Álex Augusto Ribeiro Brandão

Perfil psicológico dos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais: avaliação quantitativa e qualitativa

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

Programa de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Orientador: Prof. Dr. José Marcio Neves Jorge

São Paulo
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Brandão, Álex Augusto Ribeiro
Perfil psicológico dos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais : avaliação quantitativa e qualitativa / Álex Augusto Ribeiro Brandão. -- São Paulo, 2011.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Cirurgia do Aparelho Digestivo.
Orientador: José Marcio Neves Jorge.

Descritores: 1.Psicologia médica 2.Constipação intestinal 3.Incontinência anal 4.Dor anorretal 5.MMPI

USP/FM/DBD-220/11

À Miteze Maria Ribeiro Brandão e Jobe Januário Brandão, meus pais, pela presença constante em minha vida. Pelo incentivo afetivo e material. Por partilharem minhas alegrias e decepções. Pelos ensinamentos que são a bússola para minhas escolhas.

À minha irmã, Fabiane, pelo carinho e pelo empenho em me fazer sorrir melhor.

Aos meus avôs, pelos valores e pelas histórias. Pessoas iluminadas que com muita generosidade contribuem para o meu crescimento constante.

Aos meus amigos, sobre tudo à Juliana Piran. Por todas as conversas sempre ilustrativas, por dividir comigo minhas desventuras e por se alegrar com minhas conquistas.

Ao Rafael, meu analista. Pelas incontáveis queixas nunca atendidas, mas sempre compreendidas. Por todas as intervenções que me ensinaram que a luta é mesmo comigo.

E, finalmente aos meus exemplos de carinho e sabedoria:

À Jacira Sueli Brandão, querida tia. Nossas risadas e brincadeiras fazem parte das minhas mais doces memórias.

Ao querido tio Agostinho Leite Botelho, com seus comentários repletos de acidez me ensinou a valorizar detalhes imperceptíveis, chamando minha atenção para que eu nunca me esqueça que “todas as conquistas da vida são glórias efêmeras”.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. José Marcio Neves Jorge, meu carinho, respeito e admiração pela dedicação que é a base para suas atividades profissionais. Meus sinceros agradecimentos por estimular meu amadurecimento e por me incentivar a trilhar os caminhos do conhecimento.

Ao Departamento de Gastroenterologia, em particular ao Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP, que proporcionou condições necessárias para a realização deste trabalho.

À psicóloga Cynthia Nunes de Freitas Farias, pela disponibilidade em colaborar na fase inicial deste trabalho.

À Ana Lúcia Sampaio Barreto, por me ouvir e ajudar nas indagações na elaboração do projeto de pesquisa.

À Letícia Tiemi Takuschi, minha querida e fiel amiga. Por me emprestar sua experiência me auxiliando na árdua tarefa de conferir os resultados.

À Dra. Mara Cristina de Souza de Lúcia, Diretora da Divisão de Psicologia pelas inúmeras e valiosas contribuições na banca de qualificação.

Às professoras Maria Fernanda B. L. Trigo Bumlai, Ilze Maria da Costa, Daniela Freire e Luiza Rios Ricci Volpato educadoras exemplares, que estimularam minhas questões sem oferecer respostas, mas apresentando possibilidades infinitas para os meus anseios. Obrigado por acreditarem em mim, obrigado pelas aulas conduzidas de forma brilhante. Muito obrigado pela influência decisiva no meu percurso acadêmico.

À Dra Nádia Ricci Guilger pelo convívio produtivo, pela amizade, companheirismo e pela alegria ao longo deste trabalho.

À Dra Sonia Penteado pela receptividade e gentileza na construção da casuística.

Às secretárias Fabiana Renata Soares, Myrtes Freire de Lima Graça e Vilma de Jesus Libério pelo acolhimento carinhoso e pela paciência.

À Sra Marta Regina Rodrigues, pelo auxílio na pesquisa bibliográfica.

Às auxiliares de enfermagem Maria das Dores, Cláudia Osório, Lucy Maria, Valdenice e Valquíria pela disponibilidade e o auxílio durante o atendimento aos pacientes.

Á Valéria Baltar e João Ítalo pela incansável tarefa de me ajudar nos estudos estatísticos dos resultados.

Aos amigos da Divisão de Psicologia por colaborarem na minha formação.

Aos amigos Deise Cristina Vilani, Isabel Nely Bandeira de Figueiredo, Lia Cristina Lordelo Reis, Roberta De Camillis, Vanessa Mosseri Caldeira, Marcos de Almeida Sá, Fabiano Silos Reis e Gustavo Polido Freitas. Obrigado pela contribuição indireta nesta etapa da minha vida.

E, especialmente, aos pacientes. Muito obrigado.

“Sonho que se sonha só

É só um sonho que se sonha só

Mas sonho que se sonha junto é realidade”.

Raul Seixas – Prelúdio.

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

- Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver).

- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. Freddi, Maria F.Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação.

- Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals in Indexed in Índex Medicus*.

Brandão AAR. Perfil psicológico de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais: avaliação quantitativa e qualitativa [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

Introdução: Os distúrbios funcionais colorretoanais, frequentemente representados por constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal apresentam alta prevalência na população geral. De etiologia multifatorial onde estão envolvidas causas orgânicas, funcionais, culturais e psicológicas. Dados bibliográficos apontam que a depressão, a ansiedade e o estresse estão entre os fatores psicológicos mais presentes nesse grupo de pacientes. Representam um desafio para abordagem gerando impacto significativo na qualidade de vida.

Objetivo: Este estudo prospectivo teve como objetivo avaliar o perfil de psicológico de pacientes com distúrbios funcionais colorretais: constipação intestinal crônica (CIC), incontinência anal (IA) e dor anal (DA), utilizando uma versão reduzida, mais aplicáveis do MMPI, o MMPI- IRF (*Minnesota Multiphafic Personality Inventory – Improved Readability Form*).

Métodos: Um total de 90 pacientes, sendo 30 de cada grupo sintomático, CIC, AI e DA, respectivamente, e 60 indivíduos controle foram avaliados. Todos os grupos foram igualmente distribuídos por sexo. Os dados foram obtidos através de semi-dirigidas e MMPI-IRF, que consiste de 167 propostas divididas em quatro escalas de validade ("não posso dizer ", mentira, defensividade) e 10 escalas clínicas (hipocondria, depressão, histeria, desvio- psicopático, masculinidade e feminilidade , paranóia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania e introversão-extroversão social). O estudo estatístico incluiu o teste ANOVA, Belferroni e exato de Fisher sendo considerados significativos quando os calores de $p<0,05$.

Resultados: A média de idade os valores foram 48, 52, 49 e 43 anos para o CIC, IA, DA e grupos de controle, respectivamente. O IA se destacou por apresentar menor escolaridade 36% nao concluíram o 1° grau. Quanto aos antecedentes psiquiátricos DA obteve maior porcentagem de pacientes que já estiveram em tratamento psiquiátrico (43%). O início da depressão precedeu o início da queixa funcionais em 36% dos pacientes do CIC, mas em apenas 20% e 23%, respectivamente, IA e pacientes DA.
Os escores de depressão, hipocondria e histeria escalas foram significativamente maiores em todos os grupos de pacientes quando comparados aos indivíduos do grupo controle.

Conclusão: As elevações nas escalas hipocondria, depressão e histeria são indicativos que os sintomas funcionais colorretoanias são mecanismos de defesa que atuam protegendo os indivíduos da ansiedade e da depressão excessivos. Confirmando a importância de combinar a abordagem psicológica aos cuidados médicos convencionais desses pacientes.

Descritores: Psicologia médica, Constipação intestinal, Incontinência anal, Dor anorretal, MMPI.

Brandão AAR. Psychological profile of patients with colorectal funcional disorders: a quantitative and qualitative approach [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011.

Introduction: The functional colorectal disorders frequently represented by constipation, anal incontinence and anorectal pain with a high prevalence in the general population. The multifactorial etiology which are involved in organic, functional, cultural and psychological. Bibliographic conclusions suggest that depression, anxiety and stress are among the psychological factors present in most of this patients. Represent a challenge to approach generating significant impact on quality of life..

Objective: This prospective study aimed to evaluate the psychological profile of patients with colorectal functional disorders: chronic idiophatic constipation (CIC), anal incontinence (AI) and chronic idiopathic rectal pain (CIRP), using a reduced version, the MMPI more applicable, the MMPI- IRF (Minnesota Multiphafic Personality Inventory-Improved Readability Form).

Methods: A total of 90 patients, 30 of each symptomatic group, CIC, AI and CIRP, respectively, and 60 control subjects were evaluated. All groups were equally distributed by gender. Data were obtained through semi-directed interviews and MMPI-IRF, which consists of 167 proposals divided into four scales of validity ("I can not say," lie, infrequency, defensiveness) and 10 clinical scales (hypochondriasis, depression, hysteria, psychopathic deviate, masculinity- femininity, paranoia, psychaesthenia, schizophrenia, mania, and social introversion-extroversion). Statistical analysis included ANOVA, Fisher's exact and Belferroni were considered significant when the heats of $p < 0.05$.

Results: Mean age values were 48, 52, 49 and 43 years for the CIC, AI, CIRP and control groups, respectively. The AI was noted for 36% less education have not completed a degree. The psychiatric history's got higher percentage of patients who have been in psychiatric treatment (43%). The onset of depression preceded the onset of functional complaints in 36% of patients in the CIC, but in only 20% and 23%, respectively, and AI patients. The scores of depression, hypochondria and hysteria scales were significantly higher in all patient groups compared to control subjects.

Conclusion: The elevations on the scales hypochondria, depression and hysteria are indicative that the colorectal functional symptoms are defense mechanisms that act to protect individuals from excessive anxiety and depression. Confirming the importance of combining a psychological approach to conventional medical care for these patients.

Descriptors: Medical psychology, Constipation, Anal incontinence, Anorectal pain, MMPI

Sumário

1. Introdução **10**

2. Objetivo **17**

3. Métodos **18**

3.1 Casuística 18

3.2 Critérios de inclusão 18

3.2.1 Grupo de pacientes com constipação intestinal 18

3.2.2 Grupo de pacientes com incontinência intestinal 19

3.2.3 Grupo de pacientes com dor anorretal 19

3.2.4 Grupo controle I 20

3.2.5 Grupo controle II 20

3.3 Critérios de exclusão 20

3.4 Instrumentos 21

3.4.1 Entrevista semi- dirigida 21

3.4.2 MMPI-IRF 21

3.4.2 Análise estatística 26

4. Resultados **27**

4.1 Dados Demográficos 27

4.2 Dados do MMPI-IRF 35

5. Discussão **44**

6. Conclusão **59**

7. Perspectiva **60**

8. Referências **61**

1- Introdução

Os distúrbios funcionais colorretoanais, frequentemente manifestados através dos sintomas de constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal, representam desafio na prática clínica devido à elevada prevalência, ao elevado impacto na qualidade de vida e à etiologia complexa e multifatorial.

Ao surgimento dos sintomas, são atribuídas causas orgânicas, funcionais, dietéticas, comportamentais, culturais e psicológicas. Os fatores psicológicos vêm recebendo atenção cada vez maior da literatura, a partir de evidências demonstrando relação de mútua influência entre corpo e psiquismo. [1, 2, 3]

Segundo estudos populacionais, a constipação intestinal e a incontinência anal correspondem aproximadamente a 15% e 5%, respectivamente. [5,6] Devido a sua prevalência na população geral, estes sintomas configuram-se como problema de saúde pública, uma vez que respondem por grande parte das consultas em clínicas e serviços especializados. Embora sem dados estatísticos mais consistentes, a dor anorretal idiopática também representa frequente indicação de investigação funcional anorretal. [7] Além disso, é provável que esses dados sejam subestimados, devido ao estigma social que dificulta a procura de cuidados médicos e o convívio social. [8, 9, 10, 11]

Esses distúrbios também representam sérios prejuízos econômicos, tendo em vista que muitas vezes resultam em absenteísmo no trabalho e influenciam na incapacidade para o exercício de suas funções. Estima-se que nos Estados Unidos, os distúrbios funcionais gastrointestinais sejam responsáveis pelo gasto anual de 25 bilhões de dólares em decorrência de custos com o sistema de saúde. [12,13] Aliás, o fator financeiro é o grande responsável pelas inúmeras campanhas publicitárias que vêem, nessa parcela da população, mercado consumidor promissor onde são investidos

milhões em pesquisas e lançamentos de produtos que prometem devolver o bem-estar através do bom funcionamento do intestino.

