

MARIA APARECIDA MESQUITA \bar{n}

Este exemplar corresponde à
versão final da Tese de Docu-
tornado apresentada à Faculdade
de Ciências Médicas da
UNICAMP, pela médica Maria
Aparecida Mesquita.

Campinas, 23 de janeiro de 1992

Antônio

Prof. Dr. Antonio Frederico N. Magalhães
- orientador -

**AVALIAÇÃO DE ASPECTOS PSICO-SOCIAIS EM
PACIENTES COM DISPEPSIA NÃO ULCEROSA E
ÚLCERA DUODENAL**

Orientador:

Prof. Dr. Antonio Frederico Novaes
de Magalhães τ

Tese apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Cam-
pinas para obtenção do título de Doutor em
Medicina.

Campinas - 1991

1202281
M562a

15618/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

**Ao Mauro
e aos meus pais**

Agradecimentos

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, e em especial:

- Ao Prof. Dr. Antonio Frederico Novaes de Magalhães, pela orientação e estímulo.
- À Prof. Dra Mara Aparecida A. Cabral, pela orientação e exemplo de seriedade científica.
- Aos colegas da Disciplina de Gastroenterologia: Elza, Adriana, Rogério, Paulo, Ademar, Jazon, Fábio e Ciro.
- À Adriana, Jazon, Fábio e Ademar, por suas contribuições para este trabalho.
- À Dra Miriam Trevisan, pela revisão das biópsias gástricas.
- Ao Prof. Dr. Bernardo Beiguelman, pela ajuda na análise estatística.
- Às funcionárias do Laboratório de Gastroenterologia: Geni, Célia e Helena.
- À Marlene, pela ajuda na redação deste trabalho.
- Ao Antonio Manoel Mansanares, pela dedicação e ajuda insubstituível na edição deste texto.
- Aos meus irmãos Lurdinha e Toninho, e ao Bento e Suzana, pelo apoio.
- Ao Mauro, por sua ajuda na edição deste trabalho, e principalmente, pelo apoio, companheirismo e paciência.

Resumo

A importância dos fatores psico-sociais na dispepsia não ulcerosa e na úlcera duodenal é freqüentemente contestada na literatura.

Neste estudo, estes fatores foram investigados em uma população de baixo nível sócio-econômico, constituída por 68 pacientes com dispepsia não ulcerosa e 30 pacientes com úlcera duodenal. Estes pacientes foram comparados com 58 indivíduos assintomáticos, através de uma entrevista semi-estruturada e da aplicação das escalas de Beck, que mede a depressão, e de Gayral, que avalia a presença de ansiedade, depressão e somatizações, correlacionadas à agressividade.

Nossos resultados demonstraram que, em uma parcela significativa dos pacientes com dispepsia não ulcerosa, e em menor grau, dos pacientes com úlcera duodenal, são evidentes a presença de distúrbios de ansiedade e depressão, assim como de características neuróticas, particularmente históricas e hipocondríacas.

Foi possível, também, identificar entre estes pacientes, uma maior frequência de dificuldades crônicas de vida, particularmente os conflitos conjugais e as dificuldades financeiras, além de ocorrências da infância que predisporiam à ocorrência de neuroses e somatizações na idade adulta.

De forma complementar, foram ainda investigadas neste trabalho as prevalências, entre os pacientes com dispepsia não ulcerosa, de parasitoses, malabsorção de lactose, gastrite crônica, infecção da mucosa gástrica por *H.pylori* e colelitíase, que não diferiram das prevalências encontradas por outros autores em amostras da população.

Em conclusão, nossos resultados indicam que, para atingir uma abordagem mais satisfatória destes pacientes, o clínico deve obrigatoriamente considerar os aspectos psico-sociais envolvidos.

Summary

The importance of psychosocial factors in nonulcer dyspepsia and duodenal ulcer is frequently discussed in the literature.

In this study, these factors were investigated in a low socioeconomic subject population of 68 patients with nonulcer dyspepsia and 30 duodenal ulcer patients. These patients were compared with 58 control subjects without dyspeptic symptoms, using a semi-structured interview and psychometric scales: Beck's scale, which measures depression and Gayral's scale, which measures anxiety, depression and somatization, correlated with aggressiveness.

Our results showed that in a significant number of the nonulcer dyspepsia patients, and, to a lesser degree, in the duodenal ulcer patients, there is evidence of anxiety and depression disorders, as well as neurotic characteristics.

We also identified, among these patients, a higher occurrence of chronic difficulties of life, particularly marital and financial difficulties, and childhood factors considered by many authors to be associated to neurosis and somatization in adult life.

In addition, we studied the prevalences, among the nonulcer dyspepsia patients, of chronic gastritis, lactose malabsorption, gallstone disease and *H.pylori* infection, that were not different from the prevalences observed by other authors in studies using population samples.

In conclusion, our results indicate that, to better treat dyspeptic patients, the physician should consider the psychosocial factors involved in these disorders.

Conteúdo

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introdução | 1 |
| 1.1 | Estômago e emoções | 3 |
| 1.2 | Medicina psicossomática - Conceitos fundamentais | 4 |
| 1.2.1 | Contribuições da psicanálise à gastroenterologia | 6 |
| 1.2.2 | Psicofisiologia e trato gastrointestinal | 9 |
| 1.2.3 | Incorporação à medicina psicossomática dos fatores sócio-culturais | 13 |
| 1.2.4 | Somatizações. Abordagem atual. Fatores envolvidos | 14 |
| 2 | Objetivos | 47 |
| 2.1 | Objetivos gerais | 47 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 47 |
| 3 | Pacientes e métodos | 49 |
| 3.1 | Seleção dos pacientes | 49 |
| 3.1.1 | Pacientes com dispepsia não ulcerosa (DNU) | 49 |
| 3.1.2 | Pacientes com úlcera duodenal (UD) | 50 |
| 3.1.3 | Grupo controle não dispéptico (ND) | 50 |
| 3.2 | Métodos | 51 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.2.1 | Entrevista | 52 |
| 3.2.2 | Protoparasitológicos | 54 |
| 3.2.3 | Endoscopias digestivas altas e biópsias da mucosa gástrica . | 54 |
| 3.2.4 | Pesquisa da infecção da mucosa gástrica por <i>H. pylori</i> . . . | 54 |
| 3.2.5 | Prevalência da malabsorção de lactose do adulto (MAL) . . | 55 |
| 3.2.6 | Ecografia abdominal | 56 |
| 3.2.7 | Métodos estatísticos | 56 |
| 4 | Resultados | 57 |
| 4.1 | Avaliação clínica dos pacientes com DNU e UD | 57 |
| 4.1.1 | Análise da distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pa- cientes com UD e 58 pacientes ND quanto ao sexo, idade e principais carac- terísticas sócio-demográficas | 57 |
| 4.1.2 | Sintomatologia apresentada pelos 68 pacientes com DNU . | 59 |
| 4.1.3 | Comparação dos dados obtidos nas anamneses dos 68 paci- entes com DNU e 30 pacientes com UD | 64 |
| 4.1.4 | Distribuição dos 68 pacientes com DNU quanto a já terem necessitado de cuidados médicos anteriores pelas mesmas queixas | 66 |
| 4.1.5 | Avaliação da presença de outras doenças associadas nos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND | 70 |
| 4.1.6 | Análise da presença de cirurgias abdominais (cirurgias gine- cológicas e colecistectomias) nas 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD e 46 pacientes do sexo feminino ND | 70 |
| 4.2 | Avaliação de fatores psico-sociais associados à DNU e à UD | 72 |
| 4.2.1 | Fatores precipitantes: eventos estressantes de vida | 72 |
| 4.2.2 | Ocorrências da infância, consideradas como predisponentes às somatizações, relatadas pelos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD, comparados ao grupo ND | 78 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.4 Aspectos relacionados à semiologia dos componentes neuróticos e dos distúrbios afetivos presentes entre os pacientes com DNU e UD, em comparação com o grupo ND | 98 |
| 4.3 Prevalência de parasitoses entre os 68 pacientes com DNU e os 30 pacientes com UD | 107 |
| 4.4 Análise da prevalência de colelitíase entre os 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD | 108 |
| 4.5 Análise da observação endoscópica dos 68 pacientes com DNU | 110 |
| 4.6 Avaliação histopatológica das biópsias gástricas realizadas em 53 pacientes com DNU | 113 |
| 4.7 Prevalência da infecção por H.pylori nos 53 pacientes com DNU em que foram realizadas biópsias gástricas | 113 |
| 4.8 Análise da associação entre a macroscopia, a histopatologia e a presença de infecção por H.pylori nos 42 pacientes em que foram avaliadas biópsias gástricas de corpo e antro | 116 |
| 4.9 Prevalência de MAL e de Intolerância à Lactose nos 61 pacientes com DNU que realizaram o teste de sobrecarga com lactose, e análise de outros dados observados nas anamneses | 117 |
| 4.9.1 Prevalência de MAL | 117 |
| 4.9.2 Prevalência de Intolerância à Lactose entre os pacientes com DNU | 118 |
| 4.9.3 Associação entre MAL e Intolerância à Lactose observada entre os pacientes com DNU | 118 |
| 4.9.4 História de intolerância ao leite entre os 61 pacientes com DNU | 119 |
| 4.9.5 Associação entre consumo de leite e MAL | 119 |
| 4.9.6 Relação entre a presença de alterações de hábito intestinal e MAL, observada entre os 61 pacientes com DNU | 120 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.9.7 | Associação entre história de intolerância ao leite e diagnóstico de MAL | 120 |
| 5 | Discussão | 124 |
| 5.1 | Nível sócio-econômico dos pacientes avaliados neste estudo | 124 |
| 5.2 | Considerações sobre o diagnóstico e classificação da dispepsia não ulcerosa | 124 |
| 5.3 | Particularidades relacionadas ao sexo feminino observadas neste trabalho | 126 |
| 5.3.1 | Situação psico-social da mulher | 126 |
| 5.3.2 | Constipação intestinal: predomínio no sexo feminino | 128 |
| 5.3.3 | Cirurgias ginecológicas nas pacientes com DNU | 129 |
| 5.4 | Considerações sobre os fatores relacionados à fisiopatologia da DNU | 130 |
| 5.4.1 | Parasitoses | 131 |
| 5.4.2 | Colelitíase | 131 |
| 5.4.3 | Macroscopia e histopatologia gástricas | 132 |
| 5.4.4 | H.pylori | 133 |
| 5.4.5 | Prevalência de malabsorção de lactose | 133 |
| 5.5 | Considerações sobre os aspectos psico-sociais investigados neste estudo | 134 |
| 6 | Conclusões | 140 |
| 6.1 | Principais características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes com DNU | 140 |
| 6.2 | Aspectos psico-sociais observados entre os pacientes com DNU | 141 |
| 6.3 | Aspectos psico-sociais observados entre os pacientes com UD | 142 |
| 6.4 | Parasitoses | 142 |

| | | |
|-----|-----------------------------------|------------|
| 6.5 | Gastrite crônica | 143 |
| 6.6 | Infecção por H.pylori | 143 |
| 6.7 | Malabsorção de lactose | 143 |
| 6.8 | Colelitíase | 143 |
| - | Referências Bibliográficas | 144 |
| - | Anexo I | 167 |
| - | Anexo II | 186 |
| - | Anexo III | 195 |

Capítulo 1

Introdução

Há cerca de cinco anos atrás os Ambulatórios de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Unicamp foram subdivididos em ambulatórios de atendimento a pacientes com Úlcera Péptica, Hepatopatias, Diarréia Crônica, e Ambulatório Geral, em que são atendidos pacientes com outros distúrbios gastrointestinais, inclusive os “funcionais”.

Eram freqüentes, até aquela época, as reclamações dos internos que estagiavam na disciplina, por atenderem, na maior parte das vezes, apenas pacientes sem patologias orgânicas demonstráveis, já que os residentes, “espertamente”, selecionavam para si os “casos mais interessantes”, que não incluíam estes enfermos.

O agrupamento dos pacientes com doenças “não orgânicas” em um único ambulatório veio a corroborar que estas são, de fato, as patologias com maior demanda em nosso serviço.

Evidenciaram-se também, muito facilmente, a resistência e o despreparo de nossos alunos para lidar com este grupo de pacientes. São freqüentes expressões do tipo “este ambulatório é muito chato, não sei como vocês suportam”, “aqui só tem neuróticos!”.

Esta resistência também é demonstrada pela não inclusão, na grande maioria das anamneses apresentadas por alunos e residentes, de aspectos das histórias de vida focalizando dados psíquicos dos doentes, mesmo os mais evidentes em seus sofrimentos.

Muitas vezes ouvi de alunos a explicação de que não argüiram os pacientes sobre os aspectos emocionais porque se assim o fizessem seria “impossível” terminar a consulta!

O mais surpreendente, nestas constatações, é quando percebemos que estas dificuldades e resistências em lidar com os aspectos psicológicos dos pacientes nada mais são que reproduções de dificuldades e resistências presentes em nós mesmos, docentes especialistas!

A crescente sofisticação dos métodos diagnósticos e terapêuticos, o fluxo exagerado de pacientes, a necessidade subjetiva de rotularmos todos os nossos pacientes com diagnósticos, fazem com que freqüentemente nos esqueçamos de que, acima de tudo, estamos lidando com pessoas, que têm dúvidas, medos, inseguranças, e que, muitas vezes, nos procuram principalmente em busca de apoio.

Por outro lado, em nosso serviço não existe um intercâmbio efetivo entre as Disciplinas de Gastroenterologia e Psiquiatria, que indubitavelmente contribuiria para uma abordagem mais holística destes enfermos.

O contato semanal com estes pacientes, aliado às dificuldades encontradas no acompanhamento de muitos deles, levaram à idealização deste trabalho.

No início, influenciada por minha vivência médica anterior, voltada particularmente para os aspectos “orgânicos” das enfermidades, e pela leitura de artigos recentes, principalmente de autores australianos, como Piper, Tennant e Talley (211, 215), que em alguns de seus trabalhos demonstram que os fatores psico-sociais são de pouca relevância na fisiopatologia dos sintomas da dispepsia, a investigação dos fatores psicológicos era apenas “um dos vários” ítems deste estudo.

No entanto, o aprofundamento da revisão bibliográfica, e principalmente, o início de um contato mais próximo com a Psiquiatria, fizeram com que, de mero item a ser investigado em pacientes com dispepsia não ulcerosa ou úlcera duodenal, os fatores psicológicos passassem a ser o eixo central deste estudo. Frente a este fato, julgamos interessante apresentar uma breve revisão sobre alguns temas de Medicina Psicossomática, e sua especial relação com a Gastroenterologia.

1.1 Estômago e emoções

Ao longo dos séculos, podemos encontrar em trabalhos de filósofos, pintores e escritores, inúmeras referências sobre a associação entre a digestão e distúrbios emocionais.

Levi (119) faz uma interessante revisão sobre o assunto, reunindo frases de vários escritores, como Voltaire, que escreveu que “O estômago faz a felicidade”. Também são freqüentes as descrições, na literatura, de várias personalidades que padeciam de sintomas gastrointestinais associados às emoções. Napoleão Bonaparte, por exemplo, durante as batalhas de que participava, era constantemente acometido por vômitos incoercíveis.

Talley (217) revendo historicamente a dispepsia, escreve que no século XVII, apesar do desconhecimento sobre a fisiologia da digestão, Harvey, Sydenham e outros autores descreveram a “indigestão nervosa”. Harvey considerava que havia uma afinidade entre cérebro e estômago, e que, se o estômago fosse afetado, o cérebro também sofreria, seguindo-se a debilidade e a melancolia.

Nesta época o diagnóstico e tratamento eram empíricos. Prescrevia-se exercícios ou repouso para trazer tranqüilidade à mente, tabaco contra cólicas e estômagos fracos e frios, café e vinho para purificar o estômago.

A partir dos séculos XVIII e XIX, com o desenvolvimento dos estudos fisiológicos, aliado à identificação da gastroduodenite e da úlcera péptica, houve avanços importantes para a compreensão da digestão e da indigestão.

No início do século XX, Pavlov traz a sua fundamental contribuição à fisiologia, demonstrando a hoje denominada “fase cefálica” da secreção gástrica, e a ocorrência de respostas condicionadas viscerais, adquiridas através da repetição.

Em 1910, Shwartz nos lega seu aforisma “sem ácido não há úlcera”. Nessa mesma época Moynihan define os sintomas da úlcera duodenal e ocorre a identificação da secretina, gastrina e histamina.

No campo da Psiquiatria, o conceito de “conversão” utilizado inicialmente por Freud para pacientes com histeria, foi posteriormente aplicado por seus seguidores para os sintomas associados aos órgãos inervados pelo Sistema Nervoso Autônomo, como o estômago e intestinos. Segundo Freud, os sintomas conversivos observados entre pacientes histéricos, ou seja, paralisias, afasias e distúrbios de sensibilidade, que envolveriam apenas os órgãos inervados pelo Sistema Nervoso Central, representam uma transformação, ou “conversão”, de energias mentais reprimidas para sintomas físicos, para os quais são canalizados e retidos. Ao mesmo tempo, o sintoma relaciona-se por uma ligação simbólica ao reprimido. O autor Ferenczi, discípulo de Freud, adotou esta ampliação do conceito de conversão, utilizando pela primeira vez a expressão “organo-neurose” (108).

Nas últimas seis décadas, a Medicina Psicossomática se estabeleceu como área de interesse específico no campo da Psiquiatria. Os conceitos nesta área vêm evoluindo, com a inclusão de novos tópicos na abordagem psicossomática, que contribuem para um enriquecimento dos conhecimentos sobre a correlação entre as emoções e o trato gastrointestinal (176).

1.2 Medicina psicossomática - Conceitos fundamentais

A utilização da denominação “Medicina Psicossomática” é objeto de inúmeras críticas, já que esta perpetua a divisão mente-corpo, e não abrange os outros fatores, como os sociais e culturais, que poderiam também exercer influência. Pontes (168) prefere a expressão “Medicina Sociopsicossomática”. Outros autores têm proposto novos termos, como é o caso, entre nós, de Perestrello (162) e sua “Medicina da Pessoa”.

Existem também discordâncias quanto ao uso do termo “doença psicossomática”. Kaplan (100), escrevendo sobre a história da Medicina Psicossomática, relata que a denominação “distúrbio psicossomático” foi utilizada pela primeira vez por Heinroth, em 1818 e Jacobi, em 1822, relacionada a um pequeno número de enfermidades em que havia simultaneamente distúrbios físicos e emocionais, e que incluíam a úlcera péptica,

colite ulcerativa, enxaqueca, asma brônquica e artrite reumatóide.

A Associação Americana de Psiquiatria, através das edições do DSM-I e DSM-III, respectivamente, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, primeira e terceira edições, publicadas em 1952 e 1980, substituiu a denominação “doença psicossomática”, inicialmente por “distúrbios psicofisiológicos autonômicos e viscerais” e, posteriormente, pelo termo nosológico “condições físicas afetadas por fatores psicológicos” (100).

Nas publicações mais recentes, principalmente de autores norte-americanos e canadenses, observa-se a utilização rotineira do termo “somatização”, ou seja, a indução de um processo somático a partir de influências mentais, referindo-se particularmente aos distúrbios sem lesões orgânicas.

Mello Filho (144) em concordância com muitos autores, considera que, a partir da evolução dos estudos e observações dos pacientes, toda doença humana deve ser considerada como psicossomática, já que incide em um ser provido de corpo e mente, inseparáveis anatômica e funcionalmente.

Um outro conceito que tem merecido variadas considerações é o de patologia funcional. Uma doença é considerada funcional quando não são encontradas causas estruturais, infecciosas ou bioquímicas que possam ser responsabilizadas pela sintomatologia correspondente. Segundo Lennard-Jones (116) o distúrbio funcional é resultante do aumento da sensação visceral, associado ou não à atividade motora alterada.

Henri Ey (58) considera que os distúrbios funcionais correspondem a respostas já elaboradas do organismo a situações de repressão das emoções, ou seja, seriam as “distonias vegetativas”, freqüentemente associadas às neuroses. A reação psicossomática se faria através de planos de intensidade progressiva, em que o grau mais leve seria a emoção trivial, seguindo-se os distúrbios funcionais e, por fim, as doenças psicossomáticas com lesões.

Pontes, no capítulo “Medicina Sóciopsicossomática em Gastroenterologia”, no livro Gastroenterologia Clínica, de Dani e Paula Castro (168), além de utilizar esta denominação em substituição à “Medicina Psicossomática” da edição anterior, elimina o

título “Distúrbios Funcionais Gastrointestinais”, considerando que não existem limites nítidos entre as alterações anatômicas e funcionais, estando as duas situações interligadas. Acrescenta que, com o desenvolvimento contínuo dos conhecimentos, verifica-se que o que era funcional ontem pode ser anatômico hoje.

Se analisarmos historicamente os conceitos fundamentais na Medicina Psicossomática, é possível distinguirmos duas fases (55, 58, 100, 120, 144). A primeira fase, que abrange o período de 1940 a 1960, caracteriza-se por duas linhas principais de investigação: a combinação de estudos médicos e psicológicos em grupos selecionados de pacientes, visando à identificação do papel dos conflitos psicológicos na fisiopatologia e na evolução das doenças, baseada principalmente em estudos psicanalíticos; e os estudos em laboratórios, no campo da psicofisiologia, com destaque para os estudos de Cannon e Selye sobre *stress* (120,188).

Numa segunda fase, passam também a ser valorizados os fatores sócio-culturais, o papel do sistema nervoso central, os processos biológicos, celulares e moleculares, a transmissão genética, chegando ao Modelo Bio-Psico-Social de Engel (53). A abordagem psicossomática passa a ser, portanto, multifatorial.

1.2.1 Contribuições da psicanálise à gastroenterologia

Pode-se encontrar em vários idiomas, expressões populares que estabelecem ligações entre o comportamento humano, as reações psíquicas e o aparelho digestivo: “não engulo esta pessoa”, “é preciso ter estômago para suportar esta mulher”, “vomitou tudo o que sabia”, “engolir sapos”. etc.

Engel (55), quando escreve sobre “Aspectos psicológicos nas doenças gastrointestinais”. cita que a mais importante contribuição da psicanálise à gastroenterologia foi a demonstração do papel fundamental da alimentação (fase oral) e da evacuação (fase anal) no desenvolvimento psico-social.

Resumidamente, este autor descreve a relevância do ciclo da fome do recém-nascido, em que ao choro segue-se a amamentação, e após esta a saciedade e o sono,

e refazendo o ciclo, reaparecem a fome, o choro, e assim por diante. Periòdicamente, portanto, a criança encontra alívio de suas tensões nos braços maternos, sendo esta a base para a associação, no sistema nervoso, entre o alívio de um impulso intrínseco (fome) por uma influência afetiva externa (mãe). Este processo recíproco entre mãe e filho, se satisfatório, é fonte de gratificação mútua; em caso contrário, torna-se uma fonte de tensão e frustração para ambos.

A perspectiva proeminente do lactente é oral; o que é percebido como bom e desejável é ingerido.

Segue-se a possibilidade de rejeitar e recusar, cuspiendo inicialmente, e depois, com a dentição, mordendo. A expressão da agressividade e da hostilidade, portanto, também é realizada em termos orais.

Desejos humanos fundamentais, como os de ser cuidado, os desejos de dependência, associam-se às experiências da alimentação na primeira infância, advindo daí a associação psicodinâmica clássica oral-dependente.

Estas tendências oral-dependente e oral-agressiva estão presentes e operativas em todos os indivíduos. Perdem, porém, com o tempo, o caráter de essenciais para a sobrevivência, dando lugar a padrões de comportamento mais aceitáveis socialmente.

Impulsos inconscientes oral-dependentes e oral-agressivos, se não gratificados com sucesso por mecanismos psicológicos ou sociais, poderiam, então, ser acompanhados por alterações fisiológicas gástricas.

Ao fim do primeiro ano de vida, e por um considerável tempo após este, a maioria das crianças, além do prazer aparente com o ato da defecação, também sentem interesse por suas fezes. Entretanto, logo são obrigadas a aprender a controlar a evacuação. Este aprendizado também vai depender de uma relação recíproca entre mãe e filho, que, se incompatível, pode gerar tensões que são a base para as relações psicofisiológicas entre o comportamento e variações do hábito intestinal. Além disso, o desenvolvimento da personalidade também pode ser afetado quando não se resolve com sucesso a incompatibilidade entre os desejos da criança de apreciar as fezes e a necessidade de se conformar ao rigor das exigências parentais para controlar a evacuação, contribuindo para o desen-

volvimento das “características anais de personalidade”, como o perfeccionismo, ordem exagerada, pontualidade e pedantismo, que seriam defesas contra um desejo persistente de ser livre para “sujar-se”. São freqüentes os sintomas intestinais em pessoas com estas características.

A “linguagem dos órgãos”, potencialmente presente em qualquer enfermidade, seria basicamente um resquício da fase em que o ser humano a utilizava universalmente por não poder contar com a linguagem verbal e a ação motora. Em situações posteriores de vida, de inibição ou de conflito, em que o uso destas últimas fica bloqueado, volta o homem ao uso de sua antiga linguagem, que freqüentemente escapa à nossa observação.

Por sua nítida conexão com as principais fases do desenvolvimento, o aparelho digestivo é a sede principal destes fenômenos, e é fácil perceber que suas funções podem expressar atos do maior significado para nossa vida afetiva, como dar, receber e reter.

Também fica claro o significado sexual, atribuído pela criança, aos dois terminais do trato digestivo, em virtude das sensações de prazer que se originam durante a amamentação e defecação, e do papel destas atividades no desenvolvimento das relações afetivas.

Sintomas de anorexia, náuseas, vômitos e distensão abdominal podem estar relacionados a conflitos resultantes de desejos inaceitáveis de ser cuidado como bebê, morder agressivamente, usar a boca para propósitos sexuais, e muitos outros.

Engel exemplifica que as náuseas e vômitos matinais podem indicar fantasias inconscientes de gravidez em homens e mulheres. Sintomas similares à noite podem refletir um desejo inconsciente ou temor de uma experiência sexual oral. A percepção de distensão abdominal, geralmente acompanhada por sintomas de má digestão, aparece freqüentemente em pessoas histéricas ou hipocondríacas, em que não são raras as fantasias de gravidez.

Alexander (2), um dos autores mais citados na área da Medicina Psicossomática, dedicou particular atenção ao estudo de pacientes com úlcera péptica. Segundo este autor, nas “neuroses viscerais”, o conflito básico permanece não resolvido, e é acompanhado por emoções crônicas associadas a alterações fisiológicas, que inicialmente alteram

a função do sistema de órgãos, e, se longas o suficiente, provocam alterações na estrutura destes órgãos.

Baseado nos trabalhos de Cannon, que demonstrou que cada emoção tem seus concomitantes fisiológicos típicos(120), Alexander concluiu que os distúrbios vegetativos seriam respostas-padrão a determinadas situações conflitivas internas, e que estas seriam as mesmas para cada uma das patologias que estudou, elaborando a “Teoria da Especificidade dos Conflitos”. Segundo esta teoria, para cada constelação psicodinâmica haveria também uma situação de vida precipitante, que reativaria conflitos antigos, e uma vulnerabilidade constitucional de tecidos, órgãos ou sistemas específicos. O conflito específico atribuído pelo autor à úlcera duodenal será descrito no item “Aspectos psicológicos da úlcera duodenal”.

Muitos autores têm contestado as teorias de Alexander. No entanto, o problema permanece em aberto, já que alguns trabalhos, como o de Weiner, Mirsky e cols. (237) sobre a úlcera duodenal, vieram a confirmar as concepções deste investigador.

1.2.2 Psicofisiologia e trato gastrointestinal

O desenvolvimento da psicofisiologia, no caso particular do aparelho digestivo, se fundamentou nos trabalhos sobre *stress*, nas observações de pacientes com fistulas gástricas, nos estudos realizados em laboratórios com voluntários sãos ou portadores de patologias gastrointestinais, e, por fim, nos estudos sobre o papel do sistema nervoso central na coordenação das respostas às emoções.

1.2.2.1 Stress

Existe uma literatura muito extensa sobre *stress*, refletindo a proliferação de pesquisas nesta área (75,120,188). Observa-se que existem vários conceitos de *stress*. Alguns autores enfatizam o papel dos eventos causadores de *stress*, como Holmes e Rahe (85), outros autores, particularmente Selye (188), definem *stress* em termos de

resposta do organismo às agressões, enquanto para outros investigadores, como Lazarus (114), esta definição leva em consideração tanto o indivíduo como o ambiente.

O clássico trabalho de Cannon demonstrou modificações fisiológicas, mediadas pela reação adrenalínica de emergência, associadas aos estados de medo, fome, dor e raiva, na reação de “luta ou fuga”.

Selye, conceituando *stress* como o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, observou que qualquer estímulo nocivo ao organismo provoca *stress* e respostas do organismo como um todo. A esta reação denominou “síndrome da adaptação geral”, que compreenderia as fases de alarme, resistência e esgotamento. O autor, em estudos de laboratório, documentou o papel da hipófise anterior e do córtex adrenal em todas estas respostas. Selye conceituou como “doenças de adaptação”, entre as quais a úlcera péptica, aquelas resultantes do uso excessivo e inadequado destes mecanismos de defesa.

Atualmente, considera-se que a resposta a um evento estressante depende não apenas das qualidades “estressantes” do mesmo, mas também de aspectos ligados ao próprio indivíduo, como o suporte social, ou seja, a rede de relações interpessoais de que a pessoa faz parte, como a família, amigos, vizinhos (69); os recursos psicológicos de que a pessoa é dotada, como a auto-estima e auto-confiança; o sentimento de controle sobre as situações; e os mecanismos de defesa do ego (161).

1.2.2.2 Observações em pacientes portadores de fístulas gástricas

A presença de alterações da mucosa e das funções secretória e motora gástricas associada aos distúrbios emocionais foi inicialmente demonstrada em pacientes portadores de fístulas gástricas.

Wolf (245), em uma revisão histórica, escreve sobre os vários autores que investigaram pacientes com fístulas gástricas. Em 1833, Beaumont estudando seu paciente Alexis St.Martin, observou que raiva, medo e depressão faziam com que a mucosa gástrica se tornasse ora vermelha, ora pálida. Em algumas situações, crostas aftosas

acompanhavam a supressão das secreções e havia retardo pronunciado da digestão e esvaziamento gástricos.

