOR & CRESPO, 1994; MARGIS et al., 2003).

As situações ambientais provocadoras de estresse podem ser de vários tipos, como os eventos vitais ou eventos estressores de vida, os acontecimentos diários menores e as situações de tensão crônica. O estudo sobre a ocorrência dos eventos vitais desenvolvido inicialmente por HOLMES e RAHE (1967) teve um grande foco nas pesquisas sobre o estresse, considerando-se que quanto mais eventos vitais negativos experimentados, maior a probabilidade de presença de estresse. Já os acontecimentos diários menores parecem afetar substancialmente a pessoa somente quando muito frequentes. O terceiro grupo corresponde a situações crônicas que geram estresse ao longo do tempo, como a doença crônica. (MARGIS et al., 2003)

Para MARDINI et al. (2004), eventos vitais representam, de forma consciente ou não, uma ameaça ao equilíbrio dos indivíduos e engatilham reações psicológicas que tem repercussões nos sistemas nervoso autônomo, neuroendócrino e autoimune, com o objetivo de

promover a adaptação e a sobrevivência a curto prazo. Porém, a manutenção destes estados por período maior de tempo, leva a danos ou exacerbação de processos de doença. Vale ressaltar que o próprio adoecer também representa uma fonte de estresse, que leva a um desequilíbrio no organismo, tanto no aspecto físico como no psicológico (OGDEN, 1996).

Em especial, o estabelecimento de um diagnóstico de DII significa que os portadores poderão passar a conviver com freqüentes complicações e recorrências de sintomas, devido ao caráter crônico da doença e a inexistência de um tratamento único, específico e eficaz. É compreensível que a incerteza quanto às recidivas e as complicações no curso da doença, somadas à falta de perspectivas quanto à cura, são fatores que podem provocar o surgimento de várias emoções nos portadores destas doenças, tais como hostilidade, desespero, tristeza e pesar. Em função disto, ativa-se uma série de respostas individuais a estas demandas, que buscam assim a adaptação às oscilações passíveis de ocorrer na evolução da doença (SPIRO, 1990).

O papel do estresse na etiologia e na exacerbação das DII ainda permanece controverso, porém, vários estudos têm mostrado que eventos de vida estressantes, como separações, perdas, mortes e outros eventos diários de estresse, como dificuldades para resolver problemas, entre outros, têm sido associados ao aumento da atividade da doença e com maior ocorrência de recaídas (DUFFY et al., 1991; LEVENSTEIN et al., 1994; CASSATI & TONER, 2000).

Segundo SOUZA (1989), os sintomas físicos das DII parecem eclodir diante de determinadas situações que provocam estresse em certos indivíduos, como por exemplo, a exigência de maior independência, o aumento de responsabilidade, maior necessidade de esforço e de concentração.

COLLINS (1992, 2001), estudando a relação entre o estresse e o sistema imune, concluiu que o estresse pode aumentar a suscetibilidade a um estímulo inflamatório, alterando

os mecanismos fisiológicos de controle das funções digestivas. No mesmo sentido, DROSSMAN (2000), afirma que a relação entre o estresse, a motilidade e a sensibilidade intestinais é facilitada pela grande interação existente entre o Sistema Nervoso Entérico (SNE), a medula espinhal e as conexões autonômicas do Sistema Nervoso Central (SNC). Segundo o referido autor, a possibilidade de adaptação do organismo ao estresse e o subsequente efeito no aumento da suscetibilidade à infecção ou às condições inflamatórias é resultante de uma combinação entre componentes genéticos e experiências ambientais.

Estudos sobre a relação do estresse ou eventos vitais e doenças físicas, tem considerado o estresse como um fator de risco para a recorrência da doença. ANDERSON (1988) considera que a menor intensidade de estresse está associada a menores alterações emocionais e menos mobilização fisiológica e, conseqüentemente, a melhores condições de adesão ao tratamento.

COOKE (1987), levantando estudos sobre os eventos vitais e suas relações com diversos processos de adoecimento físico, identificou 17 pesquisas e encontrou significativa associação entre eventos vitais e maior risco de adoecimento em 9 delas estudos, sendo que o estudo onde o risco de adoecimento foi mais significativo, foi o estudo de CRAIG e BROWN (1984) com portadores de doenças gastrintestinais.

Já estudos mais recentes têm avaliado a relação entre eventos vitais e a exacerbação dos sintomas nas DII. Nesta linha de pesquisa, SEWITCH et al. (2001), estudaram o estado psicológico de 200 pacientes com DII, subdivididos em pacientes com a doença em atividade e pacientes com a doença em remissão. Os resultados confirmaram a existência de relação estatisticamente significativa entre doença em atividade e maiores escores para sofrimento psicológico, estresse e aumento do número de eventos estressantes no último mês.

Em outro estudo, BITTON et al. (2003) avaliando a associação entre características psicossociais e recaídas, em 60 portadores de RCUI, identificaram relação significativa entre

o aumento de eventos estressantes e maior frequência de recaídas, o que reforça os conceitos subjacentes ao modelo biopsicossocial da doença.

GOMEZ-GIL et al. (2003), estudando a relação entre acontecimentos estressantes e o curso das DII, segundo a percepção dos próprios pacientes, avaliaram 70 portadores de DII (40 com DC e 30 com RCUI). Concluíram que mais da metade dos sujeitos do estudo tem a percepção que, em seu caso, existe relação entre os eventos estressantes ocorridos em suas vidas e o início da doença, bem como com a própria recorrência da mesma.

No entanto, desde que SEYLE introduziu, em 1952, o conceito de estresse, muitos estudos sobre os efeitos do estresse e o processo de saúde-doença têm sido realizados (COOKE, 1987; ANDERSON, 1988; DROSSMAN, 2000; COLLINS, 2001; LEVENSTEIN et al., 1994, LEVENSTEIN, 2003). Desde os anos 1970, teorias psicológicas tem se associado ao modelo teórico do estresse, como a avaliação cognitiva e o enfrentamento, ampliando os estudos na área da Psicologia da Saúde. (SEIDL et al., 2001).

Neste sentido, LAZARUS e FOLKMAN (1984), acrescentam que, não é só o tipo de estressor que determina se o estresse vai ou não ser desenvolvido, pois a interpretação dada pelo indivíduo aos eventos ambientais é fundamental no processo de estresse. Assim, diante de uma situação estressora o indivíduo pode responder de forma espontânea ou involuntária, caracterizando o estresse propriamente, ou mobilizar recursos cognitivos a fim de melhor administrar a situação estressora. Esta interação entre o organismo e o ambiente, na qual o indivíduo lança mão de determinadas estratégias visando a melhor adaptação às circunstâncias estressantes é denominado de enfrentamento (*coping*).

Segundo GIMENES (1997), na medida em que uma pessoa se vê impossibilitada de se comportar diante das exigências da sua vida, da mesma forma como vinha fazendo antes, esta pessoa passa a desenvolver novos comportamentos. O enfrentamento é, então, entendido como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos para

se adaptarem a demandas específicas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais existentes (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). Compreende, portanto, todos os esforços despendidos pelo indivíduo para lidar com circunstâncias estressantes, que podem ser agudas ou crônicas (ANTONIAZZI 1998).

Para LAZARUS e FOLKMAN (1984) e para LAZARUS (1999), qualquer empenho em se lidar com o estressor é uma resposta de enfrentamento, independentemente do sucesso ou fracasso que se tenha obtido. Assim, a mobilização das estratégias de enfrentamento tem como objetivo minimizar, aceitar, tolerar ou ignorar o estressor, representando um importante recurso de adaptação do indivíduo na resolução dos problemas e situações estressantes particulares.

FOLKMAN e LAZARUS (1980, 1985) ainda classificaram as estratégias de enfrentamento em dois tipos, considerando duas funções do enfrentamento: o enfrentamento centrado no problema e o enfrentamento centrado na emoção. O primeiro tipo é caracterizado por estratégias que objetivam a resolução do problema que originou o estresse, sendo constituído por ações deliberadas, como por exemplo, conversar para resolver um problema interpessoal, procurar o médico diante de um sintoma físico, etc. O segundo tipo é caracterizado por estratégias que visam à regulação das emoções resultantes dos eventos estressantes, ou seja, são estratégias de enfrentamento que tem por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, como, por exemplo, distrair-se para não pensar em problemas, fumar um cigarro para se acalmar, entre outros.

Segundo os referidos autores, o uso de estratégias voltadas para o problema ou para a emoção, depende da avaliação da situação estressante em que o indivíduo está envolvido, podendo ocorrer a associação das duas formas de enfrentamento. Contudo, as estratégias orientadas para a solução dos problemas tendem a ser mais frequentes em situações avaliadas

como modificáveis (mudança de emprego, adesão a tratamentos visando a cura), enquanto que as estratégias voltadas para a mudança emocional, tendem a ser mais intensas nas situações avaliadas como inalteráveis (doença terminal, morte de entes queridos).

KINASCH et al. (1993), estudando os modelos de enfrentamento utilizados por 150 portadores de DII (88 com DC e 62 com RCUI) e investigando as suas relações com variáveis demográficas, clínicas e de personalidade, verificaram que tanto os homens como as mulheres utilizaram mais as estratégias focalizadas no problema, do que as estratégias voltadas para a emoção. Em outras palavras, essa autora constatou que os pacientes buscavam mais a solução dos problemas do que ativar meios de lidar com o sofrimento e as emoções que estavam acompanhando os problemas. Houve também relação significativa entre a gravidade da doença e enfrentamento voltado para o problema. Foi, também, encontrada relação significativa, inversamente proporcional entre satisfação com a vida pessoal e o uso de estratégias voltadas para a emoção (KINASCH et al., 1993).

Segundo KINASCH et al. (1993), o envolvimento dos portadores de DII com as diferentes fases da sua doença, com os planos de tratamento e com a busca por informações médicas relevantes sobre sua doença, constituem meios que podem auxiliar estes pacientes a enfrentar melhor os seus problemas e a aumentar o senso de controle de si e da doença. Já os pacientes que apresentam dificuldades de enfrentamento, que adotam estratégias menos efetivas, costumam responder de modo menos satisfatório às intervenções e requerem mais cuidados dos serviços de saúde. Isto sugere que estes pacientes podem se beneficiar com intervenções que priorizem estratégias de enfrentamento mais eficazes.

Para KINASCH et al. (1993), a capacidade para enfrentar efetivamente a doença desempenha um papel crucial na adaptação funcional do indivíduo e a identificação do modelo de enfrentamento utilizado pelos portadores de DII deve representar uma das prioridades no cuidado emocional destes pacientes. Desta forma, investigar a capacidade e os

padrões de enfrentamento de portadores de DII pode ser tomado como um pré-requisito para o plano de tratamento. Isto porque a identificação da capacidade destes pacientes para enfrentar os problemas decorrentes da doença pode reverter em meios de auxiliá-los a desenvolver a capacidade para responder às demandas relacionadas aos cuidados com a saúde, prevenindo assim sofrimentos futuros.

Em outro estudo, COSTA (2003), após avaliar a relação entre os processos de enfrentamento e sintomas depressivos em 100 indivíduos portadores de RCUI, conclui que o evento estressor mais significativo foi a própria situação de doença. Encontrou, ainda, que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram: “suporte social” e reavaliação positiva”.

No Brasil, seguindo a tendência mundial (EKBOM et al., 1991; IRVINE et al., 2001), verifica-se um número crescente de casos de DII sendo diagnosticados em vários centros (GABURRI et al., 1998; STEINWURZ, 1998; SOUZA et al., 2002). Porém, apesar do também crescente número de estudos sobre vários aspectos destas doenças, o conhecimento disponível é, ainda, escasso, sobretudo no que se refere à influência dos eventos vitais estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas frente às demandas das DII (DROSSMAN, 2000).

Além da escassez deste tipo de investigação no Brasil, os estudos realizados no exterior sobre a correlação entre as DII e o processo estresse e enfrentamento, são particularizados e referentes a determinadas condições sociais e culturais que certamente influenciam os resultados. Esta condição deixa margem para a necessidade de investigações em novos contextos, pressupondo-se que as particularidades podem afetar os parâmetros estudados.

Além disso, os estudos sobre a correlação entre aspectos clínicos das DII (atividade da doença, remissão, localização, forma, tempo de doença, etc) e estresse e enfrentamento, ainda

são controversos, principalmente devido ao pequeno número de pacientes incluídos e às diferenças entre os métodos empregados (GOMEZ-GIL et al., 2003; LEVENSTEIN, 2003).

Por fim, existe escassez de estudos sobre as diferenças ou similaridades entre a DC e a RCUI, no que diz respeito aos aspectos do estresse e enfrentamento. Assim, buscando ampliar o conhecimento sobre as DII, o presente estudo interessou-se por avaliar como diferentes aspectos clínicos da DII se relacionam com eventos de vida estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes frente às demandas da doença.

2 - OBJETIVOS

Constituiu o objetivo principal deste estudo a avaliação de pacientes com doenças inflamatórias intestinais - doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa idiopática (RCUI), em diversas condições clínicas, quanto à presença da variável psicológica, estresse e modos de enfrentamento utilizados frente à situação de doença.

Constituíram os objetivos secundários deste trabalho verificar as diferenças existentes entre a DC e a RCUI, quanto à presença de fatores estressantes e às estratégias de enfrentamento utilizadas, identificar eventuais inter-relações entre estresse e enfrentamento em pacientes com DC e RCUI e estudar o papel das variáveis demográficas e clínicas nos parâmetros estudados.

3 – CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 - Tipo de estudo

Este é um estudo de corte transversal quantitativo, constituindo-se de análise comparativa entre dois grupos de casos – doença de Crohn e retocolite ulcerativa, e dois grupos controles, sendo um composto por indivíduos doentes e outro constituído de indivíduos aparentemente isentos de doença. As principais variáveis estudadas foram o estresse e as estratégias de enfrentamento e as suas relações com as características clínicas e demográficas dos sujeitos incluídos no estudo.

3.2 – Local do estudo

Este estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC FMRP-USP), hospital universitário de nível terciário, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atende, além da população de Ribeirão Preto, a de mais 25 cidades que compõem a Divisão Regional da Secretaria de Estado da Saúde (DIR XVIII). Porém, por ser um hospital de referência nacional, recebe também, casos provenientes de outras cidades não integrantes da DIR XVIII e, até mesmo, de outros estados.

O HCFMRP-USP oferece assistência em duas modalidades principais: enfermarias e ambulatorios. Para a coleta de dados desta pesquisa, foram escolhidos os ambulatorios de Doenças Inflamatórias Intestinais (AGADI), de Gastroenterologia Clínica (AGAM), de

doença pancreáticas (AGAP) e de Hepatites, todos mantidos pela Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP.

O AGADI foi o ambulatório escolhido para seleção dos sujeitos do grupo de casos, pois, em levantamento realizado junto ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HC-FMRP-USP, verificou-se que, no período de seis meses (outubro de 2002 a abril de 2003), pelo menos 75 pacientes estavam em seguimento clínico neste serviço, sendo que 49% deles apresentavam diagnóstico de DC e 51% de RCUI. A partir disto considerou-se viável a identificação dos 50 sujeitos para compor o grupo de casos deste estudo.

Os demais ambulatórios foram escolhidos para selecionar os sujeitos dos grupos controles (pacientes e acompanhantes), porque recebem pacientes com afecções digestivas variadas e ocorrem no mesmo dia e nas mesmas dependências do atendimento do AGADI.

3.3 – Casuística

Todos os participantes deste estudo foram selecionados dentro do grupo de pacientes e seus acompanhantes, presentes no HC-FMRP-USP na data de seus devidos atendimentos ambulatoriais, agendados previamente pela instituição de saúde.

Foram entrevistados 114 sujeitos, durante o período de janeiro a dezembro de 2005. No entanto, a amostra final deste estudo foi composta por 100 sujeitos, uma vez que, durante a aplicação dos instrumentos, se constatou que 14 sujeitos não preenchiam os critérios de inclusão ou não tinham condições de responder às questões dos instrumentos utilizados. Dos 100 sujeitos que compuseram a casuística, 50 eram pacientes adultos, portadores de doenças inflamatórias intestinais, subdivididos em dois grupos com 25 pacientes cada. O primeiro

grupo foi composto por sujeitos portadores de DC e o segundo grupo foi composto por sujeitos portadores de RCUI, todos em seguimento clínico no AGADI.

No grupo com DC, a procedência foi de 14 casos (56%) de Ribeirão Preto e de cidades da DIR XVIII, 9 pacientes (36%) das demais cidades do Estado de São Paulo e 2 (8%) de outros estados. Quanto à situação conjugal, 16 (64%) estavam casados ou amasiados, 8 (32%) solteiros e um (4%) separado. Em relação à situação empregatícia, 9 pacientes (36%) estavam desempregados, 8 (32%) empregados com direitos trabalhistas, 7 (28%) desempenhavam trabalho autônomo regular e um (4%) aposentado.