Embora o conceito de constipação intestinal ainda seja motivo de controvérsia, os critérios de Roma, atualmente em sua terceira revisão, serviram para padroniza-lo[14]. Levando em consideração tanto a baixa frequência de evacuações quanto a presença de distúrbios relacionados à dificuldade evacuatória, os critérios de Roma uniformizaram esta conceituação, de forma a permitir melhor comparação de resultados. A constipação intestinal é um sintoma característico proeminente em pacientes com depressão, anorexia nervosa, perda de peso, distúrbios de sono, fadiga e diminuição da libido.[15,16,17] Muitos desses pacientes são rotineiramente classificados como insatisfeitos e que utilizam de sua condição para chamar atenção e podem manipular o profissional da área médica.[18,19]

Keighley e Willians [20] observaram que pacientes constipados admitidos para tratamento cirúrgico possuem grau de depressão maior que os pacientes não constipados. Pacientes com altos níveis de ansiedade e depressão, demonstrados em testes de avaliação psicológica, tendem a apresentar piores resultados após o tratamento cirúrgico.[21,22,23,24]

A incontinência anal ou perda da capacidade de conter as fezes e gazes, é uma condição que, além de ser relativamente comum, também apresenta aspectos controversos relacionados à definição, incidência, classificação e tratamento. [25] A fisiopatologia é complexa e envolve a alteração de um ou mais mecanismos, incluindo a motilidade intestinal e consistência das fezes, sensibilidade do reto e canal retal, capacidade e complacência do reto, ângulo anorretal e função do aparelho esfincteriano.[26,27,28]

Apesar de constituir distúrbio que não ameaça a vida, a incontinência anal atinge o indivíduo física e psicologicamente, resultando em incapacidade física, isolamento social e perda da capacidade produtiva para o trabalho. [29 30,31] O isolamento progressivo do indivíduo, as alterações da imagem corporal, auto-estima e identidade e a alienação dos amigos e familiares resultam em impacto psicológico devastador que compromete significativamente a qualidade de vida dos pacientes. [32,33,34]

A dor anorretal crônica idiopática representa indicação freqüente de investigação com os métodos de fisiologia anorretal, sobretudo a manometria anorretal e a ultrassonografia endoanal e a videodefecografia. No entanto mesmo com a disponibilidade mais recente destes métodos, a maioria dos pacientes permanecem sem diagnóstico etiológico. [35,36] Rodrigues e colaboradores[37] afirmam que embora a dor anorretal idiopática ou "funcional" encontra-se frequentemente associada a alterações psicossomáticas e sintomas como ansiedade e depressão estão geralmente presentes. Embora não se trata de doença grave ou incapacitante, a dor anorretal crônica idiopática é de difícil tratamento, podendo estes pacientes se beneficiar da abordagem multidisciplinar, incluindo a psicoterapia.

Parte considerável da população atendida nos ambulatórios de gastroenterologia sofre devido aos distúrbios funcionais colorretais, no entanto são poucos os estudos que oferecem compreensão sobre o funcionamento psíquico desses pacientes. Dentre eles destacam-se dois trabalhos que utilizaram metodologia quantitativa, o instrumento de avaliação denominado MMPI (*Minnesota Multiphafic Personality Inventory* –MMPI). Em 1989, Devroede e colaboradores[38] avaliaram pacientes com constipação intestinal e inércia colônica, e pacientes com artrite reumatóide e artrite degenerativa. Estes autores concluíram que em duas escalas clínicas do MMPI, histeria e hipocondria houve elevações significativas acima do padrão de normalidade. Este achado demonstra que a

constipação intestinal com transito colônico lento é mais que um sintoma físico, faz parte de um conjunto de fatores protetores contra depressão e ansiedade excessivos. O segundo estudo, também com o emprego do MMPI, realizado em 1993 por Heymen e colaboradores[39] teve como objetivo a avaliação do perfil de personalidade em pacientes com constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal crônica. Estes autores encontraram nos pacientes com constipação intestinal e dor anorretal crônica, a chamada "tríade neurótica" que consiste na elevação das escalas Hipocondria, Depressão e Histeria, indicativa de somatização como mecanismo de defesa.

Os estudos citadas demonstram a eficácia do MMPI como instrumento de avaliação, desenvolvido nos anos 30 e publicado em 1942, por S. Hathaway e C. McKinley[40]. O MMPI era inicialmente utilizado na identificação de desordens psiquiátricas. Revisto e atualizado, o MMPI é atualmente concebido, definido e utilizado como "teste clínico" de abrangência mais ampla. O MMPI, em sua versão original ou nas formas atualizadas ou reduzidas, é o instrumento mais utilizado em todo mundo na avaliação do perfil psicológico de diferentes afecções[41]. O sucesso elevado deste teste deve-se, em grande parte, pelo seu valor em diversos aspectos, incluindo psiquiátrico e forense, e de fornecer, de forma confiável, aquilo que seus defensores definem como "medida objetiva da personalidade". Mais especificamente, o MMPI provê elementos sobre problemas psicológicos, sintomas psicopatológicos e outras características do indivíduo, recorrendo a uma linguagem clínica muito útil no contexto da avaliação-intervenção.

Esse inventário está preparado para avaliar objetivamente algumas das principais características de personalidade que afetam o critério pessoal e social. Uma das vantagens deste instrumento são as escalas multidimensionais divididas em 4 escalas de validade (dúvida, mentira, erro, "não sei dizer") e 10 escalas clínicas (hipocondria,

depressão, histeria, desvio psicopático, masculinidade-feminilidade, paranóia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania, introversão-extroversão social).

Apesar disso, sua pertinência e validade vêm sofrendo duras críticas por parte de alguns autores.[41] Essas críticas derivam, de forma direta ou indireta, da linha de investigação iniciada com os trabalhos de Nisbett e Wilson [42] que coloca em xeque a existência de um verdadeiro acesso introspectivo aos processos cognitivos superiores, argumentando que, mesmo que o acesso introspectivo ocorra, não é suficiente para produzir respostas adequadas acerca do papel de alguns elementos ou estímulos críticos nas respostas às questões formuladas. No entanto, a maioria dos autores considera o MMPI como instrumento de grande utilidade, daí o empenho em estratégias complementares, para obter resultados mais consistentes e válidos. [43]

O MMPI enquadra-se no que denomina genericamente de medidas de auto-relato, em que as informações são recolhidas a partir dos relatos, respostas ou escolhas do indivíduo, relacionadas ao seu comportamento, atitude e valores. Este tipo de medida ou instrumento passa por sucessivas melhorias em termos de metodologia para sua construção, administração, codificação, análise estatística e interpretação. Assim como nos testes de auto relato, o MMPI é suscetível a ser falseado pelo sujeito, por isso seus autores desenvolveram as escalas de validade. Estas escalas visam identificar os indivíduos que, por exemplo, respondem de forma aleatória às questões, “mentem” deliberadamente na sua resposta, ou, a partir de certa altura, por efeito da fadiga, começam a responder “sem pensar”. Com a incorporação destas escalas de validade, tornou-se mais difícil falsear o resultado do MMPI do que na maioria dos instrumentos de auto-relato. [43,44]

A maior desvantagem do MMPI é a morosidade da sua administração, codificação e interpretação. Uma vez que é composto por 550 itens de respostas

verdadeiro/falso, o MMPI pode demandar período de mais de uma hora de aplicação. Em decorrência do longo tempo de aplicação, desde a publicação do MMPI várias tentativas vêm sendo feitas para encurtá-lo através da utilização de um ou mais dos seguintes aspectos: eliminação dos itens não apurados nas escalas básicas; diminuição do número de escalas de avaliação; e redução do número de itens componentes de cada escala, com posterior aplicação de sofisticados métodos estatísticos para estimar os escores que seriam obtidos se o inventário fosse aplicado na íntegra.[44,45]

O grau de escolaridade é também um ponto a ser considerado na aplicação MMPI. Embora as modificações em sua forma reduzida tenham favorecido a aplicação em indivíduos menos escolarizados, vários autores apontam a necessidade de escolaridade básica exigida para a auto-aplicação da versão clássica do teste, a saber, sexta série do sistema de ensino norte-americano que corresponde à oitava série do primeiro grau no Brasil.[41,46]

Sob esses aspectos fundamentais na aplicação do MMPI residem os argumentos básico no estudo e desenvolvimento das versões reduzidas. De fato, pesquisas tendem a encurtar o tempo e incluir a população de baixa escolaridade, muitas vezes excluídas por outros instrumentos. Favorecendo que inúmeros autores se empenhem nesse objetivo, entretanto, segundo Striener e Miler [47] são três os estágios que os pesquisadores enfrentam nesse processo: o primeiro trata-se de uma euforia inicial quanto às altas correlações encontradas entre as formas reduzidas e a padrão; em seguida um rápido desenvolvimento na fase de comparação de perfis individuais, geralmente utilizando amostras não patológicas; e por último a morte precoce quando a forma reduzida é transposta para o uso clínico com pacientes psiquiátricos internos.

Em geral, o desenvolvimento de uma redução vem em resposta à insatisfação perante as limitações de uma forma anterior, desta forma os objetivos de uma forma

reduzida são sempre os mesmos, ou seja, constituir-se como instrumento de avaliação relativamente rápido, que guarde a mesma eficiência clínica e estatística do seu genitor.[48]

De acordo com Barbieri [41] o desenvolvimento da forma IRF *(Improved Readability Form)* do MMPI por Ward e Selby em 1980 apesar de compartilhar das mesmas preocupações anteriores, esses autores acrescentaram a elas o intuito de elaborar uma abreviação que ampliasse a faixa populacional passível de submeter-se ao MMPI. Assim, o IRF seria aplicável a sujeitos de baixo grau de instrução ou não alfabetizados, com habilidades verbais prejudicadas, nível de leitura empobrecido ou apresentando deficiências no plano cognitivo.

Em países em desenvolvimento, parte considerável da população encontra-se as margens do sistema educacional, sendo frequentemente os estudos abandonados antes da conclusão do primeiro grau. [47] Assim, os profissionais em saúde mental não podem se valer de um instrumento aperfeiçoado e pesquisado como MMPI devido ao grau de escolaridade exigido. [49] Portanto, a proposta do MMPI-IRF é bastante interessante para países como o Brasil.

As características levantadas fazem do MMPI-IRF um instrumento valioso no estudo de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais em nosso meio, pois pode ser aplicado em maior número de indivíduos, incluindo os de baixa escolaridade e por se tratar de uma versão reduzida, o tempo empregado na execução da avaliação é menor. Porém não existem na literatura, dados sobre o emprego deste instrumento nos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais.

2- Objetivo

O objetivo deste trabalho foi avaliar quantitativamente e qualitativamente o perfil psicológico de pacientes caracterizados com sintomas de constipação intestinal, incontinência anal e dor anal.

3- Métodos

3.1 - Casuística

Este estudo prospectivo foi realizado no ambulatório de Fisiologia do Cólon, Reto e Ânus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A amostra, heterogênea, aleatória e pareada de pacientes diagnosticados com distúrbios funcionais do cólon, reto e ânus crônicos, idiopáticos e refratários foi composta de 30 pacientes em cada grupo de sintoma: constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal. Como grupo controle foram estudados 60 pacientes divididos em 2 grupos, o grupo I composto por indivíduos assintomáticos, representados por auxiliares e técnicos de enfermagem; o grupo II de pacientes da instituição, sem transtornos intestinais e com diagnóstico de colelitíase sem complicações da doença. Em cada grupo foram distribuídos 15 mulheres e 15 homens.

A cada sujeito foi explicado os objetivos da pesquisa, o tempo aproximado para responder o questionário de avaliação e o caráter sigiloso e voluntário da pesquisa. Os sujeitos foram também informados da não obrigatoriedade da participação na pesquisa, e esclarecidos que a não participação não interferiria da continuidade do tratamento médico. Após as explicações e para aqueles que concordaram, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP e da CAPPEQ) .

3.2 - Critérios de Inclusão

3.2.1 - Grupo de pacientes com constipação intestinal

Neste grupo foram incluídos pacientes portadores de constipação intestinal idiopática crônica com causa funcional diagnosticada.

Como definição do sintoma, foram adotados os critérios de Roma III, ou seja, considerou-se como constipado o paciente que apresentou dois ou mais dos sintomas abaixo relacionados, em mínimo de 25% das evacuações, referidos por pelos menos três meses no último ano. [14]

- Menos de três evacuações por semana;
- Esforço ao evacuar;
- Presença de fezes endurecidas ou fragmentadas;
- Sensação de evacuação incompleta;
- Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação;
- Manobras manuais para facilitar as evacuações.

Todos os pacientes tinham etiologia funcional diagnosticada em investigação prévia, incluindo manometria, defecografia e tempo de trânsito colônico. Foram incluídos pacientes com inércia colônica e/ou distúrbio evacuatório diagnosticados com os exames acima mencionados.

3.2.2 - Grupo com incontinência anal

Neste grupo foram incluídos pacientes que apresentaram, em sua história, perda de fezes e/ ou gases que se caracterizam por sintoma funcional, onde o diagnóstico foi confirmado com base no quadro clínico e do índice de incontinência anal. [25]

3.2.3 - Grupo com dor anal

Pacientes que apresentaram dor anorretal crônica idiopática em acompanhamento ambulatorial. Foram incluídos pacientes com sintomas sem etiologia pela investigação diagnóstica convencional, incluindo exame proctológico, colonoscopia e/ou enema opaco e exames de imagem da pelve (ultrassonografia e/ou

tomografia computadorizada da pelve). Todos os pacientes foram submetidos à investigação funcional, incluindo manometria anorretal, sem detecção de distúrbios de causas específicas.