Carlson, estudando um outro paciente, observou que emoções presumivelmente agradáveis, assim como o apetite, o medo, a ansiedade e a raiva, eram acompanhadas por uma diminuição da secreção e da atividade motora do estômago. Estes achados contribuíram, inclusive, para os trabalhos de Cannon.

O acompanhamento, durante vários anos, do paciente Tom, por Wolf e Wolff, trouxe maiores subsídios para estas constatações. Estes autores verificaram que sentimentos de medo e depressão estavam associados à palidez da mucosa, diminuição da secreção ácida e da atividade motora, enquanto atitudes mais agressivas, raiva e ressentimento, eram acompanhadas de hiperatividade gástrica, que se manteve, durante um período em que o paciente esteve sujeito a uma crise emocional intensa, culminando com o aparecimento de ulceração gástrica.

Margolin e cols., através de técnicas psicanalíticas, observaram, em uma paciente, a associação entre conflitos inconscientes e alterações da fisiologia gástrica.

Engel (50) estudando uma criança nascida com fístula gástrica, encontrou um aumento da secreção nas situações em que a criança expressava afetos para o mundo exterior, amorosos ou agressivos. Segundo este autor, nesta fase do desenvolvimento, essencialmente oral, a criança reage ao ser humano com o qual se relaciona como se o recebesse dentro do estômago, num verdadeiro concomitante fisiológico do fenômeno psíquico da introjeção (processo evidenciado pela investigação analítica, em que o indivíduo faz passar, de “fora” para “dentro” objetos e qualidades inerentes a estes objetos).

1.2.2.3 Estudos recentes em laboratórios

A literatura nos traz estudos recentes, realizados em laboratórios, em que voluntários são submetidos a *stress* agudo através de vários mecanismos: frio (156,157), estímulo do labirinto com produção de vertigem (203, 224), *stress* psicológico.

através da execução de operações aritméticas, resolução de anagramas, etc.(26,27,86,97,228). Em todas estas situações ocorreu uma diminuição da frequência e amplitude das contrações antrais, com conseqüente retardo do esvaziamento gástrico.

É necessário, no entanto, uma certa dose de cautela ao transferir estes resultados para as situações de vida dos pacientes, já que outras respostas adaptativas podem interagir nas alterações de motilidade mencionadas, assim como a presença de fatores responsáveis por uma maior vulnerabilidade ao *stress*, que serão discutidos adiante, podem influenciar na resposta individual.

1.2.2.4 O papel do sistema nervoso central

Na regulação das atividades secretora e motora gástrica atuam o Sistema Nervoso Central, através do sistema límbico e do eixo hipotálamo-hipofisário, mecanismos neuro-endócrinos, constituídos pelas fibras simpáticas, parassimpáticas, e uma variedade de hormônios.

Mac-Lean e Papez (129), caracterizaram o sistema límbico, compreendido por formações corticais e sub-corticais, como o mais alto centro regulador do funcionamento víscero-emocional. O hipocampo é a formação límbica mais estudada, e funciona como área de associação, tanto anatômica, ligando-se ao córtex e ao hipotálamo, como funcional, já que inúmeras sensações convergem para este, como gustativas, olfativas, viscerais, sexuais, visuais e auditivas.

O sistema límbico é, portanto, a provável sede da “linguagem dos órgãos”.

Em duas revisões recentes (82,210), foi discutida a ação do SNC na fisiologia gastrointestinal, sendo salientado o papel de peptídeos do SNC, particularmente o TRH, o CRF e peptídeos opióides, na regulação central da atividade gástrica.

Os autores citam estudos em animais que evidenciam que o TRH se relaciona ao aumento da secreção ácida e da pepsina, da atividade antral e do esvaziamento gástrico, e à produção de úlcera gástrica. A administração de TRH a voluntários sãos provocou náuseas, epigastralgia difusa e diarreia.

É importante observar também que muitos dos peptídeos isolados originalmente no tecido cerebral também aparecem nas células endócrinas do sistema APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxilation) e em neurônios intestinais.

Como mecanismos efetores, no caso particular da motilidade gástrica, atuam as fibras vagais colinérgicas e não colinérgicas, dopaminérgicas, fibras simpáticas, e uma variedade de hormônios, tais como gastrina, motilina, endorfinas, colescistoquinina, somatostatina, VIP, substância P, encefalina, galanina, alguns destes não tendo ainda funções bem conhecidas (64, 74, 147).

1.2.2.5 Psicoimunologia

Um novo campo que se abre nos estudos da psicofisiologia é o da Psicoimunologia.

Existem várias evidências que sugerem que os fatores psico-sociais afetam diretamente o sistema imune e assim, potencialmente, influenciam uma enorme gama de patologias, como neoplasias, infecções e doenças autoimunes (6,39). Este mecanismo ocorre através da integração hipotalâmica de uma complexa interligação entre o sistema imunológico e o sistema neuro-endócrino.

Uma piora da função imunológica foi encontrada em pessoas separadas, pessoas que cuidam de familiares portadores de síndrome de Alzheimer e em mulheres cujas relações conjugais não são satisfatórias, levando-as à depressão (22).

1.2.3 Incorporação à medicina psicossomática dos fatores sócio-culturais

Hinkle (83), Lipowsky (120, 122) e Pearlin (160, 161) entre outros autores, enfatizaram a importância do ambiente sócio-cultural na frequência e natureza dos distúrbios psicossomáticos.

As somatizações são mais frequentes em indivíduos de classe sócio-econômica mais baixa, no sexo feminino, e em algumas culturas em que a expressão do distúrbio

emocional é tradicionalmente desencorajada e suprimida. Também não se pode deixar de considerar a preferência que culturalmente se dá em focalizar aspectos somáticos, dado o estigma que acompanha a doença psiquiátrica (105-107).

Em 1977, Engel (53) apresenta um modelo alternativo: o “modelo bio-psico-social”, constituído por um arranjo hierárquico contínuo, que evolui de sistemas menos complexos para os mais complexos (célula - órgão - sistema nervoso - pessoa - família - comunidade - cultura - sociedade - nação - biosfera). Nesta organização, cada unidade é, ao mesmo tempo, um todo e uma parte dos sistemas mais altos.

1.2.4 Somatizações. Abordagem atual. Fatores envolvidos

Numa definição puramente descritiva, a somatização se caracteriza pela tendência a experimentar e comunicar distúrbios psicológicos na forma de sintomas físicos, e pela conseqüente procura de auxílio médico. Segundo esta definição, portanto, a somatização não é caracterizada como uma categoria diagnóstica específica. Comentando sobre este aspecto, Lipowsky (121,122) escreve que os limites da definição da somatização devem ser rediscutidos, e acrescenta que algumas síndromes, como a síndrome do cólon irritável, deveriam ser consideradas como somatização.

Calcula-se que, nos E.U.A., o custo médico anual correspondente à somatização seja em torno de 20 bilhões de dólares, para os quais as queixas gastrointestinais participam com considerável contribuição (100,120,209).

Estudos epidemiológicos (56, 198) demonstram que os sintomas de somatização mais freqüentes são: cefaléia, dores no peito, dores abdominais, dores lombares, tonturas, palpitações e queixas ginecológicas, sendo que com grande freqüência os pacientes apresentam vários destes sintomas associados.

Existem muitas abordagens e explicações quanto à fisiopatologia das somatizações, tanto separada como simultaneamente, dando ênfase aos fatores biológicos, psicodinâmicos e sócio-culturais. Numa abordagem multifatorial, devem ser considerados os seguintes fatores:

- fatores precipitantes - eventos estressantes de vida.
- fatores predisponentes - biológicos, psicológicos e do meio sócio-cultural.
- fatores de manutenção - o comportamento anormal na doença, os ganhos primários e secundários conquistados com a doença.

1.2.4.1 Eventos estressantes de vida

Nas últimas décadas, a história de eventos de vida recentes vem sendo utilizada freqüentemente como um indicador de *stress* (154).

Freud (65) estudando o processo de luto, diferenciou, como reações à perda de um ente querido, os processos de luto normal e um outro quadro denominado melancolia, que corresponderia a um luto patológico, e que dependeria da importância da perda, da capacidade do ego lidar com a mesma e do tipo de relação com o objeto perdido. Situações inconscientes de culpa, por exemplo, poderiam se associar à tendência de expressar estes sentimentos através da melancolia.

A constatação de situações de perda antecedendo a eclosão de várias enfermidades, situações em que o fundamental é o significado emocional da perda, seja de um ente querido, status, etc., é especialmente salientada por Engel (54), que enfatiza a invasão do mundo interno por sentimentos de desânimo e desesperança após a perda, antecedendo a somatização.

As publicações da “Escala Classificatória de Readaptação Social” de Holmes e Rahe (85) em 1967, e das outras que se seguiram a ela, adaptando-a ou modificando-a, trouxeram consideráveis contribuições para os estudos sobre eventos estressantes de vida.

Dohrenwend e Dohrenwend (42) ampliaram esta escala para 102 eventos, especificando suas características de serem desejáveis ou não. Estes autores consideram que o estudo dos eventos de vida é uma das vertentes mais importante para se aquilatar o papel dos fatores sociais, psicológicos e culturais nos distúrbios funcionais.

Blazer e cols (18) consideram que os eventos indesejáveis e inesperados são potencialmente mais estressantes, enquanto Miller e Ingham (145, 146) associam as características dos eventos com as respostas que os mesmos provocam. Assim, por exemplo, a ansiedade estaria relacionada a eventos significativos de ameaças, e a depressão se seguiria a eventos significativos de perdas (206).

Um campo ainda não totalmente explorado nas diversas pesquisas é o do período de exposição ao *stress*. Nos estudos epidemiológicos e clínicos sobre os fatores de risco que conduzem a problemas somáticos e psiquiátricos, tem sido investigada a importância dos eventos estressantes “menores” que ocorrem diariamente. Foi demonstrado que elementos persistentes das relações conjugais, das relações entre pais e filhos e da experiência ocupacional aparentemente causam mais impacto de *stress* que os próprios “eventos estressantes” (74).

Isto vem demonstrar que o importante, muitas vezes, não é a quantidade e nem a qualidade dos estímulos, mas sim a maneira pela qual o indivíduo vivencia e trabalha psicologicamente e fisicamente este estímulo estressante, e que é influenciada por diversos fatores: constituição, intensidade e grau dos estímulos, incidências destes sobre o organismo, o suporte psicológico e social que o indivíduo possa ter, etc.(72). Uma maior vulnerabilidade aos eventos estressantes de vida tem sido demonstrada no sexo feminino e nas classes sócio-econômicas mais baixas, que seriam menos dotados de mecanismos eficazes para manejar estas situações (18, 105, 106, 107, 146, 151, 220, 221, 238).

1.2.4.1.1 Pesquisa dos eventos de vida

A pesquisa da influência dos eventos estressantes de vida sobre as diversas patologias pode ser realizada através da recordação espontânea, pela aplicação de escalas ou por associação das mesmas (154).

A aplicação de escalas trouxe uma maior objetividade a estas pesquisas. No entanto, existem controvérsias a respeito do mérito das diversas escalas empregadas, sendo necessárias adaptações aos diferentes meios sócio-culturais (7).

A simples recordação de eventos pelos pacientes é acompanhada por uma grande

freqüência de esquecimento, de acordo com o tempo a ser recordado. No entanto, quando são realizadas entrevistas formais, com indagação do significado pessoal dos eventos mencionados, além da aplicação das escalas, existe um substancial aumento da proporção de eventos recordados (181). Jenkins (89), em um estudo longitudinal, observou que em um período de 9 meses houve um esquecimento de 45% dos eventos.

No entanto, a observação de pacientes com depressão, por um período de um ano, demonstrou que não houve esquecimento significativo dos eventos graves ou subjetivamente negativos. Ao mesmo tempo, existem eventos que são recordados por anos ou décadas com aparente acuracidade, e que devem ter sido muito importantes para o indivíduo na época, e podem continuar a ter importância no momento (154).

Com base nos dados citados anteriormente, a maior parte dos estudos sobre eventos de vida referem-se a períodos nunca superiores ao ano anterior à consulta.

1.2.4.2 Fatores psicológicos associados à somatização

Como fatores psicológicos predisponentes à somatização, podem ser descritos:

- quadros psiquiátricos
- algumas predisposições e identificações, adquiridas particularmente na infância
- anormalidades de percepção

1.2.4.2.1 Quadros psiquiátricos e somatização

A somatização pode ser uma manifestação de uma resposta transitória ao *stress*, ou fazer parte do quadro clínico de um grande número de distúrbios psiquiátricos. De acordo com a classificação do DSM III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (100), a somatização aparece associada aos seguintes quadros psiquiátricos: hipocondria, distúrbios conversivos (denominação utilizada em substituição à histeria), dor psicogênica (distúrbios em que a dor seria a expressão somática do desconforto

psicológico), nos quadros de ansiedade e depressão, e em alguns distúrbios psicóticos, como a esquizofrenia.

Os estudos epidemiológicos demonstram que a ansiedade e a depressão são os diagnósticos psiquiátricos mais comuns nos serviços clínicos de atendimento primário, e que freqüentemente estes distúrbios são acompanhados por somatizações transitórias ou persistentes (10, 63, 121, 198). Assim, na prática clínica, um paciente com somatização tem grande probabilidade de apresentar ansiedade, depressão, ou ambos. Uma vez que tanto a ansiedade como a depressão podem ser tratados efetivamente, é importante diagnosticá-las precocemente e instituir a terapêutica adequada.

O paciente com somatização freqüentemente negará estar deprimido ou ansioso, ou afirmará que qualquer distúrbio emocional que esteja experimentando é resultado, e não causa, do seu sofrimento físico.

O clínico deve pesquisar as evidências de depressão através dos sintomas de perda de interesse e de prazer nas atividades da vida diária, na alimentação e na atividade sexual; insônia; diminuição da energia e da ambição; diminuição da capacidade de concentração e de memória; pessimismo; tendência para a auto-depreciação; etc. As queixas de dor são particularmente freqüentes entre estes pacientes. Estima-se que entre 30 a 60% dos pacientes com dor crônica idiopática (ou psicogênica) apresentem depressão (47).

A ansiedade se caracteriza como um medo ou apreensão excessivos e injustificados, variando da preocupação excessiva ao pânico, e pode acontecer em qualquer hora ou somente em situações específicas, fôbicamente evitadas pelo paciente. Em geral é acompanhada por sintomas de dispnéia, palpitações, dores no peito, parestesias, tremores, fadiga, transpiração excessiva, tonturas e fraqueza. Os sintomas de ansiedade, tanto na forma aguda como na forma crônica, são componentes da maioria dos distúrbios psiquiátricos, e a neurose de ansiedade é a doença neurótica encontrada com maior freqüência na prática clínica (58, 100).

Com relação à associação entre neuroses e somatizações, particularmente do aparelho digestivo, Paiva (159) relata que, de 100 pacientes neuróticos acompanhados por

vários meses, 72% apresentavam queixas digestivas, e que estas eram a queixa principal em 50% destes pacientes.

Na neurose histérica (ou distúrbio de conversão) predominam os sintomas de conversão, como paralisias, hipoestésias, etc. Os sintomas também podem simular doenças físicas, e nesses casos é importante o mecanismo de identificação com os sintomas de doenças de pessoas com quem o paciente teve um relacionamento próximo (58, 113). Engel (52, 55) estima que 20 a 25% dos pacientes atendidos em serviços médicos gerais tenham tido sintomas de conversão em algum período de suas vidas. Ljunberg (124) estima que a incidência de histeria na população geral da Suécia seja em torno de 0,5%.

A hipocondria pode ser definida como “preocupação mórbida persistente com a saúde, e medo ou convicção de que se está sofrendo de doença física séria” (10). Os pacientes hipocondríacos estão absorvidos por seu sofrimento, suas sensações físicas e funções fisiológicas. Suas conversas e relações interpessoais são dominadas por assuntos relacionados à saúde e à doença.

Estes distúrbios psiquiátricos podem estar associados em um mesmo paciente, que poderá apresentar, por exemplo, ansiedade, depressão e hipocondria.

Segundo a interpretação psicanalítica, a somatização nas neuroses pode ser compreendida como um canal derivativo de impulsos sexuais e agressivos. O *stress* despertaria conflitos, particularmente relacionados à sexualidade, agressividade e dependência. Os mecanismos de defesa do ego, como a negação, a racionalização, a repressão, a identificação com o agressor, etc., teriam a finalidade de diminuir a tensão interior, experimentada como ansiedade, mantendo-a fora do campo da consciência (58, 100).

Henry Ey (58) faz uma descrição detalhada sobre a semiologia das neuroses, e salienta a presença constante de anormalidades da atividade sexual e de manifestações inconscientes da agressividade.

A respeito das alterações da atividade sexual nas neuroses, este autor descreve e explica, dentro da linha psicanalítica, os seguintes sintomas: impotência total ou periódica; alterações da ejaculação; frigidez entre as mulheres, que pode ser total ou parcial; abstinência sexual sistemática, e a masturbação, quando preferida à relação

sexual. Henry Ey enfatiza que os conflitos edipianos (conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta em relação aos pais) exercem um papel central na ocorrência da inibição sexual, e acrescenta que, no caso particular do sexo feminino, em que a frigidez é muito mais freqüente que a impotência no sexo masculino, também devem ser considerados os fatores sócio-culturais .

Ao lado da sexualidade, os problemas da agressividade ocupam um papel essencial no estudo clínico do neurótico.

Quando o impulso sexual está inibido no neurótico, ele pode dar lugar a comportamentos agressivos, que podem manifestar-se de formas diversas (auto e hetero-agressivas) e em diversos graus (leve, moderada ou grave).

As alterações do sono e as queixas de astenia também são freqüentemente encontradas nas neuroses.

A conciliação do sono exige um abandono à passividade contra a qual o neurótico luta ativamente. Em muitas ocasiões, pode haver dificuldades na continuidade do sono, quando a pressão dos impulsos reprimidos torna-se insuportável.

A astenia neurótica, caracterizada como uma fadiga e indisposição geral, é um sintoma comum nestes pacientes, e expressaria a luta inconsciente contra os intintos sexuais e agressivos. Associa-se muito freqüentemente à hipocondria, e pode ser o revestimento de uma depressão.

1.2.4.2.2 Predisposições e identificações adquiridas na infância

A - Modelos para os sintomas

A imitação inconsciente de sintomas, baseada na percepção da doença de uma figura importante na vida do paciente, usualmente na infância, é descrita entre os pacientes com sintomas de conversão, e foi observada por Engel (53) e Raskin (172) em pacientes com dor psicogênica crônica e distúrbios de conversão (neurose histérica).

B - Conflitos conjugais sérios entre os pais e abuso físico na infância

Segundo Freud (66), as divergências entre os pais e os desajustes conjugais produzem nos filhos predisposições graves ao desenvolvimento psico-sexual perturbado ou à aquisição de doenças neuróticas.

Engel (52, 54) e de Vaul (40) observaram que pacientes com dor psicogênica e pacientes com propensão a sofrerem múltiplas cirurgias apresentam com maior frequência histórias de abuso físico na infância, na forma de espancamentos, estupros, sevícias, etc.

C - Características masoquistas de personalidade associadas a ocorrências da infância

O masoquismo, através da implícita auto-agressividade, já contém em si a própria necessidade de adoecer. Nesta situação, impulsionado por fortes culpas de caráter inconsciente, o indivíduo busca várias formas de se auto-flagelar, entre elas, a doença somática.

Em muitos pacientes com somatização são evidentes as características masoquistas, podendo-se observar uma maior tolerância a relações abusivas, tais como o convívio com cônjuges alcoolistas e o abuso físico por parte destes (47, 72).

Muitos destes pacientes podem ter histórias de terem sido amados e atendidos apenas quando estiveram doentes ou sofrendo. Desta maneira, a doença pode ser um apelo de atenção e carinho dos pais ou figuras substitutivas na vida afetiva destes indivíduos.

D - Separação ou morte dos pais antes de os pacientes completarem 15 anos de idade

O conceito de Freud de que a depressão na idade adulta seria uma reação a uma perda recente, que reativaria sentimentos depressivos associados à perda dos pais ou de outros objetos amados na infância permanece em discussão. Crook e Eliot (38), revendo a literatura, consideram que este fato não pode ser comprovado, enquanto O'Neil e cols (158) observaram que a ocorrência de morte ou separação dos pais antes dos 15 anos de idade estava associada à presença de depressão na vida adulta, com maior possibilidade de ocorrências de somatizações.

E - Ser o irmão mais novo do mesmo sexo

Ziegler e cols (246) observaram em 100 pacientes que apresentavam reação de conversão que, com maior freqüência que o esperado, estes eram ou os irmãos mais novos da família ou os mais novos do mesmo sexo, ou seja, os “bebês” da família. Encontraram também, entre os outros pacientes, uma maior freqüência de “papéis especiais” dentro da família, como ser o irmão mais velho, etc.

Estes autores sugerem que, em nossa cultura, certos papéis familiares especiais se correlacionam com dificuldades posteriores em assumir e manter papéis sociais maduros, e que esta situação poderia estar relacionada às características de imaturidade e dependência observadas entre os pacientes com distúrbios de conversão.

1.2.4.2.3 Anormalidades de percepção

As anormalidades de percepção presentes nos pacientes que somatizam (120) podem se apresentar em três versões, não mutuamente exclusivas: ampliação das sensações corpóreas, interpretação errônea dos sintomas somáticos e alexitimia.

Resumidamente, pode-se dizer que os pacientes que somatizam experimentam as sensações corpóreas como nocivas e intensas. Estes pacientes teriam limiares e tolerância mais baixos à dor. O que o indivíduo normal percebe, por exemplo, como uma pressão abdominal, seria experimentada por estes como dor abdominal.

Sternback (204) escreve que o limiar inferior à dor, ou seja, o ponto a partir do qual um estímulo passa a ser doloroso, costuma ser constante para um mesmo indivíduo, e que existem grupos com maior sensibilidade à dor, como o sexo feminino, idosos, negros etc.

A tolerância à dor, que é a quantia máxima de dor que uma pessoa pode suportar, está associada ao estado psicológico, e pode ser influenciada pela presença de ansiedade, distração e motivação.

A expressão da dor seria influenciada por dois fatores: o cultural e o grau individual de extroversão e introversão.

O autor observa que estas diferentes atitudes culturalmente motivadas podem influenciar, em algum grau, a tolerância à dor, ou mesmo as respostas fisiológicas a estímulos repetidos.

Os pacientes que somatizam interpretam as sensações orgânicas normais, as funções fisiológicas, os sintomas triviais da vida diária, e os sintomas ligados às emoções, como se fossem processos graves de doenças. Tanto a sua interpretação, como a interpretação de pessoas próximas, influenciam poderosamente o nível de excitação e desconforto associados a seus distúrbios.

A presença de alexitimia (148), caracterizada pela incapacidade de expressão verbal dos sentimentos, uma pobreza associada de fantasias, uma focalização em eventos externos, foi identificada em pacientes com doenças psicossomáticas por Sifneos e Nemiah (191). Estas características já tinham sido observadas por Marty e M'uzan que utilizaram a expressão "pensamento operatório" (138). Considera-se que a alexitimia possa ser resultante de distúrbios psicológicos ocorridos a partir da relação materna, na primeira infância (desajustes na relação mãe-filho).

1.2.4.2.4 Fatores de manutenção das somatizações

O termo "comportamento na doença" é utilizado para descrever os vários tipos de comportamento que as pessoas têm, referentes à sua percepção dos sintomas somáticos, sua avaliação destes sintomas e as ações que podem ser tomadas ou não, como consequência (165).

Estar doente tem um especial apelo para aqueles que são dependentes, têm baixa auto-estima e não têm ocupações e suporte social adequados, justificando a procura de cuidados e atenções, principalmente de familiares e médicos. Este "papal de doente" exime-os de deveres e responsabilidades, cumulando-os, ao contrário, de simpatia, atenção e encorajamento. O paciente alcança, assim, ganhos secundários com a doença. Raskin e cols. (172), observaram que, em pacientes com neurose histérica, os ganhos secundários com a doença são facilmente evidenciáveis.

De acordo com Engel, os sintomas de somatização também podem proporcionar

“ganhos primários”, no que se refere à sua eficácia em expressar simbolicamente os impulsos reprimidos. Obviamente, estes últimos são de difícil avaliação, pois exigem um trabalho psicanalítico mais profundo.

1.3 Aspectos psicológicos de doenças gastrointestinais

A seguir serão descritos os aspectos psicológicos investigados entre pacientes com úlcera duodenal, que é uma das doenças “orgânicas” do trato gastrointestinal mais estudadas quanto a estes aspectos, e entre pacientes com síndrome do cólon irritável, que é a patologia funcional digestiva mais estudada do ponto de vista psicossomático.

1.3.1 Úlcera duodenal

Ao longo deste século, é possível observar uma mudança de interpretação a respeito da importância dos fatores emocionais na úlcera duodenal.

Na primeira metade do século, em que predominaram os estudos psicanalíticos, o papel dos fatores psicológicos na úlcera duodenal foi intensamente valorizado. Alexander (2) considerava que a úlcera duodenal era uma das sete doenças psicossomáticas “genuínas”.

No entanto, nas últimas décadas, passaram a ser cada vez mais valorizados, em detrimento dos aspectos psicológicos, os fatores biológicos envolvidos na fisiopatologia da úlcera duodenal, a ponto de, em vários compêndios de gastroenterologia, não serem gastas mais que algumas linhas para abordar tais aspectos.

Existem diversas hipóteses, dentro da Medicina Psicossomática, que tentam explicar o desenvolvimento da úlcera duodenal, e as mais citadas caracterizam esta enfermidade de acordo com a teoria dos esquemas dinâmicos específicos de Alexander; como conversão; ou como resposta ao *stress*.

Nos trabalhos que discutem os aspectos psicológicos da úlcera duodenal, são constantes as referências às hipóteses e investigações de Alexander.

Este autor, baseado em sua "Teoria da Especificidade dos Conflitos", definiu que, para a úlcera duodenal, o conflito psicodinâmico básico seria o conflito oral, envolvendo temas de dependência e independência, da necessidade de ser cuidado, amado, "alimentado", e que poderia ser assim descrito: Frustração de desejos orais captativos-Culpa-Ansiedade-Supercompensação da agressividade e dependência através da realização de tarefas com grande responsabilidade-Maior desejo inconsciente de dependência-Regressão psicológica na forma de desejo de ingerir alimentos-Hipersecreção gástrica-Úlcera.

A maioria dos autores contesta as hipóteses de Alexander, baseados no fato de que muitos pacientes com úlcera duodenal têm outras constelações conflitivas, enquanto que outros indivíduos que têm conflitos semelhantes não desenvolvem úlcera.

Weiner, Mirsky e cols (237) realizaram um estudo que corroborou muitos dos aspectos das hipóteses de Alexander. Nesta investigação, em que foram avaliados cerca de 2000 recrutas antes do início de seu treinamento militar, foi testada a hipótese de que, para a ocorrência da úlcera, seria necessária a combinação de três parâmetros: o constitucional, evidenciado pelos níveis de pepsinogênio; a disposição psicológica, determinada por entrevistas e testes de personalidade; e uma situação frustradora desencadeante, que seria o treinamento militar, com todas as dificuldades inerentes ao mesmo. Investigadores independentes determinaram os níveis de pepsinogênio destes indivíduos e realizaram exame psicológico, em que observaram os graus de dependência oral e os conflitos envolvendo estas necessidades de dependência. Foram selecionados 10 recrutas que apresentavam alto grau de dependência, e encontrou-se que todos eram hipersecretores de pepsinogênio, 4 tinham úlcera duodenal ativa e 3 desenvolveram úlcera durante o período de treinamento, enquanto apenas 1 paciente do outro grupo apresentou esta patologia. Os dados deste estudo sugerem que a hipersecreção de ácido e/ou pepsina, combinados a fatores psicodinâmicos anormais podem predispor ao aparecimento de úlcera em alguns pacientes.

Outros psicanalistas, como Garma (70), continuaram a tradição conceitual ini-

ciada com Grodeck, interpretando os fenômenos psicossomáticos, incluindo a úlcera péptica, como expressões simbólicas, baseados principalmente nos mecanismos de conversão.

No caso particular da associação entre *stress* e úlcera duodenal, já foram feitas, ao longo deste trabalho, algumas considerações, que podem ser encontradas nos itens “Stress” e “Observações em pacientes portadores de fístulas gástricas”.

Nos textos que abordam este tema, são muito citadas as observações em controladores de tráfego aéreo (200), que apesar de terem dispepsia freqüentemente, e maior prevalência de hipertensão arterial, não apresentam uma prevalência aumentada de úlcera duodenal. Piper e cols. (166) também não observaram associação entre eventos estressantes de vida e úlcera duodenal. No entanto, nestes estudos, não foram consideradas as características individuais nas respostas aos eventos.

Magni (133), em uma revisão que aborda os fatores psicossomáticos na úlcera péptica, escreve que na maior parte dos estudos foram observadas freqüências semelhantes de eventos neste grupo de pacientes e nos grupos controles. Ellard, Piper e cols. (48) observaram que havia entre os pacientes com úlcera duodenal uma maior prevalência de eventos significativos de ameaças, que se associavam à ansiedade. Feldman (59) e Walker (230) verificaram que estes pacientes percebiam os eventos como mais negativos. Ao mesmo tempo, outros estudos de Ellard, Tennant e Piper (48) e Gilligan (73) demonstraram, entre estes pacientes, uma maior freqüência de dificuldades crônicas, que duram em geral vários anos e que predisporiam à doença ulcerosa.

Adami e cols (1), num estudo controlado, não encontraram evidências que possibilitassem estabelecer um papel do stress psicológico na úlcera duodenal.

Em 1985, McIntosh (141) observou que pacientes do sexo feminino com úlcera péptica apresentavam mais tensão, instabilidade emocional e ansiedade.

Magni e cols (131, 132), em trabalhos subseqüentes, demonstraram que pacientes com úlcera duodenal apresentavam maiores índices de ansiedade e neuroticismo, que a ansiedade estava relacionada com os maiores níveis de dependência e introversão, e que era possível observar três subgrupos de pacientes quanto às características de persona-

lidade: dependentes e ansiosos, neuróticos e ansiosos e com personalidade equilibrada.

Jess e cols (90) acompanharam a evolução de dois grupos de pacientes ulcerosos, um deles tratado com cimetidina, o outro sem terapêutica medicamentosa. 53% dos pacientes tinham características neuróticas, contra apenas 5% do grupo controle. Estes autores observaram que os pacientes neuróticos, além de apresentarem um maior retardo na cicatrização das suas úlceras, também sofreram um maior número de recidivas.