No grupo com RCUI, a procedência foi de 12 casos (48%) de Ribeirão Preto e de cidades da DIR XVIII, 11 pacientes (44%) das demais cidades do Estado de São Paulo e 2 (8%) de outros estados. Quanto à situação conjugal, 17 (68%) estavam casados ou amasiados e 8 eram (32%) solteiros. Em relação à situação empregatícia, 6 pacientes (24%) estavam desempregados, 8 (32%) empregados com direitos trabalhistas, 8 (32%) desempenhavam trabalho autônomo regular e 3 (12%) eram aposentados.

Para a composição dos grupos controles foram avaliados no mesmo período 50 indivíduos, que foram também subdivididos em dois grupos de comparação, doentes e saudáveis com 25 sujeitos cada.

O primeiro grupo controle, denominado grupo controle doente (CD), foi composto por sujeitos portadores de afecções digestivas variadas de natureza crônica. Os diagnósticos destes sujeitos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Diagnósticos das afecções digestivas variadas do grupo CD.

CLASSE	DOENÇA	(n)%
Doenças do tubo digestivo	Doença de Chagas	4 (16%)
	Doença celíaca	3 (12%)
	Doença do refluxo gastresofágico	2 (8%)
	Esclerose sistêmica	1 (4%)
	Odinofagia a esclarecer	1 (4%)
Doenças hepato-biliares	Hepatite B	3 (12%)
	Hepatopatia crônica de origem indefinida	2 (8%)
	Hepatite autoimune	1 (4%)
	Hepatite medicamentosa	1 (4%)
	Cirrose hepática	1 (4%)
	Esquistossomose hepato-esplênica	1 (4%)
Doenças pancreáticas	Pancreatite crônica	5 (20%)

Dentre estes pacientes do grupo CD, 13 (52%) apresentavam sintomas ativos da doença no momento da inclusão no estudo e o tempo de doença variou de um a 20 anos, com mediana de 5 anos (DP = 4,2).

Neste grupo de controles doentes, 13 casos (52%) eram procedentes de Ribeirão Preto e de cidades da DIR XVIII, 9 (36%) das demais cidades do Estado de São Paulo e 3 (12%) de outros estados. Quanto à situação conjugal, 16 (64%) estavam casados ou amasiados, 6 (24%) solteiros e 3 (12%) separados. Em relação à situação empregatícia, 5 (20%) estavam desempregados, 12 (48%) empregados com direitos trabalhistas, 6 (24%) desempenhavam trabalho autônomo regular e 2 (8%) eram aposentados.

O segundo grupo controle, denominado grupo controle saudável (CS), foi composto por acompanhantes dos pacientes que não apresentavam nenhum tipo de doença crônica. Neste grupo, 18 sujeitos (72%) eram procedentes de Ribeirão Preto e de cidades da DIR XVIII, 6 (24%) procedentes das demais cidades do Estado de São Paulo e um (4%) de outros

estados. Em relação à situação conjugal, 21 (84%) estavam casados ou amasiados, 3 (12%) solteiros e um (4%) viúvo. Quanto à situação empregatícia, 5 (20%) estavam desempregados, 10 (40%) estavam empregados com direitos trabalhistas, 7 (28%) desempenhavam trabalho autônomo regular e 3 (12%) eram aposentados.

Em relação às condições clínicas e história pregressa da doença, no grupo com DC, 15 casos (60%) estavam em uso exclusivamente de medicamento específico para DC, 7 (32%) estavam em uso de medicamento específico para DC mais outras medicações, 2 (8%) estavam em uso de outras medicações e um (4%) não usava qualquer medicação. Quanto à necessidade de intervenção cirúrgica devido à doença, 11 (44%) haviam sido submetidos a cirurgias e, quanto à necessidade de internação em instituição hospitalar, 7 (28%) estiveram internados uma vez e 9 (36%) mais que uma vez. Dentre estes sujeitos, 12 (48%) apresentavam, também, outras doenças, sendo que em 10 deles eram condições associadas às doenças de base, como anemia, artrite ou hipercortisolismo.

No grupo com RCUI, 15 pacientes (60%) estavam em uso exclusivamente de medicamento específico para RCUI, 7 (32%) estavam em uso de medicamento específico para RCUI mais outras medicações e 2 (8%) não estavam em uso de medicação. Quanto à necessidade de intervenção cirúrgica devido à doença, apenas um (4%) havia sido submetido à cirurgias e, quanto à necessidade de internação em instituição hospitalar, 2 (8%) estiveram internados uma vez e 3 (12%) mais que uma vez. Dentre estes sujeitos, 15 (60%) apresentavam, também, outras doenças, sendo que em 7 deles eram condições associadas às doenças de base, como anemia, hipercortisolismo, osteoporose e colangite esclerosante. Nos demais, havia pelo menos seis casos em que a doença associada poderia ser considerada como consequência do tratamento para a DII, como hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus.

No grupo controle doente (CD), 20 pacientes (80%) estavam em uso de medicamento específico para a afecção digestiva de base, um (4%) estava em uso de psico-fármacos e 4 (16%) não estavam em uso de medicação. Quanto à necessidade de intervenção cirúrgica devido à doença, 3 (12%) haviam sido submetidos à cirurgias e, quanto à necessidade de internação em instituição hospitalar, 6 (24) estiveram internados uma vez e apenas um (4%) mais do que uma vez. Neste grupo, 64% apresentava mais de uma doença, além da condição ligada ao aparelho digestivo, que justificava o seu acompanhamento em ambulatório do serviço de Gastroenterologia.

No grupo controle saudável (CS), 5 sujeitos (20%) estavam em uso de medicamentos como cimetidina, omeprazol, sinvastatina, hormônio tireoideano, ácido acetil-salicílico, apesar de não referirem sintomas ou admitirem a ocorrência de qualquer doença.

3.3.1 - Critérios de inclusão e exclusão

Para a inclusão dos sujeitos neste estudo, foram considerados, como critérios gerais, a idade entre 20 e 65 anos e a concordância explícita em participar da pesquisa.

Para o grupo de casos, foram adotados como critérios específicos de inclusão o diagnóstico de doença inflamatória intestinal – DC ou RCUI, realizado por meio da observação das manifestações clínicas e de exames radiológicos, endoscópicos ou anátomo ou histo-patológicos (ROSENBERG, 1990) e estar em seguimento regular no AGADI, o que se caracterizou pelo atendimento a pelo menos uma consulta nos últimos seis meses, conforme registro no prontuário médico.

Para a inclusão no grupo de controles doentes, adotaram-se, como critérios específicos, a ausência de suspeita ou diagnóstico firmado de DII e estar em seguimento regular em um dos demais ambulatórios da Divisão de Gastroenterologia do HC-FMRP-USP, que não o de doenças inflamatórias intestinais, caracterizado também pelo atendimento a, pelo menos, uma consulta nos últimos seis meses. O preenchimento desses critérios dependeu das informações obtidas no prontuário médico de cada paciente.

Para a inclusão no grupo de controles saudáveis, foram selecionados somente sujeitos que estavam na instituição para acompanhar familiares ou conhecidos em seguimento no hospital. Foram selecionados somente sujeitos que não apresentavam nenhum tipo de doença crônica ou necessidade de uso contínuo de medicamentos, o que foi concluído pelas respostas negativas a questões específicas de um questionário de informações gerais (APÊNDICE A). Em particular, a exclusão dos diagnósticos de doença inflamatória intestinal, ou de outras afecções gastrintestinais, foi avaliada e definida por respostas negativas a todas as questões de um inventário de sintomas digestivos e intestinais, previamente elaborado e utilizado em outro estudo (TRONCON et al., 2001) (ANEXO A).

Adotou-se como critério de exclusão geral, tanto para o grupo de casos, como para os grupos de controle, a condição de ser gestante ou a recusa em participar na pesquisa. Foram também excluídos deste estudo os sujeitos com diagnósticos psiquiátricos de transtorno de personalidade, de quadros psicóticos orgânico-cerebrais ou funcionais e de depressão maior ou moderada; porém, foram aceitos casos de depressão leve e transtorno de ansiedade. Estes diagnósticos foram estabelecidos a partir dos relatos de tratamento prévio, registrados no prontuário ou detectados durante a avaliação dos sujeitos. Seguindo este critério, os sujeitos incluídos neste estudo que haviam realizado tratamento psiquiátrico prévio foram: 9 pacientes (36%) do grupo com DC, 7 (28%) do grupo com RCUI, 4 (16%) do grupo controle doente e 4 (16%) do grupo controle saudável.

3.4 – Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram:

3.4.1 - Questionário de informações gerais: construído para obtenção de informações sobre as características demográficas, como gênero, idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação; sobre as condições clínicas: presença de doença crônica, diagnóstico, medicamentos utilizados e sobre antecedentes psiquiátricos: tratamentos prévios. Este questionário foi preenchido pela pesquisadora com informações fornecidas diretamente pelos participantes (APÊNDICE A);

3.4.2 - Inventário de informações clínicas dos sujeitos com doença inflamatória intestinal: construído para obtenção de informações sobre as condições clínicas consideradas relevantes para a análise do estágio e da gravidade da doença. Os itens deste instrumento incluem questões sobre a localização e a extensão da doença, a forma de apresentação da condição inflamatória, doença em atividade ou remissão, cirurgias prévias devido à DII, ano do início do acompanhamento, ano do diagnóstico, número de internações devido à doença, manifestações extra-intestinais ou presença de outras doenças crônicas. Este inventário foi preenchido pela pesquisadora com informações coletadas dos prontuários médicos dos sujeitos avaliados (APÊNDICE B);

3.4.3 - Inventário de informações clínicas dos sujeitos com afecções digestivas variadas: construído para obtenção de informações sobre as condições clínicas consideradas relevantes para a avaliação das doenças, de modo semelhante ao dos grupos de casos, no que se refere ao estágio e a gravidade da doença. Os itens referem-se a presença de sintomas ativos, ou seja, paciente com recidiva de sintomas ou manutenção de queixas médicas, no período em que foi incluído neste estudo, cirurgias prévias devido a doença digestiva, ano do

diagnóstico, número de internações devido à doença e presença de outras doenças crônicas. Este instrumento foi preenchido pela pesquisadora com informações coletadas dos prontuários médicos dos sujeitos avaliados (APÊNDICE C);

3.4.4 - Escala de eventos vitais: trata-se de uma lista composta por 26 eventos considerados significativos, que é apresentada ao sujeito, solicitando-se que indique se experimentou no último ano (a contar do mês do início da avaliação), qualquer um dos acontecimentos apontados. Foi adaptada para a população brasileira por SAVÓIA (1995) a partir da Escala de Avaliação de Reajustamento Social (HOLMES e RAHE, 1967) e do método de Painel de Brown de 1974, conforme SAVÓIA (1999). Nesta adaptação, foram feitas modificações quanto à ordem e quanto ao número de itens, pois alguns itens foram suprimidos e outros agrupados (ANEXO B).

Na escala de eventos vitais, cada um dos 26 acontecimentos listados são agrupados em seis categorias, tendo em vista a fonte de estresse (SAVÓIA, 1995). As categorias são: trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças. No Quadro 1, estão apresentados as categorias e seus respectivos itens.

Categorias	Itens do inventário
Trabalho	<i>Mudança no trabalho (favorável ou desfavorável)</i> <i>Dificuldades com a chefia</i> <i>Perda do emprego</i> <i>Reconhecimento profissional</i>
Perda de suporte social	<i>Morte de alguém da família</i> <i>Morte de um amigo</i> <i>Morte do cônjuge</i>
Família	<i>Doença na família</i> <i>Separação</i> <i>Casamento</i> <i>Gravidez</i> <i>Nascimento na família</i> <i>Reconciliação matrimonial</i>
Mudanças no ambiente	<i>Mudança de escola</i> <i>Mudança de casa</i> <i>Mudança no número de pessoas morando na casa</i>
Dificuldades pessoais	<i>Problemas de saúde</i> <i>Mudança de hábitos pessoais</i> <i>Mudança de atividades sociais</i> <i>Mudança de atividades recreativas</i> <i>Mudança de atividades religiosas</i> <i>Acidentes</i> <i>Dificuldades sexuais</i> <i>Aposentadoria</i>
Finanças	<i>Perdas financeiras</i> <i>Dívidas</i>

Quadro 1 – Categorias da escala de eventos vitais e itens correspondentes (SAVÓIA, 1995).

3.4.5 - Inventário de estratégias de enfrentamento (*coping*) de FOLKMAN e LAZARUS (1985), adaptado para o Brasil por SAVÓIA, SANTANA e MEJÍAS (1996). Trata-se de um instrumento de avaliação psicológica, que classifica as estratégias de enfrentamento utilizadas diante de situações de estresse. Apresenta-se em forma de lista, sendo composto por 66 itens relativos a pensamentos ou ações que as pessoas podem utilizar para responder às demandas internas e externas, provocadas por um evento estressante específico. Para o preenchimento deste inventário, o indivíduo deve referir-se uma situação específica relevante em sua vida que constitua motivo de preocupação e estresse. A partir disto, deve indicar, dentro dos itens que constam no inventário, as estratégias que utilizou para lidar com o evento selecionado. Para cada item, o sujeito responde sobre a utilização da estratégia selecionada, mediante uma escala de quatro pontos, variando de 0 – zero – “não usei esta estratégia”, 1 – “usei um pouco”, 2 – “usei bastante” e 3 – “usei em grande quantidade”.

O instrumento foi construído e validado (FOLKMAN e LAZARUS, 1985) considerando os critérios metodológicos e técnicos de boa confiabilidade e aceitabilidade. Para a validação do inventário de estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus para a língua portuguesa, SAVÓIA et al. (1996) traduziram e verificaram a adequação da tradução, bem como testaram a confiabilidade e a validade do instrumento com sujeitos brasileiros. Os resultados apresentaram correspondência de linguagem, concordância entre as respostas dos sujeitos em situação de teste-reteste, consistência interna dos fatores que compõem cada estratégia e análise fatorial semelhantes ao original em inglês, o que torna o inventário apropriado para a sua utilização no Brasil (ANEXO C).

3.5 - Estudo preliminar

Para a definição da metodologia utilizada, foram realizados testes preliminares com os instrumentos selecionados para este estudo. O Questionário de Informações Gerais e sua associação com os demais instrumentos da avaliação foi testado previamente em 6 sujeitos, sendo 3 sujeitos com diagnóstico de doença de Crohn, 2 sujeitos com diagnóstico de RCUI e um sujeito com diagnóstico de pancreatite, com o objetivo de melhor adequar as condições de aplicação e linguagem da avaliação. Verificou-se que os sujeitos avaliados apresentaram dificuldades em entender o conteúdo dos dois instrumentos de avaliação auto-aplicados, ora devido a pouca escolaridade, ora pela quantidade de itens e, em alguns casos, pela ansiedade provocada pela própria situação de avaliação. Assim, decidiu-se que a pesquisadora faria a leitura de todo o material da avaliação, com o objetivo de favorecer a compreensão, a uniformidade da aplicação e o tempo da avaliação. Procurou-se realizar a leitura de forma neutra e padronizada, com o objetivo de não interferir nas respostas dos sujeitos.

3.6 – Procedimentos

3.6.1 – Aspectos Éticos

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, em sua 175ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de Março de 2004, sendo enquadrado na categoria APROVADO, de acordo com o Processo HCRP nº. 2311/2004 (ANEXO D).

3.6.2 – Coleta de dados

As avaliações foram realizadas pela pesquisadora em uma única sessão individual para cada sujeito, nas dependências dos Ambulatórios da Divisão de Gastroenterologia do HC-FMRP-USP, em entrevista com duração variável, entre 40 e 60 minutos. As atividades foram realizadas em sala de atendimento ambulatorial, pertencente aos próprios serviços, sendo possível oferecer conforto e privacidade aos participantes.

Para a seleção dos sujeitos deste estudo, a pesquisadora examinava semanalmente, os conjuntos de prontuários médicos separados por tipo de atendimento, identificando os sujeitos que poderiam se adequar aos critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa. A partir desta prévia seleção, os pacientes que compareciam ao serviço, eram chamados em ordem inversa à do horário de comparecimento.

Para o grupo de acompanhantes, a pesquisadora selecionava os nomes dos pacientes a serem atendidos, verificava quais dos pacientes estavam com acompanhantes e quais destes se enquadravam nos critérios de inclusão.

Inicialmente, os sujeitos foram questionados sobre a possibilidade de participar da pesquisa, os que concordavam em participar eram encaminhados a sala de avaliação.