3.2.4 - Grupo controle I

Foram incluídos neste grupo indivíduos adultos hígidos, sem queixas de alterações do hábito intestinal ou de doenças intestinais ou anorretais. Foram convidados a participar do estudo indivíduos exercendo a função de técnicos e auxiliares de enfermagem no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3.2.5 - Grupo controle II

Neste grupo foram convidados a participar do estudo pacientes adultos com diagnóstico de colelitíase em acompanhamento no Ambulatório de Vias Biliares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes sem queixa de alteração do hábito intestinal ou de doenças intestinais ou anorretais.

3.3 - Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram:

- Distúrbios cognitivos que dificultassem a compreensão das proposições do inventário.

- Transtornos psiquiátricos graves, tendo em vista que alguns itens do teste podem desencadear a manifestação aguda do sintoma.

- Apresentar condições que impeçam a comunicação verbal, deficiência visual e/ou auditiva graves.

- Extremos de idade, ou seja, pacientes com menos de 18 anos e mais de 79 anos.

3.4 - Instrumentos

3.4.1 - Entrevista semi-dirigida.

O objetivo desta entrevista foi o de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família e rede social). Esta forma de abordagem permite o levantamento de informações, a partir das quais se torna possível relacionar eventos e experiências, fazer interferências, e estabelecer conclusões e tomar decisões. Além disso, a entrevista semi-dirigida permite testar os limites de aparentes contradições e de tornar as características indicadas pelos instrumentos padronizados mais explícitas.

3.4.2 MMPI – IRF (*Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – Improved Readability Form*)

O instrumento é composto de quatro escalas de validade, que contribuem por duas maneiras à compreensão da pessoa examinada. Servem como instrumento de validade para as escalas clínicas, indicando a atitude que o examinando tomou e ao mesmo tempo, revelando certos aspectos de sua personalidade. Estas escalas se referem principalmente à atitude do sujeito ao responder o questionário. Esta atitude está baseada no grau de conformidade com o grupo dentro do qual funciona o sujeito, no processo de socialização e no estado mental em que se encontra. [40]

As escalas de validade são: dúvida, mentira, erro, “não sei dizer”.

- Escala “?” – dúvida. É o numero total de itens colocados na categoria “não sei dizer”. Um escore alto para essa escala invalida todos os outros resultados, contudo, seria um indicador de fator de personalidade.

- Escala L – mentira. Esta escala tem como objetivo avaliar o grau de franqueza do sujeito ao realizar o inventário. Fornece também um índice do grau em que o individuo se esforça por falsear seus resultados, escolhendo respostas que façam dele um retrato mais favorável do ponto de vista social.

- Escala F – erro. Fornece um controle da avaliação do conjunto de testes. Não é uma escala de personalidade, mas serve como um exame sobre a validade da notação, isto é, verifica se o sujeito compreendeu os itens, se cooperou e se ocorreram erros durante a resposta do sujeito ao teste.

- Escala K – correção. Utilizada como fator de correção, a fim de aumentar o poder discriminativo nas escalas clínicas. Esta escala provê medida do sujeito com relação ao teste; isto é, corrige uma tendência pouco consistente no sujeito de negar seus problemas ou de dar uma importância exagerada a pequenos problemas.

São dez as escalas clínicas: hipocondria, depressão, histeria, desvio psicopático, masculinidade-feminilidade, paranóia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania e introversão-extroversão social.

1-Hs – Hipocondria

Mede o grau de preocupação anormal com as funções corporais do indivíduo, que assim se queixa com freqüência de dores e de desordens que dificilmente podem ser identificadas e para as quais não se encontra nenhuma base orgânica definida. Exemplo de questão desta escala: Item 6 - “Estou tão capaz de trabalhar como sempre estive”.

2-D – Depressão

Esta escala mede a profundidade do complexo de sintomas conhecido como depressão: tristeza, sentido de inutilidade, pobreza de interesses e inquietação. A depressão pode ser a principal “anomalia” do sujeito, pode acompanhar outros problemas de personalidade, ou poder ser o resultado destas dificuldades psicológicas. Essa escala, associada à de Hipocondria e Histeria, distingue a maioria dos casos de neurose: é a tríade neurótica. Exemplo de questão desta escala: Item 34 - “Eu desejaria ser tão feliz quanto os outros parecem ser”.

3-Hy – Histeria

A escala Hy mede em que grau o indivíduo se assemelha aos pacientes que tenham desenvolvido sintoma de psiconeurose do tipo histeria de conversão. Tais sintomas podem ser queixas generalizadas, ou mais específicas, tais como: paralisia, espasmos, contrações, câimbras, distúrbios gastrointestinais ou sintomas cardíacos. Exemplo de questão desta escala: Item 7 - “Sinto quase sempre um nó na garganta”.

4-Pd – Desvio Psicopático

Esta escala mede a semelhança do individuo com um grupo de pessoas, cuja principal dificuldade de encontra na ausência de respostas emocionais profundas, na inabilidade de participar psicologicamente das experiências a que esta sendo submetido e no desrespeito aos costumes sociais. Exemplo de questão desta escala: Item 15 - “Parece que ninguém me compreende”.

5-Mf – Masculinidade-Feminilidade

O conteúdo desta escala aborda temas como material francamente sexual até interesses no trabalho, preocupações, temores, sensibilidade, atividades sociais, preferências religiosas e relações familiares. Sobre tudo avalia se o padrão de interessa

básico é condizente ou não com o sexo do sujeito. Exemplo de questão desta escala: Item 99 - “Gosto muito de caçar”.

6-Pa – Paranóia

Esta escala derivou do contraste entre pessoas normais e grupo de pacientes clínicos que se caracterizam pela desconfiança, hipersensibilidade e delírios de perseguição. Exemplo de questão desta escala: Item 18 -“Às vezes maus espíritos se apoderam de mim”.

7-Pt – Psicastenia

Esta escala mede a semelhança do indivíduo com pacientes psiquiátricos perturbados por fobias ou comportamento obsessivo-compulsivo. O comportamento compulsivo tanto pode ser explícito (excessiva lavagem das mãos), como implícito (incapacidade de escapar a pensamentos fúteis ou idéias obsessivas). As fobias incluem todos os tipos de medos irracionais, como também a reação exagerada a estímulos razoáveis. Uma tendência psicastênica pode ser manifestada como uma depressão fraca. Exemplo de questão desta escala: Item 98 - “Frequentemente surpreendo-me preocupado com alguma coisa”.

8-Sc – Esquizofrenia

Nesta escala se avalia a semelhança das respostas dos sujeitos com as de pacientes que se caracterizam por pensamentos ou comportamentos bizarros e não usuais. A vida subjetiva do esquizofrênico esta separada da realidade, de tal modo que o observador não pode seguir racionalmente as mudanças de humor ou de comportamento. Exemplo de questão desta escala: Item 44: “Às vezes sinto forte impulso de fazer alguma coisas que prejudica ou choca”.

9-Ma – Hipomania

Esta escala afere o fator de personalidade das pessoas com características maníaco-depressivas do tipo maníaco, isto é, marcadas com superatividade no pensamento e na ação, ou seja, excitamento emocional e fuga de idéias. A atividade pode abranger enorme quantidade de realizações, mas frequentemente ineficientes e improdutivas. Exemplo de questão desta escala: Item 47 - "Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico mal humorado".

0-Si – Introversão-Extroversão

Esta escala visa medir a tendência do indivíduo em afastar-se do contato social. Índices elevados desta escala revelam pessoas apáticas, simples, convencionais, retiradas, quietas, sem ambição, com interesses caseiros e familiares, responsáveis e dependentes, enquanto que índices baixos demonstram indivíduos versáteis, sociais, entusiásticos, aventureiros, ativos, imaturos, ambiciosos, com iniciativa, tendendo a manipular as pessoas para obter vantagens pessoais. Exemplo de questão desta escala: Item 132: "Há períodos nos quais, sem razão especial, me sinto muito alegre".

A aplicação do MMPI-IRF nos grupos estudados foi precedida por um ensaio realizado com um grupo de 12 psicólogos voluntários visando familiarizar o aplicador com o instrumento e com a análise dos dados. Por se tratar de um inventário de avaliação reduzido (MMPI-IRF) e que pode incluir pessoas analfabetas e de baixa escolaridade, o modo de aplicação escolhido foi individual, em que o examinador leu as proposições e anotou as respostas em todos os pacientes. O tempo utilizado para completar o questionário foi medido e anotado.

3.5 - Análise Estatística

Para caracterizar a amostra estudada, os resultados são apresentados em frequência relativas (percentuais) e absolutas (N) das classes variáveis demográficas e variáveis da entrevista semi-dirigida. Quanto à variabilidade dos dados quantitativos, foram utilizadas médias, medianas, desvios-padrão e amplitude (mínimo-máximo).

Foi utilizado o teste ANOVA para análise de variância com o objetivo de verificar se existiu diferença significativa entre as médias das variáveis dos dados objetivos e subjetivos, e se ocorreu influência em alguma variável dependente. O nível de significância estatística foi fixado em 0,05 ou 5%.

Para a análise comparativa foram utilizados os testes Exato de Fisher e o teste Bonferroni, correlacionando os resultados obtidos para cada um dos domínios do MMPI-IRF nos 5 grupos estudados.

4 - Resultados

O período de estruturação e aplicação do MMPI-IRF foi de setembro de 2007 a agosto de 2010. A entrevista semi-dirigida e o MMPI- IRF, nos 90 pacientes com sintomas funcionais colorretoanais e nos 30 pacientes do grupo controle II, foram aplicados no ambulatório de Fisiologia do Cólon, Reto e Ânus. Enquanto que no grupo de 30 indivíduos do grupo controle I, formado por funcionários do Hospital das Clínicas da FMUSP, a avaliação foi realizada em suas respectivas unidades de trabalho.

A entrevista favoreceu a identificação fatores impeditivos à aplicação do MMPI- IRF. Assim duas pacientes do grupo incontinência anal foram excluídas do estudo por estarem sobre efeito de medicamentos que prejudicam a atenção e concentração funções psíquicas importantes para responder ao MMPI-IRF.

A exposição dos resultados foi dividida em dois tópicos, o primeiro contendo os dados demográficos e as queixas referidas na entrevista semi-dirigida e segundo com os levantamentos colhidos com MMPI- IRF.

4.1 – Dados Demográficos

A partir da realização da análise de variância (ANOVA) verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, que possibilitou a formação dos grupos contendo sujeitos de ambos os sexos.

4.1.1. Sexo e idade:

Todos os grupos foram distribuídos equitativamente com relação ao sexo. Os resultados com relação à idade estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos grupos segundo a idade

	Média	*Desvio Padrão*	*95% Intervalo de Confiança*		*Mínimo*	*Máximo*
			Menor	Maior		
Constipação Intestinal	48,50	15,68	42,64	54,36	21	77
Incontinência Anal	52,73	13,25	47,79	57,68	29	76
Dor anorretal	49,40	10,93	45,32	53,48	29	67
Controle I	33,73	6,49	31,31	36,16	24	49
Controle II	37,47	10,16	33,67	41,26	22	72
Total	44,37	13,73	42,15	46,58	21	77

ANOVA; p<0.05

A análise de variâncias (ANOVA) verificou que não há suposição de homogeneidade de variância e que há pelo menos um par de médias de idade diferentes. A avaliação estatística pelo Teste de Tamhane demonstrou que os grupos constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal são semelhantes assim como os dois grupos controles, entretanto existem diferenças entre os grupos com sintomas funcionais e os grupos controle, sendo que esses últimos apresentam menor média de idade ($p<0,05$).

4.1.2. Grau de escolaridade

Na tabulação dos dados sobre o nível de escolaridade foi realizada uma subdivisão em dois itens, completo e incompleto, possibilitando aglutinar as variações constatadas na entrevista.