A comparação entre pacientes com úlcera duodenal e síndrome do cólon irritável (195) demonstrou que os dois grupos de pacientes apresentam muitas características psicológicas em comum: são mais ansiosos, neuróticos e deprimidos e têm uma maior necessidade de ordem e de realizações que os grupos controles.

No capítulo sobre úlcera duodenal do livro de Fordtran e Sleisenger (200) os autores concluem que é altamente provável que predisposições psicodinâmicas, conflitos internos, usualmente associados a uma susceptibilidade individual aos eventos estressantes, sejam importantes na formação da úlcera em alguns pacientes, agindo através do aumento da secreção ácida ou da piora da defesa da mucosa.

1.3.2 Síndrome do cólon irritável

A síndrome do cólon irritável é o diagnóstico mais freqüente entre os pacientes consultados por gastroenterologistas (186). Estima-se que a prevalência deste distúrbio na população geral seja em torno de 15%, dos quais apenas uma pequena parcela procura auxílio médico (67).

O conceito e diagnóstico da síndrome do cólon irritável são ainda objetos de discussões. Drossman (45) define esta síndrome como “um distúrbio de motilidade intestinal modificado por fatores psico-sociais”.

Nos estudos mais recentes têm sido adotados os critérios propostos por Manning (137, 218) para o diagnóstico desta síndrome: alívio da dor abdominal com a defecação; fezes mais freqüentes e de menor consistência associadas à dor; distensão abdominal; presença de sensação de evacuação incompleta; e presença de muco nas fezes, sendo que

a presença de três ou mais destes sintomas sugere o diagnóstico. As combinações mais freqüentes de sintomas são constipação e dor abdominal e alternância de constipação e diarreia acompanhada de dor abdominal.

Whitehead e Schuster (239) consideram que muitos pacientes relatam apenas queixas de dor abdominal acompanhada por constipação e/ou diarreia, que não são suficientes para preencher os critérios de Manning para o diagnóstico de síndrome do cólon irritável. Estes autores sugerem que, para estes pacientes, seria mais apropriado o diagnóstico de “distúrbios funcionais intestinais”.

A síndrome do cólon irritável é o distúrbio funcional gastrointestinal mais estudado quanto aos aspectos psicológicos envolvidos. Vários estudos (11, 45, 240) demonstram que 70 a 90% destes pacientes apresentam alterações psicológicas, sendo que a neurose histérica, a ansiedade e a depressão são os diagnósticos psiquiátricos encontrados com maior freqüência entre estes pacientes, que também apresentam índices mais elevados de somatizações.

Em outras publicações foi observada a presença de eventos estressantes precedendo as manifestações dos sintomas (35, 37, 62).

Os estudos psicanalíticos descrevem estes pacientes como sendo mais inclinados a serem rígidos, obsessivos e compulsivos. Muitos tendem a ser extremamente preocupados com questões como pontualidade, ordem e limpeza. São muito sensíveis à rejeição e hostilidade. O conflito psicodinâmico correspondente a esta síndrome seria o de dar e receber, e o controle da agressividade(58).

Os trabalhos mais recentes investigam se os aspectos psicológicos aqui descritos estão igualmente presentes entre aqueles indivíduos que, apesar de apresentarem o quadro clínico da síndrome do cólon irritável, não procuram auxílio médico(183, 199). Estes estudos têm demonstrado que este último grupo se assemelha muito aos grupos controles, quanto à avaliação psiquiátrica, sugerindo assim, que os fatores psicológicos, mais que associados à fisiopatologia dos sintomas da síndrome do cólon irritável, estariam relacionados ao comportamento de procura de auxílio médico, e interagiriam com os distúrbios fisiológicos intestinais, determinando a percepção e interpretação dos sin-

tomas. Wald (229) sugere que, nesta enfermidade, deve-se estabelecer uma abordagem terapêutica tanto psicológica quanto clínica, esta última visando as possíveis alterações do trânsito colônico.

1.4 Dispepsia não ulcerosa

1.4.1 Definição e classificação - Conceitos atuais

As primeiras descrições sobre a dispepsia, termo que deriva do grego e significa “má digestão” podem ser encontradas na Grécia desde 5 séculos antes de Cristo (217).

Estudos epidemiológicos recentes indicam que a prevalência de dispepsia na população seja em torno de 25 a 30% (20, 94, 112, 226).

Em um outro trabalho realizado na Inglaterra e Escócia em 1990 (95), observou-se que, entre os pacientes com queixas dispépticas, apenas cerca de 30% procuraram auxílio médico, e que este comportamento estava associado não só à intensidade dos sintomas, mas também era mais freqüente entre pessoas do sexo feminino, com idades mais avançadas, e nos indivíduos de menor nível sócio-econômico, embora a prevalência de queixas dispépticas não fosse maior nestes três grupos de pacientes.

No Reino Unido, as queixas dispépticas contribuem para cerca de 1/5 de todas as consultas com clínicos gerais e gastroenterologistas. Entre os pacientes consultados por dispepsia, em cerca de 50% não se encontra uma causa orgânica que explique a sintomatologia apresentada, e apenas 20 a 25% têm úlceras evidenciadas pela radiografia ou endoscopia(46,80,93).

O gastroenterologista se defronta, portanto, em uma considerável parte do tempo, com doenças que não compreende bem.

Se considerarmos a literatura, a própria definição de dispepsia não é homogênea, dificultando, inclusive, a comparação entre os diversos trabalhos.

Nos anos de 1988 e 1989 foram publicados, respectivamente nas revistas Lancet

(32) e *Digestive Diseases and Sciences* (8), dois artigos com a finalidade de padronizar os conceitos de dispepsia.

No artigo da revista *Lancet*, resultante da reunião de renomados gastroenterologistas em Chicago, a dispepsia foi conceituada como qualquer dor ou desconforto retroesternal ou no andar superior do abdomen, pirose, náuseas, vômitos ou outros sintomas relacionados ao segmento superior do aparelho digestivo.

A dispepsia orgânica seria devida a lesões específicas, como a úlcera péptica, neoplasias, etc., e a dispepsia não ulcerosa seria aquela com duração superior a quatro semanas, não relacionada a exercícios físicos, e para a qual não se encontram lesões focais ou doenças sistêmicas que possam ser responsabilizadas pela sintomatologia.

A dispepsia não ulcerosa foi ainda classificada nas seguintes categorias:

- dispepsia tipo refluxo gastro-esofágico
- dispepsia tipo úlcera
- dispepsia tipo dismotilidade
- aerofagia
- dispepsia idiopática ou essencial

A dispepsia do tipo dismotilidade se caracterizaria pelos sintomas de plenitude pós-prandial, intolerância a vários alimentos, saciedade após a ingestão de pequena quantidade de alimentos, náuseas, flatulência, meteorismo, distensão abdominal, dor abdominal difusa, com tendência a ser contínua. Coincidiria, muitas vezes, com a síndrome do cólon irritável.

Em 1989 foi publicada a outra classificação para a dispepsia, mencionada anteriormente, também resultante das opiniões de diversos especialistas (8), dois dos quais participaram também do grupo de Chicago, e que teve início em uma reunião na Itália, em 1986. Estes autores classificaram a dispepsia em:

- dispepsia ulcerosa: os sintomas sugerem úlcera
- dispepsia não ulcerosa: os sintomas sugerem úlcera, que entretanto não é encontrada
- dispepsia flatulenta: predominam os sintomas de eructação, distensão abdominal e saciedade após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos. Os autores acrescentam que esta categoria de dispepsia pode estar associada ou não à colecistopatia crônica calculosa.
- dispepsia biliar: presença de cólicas biliares recorrentes
- dispepsia funcional: não atribuída a causas estruturais ou metabólicas, mas que se acredita estar relacionada a distúrbios da função do trato gastrointestinal ou a anormalidades de percepção dos pacientes.

Se compararmos estas duas classificações, observaremos que os dois grupos de autores utilizam, para o mesmo conceito de dispepsia, denominações distintas, ou seja, “dispepsia não ulcerosa” ou “dispepsia funcional”.

Considerando a literatura dos últimos 25 anos, podem ser encontradas várias outras denominações e conceitos de dispepsia, como por exemplo, “dispepsia nervosa” (77), e “dispepsia flatulenta” (235). Entre nós, Pontes (168) tem utilizado a terminologia “esofagogastroduodenopatia crônica psicogênica”.

A maior parte das publicações recentes adota a terminologia “dispepsia não ulcerosa”, também empregada, no Brasil, por Coelho, Passos e Paula Castro no livro *Tópicos em Gastroenterologia* (30), e por Magalhães (130) no *Manual de Terapêutica em Gastroenterologia*.

Uma outra dificuldade diagnóstica ainda não bem esclarecida pelas várias publicações é referente àqueles pacientes em que coexistem sintomas dispépticos e sintomas da síndrome do cólon irritável. Bárbara e cols (8) consideram que o diagnóstico de “dispepsia não ulcerosa” ou de “síndrome do cólon irritável” para estes pacientes vai depender de quais destes sintomas predominarem no quadro clínico.

1.4.2 Fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa

Os fatores que atuam na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa ainda não estão definidos.

Segundo alguns autores a úlcera duodenal e a dispepsia não ulcerosa seriam manifestações da mesma patologia, fazendo parte de um continuum, do qual seriam as pontas da escala. Teriam, portanto, etiologia comum. No entanto, o acompanhamento a longo prazo destes pacientes não fornece evidências para sustentar tal hipótese (112).

Os principais fatores estudados como possíveis agentes etiológicos na dispepsia não ulcerosa são:

- secreção ácida
- alterações da motilidade
- gastrite crônica
- *Helicobacter pylori*
- refluxo duodeno-gástrico
- intolerância alimentar
- anomalias do arco duodenal
- fatores psicológicos

1.4.2.1 Secreção ácida, níveis de gastrina, presença de duodenite

Nos estudos sobre secreção ácida em pacientes com dispepsia não ulcerosa podem ser feitos alguns questionamentos sobre as metodologias, uma vez que nos estudos mais antigos, este diagnóstico era considerado quando a radiografia era negativa para úlcera péptica. Com a introdução da endoscopia, os trabalhos mais recentes tendem a considerar que o achado de duodenite (46) significa que o quadro dispéptico faz parte da

doença ulcerosa, tendo sido, inclusive, observados nestes pacientes, níveis de secreção ácida superiores ao normal, e semelhantes aos encontrados em pacientes com úlcera duodenal (33).

Nyrén e cols (153) encontraram que, nos pacientes com dispepsia não ulcerosa, a secreção ácida basal e estimulada pela pentagastrina estava em níveis considerados normais e que, os níveis observados de gastrina foram significativamente inferiores aos encontrados em pacientes com úlcera duodenal.

Considerando a secreção ácida como fator na etiopatogenia da dor gástrica, Bates e cols.(12) avaliaram pacientes com úlcera duodenal, dispepsia não ulcerosa e voluntários sãos, submetidos a testes de secreção ácida após estímulo com pentagastrina, com e sem a utilização de bloqueadores H₂. Os pacientes com úlcera duodenal, assim como o grupo controle, apresentaram pouca ou nenhuma dor relacionada à produção de ácido, tanto a basal quanto a máxima, e entre aqueles que referiram dor, esta não tinha as características da dor experimentada em sua vida diária. Por outro lado, os pacientes com dispepsia não ulcerosa relataram dor antes e após a injeção de pentagastrina, independentemente da secreção ácida estar bloqueada ou não por inibidores H₂; qualificaram a dor experimentada com mais adjetivos, e a descreveram como semelhante à dor relacionada à sua sintomatologia. Os autores concluem que não deve haver relação entre os sintomas dispépticos e a secreção ácida.

1.4.2.2 Alterações da motilidade

Os estudos sobre a motilidade gástrica em pacientes com dispepsia não ulcerosa (25, 61, 91, 104, 174, 175, 205) demonstram que cerca de 50% destes pacientes apresentam retardo do esvaziamento gástrico e hipomotilidade antral, sendo portadores, portanto, de um provável distúrbio motor primário do estômago, ou seja, uma forma de gastroparesia (ou bradigastria).

Não é possível diferenciar os pacientes que apresentam hipomotilidade gástrica nem pelos sintomas (25), traços neuróticos (235), resposta autonômica e humoral ao stress (23, 24) ou pela presença de infecção pelo H.pylori (236).

Ao mesmo tempo, podem também estar presentes, nestes enfermos, alterações de motilidade do esôfago e dos cólons, que poderiam até mesmo ser responsáveis pelo desconforto epigástrico. Em um estudo com pacientes com síndrome do cólon irritável, em que foram insuflados balões a vários níveis dentro dos cólons, a dor epigástrica foi reproduzida em 50% dos pacientes, principalmente associada à distensão do cólon transversal (136).

Os sintomas de refluxo gastro-esofágico são encontrados com freqüência entre os pacientes com dispepsia não ulcêrica. O mecanismo de produção destes sintomas ainda não está bem estabelecido (242). Poderiam ser apenas secundários aos distúrbios motores gástricos, ou fazerem parte de um distúrbio funcional que envolveria também o esôfago, conforme foi demonstrado para a síndrome do cólon irritável. Nesta última patologia, a insuflação de um balão, distendendo o esôfago distal, produziu dor na região retro-esternal, epigastro, e outras localizações abdominais. O estudo manométrico demonstrou a ocorrência de uma diminuição da pressão do Esfíncter Inferior do Esôfago, e aumento da freqüência de contrações espontâneas, simultâneas e repetitivas (5).

1.4.2.3 Gastrite crônica

O termo gastrite é largamente utilizado por médicos e pacientes como sinônimo de dispepsia.

No entanto, se forem consideradas as definições de gastrite dadas por clínicos, endoscopistas e anátomo-patologistas, observa-se que em uma grande parte das vezes estas não coincidem.

Hojgaard e cols. (84) sugerem, inclusive, que a gastrite não deva ser considerada uma entidade clínica.

Vários estudos populacionais demonstram que a prevalência de gastrite crônica aumenta com a idade. Siurala e Vilako (194) estudando respectivamente, estonianos e finlandeses, encontraram prevalência de gastrite de corpo entre 41 a 62% e de antro em torno de 60 a 68%. Maaroos, Villako e cols. (128) reestudando a amostra da

população estoniana após 6 anos, num total de 143 pacientes, com idade média de 47 anos, encontraram a presença de gastrite crônica de antro e/ou de corpo em 98% dos pacientes.

Kreuning (111) encontrou prevalência de gastrite crônica em 71% de uma amostra da população de 40 a 60 anos.

Estudos da prevalência de gastrite crônica em pacientes com dispepsia não ulcerosa demonstram que esta não difere significativamente da prevalência observada em estudos de amostras da população (102, 125, 167, 170, 193, 194). Em um trabalho realizado anteriormente na Universidade Estadual de Campinas, Trevisan, Magalhães e Brandalise (226) encontraram a presença de gastrite crônica em 80% dos pacientes com dispepsia não ulcerosa.

Os dados aqui apresentados não favorecem, portanto, a hipótese de uma associação entre os sintomas da dispepsia não ulcerosa e a presença de gastrite crônica.

1.4.2.3.1 Erosões pré-pilóricas

A erosão pré-pilórica é um achado endoscópico freqüente.

Karvonen (101) encontrou erosões gástricas em 10,5% de 3837 pacientes examinados por endoscopia, na Finlândia, e em 86% dos casos estas erosões se encontravam no antro ou região pré-pilórica.

Segundo Nesland e Berstad (15, 149, 150), que utilizam a denominação de “alterações erosivas pré-pilóricas”, estas podem ser classificadas em:

- grau I: pregas proeminentes pré-pilóricas, em sentido transversal ao piloro.
- grau II: grau I + manchas ou estrias vermelhas no topo das pregas.
- grau III: grau II + erosões macroscópicas.

Estudando 651 pacientes com dispepsia não ulcerosa, estes autores encontraram a presença de “alterações erosivas pré-pilóricas” grau II ou III em 32% destes enfermos.

Observaram que estas lesões foram mais freqüentes nos pacientes com idade inferior a 50 anos, e que estavam associados à gastrite crônica em 90% dos pacientes.

A fisiopatologia da erosão pré-pilórica ainda não foi estabelecida. Estudos sobre a acidez gástrica e a presença de ácidos biliares intragástricos não demonstraram diferenças significantes em relação ao grupo controle. Guslandi e cols. (79) associaram estas lesões a alterações qualitativas da camada de muco gástrico, idiopáticas ou secundárias, que facilitariam a retrodifusão do íon H^+ .

Elta e cols. (49) estudaram a associação entre erosões e a presença de *H.pylori* em 16 pacientes com dispepsia e gastroduodenite erosiva, em que 50% tinham a infecção por *H.pylori*. Estes pacientes mantiveram a infecção, de acordo com avaliação 4 anos depois. O tratamento com metronidazol e subsalicilato de bismuto provocou melhora dos sintomas em 70% dos pacientes, independentemente da presença do *H.pylori*.

Nesland, estudando recrutas militares, concluiu que as erosões pré-pilóricas podem fazer parte de uma reação geral do organismo ao *stress*, e não observou relação entre a presença de lesões e a infecção por *H.pylori*, ou com a sintomatologia apresentada.

1.4.2.4 *H.pylori*

Desde o século XIX já tinha sido observada a presença de organismos espiralados na mucosa gástrica de homens e animais. O significado clínico da presença destes organismos foi muito debatido, e, até recentemente, foram considerados como mera curiosidade, sem relevância para a doença.

Entretanto, a partir dos trabalhos de Warren e Marshall (233) em 1983, seguiu-se um intenso esforço investigatório em todo o mundo a respeito destas bactérias, inicialmente denominadas *Campylobacter pyloridis*, e atualmente de "*Helicobacter pylori*".

Inúmeros trabalhos confirmaram a distribuição mundial do *H.pylori*, bem como a sua associação com a úlcera péptica e gastrite (28, 29, 43, 142).

Estudos realizados em amostras da população de diversos países demonstram que

a prevalência da infecção por *H.pylori* é muito variável e depende de vários fatores, como a idade, nível sócio-econômico, grupos étnicos, localização geográfica, etc. Na Holanda e EUA está presente em 20% e 32%, respectivamente, dos voluntários assintomáticos submetidos à endoscopia; na China, 60% da população assintomática de meia idade têm esta infecção (44, 78, 173).

No Peru, a infecção, além de se iniciar mais cedo, está presente em 70 a 90% dos adultos que se submetem à endoscopia (171).

Em um estudo populacional realizado na Arábia Saudita (3), em que a pesquisa do *H.pylori* foi feita através da determinação de anti-corpos, foi encontrada uma prevalência superior a 70% entre os indivíduos com mais de 20 anos, associada ao baixo nível sócio-econômico.

Enquanto a relação entre *H.pylori* e gastrite está bem estabelecida, e com a úlcera duodenal é altamente sugestiva, a associação entre esta infecção e a dispepsia não ulcerosa continua nebulosa, uma vez que os estudos apresentam resultados discordantes. Rokkas e cols (178) encontraram uma prevalência superior de infecção por *H.pylori* nos pacientes com dispepsia não ulcerosa, quando comparados aos grupos controles; Koch e cols (110) observaram que estas prevalências eram semelhantes. Em outros trabalhos foi demonstrado que o desaparecimento ou melhora da infecção por *H.pylori* estava associado a uma melhora clínica dos pacientes (16, 179), enquanto Kang e cols (99) não encontraram um efeito superior ao placebo, quando estes pacientes foram tratados com bismuto coloidal, associado ou não a antibióticos e quimioterápicos.

No Brasil, Queiroz e cols.(170) encontraram a presença de *H.pylori* em 80% de uma amostra de pacientes, independentemente da presença de úlcera péptica.

Em conclusão, para a avaliação do papel real da infecção por *H.pylori* na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa. são necessários dados complementares sobre a sua prevalência na população assintomática, de características sócio-econômicas semelhantes, assim como das respostas clínicas observadas nos ensaios terapêuticos que visam à erradicação desta bactéria.

1.4.2.5 Refluxo duodeno-gástrico

Apesar de algumas evidências demonstrarem o aparecimento de sintomas dispépticos no momento da comprovação radiológica do refluxo duodeno-gástrico (88), a influência do refluxo do conteúdo duodenal para o estômago na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa não pode ser comprovada (17).

1.4.2.6 Intolerância alimentar

Os pacientes com dispepsia não ulcerosa relatam com freqüência aversão ou intolerância por um grande número de alimentos, que relacionam com a produção de seus sintomas.

As causas de intolerância alimentar em indivíduos susceptíveis são variadas, embora em uma grande parte das vezes os mecanismos não possam ser identificados. Dentre estas podem ser citadas (118):

- causas farmacológicas: alimentos que contém aminas vasoativas, como vinho, queijo, chocolate, peixes, podem provocar enxaquecas, por exemplo.
- alimentos irritantes e tóxicos: pimenta
- presença de defeitos enzimáticos: deficiência de lactase
- alergia a determinados alimentos
- associações indiretas: fermentação, no intestino grosso, de resíduos alimentares não absorvidos.

1.4.2.6.1 Alimentos e gases intestinais

A flatulência, dor abdominal e sensação de distensão abdominal são queixas extremamente freqüentes entre os pacientes com dispepsia não ulcerosa e síndrome do cólon irritável.

Entre os pacientes que se queixam de flatulência excessiva, que pode ser, inclusive, fonte de embaraço social, esta pode ser secundária à ingestão excessiva de ar, muitas vezes associada a fatores emocionais, ou à fermentação de carboidratos ingeridos e não absorvidos no cólon, como ocorre, por exemplo, na malabsorção de lactose.

A prevalência de malabsorção de lactose, no Brasil, foi estudada em diferentes grupos populacionais, sendo observada em 50% dos caucasóides e 85% dos negróides (190) e 75,7% de uma população de nordestinos (202), em estudos realizados anteriormente na UNICAMP.

Em outros estudos (81, 182) verificou-se a presença, em pacientes com síndrome do cólon irritável, de malabsorção de outros carboidratos, principalmente frutose e sorbitol, presentes em frutas, alimentos para diabéticos, etc, associados à ocorrência de sintomas semelhantes aos encontrados em pacientes com malabsorção de lactose.

O mecanismo dos sintomas presentes nestes pacientes ainda não está definido. Em um estudo realizado no México (123), em que foi administrada lactase a pacientes com síndrome do cólon irritável, não houve alteração significativa dos sintomas, levando os autores a concluir que os sintomas da síndrome do cólon irritável são independentes da malabsorção de lactose.

As observações de pacientes com queixas de dor e distensão abdominal, tanto com síndrome do cólon irritável, como com malabsorção de lactose, não demonstram uma maior produção de gases pelas bactérias intestinais neste grupo de pacientes, quando comparados ao grupo controle. Sugere-se que, na maioria dos pacientes, as queixas de dor e distensão abdominal sejam resultantes principalmente de alterações da motilidade intestinal, que dificultariam a passagem dos gases, ou de uma "percepção anormal" à distensão intestinal (186).

1.4.2.7 Anomalias do arco duodenal

Um grupo de autores dinamarqueses (68, 222, 223) publicou alguns trabalhos em que relacionavam a presença de anormalidades da forma do arco duodenal em pacientes

com dispepsia sem lesões orgânicas à radiografia ou endoscopia.

Associados a estas anomalias, observaram uma maior presença de refluxo duodeno-gástrico, retardo do esvaziamento gástrico, aumento da secreção pós-prandial de gastrina e aumento do refluxo gastro-esofágico. Os sintomas que estiveram significativamente mais presentes nestes pacientes foram: dor provocada por alimentos, pirose, regurgitação, vômitos e sintomas da síndrome do cólon irritável, verificando-se um domínio de pacientes do sexo feminino neste grupo.

Reavaliando estes pacientes cinco anos depois, os mesmos autores encontraram um pior prognóstico, quanto ao desaparecimento dos sintomas, para aqueles pacientes que apresentavam estas anomalias de arco duodenal.

1.4.2.8 Papel dos fatores psicológicos na dispepsia não ulcerosa

Os estudos dos últimos anos que avaliam o papel dos fatores psico-sociais na dispepsia não ulcerosa investigam os eventos estressantes de vida, as dificuldades crônicas de vida, os distúrbios psiquiátricos presentes nestes enfermos, e a sua percepção e tolerância à dor e aos sintomas digestivos, através de estudos em laboratórios.

Os autores australianos Piper, Tennant e Talley têm se destacado quanto à investigação exaustiva destes aspectos. Apesar de não considerarem seus resultados como definitivos, as observações destes autores em pacientes com dispepsia não ulcerosa freqüentemente têm demonstrado que os fatores psico-sociais desempenhariam um papel de menor importância nesta enfermidade.

No entanto, os trabalhos de outros autores apontam em direção contrária. Ao compararmos as diversas publicações, defrontamo-nos com algumas dificuldades, particularmente as inerentes à própria definição da dispepsia não ulcerosa. Tomando como exemplo os autores australianos, encontraremos que, com esta denominação diagnóstica é considerado, na maior parte dos seus trabalhos, um grupo mais específico de pacientes, classificado por estes como "dispepsia essencial", em que estariam excluídos aqueles casos associados à síndrome do cólon irritável. No entanto, nos trabalhos de outros

pesquisadores os pacientes com alterações intestinais não são excluídos.

Os métodos que investigam os aspectos psicológicos destes pacientes também são variáveis, a começar pelo tipo de entrevista, por vezes pessoal, ou através de cartas, ou por telefone. A utilização de escalas psicométricas, que facilitam a comparação dos resultados, exige uma adaptação aos diferentes meios sócio-culturais, e cada grupo pode utilizar escalas diferentes, de acordo com sua experiência.

No estudo dos eventos estressantes de vida na dispepsia não ulcerosa, apesar das divergências quanto às metodologias acima descritas, existe uma concordância entre os diversos autores de que a simples freqüência de eventos ocorridos no ano anterior à consulta, que não difere, de forma significativa, da observada nos grupos controles (212, 215), não seria um fator de maior importância dentro desta enfermidade, sendo salientado, por estes pesquisadores, o provável papel das dificuldades crônicas de vida e das características psicológicas individuais.

Os autores australianos observaram que este grupo de pacientes era mais neurótico, ansioso e mais sujeito à depressão que o grupo controle, mas consideraram muito pequenas as diferenças numéricas e os coeficientes de correlação (211, 216). Avaliaram, ainda, o papel dos fatores psico-sociais e da infância no desenvolvimento desta enfermidade, e encontraram que os pacientes eram de nível sócio-econômico mais baixo e tendiam a recordar uma infância infeliz (213). Outros fatores também pesquisados neste último estudo, como a estabilidade familiar, idade quando da separação ou morte dos pais, número e seqüência na ordem de irmãos, e a ocorrência de migração, não demonstraram estar presentes com maior freqüência entre estes enfermos. Em outro trabalho (214), os mesmos autores concluem que os pacientes com dispepsia não ulcerosa não diferem dos pacientes com úlcera duodenal e do grupo controle quanto ao controle consciente sobre as emoções de raiva e ansiedade, e, finalmente concluem que os sintomas dispépticos trazem pouca repercussão à vida destes enfermos.

Outros autores que estudaram o papel dos fatores psicológicos na dispepsia não ulcerosa concluem pela existência de uma evidente associação entre estes.

Magni (134), em 1987, observou uma prevalência de distúrbios de ansiedade em

86,7% destes pacientes, comparada à de 25% do grupo controle. Reavaliando estes enfermos um ano depois (135), encontrou uma diminuição paralela dos sintomas psiquiátricos e dispépticos. Bleinjenberg (19) observou que a melhora da depressão coincidia com a melhora dos sintomas dispépticos.

Watson (234), utilizando escalas psicométricas, encontrou uma maior pontuação, no grupo de pacientes com dispepsia não ulcerosa, nas escalas de sintomas somáticos, assim como uma tendência a maiores níveis de depressão.

Existem, portanto, diversas evidências favoráveis a um papel para os fatores psicológicos na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa. Resta, no entanto, ainda por definir, se estes fatores estão presentes em todos os pacientes portadores desta patologia, ou se, de forma análoga ao descrito para os pacientes com síndrome do cólon irritável, influenciariam a maneira pela qual os pacientes percebem seus sintomas, interpretando-os como uma doença, evidenciando-se, desta forma, apenas entre aqueles pacientes que procuram médicos.

Como explicação para a sintomatologia da dispepsia não ulcerosa, vem sendo atualmente considerada como muito promissora, a hipótese de que estes pacientes teriam uma percepção alterada de suas funções e sintomas digestivos (197).

Em estudos realizados em laboratórios (115, 143), em que pacientes com esta patologia foram avaliados quando provocou-se distensão gástrica, por insuflação de balão, foi demonstrado que estes apresentavam um limiar mais baixo à dor, não relacionado à presença de estase gástrica.

Jorgensen (96, 97), provocando dor isquêmica nos braços de 30 pacientes com dispepsia não ulcerosa, através da insuflação de um torniquete, observou que todos os pacientes apresentavam dor, que era comparável à dor abdominal, e que o tempo de tolerância à dor, neste grupo, foi significativamente inferior ao do grupo controle. Este mesmo autor conclui que a tolerância à dor e a vulnerabilidade psíquica predizem um pior prognóstico quanto ao desaparecimento dos sintomas dispépticos.

1.4.3 Terapêutica da dispepsia não ulcerosa

Quando se discute a terapêutica da dispepsia não ulcerosa, alguns itens têm que ser levados em consideração (152, 164):

- apenas uma fração da população de dispépticos procura os serviços médicos, provavelmente influenciada por uma gama de fatores, como a intensidade dos sintomas, nível educacional, sexo, idade, facilidade de acesso a serviços médicos e fatores psicológicos.
- a fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa ainda não está estabelecida.
- é muito improvável que aqueles pacientes que conseguem alívio de seus sintomas com medicamentos de fácil acesso, como bicarbonatos e antiácidos, procurem auxílio médico; portanto, muitos dos pacientes que se apresentam não serão responsivos à terapêutica com antiácidos, e até mesmo aos bloqueadores H_2 .
- a resposta aos placebos na dispepsia não ulcerosa é alta, chegando 60% dos pacientes a apresentarem melhora dos sintomas em 4 semanas.

Existem diversos ensaios terapêuticos para esta patologia, utilizando variados tipos de drogas: antiácidos, bloqueadores H_2 , anticolinérgicos, sucralfate, drogas pro-cinéticas, drogas contra *H. pylori*, etc.