No caso dos acompanhantes, antes mesmo de se iniciar a avaliação, era verificado o critério de inclusão sobre a ausência de sintomas gastrintestinais, pela aplicação do inventário de sintomas digestivos e intestinais (TRONCON et al., 2001). (ANEXO A)

Para dar início à avaliação, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos necessários para o estudo, bem como a condição voluntária de participação. Isto era feito através da leitura, em voz alta, realizada pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado a partir da Resolução 196/96

item IV (APÊNDICES D e E). Todos os participantes possuíam uma cópia do TCLE para acompanhar o pesquisador e levar consigo como forma de registro da sua participação no estudo. Após a assinatura do TCLE, foi preenchido o questionário de informações gerais (APÊNDICE A), seguido pela aplicação da escala de eventos vitais (ANEXO B) e do inventário de estratégias de enfrentamento (*coping*) de Folkman e Lazarus (ANEXO C).

Antes de iniciar a leitura do inventário de estratégias de enfrentamento, os participantes receberam uma cópia das orientações (APÊNDICES F e G) e do inventário. Em seguida, a pesquisadora iniciava a leitura das orientações sobre o instrumento e, mediante a confirmação de entendimento da tarefa por parte dos participantes, prosseguia-se com a leitura dos itens do instrumento. O indivíduo deveria escolher a pontuação de cada item que mais se adequava à maneira como enfrentou a situação de doença relatada.

Em todas as avaliações atentou-se para o comportamento da pesquisadora de modo que esta não influenciasse o paciente na escolha de suas respostas. Assim, a pesquisadora seguiu as orientações para o preenchimento dos instrumentos de forma padronizada como descrito acima, os itens foram lidos de maneira pausada, evitando-se sinônimos, discussões a respeito do conteúdo das questões, bem como da escala de respostas. Em casos de dúvidas, a pesquisadora lia a questão quantas vezes fossem necessárias. Não ocorreram casos de recusa de respostas.

Após as entrevistas com os pacientes, seus prontuários foram examinados para a coleta das informações clínicas.

3.6.3 – Análise dos Dados

Todos os dados coletados foram registrados, codificados e analisados em um banco de dados desenvolvido especificamente para este estudo, a partir do programa estatístico Epi-Info, versão 6, de domínio público (<http://www.cdc.gov/epiinfo>). Para assegurar que não ocorressem erros de digitação, a cada cinco sujeitos incluídos no banco de dados, a pesquisadora conferia todos os dados e, se necessário, realizava as devidas correções.

3.6.3.1 – Dados demográficos e clínicos

Para as análises estatísticas os dados foram codificados conforme a descrição a seguir.

Com relação aos dados demográficos, a *idade* foi categorizada em 4 faixas etárias: de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 e maior ou igual a 50 anos. A *escolaridade* foi categorizada de acordo com o grau de ensino: 1º Grau completo ou incompleto, 2º Grau completo ou incompleto e 3º Grau completo ou incompleto. A *situação conjugal* foi categorizada em solteiro (a), casado (a), viúvo (a), separado (a) e amasiado (a).

Quanto aos dados clínicos, o diagnóstico principal e as características clínicas dos sujeitos dos grupos com DC, RCUI e CD foram preenchidas, de acordo com as anotações nos respectivos prontuários médicos, considerando-se, assim, os diagnósticos e as condições clínicas registradas pela equipe médica, com base no quadro clínico e nos resultados de exames endoscópico, radiológico, histológico e testes laboratoriais de cada caso.

Para o item *ano do diagnóstico* considerou-se a data registrada pelo profissional médico no prontuário do paciente, com base no histórico de doença relatado pelo próprio paciente, no dia da primeira consulta do paciente no serviço de Gastroenterologia. Quando o diagnóstico foi feito no HC-FMRP-USP, considerou-se a data em que foi registrado pela primeira vez no prontuário médico. Esta variável foi utilizada para aferir o tempo de doença dos pacientes dos vários grupos.

No caso dos portadores de DII, a *extensão* e a *localização* na DC foram classificadas como (LOUIS et al., 2001):

- 1) “íleo” - doença limitada ao íleo terminal (terço inferior do delgado), com ou sem envolvimento cecal;
- 2) “íleo-cólon” - doença no íleo terminal com ou sem envolvimento cecal, mais localização adicional entre o cólon ascendente e o reto;
- 3) “cólon” – doença localizada em qualquer segmento entre o ceco e o reto, sem envolvimento do intestino delgado ou do trato gastrointestinal (TGI) superior;
- 4) “outros” - outras localizações da doença, particularmente no jejuno e no íleo proximal.

Em relação à *forma evolutiva* os portadores de DC foram classificados como (LOUIS et al., 2001):

- 1) “inflamatória” - doença inflamatória, sem complicações como fístulas, abscesso e obstrução;
- 2) “estenosante” - presença de sintomas ou sinais de obstrução ou sub-oclusão intestinal, com estenose demonstrada por exame radiológico, por endoscopia ou por cirurgia, na ausência de fístulas;
- 3) “penetrante” - presença de fístulas intra-abdominais, fístulas ou úlceras perianais, massas abdominais, abscessos, em qualquer momento na evolução da doença, excluindo-se as complicações pós-operatórias.

Para a classificação da *extensão* e da *localização* da doença, no caso dos portadores de RCUI, foram utilizadas as seguintes categorias (FARMER, 1987):

- 1) “proctite”, inflamação da mucosa retal até 15 cm da linha denteada;
- 2) “retossigmoidite”, inflamação da mucosa até 25-30 cm da linha denteada;
- 3) “colite esquerda”, inflamação da mucosa até a flexura esplênica (eventualmente, até o cólon transversal distal);
- 4) “colite extensa”, inflamação da mucosa, estendendo-se, retrogradamente, desde o reto até o cólon transversal proximal, ou segmentos mais proximais, até a válvula ileocecal.

Em relação à *forma evolutiva* os portadores de RCUI, os pacientes foram classificados como (STONNINGTON et al., 1987):

- 1) “leve/transitória” – quadros de remissão da doença, sem necessidade de hospitalização ou transfusão;
- 2) “moderada” - quadros mais complexos, com necessidade de transfusão sanguínea ou de duas ou mais internações, durante o período de acompanhamento;
- 3) “grave” – quadros graves, com necessidade de procedimento cirúrgico (proctocolectomia total), diagnóstico de megacólon tóxico ou, ainda, óbito devido à doença.

As informações que permitiram esta classificação vieram dos registros nos prontuários e quando ausentes, da revisão de exames endoscópicos, radiográficos ou de descrição de operações prévias.

A condição da doença no momento da avaliação foi classificada em: 1) doença em atividade ou 2) doença em remissão. Para esta classificação, tanto no caso dos portadores da DC, como para os portadores da RCUI, recorreu-se novamente às anotações médicas registradas no prontuário. Para os casos onde esta informação não estava explicitamente registrada no prontuário, foi realizada análise das anotações médicas sobre o quadro clínico do paciente e sobre a conduta terapêutica adotada no momento da avaliação deste estudo.

Estas avaliações dos prontuários médicos foram realizadas juntamente com profissional médico competente para avaliar cada caso.

Nos portadores de afecções digestivas variadas, para verificação da presença de sintomas ativos ou em remissão dos quadros digestivo, procedeu-se novamente a consulta aos prontuários médicos, onde foram consideradas as anotações médicas das condições clínicas gerais do sujeito, no período em que o mesmo fora incluído neste estudo. Para classificação em sintomas ativos, foram consideradas as anotações sobre presença, manutenção, piora ou recidiva dos sintomas próprios da condição de base apresentada. Para a classificação dos sintomas em menos ativos ou em remissão, foram consideradas as anotações do prontuário que descreviam que o paciente referia estar bem, assintomático ou com os sintomas controlados.

3.6.3.2 – Estresse e enfrentamento

Para a análise dos resultados, da escala de eventos vitais, utilizou-se a Escala de Reajustamento Social de HOLMES e RAHE (1967) modificada, com as adaptações de SAVÓIA (1995), que consiste na adequação de linguagem, ajustamento e agrupamento de itens e exclusão de itens não condizentes com a população brasileira. Porém, decidiu-se incluir cinco itens da escala original, com as respectivas pontuações, uma vez que se consideraram serem eles relevantes para este estudo. Foram eles: “mudança da frequência de brigas com cônjuge”, “dificuldades com a polícia”, “cônjuge começou ou parou de trabalhar”, “começo ou abandono dos estudos”, “Natal”.

A pontuação utilizada neste estudo para os itens da escala de eventos vitais, foi a pontuação utilizada por HOLMES e RAHE (1967), considerando-se, para os itens que foram agrupados, a maior pontuação destes. Esta pontuação está apresentada no Quadro 2.

Pontuação utilizada por HOLMES e RAHE (1967)		Pontuação utilizada no presente estudo	
Divórcio	73	Separação/ divórcio	73
Separação do casal	65		
Saída do filho de casa	29	Acréscimo ou diminuição	29
Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25	de pessoas morando na casa	
Mudança no trabalho	39	Mudança no trabalho	39
Mudança na linha de trabalho	36	(favorável ou desfavorável)	
Mudança de responsabilidade no trabalho	29		
Mudança no horário de trabalho	20		
Mudança na condição financeira	38	Perdas financeiras	38
Compra de casa de valor alto	31	Dívidas	31
Término de pagamento de empréstimo	30		
Compra a crédito de valor médio	16		
Mudança de hábitos pessoais	24	Mudança de hábitos	24
Mudança de hábitos de dormir	15	pessoais	
Mudança nos hábitos de alimentação	13		
Mudança de atividades recreativas	19	Mudança de atividades	19
Férias	12	recreativas	
Mudança de atividades sociais	17	Mudança de atividades	17
Mudança da frequência de reuniões familiares	15	sociais	

Quadro 2 – Pontuação dos itens agrupados da escala de eventos vitais utilizadas neste estudo.

Os demais itens da escala de eventos vitais correspondiam integralmente aos itens da escala original de HOLMES e RAHE (1967) e, portanto, foram consideradas as pontuações também originais (ANEXO E).

Para a avaliação de estresse considerou-se o conjunto de itens da escala. Cada item da escala recebeu a pontuação já assinalada e a soma das pontuações dos itens marcados pelos sujeitos foi computada de modo a estimar o nível de estresse, a saber: de 150 a 199 pontos corresponde a uma condição de estresse moderado, pontuações de 200 a 299 correspondem ao estresse médio e pontuações maiores que 300 correspondem ao estresse intenso (HOLMES e RAHE, 1967).

Com o objetivo de facilitar a análise dos dados, optou-se neste estudo, por trabalhar apenas com duas categorias de estresse, o que se deu através da união das categorias de estresse leve e moderado em uma única categoria e manteve-se “estresse intenso” em outra categoria.

Para o inventário de estratégias de enfrentamento (*coping*) de FOLKMAN E LAZARUS (1985), adaptado para o Brasil por SAVÓIA et al. (1996), os 66 itens foram agrupados em oito diferentes fatores que correspondem às diferentes estratégias de enfrentamento (MOOS & BILLINGS, 1986; LAZARUS, 1991; SAVÓIA, 2000). Cada fator, a respectiva estratégia de enfrentamento e sua descrição estão no Quadro 3.

Fator	Estratégias de enfrentamento	Descrição
1	Confronto	Esforços agressivos de alteração da situação sugerem certo grau de hostilidade e de risco.
2	Afastamento	Esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
3	Auto-controle	Esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.
4	Suporte social	Esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.
5	Aceitação de responsabilidade	Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.
6	Fuga/esquiva	Esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta estratégia contrastam com os da estratégia de “afastamento”, que sugerem distanciamento.
7	Resolução de problemas	Esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação. Associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
8	Reavaliação positiva	Esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

Quadro 3 – Descrição dos fatores e estratégias de enfrentamento (FOLKMAN e LAZARUS, 1988).

Durante a aplicação do inventário, alguns sujeitos apresentaram dificuldade de compreensão em alguns itens. Isto levou a pesquisadora a realizar acréscimo de palavras ou frases nos referidos itens, sem alterar o conteúdo da informação, sendo apenas ajustes quanto à adequação da linguagem. Procurou-se utilizar vocabulário mais informal, visando o melhor entendimento dos sujeitos. Cuidou-se, neste ponto, para que os acréscimos fossem aplicados a todos os sujeitos com dificuldade de compreensão, sempre da mesma forma.

Os itens do inventário que compõem as estratégias de enfrentamento, bem como os acréscimos necessários citados acima, são apresentados no Quadro 4.

FATOR	ITENS
1- Confronto	<i>Descontei minha raiva em outras pessoas</i> <i>Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema</i> <i>Procurei fugir das pessoas em geral</i> <i>Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado</i> <i>* Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias (o médico)</i> <i>De alguma forma, extravasei meus sentimentos</i>
2- Afastamento	<i>Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre a situação</i> <i>Fiz como se nada tivesse acontecido</i> <i>Minimizei a situação, recusando a me preocupar seriamente com ela</i> <i>* Procurei a situação desagradável. Envolvi-me em brigas e confusão</i> <i>Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa</i> <i>Dormi mais que o normal</i> <i>* Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções, tentei não fazer nada radical.</i>
3- Autocontrole	<i>Procurei encontrar o lado bom da situação</i> <i>Procurei guardar para mim mesmo (a) meus sentimentos</i> <i>Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação</i> <i>Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo</i> <i>* Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir meu primeiro impulso, não agir pelo impulso</i>
4- Suporte social	<i>Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos</i> <i>Falei com alguém sobre como estava me sentindo</i> <i>Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação</i> <i>Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema</i> <i>Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas</i> <i>Procurei ajuda profissional</i>
5- Aceitação da responsabilidade	<i>Prometi a mim mesmo (a) que as coisas serão diferentes da próxima vez</i> <i>* Critiquei-me, repreendi-me. Fiquei bravo comigo mesmo</i> <i>Encontrei algumas soluções diferentes para o problema</i> <i>Compreendi que o problema foi provocado por mim</i> <i>Busquei nas experiências passadas uma situação similar</i> <i>* Desculpei alguém ou fiz alguma coisa para reparar situações pendentes</i> <i>Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer</i>
6- Fuga esquiva	<i>Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse</i> <i>Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam</i>
7- Resolução de problemas	<i>Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário</i> <i>* Fiz um plano de ação e o segui, um plano sobre o que deveria fazer</i> <i>Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria</i> <i>Concentrei-me no que deveria ser feito para, em seguida, no próximo passo</i>
8-Reavaliação positiva	<i>Redescobri o que é importante na vida</i> <i>Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma</i> <i>Rezei</i> <i>Saí da experiência melhor do que eu esperava</i> <i>Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final</i> <i>* Inspirou-me a fazer algo criativo, diferente.</i> <i>Encontrei novas crenças</i> <i>Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo</i> <i>Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva</i>

Quadro 4 - Fatores representativos do inventário de enfrentamento e os itens correspondentes (SAVÓIA, 1995).

* Itens onde foi necessário acrescentar mais informação, para melhor compreensão dos sujeitos deste estudo.

Para cada item do inventário, o sujeito deve escolher de acordo com sua própria avaliação, a pontuação mais adequada para sua resposta, dentro de uma escala que varia de 0 – zero – “não usei esta estratégia”, 1 – “usei um pouco”, 2 – “usei bastante” a 3 – “usei em grande quantidade”.

Para aferir os resultados, o método utilizado foi das pontuações absolutas (FOLKMAN e LAZARUS, 1988), que correspondem à somatória das respostas aos itens componentes de cada fator correspondente a uma determinada estratégia de enfrentamento; a partir disto, classifica-se esta somatória, de acordo com a pontuação mínima e máxima possível já estabelecida, para cada estratégia, no que diz respeito ao seu uso (SAVÓIA, 1995). (ANEXO F).

Com essa classificação foi possível identificar as estratégias mais e menos utilizadas pelos indivíduos diante da situação de estresse, neste caso específico, definida como a situação de adoecimento. Para a exposição dos resultados neste trabalho, agruparam-se as categorias e considerou-se o conjunto de “utiliza grande parte das vezes” e “utiliza quase sempre” como representando o uso freqüente das correspondentes estratégias.

3.6.3.3 – Tratamento dos dados e análise estatística

Os quatro grupos foram comparados entre si em pares: DC e RCUI, DC e CD, DC e CS, RCUI e CD, RCUI e CS, CD e CS, quanto as variáveis psicológicas, demográficas e clínicas. As diferenças entre os grupos de pacientes com DII (DC e RCUI), entre si, e entre cada um deles e os grupos controles (CD e CS), quanto às proporções de casos com estresse intenso ou com uso mais freqüente das várias estratégias de enfrentamento, foram analisadas

utilizando-se o teste Qui-quadrado. Este mesmo teste foi empregado na análise de possíveis associações entre as variáveis psicológicas (estresse e estratégias de enfrentamento) e as de natureza demográficas ou clínicas. Em todos os casos, consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças associadas a valores de p iguais ou inferiores a 0,05.