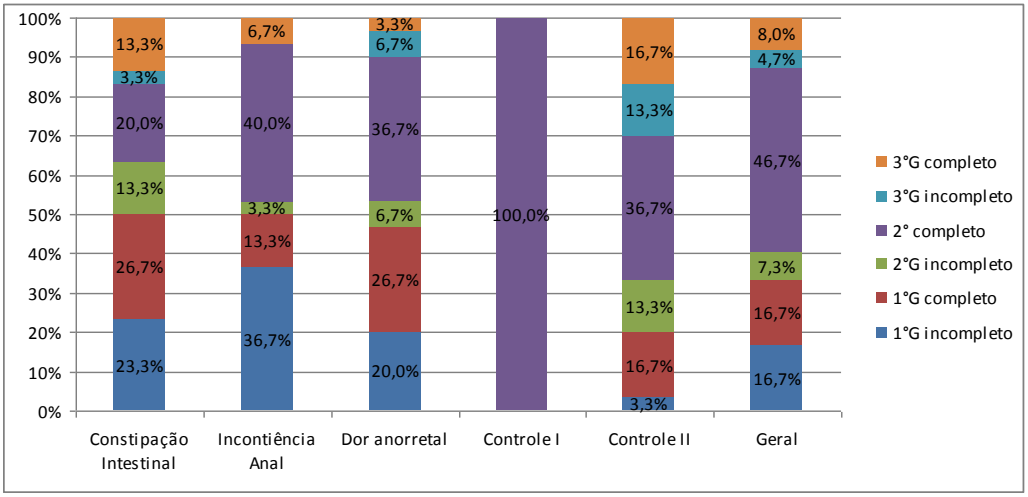
Tabela 2: Distribuição do nível de escolaridade

			1°Grau incompleto	*1°Grau completo*	*2°Grau incompleto*	*2°Grau completo*	*3°Grau incompleto*	*3°Grau completo*	
Grupo	Constipação Intestinal	N (%)	7 (23)	8 (26)	4 (13)	6 (20)	1 (3)	4 (3)	30 (100)
	Incontiência Anal	N (%)	11 (37)	4 (13)	1 (3)	12 (40)	0 (0)	2 (6)	30 (100)
	Dor anorretal	N (%)	6 (20)	8 (26)	2 (6)	11 (36)	2 (6)	1 (3)	30 (100)
	Controle I	N (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	30 (100)	0 (0)	0 (0)	30 (100)
	Controle II	N (%)	1 (3)	5 (17)	4 (13)	11 (36)	4 (13)	5 (17)	30 (100)
Total		N (%)	25 (16)	25 (16)	11 (7)	70 (46)	7 (4)	12 (8)	150 (100)

Teste Exato de Fisher; p-valor <0,001

Na análise estatística, conforme demonstra a tabela 2, utilizando o teste Exato de Fisher (p-valor <0,001) verificou-se que a relação entre escolaridade e grupo. Observa-se que há maior concentração de indivíduos com baixa escolaridade no grupo de Incontinência anal (11; 37%) evidenciado pela casela “1°G incompleto”, e por outro lado o Controle II apresentou maior nível de escolaridade (3° G completo; 17%). Constipação intestinal apresentou freqüência significativamente menor no item “2°G completo”, Controle II no item “1°G incompleto”, já no Controle I para os itens “1°G incompleto” e “1°G completo” , entretanto esse grupo apresentou excesso de freqüência em “2°G completo” onde 100% dos indivíduos com esse nível de escolaridade.

Gráfico 1: Distribuição das grupos segundo escolaridade (%)



Considerando que o "3° G completo" é a maior escolaridade, nota-se pelo gráfico 2 que o Controle II apresentou maior prevalência de indivíduos com esta escolaridade. Entretanto, no geral a escolaridade mais prevaleceu foi o "2° G completo".

4.1.3. Antecedentes Psiquiátricos

A verificação dos antecedentes psiquiátricos partiu do pressuposto que esse diagnóstico foi elaborado por um médico psiquiatra e os números relatados são de pacientes que, no momento da entrevista, já haviam finalizado o tratamento (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos grupos segundo os antecedentes psiquiátricos

			Antecedentes psiquiátricos		***Total***
			Não	Sim	
Grupo	Constipação Intestinal	N (%)	22 (73)	8 (27)	30 (100)
	Incontinência Anal	N (%)	21 (70)	9 (30)	30 (100)
	Dor anorretal	N (%)	17 (57)	13 (43)	30 (100)
	Controle I	N (%)	30 (100)	0 (0)	30 (100)
	Controle II	N (%)	23 (76)	7 (23)	30 (100)
Total		N (%)	113 (75)	37 (25)	150 (100)

teste Exato de Fisher; p-valor <0,05

Na análise comparativa entre os grupos verificou-se que o grupo Dor Anorretal apresentou maior prevalência de indivíduos com antecedentes psiquiátricos (43%), enquanto que no controle I não houve relatos deste tipo de diagnóstico. Observou-se também que não há diferenças estatisticamente significativas entres Constipação intestinal, Incontinência anal e Controle II.

4.1.4. Sintomas psicológicos mencionados nas entrevistas

Três sintomas psicológicos: depressão, ansiedade e estresse foram frequentemente relatados durante a entrevista semi-dirigida em todos os grupos estudados. Embora sem diagnóstico médico, essas variáveis foram quantificadas e estudadas estatisticamente, pois trata-se de uma classificação adotada pelo próprio paciente que faz contribuições importantes para as hipóteses levantados sobre os grupos estudados.

A depressão é uma queixa bastante comum a esse grupo de pacientes, nas entrevistas que precederam a aplicação do inventário de personalidade foi possível quantificar a presença deste sintoma psíquico nos pacientes avaliados e correlacioná-lo ao sintoma funcional conforme ilustra a tabela 4.

Tabela 4: Associação entre Depressão e o Sintoma Funcional

			Depressão				
			Não apresentaram	Antes do Sintoma	Depois do Sintoma	Não Associaram	Total
Grupo	Constipação Intestinal	N(%)	8 (27)	11 (37)	8 (27)	3 (10)	30 (100)
	Incontinência Anal	N(%)	4 (13)	6 (20)	16 (53)	4 (13)	30 (100)
	Dor anorretal	N(%)	7 (23)	7 (23)	13 (43)	3 (10)	30 (100)
	Controle II	N(%)	18 (60)	3 (10)	5 (16)	4 (13)	30 (100)
Total		N(%)	37 (31)	27 (22)	42 (35)	14 (12)	120 (100)

teste Exato de Fisher; p-valor <0,001

Utilizando o teste Exato de Fisher com o p valor <0,001 verificou-se que existe uma associação entre grupo e as respostas do sintoma de depressão . O perfil geral do

sintoma depressão não se repete quando analisadas separadamente por grupo. O grupo Constipação Intestinal destacou-se com freqüência relativa de respostas “antes do sintoma” mais elevada que o geral (38% > 22%). Já o grupo Incontinência Anal apresentou uma freqüência de respostas “depois do sintoma” estatísticamente mais elevada que o geral. O grupo Dor Anorretal, em relação ao geral, não houve diferença significativa. Quanto ao Controle II revelou prevalência de respostas “antes do sintoma” quando comparado ao geral (60%>31%).

Quanto ao sintoma auto-referido ansiedade, a classificação das respostas foi delineada correlacionando com o sintoma funcional, conforme demonstra a tabela 5.

Tabela 5: Associação entre Ansiedade e Sintoma Funcional

			Ansiedade				
			Não Apresentaram	Antes do Sintoma	Depois do Sintoma	Não Associaram	**Total**
Grupo	Constipação Intestinal	N(%)	10 (33)	12(40)	5 (17)	3 (10)	30 (100)
	Incontinência Anal	N(%)	12 (40)	8 (27)	6 (20)	4 (13)	30 (100)
	Dor anorretal	N(%)	6 (20)	9 (30)	13 (43)	2 (7)	30 (100)
	Controle I	N(%)	19 (63)	11 (37)	0 (0)	0 (0)	30 (100)
	Controle II	N(%)	14 (47)	2 (7)	4 (13)	10 (33)	13 (100)
Total		N(%)	61 (41)	42 (28)	28 (19)	19 (13)	150 (100)

teste Exato de Fisher; p-valor <0,001

Ao analisar os dados através do teste Exato de Fisher atribuindo o p valor <0,001 constatou-se que existe uma associação entre o grupo e as respostas do sintoma ansiedade, notou-se que esse perfil não se repete quando analisados separadamente, assim o grupo Dor Anorretal apresentou uma freqüência relativa das respostas “depois do sintoma”mais elevada do que o geral (43%>19%). Já o Controle I apresentou freqüência relativa de respostas “não apresentaram” mais elevada que o geral (63%>41%) e o Controle II houve menor prevalência de respostas “antes do sintoma” em comparação com o geral (7%<28%).

Com a variável estresse foi possível delimitar os fatores causadores mais referidos pelos pacientes como demonstra a tabela 6.

Tabela 6: Fatores que influenciaram na causa do estresse

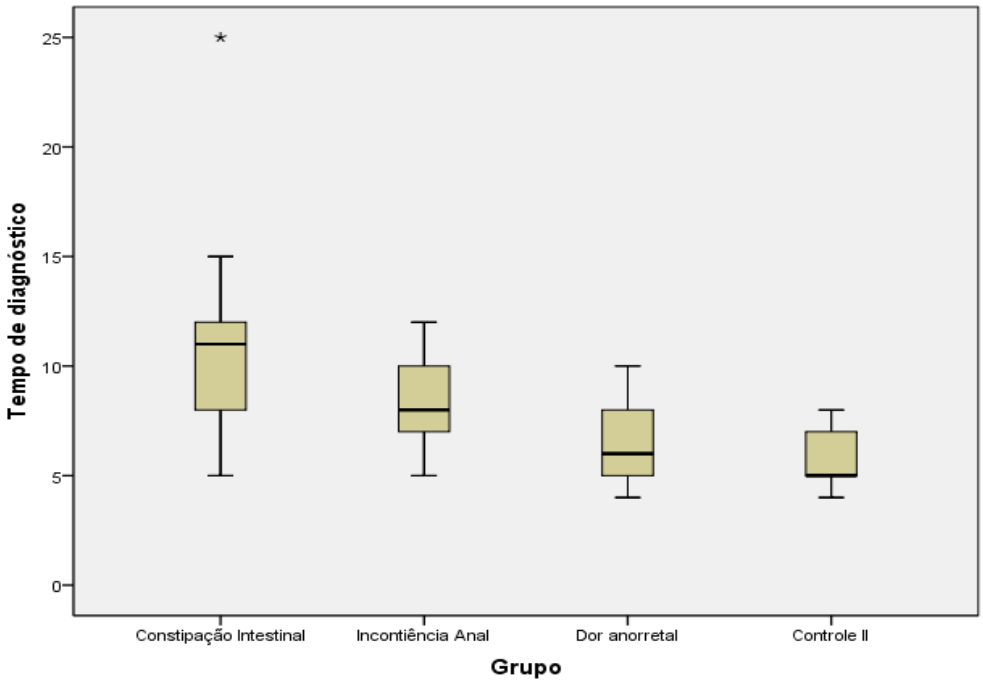
			Razões do estresse					**Total**
			Trabalho	Saúde	Família	Finanças	Outros	
Grupo	Constipação Intestinal	N(%)	12 (48)	5 (20)	2 (8)	2 (8)	4 (16)	25 (100)
	Incontinência Anal	N(%)	10 (50)	4 (20)	3 (15)	2 (10)	1 (5)	20 (100)
	Dor anorretal	N(%)	3 (10)	15 (54)	1 (4)	4 (14)	5 (18)	28 (100)
	Controle I	N(%)	16 (69)	2 (9)	1 (4)	1 (4)	3 (13)	23 (100)
	Controle II	N(%)	5 (38)	1 (8)	1 (8)	3 (23)	3 (23)	13 (100)
Total		N(%)	46 (42)	27 (25)	8 (7)	12 (11)	16 (15)	109(100)

teste Exato de Fisher; p-valor <0,001

Na tabulação e análise dos dados constatou-se que o “trabalho” foi apontado pelos indivíduos avaliados como o maior causador de estresse, sendo que o grupo que mais se referiu a este causador foi o Controle I (69%<42%) quando comparado ao geral. Já o grupo Dor Anorretal destacou- se por apresentar uma freqüência relativa de respostas no item “saúde” mais elevada que o geral (54%<25%).

Nos três distúrbios funcionais estudados e no controle II foi averiguado o tempo de diagnóstico que variou segundo o gráfico 2.

Gráfico 2: Tempo de diagnóstico (ano)

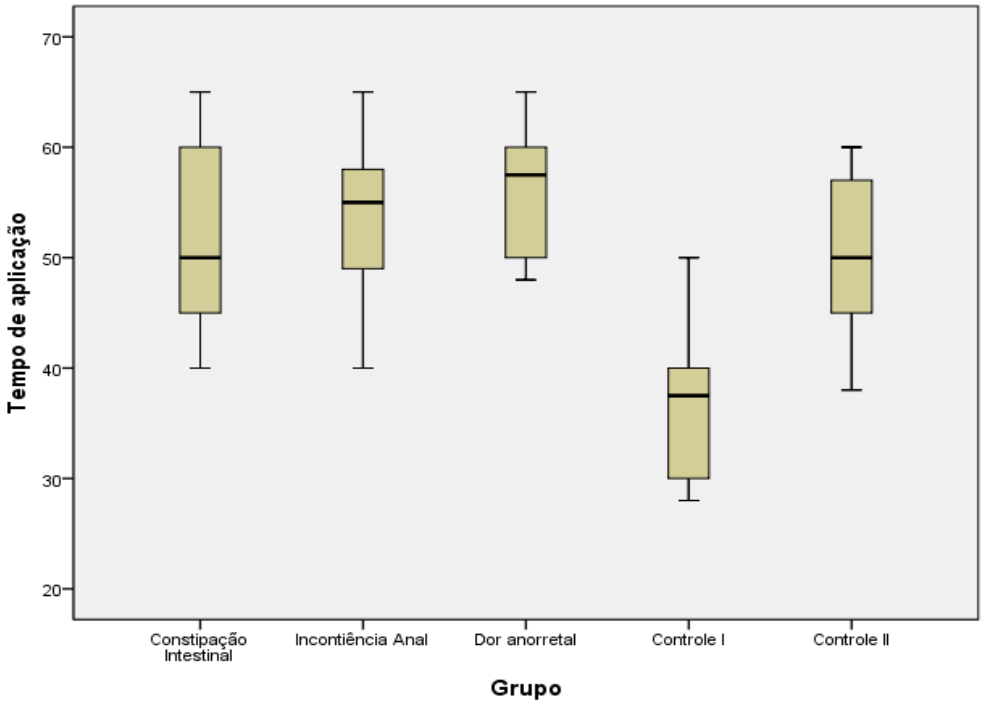


A avaliação estatística (teste de Tamhane) demonstrou, o grupo Constipação Intestinal apresentou maior média em relação ao tempo de diagnóstico se comparados

aos outros grupos, assim um dos indivíduos avaliados se destacou por apresentar o tempo de diagnóstico acima de 25 anos. Ainda foi possível notar que o Controle II apresentou a menor média registrada para esse item.