A dispepsia não ulcerosa parece se constituir em uma das principais indicações para a utilização de antiácidos. No entanto, na maior parte dos estudos controlados em que estas drogas, assim como a cimetidina (103), foram utilizadas, não foi demonstrado um efeito superior ao placebo.

O uso de antiácidos e de inibidores H_2 parece ser mais efetivo que o de placebos, nos subgrupos de pacientes com dispepsia não ulcerosa que apresentam sintomas de refluxo gastro-esofágico, ou sintomas semelhantes aos da úlcera péptica. Por outro lado, a presença de sintomas da síndrome do cólon irritável parece ser um indicador de não

responsividade a estas terapêuticas (92). A resposta à utilização do sucralfate nestes pacientes, também estaria condicionada aos fatores descritos acima (9, 98, 196).

As drogas procinéticas têm-se revelado superiores ao placebo no tratamento da dispepsia não ulcerosa (187). O uso da metoclopramida, domperidona (14,177) e cisapride (34,219) trouxe resultados superiores ao placebo, principalmente para os pacientes com dispepsia do tipo dismotilidade. A utilização do cisapride a longo prazo melhora a atividade motora antro-duodenal, parecendo, além disso, ser promissora no tratamento da disfunção colônica.

O sulpiride (4), derivado antidopaminérgico utilizado na psiquiatria, também dotado de propriedades antieméticas e reguladoras da motilidade gastrointestinal, demonstrou efeitos semelhantes aos da domperidona na melhora dos sintomas dispépticos, aliados à melhora da cefaléia que acompanhava estes sintomas.

Embora o papel do *H. pylori* ainda não esteja definido na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa, alguns autores, como Rokkas (178, 179), consideram que esta bactéria tem um papel patogênico nesta patologia, baseando-se também em estudos que demonstram a resolução da gastrite, erradicação do *H. pylori* e melhora dos sintomas com o uso de bismuto coloidal, associado ou não à antibioticoterapia. Loffeld e cols (126), no entanto, concluem que a melhora dos sintomas de pacientes com dispepsia não ulcerosa tratados com esta terapêutica é semelhante à obtida com o uso de placebos.

1.4.3.1 Terapêutica psicológica em doenças gastrointestinais

Pontes, muito apropriadamente, enfatiza o papel fundamental da relação médico-paciente na resposta terapêutica, em pacientes com "gastropatia funcional" e síndrome do cólon irritável, e considera que "o grande psicoterapeuta é o próprio médico, o clínico que discuta e que saiba compreender o paciente nas discussões, não só dos sintomas dos órgãos, mas das mensagens de que são portadores, de processos que ocorrem também nos planos mentais e no relacionamento da persona com o mundo externo".

O médico freqüentemente está despreparado para lidar com pacientes que soma-

tizam, e muitas vezes, reage a estes com desinteresse, e até hostilidade.

Além disso, as investigações para causas orgânicas dos sintomas freqüentemente envolvem muitos especialistas e procedimentos diagnósticos que tardam semanas, por vezes meses, adicionando mais medo de doenças e preocupações hipocondríacas a estes pacientes.

Lipowsky (121) tece comentários interessantes sobre o “desagrado” experimentado por muitos médicos frente a pacientes que somatizam, e que seria provocado pelo fato destes pacientes não se enquadrarem no “modelo de bom paciente” esperado em nossa cultura, ou seja, queixar-se de distúrbios físicos em termos físicos, e de distúrbios emocionais em termos emocionais, assim como aceitar condescendentemente a opinião e tratamento do médico.

Não é surpresa, pois, que muitas vezes se estabeleça um relacionamento médico-paciente tenso. Pacientes mais sensíveis à rejeição percebem a hostilidade do médico, e reagem com mais clamor por cura e alívio dos sintomas. Ao mesmo tempo, criticam os cuidados que recebem, experimentam efeitos colaterais com os medicamentos prescritos, etc.

O encaminhamento ao psiquiatra, neste momento, é rejeitado pelo paciente, e considerado como um sinal de incompetência e rejeição do médico. Assim, a relação médico-paciente é de fundamental importância na evolução e prognóstico destas patologias.

Não existem estudos controlados de terapêuticas psiquiátricas na dispepsia não ulcerosa. No entanto, alguns artigos trazem os resultados de diversas abordagens psicológicas na síndrome do cólon irritável, tais como a utilização de ansiolíticos, antidepressivos, psicoterapia breve, hipnoterapia e terapia comportamental (36).

Existem algumas evidências de que a utilização de ansiolíticos e/ou antidepressivos pode agir na melhora dos sintomas da síndrome do cólon irritável através de efeito direto sobre a motilidade intestinal, ou de suas propriedades analgésicas, ou secundariamente a alterações de humor provocadas por estes.

O uso de 10mg de diazepam e 1mg de alprazolam em pacientes com doença do pânico (155) provocou uma significativa melhora dos sintomas digestivos, concomitante à diminuição dos níveis de ansiedade.

Com relação à psicoterapia, o trabalho mais significativo é o de Svedlund (207, 208), que aplicou este tipo de terapêutica em pacientes com síndrome do cólon irritável e úlcera duodenal.

Este autor comparou o tratamento médico convencional em 51 pacientes com síndrome do cólon irritável, com a mesma terapêutica associada à psicoterapia breve em outros 50 pacientes com o mesmo diagnóstico. A psicoterapia foi orientada dinamicamente, principalmente de suporte, em um período médio de 10 horas, em sessões semanais, por três meses, e o foco foi a maneira de lidar com o *stress* e problemas emocionais. Para os pacientes com úlcera duodenal foi utilizada a mesma abordagem.

Ao final de 15 meses, os pacientes que foram submetidos à psicoterapia demonstravam a persistência da melhora de seus sintomas, quando comparados ao outro grupo, em que houve, inclusive, uma piora da sua sintomatologia; apresentavam uma maior capacidade de manejar as dificuldades da vida, em geral, e de lidar com seus sintomas, possibilitando um melhor curso de suas doenças, a longo prazo.

Whorwell e cols. (241), obtiveram resultados interessantes com a utilização da hipnoterapia em pacientes com a síndrome do cólon irritável. Estes pacientes, refratários ao tratamento clínico, demonstraram bons resultados terapêuticos a curto prazo e após um ano, com a utilização de técnicas de hipnose, em que era sugerido ao paciente que este seria capaz de exercer controle sobre suas funções intestinais.

É importante observar que, em todas estas formas de terapias descritas existe um fator de seleção dos pacientes, ou seja, a sua própria motivação para estas terapêuticas.

Capítulo 2

Objetivos

2.1 Objetivos gerais

1. Caracterizar clinicamente um grupo de pacientes com dispepsia não ulcerosa atendido no Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP.
2. Avaliar os dados descritivos, psicológicos e sociais dos pacientes com dispepsia não ulcerosa e de um grupo de pacientes com úlcera duodenal, em comparação com um grupo de indivíduos sem sintomas relacionados ao aparelho digestivo, visando à compreensão dos fatores afetivo-emocionais envolvidos em suas enfermidades, no sentido de colaborar para uma melhora no atendimento clínico prestado a estes enfermos.
3. Investigar a prevalência de outros agentes e fatores potencialmente envolvidos na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa.

2.2 Objetivos específicos

Para atingirmos os objetivos gerais, investigaremos os seguintes aspectos:

1. As principais características clínicas e sócio-demográficas destes indivíduos.

2. Os aspectos psico-sociais relevantes, que são relacionados às somatizações:

- Eventos Estressantes de Vida
 - no ano anterior à consulta
 - que antecederam as primeiras manifestações dos sintomas
 - dificuldades crônicas de vida
- Predisposições às somatizações adquiridas durante a infância
- Distúrbios afetivos e quadros psiquiátricos associados

3. A prevalência dos seguintes agentes e fatores no grupo de pacientes com DNU:

- Parasitoses
- Gastrite crônica
- Infecção da mucosa gástrica por *H. pylori*
- Malabsorção de lactose
- Colelitíase

Capítulo 3

Pacientes e métodos

No período de julho de 1988 a setembro de 1989 foram avaliados 68 pacientes com dispepsia não ulcerosa, 30 pacientes com úlcera duodenal e 58 pacientes assintomáticos.

3.1 Seleção dos pacientes

3.1.1 Pacientes com dispepsia não ulcerosa (DNU)

Foram estudados 68 pacientes com DNU, encaminhados para o Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Unicamp, após triagem por médicos clínicos, no APA (Ambulatório de Pronto Atendimento).

O diagnóstico de DNU foi baseado nos seguintes critérios:

- quadro clínico: foram considerados para este estudo os pacientes cujos sintomas caracterizam a “dispepsia do tipo dismotilidade” (32): plenitude pós prandial, saciedade após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos, e intolerância a vários alimentos, associados ou não à sensação de desconforto e distensão abdominal.
- endoscopia: negativa para a presença de esofagite, úlcera péptica e duodenite.

- glicemias normais, uma vez que pacientes diabéticos podem apresentar distúrbios de motilidade e sintomatologia semelhante à do nosso grupo de estudo.

Nenhum destes pacientes tinha história de alcoolismo ou fazia uso de drogas anti-inflamatórias.

3.1.2 Pacientes com úlcera duodenal (UD)

Foram estudados 30 pacientes consecutivos, atendidos nos Ambulatórios de Gastroenterologia do HC Unicamp, e que tiveram o diagnóstico de úlcera duodenal ativa à endoscopia.

3.1.3 Grupo controle não dispéptico (ND)

O grupo controle assintomático foi constituído por 58 pacientes, com características sócio-demográficas semelhantes às dos pacientes com DNU (tabelas 4.1-4.3), selecionados conforme descrição a seguir:

3.1.3.1 Seleção das pacientes do sexo feminino do grupo ND

As 46 pacientes do sexo feminino assintomáticas foram selecionadas entre um grupo de pacientes atendidas no serviço de Triagem Feminina do HC Unicamp, para prevenção do câncer de colo uterino e planejamento familiar.

Foram entrevistadas 4 pacientes por semana, durante duas manhãs, e que eram recrutadas por ordem de chegada. Não houve recusa por parte de nenhuma paciente em ser entrevistada.

3.1.3.2 Seleção dos indivíduos do sexo masculino do grupo ND

Os indivíduos assintomáticos do sexo masculino foram inicialmente recrutados, nos mesmos moldes descritos para as pacientes do sexo feminino, entre pacientes que aguardavam consulta no serviço de Triagem da Oftalmologia (7 pacientes). Como esta deixou de funcionar por um período, os outros 8 entrevistados do sexo masculino foram selecionados entre os funcionários do HC Unicamp cujos salários fossem inferiores a 3 salários mínimos. Também não houve recusa de nenhum destes indivíduos em responder à entrevista.

3.2 Métodos

Pacientes com DNU:

Todos os pacientes foram avaliados clinicamente, através de anamnese padronizada (anexo2). Quando o quadro clínico sugeria o diagnóstico de dispepsia não ulcerosa, era marcada a entrevista, que será pormenorizada mais adiante.

Após a entrevista, eram solicitados os seguintes exames:

- protoparasitológicos
- endoscopia com biópsia da mucosa gástrica
- ecografia abdominal
- teste de sobrecarga com lactose

Pacientes com úlcera duodenal:

Os pacientes com úlcera duodenal diagnosticada por endoscopia foram avaliados clinicamente, através da mesma anamnese padronizada, e foram posteriormente entrevistados.

Foram solicitados para estes pacientes os seguintes outros exames:

- protoparasitológicos
- ecografias

Pacientes do grupo não dispéptico:

Estes pacientes foram avaliados através da anamnese clínica e da entrevista padronizada.

3.2.1 Entrevista

Todos os pacientes foram entrevistados através de uma anamnese-questionário (anexo2) e da aplicação de escalas psicométricas. Esta entrevista durou, em média, de 90 a 120 minutos.

A anamnese-questionário aqui utilizada foi a mesma empregada pela co-orientadora deste trabalho, Cabral (21) em sua tese de doutoramento “Estudo descritivo de aspectos psico-sociais de pacientes acometidos com artrite reumatóide”, e está baseada na entrevista psiquiátrica aplicada no Hospital Maudsley de Londres, que consta do livro-texto de Psiquiatria Clínica de Mayer-Gross, Slater e Roth (140). Esta autora incluiu na anamnese algumas questões por ela elaboradas.

De acordo com Mayer-Gross, a melhor maneira de conduzir uma entrevista psiquiátrica é combinar a entrevista livre ao questionário-interrogatório, que preencherá as lacunas deixadas pelo paciente durante a história livre de vida.

Seguindo esta orientação, inicialmente era solicitado ao paciente que relatasse sua história de vida, incluindo os possíveis eventos que este considerasse como indesejáveis e negativos. Desta forma, a grande maioria dos pacientes sentiu-se à vontade para o próximo passo da entrevista, quando passávamos ao questionamento dos diversos aspectos considerados na anamnese padronizada, como o trabalho, a vida familiar, a vida sexual, a infância, etc.

Neste estudo, optamos por não aplicar escalas que avaliam a presença de eventos de vida, já que estas teriam que sofrer muitas adaptações para serem empregadas no

estudo de pacientes de baixo nível sócio-econômico, como os deste estudo. Além disso, através de uma anamnese-questionário cuidadosa (181), verifica-se um bom nível de recordação dos eventos, por parte dos entrevistados. Um outro aspecto a ser considerado é que a maior parte dos estudos sobre dispepsia não ulcerosa têm valorizado, mais que os eventos de vida, a presença de dificuldades crônicas na vida destes pacientes, e não existem ainda escalas que possibilitem uma pesquisa mais acurada das mesmas.

Após a entrevista, eram aplicadas as escalas: Escala de Beck para depressão e Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral (anexo3).

A escala de Beck para depressão (137) é utilizada mundialmente, inclusive em trabalhos que avaliam pacientes com dispepsia não ulcerosa. Foi traduzida para o português por Matos e Karniol, que a adaptaram para aplicação em pacientes de baixo nível sócio-cultural, através da leitura em voz alta dos diversos itens, pelo entrevistador.

Cabral empregou esta escala em seu estudo de pacientes com artrite reumatóide, que também eram de baixo nível sócio-econômico, considerando-a confiável.

A Escala de Beck avalia subjetivamente a presença de depressão. Consta de 21 itens, com diversos sub-itens, que são lidos pelo entrevistador, e o paciente escolhe a resposta que melhor corresponde ao seu estado quando da entrevista. Matos e Karniol estabeleceram níveis de corte para o número de pontos, que permitem classificar a depressão como ausente (pontuação inferior a 18), moderada (entre 18 e 25 pontos) e grave (mais que 25 pontos).

A Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral (71) foi aplicada com o intuito de avaliar a presença de ansiedade, depressão e somatizações, associadas a comportamentos auto e hetero-agressivos por parte dos pacientes.

Conforme foi citado anteriormente, existem inúmeros trabalhos, dentro da Medicina Psicossomática, que associam estes distúrbios afetivos a sentimentos e comportamentos principalmente auto-agressivos. Esta escala foi elaborada a partir de dados clínicos exaustivamente observados na prática clínica do autor, assim como da experiência do mesmo com a aplicação de outras escalas, como a M.M.P.I., Rorschach, etc. Já foi utilizada na França em estudos de pacientes com neurose histérica, neurose

obsessiva, alcoolismo, sarcoidose pulmonar, etc. Em nosso meio, foi traduzida para o português e validada por Cabral no estudo de pacientes com artrite reumatóide.

A escala de Gayral mede a ansiedade, depressão, combatividade (exteriorização da agressividade), introjeção da raiva, somatizações e distúrbios de personalidade. A técnica de aplicação desta escala é a de perguntas feitas diretamente aos pacientes, com a intenção de obter respostas do tipo sim ou não.

3.2.2 Protoparasitológicos

Todos os pacientes com DNU e com UD realizaram três exames protoparasitológicos, com intervalos de uma semana, pelos métodos de Hoffman e Faust.

3.2.3 Endoscopias digestivas altas e biópsias da mucosa gástrica

Todos os pacientes com DNU e UD se submeteram a endoscopias, e fragmentos de mucosa gástrica foram colhidos dos pacientes com DNU. O exame histopatológico foi feito com as colorações pela HE e Giemsa.

Em 53 pacientes com DNU foi possível avaliar as biópsias gástricas, num total de 48 biópsias de corpo e 47 biópsias de antro. Em 42 pacientes foram obtidas simultaneamente biópsias de corpo e antro.

As alterações histopatológicas presentes na mucosa gástrica foram descritas de acordo com a classificação de Whitehead (243).

3.2.4 Pesquisa da infecção da mucosa gástrica por *H. pylori*

A pesquisa da infecção pelo *H. pylori* foi realizada através da histopatologia em 53 pacientes, e em 33 destes, foi associada a pesquisa pelo teste da urease.

Para o teste da urease, os fragmentos de corpo e antro foram imediatamente colocados no interior de um tubo de ensaio contendo 0.5ml de caldo de uréia (Difco

Laboratories), em temperatura ambiente, agitados durante um minuto e incubados a 37°C. O teste foi considerado positivo para a presença do *H. pylori* quando ocorria nítida mudança da cor amarela da solução para a cor púrpura, durante as primeiras 24 horas do período de observação. Na maior parte das vezes a mudança de coloração ocorreu nas primeiras 3 horas.

3.2.5 Prevalência da malabsorção de lactose do adulto (MAL)

63 pacientes com DNU foram avaliados quanto à presença de MAL. Foram excluídos dois destes pacientes, que apresentavam parasitoses, um com *Giardia lamblia* e outro com *Strongiloides stercoralis*, que podem causar malabsorção de lactose.

Portanto, completaram o estudo 61 pacientes com DNU, divididos em caucasóides (41 pacientes), negróides não nordestinos (6 pacientes) e 14 pacientes nordestinos, que foram agrupados separadamente, em virtude de serem considerados trihíbridos, do ponto de vista racial.

Os pacientes foram questionados quanto à história de intolerância ao leite, considerada quando estes relatassem sintomas abdominais ou diarreia após a ingestão do leite.

O diagnóstico de MAL foi feito através do teste de sobrecarga com lactose (190), durante o qual foram colhidas glicemias em jejum e aos 20, 40 e 60 minutos após a ingestão de 50g de lactose. O aumento máximo da glicemia em relação ao jejum foi considerado como o pico da glicemia e denominado dG, sendo considerado o diagnóstico de MAL quando o dG foi menor que 20mg%. e o de intolerância à lactose, quando se apresentaram os sintomas gastrointestinais citados após a ingestão de lactose. Durante o exame também foram avaliados o pH fecal, considerado anormal quando inferior a 6, e a presença de substâncias redutoras nas fezes em nível igual ou superior a 0,5%.

3.2.6 Ecografia abdominal

Todos os pacientes com DNU e UD foram avaliados quanto à presença de coledocolitíase, através de ecografia abdominal.

3.2.7 Métodos estatísticos

Neste estudo, foram utilizados os seguintes métodos estatísticos, adotando-se sempre o nível de significância de 5% (0,05): χ^2 , com correção de Yates quando necessário; teste exato de Fisher; análise da variância; teste t de Student e cálculos dos coeficientes de correlação (13).

Capítulo 4

Resultados

Os principais dados obtidos neste estudo serão representados nas tabelas 4.1 a 4.40, figuras 4.1 a 4.6, e pela descrição de dados relevantes observados nas histórias de vida dos pacientes. A ordem de apresentação dos resultados será a mesma obedecida durante o acompanhamento dos pacientes: anamnese clínica, entrevista, protoparasitológicos, endoscopias, teste de sobrecarga com lactose e ecografias.

4.1 Avaliação clínica dos pacientes com DNU e UD

Neste item, serão descritas as principais características dos pacientes com dispepsia não ulcerosa (DNU), úlcera duodenal (UD) e grupo não dispéptico (ND), quanto ao quadro clínico, dados sócio-demográficos, antecedentes e hábitos.

4.1.1 Análise da distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto ao sexo, idade e principais características sócio-demográficas

Foram investigados 68 pacientes com o diagnóstico de DNU, com idade média de $41,2 \pm 10,9$ anos, sendo 53 do sexo feminino e 15 do sexo masculino; 30 pacientes com o diagnóstico de UD, com idade média de $44,3 \pm 12,7$ anos, sendo 13 pacientes do sexo

feminino e 17 do sexo masculino; e 58 indivíduos sem queixas dispépticas, como grupo controle (ND), sendo 46 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idade média de $41,8 \pm 10,8$ anos.

Observa-se, com relação ao sexo dos pacientes estudados, que existe entre os pacientes com DNU um nítido predomínio do sexo feminino, numa proporção F:M de 3,5:1. No grupo de pacientes com UD verifica-se um leve predomínio do sexo masculino, numa proporção F:M de 0,8:1 (tabela 4.1).

Pode-se caracterizar, nos três grupos de pacientes estudados, um predomínio de indivíduos de baixo nível sócio-econômico e cultural, evidenciado pela renda familiar, que em 72% dos pacientes com DNU, 80% dos pacientes com UD e 75,9% dos pacientes ND foi inferior a 5 salários mínimos, e por sua baixa escolaridade, uma vez que, 80,9% dos pacientes com DNU, 86,6% dos pacientes com UD e 77,5% dos pacientes ND não chegaram a concluir o primeiro grau (tabelas 4.2 e 4.3).

Nas tabelas 4.4 e 4.5 estão descritas as principais ocupações exercidas por estes pacientes, e verifica-se que a maior parte das pacientes do sexo feminino dos três grupos dedica-se aos trabalhos caseiros, e quando trabalham fora, estas mulheres frequentemente estão engajadas em trabalhos de baixa remuneração, principalmente os de empregadas domésticas. Os pacientes do sexo masculino trabalham principalmente na construção civil, como pedreiros e serventes, ou como marceneiros, encanadores e eletricitistas.

Na tabela 4.6 é possível observar que, apesar de a maior parte dos pacientes com DNU procederem da região de Campinas, 10,3% são provenientes de outros Estados, principalmente Bahia. Para alguns deles, o período de espera para obter a consulta foi de até 2 meses, período em que foram obrigados a hospedar-se, na maioria das vezes com grande desconforto, em casas de parentes, amigos, ou até mesmo de famílias desconhecidas, "amigos de amigos", demonstrando a importância que estes pacientes conferem a seus sintomas, bem como à Unicamp como instituição de saúde.

Na tabela 4.7, que apresenta a distribuição dos três grupos quanto ao estado civil, e quanto a viverem sós ou terem companheiros, observa-se que a maior parte

Tabela 4.1: Características dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à idade, sexo e raça.

| Características | DNU n=68 | UD n=30 | ND n=58 |
|-----------------|-------------|------------|------------|
| Sexo F | 53 | 13 | 46 |
| Sexo M | 15 | 17 | 12 |
| F : M | 3,5:1 | 0,8:1 | 3,8:1 |
| Caucasóides | 50 | 24 | 44 |
| Negróides | 18 | 06 | 14 |
| Idade média | 41,2 | 44,3 | 41,8 |
| Desvio padrão | 10,9 | 12,7 | 10,8 |
| Limites | 19-70 | 20-67 | 19-64 |

Tabela 4.2: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à renda familiar mensal, em salários mínimos.

| Renda familiar mensal (em salários mínimos) | DNU | | UD | | ND | |
|--|-----|-----|----|-----|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| < 2 | 34 | 50 | 12 | 40 | 20 | 34.5 |
| Entre 2-5 | 15 | 22 | 12 | 40 | 24 | 41.4 |
| > 5 | 19 | 28 | 06 | 20 | 14 | 24.1 |
| Total | 68 | 100 | 30 | 100 | 58 | 100 |

destes pacientes são casados ou amasiados.

4.1.2 Sintomatologia apresentada pelos 68 pacientes com DNU

O período médio de sintomas dispépticos no grupo de pacientes com DNU foi de 6.4 ± 6.5 anos, variando de 6 meses até 30 anos (tabela 4.8).

58.8% (40 em 68) destes pacientes relataram não haver praticamente períodos de acalmia em seus sintomas e 63.2% (43 em 68) associaram suas queixas a seu estado

Tabela 4.3: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à escolaridade.

| Escolaridade | DNU | | UD | | ND | |
|--------------------------------|-----|------|----|------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Analfabetos e Semi-analfabetos | 25 | 36,8 | 14 | 46,6 | 14 | 24,1 |
| Primeiro grau incompleto | 30 | 44,1 | 12 | 40,0 | 31 | 53,4 |
| Primeiro grau completo | 07 | 10,3 | 02 | 6,7 | 05 | 8,6 |
| Segundo grau | 04 | 5,9 | 02 | 6,7 | 05 | 8,6 |
| Superior | 02 | 2,9 | 00 | 0 | 03 | 5,3 |
| Total | 68 | 100 | 30 | 100 | 58 | 100 |

Tabela 4.4: Distribuição das 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD e 46 pacientes do sexo feminino ND quanto às principais ocupações.

| Ocupações | DNU | | UD | | ND | |
|---|-----|------|----|------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Do lar Domésticas | 31 | 58,5 | 09 | 69,2 | 24 | 52,2 |
| Lavradoras | 10 | 18,9 | 0 | 0 | 11 | 23,9 |
| Outras (costureiras, cabelereiras, vendedoras, etc) | 0 | 0 | 02 | 15,4 | 01 | 2,2 |
| Total | 12 | 22,6 | 02 | 15,4 | 10 | 21,7 |
| Total | 53 | 100 | 13 | 100 | 46 | 100 |

Tabela 4.5: Distribuição dos 15 pacientes do sexo masculino com DNU, 17 pacientes do sexo masculino com UD e 12 pacientes ND quanto às suas ocupações.

| Ocupações | DNU | | UD | | ND | |
|--|-----|------|----|------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Pedreiros e serventes | 03 | 20 | 04 | 23,5 | 0 | 0 |
| Marceneiros, encanadores e serviços gerais | 05 | 33,3 | 05 | 29,5 | 07 | 58,4 |
| Lavradores | 0 | 0 | 01 | 5,9 | 01 | 8,3 |
| Outros (motoristas, comerciários, etc) | 05 | 33,3 | 03 | 17,6 | 02 | 16,7 |
| Desempregados | 01 | 6,7 | 01 | 5,9 | 01 | 8,3 |
| Aposentados | 01 | 6,7 | 03 | 17,6 | 01 | 8,3 |
| Total | 15 | 100 | 17 | 100 | 12 | 100 |

Tabela 4.6: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à sua procedência.

| Procedência | DNU | | UD | | ND | |
|--------------------|-----|------|----|-----|----|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Região de Campinas | 61 | 89,7 | 30 | 100 | 58 | 100 |
| Outros estados | 07 | 10,3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 68 | 100 | 30 | 100 | 58 | 100 |

Tabela 4.7: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto ao estado civil.

| Estado civil | DNU | | UD | | ND | |
|----------------------------------|-----|------|----|------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Solteiros | 07 | 10,3 | 04 | 13,3 | 04 | 6,9 |
| Casados | 45 | 66,2 | 19 | 63,4 | 44 | 75,9 |
| Amasiados | 05 | 7,3 | 01 | 3,3 | 04 | 6,9 |
| Separados | 07 | 10,3 | 03 | 10,0 | 05 | 8,6 |
| Viúvos | 04 | 5,9 | 03 | 10,0 | 01 | 1,7 |
| Total de pacientes que vivem sós | 16 | 23,5 | 08 | 26,7 | 09 | 15,5 |

emocional.

De acordo com os critérios de Price (169), que classifica a intensidade dos sintomas como leve, moderada ou grave, 13,2% (9 em 68) dos pacientes com DNU apresentavam seus sintomas com intensidade grave, ou seja, eram impedidos de exercer suas atividades normais devido à intensidade dos mesmos.

As queixas mais freqüentes relatadas pelos pacientes com DNU foram: plenitude pós-prandial, sensação de saciedade após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos, intolerância a variados alimentos, principalmente alimentos gordurosos, ovos, bananas, massas, molhos, etc.; flatulência; melhora dos sintomas com eliminação de gases; distensão e desconforto abdominal (tabela 4.9).

Queixas de epigastralgia, na maior parte das vezes relacionada à alimentação, e com características semiológicas semelhantes à observada em pacientes com úlcera duodenal estiveram presentes em 58,8% (40 em 68) dos pacientes com DNU.

Também foi frequente a observação de sintomas de refluxo gastro-esofágico, principalmente a pirose, muitas vezes associada a episódios de refluxo ácido, e relatada por 55,9% (38 em 68) dos pacientes com DNU.

4.1.2.1 Distúrbios intestinais presentes nos pacientes com DNU

Analisando os dados das tabelas 4.9 e 4.10, observa-se que 60,3%, dos pacientes com DNU (41 em 68), e 32,8% dos pacientes ND apresentavam alterações do hábito intestinal. A análise estatística demonstrou ser significativa ($\chi^2=8.442$; $p<0.001$).

As alterações de hábito intestinal presentes no grupo de pacientes com DNU foram: constipação intestinal, em 45,6% (31 em 68); períodos de diarreia alternados com hábito intestinal normal em 10,3% (7 em 68); alternância de constipação e diarreia em 4,4% (3 em 68). Podemos, portanto, considerar que 60,3% dos pacientes com DNU apresentaram distúrbios funcionais intestinais associados ao seu quadro de dispepsia.

Quando dividimos os pacientes segundo o sexo, pode-se notar um significativo

predomínio da constipação intestinal entre as pacientes do sexo feminino, tanto no grupo com DNU, em que 54,7% das pacientes do sexo feminino apresentavam esta alteração, presente em apenas 13,3% dos pacientes do sexo masculino ($\chi^2=6.489$; $p<0,002$), quanto no grupo ND, em que 41,3% das pacientes do sexo feminino eram constipadas, e nenhum paciente do sexo masculino apresentava esta alteração de hábito intestinal.

Comparando as pacientes do sexo feminino dos três grupos, quanto à presença de constipação intestinal, verifica-se que não houve diferença significativa entre eles ($\chi^2=1,928$; para 2 graus de liberdade, $0,30<p<0,50$).

As alterações de hábito intestinal que estiveram particularmente mais associadas à DNU, e que não estiveram presentes em nenhum paciente com ND, foram a alternância de hábito intestinal normal com períodos de diarreia ou de constipação; e as queixas de diarreia, presentes em 10 pacientes com DNU (14,7%).

4.1.2.2 Quadro clínico e distúrbios intestinais presentes nos pacientes com UD

O período médio de sintomas dos pacientes com úlcera duodenal foi de $6,6 \pm 6,2$ anos, variando de 4 meses a 30 anos. 36,7% (11 em 30) destes pacientes relataram que deixavam de exercer suas atividades normais devido à intensidade de seus sintomas, ou seja, apresentavam intensidade grave dos sintomas, segundo Price (169).