4 – RESULTADOS

4.1 – Caracterização da amostra

4.1.1 – Caracterização sócio-demográfica

As características demográficas dos sujeitos do estudo estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização demográfica dos participantes com DII (DC e RCUI) e sem DII (CD e CS). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes de cada grupo e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Todos os grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Variáveis		DC	RCUI	CD	CS
Idade					
(anos)	20 – 29	10 (40)	6 (24)	4 (16)	8 (32)
	30 – 39	6 (24)	7 (28)	10 (40)	7 (28)
	40 – 49	7 (28)	8 (32)	7 (28)	6 (24)
	≥ 50	2 (8)	4 (16)	4 (16)	4 (16)
Sexo					
	Masculino	12 (48)	16 (64)	13 (52)	11 (44)
	Feminino	13 (52)	9 (36)	12 (48)	14 (56)
Escolaridade					
	1º grau incompleto	10 (40)	11 (44)	11 (44)	8 (32)
	1º grau completo	2 (8)	5 (20)	6 (24)	3 (12)
	2º grau incompleto	2 (8)	1 (4)	2 (8)	4 (16)
	2º grau completo	2 (8)	6 (24)	5 (20)	8 (32)
	3º grau incompleto	7 (28)	2 (8)	1 (4)	1 (4)
	3º grau completo	2 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
Estado Civil					
	Solteiro	8 (32)	8 (32)	6 (24)	3 (12)
	Casado	15 (60)	15 (60)	13 (52)	20 (80)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática, CD: controle doente - pacientes portadores de afecções digestivas variadas e CS: controle saudável - acompanhantes saudáveis de pacientes.

Os resultados referentes à idade mostraram predomínio de sujeitos um pouco mais jovens nos grupos de casos – DC e RCUI, sendo que, no grupo com DC a idade variou de 20 a 53 anos, com mediana de 33 anos. No grupo com RCUI a idade variou de 20 a 57 anos, mediana de 37 anos. No grupo de controles doentes a idade variou de 24 a 55 anos, mediana de 38 anos e no grupo de controles saudáveis a idade variou de 23 a 64 anos, mediana igual a 35 anos.

Com relação ao sexo, ocorreu predomínio do sexo masculino nos grupos com RCUI e controle doente (64% e 52%, respectivamente) e predomínio do sexo feminino nos grupos com DC e controle saudável (52% e 56%, respectivamente).

Quanto à escolaridade, em todos os grupos ocorreu a predominância do ensino fundamental incompleto. Destaque-se, porém, que no grupo com DC ocorreu porcentagem expressiva (28%) de sujeitos com ensino superior incompleto, a maior entre os grupos, com mediana igual a 9 anos de escolaridade. Nos grupos com RCUI e controle doente, a mediana foi de 8 anos de escolaridade e no grupo de controles saudáveis a mediana foi igual a 10 anos de escolaridade.

Em relação ao estado civil, ocorreu predominância, em todos os grupos, da condição casados(as), sendo possível observar porcentagem maior desta condição no grupo de controles saudáveis. No grupo CD ainda pode-se observar que 12% dos sujeitos estavam separados e 12% estavam amasiados.

4.1.2 – Caracterização clínica

Os dados referentes às variáveis de natureza clínica dos integrantes dos grupos com diagnóstico de DII são apresentados na Tabela 3. Nos grupos com DC e RCUI, o tempo de doença variou de menos de um ano a 16 anos, com mediana de 7 anos na DC e de 5 anos na RCUI.

Tabela 3 – Caracterização da variável clínica tempo de doença nos participantes com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes de cada grupo e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Variáveis	DC (n = 25)	RCUI (n = 25)
Tempo de doença		
≤ 5 anos	10 (40)	13 (52)
> 5 anos	15 (60)	12 (48)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Em relação à condição clínica dos sujeitos, no momento da inclusão no estudo, os dados apresentados na Tabela 4, mostram que a maioria dos portadores de DII estava em remissão.

Tabela 4 – Caracterização da condição clínica dos participantes com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes de cada grupo e, entre parênteses, às correspondentes percentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Condição clínica	DC (n = 25)	RCUI (n = 25)
Atividade	5 (20)	7 (28)
Remissão	20 (80)	18 (72)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Os dados sobre a localização, a extensão e a forma de expressão da doença dos portadores de DII são apresentados nos Gráficos 1 a 4.

Nos pacientes com DC, ocorreu o predomínio da localização íleo-colônica (Gráfico 1) e forma de apresentação estenosante (Gráfico 2). Nos pacientes com RCUI ocorreu o predomínio da colite extensa (Gráfico 3) e da forma leve/transitória (Gráfico 4).

Gráfico 1– Distribuição percentual dos casos com DC (n =25) quanto à localização e à extensão das lesões. Outros: duodeno distal e jejuno proximal.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos com DC (n = 25) quanto à forma de apresentação da doença.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos casos com RCUI (n = 25) quanto à localização e à extensão das lesões.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos casos com RCUI (n = 25) quanto à forma de apresentação da doença.

4.2 – Estresse

O Gráfico 5 mostra que a maioria dos sujeitos dos quatro grupos encontrava-se sob situação de estresse intenso, independente do tipo de condição e da presença ou ausência de doença crônica. Ressalta-se que as maiores porcentagens de casos com estresse intenso foram encontradas nos grupos controles, tanto no doente (CD) como no saudável (CS). Porém, as diferenças entre os grupos, quanto à proporção de casos com estresse intenso, não atingiram significância estatística, quando comparados par a par.

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos grupos quanto à intensidade do estresse. Os grupos foram compostos por 25 sujeitos cada. DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática, CD: pacientes portadores de afecções digestivas variadas e CS: acompanhantes saudáveis.

Os eventos vitais mais ocorridos, no último ano na vida dos sujeitos, foram, segundo os dados apresentados na Tabela 5, “mudanças no trabalho” em todos os grupos na categoria “Trabalho”, “morte de alguém da família” em todos os grupos e “morte de um amigo” apenas no grupo CS, na categoria Suporte social; “doença na família” em todos os grupos, porém com número maior de ocorrência no grupo CS, na categoria Família.

Na categoria “Mudança no ambiente”, a maior ocorrência foi do evento “mudança no número de pessoas morando na casa” em todos os grupos. Na categoria “Dificuldades pessoais”, a maior ocorrência foi dos eventos “problemas de saúde” e “mudança de hábitos pessoais” nos grupos com DII e CD, e “mudança de atividades recreativas” em todos os grupos. Para a categoria “Finanças”, o evento mais ocorrido foi “dívidas”, em todos os grupos, com um aumento deste evento no grupo CS.

A maioria dos eventos que apresentaram relação estatística significativa, por meio da comparação par a par entre os grupos, ocorreu na comparação dos demais grupos com o grupo CS, com exceção apenas para o evento “dívidas”, que apresentou relação significativa também em relação ao grupo CD.

Tabela 5 - Eventos vitais que ocorreram na vida dos sujeitos no último ano. Os dados apresentados correspondem às frequências e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Todos os grupos foram compostos por 25 sujeitos.

CATEGORIAS	EVENTOS	DC	RCUI	CD	CS
Trabalho	<i>Mudança no trabalho</i>	11 (44)	10 (40)	11 (44)	11 (44)
	<i>Dificuldades com a chefia</i>	2 (8)	3 (12)	2 (8)	1 (4)
	<i>Perda do emprego</i>	4 (16)	4 (16)	6 (24)	5 (20)
	<i>Reconhecimento profissional</i>	5 (20)	8 (32)	7 (28)	10 (40)
Suporte social	<i>Morte de alguém da família</i>	10 (40)	11 (44)	10 (40)	10 (40)
	<i>Morte de um amigo</i>	4 (16)	8 (32)	6 (24)	10 (40)
	<i>Morte do cônjuge</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Família	<i>Doença na família</i>	12 (48)	12 (48)	13 (52)	16 (64)
	<i>Separação</i>	4 (16) ⁽¹⁾	1 (4)	2 (8)	0 (0)
	<i>Casamento</i>	2 (8)	1 (4)	4 (16)	2 (8)
	<i>Gravidez</i>	7 (28)	11 (44)	6 (24)	8 (32)
	<i>Nascimento na família</i>	5 (20)	7 (28)	3 (12)	5 (20)
	<i>Reconciliação matrimonial</i>	0 (0)	0 (0)	2 (8)	0 (0)
Mudanças no ambiente	<i>Mudança de escola</i>	2 (8)	0 (0)	1 (4)	2 (8)
	<i>Mudança de casa</i>	7 (28)	6 (24)	7 (28)	7 (28)
	<i>Mudança no número de pessoas na casa</i>	10 (40)	8 (32)	9 (36)	11 (44)
Dificuldades pessoais	<i>Problemas de saúde</i>	13 (52) ⁽²⁾	14(56) ⁽⁴⁾	14(56) ⁽⁸⁾	6 (24)
	<i>Mudança de hábitos pessoais</i>	12 (48)	13 (52)	14(56) ⁽⁹⁾	8 (32)
	<i>Mudança de atividades sociais</i>	9 (36) ⁽³⁾	8 (32) ⁽⁵⁾	11(44) ⁽¹⁰⁾	3 (12)
	<i>Mudança de atividades recreativas</i>	11 (44)	10 (40)	12 (48)	10 (40)
	<i>Mudança de atividades religiosas</i>	6 (24)	6 (24)	3 (12)	4 (16)
	<i>Acidentes</i>	3 (12)	6 (24) ⁽⁶⁾	4 (16)	1 (4)
	<i>Dificuldades sexuais</i>	7 (28)	6 (24)	5 (20)	4 (16)
	<i>Aposentadoria</i>	2 (8)	2 (8)	2 (8)	0 (0)
Finanças	<i>Perdas financeiras</i>	8 (32)	9 (36)	9 (36)	7 (28)
	<i>Dívidas</i>	9 (36)	12(48) ⁽⁷⁾	5 (20) ⁽¹¹⁾	14 (56)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática, CD: pacientes portadores de afecções digestivas variadas e CS: acompanhantes saudáveis.

Teste estatístico: Qui-quadrado - (1) $p = 0,02$ vs CS; (2) $p = 0,03$ vs CS; (3) $p = 0,02$ vs CS; (4) $p = 0,01$ vs CS; (5) $p = 0,05$ vs CS; (6) $p = 0,02$ vs CS; (7) $p = 0,02$ vs CD; (8) $p = 0,01$ vs CS; (9) $p = 0,04$ vs CS ; (10) $p = 0,007$ vs CS; (11) $p = 0,005$ vs CS.

4.2.1 – Relação entre estresse e variáveis demográficas e clínicas

Na Tabela 6, estão apresentados os dados correspondentes à relação entre a variável demográfica faixa etária e a intensidade de estresse nos grupos com DII. Tais dados mostraram que há associação, com significância estatística, entre a idade e o estresse nos portadores de DC, uma vez que maior proporção dos indivíduos com mais de 40 anos estão em estresse intenso. Isto não se verificou nos portadores de RCUI, em que as proporções de casos com estresse intenso em um ou outro dos subgrupos foram semelhantes. Quanto às demais variáveis demográficas (sexo, escolaridade e estado civil), não houve diferenças estatisticamente significativas entre as proporções de casos com e sem estresse intenso.

Tabela 6 – Dados da relação entre faixa etária e estresse nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estresse	Faixa etária			
	DC		RCUI	
	Abaixo de 40	Acima de 40	Abaixo de 40	Acima de 40
Leve/Moderado	8 (50)	1 (11,1)	4 (30,8)	4 (33,3)
Intenso	8 (50)	8 (88,9)*	9 (69,2)	8 (66,7)
TOTAL	16 (100)	9 (100)	13 (100)	12 (100)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Teste estatístico: Qui-quadrado - * $p \leq 0,05$

Os dados relativos à associação entre estresse e condição clínica dos sujeitos dos grupos com DII estão apresentados nos Gráficos 6 e 7. Estes dados indicam que, nos casos de DC, a maioria dos sujeitos apresentou estresse intenso, independente da condição clínica. Já nos casos de RCUI, houve associação estatisticamente significativa entre atividade da doença e ocorrência de estresse intenso.

Gráfico 6 – Associação entre estresse e condição clínica: distribuição percentual dos sujeitos com DC (n = 25) em atividade ou remissão nas duas categorias de intensidade do estresse.

Gráfico 7 – Associação entre estresse e condição clínica: distribuição percentual dos sujeitos com RCUI (n = 25) em atividade ou remissão nas duas categorias de intensidade do estresse.
* $p = 0,05$

4.3 – Estratégias de enfrentamento

Os dados sobre as estratégias de enfrentamento mais utilizadas nos quatro grupos estudados, a partir das pontuações absolutas, estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Estratégias de enfrentamento mais empregadas pelos sujeitos dos vários grupos. Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Todos os grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	DC	RCUI	CD	CS
Confronto	10 (40) ⁽¹⁾	10 (40) ⁽⁴⁾	3 (12)	8 (32)
Afastamento	16 (64) ⁽²⁾	9 (36) ⁽⁵⁾	11 (44)	15 (60)
Autocontrole	23 (92)	19 (76)	21 (84)	22 (88)
Suporte social	23 (92)	24 (96)	22 (88)	21 (84)
Aceitação de responsabilidade	14 (56)	19 (76)	14 (56)	17 (68)
Fuga/esquiva	23 (92)	24 (96) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	20 (80)	19 (76)
Resolução de problemas	24 (96) ⁽³⁾	20 (80)	21 (84)	21 (84)
Reavaliação positiva	24 (96)	22 (88)	21 (84)	23 (92)

DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática, CD: pacientes portadores de afecções digestivas variadas e CS: acompanhantes saudáveis.

Teste estatístico: Qui-quadrado - (1) $p = 0,01$ vs CD; (2) $p = 0,02$ vs RCUI; (3) $p = 0,05$ vs RCUI; (4) $p = 0,01$ vs CD; (5) $p = 0,05$ vs CS; (6) $p = 0,05$ vs CD; (7) $p = 0,02$ vs CS.

Na comparação entre os grupos de sujeitos com DC e RCUI, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso das estratégias “afastamento” e “resolução de problemas”, que foram mais freqüentemente utilizadas pelos pacientes com DC. Na comparação entre os grupos de sujeitos com DII e CD, encontrou-se diferença estatisticamente significativa quanto ao uso da estratégia “confronto”. Na comparação entre os grupos de sujeitos com RCUI e CD, encontrou-se, também, diferença estatisticamente significativa quanto ao uso da estratégia “fuga/esquiva”. Na comparação entre os grupos de

sujeitos com RCUI e CS, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso das estratégias “afastamento” e “fuga/esquiva”.

4.3.1 – Relação entre estratégias de enfrentamento e variáveis demográficas e clínicas

Os dados apresentados a seguir correspondem às relações entre enfrentamento e as variáveis demográficas e clínicas, a partir das pontuações absolutas das estratégias de enfrentamento.

Na Tabela 8, estão apresentados os dados correspondentes à relação entre a variável demográfica sexo e o uso das estratégias de enfrentamento nos dois grupos com DII. Tais dados mostram que na DC a porcentagem de mulheres que usaram a estratégias confronto foi significativamente maior do que a dos homens.

Tabela 8 – Dados da relação sexo e enfrentamento nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	Sexo			
	DC		RCUI	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Confronto	2 (16,7)	8 (61,5) ⁽¹⁾	6 (37,5)	4 (44,4)
Afastamento	8 (66,7)	8 (61,5)	6 (37,5)	3 (33,3)
Autocontrole	12 (100)	11 (84,6)	12 (75)	7 (77,8)
Suporte social	11 (91,7)	12 (92,3)	15 (93,8)	9 (100)
Aceitação de responsabilidade	6 (50)	8 (61,5)	13 (81,3)	6 (66,7)
Fuga/esquiva	10 (83,3)	13 (100)	15 (93,8)	9 (100)
Resolução de problemas	11 (91,7)	13 (100)	14 (87,5)	6 (66,7)
Reavaliação positiva	12 (100)	12 (92,3)	14 (87,5)	8 (88,9)
TOTAL	12 (100)	13 (100)	16 (100)	9 (100)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Teste estatístico: Qui-quadrado - ⁽¹⁾ $p \leq 0,05$ vs. sexo masculino.

Na Tabela 9, estão apresentados os dados correspondentes à relação entre a variável demográfica escolaridade e o uso das estratégias de enfrentamento. Estes dados mostram que, na DC a porcentagem de indivíduos com maior escolaridade que usam a estratégia “afastamento” foi significativamente superior a dos sujeitos com menor escolaridade. Na RCUI a porcentagem de indivíduos com menor escolaridade que usam a estratégia “autocontrole”, foi significativamente superior a dos sujeitos com maior escolaridade também foi estatisticamente significativa. Quanto às demais variáveis demográficas (idade, estado civil), não houve diferenças estatisticamente significativas entre os vários subgrupos.