Quanto ao tempo de aplicação foi observado que o Controle I apresentou menor tempo para aplicação conforme revela o gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição dos grupos segundo o tempo de aplicação do MMPI-IRF



Na distribuição evidenciada pelo gráfico acima verifica-se o grupo Dor Anorretal utilizou maior tempo para a execução do teste, entretanto pela análise estatística não houve diferença significativa em relação ao Controle II ($p<0,70$). As semelhanças entre os grupos com sintomas funcionais são observadas quando se considera o tempo máximo (65 minutos) que cada grupo empregou na resolução do MMPI-IRF.

4.2 – MMPI – IRF

Escalas de Validade

A interação entre os grupos foi significativa a 5%, ou seja, há diferenças entre os grupos, o que permite que o estudo comparativo entre os grupos seja realizado. Desta forma o valor determinou-se significativo para esta diferença.

Para analisar os grupos tem efeitos diferentes foi realizado o cálculo da ANOVA obedecendo ao cruzamento entre os grupos e o sexo. Constatou-se que não houve diferença significativa entre os sexos do mesmo grupo, o que possibilitou a formação de grupos contento sujeitos de sexo distintos. Foram realizadas também comparação múltipla e análise de resíduo, onde foi concluído que não houve suspeita de ajuste do modelo.

Com as médias dos escores de cada grupo foi construída a tabela abaixo:

Tabela 7: Média dos escores das escalas de validade e escalas clínicas, com acréscimo de K

Escalas	**Grupo**				
	Constipação Intestinal	Incontinência Anal	Dor Anorretal	Controle I	Controle II
?	50	50	50	50	50
L	56	54	52	55	56
K	57	56	59	56	56
F	57	56	58	64	58
Hs	73	70	72	55	65
D	77	76	74	56	62
Hy	75	67	70	57	60
Pd	63	59	60	49	53
Mf	62	57	66	51	55
Pa	58	54	67	54	54
Pt	58	54	64	53	58
SC	54	51	61	48	53
Ma	60	55	56	53	55
Si	58	50	55	51	57

A análise das variações das escalas de validade representa um aspecto importante na captação dos dados, tendo em vista que após as entrevistas é o segundo fator de exclusão das avaliados, pois estas escalas indicam o grau de confiabilidade das escalas de clínicas ao atestar a atitude do examinando frente ao teste. Para tal, foi

adotado o critério de pontuação da normatização para a população brasileira, que não difere da adotada por Hathaway e Mckinley, de T >70 para uma ou mais escalas como escore limite de invalidação do perfil. Então, foram invalidados 6 protocolos de grupo de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais e 2 dos grupos controle.

Na análise quantitativa para verificar as diferenças entre os grupos, tendo sexo e interação entre sexo e grupo como variáveis de controle de efeito (co- variável) foram utilizadas ANOVA e as comparações múltiplas com o teste Exato de Fisher e Bonferroni nos casos de significativa diferença.

Desta forma, através das comparações múltiplas, a diferença entre os sexos é irrisória e a interação sexo e grupo não foram significativos. Assim a tabela abaixo foi construída tendo como base de comparação os grupos com pacientes com distúrbios funcionais e os grupos controle, divididos nas 10 escalas clínicas.

1- Hipocondria

Tabela 8: Escala Clínica hipocondria (Hs)

Escala	***Grupo***	***Média***	***Desvio- padrão***	***p-valor (ANOVA)***
Hipocondria	Constipação Intestinal	73,00	4,40	,000
	Incontinência Anal	70,67	6,16	
	Dor Anal	73,00	3,98	
	Controle I	56,43	5,94	
	Controle II	65,87	5,49	
	Total	67,79	8,14	

ANOVA; p<0,05

A análise das variâncias (ANOVA) verificou que há pelo menos um par de médias diferentes nos escores hipocondria. A avaliação estatística (teste de Bonferroni) demonstrou que para essa variável os grupos Constipação Intestinal e Dor Anal apresentaram maior média (73) e são idênticos (p<0,05), porém diferem dos outros grupos, dos quais se destacou o Controle I por apresentar menor média de escores para esta escala.

2-Depressão

Tabela 9: Escala clínica depressão (D)

Escala	*Grupo*	*Média*	*Desvio- padrão*	*p-valor (ANOVA)*
Depressão	Constipação Intestinal	77,07	2,72	,000
	Incontinência Anal	76,00	3,80	
	Dor Anal	74,07	4,40	
	Controle I	56,07	6,03	
	Controle II	62,53	5,60	
	Total	69,15	9,56	

ANOVA; p<0,05

A proximidade entre o valor das médias dos escores para a escala depressão demonstra, com a utilização da análise de variâncias (ANOVA), que existem diferenças significativas entre os grupos. Entretanto com o teste de comparações múltiplas de Tamhane, foi constatado que o grupo com sintomas funcionais colorretoanais são semelhantes entre si, diferindo dos grupos controle.

3- Histeria

Tabela 10: Escala clínica histeria (Hy)

Escala	*Grupo*	*Média*	*Desvio- padrão*	*p-valor (ANOVA)*
Histeria	Constipação Intestinal	75,03	4,36	,000
	Incontinência Anal	67,30	5,94	
	Dor Anal	70,53	8,14	
	Controle I	57,03	5,78	
	Controle II	60,07	7,50	
	Total	65,99	9,22	

ANOVA; p<0,05

A distribuição acima exposta reflete o resultado fruto da comparação entre os resultados obtidos com as médias dos escores da escala histeria. A análise de variância (ANOVA) constatou que existem diferenças entre os grupos, e para determinar quais os grupos estatisticamente diferentes foi realizado o teste de Tamhane que demonstrou que os grupos Constipação Intestinal (75) e Dor Anal (70) são semelhantes, assim como existe semelhança entre Incontinência Anal (67) e Dor Anal e, Controle I (57) e

Controle II (60). Não há semelhança estatística entre os grupos de pacientes e os grupos controle.

4-Desvio psicopático

Tabela 11: Escala clínica desvio- psicopátco (Pd)

Escala	*Grupo*	*Média*	*Desvio- padrão*	*p-valor (ANOVA)*
Desvio-psicopático	Constipação Intestinal	63,73	8,60	,000
	Incontinência Anal	59,07	11,65	
	Dor Anal	60,20	7,05	
	Controle I	49,93	9,08	
	Controle II	53,60	6,66	
	Total	57,31	9,97	

ANOVA; p<0,05

A proximidade entre as médias dos escores da escala Desvio psicopático para Constipação Intestinal (63), Incontinência Anal (59) e Dor Anal (60) demonstrou, através do teste de Tamhne (p<0,05), assim como o Controle I (49) e Controle II (53). Porém os grupos de pacientes são diferentes dos grupos controle.

5-Masculinidade-feminilidade

Tabela 12: Escala clínica masculinidade-feminilidade (Mf)

Escala	*Grupo*	*Média*	*Desvio- padrão*	*p-valor (ANOVA)*
Masculinidade-Feminilidade	Constipação Intestinal	62,90	7,92	,000
	Incontinência Anal	57,47	8,23	
	Dor Anal	66,27	8,89	
	Controle I	51,90	8,18	
	Controle II	55,67	6,76	
	Total	58,84	9,44	

ANOVA; p<0,05

Comparando-se o as médias dos escores para esta escala, foi observada a proximidade entre os resultados, porém com a análise de variância (ANOVA) conclui-se que existe pelo menos um par de médias diferentes. Assim, com o teste de comparações múltiplas de Bonferroni verificou-se que Constipação Intestinal (62) difere apenas do Controle I (51); Incontinência Anal (57) é distinto de Dor Anal (66) e Controle II (55); e Dor Anal é diferente de Incontinência Anal, Controle I e II.

6-Paranóia

Tabela 13: Escala clínica paranóia (Pa)

Escala	***Grupo***	***Média***	***Desvio- padrão***	***p-valor (ANOVA)***
Paranóia	Constipação Intestinal	58,67	7,82	,000
	Incontinência Anal	54,00	9,04	
	Dor Anal	67,13	7,45	
	Controle I	54,80	8,83	
	Controle II	54,27	6,94	
	Total	57,77	9,39	

ANOVA; p<0,05

Considerando que a análise de variância (ANOVA) demonstrou significativa diferença entre os grupos, a avaliação estatística (Teste de Bonferroni) conclui que Dor Anal é o único grupo que é estatisticamente diferente dos demais (p<0,001).

7-Psicastenia

Tabela 14: Escala clínica psicastenia (Pt)

Escala	**Grupo**	*Média*	*Desvio- padrão*	**p-valor (ANOVA)**
Psicastenia	Constipação Intestinal	58,90	4,76	,000
	Incontinência Anal	54,83	5,53	
	Dor Anal	64,50	9,50	
	Controle I	53,00	7,01	
	Controle II	58,00	5,42	
	Total	57,85	7,67	

ANOVA; p<0,05

Considerando que a análise de variância (ANOVA) demonstrou significativa diferença entre os grupos, a avaliação estatística (Teste de Tamhane) conclui que Dor Anal é o único grupo que não apresenta semelhanças estatísticas demais (p<0,001). Assim como os grupos Constipação Intestinal e Controle II (p<0,999), e Incontinência Anal e Controle I (p<0,954) não demonstraram diferenças.

8-Esquizofrenia

Tabela 15: Escala clínica esquizofrenia (Sc)

Escala	***Grupo***	*Média*	*Desvio- padrão*	***p-valor (ANOVA)***
Esquizofrenia	Constipação Intestinal	54,67	5,93	,000
	Incontinência Anal	51,20	8,76	
	Dor Anal	61,10	7,15	
	Controle I	48,73	8,30	
	Controle II	53,60	7,48	
	Total	53,86	8,57	

ANOVA; p<0,05

O grupo Dor Anal (61) se destacou por apresentar a média dos escores para a escala esquizofrenia maior que os demais. A avaliação estatística (Teste Bonferroni) demonstrou que diferenças significativas entre Dor anal (p< 0,001) e os demais grupos, observou-se também que os grupos Constipação Intestinal (p< 0,791), Incontinência Anal (p< 0,791) e Controle II (p< 1)são semelhantes.

9-Hipomania

Tabela 16: Escala clínica hipomania (Ma)

Escala	***Grupo***	*Média*	*Desvio- padrão*	***p-valor (ANOVA)***
Hipomania	Constipação Intestinal	60,77	5,80	,028
	Incontinência Anal	55,70	9,08	
	Dor Anal	56,37	8,67	
	Controle I	53,97	10,75	
	Controle II	55,13	7,33	
	Total	56,39	8,70	

ANOVA; p<0,05

Com o caçulo das médias verificou-se através da análise de variância que existe ao menos um par de médias diferentes. O Teste Tamhne para as comparações múltiplas identificou que a diferença existente é entre Constipação Intestinal, Controle I (p<0,38) e Controle II (p<0,17). Os outros grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

0-Introversão- extroversão social

Tabela 17: Escala clínca introversão - extroversão social (Si)

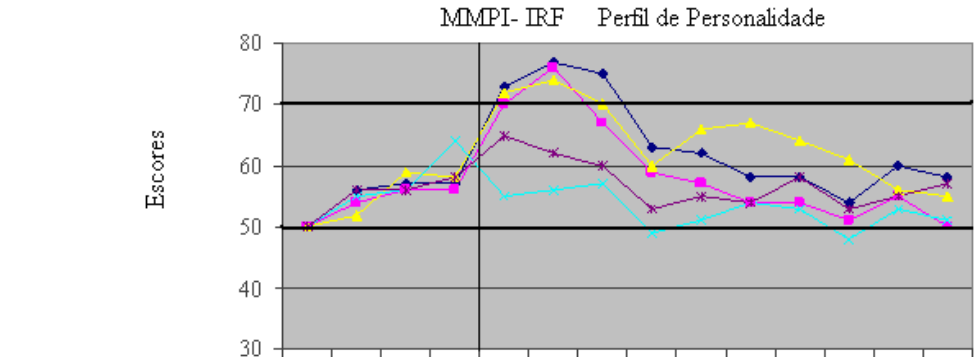
Escala	*Grupo*	*Média*	*Desvio -padrão*	*p-valor (ANOVA)*
Introversão-extroversão social	Constipação Intestinal	58,33	5,90	,000
	Incontinência Anal	50,87	6,21	
	Dor Anal	55,57	7,70	
	Controle I	51,97	5,58	
	Controle II	57,07	8,51	
	Total	54,76	7,38	

ANOVA; p<0,05

Comparando-se o as médias dos escores para esta escala, foi observada a proximidade entre os resultados, porém com a análise de variância (ANOVA) conclui-se que existe pelo menos um par de médias diferentes. Assim, com o teste de comparações múltiplas de Bonferroni verificou-se que Constipação Intestinal difere de Incontinência Anal (p<0,001) e Controle I (p<0,005); e Incontinência Anal é distinto de Controle II (p<0,006); e Dor Anal não há diferença estatisticamente significativa em relação os outros grupos.