Os sintomas mais frequentes entre os pacientes com UD foram: epigastria relacionada à alimentação, presente em 96,7% dos pacientes; dor noturna (clocking) relatada por 60% dos pacientes; distensão e desconforto abdominal, plenitude pós prandial, saciedade precoce, intolerância a vários alimentos e associação de seus sintomas com as emoções, relatados por mais de 50% dos pacientes.

Comparando o grupo de pacientes com UD ao grupo ND quanto à presença de alterações do hábito intestinal (tabelas 4.11 e 4.12), verificamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre estes ($\chi^2 = 1.805$; $0,10 < p < 0,20$), nem tampouco houve o predomínio do sexo feminino demonstrado nos dois outros grupos de pacientes

(com DNU e ND) quanto à presença de constipação intestinal ($\chi^2 = 0,415$; $0,50 < p < 0,70$). Quanto a este último item, é possível que, como muitos dos pacientes do sexo masculino com úlcera duodenal utilizassem antiácidos, estes poderiam estar sofrendo os efeitos constipantes dos mesmos.

4.1.3 Comparação dos dados obtidos nas anamneses dos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD

Através da tabela 4.9 e figura 4.1, observa-se que, além dos sintomas presentes em todos os pacientes (intolerância alimentar, plenitude pós prandial e saciedade após ingestão de pequenas quantidades de alimentos), os seguintes sintomas estiveram significativamente mais associados à DNU, quando comparada à UD:

- flatulência
- melhora dos sintomas com eliminação de flatus
- eructação
- sensação de gosto amargo na boca
- dor abdominal em cólica, episódica

Os seguintes sintomas estiveram significativamente associados à UD:

- epigastralgia
- dor noturna
- emagrecimento
- intensidade grave dos sintomas
- antecedentes familiares de úlcera
- tabagismo no sexo masculino, quando comparados ao grupo ND

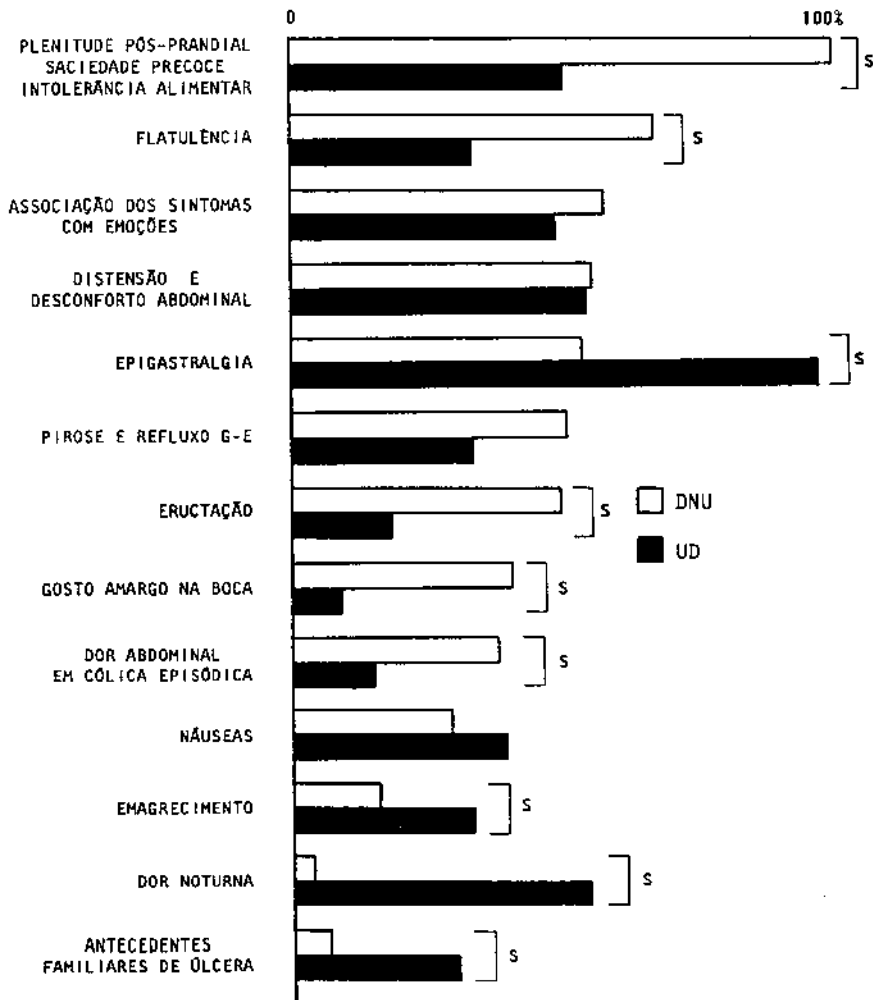


Figura 4.1: Comparação das frequências dos sintomas apresentados pelos pacientes com DNU e UD. S=a análise estatística foi significativa; NS=não significativa.

Tabela 4.8: Comparação dos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD quanto ao tempo médio de seus sintomas, e quanto à frequência de sintomas de intensidade grave, de acordo com os critérios de Price (169), que impedem suas atividades normais).

| | DNU | UD | χ^2 | p | S |
|---|-----------|------------|----------|--------|---|
| Tempo médio dos sintomas em anos | 6,4 | 6,6 | | | |
| Desvio padrão | 6,5 | 6,2 | | | |
| Limites de tempo (m = meses ; a = anos) | 6m - 30a | 4m - 30a | | | |
| Intensidade grave dos sintomas | 9 (13,2%) | 11 (36,7%) | 8,552 | < 0,01 | S |

4.1.4 Distribuição dos 68 pacientes com DNU quanto a já terem necessitado de cuidados médicos anteriores pelas mesmas queixas

Os dados da tabela 4.13 indicam que 72,1% (49 em 68) dos pacientes com DNU já tinham recebido orientação médica por pelo menos duas vezes, antes de serem atendidos em nosso serviço. Todos estes pacientes já tinham utilizado terapêutica com antiácidos ou bloqueadores H₂, com poucos resultados.

36,8% (25 em 68) dos pacientes com DNU já haviam sido investigados anteriormente com pelo menos um dos seguintes métodos diagnósticos: radiografias contrastadas do trato digestivo alto, colecistogramas orais, enemas opacos, endoscopias, ecografias e até mesmo tomografia computadorizada, em uma paciente. Houve algumas pacientes do sexo feminino, inclusive, que se submeteram a três ou mais endoscopias nos últimos anos, todas com o diagnóstico de gastrite crônica.

Quando questionados a respeito de sua motivação para procurarem atendimento em nossos ambulatórios, a maior parte dos pacientes manifestou a esperança de aqui realizar exames mais sofisticados, principalmente endoscopias.

Tabela 4.9: Principais sintomas apresentados pelos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD. Comparação estatística das frequências, e significância das diferenças.

| Sintomas | DNU | | UD | | χ^2 | p | S |
|--|-----|------|----|------|----------|-----------------|----|
| | n | % | n | % | | | |
| Saciedade após pequena ingestão de alimentos | 68 | 100 | 17 | 56,7 | | | |
| Plenitude pós-prandial | 68 | 100 | 17 | 56,7 | | | |
| Intolerância alimentar | 68 | 100 | 16 | 53,3 | | | |
| Flatulência | 50 | 73,5 | 11 | 36,7 | 12,040 | < 0,001 | S |
| Alívio dos sintomas com eliminação de flatus | 46 | 67,6 | 10 | 33,3 | 8,656 | < 0,01 | S |
| Alterações de hábito intestinal | 41 | 66,3 | 15 | 50,0 | 0,901 | 0,80 < p < 0,70 | NS |
| Associação dos sintomas c/ <i>stress</i> | 43 | 63,2 | 16 | 53,3 | 0,852 | 0,30 < p < 0,50 | NS |
| Distensão e desconforto abdominal | 42 | 61,8 | 18 | 60,0 | 0,003 | 0,95 < p < 0,98 | NS |
| Epigastralgia | 40 | 58,8 | 29 | 96,7 | 12,5 | < 0,001 | S |
| - Provocada por alimentos | 15 | 37,5 | 16 | 55,2 | | | |
| - Melhora com alimentos | 13 | 32,5 | 10 | 34,5 | | | |
| - Não relacionada à alimentação | 12 | 30,0 | 3 | 10,3 | | | |
| Pirose e refluxo ácido | 38 | 55,9 | 11 | 36,7 | 2,353 | 0,10 < p < 0,20 | NS |
| Eructação | 37 | 54,4 | 6 | 20,0 | 8,661 | < 0,01 | S |
| Sensação de gosto amargo na boca | 30 | 44,1 | 3 | 10,0 | 9,375 | < 0,01 | S |
| Dor abdominal em cólica episódica | 28 | 41,2 | 5 | 16,7 | 4,555 | < 0,05 | S |
| Náuseas | 22 | 32,3 | 13 | 43,3 | 1,623 | 0,20 < p < 0,30 | NS |
| Cefaléia | 17 | 25,0 | 3 | 10,0 | 2,034 | 0,10 < p < 0,20 | NS |
| Vômitos | 15 | 22,1 | 6 | 20,0 | 0,001 | 0,95 < p < 0,98 | NS |
| Emagrecimento | 12 | 17,6 | 11 | 36,7 | 5,318 | < 0,05 | S |
| Dor noturna (clocking) | 3 | 4,4 | 18 | 60,0 | 34,974 | < 0,001 | S |

Tabela 4.10: Frequência de tabagismo e história familiar de úlcera entre os 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND.

| | DNU | | UD | | ND | | χ^2 | p | S |
|-----------------------------------|-----|------|----|------|----|------|--------------------|-----------------|----|
| | n | % | n | % | n | % | | | |
| Tabagismo | 19 | 27,9 | 15 | 50 | 11 | 19 | 8,936 ^a | < 0,02 | S |
| - Sexo F | 11 | 20,7 | 4 | 30,8 | 8 | 17,4 | 1,165 ^a | 0,30 < p < 0,50 | NS |
| - Sexo M | 8 | 53,3 | 11 | 64,7 | 3 | 25,0 | 12,40 ^b | < 0,001 | S |
| Antecedentes familiares p/ úlcera | 5 | 7,3 | 10 | 33,3 | 3 | 5,2 | 17,45 ^a | < 0,001 | S |

^a 2 Graus de liberdade

^b UD X ND

Tabela 4.11: Presença de alterações do hábito intestinal entre os 68 pacientes com DNU, 58 pacientes ND e 30 pacientes com UD, e distribuição destas alterações quanto ao sexo dos pacientes.

| Hábito intestinal | DNU | | UD | | ND | |
|-----------------------------|-----|------|----|------|----|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| <u>Normal</u> | | | | | | |
| - Sexo F | 16 | 30,2 | 4 | 30,8 | 27 | 58,7 |
| - Sexo M | 11 | 73,3 | 11 | 64,7 | 12 | 100,0 |
| - Total | 27 | 39,7 | 15 | 50,0 | 39 | 67,2 |
| <u>Constipação</u> | | | | | | |
| - Sexo F | 29 | 54,7 | 7 | 53,8 | 19 | 41,3 |
| - Sexo M | 2 | 13,3 | 6 | 35,3 | 0 | 0 |
| - Total | 31 | 45,6 | 13 | 43,3 | 19 | 32,8 |
| <u>Constipação/Diarréia</u> | | | | | | |
| - Sexo F | 2 | 3,8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Sexo M | 1 | 6,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Total | 3 | 4,4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <u>Normal/Diarréia</u> | | | | | | |
| - Sexo F | 6 | 11,3 | 2 | 15,4 | 0 | 0 |
| - Sexo M | 1 | 6,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Total | 7 | 10,3 | 2 | 6,7 | 0 | 0 |

Tabela 4.12: Resultados dos testes de associação referentes às alterações do hábito intestinal relatadas pelos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND.

| Associação testada | χ^2 | p | S |
|---|----------|-----------------|----|
| Alterações do hábito intestinal (DNU X ND) | 8,442 | < 0,001 | S |
| Alterações do hábito intestinal (UD X ND) | 1,805 | 0,10 < p < 0,20 | NS |
| Constipação DNU (Sexo F X Sexo M) | 6,489 | < 0,002 | S |
| Constipação UD (Sexo F X Sexo M) | 0,415 | 0,50 < p < 0,70 | NS |
| Constipação Sexo F (DNU X UD X ND) | 1,928 | 0,30 < p < 0,50 | NS |
| Outras alterações de hábito intestinal (DNU X ND) | 0,6156 | 0,30 < p < 0,50 | NS |

Tabela 4.13: Distribuição dos 68 pacientes com DNU quanto a terem recebido atendimento médico anterior devido às atuais queixas, por pelo menos duas vezes; já terem utilizado antiácidos ou bloqueadores H₂ e já terem se submetido a investigação diagnóstica.

| | n | % |
|--|----|------|
| Consultas e tratamentos anteriores | 49 | 72.1 |
| Investigação diagnóstica anterior (radiografias, endoscopias, ecografias, etc) | 25 | 36.8 |

Tabela 4.14: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à presença de outras patologias.

| Patologias | DNU | UD | ND |
|----------------------|-----|----|----|
| Hipertensão arterial | 5 | 2 | 6 |
| Asma brônquica | 1 | 1 | 1 |
| Epilepsia | 2 | - | 1 |
| Bócio tireóideo | - | 1 | - |
| Psoríase | 1 | - | - |

4.1.5 Avaliação da presença de outras doenças associadas nos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND

Na tabela 4.14, verificamos que a patologia mais frequente entre os pacientes dos três grupos foi a hipertensão arterial (5 pacientes com DNU, 2 pacientes UD e 6 pacientes ND), seguindo-se a asma brônquica e epilepsia. Nenhum paciente com DNU era portador de diabetes ou outras patologias que poderiam influenciar sua sintomatologia. Note-se que entre as enfermidades que acompanham a DNU estão a hipertensão arterial e a asma brônquica, que são doenças altamente associadas à ansiedade.

4.1.6 Análise da presença de cirurgias abdominais (cirurgias ginecológicas e colecistectomias) nas 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD e 46 pacientes do sexo feminino ND

A tabela 4.15 demonstra que 26,4% das pacientes do sexo feminino com DNU (14 em 53) sofreram cirurgias abdominais, tanto ginecológicas como colecistectomias, após o início dos seus sintomas dispépticos.

A comparação com o grupo ND, em que 6,5% das pacientes do sexo feminino (3 em 46) sofreram tais cirurgias foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 5,525$; $p < 0,02$).

Tabela 4.15: Distribuição das 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD e 46 pacientes do sexo feminino ND quanto à frequência de cirurgias ginecológicas e colecistectomias realizadas após o início da sintomatologia dispéptica dos dois primeiros grupos de pacientes.

| Cirurgias | DNU | | UD | | ND | |
|---------------------------------|-----|------|----|------|----|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| P/ cistos de ovário | 4 | | 1 | | 0 | |
| Histerectomias | 2 | | 0 | | 1 | |
| Colecistectomias | 1 | | 1 | | 0 | |
| Histerectomia e colecistectomia | 3 | | 0 | | 0 | |
| 3 ou mais cirurgias | 4 | | 0 | | 2 | |
| Total | 14 | 26,4 | 2 | 15,4 | 3 | 6,5 |

Portanto, as pacientes do sexo feminino com DNU foram submetidas a mais cirurgias ginecológicas e colecistectomias que as pacientes ND.

Assim, 6 pacientes do sexo feminino com DNU foram histerectomizadas ou sofreram cirurgias para cistos de ovários após o início de sua sintomatologia dispéptica; 4 foram colecistectomizadas, sendo que 3 destas últimas pacientes também sofreram histerectomias, e 3 outras pacientes com DNU se submeteram a um número de cirurgias igual ou superior a 3. Em nenhuma destas pacientes, incluindo as que foram colecistectomizadas, houve melhora dos sintomas após as cirurgias, havendo inclusive, o relato, por parte de uma das pacientes colecistectomizadas, de um aumento da intensidade de seus sintomas a partir da cirurgia.

Com relação às pacientes do sexo feminino com UD, as comparações das associações de cirurgias, tanto com o grupo de pacientes com DNU quanto ND não alcançaram significado estatístico ($\chi^2 = 0,221$; $0,50 < p < 0,70$ e $\chi^2 = 0,2018$; $0,50 < p < 0,70$, respectivamente).

4.2 Avaliação de fatores psico-sociais associados à DNU e à UD

Neste item serão apresentados os resultados das observações dos aspectos psico-sociais investigados neste estudo: os eventos de vida e as dificuldades crônicas de vida, as ocorrências da infância associadas à tendência à somatização no adulto, os distúrbios psiquiátricos presentes nestes pacientes, as alterações em sua vida sexual, etc.

4.2.1 Fatores precipitantes: eventos estressantes de vida

Na investigação da presença de eventos estressantes de vida na DNU, comparada à UD e grupo ND, realizada através da história livre de vida e subsequente questionário padronizado (anexo 2), foram considerados os eventos avaliados espontaneamente pelos pacientes dos três grupos, como indesejáveis e de efeitos negativos em suas vidas, e que antecederam as primeiras manifestações de sua sintomatologia, ou que tivessem ocorrido no ano anterior à consulta.

Também foram consideradas as dificuldades crônicas presentes na vida destes pacientes.

4.2.1.1 Análise da distribuição de eventos espontaneamente considerados pelos pacientes como indesejáveis e de efeitos negativos, que antecederam às primeiras manifestações da DNU e UD

Pela tabela 4.16, podemos verificar que 35,3% (24 em 68) dos pacientes com DNU relataram eventos considerados espontaneamente como indesejáveis e de efeitos negativos, antecedendo as primeiras manifestações de seus sintomas, ao passo que apenas 1,3% dos pacientes com UD (1 paciente) relatou tal ocorrência. Analisando estes dados, verifica-se que esta diferença é estatisticamente significativa ($\chi^2=9,571$; $p<0,01$).

Os eventos mais frequentemente citados pelos pacientes foram perdas (mortes de cônjuges, familiares, separação conjugal, mudanças da zona rural para a cidade, etc) e

ameaças de perdas (doenças graves, acidentes, ameaça de separação conjugal, etc).

Devemos observar estes resultados com uma certa cautela, já que o tempo a ser recordado é longo (média 6,4 anos para os pacientes com DNU e 6,5 anos para os pacientes com UD) e muitos eventos podem ter sido esquecidos e outros podem ter ocorrido após o início dos sintomas.

Por outro lado, é importante observar que o período de recordação foi semelhante para os dois grupos de pacientes, que estariam, portanto, sujeitos aos mesmos vieses descritos acima.

4.2.1.2 Análise da frequência de eventos considerados espontaneamente pelos pacientes com DNU, UD e ND, como indesejáveis e de efeitos negativos, ocorridos no ano anterior à consulta

Através da tabela 4.17, concluímos que:

- Não houve diferença significativa entre os três grupos de pacientes quanto à frequência de eventos ocorridos no ano anterior à consulta ($\chi^2=0,579$; GL=2; $0,70 < p < 0,80$).
- Não houve diferença significativa entre os sexos, quanto ao relato de eventos no ano anterior à consulta ($\chi^2=1,372$; $0,20 < p < 0,30$).
- Os eventos mais frequentemente citados tanto por pacientes com DNU, como pelo grupo ND, foram perdas (mortes, separação conjugal) ou ameaças de perdas (doenças, acidentes graves que ameaçaram a vida, conflitos conjugais sérios, que ameaçaram levar à separação conjugal, etc).
- Entre os pacientes com UD houve um menor relato de eventos significativos de perdas, predominando os conflitos no trabalho e dificuldades financeiras sérias.
- Apenas as pacientes do sexo feminino dos três grupos relataram como eventos indesejáveis e de efeitos negativos para si mesmas, aqueles ocorridos com pessoas

Tabela 4.16: Distribuição dos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD quanto à presença de eventos estressantes de vida caracterizados espontaneamente pelos pacientes como indesejáveis e negativos, e que antecederam às primeiras manifestações de seus sintomas.

| Eventos | DNU | | UD | | p |
|--|-------------|-------------|------------|---------|---------|
| | M | F | M | F | |
| <u>Perdas ou ameaças de perdas:</u> | | | | | |
| Mortes | - | 3 | 1 | - | |
| Ameaças de morte (doenças, acidentes) | 1 | 3 | - | - | |
| Separação conjugal | 1 | - | - | - | |
| Ameaça de separação conjugal (conflitos sérios e frequentes) | - | 3 | - | - | |
| Separação de membros da família | 1 | - | - | - | |
| Mudança de zona rural para urbana | - | 2 | - | - | |
| Conflitos no trabalho | - | 2 | - | - | |
| Dificuldades financeiras | 2 | 1 | - | - | |
| Problemas ocorridos com pessoas da rede de relacionamento | - | 2 | - | - | |
| <u>Somatória de fatores</u> | | | | | |
| Perdas e dificuldades financeiras | - | 3 | - | - | |
| Total com eventos, por sexo | 5 33,3% | 19 35,8% | 1 5,9 % | 0 0% | |
| Total de pacientes c/ eventos | 24 35,3% | | 1 1,3% | | < 0,001 |

Tabela 4.17: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto a terem apresentado eventos considerados indesejáveis e negativos no ano que antecedeu à consulta.

| Eventos | DNU | | UD | | ND | | χ^2 | p |
|--|-------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|----------|-----------------|
| | M | F | M | F | M | F | | |
| <u>Perdas ou ameaças de perdas:</u> | | | | | | | | |
| Mortes | 1 | 3 | 1 | - | 1 | 3 | | |
| Ameaças de morte (doenças, acidentes) | - | 2 | - | - | 1 | 3 | | |
| Separação conjugal | 1 | - | 1 | - | - | 1 | | |
| Ameaça de separação conjugal | - | 2 | - | - | - | 1 | | |
| Separação de membro da família | - | 1 | - | - | - | - | | |
| Conflitos no trabalho | - | 2 | 2 | - | - | - | | |
| Dificuldades financeiras | - | 1 | - | 2 | 1 | 1 | | |
| Problemas ocorridos c/ pessoas do relacionamento | - | 4 | - | 3 | - | - | | |
| Somatória de fatores | | | | | | | | |
| Ameaça de separação conjugal + dificuldades financeiras | 1 | 1 | - | - | - | 2 | | |
| Outras perdas + dif. financeiras | - | 2 | - | - | - | - | | |
| Perdas + dif. financeiras + problemas c/ pessoas do relacionamento | - | 2 | - | - | - | 2 | | |
| Total com eventos, por sexo | 3 20% | 20 37,7% | 4 23,5% | 5 38,5% | 3 25% | 13 30,9% | | |
| Total de pacientes c/ eventos no último ano | 23 33,8% | | 9 30% | | 16 27,6% | | 0,579 | 0,70 < p < 0,80 |

de seu relacionamento próximo, como separação conjugal dos filhos, problemas de saúde de familiares. etc.

4.2.1.3 Análise da frequência de dificuldades crônicas de vida relatadas pelos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND

Analisando os dados presentes na tabela 4.18, observa-se que:

- Houve uma significativa maior ocorrência de dificuldades crônicas na vida dos pacientes com DNU, quando comparados ao grupo controle ND ($\chi^2=5,351$; $p<0,02$).
- Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à presença de dificuldades crônicas entre os pacientes com UD e o grupo ND ($\chi^2=2,729$; $0,05<p<0,10$).

As dificuldades crônicas mais citadas pelos três grupos de pacientes foram:

- Conflitos conjugais relacionados, no caso das pacientes do sexo feminino, à presença de cônjuges alcoolistas, muitas vezes agressivos, e que infligem, inclusive, castigos corporais a esposas e filhos.
- Apenas as pacientes do sexo feminino dos três grupos relataram o convívio, em casa, com filhos ou familiares alcoolistas, ou portadores de doenças graves e incapacitantes, que exigem das mesmas cuidados contínuos. Como exemplo, podem ser citadas a paciente 48 com DNU, que tem um filho cego, muito revoltado, e a paciente 16 com UD, que tem um filho com paralisia cerebral.
- As principais dificuldades crônicas de vida relatadas pelos pacientes do sexo masculino com DNU e UD foram: conflitos conjugais; insatisfação no trabalho, sem perspectivas de melhora, e dificuldades financeiras sérias.

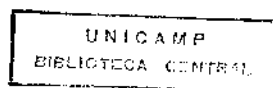


Tabela 4.18: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à ocorrência de dificuldades crônicas de vida.

| Dificuldades crônicas | DNU | | UD | | ND | |
|--|--------------------------|-------|--------------------------|-------|------------|-------|
| | M | F | M | F | M | F |
| Cônjuges alcoolistas, muitas vezes agressivos e/ou conflitos conjugais | 2 | 8 | 1 | 4 | - | 5 |
| Vivem c/ filhos ou familiares alcoolistas | - | 3 | 1 | 1 | - | 2 |
| Vivem c/ filhos ou familiares c/ doenças crônicas e graves | - | 4 | - | 1 | - | 2 |
| Insatisfação no trabalho | 1 | 3 | 1 | - | - | - |
| Outros (dificuldades financeiras, etc) | 0 | 3 | 1 | - | - | - |
| Total, dividido por sexos | 3 | 21 | 4 | 6 | 0 | 9 |
| | 20% | 39,6% | 23,5% | 46,1% | 0% | 19,6% |
| Total | 24 ^a 35,3% | | 10 ^b 33,3% | | 9 15,5% | |

^a DNU x ND; $\chi^2=5,351$; $p<0,02$

^b UD x ND; $\chi^2=2,729$; $0,05<p<0,10$

Tabela 4.19: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes do grupo ND segundo terem vivido suas infâncias na zona rural ou urbana, e quanto à idade em que começaram a trabalhar.

| | DNU | UD | ND | χ^2 | p | S |
|---|------------|------------|------------|----------|-----------------|----|
| <u>Zona rural</u> | | | | | | |
| n | 39 (57,3%) | 17 (56,7%) | 28 (48,3%) | 1,314 | 0,50 < p < 0,70 | NS |
| Idade média do início do trabalho (em anos) | 8,7 | 9,6 | 9,6 | | | |
| Desvio padrão | 2,1 | 2,1 | 3,0 | | | |
| Limites | 5-15 | 7-14 | 6-21 | | | |
| <u>Zona urbana</u> | | | | | | |
| n | 29 (42,7%) | 13 (43,3%) | 30 (51,7%) | | | |
| Idade média de início do trabalho (em anos) | 13,7 | 13,5 | 14 | | | |
| Desvio padrão | 6,2 | 2,3 | 3,5 | | | |
| Limites | 7-27 | 5-21 | 6-22 | | | |

4.2.2 Ocorrências da infância, consideradas como predisponentes às somatizações, relatadas pelos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD, comparados ao grupo ND

4.2.2.1 Análise da distribuição dos pacientes dos três grupos quanto a terem vivido suas infâncias na zona rural ou urbana, e quanto à idade em que começaram a trabalhar

Os dados da tabela 4.19 demonstram que os três grupos de pacientes não diferiram estatisticamente quanto a terem vivido suas infâncias na zona rural ou urbana ($\chi^2=1.314$; para 2 graus de liberdade $0,50 < p < 0,70$).

A idade de início no trabalho foi igualmente precoce para os pacientes dos três grupos, especialmente aqueles criados na zona rural, que iniciaram suas atividades com uma idade média de $8,7 \pm 2,1$ (pacientes com DNU), $9,6 \pm 2,1$ e $9,6 \pm 3,0$ (pacientes com UD e ND respectivamente).

Tabela 4.20: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 com UD e 58 ND quanto ao número médio de irmãos e quanto a ser o irmão mais novo na sequência de irmãos.

| | DNU | UD | ND |
|-------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Número médio de irmãos | 7,1 | 7,3 | 6,8 |
| Desvio padrão | 1,8 | 1,9 | 1,8 |
| Ser o irmão mais novo * | 14,0 20,6% | 8,0 26,7% | 10,0 17,2% |

* $\chi^2=1,098$; 2 graus de liberdade; $0,50 < p < 0,70$

4.2.2.2 Análise da distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto ao número médio de irmãos e quanto a ser o mais novo na sequência de irmãos

Analisando a tabela 4.20, observa-se que a maior parte dos pacientes dos três grupos pertencem a famílias numerosas, com um número médio de irmãos de $7,1 \pm 1,8$; $7,3 \pm 1,9$ e $6,8 \pm 1,8$, respectivamente, para os pacientes com DNU, UD e ND.

Os pacientes dos três grupos não diferiram significativamente quanto a serem o irmão mais novo na sequência de irmãos ($\chi^2=1,098$, para 2 graus de liberdade, $0,50 < p < 0,70$).

4.2.2.3 Análise da distribuição dos pacientes dos três grupos quanto à ocorrência de morte ou separação dos pais antes de os pacientes completarem 15 anos

Na tabela 4.21, verificamos que a ocorrência de morte ou separação dos pais antes de os pacientes completarem 15 anos, considerada como predisponente à depressão e somatizações na idade adulta (38, 155), não esteve significativamente mais presente entre os pacientes com DNU.

Tabela 4.21: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes do grupo ND quanto à ocorrência de separação ou morte de um dos pais antes dos 15 anos de idade, e quanto a relatarem infâncias infelizes, em que eram constantes os conflitos conjugais sérios entre os pais

| Ocorrência | DNU | UD | ND | χ^2 | p |
|---|-------------|------------|-------------|----------|--------|
| Morte ou separação dos pais antes dos 15 anos | 6 8,8% | 7 23,3% | 17 29,3% | 9,930 | < 0,02 |
| Infância infeliz | 14 20,5% | 7 23,3% | 2 3,4% | 9,624 | < 0,01 |

4.2.2.4 Análise da distribuição dos pacientes dos três grupos quanto ao relato de infâncias infelizes

Infâncias infelizes, caracterizadas pelos pacientes principalmente pela presença de conflitos conjugais sérios e frequentes entre os genitores, em grande parte das vezes consequentes ao alcoolismo e agressividade dos pais, foram relatadas com significativa maior frequência pelos pacientes com DNU e UD que pelo grupo ND ($\chi^2=9,624$, GL=2, $p<0,01$).

4.2.3 Análise da distribuição das médias de pontos obtidos através da aplicação da “Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral” entre os pacientes dos três grupos. Aspectos relacionados das histórias de vida destes pacientes

Os resultados obtidos através da aplicação da “Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade de Gayral” (anexo 3) podem ser observados nas tabelas 4.22, 4.23 e 4.24 e nas figuras 4.2 a 4.6.