Tabela 9 – Dados da relação entre enfrentamento e escolaridade nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	Escolaridade			
	DC		RCUI	
	1ºGrau	2º e 3º Grau	1ºGrau	2º e 3º Grau
Confronto	4 (33,3)	6 (46,2)	6(37,5)	4 (44,4)
Afastamento	5 (41,7)	11 (84,6)*	5 (31,5)	4 (44,4)
Autocontrole	11 (91,7)	12 (92,3)	14 (87,5)	5 (56,6)*
Suporte social	11 (91,7)	12 (92,3)	15 (93,8)	9 (100)
Aceitação de responsabilidade	6 (50)	8 (61,5)	12 (75)	7 (77,8)
Fuga/esquiva	11 (91,7)	12 (92,3)	16 (100)	8 (88,9)
Resolução de problemas	12 (100)	12 (92,3)	12(75)	8 (88,9)
Reavaliação positiva	11 (91,7)	13 (100)	15 (93,8)	7 (77,8)
TOTAL	12 (100)	13 (100)	16 (100)	9 (100)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática. 1ºGrau: completo e incompleto, 2º e 3º Grau: completo e incompleto.

Teste estatístico: Qui-quadrado - * $p \leq 0,05$ vs 1º Grau.

Os dados relativos à associação entre enfrentamento e condição clínica dos sujeitos dos grupos com DII estão apresentados na Tabela10. Os dados mostram que, nos casos de DC, houve significância estatística para a associação entre a doença em atividade e o uso da estratégia “confronto”. Nos casos de RCUI, houve significância estatística para a associação entre a doença em atividade e o uso das estratégias “autocontrole” e “aceitação de responsabilidade”. Por outro lado, a proporção de casos com a doença em remissão usando da estratégia “reavaliação positiva” foi significativamente superior a dos que tinham a doença em atividade.

Tabela 10 – Dados da relação entre enfrentamento e atividade da doença nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	Condição clínica			
	DC		RCUI	
	Atividade	Remissão	Atividade	Remissão
Confronto	4 (80) *	6 (30)	2 (28,6)	8 (44,4)
Afastamento	2 (40)	14 (70)	3 (42,9)	6 (33,3)
Autocontrole	5 (100)	18 (90)	7 (100) *	12 (66,7)
Suporte social	5 (100)	18 (90)	7 (100)	17 (94,4)
Aceitação de responsabilidade	4 (80)	10 (50)	7 (100) *	12 (66,7)
Fuga/esquiva	5 (100)	18 (90)	7 (100)	17 (94,4)
Resolução de problemas	5 (100)	19 (95)	6 (85,7)	14 (77,8)
Reavaliação positiva	5 (100)	19 (95)	5 (71,4)	17 (94,4) ^Δ
TOTAL	5 (100)	20 (100)	7 (100)	18 (100)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Teste estatístico: Qui-quadrado - * $p = 0,05$ vs remissão; ^Δ $p = 0,05$ vs atividade

Os dados relativos à associação entre enfrentamento e o tempo de doença dos sujeitos dos grupos com DII estão apresentados na Tabela 11. Estes dados mostram que, nos casos de RCUI, houve significância estatística para a associação entre o uso da estratégia “afastamento” e tempo de doença menor ou igual a 5 anos. Para os portadores de DC não houve qualquer relação significativa.

Tabela 11 – Dados da relação entre enfrentamento e variável clínica tempo de doença, nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	Tempo de doença			
	DC		RCUI	
	≤ 5 anos	> 5 anos	≤ 5 anos	> 5 anos
Confronto	4 (33,3)	6 (46,2)	7 (50)	3 (27,3)
Afastamento	9 (75)	7 (53,8)	8 (57,1)*	1 (9,1)
Autocontrole	12 (100)	11 (84,6)	11 (78,6)	8 (72,7)
Suporte social	12 (100)	11 (84,6)	13 (92,9)	11 (100)
Aceitação de responsabilidade	6 (50,6)	8 (61,5)	12 (87,5)	7 (63,6)
Fuga/esquiva	11 (91,7)	12 (92,3)	14 (100)	10 (90,9)
Resolução de problemas	11 (91,7)	13 (100)	12 (87,5)	8 (72,7)
Reavaliação positiva	12 (100)	12 (92,3)	12 (87,5)	9 (90,9)
TOTAL	12 (100)	13 (100)	14 (100)	11 (100)

Teste estatístico: Qui-quadrado. DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Teste estatístico: Qui-quadrado - * $p \leq 0,05$ vs tempo de doença >5 anos

4.3.2 – Relação entre estresse e estratégias de enfrentamento

Os dados sobre a associação entre estresse e enfrentamento nos sujeitos com DII, que estão apresentados na Tabela 12, indicaram existência de significância estatística para a associação entre o uso da estratégia “aceitação de responsabilidade” e estresse intenso, no grupo de portadores de RCUI. Para os portadores de DC não houve qualquer associação que atingisse significância estatística.

Tabela 12 – Dados da relação entre estresse e enfrentamento nos sujeitos dos grupos com DII (DC e RCUI). Os dados apresentados correspondem aos números de integrantes dos grupos e, entre parênteses, às correspondentes porcentagens. Os dois grupos foram compostos por 25 sujeitos.

Estratégias	Estresse			
	DC		RCUI	
	Leve/Mod.	Intenso	Leve/Mod.	Intenso
Confronto	2 (22,2)	8 (50)	2 (25)	8 (47,1)
Afastamento	6 (66,7)	10 (62,5)	3 (37,5)	6 (35,3)
Autocontrole	9 (100)	14 (87,5)	5 (62,5)	14 (82,4)
Suporte social	8 (88,9)	15 (93,8)	7 (87,5)	17 (100)
Aceitação de responsabilidade	4 (44,4)	10 (62,5)	4 (50)	15 (88,2) *
Fuga/esquiva	9 (100)	14 (87,5)	7 (87,5)	17 (100)
Resolução de problemas	9 (100)	14 (87,5)	6 (75)	14 (82,4)
Reavaliação positiva	9 (100)	14 (87,5)	8 (100)	14 (82,4)
TOTAL	9 (100)	14 (87,5)	8 (100)	17 (100)

DII: doença inflamatória intestinal, DC: pacientes portadores de doença de Crohn, RCUI: pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.

Teste estatístico: Qui-quadrado - * $p = 0,05$

5 – DISCUSSÃO

Neste estudo sobre a relação entre variáveis clínicas em portadores de DII, estresse e enfrentamento, admite-se o modelo biopsicossocial para o entendimento do adoecimento, que inclui, além dos aspectos biológicos, os aspectos emocionais e sociais envolvidos nesse processo. Parte-se da premissa que tais aspectos se influenciam mutuamente no decorrer de uma doença crônica e devem ser considerados em seu conjunto, para melhor entendimento da doença e, conseqüentemente, para melhor planejamento e execução das ações voltadas ao cuidado do paciente. Optou-se por avaliar aspectos subjetivos, como o estresse e os processos de enfrentamento do próprio adoecimento por parte dos portadores, para em seguida, associá-los com aspectos mais objetivos, como as condições clínicas da doença e as características sócio-demográficas.

Para a análise dos dados obtidos com pacientes com DII, tendo como foco as peculiaridades deste tipo de doença, compararam-se os resultados com os verificados em dois grupos controles, sendo um grupo de portadores de afecções digestivas variadas e outro de pessoas aparentemente saudáveis (acompanhantes de pacientes). Procurou-se compor estes grupos de modo a que tivessem características sócio-demográficas semelhantes, como também características clínicas semelhantes ao grupo com DII. No caso do grupo controle doente, por exemplo, levou-se em consideração elementos como cronicidade, tempo de doença, sintomas sob controle clínico na maioria dos sujeitos, de modo a propiciar similaridade com os grupos com DII, em termos demográficos e clínicos. O número de indivíduos dos grupos controles foi monitorado de modo que, para cada indivíduo do grupo de casos, fosse selecionado um indivíduo para controle com características semelhantes. A análise estatística das características sócio-demográficas dos vários grupos estudados, confirmou a sua semelhança quanto à idade, gênero, escolaridade, estado civil, o que constituiu um controle metodologicamente necessário neste tipo de estudo.

Os resultados referentes à idade mostraram predomínio de sujeitos um pouco mais jovens nos grupos de casos – DC e RCUI, o que se assemelha ao descrito na literatura sobre as DII, que são doenças que apresentam maior incidência entre 15 e 35 anos (MISZPUTEN, 1996; IRVINE et al., 2001; TRONCON et al., 2006). No grupo CS, o predomínio de sujeitos mais jovens ocorreu devido à seleção intencional, em busca de melhores condições de comparação com o grupo de casos.

Quanto ao sexo, observou-se maior porcentagem de homens no grupo com RCUI e proporção um pouco mais elevada de mulheres com DC. Estes dados correspondem ao relatado na literatura, que indicam que a RCUI tende a ser mais comum nos homens e a DC mais comum entre as mulheres (IRVINE et al., 2001; TRONCON et al., 2006).

Quanto à escolaridade, a maioria dos sujeitos dos quatro grupos enquadrou-se nas categorias: 1º Grau completo ou incompleto. No grupo com DC, foi encontrada a maior porcentagem (28%) de sujeitos com o 3º Grau, porém, a maioria deles na categoria: incompleto. Já no grupo CS, encontrou-se maior porcentagem (32%) de indivíduos com 2º Grau completo. Estas diferenças podem ter afetado de algum modo os resultados, como será comentado adiante.

Em relação ao estado civil, ocorreu predominância, em todos os grupos, da condição casados (as), o que foi ainda mais nítido no grupo CS. Isto se justifica, aparentemente, pelo fato deste grupo ser composto por acompanhantes dos pacientes em tratamento no hospital, o que faz presumir que a maioria dos integrantes do grupo CS seriam cônjuges dos referidos pacientes.

Comparar os dados obtidos nos pacientes com DII com os verificados nos grupos de controle, foi uma medida importante, na tentativa de contornar deficiências metodológicas de estudos anteriores, já apontadas por NORTH et al. (1990), em estudo de revisão sobre aspectos emocionais e fatores psiquiátricos associados à RCUI. Estes autores, em uma análise

crítica da literatura, consideraram como inadequações metodológicas a ausência de grupos controles, além de outras, como o pequeno tamanho das amostras, critérios diagnósticos não especificados ou ausentes e a aplicação de instrumentos sem validação ou fidedignidade para seu uso.

Em relação ao tamanho da amostra, o número de pacientes incluídos nos grupos de casos neste estudo, pode ser considerado pequeno, se comparado ao de outros estudos realizados com pacientes com DII (KINASH et al., 1993; SEWITCH et al., 2001; BITTON et al., 2003; GOMEZ-GIL et al., 2003; COSTA, 2003). Contudo, os grupos com DII foram compostos com base em estudo de incidência (SOUZA et al., 2002) no HC-FMRP-USP, bem como em levantamento no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do número de pacientes atendidos neste ambulatório anualmente. Assim sendo, foram incluídos e avaliados aproximadamente 50% do total possível de pacientes, o que permite considerar a casuística deste estudo como uma amostra representativa do conjunto disponível no serviço. No caso dos grupos controles, estes apenas seguiram a composição dos grupos de casos, tendo, portanto, tamanho amostral equivalente.

No que diz respeito ao diagnóstico clínico dos sujeitos doentes incluídos no estudo, todos estavam em seguimento médico regular no hospital universitário e tinham registrado em seu prontuário médico informações sobre as manifestações clínicas, os exames radiológicos, endoscópicos ou histo-patológicos, seguidos da confirmação diagnóstica realizada pela equipe médica. Tal condição permitiu a inclusão no grupo de casos de pacientes com DII diagnosticados de forma sistemática e confiável.

Em relação aos instrumentos utilizados neste estudo, a escala de eventos vitais e o inventário de estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus, foram, ambos, adaptados para a Língua Portuguesa seguindo os critérios metodológicos preconizados para esse fim (SAVÓIA, 1995; SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996). No entanto, o estudo de adaptação

e validação para o Brasil da escala de eventos vitais (SAVÓIA, 1995) teve o objetivo de verificar a ocorrência ou não dos eventos e a descrição detalhada destes. Neste estudo de adaptação não foi atribuída uma ponderação valorativa dos eventos, de modo que fossem pontuados os itens considerados como mais estressantes com maiores pesos que outros menos estressantes. Tal ponderação dos itens foi feita originariamente na Escala de Avaliação de Reajustamento (HOLMES e RAHE, 1967), em que cada evento listado associa-se a uma pontuação definida.

Considerando os objetivos do estudo de quantificar o estresse associado à presença dos eventos vitais, utilizou-se a pontuação proposta por HOLMES e RAHE (1967) na Escala de Avaliação de Reajustamento e, para os eventos agrupados, conforme proposição de SAVÓIA (1995), utilizou-se o valor de maior pontuação atribuída aos itens. Tal procedimento permitiu uma comparação dos grupos quanto ao impacto dos eventos a que estão expostos.

Em relação ao instrumento de modos de enfrentamento da doença, ocorreram problemas quando do seu uso na forma original (auto-aplicação), sendo necessário introduzir a metodologia de leitura por parte do pesquisador. Esta alteração ocorreu, possivelmente, devido às condições de baixa escolaridade da população atendida no local do estudo e a conseqüente dificuldade de entendimento de instrumentos auto-aplicados. Esta condição de realização do estudo reflete a necessidade de ajuste da aplicação às condições da amostra.

Quanto aos instrumentos utilizados, pode ser feita uma ressalva quanto à eficácia do questionário de informações gerais, que se apresentou com capacidade reduzida para avaliar completamente os critérios de inclusão estabelecidos. Isto ficou evidente pela ocorrência, ainda que em um pequeno número de sujeitos (seis), de respostas positivas para o evento “problemas de saúde”, na escala de eventos vitais, apesar de na avaliação inicial estes sujeitos se enquadrarem no critério de inclusão como isentos de qualquer tipo doença. No entanto,

optou-se por manter estes sujeitos no grupo CS, porque, dentre eles, não se encontraram evidências de doença relevante.

Em relação às condições clínicas dos pacientes incluídos no estudo, a análise se restringiu a somente algumas das variáveis possíveis, que foram consideradas mais relevantes para a avaliação da associação entre condições clínicas, estresse e enfrentamento nos portadores de DII. Assim, foram consideradas a duração da doença, a condição clínica na data do estudo (doença em atividade ou remissão), a forma evolutiva e a localização da doença. A maioria dos sujeitos portadores de DII incluídos neste estudo estava com a doença em remissão, sendo que apenas 20% do grupo com DC e 28% do grupo com RCUI estavam com a doença em atividade no momento da avaliação. Estas proporções são muito semelhantes às encontradas em estudo recente feito no mesmo ambulatório (DEWULF, 2005). Considera-se que estas condições podem estar relacionadas ao fato de que todos os sujeitos incluídos neste estudo estavam sendo acompanhados pelo serviço ambulatorial, pressupondo-se uma condição de doença mais estável e o controle clínico efetivo da doença, com as medidas habituais de manejo em um hospital universitário.

Quanto à forma e a localização da doença nos portadores de DC, a forma predominante de apresentação clínica foi o padrão estenosante (44%), seguido pelo padrão penetrante (32%). Estas porcentagens foram maiores do que as encontradas em estudo sobre aspectos clínicos das DII realizado por FARIA et al. (2004). Quanto à localização da doença no intestino, o local de maior ocorrência foi na região íleo-colônica (60%), seguido pelo íleo (32%), em proporções semelhantes às encontradas em estudo recente realizado no mesmo ambulatório (DEWULF, 2005), porém distintas, se comparadas a outros estudos. (SOUZA et al., 2002; FARIA et al., 2004). As diferenças encontradas neste estudo em relação a outros já citados supõem-se estarem relacionadas tanto com características locais da população

atendida no HC-FMRP-USP, como também com a seleção casual de uma amostra relativamente pequena, como antes mencionado.

Nos portadores de RCUI, a forma de apresentação clínica mais freqüente foi a de doença leve/transitória (60%), com apenas 8% dos sujeitos classificados como sendo da forma grave. Quanto à localização da doença, 40% dos sujeitos apresentaram colite extensa. Estes dados também são semelhantes aos encontrados em estudo já mencionado (DEWULF, 2005).

No que se refere ao perfil psicológico dos grupos estudados quanto ao estresse e aos modos de enfrentamento da doença, verificou-se que a maioria dos sujeitos dos vários grupos, inclusive do CS, estavam sob situações de estresse intenso, sem diferenciação entre sujeitos doentes e saudáveis e, principalmente, sem diferenças significativas entre os grupos com DII, DC e RCUI. Tal dado reflete a ocorrência freqüente dos eventos vitais associados a estresse, que foram identificados nos vários grupos, sendo que a maior parte deles está, aparentemente, relacionada à saúde, inclusive para o grupo CS, composto em sua maioria por cuidadores de pacientes em tratamento em hospital escola. Observou-se, também, alta freqüência de eventos relacionados à “mudanças”, na categoria “Dificuldades Pessoais”, principalmente referentes à hábitos e atividades pessoais. Tal condição pode ser relacionada às características da população estudada, pois todos os sujeitos estavam freqüentando um hospital universitário de alta complexidade, devido à situação de doença pessoal ou de um familiar, o que, certamente, corresponde a um evento vital estressante associado a mudanças e adaptações também estressantes.