A partir da análise dos dados das 10 escalas clínicas em que foi constatada a possível comparação entre os grupos com distúrbios funcionais e os grupos controle que resultou no gráfico 3.

Gráfico 3: MMPI – IRF Perfil de Personalidade



Grupos	?	L	K	F	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Constipação Intestinal	50	56	57	57	73	77	75	63	62	58	58	54	60	58
Incontinência Anal	50	54	56	56	70	76	67	59	57	54	54	51	55	50
Dor Anorretal	50	52	59	58	72	74	70	60	66	67	64	61	56	55
Controle I	50	55	56	64	55	56	57	49	51	54	53	48	53	51
Controle II	50	56	56	58	65	62	60	53	55	54	58	53	55	57

ANOVA; $p < 0,05$

As escalas clínicas hipocondria (Hs), depressão (D) e histeria (Hy) apresentaram maior elevação no grupo de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais atingindo escores acima de 70, ou seja, acima da normalidade (entre 50 e 70). Embora essas três escalas estivessem também elevadas no controle II, os níveis oscilaram dentro da normalidade ($50 \leq T \leq 70$).

Os grupos constipados e dor anorretal apresentaram escores dentro da elevação moderada ($60 \leq T \leq 69$) para as escala "Desvio Psicopático" (Pd) e "Masculinidade-feminilidade" (Mf), dado que não foi observado nos outros grupos.

Na escala "Paranóia" (Pa) não houve diferença entre Incontinência Anal, Controle I e Controle II, diferença também não observada em "Psicastenia" (Pt) para Constipação Intestinal e Controle II.

Quanto a "Esquizofrenia" (Sc), encontra-se maior elevação em Dor Anorretal e a menor no Controle I. "Hipomania" (Ma) não houve diferença entre Incontinência Anal e Controle II.

A escala “Introversão-extroversão” foi a única em que nenhum dos grupos ficou dentro da elevação moderada e apresentou a menor distância entre as médias dos grupos.

O grupo dor anorretal apresentou maior número de escalas clinicas na faixa de elevação moderada ($60 \leq T \leq 69$). Por outro lado, no Controle I foi o único grupo que apresentou esta elevação em uma das escalas de validade (F).

5- Discussão

Apesar da relevância do assunto, constata-se grande lacuna na literatura nacional e internacional sobre o perfil psicológico de pacientes com sintomas funcionais colorretoanais, sobretudo no que se refere a estudos controlados e com utilização de instrumentos objetivos validados. A maioria dos estudos encontrados representam inferências sobre os fatores psicológicos, frequentemente em grupos específicos como idosos e mulheres, e sem empregar métodos de pesquisa que avaliem com o rigor necessário as nuances que este tema requer. [20,21,23]

O presente estudo pesquisa tem a ambição de suprir algumas falhas, quais sejam, inclusão de homens e mulheres na mesma proporção, com idades variadas e sem excluir analfabetos. Em nosso meio, existem trabalhos que apontam para vértices distintos quando se trata da compreensão desses sintomas, entretanto é crescente o número de pesquisas que destacam o enfoque psicológico como o fator etiológico enigmático, que demanda aprofundamento nas investigações. Por esta razão este estudo tornou-se oportuno.

As informações colhidas nas entrevistas semi-dirigidas deste estudo ofereceram maior amplitude no que diz respeito à caracterização dos grupos estudados ao averiguar detalhes importantes que fogem dos domínios do MMPI-IRF.

Na distribuição etária percebeu-se que os indivíduos dos grupos Controle I e Controle II apresentaram menor média (33 e 37 anos respectivamente) e que os pacientes do grupo com distúrbios funcionais, isso revelou um aspecto peculiar a esta pesquisa, exclusão apenas dos extremos de idade (maiores de 18 e menores de 80 anos).

Constatou-se predomínio da baixa escolaridade nos grupos com distúrbios funcionais colorretais, sendo que aproximadamente a metade destes pacientes cursaram apenas o primeiro grau, e frequentemente de forma incompleta. Isso revela um recorte

das condições educacionais no Brasil de acordo com que aponta Tfouni [50] que atribui a prevalência da baixa escolaridade às condições desfavoráveis, das quais se destaca a necessidade da entrada precoce no mercado de trabalho, estimulando a baixa remuneração para esta parcela da sociedade. Como afirma o autor essa prática legitima a desigualdade de oportunidades que é uma das características do sistema sócio-econômico dos países em desenvolvimento.

Houve correlação entre as variáveis idade e escolaridade: os grupos com maior idade caracterizaram-se pelo menor grau de escolaridade. Segundo os dados do IBGE [51], é comum que indivíduos jovens sintam necessidade de agregar mais conhecimento, pois significa aumentar a remuneração recebida pelas suas funções no trabalho, ou seja, o progresso profissional está intimamente ligado ao grau de instrução. Embora esses dados apontem para maior escolarização da população brasileira, emite um alerta sobre o número elevado de brasileiros analfabetos e analfabetos funcionais.

A pesquisa de antecedentes psiquiátricos constitui aspecto de grande valia, pois identifica possíveis condições que inviabilizem a aplicação do MMPI-IRF. Esta questão foi ampliada incluindo, não só diagnósticos efetuados pelo médico psiquiátrico como também queixas auto-referidas. Quanto aos antecedentes verificou-se que pacientes com dor anorretal apresentaram maior índice de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão e ansiedade generalizada. Esses dados contestam a literatura pesquisada, que atribui aos pacientes com constipação intestinal e incontinência anal maior prevalência destes transtornos.[52, 53]

De acordo com Joel Dor[54] e Levy[34] o diagnóstico representa a possibilidade de tratamento e expectativa de cura, haja vista que nomear um desconforto já causa alivio àqueles que padecem de alguma enfermidade. Nos pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais as expectativas são lentamente substituídas por incertezas e que muitas

vezes acarretam quadros depressivos importantes. A cronicidade da doença e suas dificuldades no que diz respeito à cura, são fatores que exacerbam as condições depressivas, levando os pacientes à visão não distorcida, mas condizente com o momento em que está situado.

Outro aspecto importante é o diagnóstico auto- referido que retrata a visão ou classificação que o paciente possui sobre seu sofrimento. Ainda que sem um diagnóstico médico, esses pacientes apresentaram, em seu discurso, três sintomas: depressão, ansiedade e estresse. Com o intuito de ampliar esses pontos, foram questionados se há ou não correlação com os distúrbios funcionais.

Desta forma o conceito de depressão, definido a partir do discurso dos pacientes, envolveu tristeza, falta de energia, vontade de chorar, vazio, irritação, raiva e perda de interesse pela vida. Essas características também são encontradas na literatura, que leva em consideração os aspectos relacionados ao humor para estabelecer o diagnóstico. A depressão, pode surgir dos mais variados quadros clínicos, entre eles se destacam: transtorno de estresse pós- traumático, demência, alcoolismo, doenças clínicas, entre outros. Podem ainda ocorrer como respostas a situações estressantes ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Os pacientes com constipação intestinal se destacaram dos demais, pois foi o único grupo que significativamente relacionou a depressão precedendo o sintoma funcional.

Apesar de inúmeras evidências apontando para a depressão como fator psicológico mais proeminente neste grupo de pacientes, não há trabalhos que façam correlação entre os sintomas funcionais colorretoanais e o início da depressão. No presente estudo foi possível verificar que a perda involuntária das fezes e gases implica em progressivo isolamento, sendo possível entender a razão do grupo de incontinentes referirem o sintoma depressivo após o funcional. Da mesma forma o grupo com dor

anorretal crônica referiu a depressão após o aparecimento do sintoma funcional, porém ligada as dificuldades de sentirem-se compreendidos pelas pessoas com os quais se relacionam e serem vistos muitas vezes com descrédito.

Quanto à ansiedade, os grupos Constipação Intestinal e Incontinência Anal ao se referiram a esta queixa, a localizam anterior ao sintoma funcional (40 e 26% respectivamente) enquanto que Dor Anorretal (43%) após o sintoma funcional. Os textos pesquisados específicos para indivíduos que estejam em tratamento médico, afirmam que a ansiedade está relacionada à expectativa de cura, que pode ser desencadeada a partir de espera de um acontecimento futuro que venha causar ou solucionar um problema. Os indivíduos estudados formularam um conceito sobre ansiedade relacionando- o a espera de algum evento que pode causar modificações em sua rotina, sem um estímulo específico. Segundo Calhoum e Resick [55], a ansiedade pode estar liga ao apoio familiar inadequado e a sensação de vulnerabilidade. Esses autores oferecem subsídio para o entendimento do grupo Dor Anorretal que, como já foi dito, enfrentam a incredulidade de familiares aliado a um diagnóstico pouco útil quando se trata de aplacar o desconforto e angústia gerados pelo sintoma que apresentam.

Quanto ao estresse mencionado nas entrevistas está ligado a situações do cotidiano, sendo que o fator de estresse mais citado foi o trabalho. Esse dado contesta o a literatura que afirma o fator estressante mais comumente citado por pacientes hospitalares, isso se deve as incertezas sobre o tratamento.[41,48] Porém existe uma diferença que justifica essa discordância, o fato de que as informações de outros trabalhos revelaram que a saúde é a mais referida em pacientes hospitalizados, no presente estudo a população alvo encontrava-se em tratamento ambulatorial. Ainda assim o fator saúde esteve presente nas queixas dos pacientes isso ocorre por que as possibilidades de tratamento envolvem modificações nos hábitos e raramente oferecem

uma solução definitiva para o problema em questão. Em relação ao Controle I, a literatura aponta que profissionais da saúde frequentemente apresentam rotinas estafantes com escassos períodos de descanso, isso refletiu na coleta de dados na medida em que a aplicação do MMPI- IRF só foi possível nos horário de troca de plantão.

Investigar o tempo de diagnóstico é quantificar, em anos, o sofrimento e desconforto gerados pelo sintoma.[41,46,48] Adicionando o marco referente a tal sintoma, ou seja, constatou-se que, embora sem relevância estatística, alguns pacientes associaram o início do sintoma funcional colorretoanal a um evento que foi considerado como marco, atribuindo a ele a causa de suas adversidades, isto será abordado adiante.

Em relação ao tempo de aplicação constatou- se que o grupo Dor Anorretal utilizou maior tempo a responder as proposições do MMPI –IRF, porém analisando o tempo de aplicação com o grau de escolaridade verifica-se que este grupo se caracterizou por apresentar maior concentração de pacientes com 2° grau completo. Com isso é possível afirmar que não foi à escolaridade a maior influenciadora no tempo empregado para realizar a aplicação, mas o momento vivenciado pelo paciente. Tendo em vista que as questões do inventário de personalidade implicam que o paciente possa identificar experiências passadas e verificar se são aplicáveis a ele ou não. É provável que, para o referido grupo, as sentenças tenham causado eclosão de emoções e sensações com mais intensidade.

Na escolha do instrumento objetivo para o presente estudo, levou-se em consideração dois fatores importantes: o baixo nível de escolaridade e o tempo reduzido para a realização da aplicação. Esses dois aspectos são imprescindíveis no desenvolvimento de versões reduzidas de um inventário de personalidade. Assim, o

MMPI –IRF veio suprir essas necessidades, pois foi adaptado e validado para população brasileira, incluindo analfabetos.

As instruções tais como constam no caderno de testes do IRF foram compreendidas de imediato pelos sujeitos de todos os grupos. É importante frisar que após a leitura do primeiro parágrafo, muitos examinandos já demonstravam, através de sinais de aquiescência, haver compreendido o trabalho a ser feito. Para esses sujeitos o restante das instruções pareceu repetitivo.

Ao optar pela técnica de aplicação oral, parece contribuir para o vínculo dinâmico entre o sujeito e examinador: como o questionário é transformado numa entrevista, abre-se precedentes para que o examinando possa comentar, caso deseje, suas respostas, o que seria passível de se explicar as variações individuais de tempo encontradas nos grupos, em especial no Dor Anorretal. Essa possibilidade, embora contribua para o aumento do tempo de execução, pode trazer informações valiosas, como já demonstrou Schlank (1985) [56]. Como desvantagem, a aplicação oral pode causar no examinando a impressão, como nos testes de "escolha forçada", que o aplicador estaria interessado em cada resposta particular que ele fornecesse, implementando as suas manobras defensivas. Apontando para a necessidade de se estabelecer um bom *rapport* anterior à aplicação do teste, de aprimorar as escalas de validade, bem como de investigar a equivalência das formas de apresentação oral e escrita do teste, uma vez que Stevens e Reilley[57], afirmaram haver variações nos resultados de acordo com a população utilizada.