As médias de pontos obtidos pelos pacientes dos três grupos, divididos quanto ao sexo, foram comparadas através da análise da variância e, no caso da comparação

dos grupos dois a dois, através do teste t de student.

Item I: Ansiedade

O número máximo de pontos neste item é 9.

- Pacientes do sexo masculino com DNU

A média de pontos obtida pelos pacientes com DNU do sexo masculino foi 4,33, significativamente superior às médias de 2,94, obtida pelos pacientes do sexo masculino com UD ($t=0,29$; $0,70 < p < 0,80$), e de 1,0, obtida pelos pacientes ND ($F_{2,41}=12,238$; $p < 0,05$).

- Pacientes do sexo feminino com DNU

A média de pontos das pacientes do sexo feminino com DNU no item ansiedade foi de 4,98, não diferente estatisticamente da média 5,08 obtida pelas pacientes do sexo feminino com UD, ($t= 0,29$, $0,70 < p < 0,80$) e ambas foram significativamente superiores à média obtida pelas pacientes ND, que foi 2,52 ($F_{2,109}=22,026$, $p < 0,05$).

- Pacientes com úlcera duodenal

Os pacientes de ambos os sexos se mostraram significativamente mais ansiosos que o grupo ND.

Portanto, os grupos de pacientes com DNU e UD obtiveram uma pontuação significativamente superior ao grupo ND no item ansiedade.

Item II: Depressão

Para este item o número máximo de pontos é 8.

- Pacientes do sexo masculino com DNU

Através da análise da variância, observa-se que os pacientes do sexo masculino com DNU, que apresentaram uma média de pontos de 1,87 para este item,

obtiveram uma pontuação significativamente superior ($p < 0,05$) à dos outros grupos.

- Pacientes do sexo feminino com DNU

Através da análise de variância, observa-se que a média de pontos de 2,98, obtida pelas pacientes do sexo feminino no item depressão, foi significativamente superior ($p < 0,05$) à dos outros grupos.

Quando comparadas através do teste t de student, a média obtida pelas pacientes do sexo feminino com DNU no item depressão se mostrou significativamente superior à média encontrada entre os pacientes do sexo masculino do mesmo grupo ($t=2,77$, $p < 0,01$).

- Pacientes com UD

Apenas os pacientes do sexo masculino com UD obtiveram uma média de pontos (1,0) significativamente superior à do grupo ND neste item, que foi 0,08 ($t=3,401$, $p < 0,01$).

Portanto, os pacientes com DNU e os pacientes do sexo masculino com UD obtiveram uma pontuação significativamente superior ao grupo ND no item depressão.

Item III: Combatividade

Para o item combatividade, que mede a exteriorização da agressividade, o número máximo de pontos é 10.

- Pacientes do sexo masculino com DNU

Através da análise da variância observa-se que as médias de pontos obtidas pelos pacientes com DNU (2,13) e UD (2,41) foram significativamente superiores à média de 1,42, dos pacientes ND ($p < 0,05$).

- Pacientes do sexo feminino com DNU

A média de pontos de 2,50 obtida pelas pacientes do sexo feminino com DNU foi considerada, através da análise da variância, significativamente superior,

em comparação com as médias obtidas pelos 2 outros grupos ($F_{2,109}=3,95$, $p<0,05$).

- Pacientes com UD

Apenas os pacientes do sexo masculino apresentaram pontuação significativamente superior ao grupo ND, no item combatividade (média 2,41).

Portanto, os pacientes com DNU e os pacientes do sexo masculino com UD obtiveram uma pontuação significativamente superior ao grupo ND, no item combatividade.

Considerando os sub itens desta escala, observa-se que a maioria destes pacientes exteriorizaram sua agressividade principalmente através de palavras coléricas, quase sempre seguidas de arrependimento (“Na hora da raiva digo tudo que me vem na cabeça, depois me arrependo”) ou praticamente não a exteriorizaram, se tomarmos por base que as outras respostas positivas neste item foram basicamente às custas de “tensão muscular” e “guardarem ressentimento e mágoa”.

Alguns pacientes, no entanto, exteriorizaram sua raiva através de atos mais violentos (pacientes 28, 21, 8, 9, 10, 23, 35, 41, 42, 47, 65, com DNU). Estas agressões se manifestaram contra cônjuges, colegas de trabalho, vizinhos e objetos (paciente 3 com DNU, que em lugar de agredir sua esposa, destruiu um fogão).

Item IV: Desajustes de personalidade

- Pacientes do sexo masculino

A comparação das médias de pontos obtidas pelos pacientes do sexo masculino dos três grupos, através da análise da variância, demonstrou que a média dos pacientes com DNU, de 1,07, e dos pacientes com UD de 0,71, foram significativamente superiores ($p<0,05$) à do grupo ND (0,33).

- Pacientes do sexo feminino

Não houve diferença entre os três grupos de pacientes do sexo feminino quanto às médias de pontos obtidos no item distúrbios de personalidade ($F_{2,109}=0,842$, $p>0,05$).

Pelas médias baixas de pontos, mesmo entre os pacientes do sexo masculino com DNU e UD, pode-se inferir que a agressividade destes pacientes não se relaciona a desajustes de personalidade, mas sim, está mais interligada aos distúrbios afetivos depressivos e ansiosos.

Item V: Somatizações

O número máximo de pontos neste item é 7.

- Pacientes do sexo masculino

Através da análise da variância, não houve diferença entre as médias de pontos obtidas pelos pacientes do sexo masculino dos três grupos (DNU: 2,73; UD: 2,23; ND: 1,33; $F_{2,41}=1,821$, $p>0,05$) neste item.

- Pacientes do sexo feminino

As médias de pontos obtidos pelas pacientes com DNU, de 4,21, e pelas pacientes com UD de 3,61, foram significativamente superiores à média de 2,11, observada entre as pacientes do sexo feminino do grupo ND ($F_{2,109}=13,40$, $p<0,05$).

As pacientes do sexo feminino dos três grupos obtiveram, no item somatização, médias de pontos significativamente superiores às dos pacientes do sexo masculino dos grupos respectivos. Assim, para os pacientes com DNU, a aplicação do teste t de student demonstra um t: 4,48, $p<0,001$, para as médias de 4,21 do sexo feminino e 2,73 do sexo masculino; para os pacientes com UD, cujas médias foram 3,61 para o sexo feminino e 2,23 para o sexo masculino, o $t=2,26$, $p<0,05$; e mesmo para os pacientes ND, com médias de 2,11 para o sexo feminino e 1,33 para o sexo masculino ($t=2,36$, $p<0,05$).

Considerando os sub-itens desta escala, ilustrados na tabela 4.24, verifica-se que as somatizações mais frequentes foram queixas do tipo vasomotoras, como formigamentos, suores, tremores, taquicardia; opressão no peito e sensação de sufocação por não suportarem lugares fechados; e cefaléias.

A cefaléia associada à tensão emocional foi relatada por 71,7% das pacientes do sexo feminino com DNU e por 40% dos pacientes do sexo masculino deste grupo, e na maior parte das vezes tinha características de cefaléia tensional ou de enxaqueca.

As “crises histeriformes”, definidas como paralisias e anestésias de membros, “desmaios” sem perda de consciência, etc, ocorreram apenas entre as pacientes do sexo feminino dos três grupos, e foram relatadas por 30,1% das pacientes com DNU e 30,7% das pacientes com UD.

Item VI: Introjeção da agressividade

O número máximo de pontos neste item é 8.

- Pacientes do sexo masculino

Através da análise da variância e do teste t de student, observa-se que as médias de pontos obtidos pelos pacientes com DNU (0,87) e UD (0,71) foram superiores à do grupo ND (0,25) ($p < 0,05$).

- Pacientes do sexo feminino

Através da análise da variância e do teste t de student, verifica-se que as médias de pontos entre as pacientes com DNU (1,43) e UD (1,31) foram significativamente superiores à do grupo ND (0,80), com $F_{2,109} = 3,25$ e $p < 0,05$.

As médias obtidas pelos pacientes foi baixa, e as principais respostas positivas foram reações de cólera solitárias e sonhos com conteúdo de violência e destruição.

Tabela 4.22: Distribuição das médias de pontos obtidos através da aplicação da escala de Gayral e do nível de significância da comparação estatística das mesmas, relativas aos pacientes dos três grupos, divididos segundo o sexo.

| Traços | n | Média de pontos | F | p | S |
|--------------------|----|-----------------|----------------------------|--------|----|
| <u>Ansiedade</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 4,33 | F _{2,41} =12,238 | < 0,05 | S |
| -UD | 17 | 2,94 | | | |
| -ND | 12 | 1 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 4,98 | F _{2,109} =22,026 | < 0,05 | S |
| -UD | 13 | 5,08 | | | |
| -ND | 46 | 2,52 | | | |
| <u>Depressão</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 1,87 | * | < 0,05 | S |
| -UD | 17 | 1,0 | | | |
| -ND | 12 | 0,08 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 2,98 | * | < 0,05 | S |
| -UD | 13 | 1,38 | | | |
| -ND | 46 | 1,26 | | | |
| <u>Somatização</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 2,73 | F _{2,41} =1,821 | > 0,05 | NS |
| -UD | 17 | 2,23 | | | |
| -ND | 12 | 1,33 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 4,21 | F _{2,109} =13,40 | < 0,05 | S |
| -UD | 13 | 3,61 | | | |
| -ND | 46 | 2,11 | | | |

Continua na página seguinte

| Traços | n | Média de pontos | F | p | S |
|------------------------------------|----|-----------------|-------------------|--------|----|
| <u>Combatividade</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 2,13 | | | |
| -UD | 17 | 2,41 | * | < 0,05 | S |
| -ND | 12 | 1,42 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 2,50 | | | |
| -UD | 13 | 2,08 | $F_{2,109}=3,95$ | < 0,05 | S |
| -ND | 46 | 1,92 | | | |
| <u>Introjeção da agressividade</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 0,87 | | | |
| -UD | 17 | 0,71 | * | < 0,05 | S |
| -ND | 12 | 0,25 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 1,43 | | | |
| -UD | 13 | 1,31 | $F_{2,109}=3,25$ | < 0,05 | S |
| -ND | 46 | 0,80 | | | |
| <u>Distúrbio de personalidade</u> | | | | | |
| Sexo M | | | | | |
| -DNU | 15 | 1,07 | | | |
| -UD | 17 | 0,71 | * | < 0,05 | S |
| -ND | 12 | 0,33 | | | |
| Sexo F | | | | | |
| -DNU | 53 | 0,83 | | | |
| -UD | 13 | 0,66 | $F_{2,109}=0,842$ | > 0,05 | NS |
| -ND | 46 | 0,92 | | | |

* Variâncias diferentes

Tabela 4.23: Comparação das médias obtidas entre os três grupos, dois a dois, na escala de traços e de comportamentos de agressividade, segundo o teste t de student.

| Traços | n | Média de pontos | GL | t | p | S |
|----------------------|----|-----------------------|----|-------|-----------------|----|
| <u>Ansiedade</u> | | | | | | |
| Sexo M: | 32 | DNU: 4,33 UD: 2,94 | 30 | 2,837 | < 0,01 | S |
| Sexo F | 66 | DNU: 4,98 UD: 5,08 | 64 | 0,29 | 0,70 < p < 0,80 | NS |
| <u>Depressão</u> | | | | | | |
| Sexo M: | 32 | DNU: 1,87 UD: 1,0 | 30 | 1,924 | 0,05 < p < 0,10 | NS |
| | 29 | UD: 1 ND: 0,08 | 27 | 3,401 | < 0,01 | S |
| Sexo F: | 59 | UD: 1,38 ND: 1,26 | 57 | 0,428 | 0,60 < p < 0,70 | NS |
| <u>Somatização</u> | | | | | | |
| Sexo F: | 66 | DNU: 4,21 UD: 3,61 | 64 | 1,481 | 0,10 < p < 0,20 | NS |
| | 59 | UD: 3,61 ND: 2,11 | 57 | 3,448 | < 0,01 | S |
| <u>Combatividade</u> | | | | | | |
| Sexo M: | 32 | DNU: 2,13 UD: 2,41 | 30 | 0,823 | 0,40 < p < 0,50 | NS |
| Sexo F: | 66 | DNU: 2,50 UD: 2,08 | 64 | 1,714 | 0,05 < p < 0,10 | NS |
| | 59 | UD: 2,08 ND: 1,72 | 57 | 1,452 | 0,20 < p < 0,30 | NS |
| <u>Introjeção</u> | | | | | | |
| Sexo M: | 32 | DNU: 0,87 UD: 0,71 | 30 | 0,533 | 0,60 | NS |
| Sexo F: | 66 | DNU: 1,43 UD: 1,31 | 64 | 0,523 | 0,60 | NS |
| | 59 | ND: 0,80 UD: 1,31 | 57 | 2,267 | < 0,05 | S |

Tabela 4.24: Distribuição das frequências de somatizações, avaliadas nos sub-itens do item *Somatização* da “Escala de Traços e Comportamentos de Agressividade” de Gayral nos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND.

| Somatização | DNU | | UD | | ND | |
|---|-----|------|----|------|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Cefaléia (tensional ou enxaqueca) | | | | | | |
| -Sexo F | 38 | 71,7 | 7 | 53,8 | 13 | 28,2 |
| -Sexo M | 6 | 40,0 | 2 | 11,8 | 0 | 0 |
| Tonturas | | | | | | |
| -Sexo F | 31 | 58,5 | 5 | 38,5 | 7 | 15,2 |
| -Sexo M | 6 | 40,0 | 4 | 23,5 | 2 | 16,7 |
| Suores, tremores, taquicardia, formigamento, hipertensão, etc | | | | | | |
| -Sexo F | 43 | 81,1 | 9 | 69,2 | 28 | 60,8 |
| -Sexo M | 8 | 53,3 | 11 | 64,7 | 6 | 50,0 |
| Opressão no peito, não suportar lugares fechados | | | | | | |
| -Sexo F | 39 | 73,5 | 9 | 69,2 | 18 | 39,1 |
| -Sexo M | 9 | 60,0 | 6 | 35,3 | 2 | 16,7 |
| Crises histeriformes | | | | | | |
| -Sexo F | 16 | 30,1 | 4 | 30,7 | 6 | 13 |
| -Sexo M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

4.2.3.1 Médias de pontos nos itens Ansiedade e Depressão, da escala de Gayral, obtidas pelos pacientes com DNU que apresentavam hábito intestinal normal, comparados com os pacientes com DNU que apresentavam alterações de hábito intestinal

As médias de pontos nos itens ansiedade (4,77) e depressão (2,06) da escala de Gayral, obtidas pelos pacientes com DNU que não apresentavam alterações de hábito intestinal, não diferiram das médias encontradas para o grupo de pacientes com DNU quando considerados como um todo (4,65 e 2,42, respectivamente), indicando que os distúrbios afetivos observados através da aplicação desta escala, não foram dependentes da presença da síndrome do cólon irritável.

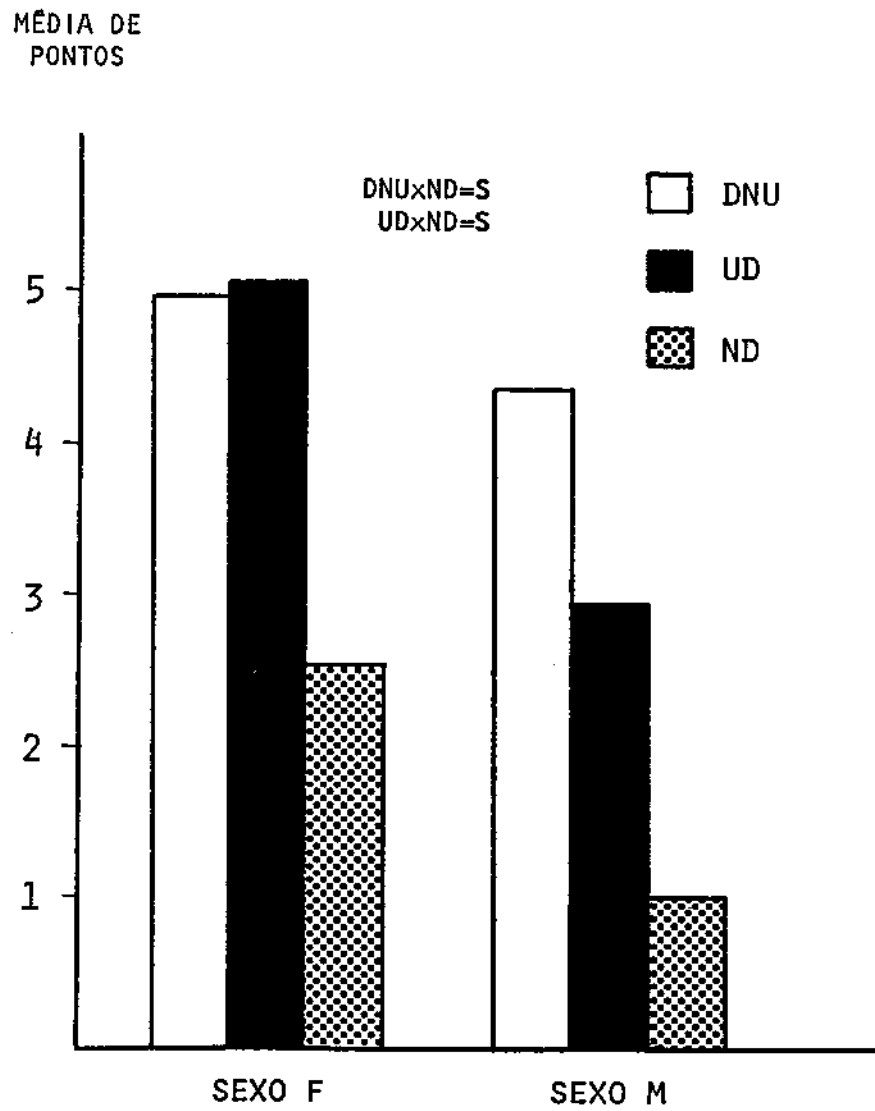


Figura 4.2: Representação da distribuição dos pacientes dos três grupos, divididos de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidas no item *Ansiidade* na escala de Gayral.

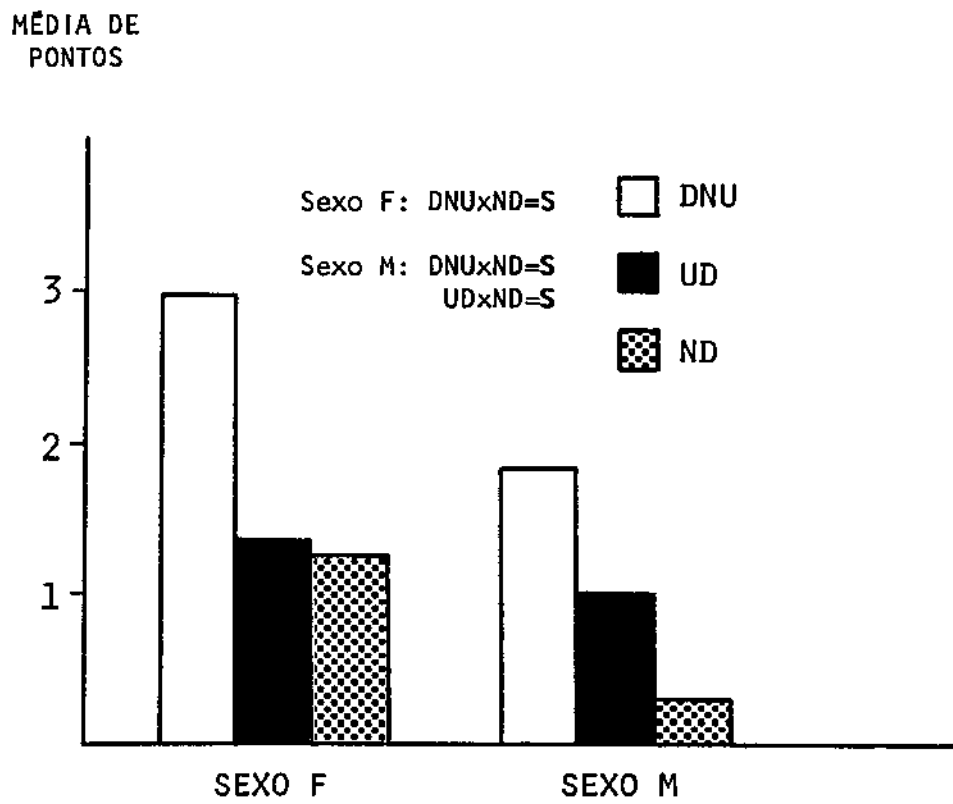


Figura 4.3: Representação da distribuição dos pacientes dos três grupos, divididos de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidas no item *Depressão* na escala de Gayral.

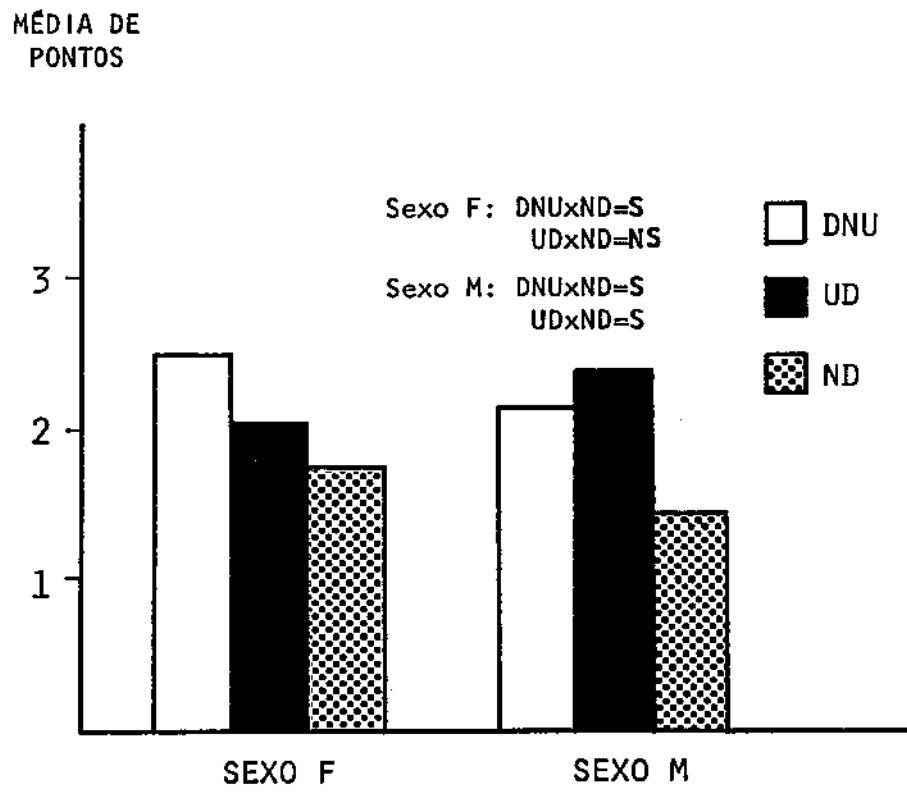


Figura 4.4: Representação da distribuição dos pacientes dos três grupos, divididos de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidas no item *Combatividade* na escala de Gayral.

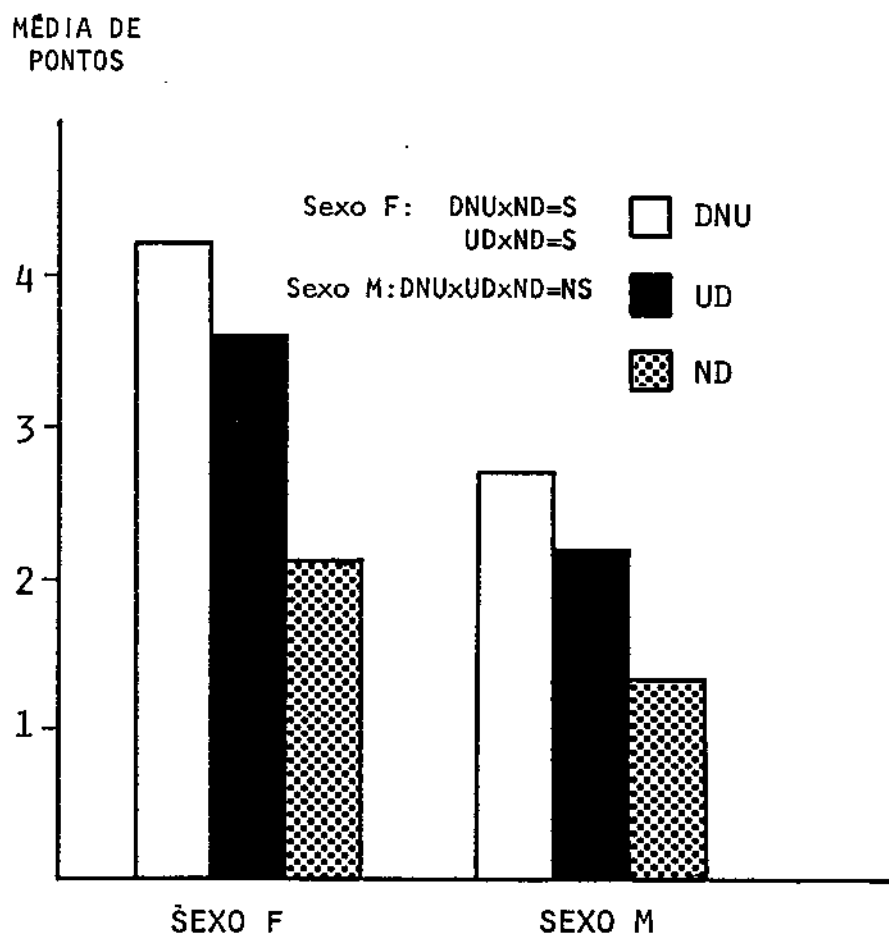


Figura 4.5: Representação da distribuição dos pacientes dos três grupos, divididos de acordo com o sexo, segundo as médias de pontos obtidas no item *Somatização* na escala de Gayral.

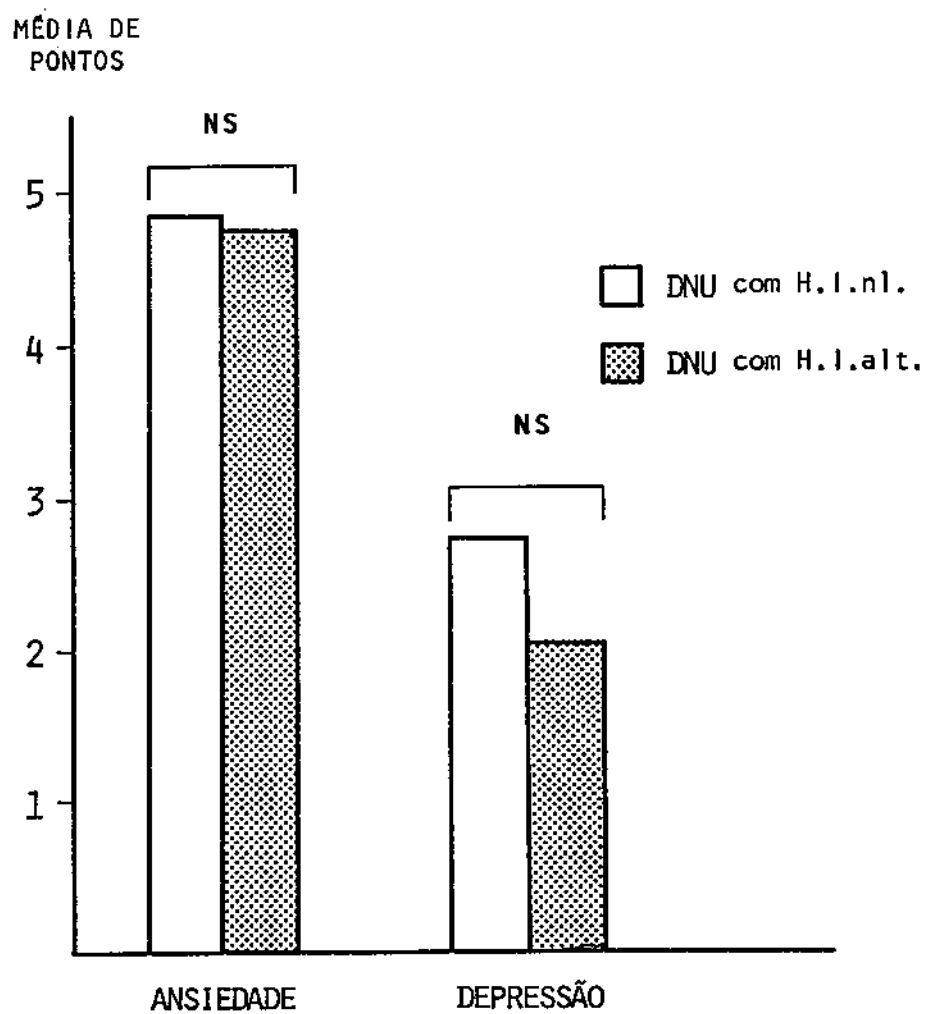


Figura 4.6: Distribuição dos 27 pacientes com DNU e hábito intestinal normal e dos 41 pacientes com DNU e alterações de hábito intestinal, segundo as médias de pontos obtidas nos itens *Ansiedade* e *Depressão* da escala de Gayral.

4.2.3.2 Análise dos valores obtidos nos cálculos dos coeficientes de correlação entre os diversos itens da “Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade” aplicada nos 68 pacientes com DNU

Na tabela 4.25, observamos os diversos resultados dos coeficientes de correlação (r) e dos respectivos níveis de significância deste teste para os diversos itens da “Escala de Traços e de Comportamentos de Agressividade”, aplicada nos 68 pacientes com DNU. Foi excluído destes cálculos o item “desajustes de personalidade”, por serem seus dados muito baixos nesta amostragem.

Verificamos que a depressão está correlacionada à ansiedade, introjeção e somatização. Assim, quanto mais deprimidos estavam estes pacientes, mais ansiosos eles se apresentavam, mais raiva acumulavam dentro de si, e tinham mais queixas de somatizações.

Com relação à ansiedade, observa-se que quanto mais ansiosos estavam estes pacientes, mais raiva acumulavam dentro de si mesmos, mais exteriorizavam esta raiva (principalmente às custas de tensão muscular e palavras coléricas) e mais somatizações apresentavam.

A somatização estava, portanto, associada à introjeção da raiva e sentimentos agressivos, à ansiedade e à depressão.