Vale ressaltar que, sendo o estudo realizado integralmente em ambiente hospitalar, é plausível considerar que os participantes dos dois grupos controles estavam também sob a mesma situação estressante de adoecimento, incluindo o grupo controle saudável, pois ainda que tenha sido possível garantir a mesma base populacional, para a seleção dos grupos, os sujeitos não estavam totalmente isentos de um contexto de adoecimento.

Destaque-se que as maiores porcentagens de estresse intenso estavam presentes nos grupos controles, o que pode ser considerado um viés do estudo, denotando que a situação de adoecimento pode estar associada a estresse não só para os pacientes, como também para seus cuidadores.

O aumento desta porcentagem no grupo CD esteve ligado a maior ocorrência de eventos compatíveis com a condição de adoecimento e possíveis restrições, como mudanças de hábitos e atividades pessoais, além da perda de suporte social (doença ou morte de alguém na família), quando comparados com os grupos com DII. Já no grupo CS, o estresse esteve associado a condições de responsabilidade como cuidador, principalmente em relação aos aspectos emocionais e financeiros de lidar com um familiar doente.

Nos grupos com DII, a condição de estresse intenso foi maior nos portadores de RCUI do que na DC, porém os eventos vitais negativos presentes em ambos os grupos, que se mostraram associados ao estresse, foram praticamente os mesmos: a própria doença e as restrições, como mudanças dos hábitos pessoais e das atividades e a perda de suporte social (doença ou morte de alguém na família).

Observou-se a presença de maior estresse para os portadores de RCUI, associada a presença de porcentagens maiores quanto a determinados estressores, quando comparados aos portadores com DC. Os portadores de RCUI relataram maior perda de suporte social e eventos familiares estressantes, como a morte de um amigo e gravidez, bem como prejuízo no âmbito financeiro, com porcentagens maiores para a presença de dívidas.

Os eventos vitais identificados neste estudo apontam para a influência do estresse e do sofrimento psicológico no processo de adoecimento, em concordância com os achados de SPARRENBURGER et al. (2004), em estudo de base populacional sobre a associação entre eventos de vida provocadores de estresse e sofrimento psicológico. Neste estudo, os autores avaliaram a associação entre eventos de vida estressantes e mal-estar psicológico, tendo

identificado que os eventos mais associados ao sofrimento psicológico foram: morte de ente querido, desemprego, separação conjugal e doença na família (SPARRENBARGER et al., 2004). Alguns destes eventos são similares aos relatados como os mais frequentes neste estudo: morte de alguém na família, mudança no trabalho e doença na família.

Os dados do presente estudo mostraram que, em todos os grupos, as dificuldades financeiras e com o trabalho foram associadas ao estresse, denotando, certamente, o prejuízo laboral na vida dos sujeitos acometidos em plena idade produtiva por uma doença crônica e para os familiares dos pacientes do grupo controle saudável, o que provavelmente reflete o impacto de tal condição na vida familiar. Este dado se iguala ao encontrado em estudo de GOMEZ-GIL et al. (2003) sobre as repercussões da doença na vida dos pacientes com DII, segundo suas próprias percepções. A interferência da doença na vida laboral foi classificada como “bastante” ou “muita” em 40% dos sujeitos no referido estudo. Neste sentido, é possível, ainda, questionar se tal condição possa estar associada a questões sócio-econômicas mais gerais da população, cuja comprovação, porém, extrapola os objetivos do presente estudo.

Em todos os grupos, a perda de suporte social (morte na família) certamente contribuiu para um desequilíbrio no funcionamento do indivíduo, considerando-se o modelo biopsicossocial de interação, podendo trazer conseqüências, não só para seu estado emocional, como também ter influência na sintomatologia da doença (DROSSMAN, 2000).

Em relação às comparações entre os grupos, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos compostos por sujeitos doentes (DC, RCUI e CD), quando comparados ao grupo CS, para os eventos que se referiam a “problemas de saúde” e “mudança de atividade social”, denotando que o grupo CS foi composto em sua grande maioria por sujeitos isentos de doenças e, também, que os sujeitos doentes relataram alterações em suas atividades sociais atribuídas à doença. Observou-se, também, diferença

entre o grupo com DC, quando comparados ao grupo CS, no que se refere ao evento “separação”, denotando mudanças na organização familiar dos portadores de DC. Verificou-se, também, a aquisição de dívidas nos grupos com RCUI e CS, quando comparados ao CD, denotando prejuízo das funções laborais e estresse associado a desorganização financeira. No caso dos portadores de RCUI, tal dado está, possivelmente, associado aos prejuízos que a doença acarreta a atividade laboral ou a sua condição de fonte de gastos financeiros. Já para os sujeitos do grupo CS, pode-se especular que, possivelmente, tais dificuldades estejam relacionadas à responsabilidades assumidas pelos acompanhantes, em relação ao familiar doente, no que diz respeito a faltas no trabalho e gastos financeiros com o tratamento.

No entanto, faz-se necessário destacar as limitações quanto à interpretação destes dados, uma vez que cada sujeito faz uma avaliação e atribuição específica frente ao evento vital ocorrido em sua vida e o modo como lida com este evento é individualizado, podendo estar associada ao estresse ou não, dependendo das condições emocionais de cada sujeito. Contudo, apesar desta limitação, estes dados são coerentes com os de outros estudos onde foram utilizados instrumentos semelhantes para a identificação de eventos vitais ocorridos e sua relação com estresse (GOMEZ-GIL et al., 2003; ROBERTSON et al., 1989; GARRET et al., 1991).

O estresse intenso apresentou associação estatisticamente significativa apenas com a variável demográfica idade, nos portadores de DC. Indivíduos com idade acima de 40 anos apresentaram estresse intenso. Observou-se que tais pacientes eram em sua maioria do sexo feminino, além de terem maior tempo de doença. Resultado similar foi encontrado no estudo de base populacional de SPARRENBARGER et al. (2004), que mostrou associação entre idade mais avançada, estresse e mal-estar psicológico. Contudo, no presente estudo não foi possível confirmar se este dado poderia estar também associado à condição clínica de doença em atividade ou remissão no subgrupo de indivíduos acima de 40 anos, pois o número

reduzido de casos com a doença em atividade não nos permitiu realizar análise estatística mais abrangente.

Especificamente buscando relações entre estresse e as variáveis clínicas nos grupos com DII, verificou-se maior proporção de pacientes com estresse intenso com a doença em atividade, embora esta relação tenha atingido significância apenas na RCUI. Contudo, neste estudo, esta conclusão não pode ser tomada como irrefutável devido ao pequeno número de sujeitos com a doença em atividade. Segundo estudo realizado por GOMEZ-GIL et al. (2003) a relação entre estresse e DII é percebida por uma elevada porcentagem de pacientes. MARDINI et al. (2004), também conclui que elevados níveis de eventos estressantes podem estar associados a doença em atividade mais do que em pacientes com a doença em remissão. LEVENSTEIN et al. (1994), em estudo realizado com pacientes com RCUI, comprovou que no grupo de pacientes com a doença em remissão, os sujeitos que apresentavam a mucosa retal visivelmente anormal pelo exame endoscópico, estavam, também, com níveis de estresse mais elevados, e no grupo com a doença em atividade constatou relação significativa entre maior número de eventos vitais negativos e maior tendência à depressão.

SEWITCH et al. (2001), avaliando a relação entre estresse e DII em atividade ou remissão, encontrou associação significativa entre doença em atividade e aumento do estresse no último mês, bem como entre maior número de eventos estressantes e aumento do impacto dos estressores menores do cotidiano. No entanto, o esclarecimento mais definitivo das relações entre atividade da doença e a ocorrência de fatores vitais estressantes demanda a realização de mais estudos sobre este tema.

Em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos neste estudo, foi possível identificar que todos os integrantes dos vários grupos usaram todas as estratégias de enfrentamento aqui investigadas, denotando a ocorrência de substancial mobilização emocional diante da situação específica do adoecimento.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de determinadas estratégias de enfrentamento, tanto quando se comparou os portadores de DII com os grupos controles, como também entre os grupos com DC e RCUI, podendo este dado estar associado a maior gravidade das DII, em comparação com as demais doenças incluídas neste estudo.

Nas comparações realizadas entre o grupo com DII e os grupos controles, observou-se, nos portadores de DII, associação entre o maior uso da estratégia “confronto” ao lidarem com sua doença, em comparação ao relatado pelos sujeitos com outras doenças gastrointestinais do grupo CD e pelos integrantes do grupo CS. Este dado denota que os pacientes com DII fazem esforços mais agressivos para o enfrentamento do problema, sugerindo inclusive certo grau de hostilidade. Em estudo realizado por FOLKMAN e LAZARUS (1986), o uso desta estratégia foi relacionado com alterações na auto-estima sendo considerada pouco satisfatória para o enfrentamento da situação de estresse.

Ainda sobre as comparações realizadas entre o grupo com DII e o grupos controles, destacou-se o uso mais freqüente da estratégia “fuga/esquiva” nos grupos com DII, que, porém, somente atingiu significância estatística na comparação com os dois grupos controles para o grupo com RCUI. Tal estratégia caracteriza uma forma de lidar com os problemas, denotando escape ou tendência a evitá-los, que é considerada pouco efetiva, podendo, inclusive, gerar mais problemas nos relacionamentos com equipes de saúde e familiares no caso de doenças crônicas, segundo FOLKMAN e LAZARUS (1986).

Nas comparações realizadas entre os grupos com DII e o grupo CS, observou-se que os integrantes deste grupo controle sem doença aparente usaram mais a estratégia “afastamento”, quando comparados com os portadores de RCUI. Isto pode estar denotando que os sujeitos saudáveis usam o distanciamento e a minimização do problema, como modo de enfrentá-lo. No entanto, estes dados diferem dos achados do estudo realizado por COSTA

(2003), no qual os sujeitos com RCUI recorreram mais à estratégia de “suporte social” e o grupo de controles não doentes recorreu mais à estratégia de “reavaliação positiva”.

Na comparação das estratégias de enfrentamento utilizadas por portadores de DC e RCUI, que constituiu um dos principais objetivos deste estudo, observaram-se diferenças significativas quanto ao uso das estratégias “afastamento” e “resolução de problemas”, sendo que os pacientes com DC usam mais estas estratégias para lidar com a situação de doença, do que os pacientes com RCUI. Estas estratégias denotam que portadores de DC apresentam tanto a forma de lidar com a doença centrada mais na ação, como também buscam novas formas de adaptação frente ao problema. Segundo FOLKMAN e LAZARUS (1986), a estratégia “afastamento” apresenta efeitos pouco satisfatórios para o enfrentamento do estresse, porém a estratégia “resolução de problemas” está associada a efeitos mais satisfatórios. Este achado está de acordo, em parte, com os dados do estudo de KINASH et al. (1993) que encontrou associação entre portadores de DC e enfrentamento voltado para o problema, o que, segundo esta autora, caracteriza os pacientes com DC como mais aptos a utilizar modelos voltados para solução de problemas do que os pacientes com RCUI.

Dado o objetivo do presente estudo de estudar eventuais associações entre as características demográficas e clínicas dos grupos com DC e RCUI e os modos de enfrentamento do estresse, serão analisadas as peculiaridades detectadas. Em relação aos dados demográficos e as estratégias mais utilizadas, observou-se o uso mais freqüente da estratégia “confronto” em mulheres com DC, denotando que as mulheres lidam de forma voltada para o problema, porém de maneira mais hostil do que os homens. Esta estratégia voltada para a resolução do problema é caracterizada pela atitude desafiante, podendo favorecer conflitos. Este dado é discordante do estudo de KINASH et al. (1993), que identificou que ambos os sexos usavam mais as estratégias de enfrentamento voltado ao problema, sem diferenças significativas entre eles.

A variável escolaridade se associou significativamente ao uso de algumas estratégias de enfrentamento tanto para o grupo com DC, como para o grupo com RCUI. No grupo de portadores de DC, a maior escolaridade mostrou-se associada ao uso da estratégia “afastamento”. Este dado pode ser associado a própria característica desta estratégia, representada pela necessidade de maior capacidade cognitiva para lidar com a situação. Considera-se, assim, que os esforços cognitivos para o desprendimento e a minimização da situação podem ser favorecidos pela escolarização. Questiona-se, contudo, o risco de tal estratégia minimizar o problema ou se distanciar da realidade, tendo assim baixa efetividade quanto ao enfrentamento do problema.

No grupo com RCUI a menor escolaridade mostrou-se associada ao uso da estratégia “autocontrole”, denotando uma diminuição de recursos cognitivos para lidar com a situação de forma mais racionalizada e sim voltada ao controle das próprias emoções diante da situação estressante. Estes dados sugerem que as associações entre escolaridade e as estratégias de enfrentamento, em ambos os grupos com DII, mostraram-se associadas a estratégias voltadas para a emoção, denotando uma associação entre escolaridade, desenvolvimento cognitivo e controle das emoções. Estes achados podem, porém, estar, de algum modo, relacionados ao fato de que a fração da população que se utiliza da assistência provida pelo hospital escola, como a do estudo em questão, não conta com alta escolaridade, o que certamente prejudica o enfrentamento mais efetivo e voltado para o problema. Este aspecto deve ser levado em conta no planejamento e execução das medidas de intervenção psicológica necessárias ao manejo terapêutico destes pacientes.

Quanto as variáveis clínicas, observou-se associação entre o tempo de doença e a estratégia na RCUI, sendo que os pacientes com doença há mais de cinco anos de duração utilizaram pouco a estratégia de enfrentamento “afastamento”. Este achado sugere que a

condição de doença crônica, de certo modo, favorece a adaptação dos sujeitos com o passar dos anos.

Em relação à condição clínica de doença, foi possível identificar algumas associações entre atividade ou remissão e modos de enfrentamento, nos grupos com as DII. Os portadores de DC com a doença em atividade usaram mais a estratégia “confronto”, buscando a solução do problema por meio de ações diretas, porém mais hostis. Este resultado está, de certo modo, em consonância com os achados no estudo de KINASH et al. (1993), que verificou a associação entre gravidade da DC e o uso de estratégias voltadas para a solução do problema, dado o paralelismo entre atividade e gravidade nas DII.

Nos portadores de RCUI com a doença em atividade, foi identificado que estes sujeitos usam mais as estratégias “autocontrole” e “aceitação de responsabilidade”, que constituem modos de enfrentamento voltados para a emoção associada a situação estressante de doença fora de controle. Isto denota a necessidade de controlar as emoções negativas, como angústia, raiva, de perceber a realidade e se responsabilizar tanto pelo acontecimento, quanto pela busca de alternativas para o melhor enfrentamento da situação.

Ainda neste aspecto do estudo, identificou-se que portadores de RCUI com a doença em remissão usam mais a estratégia “reavaliação positiva”, o que, segundo FOLKMAN e LAZARUS (1986), corresponde a uma forma de enfrentamento positiva. Trata-se de uma estratégia voltada para a reorganização emocional, em que o indivíduo se atém aos aspectos mais positivos da situação estressante, como forma de amenizar a carga emotiva do acontecimento, buscando alternativas mais adaptadas para a situação. Esta forma de lidar com os problemas pode inclusive auxiliar na manutenção da doença em remissão em indivíduos que contam este recurso de enfrentamento.

Em relação à associação entre estresse e enfrentamento nos portadores de DII, observou-se relação significativa entre estresse intenso e uso da estratégia “aceitação de

responsabilidade” nos portadores de RCUI, denotando um aumento do reconhecimento do próprio papel frente ao problema. Pode-se questionar os limites da auto responsabilidade sobre a doença, na medida em que esta se mostrou associada a mais estresse, podendo denotar um responsabilizar-se que vai além daquilo que pode ser atribuído ao próprio sujeito.

No que se refere às implicações dos dados obtidos neste estudo sobre os aspectos psicossociais envolvidos no atendimento clínico de pacientes com DII, destaca-se que o estresse intenso ocorreu em maior proporção quando os sujeitos com DII estavam com a doença em atividade, indicando que quadros iniciais agudos da doença ou mesmo as recaídas são os mais propensos a evoluírem com aumento do estresse. Este dado é relevante para as medidas de intervenção, já que é sabido que estes pacientes necessitarão de assistência, não só para os aspectos orgânicos, como também para as condições emocionais presentes no período de atividade da doença, o que chama a atenção para as condições psicossociais associadas às condições médicas gerais.

Desta forma, os dados obtidos apontam para a importância das equipes de saúde considerarem as condições psicossociais dos portadores de DII, visando promover uma relação que facilite a comunicação dos medos, preocupações e dúvidas destes pacientes, estabelecendo um melhor relacionamento entre a equipe e o paciente, visando a assistência integral ao sujeito doente.