As escalas de validade foram avaliadas segundo o critério já exposto anteriormente que determina T> 70 para invalidação em uma ou mais escalas ?, L, F e K. Com isso foram 8 protocolos invalidados por avançar esse limite, porém em apenas uma escala, a escala F. Aliás, essa escala foi elevada também nos protocolos validados e

para tal as hipóteses de diminuição da acuidade visual e dificuldades de leitura, foram descartadas em virtude da forma de aplicação escolhida. Restariam as possibilidades de incompreensão relacionadas à falta de escolaridade, limitações intelectuais, a não participação na estrutura intelectual comum à redação dos itens, presença de patologia, simulação ou exagero dos sintomas numa suplica de ajuda.

As hipóteses de natureza clínica parecem relativamente plausíveis, uma vez que as amostras aqui empregadas constituída de pacientes em tratamento ambulatorial, população epidemiologicamente considerada como grupo de risco para desenvolvimento de distúrbios mentais principalmente por se tratarem de sintomas crônicos refratários, o que torna inviável descartar também a hipótese de súplica de ajuda.

Apesar das interpretações clínicas parecem bastante convincentes para essa população em ocasionar a elevação em F, igualmente viáveis seriam as interpretações referentes à possibilidade de incompressão ou compreensão indevida dos itens decorrentes de limitações intelectuais e nível de escolaridade baixo ou ausente, bem como as explicações relativas a não participação dos sujeitos na estrutura cultural comum à redação dos itens. No que se refere à hipótese das limitações intelectuais, pode se assegurar que ela seria descartada, tendo em vista que o déficit cognitivo esteve entre os critérios de exclusão.

O resultado das escalas clínicas analisados foram àqueles acrescidos pela correção K para fins de diálogos com a literatura, uma vez que a grande maioria dos estudos publicados refere-se a resultados dessa natureza, bem como as inferências interpretativas do MMPI e MMPI –IRF. Quanto aos critérios de elevação das escalas, foram consideradas altas as pontuações maiores ou iguais a 70T e baixas as que incluem nas faixas de escores menores que 40T.

O exame da tabela 7 mostra que houve predomínio, para o grupo Dor Anorretal, de elevações moderadas (60≤ T ≤ 69) enquanto que para os demais grupos o predomínio foi para elevações ≤ 60T. Ilustrando que o grupo que se destacou apresentou maior grau de comprometimento. Contudo, não foram observadas elevações acima da normalidade (T ≥ 70), em nenhum do grupos, nas escalas que apontam para o perfil de natureza psicótica: Paranóia (Pa) e Esquizofrenia (Sc).

A discussão que se segue será pautada nas escalas que apresentaram T ≥ 70, quais sejam: Hipocondria (Hs), Depressão (D) e Histeria (Hy).

Para traçar o perfil psicológico os dados referentes as escalas clínicas foram analisados segundo o código de dois pontos, que consiste em estudar as características obtidas a partir das elevações de duas escalas clínicas, assim verificou-se que as combinações para os grupos com sintomas funcionais encontram-se disponíveis na literatura específica, fornecendo dados relevantes para a compreensão dos grupos estudos.

De acordo com o código de dois dígitos, aos pacientes do grupo Constipação Intestinal coube o código 23, ou seja, as escalas de maior elevação são: Depressão e Histeria. As características comuns a esse grupo são: sentimentos de ineficiência e inadequação, inclusive no que se refere a tarefas cotidianas, principalmente quanto a dificuldade de iniciá-las. Os sujeitos apresentam dificuldade de expressão emocional, depressão, tensão, ansiedade, inibição, carência de energia e inadequação social. Os sintomas vêm de longa data, e, geralmente, os pacientes aprendem a conviver com eles. O mecanismo de defesa freqüentemente utilizado é a negação. Apresentam muitos sintomas somáticos, mas, muitas vezes, abandonam o tratamento médico, ao saberem que seus problemas não têm uma causa física.

Os grupos Incontinência Anal e Dor Anorretal apresentaram elevações nas mesmas escalas clínicas: Hipocondria e Depressão que corresponde ao código 12. Esses grupos se caracterizam por apresentarem desconforto físico ou dor, seja expressa através de sintomas ou queixas, e tendo como causa problemas orgânicos ou funcionais, outra característica observada é a depressão. Queixas comuns são de dor, ansiedade, tensão, irritabilidade, fadiga e preocupação com questões somáticas, principalmente na forma de sintomas físicos reais ou imaginados, com base na interpretação distorcida do próprio corpo e na medida em que possibilita ganhos secundários. Mesmo quando existe uma patologia física documentada (frequentemente em casos de problemas intestinais e pulmonares ou reumáticos), a tendência é a exacerbação das queixas e sintomas. De acordo com Grow(1980) [58] o paciente hipocondríaco seria o protótipo do código 12, com importantes traços depressivos. Se suas queixas são de caráter funcional, tende a ser tímido e retraído, enquanto, se existe alguma base orgânica, se mostra mais manifestadamente lamentoso. As dificuldades que apresenta envolvem principalmente o sistema cardíaco e digestivo. Outra categoria importante é aquela que abrange pacientes com dor crônica, com forte componente emocional intensificando-a.

Esses dados oferecem traços comuns aos pacientes estudados, ocorre que a elevação nessas escalas também foi observada em dois outros trabalhos. Devroede e colaboradores (1989) [38] ao estudar pacientes diagnosticados com constipação intestinal e comparar os resultados com os obtidos em pacientes com artrite reumatóide e artrite degenerativa, conclui que pacientes constipados apresentam significativa elevação nas escalas clínicas Hipocondria e Histeria acima da normalidade, o que não se observa nos outros grupos estudados.

Heymen e colaboradores (1993) [39] estudaram pacientes que apresentavam: constipação intestinal, incontinência anal e dor anorretal. Concluiu que pacientes com

constipação intestinal, dor anorretal se destacaram por apresentar elevações nas escalas Hs, D e Hy, já pacientes com incontinência anal apresentaram elevações dentro da normalidade.

A elevação nessas três escalas (Hs, D e Hy) foi chamada por Hathaway SR, Mckinley, (1971) [40] de "tríade neurótica" que é comum a pacientes deprimidos, com múltiplas queixas, em declínio da saúde física revelando dificuldades somáticas. No presente estudo, a tríade foi observada nos grupos Constipação Intestinal e Dor Anorretal assim como nos achados de Heymen e colaboradores (1993) [39], porém o que não foi observado naquele estudo é que pacientes com incontinência anal apresentaram elevações acima do padrão de normalidade para as escalas Hipocondria e Depressão. Um dos motivos para este achado é que parte considerável dos pacientes com incontinência anal têm como antecedente a constipação intestinal crônica, e devido ao esforço evacuatório crônico desenvolvem a chamada neuropatia do pudendo por tração e consequentemente a incontinência. Portanto nestes pacientes com incontinência neurogênica, pode estar presente uma superposição de padrões de personalidade alterados.

O presente estudo corrobora os achados de Devroede e colaboradores (1989)[38], Heymen e colaboradores (1993)[39] e Barbieri (1996)[41] ao constatar que a presença da "tríade neurótica". Estes resultados são indicativos de que as defesas do sujeito estão funcionando, protegendo da ansiedade e depressão excessiva. A ausência do mecanismo delas pode trazer conseqüências avassaladoras, como alertam os autores, as defesas são úteis na medida em que se encontram a serviço da integridade psíquica.

A tendência a somatização refere-se basicamente aos indivíduos em que os sintomas somáticos revelam a existência de conflitos internos relacionados ao órgão que

adoeceu. Deste modo, faz-se necessário uma incursão pela obra freudiana no que diz respeito às fases de desenvolvimento, especificamente a fase anal.

Freud (1970) [59] divide as fases do desenvolvimento infantil em fase oral, fase anal, fase fálica e fase genital. Aqui o que interessa são as peculiaridades da fase anal em que a criança começa a privilegiar as excitações provenientes da zona anal decorrentes do jogo fecal. . O prazer na eliminação das fezes compreende, além das sensações físicas, uma gratidão ao mundo. O aprendizado da higiene exige que criança não se suje mais com os excrementos, a excreção deve ser efetuada em horas mais ou menos estabelecidas. [60]

Segundo Abraham (1959)[61], existem dois momentos no interior da fase anal. O primeiro é caracterizado pela evacuação incontinente e no segundo pela retenção intempestiva das fezes, na ocasião em que a criança cede ao controle voluntario dos esfíncteres. No primeiro desses momentos, o modo de satisfação consiste na obtenção do prazer pela passagem livre das fezes através da mucosa anal.

A consulta bibliográfica revelou que na fase anal a criança passa a entender as fezes como seu produto que será oferecido ao mundo como troféu. Ocorre que esse evento está relacionado com a forma que o mundo é percebido, percepção que será a base de suas relações não só com as fezes, mas também com tudo aquilo que ela produzir.

Essa ameaça origina-se, como Freud localiza, nas primeiras experiências de afastamento da mãe, ao descobrir que o outro (mãe) é um ser separado dele. A angústia gerada nesse momento é amenizada pelo “ir e vir” da figura materna, ou seja, a criança precisa aprender que a ausência da mãe é premiada pelo o retorno da mesma. Ocorre que em alguns casos, a criança dirige esse terror ao mundo externo que passa a ser visto como ameaçador.

A partir disso é possível entender algumas nuances dos três grupos estudados, tendo como ponto de partida a fase anal freudiana, mais especificamente as ameaças do mundo externo. Com isso, na Constipação Intestinal, ocorre a constatação de que o mundo externo retirou algo muito importante e que isso acarretou um grande sofrimento, que configura esse mundo como incapaz de receber dele algo tão valioso, retendo as fezes como resposta a essa percepção. Isso explicaria o porquê esse grupo de pacientes se referiu ao surgimento da depressão anterior ao sintoma depressivo, revelado na diminuição na autoconfiança e auto- estima.

Ao localizar ao sintoma depressão depois do distúrbio funcional, os pacientes com incontinência anal é comum que apresentem retraimento social em virtude da intensidade do distúrbio apresentado, assim, o mundo externo também é entendido pela ótica ameaçadora, a partir das constantes reclamações oriundas daqueles com quem convivem. Embora a escala Paranóia (Pa) do MMPI-IRF não apontou comprometimento dessa ordem, é constante a preocupação com o conceito que os outros formulam a respeito deles, cuja a principal característica é o foco pejorativo de suas peculiaridades.

Nos pacientes com dor anorretal, essa característica também é observável, não só pela constante citação ao sintoma depressão “depois” do sintoma funcional, como também pela elevação da escala Paranóia (Pa), com isso é possível entender as constantes associações da dor anorretal com objetos capazes de perfurar e cortar, incluindo a culpa exposta através do aspecto punitivo implícito a esses objetos.

A ideia mítica é um recurso comum a esses pacientes como tentativa de elaboração dos conflitos gerados a partir de alguma vivência traumática. Essa cena, muitas vezes descrita à exaustão, é repleta de conteúdos para os quais o sujeito não

obteve recursos psíquicos para simbolizá-la e por isso a escolha do corpo como recurso direto de expressão desses conflitos.

Eksterman [62] ao revisitar os textos freudianos propõe que a compreensão do trauma seja considerada (didaticamente) a partir da distinção entre a cena real e a cena mental. Assim, a cena real é aquela que se revela pela senso-percepção e passível de ser compartilhada e por isso acessível em seus aspectos a todos que a contemplam. Fato que não ocorre na cena mental, que é dita pelos recursos da comunicação, no entanto, seu conteúdo é apreendido pela interpretação, pois faz parte de conteúdos emocionais, ou seja, é a intimidade emocional em constante mutação, submetida às novas experiências e as vicissitudes que os objetos internos passam. Segundo o próprio autor tal cena seria um palco onde transitam os personagens fantásticos da biografia de cada um, imprimindo destinos aos seus portadores bem como sofrimentos, alegrias, proteções e confortos. Se reais ou não, pouco importa. Importa que exercem efeitos bem reais, ás vezes mais reais que a própria realidade. Conferindo características próprias ditando as particularidades responsáveis pela percepção individual da realidade. Ponto crucial na compreensão dinâmica dos pacientes tendo em vista que existe a tentativa de explicar a origem do sofrimento com algum acontecimento gerador de conflito e desamparo é o que denominados de idéia mítica.

Assim, a idéia mítica sobre a origem do sintoma estabelece a correlação entre o sintoma orgânico e o psíquico funcionando como força estanque capaz de contornar a angústia, no momento em que se localiza o evento que desencadeou o histórico de sofrimento. Desta forma o sintoma funcional idiopático refratário seria uma espécie de cena real, que pode ser apreendida pelos profissionais envolvidos nos cuidados desses pacientes através das queixas, exames e propostas de tratamento, entretanto o sofrimento gerado será comunicado e descrito, mas nunca apreendido.

A idéia mítica favorece que duas circunstâncias sejam ligadas, ou seja, um acontecimento (real ou mental) a um mal estar físico. Tal procedimento é possível partindo do pressuposto de que introduzida num contexto, seja qual for, a angústia pode ser nomeada e associada a um evento muitas vezes traumático, ou seja, a história torna-se a representação carregada de afeto que traz importantes elementos sobre a origem do sintoma enquanto construção psíquica.