4.2.3.3 Análise dos pacientes dos três grupos segundo apresentarem ou não depressão, através da aplicação da “Escala de Beck”

De acordo com a tabela 4.26, manifestaram a presença de sintomas depressivos, considerando uma pontuação superior ou igual a 18 na Escala de Beck:

- 23,5% dos pacientes com DNU (16 em 68)
- 6,6% dos pacientes com UD (2 em 30)
- 3,5% dos pacientes ND (2 em 58)

Tabela 4.25: Distribuição dos coeficientes de correlação (r) e do nível de significância deste teste (t com 66 graus de liberdade) entre os diversos itens componentes da “Escala de Traços e Comportamentos de Agressividade” aplicada nos 68 pacientes com DNU.

| | Depressão | Ansiedade | Combatividade | Somatização | Introjeção |
|-------------|-----------|--|--|--|---|
| Depressão | | $r = 0,59$ $t = 9,875$ $p < 0,001$ | $r = 0,15$ $t = 1,232$ $0,20 < p < 0,30$ | $r = 0,46$ $t = 4,209$ $p < 0,001$ | $r = 0,71$ $t = 8,190$ $p < 0,001$ |
| Ansiedade | | | $r = 0,30$ $t = 2,55$ $p < 0,02$ | $r = 0,54$ $t = 5,243$ $p < 0,001$ | $r = 0,431$ $t = 3,881$ $p < 0,001$ |
| Somatização | | | | $r = 0,22$ $t = 1,834$ $0,05 < p < 0,10$ | $r = 0,49$ $t = 4,566$ $p < 0,001$ |
| Introjeção | | | | | $r = 0,35$ $t = 3,031$ $p < 0,01$ |

Analisando estes dados estatisticamente, verifica-se que os pacientes com DNU obtiveram uma pontuação significativamente superior, na Escala de Beck, que os pacientes com UD e ND ($\chi^2 = 12,071$, GL = 2, $p < 0,01$).

Se considerarmos os níveis de corte no número de pontos, estabelecidos em nosso meio por Matos e Karniol, que caracterizam a depressão como ausente, moderada ou grave, verificamos que apresentavam depressão moderada 14,7% dos pacientes com DNU, 3,3% dos pacientes com UD e 3,5% dos pacientes ND, e depressão grave 8,8% dos pacientes com DNU e 3,3% dos pacientes com UD.

Tabela 4.26: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND segundo apresentarem ou não depressão, de acordo com o número de pontos obtidos pela aplicação da Escala de Beck para Depressão, e segundo terem depressão moderada ou grave pelos critérios estabelecidos por Matos e Karniol.

| | | DNU | UD | ND |
|--------------------|----|-------|-------|-------|
| 0 | 18 | 52 | 28 | 56 |
| Depressão ausente | | 76,5% | 93,4% | 96,5% |
| 18 | 25 | 10 | 1 | 2 |
| Depressão moderada | | 14,7% | 3,3% | 3,5% |
| 25 | 62 | 6 | 1 | 0 |
| Depressão grave | | 8,8% | 3,3% | 0% |

4.2.4 Aspectos relacionados à semiologia dos componentes neuróticos e dos distúrbios afetivos presentes entre os pacientes com DNU e UD, em comparação com o grupo ND

Neste item serão discutidas algumas ocorrências presentes entre os pacientes com DNU e UD que são descritas como parte da semiologia das neuroses (58), ou que costumam estar associadas aos distúrbios de ansiedade e depressão: alterações da satisfação sexual, astenia, insônia, quadros psiquiátricos anteriores, e características neuróticas observadas nestes pacientes.

4.2.4.1 Análise da distribuição dos pacientes com DNU, UD e ND quanto à presença de desajustes em sua vida sexual

4.2.4.1.1 Análise da distribuição das 58 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD e 46 pacientes do sexo feminino do grupo ND quanto à presença de desajustes em sua vida sexual

Entre as pacientes do sexo feminino com DNU, 45 tinham vida sexual ativa, e dentre estas, 64,4% (29 pacientes) relataram atividade sexual insatisfatória (tabela 4.27), referindo diminuição da libido, dificuldade para alcançar orgasmos, ou frigidez, caracterizada como incapacidade de experimentar prazer sexual (9 pacientes).

Entre as pacientes com UD, 66,7% (8 pacientes em 13) relataram atividade sexual insatisfatória.

A análise estatística destes dados demonstra que a insatisfação sexual esteve significativamente mais associada a estes dois grupos de pacientes, quando comparados ao grupo de pacientes do sexo feminino ND ($\chi^2 = 23.882$, $p < 0.001$).

Considerações a respeito de aspectos das histórias de vida das pacientes do sexo feminino relacionados à sua sexualidade

Analisando as histórias de vida das pacientes que relataram insatisfação sexual, observa-se algumas características que se repetem com grande frequência:

- uma grande parte destas pacientes casou-se muito cedo, muitas vezes sem amor, para fugir de lares desestruturados, de pais rígidos ou pais alcoolistas e violentos.
- uma quase completa ignorância a respeito das questões sexuais antes do casamento.
- companheiros pouco carinhosos, que muitas vezes mantêm relacionamentos com outras mulheres.
- uma parcela destas pacientes convive com cônjuges alcoolistas, muitas vezes agressivos.

Para estas pacientes, o ato sexual não passa de uma obrigação que gostariam de evitar, e que muitas vezes realizam sentindo asco de seus companheiros.

Algumas entrevistadas culpam a si mesmas pelo seu desinteresse sexual, como, por exemplo, a paciente com DNU (paciente 44), que deixou de sentir prazer após descobrir que seu marido a traía com uma amiga, atribuindo como causa de seus problemas a “vagina que está muito larga” e o fato de ter se masturbado dos 8 aos 16 anos, o que “teria esgotado sua energia”; ou então a paciente com DNU 49, que associa sua frigidez ao fato de ter introduzido medicamento abortivo através da vagina.

As pacientes viúvas ou separadas, sem vida sexual ativa, freqüentemente responderam que “não queriam nunca mais saber dos homens”, principalmente aquelas que foram casadas com alcoolistas, ou que “agora viviam só para os filhos”, ou que “davam graças a Deus por terem superado a falta que sentiam do sexo”.

Falar sobre sua sexualidade é quase um tabu para muitas destas pacientes, e algumas questões, como por exemplo, a masturbação, provocaram reações envergonhadas nas mesmas.

Um dos poucos exemplos de pacientes que abordaram sua sexualidade sem pudores foi a paciente 28 com UD, que foi prostituta desde os 11 anos de idade. Durante a entrevista esta paciente contou que não sente prazer sexual com o marido, mas que

Tabela 4.27: Distribuição das 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes do sexo feminino com UD E 46 pacientes do sexo feminino ND quanto à presença de desajustes na sua vida sexual.

| | DNU | UD | ND | χ^2 | p |
|--|---------------|--------------|--------------|----------|--------|
| Nunca tiveram experiência sexual | 1 | - | - | | |
| Têm vida sexual ativa | 45 | 12 | 44 | | |
| Diminuição da libido | 5 | 1 | - | | |
| Alguma satisfação, sem orgasmo | 6 | - | - | | |
| Orgasmos só raramente | 9 | 3 | 2 | | |
| Frigidez | 9 | 4 | 3 | | |
| Total de pacientes com atividade sexual insatisfatória | 29 (64,4%) | 8 (66,7%) | 5 (11,4%) | 23,822 | <0,001 |

masturba-se pensando em um irmão, que não via desde a infância e pelo qual diz estar apaixonada.

4.2.4.1.2 Distribuição dos 15 pacientes do sexo masculino com DNU, 17 com UD E 12 do grupo ND quanto à presença de desajustes na sua vida sexual

Entre os pacientes do sexo masculino com DNU, 6 em 15 (40%) relatavam atividade sexual insatisfatória, caracterizada como períodos de impotência, diminuição da libido e ejaculação precoce. Dois destes pacientes relataram nunca terem tido relacionamentos sexuais (tabela 4.28).

A comparação da frequência de insatisfação sexual neste grupo de pacientes, com o grupo ND, em que nenhum paciente manifestou tal ocorrência, através do teste exato de Fisher, demonstrou a existência da associação de insatisfação sexual no grupo de pacientes do sexo masculino com DNU ($p=0.017$).

Entre os pacientes do sexo masculino com UD, apenas 2 pacientes relataram

diminuição da libido, não estando a insatisfação sexual associada a este grupo, nem quando comparado pelo teste exato de Fisher ao grupo com DNU ($p>0,05$) ou ao grupo ND ($p=0,335$).

Aspectos da vida sexual dos pacientes do sexo masculino ilustrados em suas histórias

- pacientes (5 e 58): Os dois pacientes, com idades superiores a 45 anos, nunca tiveram relações sexuais, e se utilizam apenas da masturbação para obter prazer sexual.

Pelas histórias de vida dos dois pacientes é possível observar a presença dominante e dominadora materna: “Não posso chegar um pouco mais tarde do trabalho que minha mãe já se preocupa, hoje ela não queria me deixar vir sozinho ao médico”, diz o paciente 58. “Não tenho namoradas porque elas querem casar, e eu não vou abandonar minha mãe!”, “tenho muito medo de morrer e deixar minha mãe desamparada!” “Não saio com mulheres da vida porque tenho vergonha que minha mãe descubra!”, são frases do paciente 5.

- Os dois pacientes que relataram diminuição da libido, (pacientes 9 e 14) , obtiveram altas médias de pontos nas escalas que medem a depressão.
- Um paciente (44 DNU) referiu ejaculação precoce. Contou que este problema se iniciou após um acidente, em que sofreu várias fraturas. Quando se encontrava ainda hospitalizado, o médico disse: “Não se preocupe, que logo você vai sair por aí rodando a bolsinha!”. O paciente manifesta sua preocupação atual: “Será que ele sabe de alguma coisa que me alterou a parte sexual?”. Estas indagações podem esconder temores de que o médico tenha suspeitado de problemas quanto ao seu desejo, performance e preferência sexual (impotência? impulsos homossexuais?).

Tabela 4.28: Distribuição dos 15 pacientes do sexo masculino com DNU, 17 com UD E 12 ND quanto à presença de desajustes na sua vida sexual.

| | DNU | UD | ND | S |
|---|-----|-------|----|---|
| Nunca tiveram relações sexuais | 2 | - | - | |
| Períodos de impotência | 1 | - | - | |
| Ejaculação precoce | 1 | - | - | |
| Diminuição de libido | 2 | 2 | - | |
| Total de pacientes com alteração de satisfação sexual | 6 | 2 | 0 | S |
| | 40% | 11,8% | | - |

$p=0.017$, associação significativa, de acordo com o teste exato de Fisher

4.2.4.1.3 Outras associações testadas para as pacientes do sexo feminino dos três grupos, que não alcançaram significado estatístico

Não houve diferença estatisticamente significativa, nos três grupos de pacientes do sexo feminino, entre as frequências das seguintes ocorrências:

- tensão psíquica relacionada à menstruação.
- sintomas do climatério.
- presença de laqueaduras.

4.2.4.2 Distribuição dos 68 pacientes com DNU. 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à presença de astenia e insônia

A astenia e a insônia são queixas frequentes entre os pacientes neuróticos, ou podem acompanhar quadros de ansiedade e depressão. Na tabela 4.29 observamos a frequência destes sintomas entre os 68 pacientes com DNU, 30 pacientes UD e 58 pacientes ND.

4.2.4.2.1 Presença de astenia entre os pacientes dos três grupos Pacientes com DNU

34 pacientes com DNU (50%) apresentaram queixas de astenia, ou seja, desânimo e fatigabilidade fácil. 8 destes pacientes apresentavam-se francamente deprimidos, quando avaliados pelas escalas que mediam a presença de depressão.

Como exemplo, o paciente 13 que disse: “Tenho dores no corpo todo, não tenho ânimo para nada. Perdi a vontade de tudo, nada que tento fazer dá certo!”, ou a paciente 55 “Ando meio sem coragem, sem vontade de trabalhar, não sei o que é isso!”, e a paciente 60 “Últimamente vivo sempre deitada, não tenho ânimo para nada!”.

Comparando as queixas de astenia entre as pacientes com DNU, estas foram significativamente mais frequentes neste grupo que entre os pacientes ND ($\chi^2=8,877$, $p<0,01$).

Pacientes com UD

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com UD e o grupo ND quanto à presença de astenia ($\chi^2=2,389$; $0,10<p<0,20$).

4.2.4.2.2 Frequência de insônia entre os pacientes dos três grupos Pacientes com DNU

28 pacientes com DNU (41,2%) apresentavam queixas de insônia, e esta frequência foi significativamente superior à do grupo ND, em que 11 pacientes (19%) referiam insônia ($\chi^2=7,225$; $p<0,01$).

Pacientes com UD

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com UD e o grupo ND quanto à presença de insônia ($\chi^2=2,247$; $0,10<p<0,20$).

Tabela 4.29: Distribuição dos 68 pacientes com DNU, 30 pacientes com UD e 58 pacientes ND quanto à presença de astenia e insônia.

| | DNU | UD | ND |
|---------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Astenia | 34 ^a 50% | 12 ^b 40% | 14 21,1% |
| Insônia | 28 ^c 41,2% | 10 ^d 33,3% | 11 19% |

Significância em relação ao grupo ND

^a $\chi^2=8,877$, $p<0,001$

^b $\chi^2=2,389$, $0,10<p<0,20$

^c $\chi^2=7,225$, $p<0,01$

^d $\chi^2=2,247$, $0,10<p<0,20$

4.2.4.3 Presença de distúrbios psiquiátricos anteriores tratados com terapêutica especializada, relatados pelas pacientes do sexo feminino dos três grupos estudados

A história de distúrbios psiquiátricos anteriores, tratados com terapêutica psiquiátrica especializada, foi relatada apenas pelas pacientes do sexo feminino dos três grupos (tabela 4.30).

14 pacientes com DNU (26,4%) relataram já terem procurado auxílio psiquiátrico anteriormente, com quadros cujas descrições feitas pelas próprias pacientes caracterizam distúrbios de ansiedade, depressão, ou ambos. Uma paciente deste grupo relatou um quadro sugestivo de psicose puerperal.

9 destas pacientes (17%) foram tratadas através de psicoterapia. 2 pacientes referiram quadros anteriores de depressão intensa, chegando a ser internadas por estes sintomas em hospitais psiquiátricos.

Entre as pacientes com UD, 3 (23,1%) relataram quadros anteriores de ansiedade, depressão, ou ambos, cujas terapêuticas foram respectivamente psicofármacos, psicofármacos associados à psicoterapia e internação em hospital psiquiátrico.

Tabela 4.30: Distribuição das 53 pacientes do sexo feminino com DNU, 13 pacientes com UD e 46 pacientes do sexo feminino ND segundo terem histórias de distúrbios psiquiátricos anteriores tratados com terapêutica especializada, e segundo o tratamento utilizado.

| | DNU | UD | ND | χ^2 | p | S |
|------------------------------|------|------|----|----------|-----------------|----|
| <u>Distúrbios</u> | | | | | | |
| Ansiedade e/ou depressão | 13 | 3 | 5 | | | |
| Psicose puerperal | 1 | - | 1 | | | |
| Total | 14 | 3 | 6 | | 0,20 < p < 0,30 | NS |
| % | 26,4 | 23,1 | 13 | 2,810 | | |
| <u>Terapêutica</u> | | | | | | |
| Psicofármacos | 3 | 1 | 2 | | | |
| Psicoterapia | 3 | - | - | | | |
| Psicofármacos + psicoterapia | 6 | 1 | 3 | | | |
| Internação | 2 | 1 | 1 | | | |

A comparação das freqüências de distúrbios psiquiátricos entre as pacientes do sexo feminino dos três grupos demonstrou que estas não diferiram significativamente entre si ($\chi^2=2,810$, GL=2, $0,20 < p < 0,30$).

Quando questionadas a respeito de suas opiniões sobre os tratamentos psicoterápicos e psicofarmacológicos, a maior parte das pacientes julgou-os satisfatórios, já que propiciaram melhoras dos sintomas psíquicos e somáticos, que se mantiveram por anos, inclusive.

Uma paciente contou que iniciou há cerca de dois anos acompanhamento psicoterápico neste serviço, o qual abandonou após algumas sessões, pois cansou-se de "falar sozinha" já que o médico apenas "escutava" e pouco conversava com ela.

4.2.4.4 Outros aspectos evidenciados nas anamneses dos pacientes

Através da avaliação das anamneses, pudemos complementar as observações até aqui descritas com outros dados que contribuem para evidenciar a presença de distúrbios

psiquiátricos nestes enfermos: a presença de características histéricas, demonstrada pelas tentativas de suicídio fortemente associadas à teatralidade e dramatizações, pela frequência de “desmaios”, enrijecimentos, paralisias e anestésias de membros, etc., e pelas características masoquistas já descritas anteriormente; e as características hipocôndricas, que estiveram presentes em grande parte dos pacientes com DNU.

Para três das pacientes entrevistadas (pacientes 7,15 e 46), julgou-se necessário um acompanhamento pela Psiquiatria, que foi prontamente aceito por estas. No ambulatório de Psiquiatria estas enfermas receberam o diagnóstico de “neurose de ansiedade”, e iniciaram psicoterapia.

4.2.4.4.1 Tentativas de suicídio relatadas pelas pacientes do sexo feminino

Avaliando as histórias de vida, podemos observar que apenas as pacientes do sexo feminino dos três grupos relataram tentativas de suicídio: 6 pacientes com DNU (11,3%), 1 paciente com UD (7,7%) e 1 paciente do grupo ND (2,2%). Não houve diferenças significativas entre os três grupos ($\chi^2=3,18$ GL=2; $0,20 < p < 0,30$).

Entre as pacientes com DNU e UD estas tentativas se caracterizaram por:

- uso de medicamentos ou outras drogas em pequenas quantidades (cibalenas, aspirinas, antidistônicos, “um pouco de neocid dissolvido em água”, respectiva/e pacientes 7, 21, 25 e 34 com DNU e paciente 18 com UD.
- amarrar corda no pescoço na presença de outras pessoas: paciente 27.
- jogar-se de um ônibus que andava vagarosamente: paciente 57.

Pode-se observar que estas situações caracterizam mais tentativas manipulativas para chamar a atenção sobre si (pseudo-suicídios, tentativas histéricas) do que propriamente atingir o objetivo de morte.

4.2.4.4.2 Presença de características hipocondríacas entre os pacientes com DNU. O comportamento de doente. Ganhos secundários

As características hipocondríacas presentes no grupo de pacientes com DNU se evidenciam quando estes assumem “o papel de doentes”, procurando médicos constantemente, tanto por suas queixas dispépticas quanto pelas outras queixas que frequentemente estão associadas; quando se submetem a inúmeros procedimentos diagnósticos, bem como a múltiplos tratamentos clínicos e até mesmo cirúrgicos.

Pelas histórias de vida destes pacientes, verificamos que o “comportamento de doente” traz a alguns destes pacientes ganhos secundários, como por ex.: o não cumprimento de obrigações ocupacionais, caso do paciente 13 do sexo masculino que diz: “não faço ficha nas firmas porque tenho medo de ser contratado e passar mal durante o período de experiência, e aí sujar a minha carteira”, ou do paciente 42, também do sexo masculino que diz, “todos os trabalhos que tento prejudicam a minha saúde, logo tenho que abandoná-los”.

É interessante também o fato de que muitas pacientes do sexo feminino com DNU, quando questionadas a respeito de seus lazeres, relataram que a consulta médica era a única oportunidade que tinham para sair de casa e conversar com outras pessoas.

4.3 Prevalência de parasitoses entre os 68 pacientes com DNU e os 30 pacientes com UD

A prevalência de parasitoses, avaliada através de três protoparasitológicos seriadados, pelos métodos de Hoffman e Faust foi (tabela 4.31):

Pacientes com DNU

11,8% (8 em 68) dos pacientes com DNU apresentavam parasitoses.

Pacientes com UD

20% (6 em 30) dos pacientes com UD apresentavam parasitoses.

Tabela 4.31: Prevalência de parasitoses entre os 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD, avaliada através de três protoparasitológicos seriados, pelos métodos de Hoffman e Faust.

| Parasitas | DNU | UD |
|----------------------------------|----------|---------|
| Strongyloides stercoralis | 1 | 2 |
| Ancylostoma duodenale | 2 | 2 |
| Giardia lamblia | 1 | 1 |
| Ascaris lumbricoides | 1 | - |
| Enterobius vermicularis | 1 | - |
| Hymenolepis nana | 1 | - |
| Mais de um | 1 | 1 |
| Total de pacientes c/parasitoses | 8(11,8%) | 6 (20%) |

A análise estatística demonstrou não haver diferença significativa entre os dois grupos quanto à presença de parasitoses ($\chi^2=1,923$; $0,10 < p < 0,20$).

4.4 Análise da prevalência de colelitíase entre os 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD

A tabela 4.32 demonstra que a prevalência de colelitíase no grupo de pacientes com DNU, aqui sendo considerados tanto os pacientes com achado ultrasonográfico de colecistopatia crônica calculosa quanto os pacientes colecistectomizados, foi de 11,8% (8 pacientes em 68). Entre os pacientes com UD a prevalência observada foi de 10% (3 pacientes em 30), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de pacientes ($\chi^2=0,008$, $0,90 < p < 0,95$).

Tabela 4.32: Distribuição dos 68 pacientes com DNU e 30 pacientes com UD quanto ao achado ultrassonográfico de colecistopatia crônica calculosa e quanto à presença de colecistectomias prévias.

| | DNU | UD |
|----------------------------------|-----------|---------|
| Colecistopatia crônica calculosa | 4 | 2 |
| Colecistectomias | 4 | 1 |
| Total | 8 (11,8%) | 3 (10%) |

Tabela 4.33: Avaliação endoscópica realizada nos 68 pacientes com DNU. Descrição do aspecto macroscópico quanto à presença ou ausência de gastrite.

| Endoscopia | n | % |
|---------------------------|----|-------|
| Corpo e antro normais | 32 | 47,1 |
| Gastrite de corpo | 0 | 0 |
| Gastrite apenas de antro | 10 | 13,2 |
| Erosões pré-pilóricas | 6 | 8,8 |
| Gastrite de corpo e antro | 20 | 30,9 |
| Total | 68 | 100,0 |

4.5 Análise da observação endoscópica dos 68 pacientes com DNU

O exame endoscópico realizado nos 68 pacientes com DNU (tabela 4.33) demonstrou mucosa de esôfago e duodeno de aspecto normal em todos os pacientes: e mucosa gástrica, considerando corpo e antro, de aspecto normal, em 47,1% dos pacientes (32 em 68).

Alterações endoscópicas sugestivas de gastrite, caracterizadas por mucosa hiperemiada, ou regiões com enantema, ou erosões pré-pilóricas, foram observadas no antro em 52,9% (36 em 68) dos pacientes e no corpo em 29,4% (20 em 68) dos pacientes com DNU.

Em nenhum paciente foi observado o aspecto endoscópico de gastrite apenas de corpo.

No caso particular das erosões pré-pilóricas, se considerarmos a classificação utilizada por Nesland (146.147), podemos evidenciar que em 6 pacientes (8.8%) foram observadas erosões pré-pilóricas grau II ou grau III.

Tabela 4.34: Distribuição dos 68 pacientes com DNU quanto ao aspecto macroscópico, evidenciado pela endoscopia; quanto à histopatologia, avaliada em 53 destes pacientes; e quanto à presença de infecção por *H. pylori*, investigada em 53 pacientes através da histopatologia, associada ao teste da urease em 33 pacientes.

| Pac | End | | A.P | | H.p | | | |
|-----|-----|----|-----|---|-----|---|---|---|
| | C | A | C | A | A.P | | U | |
| | | | | | C | A | C | A |
| 1 | G | G | - | G | - | N | - | - |
| 2 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 3 | NL | G | - | - | - | - | - | - |
| 4 | NL | NL | NL | - | N | - | - | - |
| 5 | NL | G | - | G | - | P | - | - |
| 6 | NL | NL | G | - | P | - | - | - |
| 7 | NL | G | G | G | N | N | - | - |
| 8 | NL | G | G | - | P | - | - | - |
| 9 | NL | NL | - | G | - | N | - | - |
| 10 | NL | NL | G | G | P | P | - | - |
| 11 | NL | G | - | - | - | - | - | - |
| 12 | NL | NL | G | G | P | P | - | - |
| 13 | G | G | G | G | P | P | - | - |
| 14 | NL | NL | G | - | N | - | - | - |
| 15 | NL | NL | - | G | - | P | - | - |
| 16 | G | G | G | G | P | P | - | - |
| 17 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 18 | NL | NL | - | G | - | P | - | - |
| 19 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 20 | NL | NL | G | G | P | P | - | - |
| 21 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 22 | NL | NL | G | - | N | - | - | - |
| 23 | NL | G | - | - | - | - | - | - |
| 24 | G | G | G | G | P | P | - | - |
| 25 | G | G | NL | G | P | P | P | P |
| 26 | G | G | G | G | N | N | N | N |
| 27 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 28 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 29 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 30 | NL | G | G | G | P | P | P | P |

Continua na página seguinte

| Pac | End | | A.P | | H.p | | | |
|-----|-----|----|-----|----|-----|---|---|---|
| | C | A | C | A | A.P | | U | |
| | | | | | C | A | C | A |
| 31 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 32 | NL | G | G | G | P | P | P | P |
| 33 | G | G | NL | G | P | P | P | P |
| 34 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 35 | NL | G | NL | NL | N | N | N | N |
| 36 | NL | G | G | G | P | P | P | P |
| 37 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 38 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 39 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 40 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 41 | G | G | G | G | N | N | N | P |
| 42 | NL | G | NL | G | N | P | N | P |
| 43 | G | G | NL | G | N | P | P | N |
| 44 | G | G | NL | NL | N | N | N | N |
| 45 | NL | NL | G | NL | N | N | P | P |
| 46 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 47 | NL | G | NL | G | P | P | P | P |
| 48 | NL | G | NL | NL | N | N | N | N |
| 49 | G | G | - | - | - | - | - | - |
| 50 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 51 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 52 | NL | NL | NL | G | N | P | P | P |
| 53 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 54 | NL | NL | NL | G | N | N | N | P |
| 55 | NL | NL | G | G | P | P | P | P |
| 56 | NL | G | G | NL | P | P | P | P |
| 57 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 58 | NL | G | G | G | P | P | P | P |
| 59 | G | G | - | - | - | - | - | - |
| 60 | NL | NL | G | G | N | N | - | - |
| 61 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 62 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 63 | NL | NL | - | - | - | - | - | - |
| 64 | G | G | G | G | N | N | - | - |
| 65 | NL | G | - | - | - | - | - | - |
| 66 | NL | NL | G | - | N | - | - | - |
| 67 | G | G | G | G | P | P | P | P |
| 68 | G | G | - | - | - | - | - | - |

G:Gastrite; AP:Anátomo-patológico C:Corpo; A:Antro; NL:Normal; N:Negativo; P:Positivo; - :pesquisa não realizada; H.p:H.pylori; End:endoscopia; U:urease

4.6 Avaliação histopatológica das biópsias gástricas realizadas em 53 pacientes com DNU

Em 53 pacientes com DNU foi possível avaliar a microscopia gástrica, através de 48 biópsias de corpo e 47 biópsias de antro.

Em 42 pacientes com DNU foram obtidas biópsias de corpo e antro.

Através da análise das tabelas 4.34 e 4.35 observamos que:

- Entre os 53 pacientes com DNU em que foi possível a avaliação histopatológica, a prevalência global de gastrite crônica de corpo, antro ou ambos, foi de 92,4% (49 pacientes em 53).
- Quanto à intensidade da gastrite crônica, ela foi considerada leve em 15 pacientes (31,2%), moderada em 13 pacientes (27,1%) e intensa em 9 pacientes (18,7%). A presença de metaplasia intestinal foi observada em apenas 1 paciente.
- Dos 42 pacientes em que foram avaliadas biópsias de corpo e antro, apenas 3 (7,1%) foram considerados histologicamente normais, sem gastrite; enquanto 30 pacientes (71,4%) tiveram o diagnóstico de gastrite crônica associada em corpo e antro.

4.7 Prevalência da infecção por H.pylori nos 53 pacientes com DNU em que foram realizadas biópsias gástricas

Através das tabelas 4.34 e 4.36 , observa-se que:

- a prevalência da infecção por H.pylori, investigada nos 53 pacientes com DNU em que foram obtidas biópsias gástricas, através da histopatologia (HE), associada ao

Tabela 4.35: Avaliação histopatológica das biópsias gástricas obtidas em 53 pacientes com DNU, num total de 48 biópsias de corpo, 47 biópsias de antro e 42 biópsias de corpo e antro. As alterações histológicas foram descritas de acordo com a classificação de Whitehead (243).

| Histopatológico | n | % |
|---|----|------|
| Corpo normal | 11 | 22,9 |
| Antro normal | 5 | 10,6 |
| Corpo e antro normais * | 3 | 7,1 |
| Gastrite crônica de corpo/antro normal* | 2 | 4,8 |
| Corpo normal/Gastrite crônica de antro* | 7 | 16,7 |
| Gastrite Crônica de corpo e antro* | 30 | 71,4 |
| Total de pac. com Gastrite cr.corpo | 37 | 77,1 |
| Total de pac. com Gastrite Cr.Antro | 42 | 84,4 |
| Total de pac.com Gastrite Crônica | 49 | 92,4 |

* Resultados observados entre os 42 pacientes que foram avaliados com biópsias de corpo e antro.

teste da urease em 33 pacientes, foi de 75,5% (40 em 53).

- Em 81,6% dos pacientes houve uma associação entre *H.pylori* e a presença de gastrite crônica.
- A presença da bactéria em mucosa histologicamente normal foi observada em 45,4% das biópsias de corpo (5 em 11) e em 2 das 5 biópsias de antro consideradas normais. Em nenhum paciente em que as biópsias de corpo e antro foram consideradas normais foi verificada a presença do *H.pylori*.