Os modos de enfrentamento dos sujeitos com DC e RCUI, como antes comentado, se diferenciaram em alguns aspectos. Os portadores de DC parecem apresentar-se mais adaptados à doença, utilizando estratégias tanto voltadas para o problema, como focadas na emoção. Já os portadores de RCUI parecem utilizar mais estratégias voltadas para a emoção, caracterizando comportamento de fuga/esquiva e demonstrando um enfrentamento menos efetivo. Em comparação aos outros grupos estudados, porém, os pacientes com DII utilizaram

mais a estratégia de enfrentamento confronto, demonstrando um comportamento mais hostil e pouco adaptativo ao problema de saúde.

A análise dos mecanismos de adaptação dos sujeitos com DII aqui estudados aponta para aspectos críticos a serem considerados pelas equipes de saúde. Segundo GOMEZ-GIL et al. (2003), a ocorrência de eventos vitais geradores de estresse, as repercussões do adoecimento e modos de enfrentamento ineficazes, são condições que colocam em perigo os mecanismos de adaptação dos pacientes com DII, ou seja, influenciam diretamente o processo de adoecimento, considerando de acordo com o modelo biopsicossocial de DROSSMAN (2000). Sendo assim, GOMEZ-GIL et al. (2003), recomenda o desenvolvimento de serviços de intervenções psicossociais específicas com o objetivo de favorecer a adaptação destes pacientes.

Para KINASCH et al. (1993), devido às várias fases da DII (atividade, remissão, diferentes abordagens terapêuticas), é necessário que as equipes de saúde ofereçam, além de recursos e informações relevantes, auxílio quanto ao enfrentamento da doença, pois segundo este autor, pacientes com modos de enfrentamento menos efetivos podem vir a se beneficiar do desenvolvimento de outras estratégias de enfrentamento, o que pode ser conseguido, por exemplo, com a introdução de grupos de apoio para pacientes com DII que funcionem como suporte social. Para KINASCH et al. (1993), neste processo, o que os pacientes precisam, desejam e preferem deve ser considerado no planejamento da atenção à saúde. Esta autora considera ainda que o reforço das capacidades de enfrentamento possa auxiliar na capacitação destes pacientes para lidar com problemas de saúde antes mesmo de apresentarem sofrimento psicológico. A referida autora, afirma, também, que avaliar a capacidade de enfrentamento e os modos de enfrentamento dos pacientes com DII é um pré-requisito para planejar a intervenção psicológica com estes pacientes. O profissional psicólogo deve estar apto para

identificar as capacidades que os pacientes possam ter e reforçar estas capacidades e dar ênfase sobre o controle da situação que implicou no uso das estratégias de enfrentamento.

Considerando-se que as estratégias de enfrentamento, segundo FOLKMAN e LAZARUS (1984), podem ser aprendidas, a equipe de saúde pode auxiliar diretamente, promovendo condições adequadas de suporte aos pacientes com DII, principalmente no que diz respeito ao fornecimento de informações claras. Os recursos internos para o enfrentamento podem ser trabalhados tanto na atenção das crenças distorcidas, como também com o desenvolvimento de comportamentos mais habilidosos para a solução dos problemas, o que pode favorecer a adaptação à doença e a adesão ao tratamento (SANTOS et al., 2006).

Os achados do presente estudo, apesar das suas limitações, indicam que a avaliação do estresse da vida diária, do impacto da doença e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para lidar com a situação se faz necessária para o estabelecimento de medidas de intervenção psicológica em portadores de DII. Isto porque se reconhece a influência do sofrimento psicológico na manutenção do estado de remissão, ou no favorecimento às recaídas da doença, consoante o modelo biopsicossocial (DROSSMAN, 2000). Do mesmo modo, a presença do estresse e a utilização de estratégias inadequadas de enfrentamento podem, também, dificultar tanto a adesão, como a manutenção do tratamento, gerar comportamentos que comprometam a adaptação à doença dos sujeitos com DII.

Considera-se, assim, que uma intervenção terapêutica que atente também para os aspectos psicológicos pode atuar como mediadora entre a saúde mental e a saúde física, podendo representar um aspecto diferencial na promoção da qualidade vida dos portadores de DII.

6 – CONCLUSÕES

Os pacientes com doenças inflamatórias intestinais - doença de Crohn e retocolite ulcerativa idiopática, que integraram os grupos de estudo do presente trabalho, apresentaram-se sob estresse intenso, o que foi, porém, igualmente verificado nos grupos controles compostos por portadores de afecções digestivas variadas, de natureza crônica, e por acompanhantes dos pacientes que não apresentavam nenhum tipo de doença crônica (controles saudáveis). Estes quatro grupos se diferenciaram apenas nos tipos de eventos vitais estressantes.

Nas doenças inflamatórias intestinais, a maior atividade da doença associou-se de forma significativa à ocorrência de estresse intenso apenas nos portadores da retocolite ulcerativa, não sendo verificada esta associação na doença de Crohn.

Quanto às estratégias utilizadas para o enfrentamento da situação de doença, não houve qualquer diferença entre os grupos quanto à utilização das estratégias: “auto-controle”, “suporte social”, “aceitação de responsabilidade” e “reavaliação positiva”. Os portadores das doenças inflamatórias intestinais apresentaram maior frequência de utilização da estratégia “confronto”, do que os integrantes dos grupos controle (doentes e saudáveis). Os portadores da doença de Crohn, em comparação aos com retocolite ulcerativa, utilizaram mais as estratégias “afastamento” e “resolução de problemas”. Já os portadores da retocolite ulcerativa usaram mais a estratégia “fuga/esquiva” para o enfrentamento da doença.

A utilização das várias estratégias de enfrentamento parece ser afetada, na doença de Crohn, pelas variáveis sexo, escolaridade e estado de atividade da doença. Nos portadores da retocolite ulcerativa, além das variáveis escolaridade e estado de atividade, a duração da doença parece, também, afetar a utilização das diferentes estratégias de enfrentamento da doença.

A ocorrência de estresse intenso relacionou-se à utilização mais frequente da estratégia “aceitação de responsabilidade” apenas na retocolite ulcerativa, não se verificando qualquer

diferença entre os subgrupos de portadores da doença da Crohn com e sem estresse intenso quanto à utilização das várias estratégias de enfrentamento da doença.

Os resultados obtidos indicam que os portadores das doenças inflamatórias intestinais apresentam particularidades quanto à utilização das várias estratégias de enfrentamento, bem como sugerem a existência de diferenças entre a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa, quanto às estratégias de enfrentamento mais utilizadas e pelos fatores que as afetam, o que deve ser levado em consideração no estabelecimento de medidas de intervenção psicológica necessárias ao cuidado integral ao paciente.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDOLORATO, G.; STEFANINI, G.F.; CAPRISTO, E.; CAPUTO, F.; GASBARRINI, A.; GASBARRINI, G. Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality trait or a reactive illness? **Hepato-Gastroenterology**, **43**(12): 1513-17, 1996.

ANDERSON, M. P. Stress Management for Chronic Disease: an overview. In: RUSSELL, M. L. **Stress Management for Chronic Disease**. Oxford / Pergamon Press, chapter 1, p. 3-13, 1988.

ANTONIAZZI, A.S. **Desenvolvimento de Instrumentos para Avaliação de Coping em Adolescentes Brasileiros**. 1998. 98p. Dissertação de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

APA (Associação Americana de Psiquiatria). **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BITTON, A., SEWITCH, M. J., PEPPERCORN, M. A., EDWARDES, M. D. B., SHAH, S. Psychosocial Determinants of Relapse in Ulcerative Colitis: a longitudinal study. **The American Journal of Gastroenterology**, **98** (10), 2003.

CASATI, J.; TONER, B.B. Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. **Biomed & Pharmacother** **54**: 388-93, 2000.

COLLINS, S.M. Is the irritable gut an inflamed gut? **Scandinavian Journal of Gastroenterology. Supplement.**, **192**(27): 102-5, 1992.

COLLINS, S.M. Stress and the gastrointestinal tract IV. Modulation of intestinal inflammatory by stress: basic mechanisms and clinical relevance. **American journal of Physiology Gastrointestinal Liver Physiology**. **280**: G315-18, 2001.

COOKE, D. J. The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder. In: COOPER, B. L. **Psychiatric epidemiology: progress and prospects**. World Psychiatric Association, chapter 5, p. 67-79, 1987.

COSTA, A.L.S. **Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática**, 2003. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CRAIG, T.K.; BROWN, G.W. Goal frustrating aspects of life events, stress and aetiology of gastro-intestinal. **J. Psychosom. Res.**, **28**, p 411-21, 1984.

DEWULF, N.L.S. **Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais**. 2005. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

DROSSMAN, D.A. Presidential address: Gastrointestinal illness and biopsychosocial model. **Psychosom. Med.**, 60(258), 1998.

DROSSMAN, D.A. Psychosocial factors in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. In: KIRSNER, J.B. **Inflammatory Bowel Disease**, 5ª edição, Philadelphia, W.B. Saunders Company, chapter 23, p. 342-57, 2000.

DUFFY, L.C.; ZIELEZNY, M.A.; MARSHALL, J.R. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. **Behav. Med**, 17(3): 101-10, 1991.

EKBOM, A.; HELMICK, C.; ZACK, M.; ADAMI, H.O. The epidemiology of inflammatory bowel disease: a large, population-based study in Sweden. **Gastroenterology**, 100: 350-58, 1991.

FARIA, L. C., FERRARI, M. L. A., CUNHA, A. S. Aspectos clínicos da doença de Crohn em um centro de referência para doenças intestinais. **GED** 23 (4): 151-64, 2004.

FARMER, R. G. Nonspecific ulcerative proctitis. **Gastroenterol. Clin. North. Am.**, v. 16, p. 154-174, 1987.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 21 , 219-39, 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, 48 , 150-70, 1985.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; GRUEN, R.J.; DeLONGIS, A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50 (3), p 571-79, 1986.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. Manual for the ways of coping questionnaire (research edition). California: **Consulting Psychologists Press**, 1988.

GARRET, V.; BRANTLEY, P.; JONES, G.; MCNIGHT, T. The relation between daily stress and Crohn's disease. **J. Behav. Med.** **14**, p 87-95, 1991.

GABURRI, P.D.; CHEBLI, J.M.F.; CASTRO, L.E.V.V.; FERREIRA, J.O.D.; LOPES, M.H.M.; RIBEIRO, A.M.B.; ALVES, R.A.; FROEDE, E.C.; OLIVEIRA, K.S.; GABURRI, A.K.; GABURRI, D.; MEIRELLES, G.S.P.; SOUZA, A.F.M. Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Crohn. **Arq. Gastroenterology**, **35**: 240-46, 1998.

GIMENES, M.G.G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. In: GIMENES, M.G.G. (org.) **A mulher e o câncer**. Editorial Psy, pp.111-47, São Paulo, 1997.

GOMEZ-GIL, E., VIDAL, A., PANÉS, J., JAÉN, J., PERI, J. M., FÉRNANDEZ-EGEA, E., PIQUÉ, J. M. Relación entre los acontecimientos estresantes y el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal según la percepción subjetiva del paciente. **Gastroenterol. Hepatol.**, **26**(7): 411-6, 2003.

GUTHRIE, E.; JACKSON, J.; SHAFFER, J.; THOMPSON, D.; TOMENSON, B.; CEED, F. Psychosocial disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Cohn's disease. **Am. J. Gastroenterology**, **97**(8): 1994-9, 2002.

HOLMES, T.H.; RAHE, R.K. The social readjustment rating scale. **J. Psychosom. Res.**, **4**, p 189-94, 1967.

IRVINE, E.; FARROKHVAR, F.; SWARBRICK, E.T. A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. **Scand. J. Gastroenterology**, **36**: 2-15, 2001.

KINASH, R.G.; FISCHER, D.G.; LUKIE, B.E.; CARR, T.L. Coping Patterns and Related Characteristics in Patients with IBD. **Rehabilitation Nursing**, **18**(1): 12-19, 1993.

LABRADOR, F.J.; CRESPO, M. Evaluación del estrés. In: **Fernandéz-Ballesteros R. Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de salud**. Ediciones pirâmide S.A. – Madrid, p. 484-529, 1994.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.

LAZARUS, R.S. Emotion and adaptation. **New York: Oxford University Express**; Issues of research, classification, and measurement; cap.2, p.42-60, 1991.

LAZARUS, R.S. Stress and emotion. **New York: Springer**, 1999.

LEVENSTEIN, S.; PRANTERA, C.; VARVO, C. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: A multidimensional cross-sectional study. **Am. J. Gastroenterology**, **89**: 1219-25, 1994.

LEVENSTEIN, S. Stress and Ulcerative Colitis: Convincing the Doubting Thomases. **Am. J. Gastroenterology**, **98** (10): 2112-15, 2003.

LIPP, M.E.N. **Pesquisa sobre estresse no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. São Paulo: Papirus, 1996.

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LOUIS, E.; COLLARD, A.; OGER, A. F.; DEGROOTE, E.; ABOUL NASR EL YAFI, F. A.; BELAICHE, J. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. **Gut**, v. 49, no. 6, p. 777-782, dec. 2001.

MAGALHÃES, K.C. **Estudo de aspectos psicossociais em pacientes com retocolite ulcerativa inespecífica e síndrome do intestino irritável**. 1995. 314p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MARDINI, H. E., KIP, K. E., WILSON, J. W. Crohn's Disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. **Digestive Diseases and Sciences**, **49** (3): 492-97, 2004.

MARGIS, R., PICON, P., COSNER, A. F., SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista Psiquiatria RS**, **25** (suplemento 1): 65-74, 2003.

MAUNDER, R. Mediators of stress in inflammatory bowel disease: Not the usual suspects. **Journal of Psychosomatic Research**, **48**: 569-577, 2000.

MISZPUTEN, S.J. Doença Inflamatória Intestinal. In: VILELA, M.P.; BORGES, D.R.; FERRAZ, M.L.G. **Gastroenterologia & Hepatologia**, São Paulo: Atheneu, 69-79, 1996.

MOOS, R.H., BILLINGS, A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and process. In: **Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**. New York: Free Press; cap.14, p.212-30, 1986.

NEVES NETO, A.R. **Rastreamento da comorbidade de sintomas psicológicos em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal estudo de caso controle**. 2001. 96p. Dissertação de Mestrado – Disciplina de Gastroenterologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

NORTH, C.S.; CLOUSE, R.E.; SPITZNAGEL, E.L.; ALPERS, D.H. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. **Am Journal Psychiatry** **147**, 974-80, 1990.

OGDEN, J. **Health Psychology: a textbook**. USA, Open University Press, 1996.

PINTO, K.O. **Personalidade e qualidade de vida em portadores de doença inflamatória intestinal: subsídios para avaliação do paciente crônico em coloproctologia**. 2001. 138p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Fisiopatologia Experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PODOLSKY, D.K. Inflammatory Bowel Disease. **N. Engl. J. Med.**, **347**(6): 417-29, 2002.

ROBERTSON, D.A.F.; RAY, J.; DIAMOND, I.; EDWARDS, J.G. Profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. **Gut**, **30**, p 623-6, 1989.

SAVÓIA, M. G. **Relação entre eventos vitais adversos e mecanismos de coping no transtorno de pânico**. 1995. Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAVÓIA, M.G.; SANTANA, P.R.; MEJIAS, N.P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**; **7**(1/2): 183-201, 1996.

SAVÓIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). **Rev Psiq Clín**; **26**(2): 57-67, 1999.

SAVÓIA, M.G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*) em situações de estresse. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Waldo A. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos;. cap.39 p.377- 86, 2000.

SANTOS, A.F.; SANTOS, L.A.; MELO, D.O., ALVES JÚNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. **Interação em Psicologia**, **10** (1), 63 – 73, 2006.

SEIDL, E. M. F., TRÓCCOLI, B. T., ZANNON, C. M. L. C. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, **17** (3): 225-34, 2001

SEWITCH, M.J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BITTON, A.; DALY, D.; WILD, G.E.; COHEN, A.; KATZ, S.; SZEGO, P.L.; DOBKIN, P.L. Psychological Distress, Social Support, and Disease Activity in Patients with Inflammatory Bowel Disease. **The American Journal of Gastroenterology**, **96**(5): 1470-79, 2001.

SEYLE, H., **The history of the adaptation syndrome**. Acta, Montreal, 1952.

SOUZA, M.C. **Aspectos psicológicos do portador de retocolite ulcerativa inespecífica: contribuição ao estudo da etiopatogenia da doença**. 1989. 177p. Dissertação de Mestrado Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, M.H.L.P; TRONCON, L.E.A.; RODRIGUES, C.M.; VIANA, C.F.G.; ONOFRE, P.H.C.; MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; MARTINELLI, A.L.C.; MENEGHELLI, U.G. Evolução da ocorrência (1980-1999) da Doença de Crohn e da Retocolite Ulcerativa Idiopática e análise das suas características clínicas em um Hospital Universitário do sudeste do Brasil. **Arq. Gastroenterol.**, **39**(2): 98-105, 2002.

SPARREMBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R.C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. **Cad. de Saúde Pública** **20** (1):249-58, 2004.

SPIRO, H.M. Six physicians with inflammatory bowel disease. **J. Clin. Gastroenterology**, **12**: 636, 1990.

STEINWURZ. C.M. Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Crohn. **Arq. Gastroenterology**, **35**: 237-39, 1998.

STONNINGTON, C.M.; PHILLIPS, S. F.; MELTON III, L. J.; ZINSMEISTER, A. R. Chronic ulcerative colitis: incidence and prevalence in a community. **Gut**, v. 28, p. 402-409, 1987.

TRONCON, L.E.A., LOPES, R. P., SIMÃO, M. N., IQUEGAMI, M., ROSA-E-SILVA, L., NOBRE-E-SOUZA, M A, FOSS, M. C. Frequência de sintomas digestivos em pacientes brasileiros com diabetes mellitus. **Rev. Assoc. Med. Brasil**. **47**(2): 157-64, 2001.

TRONCON, L.E.A.; DAMIÃO, A.O.M.C.; SIPAHI, A.M. Doenças Inflamatórias Intestinais. In: LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**, Editora Roca, São Paulo, p 1055-64, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de informações gerais

1) N° _____

2) Data da entr: ____/____/____

Dados Pessoais:

Nome: _____

3) RegistroHC _____

4) Data de nascimento: ____/____/____

5) Sexo: ( ) M ( ) F

6) Endereço: _____ n° _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone p/ contato: _____

7) Estado civil:

(1) solteiro

(2) casado

(3) viúvo

(4) separado

(5) amasiado

8) Escolaridade: _____ anos (número de anos que foi a escola)

9) Ocupação: _____

10) Vínculo:

(1) autônomo

(3) desempregado

(2) c/ registro

(4) aposentado

11) Possui alguma doença crônica ?

( ) não

( ) sim.

12) Qual ? _____

13) O(a) Sr(a) toma alguma tipo de medicamento regularmente ?

( ) não

( ) sim.

14) Se sim, quais? Para DII	Psicofármacos	Outros	
Sulfasalazina ( )	Fluxetina ( )	Omeprazol ( )	Marevan ( )
Prednisona ( )	Amitriptilina ( )	Tramal ( )	Aldactone ( )
Meticorten ( )	Rivotril ( )	Buscopam ( )	
Azatioprina ( )		Higroton ( )	
Mesalazina ( )		Cimetidina ( )	

15) O(a) Sr(a) já fez ou faz algum tratamento em Serviço de Psiquiatria ?

( ) não

( ) sim.

15a) Local: (1) Ribeirão Preto

(2) DIRXVIII

(3) Estado de SP

(3) outro Estado

15b) Tipo de serviço: (1) público

(2) privado

APÊNDICE B - - Inventário de informações clínicas dos sujeitos com doença inflamatória intestinal

Nº _____

Dados de identificação:

Nome: _____ Registro HC _____

Dados Clínicos

Diagnóstico principal:

( ) Doença de Crohn (DC)   ( ) Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI)

Extensão / Localização:

Se DC:	( ) Íleo	Se RCUI:	( ) Proctite
	( ) Íleo-cólon		( ) Retossigmoidite
	( ) Cólon		( ) Colite Esquerda
	( ) Outros: _____		( ) Colite Extensa

Forma:

Se DC:	( ) inflamatória	Se RCUI:	( ) leve/transitória
	( ) estenosante		( ) moderada
	( ) penetrante		( ) grave
	( ) Outros: _____		( ) outros: _____

Atividade:

☐ em atividade   ☐ remissão   ☐ indeterminado

Operações prévias:

☐ Não   ☐ Sim. Quais ? _____

Ano do início do acompanhamento: _____

Ano do diagnóstico: _____

Número de internações devido à doença: _____

Outras doenças crônicas:

☐ Não   ☐ Sim . Quais ? _____

**APÊNDICE C - Inventário de informações clínicas dos sujeitos com
afecções digestivas variadas**

Nº _____

Dados de identificação:

Nome: _____ Registro HC _____

Dados Clínicos

Diagnóstico principal: _____

Sintomas Ativos:

( ) Sim: _____

( ) Não: _____

Operações prévias:

( ) Não   ( ) Sim. Quais? _____

Ano do diagnóstico: _____

Número de internações devido à doença: _____

Outras doenças crônicas: ( ) Não   ( ) Sim

Quais? _____

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(GRUPO DE CASOS)

Estamos convidando o(a) Sr(a) para participar de uma pesquisa que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. Esta pesquisa pretende avaliar como as pessoas com Doenças Inflamatórias Intestinais do tipo doença de Crohn ou retocolite ulcerativa inespecífica, **como o(a) Sr(a)**, enfrentam as situações que decorrem destas doenças e como isto influencia a sua vida diária. Para isso, serão feitas algumas perguntas sobre seus dados pessoais (endereço, idade, telefone, etc) e serão utilizados alguns questionários e escalas sobre seu jeito de viver.

Não há nenhum desconforto ou risco na participação do(a) Sr(a) nesta pesquisa, somente solicitamos aproximadamente 30 a 40 minutos, durante o seu atendimento no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais. Esperamos que no futuro, outros pacientes possam se beneficiar deste estudo, pois os resultados encontrados poderão auxiliar a equipe de tratamento a compreender melhor como estas doenças influenciam a vida dos pacientes e, assim, levar isto em conta no planejamento do tratamento.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, caso o(a) Sr(a) decida não participar mais, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ao seu tratamento realizado neste hospital.

O(a) Sr(a) tem a liberdade de nos procurar, para esclarecer qualquer dúvida que possa ter sobre os procedimentos ou outros temas relacionados à pesquisa.

Nos responsabilizamos pelo sigilo, pois as informações fornecidas serão confidenciais. O(a) Sr(a) não será identificado por outros pesquisadores, somente os pesquisadores responsáveis terão acesso aos seus dados de identificação e informações fornecidas, ficando estas arquivadas sob a nossa responsabilidade. A sua participação não implicará em despesas, pois não há custos envolvidos na proposta deste estudo. Nos comprometemos com eventuais custos que comprovadamente decorram de sua participação na pesquisa.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar desta pesquisa recomendada pelo pesquisador responsável que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005

Participante

Elaine Cristina Bertuso Pelá
Pesquisadora responsável
Telefone: 602-2837

Prof. Dr. Luiz Ernesto A. Troncon
Orientador da pesquisa
Telefone: 602-2457

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(GRUPO CONTROLE)

Estamos convidando o(a) Sr(a) para participar de uma pesquisa, que será realizada aqui no Hospital das Clínicas. Esta pesquisa pretende avaliar como pessoas com Doenças Inflamatórias Intestinais do tipo doença de Crohn ou retocolite ulcerativa inespecífica, enfrentam as situações que decorrem destas doenças e como isto influencia a sua vida diária. O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para fazer parte do grupo de pessoas que **NÃO** tem tais doenças, para que possamos comparar com os demais dados da pesquisa. Para isso serão feitas algumas perguntas sobre seus dados pessoais (endereço, idade, telefone, etc) e serão utilizados alguns questionários e escalas sobre seu jeito de viver.

Não há nenhum desconforto ou risco na participação do(a) Sr(a) nesta pesquisa, somente solicitamos aproximadamente 30 a 40 minutos, durante o seu atendimento no Ambulatório de Gastroenterologia ou enquanto aguarda o atendimento de seu familiar. Esperamos que no futuro, outros pacientes possam se beneficiar deste estudo, pois os resultados encontrados poderão auxiliar a equipe de tratamento a compreender melhor como estas doenças influenciam a vida dos pacientes e, assim levar isto em conta no planejamento do tratamento.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, caso o Sr(a) decida não participar mais, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo ao seu tratamento realizado neste hospital.

O(a) Sr(a). tem a liberdade de nos procurar para esclarecer qualquer dúvida que possa ter sobre os procedimentos ou outros temas relacionados à pesquisa.

Nos responsabilizamos pelo sigilo, pois as informações fornecidas serão confidenciais. O(a) Sr(a) não será identificado por outros pesquisadores, somente os pesquisadores responsáveis terão acesso aos seus dados de identificação e informações fornecidas, ficando estas arquivadas sob a nossa responsabilidade. A sua participação não implicará em despesas, pois não há custos envolvidos na proposta deste estudo. Nos comprometemos com eventuais custos que comprovadamente decorram de sua participação na pesquisa.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a) e a outra será arquivada pelos pesquisadores.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar desta pesquisa recomendada pelo pesquisador responsável que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2005

Participante

Elaine Cristina Bertuso Pelá
Pesquisadora responsável
Telefone: 602-2837

Prof. Dr. Luiz Ernesto A. Troncon
Orientador da pesquisa
Telefone: 602-2457

APÊNDICE F – Instruções para aplicação do Inventário de estratégias de enfrentamento para os grupos de casos

Vou lhe apresentar algumas afirmativas que descrevem os diferentes modos como as pessoas enfrentam situações de dificuldades na vida, entre elas a de doença.

A partir destas afirmativas, você vai pensar e me responder quais delas mais tem a ver com o **seu jeito** de reagir ou enfrentar a situação de doença.

A cada afirmativa você me dirá o quanto ela tem a ver com seu jeito, seguindo a seguinte escala:

0	não usei essa estratégia
1	usei um pouco
2	usei bastante
3	usei em grande quantidade

Por exemplo, diante da situação de doença, a afirmativa é “fiquei mais calado(a)”, como você responde?

Podemos começar?

O que você fez para enfrentar a situação de **Doença de Cröhn**?

O que você fez para enfrentar a situação de **Retocolite Ulcerativa**?

APÊNDICE G – Instruções para aplicação do Inventário de estratégias de enfrentamento para os grupos de controle

Todos nós ao longo da vida em algum momento já enfrentamos situações de doença pessoal.

Você já enfrentou alguma?

Qual? _____

Vou lhe apresentar algumas afirmativas que representam os diferentes modos como as pessoas reagem às situações de dificuldades na vida, entre elas a de doença.

A partir destas afirmativas, você vai pensar e me responder quais delas mais tem a ver com o seu jeito de reagir ou enfrentar a situação de doença.

A cada afirmativa você me dirá o quanto ela tem a ver com seu jeito, seguindo a seguinte escala:

0	não usei essa estratégia
1	usei um pouco
2	usei bastante
3	usei em grande quantidade

Por exemplo, diante da situação de doença a afirmativa é: “fiquei mais calado(a)”, como você responde?

Podemos começar?

O que você fez para enfrentar a situação de doença _____

ANEXOS

ANEXO A - Inventário de sintomas digestivos e intestinais

Gostaria que o(a) senhor(a) respondesse a algumas perguntas sobre o funcionamento do seu aparelho digestivo:

1. DISTENSÃO ABDOMINAL GENERALIZADA

[Sr(a) apresenta sensação de ter a barriga toda estufada?]

1.1. Frequência

a) todos os dias	d) 2 a 3 x por semestre
b) 2 a 3 x por semana	e) 2 a 3 x por ano
c) 2 a 3 x por mês	f) nega

1.2. Duração

a) menor que 6 meses	d) de 2 a 5 anos
b) de 6 meses a 1 ano	e) maior que 5 anos
c) de 1 a 2 anos	

2. DOR ABDOMINAL EM CÓLICA

[Sr(a) apresenta cólicas abdominais?]

2.1. Frequência

a) todos os dias	d) 2 a 3 x por semestre
b) 2 a 3 x por semana	e) 2 a 3 x por ano
c) 2 a 3 x por mês	f) nega

2.2. Localização

<u>localizada</u>	QSD	<u>generalizada</u> todo abdome
	QSE	peri-umbilical
	QID	Quadrantes Superiores
	QIE	Quadrantes Inferiores

2.3. Duração

a) menor que 6 meses	d) de 2 a 5 anos
b) de 6 meses a 1 ano	e) maior que 5 anos
c) de 1 a 2 anos	

3. HÁBITO INTESTINAL

[Como é o funcionamento do seu intestino? Qual a frequência com que o Sr(a) evacua?]

3.1. Frequência de evacuações

a) 1 vez a cada 3 ou mais dias	c) 1 a 2 vezes ao dia
b) 1 vez a cada 2 dias	d) 3 ou mais vezes ao dia

3.2. Consistência das fezes

a) líquida	c) firme
b) semi-pastosa	d) ressecada

3.3. Uso de medicamentos

a) laxativos	c) outros
b) antidiarréicos	d) nega

4. INCONTINÊNCIA FECAL

[Sr(a) apresenta perda de fezes nas roupas sem perceber?]

4.1. Frequência

a) todos os dias	d) 2 a 3 x por semestre
b) 2 a 3 x por semana	e) 2 a 3 x por ano
c) 2 a 3 x por mês	f) nega

4.2. Duração

a) menor que 6 meses	d) de 2 a 5 anos
b) de 6 meses a 1 ano	e) maior que 5 anos
c) de 1 a 2 anos	

ANEXO B - Escala de Eventos Vitais

Assinale os eventos que ocorreram no último ano:

- ( ) Morte do cônjuge
- ( ) Separação
- ( ) Casamento
- ( ) Morte de alguém da família
- ( ) Gravidez
- ( ) Doença na família
- ( ) Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa
- ( ) Nascimento na família
- ( ) Mudança de casa
- ( ) Mudança de escola
- ( ) Reconciliação matrimonial
- ( ) Aposentadoria
- ( ) Perda do emprego
- ( ) Mudança no trabalho (favorável ou desfavorável)
- ( ) Dificuldades com a chefia
- ( ) Reconhecimento profissional
- ( ) Acidentes
- ( ) Perdas financeiras
- ( ) Dificuldades sexuais
- ( ) Problemas de saúde
- ( ) Morte de um amigo
- ( ) Dívidas
- ( ) Mudança de hábitos pessoais
- ( ) Mudança de atividades recreativas
- ( ) Mudanças de atividades religiosas
- ( ) Mudanças de atividades sociais

ANEXO C - Inventário de estratégias de enfrentamento (*Coping*) - Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação

- 0 não usei essa estratégia
- 1 usei um pouco
- 2 usei bastante
- 3 usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal	0	1	2	3
17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3

34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri, ou fiz exercícios	0	1	2	3

Adaptado por Savoia *et al.* (1996) do original de Folkman & Lazarus (1985)

ANEXO D - Aprovação do Comitê de Ética

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 16 de março de 2004

Ofício nº 611/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA E EVENTOS ESTRESSORES E ESTILOS DE ENFRENTAMENTO EM PORTADORES DE DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 175ª Reunião Ordinária realizada em 15/03/2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 2311/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ELAINE CRISTINA BERTUSO
Depto. de Clínica Médica
Em mãos

ANEXO E – Pontuações da escala original de Holmes e Rahe (1967)
Escala de reajustamento social

Assinale os eventos que ocorreram no último ano :

1. Morte do cônjuge	100
2. Divórcio	73
3. Separação do casal	65
4. Prisão	63
5. Morte de alguém da família	63
6. Acidentes ou doenças	53
7. Casamento	50
8. Perda do emprego	47
9. Reconciliação com o cônjuge	45
10. Aposentadoria	45
11. Doença de alguém da família	43
12. Gravidez	40
13. Dificuldades sexuais	39
14. Nascimento de criança na família	39
15. Mudança no trabalho	39
16. Mudança na sua condição financeira	38
17. Morte de um amigo íntimo	37
18. Mudança na linha de trabalho	36
19. Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	35
20. Compra de casa de valor alto	31
21. Término de pagamento de empréstimo	30
22. Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23. Saída de filho (a) de casa	29
24. Dificuldade com a polícia	29
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	28
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27. Começo ou abandono dos estudos	26
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25
29. Mudança de hábitos pessoais	24
30. Dificuldade com o chefe	23
31. Mudança no horário de trabalho	20
32. Mudança de residência	20
33. Mudança de escola	19
34. Mudança de atividades recreativas	19
35. Mudanças de atividades religiosas	18
36. Mudanças de atividades sociais	17
37. Compra a crédito de valor médio	16
38. Mudança nos hábitos de dormir	15
39. Mudança na frequência de reuniões familiares	15

40. Mudança nos hábitos de alimentação	13
41. Férias	12
42. Natal	12
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	11

Nota obtida	Probabilidade de ter problemas de saúde
Moderada (150-119)	37%
Média (200-299)	51%
Severa (de 300 a mais)	79%

Traduzido por Lipp (1984) do original de Holmes & Rahe (1967).

ANEXO F - Pontuação do inventário de enfrentamento (SAVÓIA, 1995).

Fator	Não utiliza ou utiliza pouco	Utiliza algumas vezes	Utiliza grande parte das vezes	Utiliza quase sempre
Confronto	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	0 a 4	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Autocontrole	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte social	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação da responsabilidade	0 a 4	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga esquiva	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução do problema	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27