Em suas investigações sobre o sobre o psiquismo, Freud [63]distingui três origens para o sofrimento humano: fenômenos da natureza, decrepitude do corpo e relações humanas. A primeira expressa a fragilidade do homem face as questões de origem natural, que grande parte das construções humanas visam a proteção que garanta segurança diante da exposição às intempéries do mundo. Com relação à decrepitude do corpo, toda tentativa feita em prol de atenuar as marcas deixadas pelo tempo, na tentativa de driblar a finitude. Porém os esforços são inválidos, pois o envelhecimento e a morte são comuns a todos os seres humanos. E por último, as relações humanas que são classificadas como a maior fonte de angústia para o ser humano, na medida em que não é possível que haja correspondência entre o que se tem com aquilo que se quer, é a partir das relações com o outro que se constitui a individualidade e a subjetividade. Se outro é ameaçador, cria-se uma fragilidade difícil de ser administrada.

Ainda que não sejam consideradas doenças, a vivência dos sintomas funcionais corresponde ao adoecimento e todas as vicissitudes decorrentes desse processo. Mesmo que não estejam com a vida em risco, o momento é propício para que surjam, assim como apontado por Freud[61,63], as sensações comuns a pessoas expostas à vulnerabilidade, questões relacionadas à própria existência, objetivos e metas alcançados (ou não), a finitude e as relações que estabelece com aqueles que os cercam.

Observa-se que não é possível desenvolver um método de tratamento que não considere os elementos discutidos ao longo desse capítulo. Para tanto há uma figura geométrica chamada Faixa de Moebius, que consiste numa fita com lado superior e inferior que coladas as suas extremidades e enroladas formando um “oito” impossibilita a distinção entre o superior e o inferior. Metáfora propícia, muitas vezes recorrente nos estudos psicanalíticos [64], que expressa a não divisão entre a mente e o corpo da mesma forma em que não é possível pensar uma abordagem dos pacientes com sintomas funcionais colorretoanais sem utilizar a compreensão psicológica no desenvolvimento do tratamento.

Este trabalho afirma, assim como a literatura, que esses pacientes podem se beneficiar do acompanhamento psicoterapêutico e que esta prática é de extrema necessidade para a formulação de intervenções eficazes visando oferecer um dispositivo que privilegie o paciente e suas histórias.

6- Conclusão

Baseado no estudo de 150 sujeitos utilizando-se o MMPI-IRF foi possível concluir que:

1- Os grupos Constipação Intestinal, Incontinência Anal, Dor Anorretal apresentaram elevações estatisticamente significativas nas escalas hipocondria, depressão e histeria quando comparados aos grupos controle. Indicando que os sintomas funcionais são expressões somáticas de conflitos internos que atuam como importante mecanismo de defesa contra ansiedade e depressão excessivos.

2- O MMPI-IRF é uma ferramenta importante e valiosa que demonstrou sua eficácia na avaliação objetiva do perfil psicológico de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais em nosso meio.

7- Perspectivas

Dentre os fatores etiológicos, os fatores psicológicos são frequentes e representam ainda desafio na abordagem diagnóstica e terapêutica dos sintomas funcionais do cólon, reto e ânus Existem questões que escapam as intervenções medicamentosas e cirúrgicas, ampliando o campo para pesquisas multiprofissionais, envolvendo médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos buscando a compreensão que possibilite o tratamento mais eficaz.

A atuação do psicólogo é de suma importância na abordagem de pacientes com distúrbios funcionais colorretoanais. Ressaltando a necessidade da interlocução entre Psicologia e Medicina, campos de saber distintos que em conjunto facilitam que questões relacionadas ao adoecimento possam ser debatidas favorecendo que os pacientes encontrem um espaço onde as questões multifatoriais, tão aclamadas pela literatura, sejam utilizadas como fator determinante na conduta utilizada.

É inegável que este trabalho é parte inicial de uma proposta de intervenção mais ampla da qual se beneficiam profissionais da saúde, cuidadores e, principalmente, os pacientes. Assim, é necessário prosseguir nas pesquisas sobre o grupo de pacientes contemplado por este estudo, e umas das possibilidades seria inclusão de maior número de pacientes e a utilização de outros instrumentos padronizados e traçar um perfil mais específico.

Outra possibilidade seria avaliar os benefícios da inclusão da abordagem psicológica, com a proposta de aferir o grau de comprometimento psíquico através de uma avaliação psicológica detalhada e com seguimento ao atendimento psicológico por tempo determinado e após esse período uma nova avaliação que pudesse explicitar as reais contribuições desse tipo de abordagem.

8- Referências

1-Locke GR III, Zinsmeister A, Talley NJ, Fett SL, Melton J. Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clin Proc.* 2000;75:907–912.

2-Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, Saunders KW, Feld AD. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:451–56.

3- Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, Enck P, Pemberton JH, Rao SSC. Functional disorders of the anus and rectum. *Gut.* 1999;45:II55-II59.

4- Locke GR III; Pemberton JH, Philips SF. American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on constipation. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology.* 2000;62:1761-78.

5-Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *AM J Gastroenterol.* 1996;91:26–32.

6- Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2004;126:S3–S7.

7-Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology.* 2001;121:799–804.

8- Laudanna AA. *Gastroenterologia clínica*. São Paulo: Santos; 1990.

9-Drossman DA, Li Z, Toner BB. Functional bowel disorders: a multicenter comparison of health status and development of illness severity index. *Dig Dis SII.* 1995;40:986-95.

10-Sandler RS, Stewart WF, Liberman JN. Abdominal pain, bloating and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis SII.* 2000;45:1166-71.

11-Passarelli N. Constipação intestinal habitual. *Ver Clin Geral.* 1986;19: 98-106.

12-Levy RL, Whitehead WE, Walker LS, Von Korff M, Feld AD, Garner M, Christie D. Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:2442–51.

13- Whitehead WE, Crowell MD, Heller BR, Robinson JC, Schuster MM, Horn S. Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosom Med.* 1994;6:541–550.

14-ROME III: G. F. Longstreth, W. G. Thompson, W. D. Chey, L. A. Houghton, F. Mearin, and R. C. Spille. Functional bowel disorders. In: The

funcional gastrointestinal disorders.[Internet].2010 Available from: http://www.romeIIIcriteria.org/gastroissue.

16-Moraes Filho JPP, Bettarello A. *Manual de gastroenterologia clínica*. São Paulo: Roca; 1988.

17-Tod AM, Stringer E, Levery C, Dean J, Brown J. Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *Br J Nurs*.2007; 16: 858-64.

18-Devroede G. Constipation: A sign of a disease to be surgically, or a sympton to be deciphared as nonverbal communication? *J Clin Gastroenterol*. 1992; 15: 189-91.

19-Heymen S, Jones KR, Scarlett Y, Whitehead WE. Biofeedeback treatment of constipation: a critical review. *Dis Colon Rectum.* 2003; 46: 1208-17.

20-Keighley MRB, Willians NS. *Cirurgia do ânus, reto e colo.* Tradução de Badwan Abdel Jaber, Ivan T. Costa e Silva, Marcos Ikeda, Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole;1998.

21-Emmanuel AV, Mason HJ, Kamm MA. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with a gut disorder. *Gut.* 2001; 49: 209-13.

22-Gorard DA, Libby GW, Farthing MJ. Treating funcional gastrointestinal disorders with antidepressants. *Am J Med.* 2000; 108: 756-64.

23-Glia A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. *Scand J Gastroenterol.*1997; 32: 1083-9.

24-Wald A, Hinds JP, Caruana BJ. Psychological and pshysiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology.* 1989; 97: 531-37.

25-Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama, Kiss DR, Gama Rodrigues J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the quationnare FIQL. *Arq Gastroenterol.* 2004; 41: 202-08.

26-Jorge JM, Wexner SD. Etiology and managment of anal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993; 36: 77-79

27-Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Thompson PJ, Coomarasamy A, Khan KS. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17: 407-17.

28-Norton C. Faecal incontinence in adults. Treatment and management. *Br J Nurs.* 1997; 6: 23- 26.

29-Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson, et al. Anal incontinence quality of life scale: quality of life insturment of patients with anal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2003; 3: 9-17.

30-Sailer M, Bussen D, Debus ES, Fuchs KH, Thiede A. Qualtity of life in pacients with benign anorectal desorders. *Br J Surg.* 1998; 85: 1716-19.

31-Crowell MD, Schettler VA, Lacy BE, Lunsford TN, Harris La, DiBaise JK, Jones MP. Impact of anal incontinence on psychosocial function and heath-related quality of life. *Dig Dis Sci.* 2007; 52: 1627-31.

32-Doherty W. Managing faecal incontinence or leakage: the peristeen anal plug. *Br J Nurs.* 2004; 13: 1293-97.

33-Diseth TH, Emblem R. Somatic function, mental health and psychosocial adjustment of adolescents with anorectal anomalies. *J Pediatr Surg.* 1996; 31: 638-43.

34-Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, Creed F. Psychosocial aspects of the funcioanal gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1447-58.

35-Mazza L, Formento E, Fronda G. Anorectal and perineal pain: new pathology hypotesis. *Tech Coloproctol.* 2004; 8: 77-83.

36- Wald A. Anorectal and pelvic pain in women. Diagnostic considerations and treatment. *J Clin Gastrenterol.* 2001; 33: 283-88.

37-Rodrigues LV, Regadas FSP, Regadas SMM, Andrade DA. Dor anal. In: Regadas FSP, Regadas SMM. *Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico.*Rio de Janeiro: Revinter, 2007. p. 245-51.

38- Devroede G, Girard G, Bouchoucha M, Roy T, Black R, Camerlain M, Pinard G, Schang JC, Arhan P. Idopathic constipation by colonic dysfunction: relationship with personality and anxiety. *Digestive Diseases and Sciences.* 1989;34:1428-33.

39- Heymen S, Wexner SD, Gulledge AD. MMPI assesment of patient with functional bowel disorders. *Dis Colon Rectum.* 1993;36:593-96.

40-Hathaway SR, Mckinley, JC. *Inventário multifásico Minnesota de personalidade –manual.* Tradução de Antonius Benko e Roberto Simões. Rio de Janeiro: CEPA; 1971.

41-Barbieri V. *Alcances e limitações da forma IRF do MMPI na avaliação de indivíduos não alfabetizados na população brasileira.* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo;1996.

42-Nisbet RE, Wilson TD. Telling more than we can konw: verbal reports on mental precess. *Psychological Review*. 2009;84: 231-59.

43-Bowers K. On being unconsciously influenced and informed. In: Bowers K, Meichenbaum L, editores. *The Unconscious Reconsidered*. New York: Jonh Wiley & Sons; 1999.

44- White PA. Knowing more about what we can tell: introspective Access and causal report accuracy 10 years later. *Britsh Journal of Psychlogy*. 1988; 79:13-45.

45-Barbieri V. *A família e o psicodiagnóstico como recurso terapêutico no tratamento dos transtornos de conduta infantis* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2002.

46-Jacob LS. *Perfil de personalidade de pacientes portadores de disfunção da articulação temporomandibular* [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1991.

47-Streiner DL, Miller HR. Can a good short form of the MMPI ever be developed? *Journal of Clinical Psychology*. 1986; 42: 109-13.

48-Cunha JA. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

49-Ward CL, Selby RB. Na abbreviation of MMPI with increased comprehensibility and readability. *Journal of Clinical Psychology*. 1980;36:180-85.

50- Tfouni LV. *Letramento e analfabetismo no Brasil – relatório técnico de pesquisa* [trabalho]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

51- Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. *Censo Demográfico 2009: Indicadores Sócio-Demográficos. Grandes Regiões e Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE].Rio de Janeiro, 2009.

52-Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:680–85.

53-Surrenti E, Rath DM, Pemberton JH, Camilleri M. Audit of constipation in a tertiary referral gastroenterology practice. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1471–75.

54-Dor J. *Estruturas e clínica psicanalítica.* Trad. Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre; 1991.

55-Calhoun KS, Resick PA. Transtorno do estresse pós- traumático. In: Barlow EH. *Manual dos Transtornos Psicológicos.* Porto Alegre: Artmed;1993.

56- Schalank MB. A brief inquiry into deviant answers to selected Grayson items of Minnesota Multiphafic Personality Inventory. *Journal of Personality Assesment*. 1985; 49: 256-64.

57-Stevens MR, Reilley RR. MMPI short forms: a literature review. *Journal of Personality Assessment.* 1999; 75: 612-25.

58- Grow SR, McVaugh, W. Faking and MMPI. Journal of clinical Psychology. 1980; 36: 910-17.

59-Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago;1970.

60-Witter GP. *Psicologia: tópicos gerais.* São Paulo: Alínea; 2002.

61-Abraham K. *Psicoanálisis Clínica.* Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1959.

62- Eksterman A. *Doutrina e crítica a metapsicologia*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

63-Freud S. Mal estar na civilização. In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago; 1970.

64- Melo MIA. *Lacan e a topologia: um retrato da matemática sob o olhar da psicanálise lacaniana.* [dissertação].Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.