Tabela 4.36: Prevalência da infecção por H.pylori nos 53 pacientes com DNU avaliados por biópsias gástricas, investigada através da histopatologia, associada ao teste da urease em 33 pacientes e correlacionada com o anátomo-patológico gástrico, num total de 48 biópsias de corpo, 47 biópsias de antro e 42 biópsias de corpo e antro.

| Descrição | A.P. | H.Pylori | AP/H.pylori(%) |
|-------------------------|------|----------|----------------|
| Corpo normal | 11 | 5 | 45,4 |
| Antro normal | 5 | 2 | 40,0 |
| Corpo/Antro normal * | 3 | 0 | 0 |
| GC Corpo/Antro normal * | 2 | 2 | 100,0 |
| Corpo normal/GC Antro * | 7 | 7 | 100,0 |
| GC Corpo e Antro * | 30 | 26 | 86,7 |
| GC Corpo | 37 | 29 | 78,3 |
| GC Antro | 42 | 36 | 85,7 |
| Total GC/H. pylori | 49 | 40 | 81,6 |

* resultados observados nos 42 pacientes em que foram avaliadas biópsias de corpo e antro

GC: gastrite crônica; AP: Anátomo patológico; AP/H.pylori: correlação entre o achado histopatológico e a presença do H.pylori, em %.

Tabela 4.37: Comparação das observações realizadas nos 42 pacientes com DNU, em que foram avaliadas biópsias de corpo e antro, quanto à macroscopia e histopatologia gástrica, e correlação da infecção por *H.pylori* com a histopatologia gástrica.

| Descrição | Macro | AP | AP/ <i>H.pylori</i> |
|--------------------------------------|------------|------------|---------------------|
| Corpo/Antro normais | 16 (38,1%) | 3 (7,1%) | 0 (0%) |
| Gastrite crônica de Corpo e/ou Antro | 26 (61,9%) | 39 (92,9%) | 35 (83,3%) |

4.8 Análise da associação entre a macroscopia, a histopatologia e a presença de infecção por *H.pylori* nos 42 pacientes em que foram avaliadas biópsias gástricas de corpo e antro

Nas tabelas 4.34 e 4.37 observa-se que:

- Não houve associação significativa entre a observação macroscópica gástrica, através da endoscopia, e os achados histopatológicos. 61,9% (26 em 42) dos pacientes com DNU tiveram o diagnóstico endoscópico de gastrite, enquanto 92,9% (39 em 42) tiveram o diagnóstico histopatológico de gastrite crônica ($\chi^2=9,794$; $p<0,01$).
- A infecção por *H.pylori* esteve significativamente associada à presença de gastrite crônica microscópica ($\chi^2=1,022$; $0,30<p<0,50$), uma vez que em 83,3% (35 em 42) dos pacientes com DNU a infecção por *H.pylori* esteve associada à gastrite crônica.

4.9 Prevalência de MAL e de Intolerância à Lactose nos 61 pacientes com DNU que realizaram o teste de sobrecarga com lactose, e análise de outros dados observados nas anamneses

Nas tabelas 4.38, 4.39 e 4.40, observamos os resultados da prevalência de MAL e intolerância à lactose, bem como dados das anamneses associados a estas ocorrências, investigados nos 61 pacientes com DNU que realizaram o teste de sobrecarga com lactose.

4.9.1 Prevalência de MAL

Após o teste de sobrecarga com lactose verificou-se que apresentaram MAL, diagnosticada pela curva glicêmica plana ($dG < 20mg\%$):

68,3% (28 de 41) dos pacientes caucasóides

64,3% (9 de 14) dos pacientes nordestinos

83,3% (5 em 6) dos pacientes negróides.

A comparação de nossos resultados com os obtidos em estudos realizados com populações assintomáticas demonstra que:

- Pacientes caucasóides com DNU:

Não houve diferença estatisticamente significativa entre a prevalência de MAL observada neste grupo e a encontrada por Sevá-Pereira (190), de 50% (20 em 40), em indivíduos caucasóides assintomáticos ($\chi^2 = 0.906$; $0.30 < p < 0,50$).

- Pacientes nordestinos com DNU:

A prevalência de MAL observada neste grupo de pacientes não diferiu estatisticamente da encontrada por Sparvoli (202) em uma população de 37 nordestinos hígidos, de 75,7% ($\chi^2 = 0,213$; $0.50 < p < 0.70$).

- Pacientes negróides com DNU:

O pequeno número de negróides não nordestinos em nossa amostra não permite comparações estatísticas com outros grupos; mas se assemelha à prevalência de 85% (17 de 20) de MAL observada por Sevá Pereira em negróides.

4.9.2 Prevalência de Intolerância à Lactose entre os pacientes com DNU

De acordo com os critérios descritos anteriormente, a prevalência de intolerância à lactose, observada durante o teste de sobrecarga com lactose foi de:

61% (25 em 41) dos pacientes caucasóides

57,1% (8 em 14) dos pacientes nordestinos

83,3% (5 em 6) dos pacientes negróides

4.9.3 Associação entre MAL e Intolerância à Lactose observada entre os pacientes com DNU

85,7% (36 de 42) dos pacientes com MAL apresentaram sintomas de intolerância, associados a pH fecal ácido em 45,3% (19 em 42) e presença de substâncias redutoras nas fezes em 40,5% (17 em 42) durante o teste de sobrecarga com lactose.

Observa-se, portanto, que existe uma associação significativa ($\chi^2=24,79$; $p<0,001$) entre a presença de MAL e sintomas de intolerância durante o teste de sobrecarga com lactose.

15,8% (3 em 19) dos pacientes que absorveram lactose manifestaram sintomas de intolerância durante o teste de sobrecarga com lactose.

4.9.4 História de intolerância ao leite entre os 61 pacientes com DNU

54,1% dos pacientes com DNU (33 em 61) contavam histórias de intolerância ao leite. Os principais sintomas associados ao uso de leite foram:

- sintomas dispépticos (pirose, náuseas, distensão abdominal, plenitude pós-prandial): 27 pacientes(81,8%)
- sintomas dispépticos associados à diarreia: 5 pacientes(15,1%)
- diarreia: 1 paciente (3,0%)

4.9.5 Associação entre consumo de leite e MAL

Entre os 61 pacientes com DNU que realizaram o teste de sobrecarga com lactose, 28 (45,9%) ingeriam leite diariamente, em quantidades geralmente não superiores a um copo por dia.

Dos pacientes que consumiam leite diariamente, 45,2% tinham MAL (19 em 42) e 45,7% eram absorvedores (9 em 19).

A análise estatística demonstra que o consumo de leite não diferiu entre os pacientes com MAL e os absorvedores ($\chi^2 = 0,186$; $0,50 < p < 0,70$).

27,3% (9 em 33) dos pacientes com DNU que relatavam histórias de intolerância ao leite, consumiam leite diariamente, justificando que seus sintomas só ocorriam com leite C ou com leite gelado, ou com leite puro, sem café, ou caso ingerissem mais de dois copos de leite, e houve até pacientes que utilizavam o leite justamente por seu efeito laxante.

4.9.6 Relação entre a presença de alterações de hábito intestinal e MAL, observada entre os 61 pacientes com DNU

Entre os 61 pacientes com DNU, 34 apresentavam alterações do hábito intestinal, principalmente a constipação intestinal, presente em 28 destes pacientes.

Dos 28 pacientes que apresentavam constipação intestinal, 22 apresentavam MAL e 6 eram absorvedores. A análise estatística demonstrou que não houve diferença entre o grupo de pacientes com MAL e os pacientes absorvedores, quanto à presença de constipação intestinal ($\chi^2=1,5189$; $0,20 < p < 0,30$).

As outras alterações do hábito intestinal, ou seja, alternância de constipação e diarreia e períodos de diarreia intercalados com hábito normal estiveram presentes em apenas 6 pacientes, e com frequências semelhantes nos grupos de absorvedores (10,5%) e pacientes com MAL (9,5%).

4.9.7 Associação entre história de intolerância ao leite e diagnóstico de MAL

Entre os 61 pacientes com DNU, 54,8% dos pacientes com MAL (23 em 42) e 52,6% dos pacientes absorvedores (10 em 19) relataram intolerância ao leite, não havendo diferença estatisticamente significativa entre pacientes com MAL e pacientes absorvedores de lactose quanto à história de intolerância ao leite ($\chi^2=0,015$; $0,90 < p < 0,95$).

Tabela 4.38: Descrição de dados das anamneses e dos resultados dos testes de sobrecarga com lactose realizados em 41 pacientes caucasóides com DNU.

| Pac | S | Usa Leite | H.I. | H.I.L. | MAL | IL | D/SR | PH<6 | dG |
|-----|---|-----------|------|--------|-----|----|------|------|----|
| 01 | F | não | C | Disp | + | + | + | + | 10 |
| 04 | M | não | NL | - | + | + | + | + | 9 |
| 05 | M | não | NL | Disp | + | - | - | - | 17 |
| 06 | F | sim | C | Disp | + | - | - | - | 16 |
| 07 | F | sim | NL | - | + | + | + | + | 10 |
| 08 | F | não | C | Disp | - | + | - | - | 44 |
| 10 | F | sim | NL | - | + | + | + | + | 2 |
| 11 | F | sim | C | - | + | + | + | + | 4 |
| 12 | F | sim | NL | - | - | - | - | - | 67 |
| 13 | M | sim | NL | Disp | - | - | - | - | 30 |
| 15 | F | não | C | Disp | + | + | + | + | 11 |
| 17 | F | não | NL | Disp | + | + | - | + | 4 |
| 19 | F | sim | C | - | - | - | - | - | 43 |
| 20 | F | não | C | Disp | + | + | + | + | 11 |
| 22 | F | não | C | Disp | + | + | + | + | 14 |
| 23 | M | não | C | Disp | + | + | + | + | 1 |
| 24 | F | não | C | - | + | + | + | + | 15 |
| 26 | F | sim | C | - | + | - | - | - | 14 |
| 27 | F | sim | NL | D | + | + | - | - | 4 |
| 28 | M | sim | NL | - | - | + | + | + | 2 |

Continua na página seguinte

| Pac | S | Usa Leite | H.I. | H.I.L. | MAL | IL | D/SR | PH<6 | dG |
|-----|---|-----------|------|--------|-----|----|------|------|----|
| 30 | M | sim | NL | - | - | - | - | - | 32 |
| 32 | F | não | C | - | + | + | - | - | 3 |
| 34 | F | não | C | - | + | + | + | + | 12 |
| 36 | F | sim | C | - | - | - | - | + | 27 |
| 39 | F | sim | C/D | Disp/D | + | + | + | + | 8 |
| 41 | F | não | N/D | Disp | + | + | + | + | 7 |
| 43 | F | não | NL | Disp | + | + | + | + | 4 |
| 45 | F | sim | NL | - | + | + | + | + | 4 |
| 46 | F | sim | NL | - | + | + | + | + | 3 |
| 47 | F | sim | NL | Disp | + | + | + | + | 4 |
| 48 | M | não | NL | Disp | - | - | + | + | 24 |
| 51 | F | sim | NL | Disp/D | + | + | + | + | 18 |
| 53 | F | não | NL | - | - | - | - | + | 24 |
| 55 | F | sim | NL | - | - | - | - | - | 41 |
| 56 | F | não | C | Disp | + | + | + | + | 0 |
| 58 | M | sim | NL/D | Disp | + | + | + | - | 7 |
| 62 | F | não | NL/D | Disp/D | - | - | - | - | 60 |
| 63 | F | sim | NL | - | - | - | - | - | 74 |
| 64 | F | não | C | - | - | - | - | - | 22 |
| 65 | F | não | NL | Disp | - | - | - | - | 54 |
| 67 | F | sim | C | - | + | + | - | - | 13 |

Disp:Dispepsia:pirose, plenitude pós prandial, flatulência, distensão abdominal. eructação, etc; S:sexo

H.I: Hábito intestinal; C:Constipação; C/D:Alternância de constipação e diarreia; NL/D:Alternância de hábito normal e diarreia; NL:Normal; D:Diarreia;

H.I.L.:História de intolerância ao leite; MAL:Malabsorção de lactose; I.L.:Intolerância à lactose;

D/SR:Diarreia e/ou Substâncias redutoras nas fezes;

dG:Aumento máximo da glicemia em mg⁰%;

+ :o dado pesquisado foi positivo; - :o dado pesquisado foi negativo.

Tabela 4.39: Descrição dos dados das anamneses e dos resultados dos testes de sobrecarga com lactose realizados em 14 pacientes nordestinos com o diagnóstico de DNU.

| Pac | S | Usa Leite | H.I. | H.I.L. | MAL | IL | D/SR | PH<6 | dG |
|-----|---|-----------|------|--------|-----|----|------|------|----|
| 2 | M | S | NL | Disp | + | + | + | + | 1 |
| 3 | F | N | C | - | + | + | - | - | 8 |
| 9 | M | N | NL | Disp/D | - | + | + | + | 51 |
| 16 | F | S | C | - | + | + | + | + | 11 |
| 33 | F | N | C | Disp | + | - | - | - | 0 |
| 35 | F | N | C | Disp | - | + | - | - | 32 |
| 40 | F | N | NL | - | + | - | - | + | 10 |
| 42 | M | N | NL | Disp | - | - | - | - | 0 |
| 49 | F | S | C | - | + | + | + | + | 4 |
| 50 | F | S | C | Disp | - | - | + | + | 54 |
| 53 | F | N | NL | - | + | - | - | - | 3 |
| 59 | M | N | C | Disp | + | + | + | + | 0 |
| 66 | M | N | C | Disp | + | + | + | + | 18 |
| 68 | F | N | NL | Disp | - | - | + | + | 22 |

Tabela 4.40: Descrição dos dados das anamneses e dos resultados dos testes de sobrecarga com lactose realizados em 6 pacientes negróides com DNU.

| Pac | S | Usa Leite | H.I. | H.I.L. | MAL | IL | D/SR | PH<6 | dG |
|-----|---|-----------|------|--------|-----|----|------|------|----|
| 9 | F | N | NL/D | D/Disp | + | + | + | + | 1 |
| 21 | F | S | NL | - | + | + | + | + | 15 |
| 31 | F | N | C | Disp | + | + | - | + | 6 |
| 44 | F | N | C | Disp | + | + | + | + | 9 |
| 55 | F | S | C | - | + | + | + | + | 18 |
| 57 | F | S | NL/D | - | - | - | - | - | 72 |

Capítulo 5

Discussão

5.1 Nível sócio-econômico dos pacientes avaliados neste estudo

A maior parte dos pacientes avaliados neste estudo pertence às classes sócio-econômicas mais baixas, refletindo o extrato social mais representado em nossos ambulatórios (tabelas 4.2 e 4.3).

Um dos aspectos que define a originalidade de nossas observações, particularmente no que concerne à investigação dos fatores psico-sociais na dispepsia não ulcerosa e úlcera duodenal, é a própria população por nós estudada, uma vez que a grande maioria das publicações referem-se a estudos realizados em países desenvolvidos ocidentais, em que os pacientes avaliados vivem uma realidade econômica, social e cultural muito diferente da vivida por nossos enfermos.

5.2 Considerações sobre o diagnóstico e classificação da dispepsia não ulcerosa

Neste estudo, decidimos avaliar, por serem predominantes em nossos ambulatórios, pacientes cujo quadro clínico os enquadrava nos diagnósticos de "dispepsia

do tipo dismotilidade” (32), conforme a classificação do grupo de Chicago, ou seja, tinham como queixa principal os seguintes sintomas: plenitude pós prandial, sensação de saciedade após a ingestão de pequena quantidade de alimentos e intolerância a variados tipos de alimentos, que freqüentemente estavam associados aos sintomas de flatulência, distensão abdominal e alterações do hábito intestinal.

A avaliação dos 68 pacientes estudados demonstrou, entretanto, que estes podiam apresentar quadros clínicos bastante heterogêneos.

Assim, associados aos sintomas acima descritos, 41,2% destes pacientes apresentavam epigastralgia “tipo úlcera”, cujas características eram semelhantes às da epigastralgia presente nos pacientes com úlcera duodenal, e 55,9% apresentavam queixas “tipo refluxo gastro-esofágico” (tabela 4.9).

Pareceu-nos artificial, portanto, a utilização do diagnóstico de “dispepsia não ulcerosa do tipo dismotilidade” para nossos pacientes, já que em uma parcela considerável destes, também se apresentavam sintomas da “dispepsia tipo úlcera” e “dispepsia tipo esofagite”.

Ao mesmo tempo, as últimas publicações demonstram que esta classificação não está consagrada, e que ainda predomina a denominação mais geral de “dispepsia não ulcerosa”, que foi a adotada neste estudo.

Da mesma forma, para muitos pacientes utilizamos a expressão diagnóstica “distúrbios funcionais intestinais” preferentemente à “síndrome do cólon irritável”, uma vez que o diagnóstico desta última é também objeto de controvérsias, e em muitos de nossos enfermos as alterações de hábito intestinal não eram acompanhadas das outras alterações consideradas pela maioria dos autores para o diagnóstico desta síndrome (137).

5.3 Particularidades relacionadas ao sexo feminino observadas neste trabalho

5.3.1 Situação psico-social da mulher

A análise de nossos resultados permite observar que algumas ocorrências estiveram significativamente mais associadas ao sexo feminino:

- Houve uma nítida preponderância de pacientes do sexo feminino entre os 68 pacientes com DNU, numa proporção de 3,5:1 com relação ao sexo masculino.

Nossos dados, entretanto, não permitem concluir que a dispepsia não ulcerosa esteja associada ao sexo feminino, uma vez que estudamos apenas pacientes que procuraram auxílio médico, e não possuímos dados que avaliem a prevalência desta patologia em nossa população.

A comparação de nossas observações com as realizadas em pacientes com síndrome do cólon irritável (183, 199), bem como com estudos epidemiológicos (238), permite-nos indagar se este predomínio do sexo feminino em nosso grupo não refletiria mais o comportamento de procurar auxílio médico, que estes estudos demonstram ser mais frequente neste sexo, do que uma real maior prevalência de pacientes do sexo feminino com dispepsia não ulcerosa.

- Muitas das pacientes entrevistadas vivem verdadeiras relações masoquistas, em conflito constante com maridos alcoolistas e agressivos, que chegam a lhes infligir castigos corporais.

Sentem-se incapazes de cindir estas relações, argumentando que, se assim o fizessem, não seriam capazes de prover seu próprio sustento e o dos filhos, ou que “têm que conformar-se a esta situação”. ou que sentem pena de seus maridos, julgando que estes não sobreviveriam sem elas.

Ao lado dos aspectos sócio-econômicos atuantes, que são inegáveis, não se pode deixar de considerar a presença, nestas pacientes, de características de

personalidade masoquista. Muitas delas, inclusive, contam que sofreram muito em suas infâncias, com a presença de pais também alcoolistas e agressivos.

Engel (51) e outros autores observaram e salientaram estas ocorrências em pacientes com somatizações, particularmente a dor psicogênica crônica.

- Apenas as pacientes do sexo feminino consideraram como indesejáveis e de efeitos negativos para si mesmas, os eventos ocorridos a pessoas de seu relacionamento próximo.

As mulheres, principalmente as que não trabalham fora, dão-se conta, aparentemente, da maioria das crises que ocorrem às pessoas ao seu redor, talvez por estarem mais harmonizadas ao seu ambiente, talvez por serem mais procuradas para dar conforto e apoio (232). Thoits (221) observou, em um estudo, que a maior parte das entrevistadas do sexo feminino conferiam particular importância ao bem estar de seus maridos.

- Os antecedentes de distúrbios psiquiátricos que necessitaram terapêutica especializada foram relatados apenas pelas pacientes do sexo feminino.
- As várias somatizações, como cefaléias, tonturas, dores no peito, etc., foram significativamente mais observadas no sexo feminino. Crises histeriformes, caracterizadas como anestésias, paralisias de membros, “desmaios”, bem como tentativas de suicídio manipulativas, “para chamar a atenção”, ocorreram exclusivamente entre as entrevistadas do sexo feminino.
- A frequência de insatisfação sexual entre as pacientes com DNU e UD foi alta, e significativamente superior à observada no grupo ND.

Muitas pacientes referiram-se ao sexo como “uma obrigação a ser cumprida”, por vezes até com sentimento de asco por seus companheiros.

Existe extensa literatura abordando os fatores sócio-culturais no desenvolvimento psico-social da mulher, tanto na Psiquiatria, como na Sociologia, e obviamente, nas publicações feministas.

Na sua socialização, a mulher é, desde a infância, condicionada a aceitar um estereótipo do papel feminino, que inclui as preocupações com as necessidades das outras pessoas, assim como uma imagem associada à falta de auto-confiança, impotência, fatalismo e resignação. Desenvolve, assim, mecanismos psíquicos de defesa inadequados, que a tornam mais vulnerável ao *stress* (117, 221).

A definição cultural de mulher saudável e feminina inclui a não exteriorização da cólera e agressividade, especialmente contra os homens, assim como uma posição passiva no relacionamento sexual, e os vários estudos que demonstram uma maior frequência de somatizações no sexo feminino abordam o papel destas inibições para a ocorrência das mesmas.

O trabalho exclusivo no lar é, segundo Gove (76) uma importante fonte de *stress* para a mulher, já que o trabalho doméstico é entediante e de baixo prestígio.

Entretanto, Krause (109), estudando mulheres de nível sócio-econômico mais baixo, de culturas latinas, portanto com características mais próximas às do nosso grupo de estudo, observou que o trabalho fora de casa pode vir a se constituir em uma nova fonte de *stress* para estas. Além de obterem apenas trabalhos mal remunerados e insatisfatórios, como verificamos entre nossas pacientes, que em sua maioria exercem trabalhos domésticos, elas têm ainda que desincumbir-se dos serviços domésticos em sua casa, uma vez que dificilmente existe a redistribuição, com seus maridos, dos serviços da casa e dos cuidados dos filhos.

Frente à esta “opressão social” vivenciada por grande parte de nossas pacientes, não é difícil imaginarmos as consequências inibitórias que os estereótipos dos papéis sexuais produzem em seu desenvolvimento individual.

5.3.2 Constipação intestinal: predomínio no sexo feminino

A análise de nossos resultados (tabelas 4.11 e 4.12) demonstrou que a constipação intestinal esteve significativamente mais presente nas pacientes do sexo feminino que no sexo masculino, tanto entre os pacientes com o diagnóstico de DNU (54,7% das pacientes

do sexo feminino) quanto no grupo ND (41,3%).

Estudos populacionais realizados nos EUA (57, 201) demonstram que a constipação intestinal é a queixa digestiva mais comum, e que ocorre duas vezes mais freqüentemente no sexo feminino.

Em um estudo epidemiológico realizado nos Estados Unidos, Everhart e cols (57) encontraram como fatores de risco para a constipação: sexo feminino, raça negra, baixo nível sócio-econômico, pouca atividade física e a presença de sintomas de depressão.

A causa para esta maior prevalência de constipação no sexo feminino ainda não está clara, uma vez que não foi evidenciado um efeito da progesterona (227) sobre o trânsito oral-cecal, tanto em mulheres constipadas, quanto com hábito intestinal normal.

Wald (229), estudando pacientes com constipação grave (menos que duas evacuações por semana), diferenciou os pacientes em dois grupos, quanto ao trânsito intestinal: trânsito normal e trânsito lento, e encontrou uma significativa maior presença de distúrbios psicológicos entre as pacientes com trânsito normal, sugerindo a presença, nestas pacientes, de alterações na percepção dos sintomas e funções.

5.3.3 Cirurgias ginecológicas nas pacientes com DNU

As pacientes do sexo feminino com DNU submeteram-se com maior frequência a cirurgias ginecológicas, quando comparadas ao grupo controle, tais como cirurgias para cistos de ovários ou hysterectomias em 6 pacientes, hysterectomias e colecistectomias em 3 e um número de cirurgias igual ou superior a 3, em que constavam hysterectomias, em 3 destas pacientes (tabela 4.15).

Longstreth e cols. (127) observaram uma alta frequência de hysterectomias e laparoscopias em pacientes com síndrome do cólon irritável, e que resultaram em pouca melhora da dor pélvica nestas pacientes. Os autores discutem sobre a semelhança das dores ginecológica e intestinal, que pode dificultar a determinação da origem dos sintomas em pacientes do sexo feminino com dor em baixo ventre, e sobre as dificuldades encontradas pelos ginecologistas em diagnosticar a síndrome do cólon irritável.

De Vaul (40) e Engel (52) observaram que, entre pacientes com somatizações, particularmente a dor psicogênica crônica, existe uma maior prevalência de cirurgias, e, que, muitas vezes, estes pacientes apresentam características masoquistas de personalidade.

Desta forma, as características psicológicas das pacientes com DNU, que as leva à procura frequente de médicos, aliadas às dificuldades dos ginecologistas para estabelecer os diagnósticos de dispepsia ou síndrome do cólon irritável, bem como dos possíveis quadros psiquiátricos associados, e o fácil acesso ao diagnóstico, através da ultrassonografia, de lesões, como por exemplo, os cistos de ovário, provocam a realização de cirurgias abdominais desnecessárias e ineficazes neste grupo de pacientes.

5.4 Considerações sobre os fatores relacionados à fisiopatologia da DNU

Neste estudo, foram investigados alguns dos fatores que são relacionados como potencialmente implicados na fisiopatologia dos sintomas da dispepsia não ulcerosa: a gastrite crônica; a infecção da mucosa gástrica pela bactéria *H. pylori*; a colecistopatia crônica calculosa; a intolerância alimentar, no caso específico da malabsorção de lactose; e as parasitoses.

Nossos resultados não evidenciaram que estes fatores tenham um papel central na fisiopatologia da DNU, uma vez que as prevalências verificadas entre nossos pacientes, de gastrite crônica, infecção da mucosa gástrica por *H. pylori* e malabsorção de lactose foram similares às observadas em estudos populacionais realizados neste país e em outros, e as prevalências de parasitoses e colelitíase foram semelhantes às encontradas no grupo de pacientes com úlcera duodenal.

Passaremos, a seguir, à discussão de nossos resultados, no que se refere a estes fatores acima mencionados:

5.4.1 Parasitoses

Pode-se considerar que a prevalência de parasitoses observada entre os pacientes deste estudo (tabela 4.31) foi baixa, se considerarmos o nível sócio-econômico destes enfermos, ou mesmo se considerarmos os resultados de um estudo realizado por Sevá-Pereira (189), em uma amostra de estudantes de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, em que a autora encontrou uma prevalência de 33% de parasitoses.

É muito provável que estes pacientes, em suas consultas anteriores, já tivessem recebido tratamentos antiparasitários, que, de forma semelhante  terapêutica por nós instituída, não trouxeram nenhum benefício  sua sintomatologia.

5.4.2 Colelitíase

A prevalência de colelitíase observada entre os pacientes com DNU não diferiu significativamente da encontrada entre os pacientes com UD, e foi similar  esperada para a população ocidental, estimada em 10 a 20% (87). Entre as pacientes do sexo feminino, verificamos que quatro tinham sido colecistectomizadas (tabela 4.32) após o início dos seus sintomas, sem qualquer benefício, ou até mesmo com piora das suas queixas dispépticas.

Existem muitas controvérsias quanto  associação da colelitíase com os sintomas dispépticos (163). Holzbach (87) cita trabalhos que demonstram que um ou mais sintomas de dispepsia estão presentes em cerca de 80% dos pacientes com colecistopatia que procuram médicos. Estudos prospectivos com pacientes do sexo feminino de meia idade mostraram que a frequência e gravidade das queixas dispépticas não estavam relacionadas à colelitíase, sugerindo que a dispepsia está casualmente distribuída entre estes pacientes, não sendo, portanto, uma consequência direta da presença dos cculos.

Mais recentemente, Feretis e cols (60) estudaram no pré-operatório a presença de refluxo duodeno-gástrico em pacientes com colelitíase, divididos em dois grupos, um com dispepsia e o outro exclusivamente com cólicas biliares. Estes autores observaram que, nos pacientes com dispepsia e refluxo duodeno-gástrico, a colecistectomia aboliu

os sintomas de somente 20% destes enfermos.

Em conclusão, o achado de colelitíase em pacientes com dispepsia não ulcerosa não evidencia que esta esteja associada à sintomatologia dispéptica, e a indicação de colecistectomias para estes pacientes deve ser analisada criteriosamente.

5.4.3 Macroscopia e histopatologia gástricas

Nossas observações foram concordantes com a literatura, quanto às características macroscópicas e à histopatologia gástrica, nos seguintes aspectos:

- a prevalência global de gastrite crônica foi de 92,4%, semelhante à encontrada por Villako e Maaros (128) em estudos com populações de faixa etária semelhante à de nossos pacientes (tabelas 4.34 e 4.35).
- não houve concordância entre os achados macroscópicos e microscópicos de gastrite, fato já observado por outros autores (8,32), e em um estudo anterior de pacientes com dispepsia, realizado neste serviço por Trevisan, Magalhães e Brandalise (226).
- a gastrite de antro foi acompanhada por gastrite de corpo na maior parte de nossos pacientes, dado já observado por outros autores (29, 170).

Merece considerações à parte, devido à importância que alguns autores, particularmente Nesland e Berstad (15, 149, 150), conferem a estas lesões na fisiopatologia da dispepsia não ulcerosa. o achado de erosões pré-pilóricas em 8,8% de nossos pacientes.

Nossos dados concordam com as estimativas de Karvonen (101), de uma prevalência de 10,5% de erosões pré-pilóricas entre pacientes que realizam endoscopias, e são bastante inferiores à prevalência de 32%, descrita por Nesland em pacientes com dispepsia não ulcerosa, não evidenciando, portanto, um papel de maior importância destas lesões para o grupo de pacientes aqui estudado.

5.4.4 H.pylori

Nossos resultados foram concordantes com a literatura (9, 29, 128) quanto à associação entre H.pylori e gastrite crônica, verificada em 81,6% dos pacientes. O achado desta bactéria em mucosa gástrica normal, particularmente do corpo, tem sido observado em alguns estudos, e sugere-se como explicações os fatos de que a infecção se iniciaria no antro, indo secundariamente para o corpo, ou que a mucosa do corpo toleraria melhor esta bactéria, ao contrário do antro, em que invariavelmente ocorreria inflamação (31, 110, 184, 231).

A prevalência observada neste estudo, de 75,5% de infecção da mucosa gástrica pela bactéria H.pylori nos pacientes com DNU (tabela 4.36), foi semelhante à observada em outros estudos com pacientes com dispepsia não ulcerosa (3, 110).

No entanto, a questão da influência desta infecção sobre a sintomatologia da dispepsia não ulcerosa permanece em aberto, sendo necessários dados complementares sobre as pesquisas em andamento relacionadas à prevalência do H.pylori em indivíduos assintomáticos, e sobre os ensaios terapêuticos que visam à erradicação desta bactéria neste grupo de pacientes.

5.4.5 Prevalência de malabsorção de lactose

A prevalência de MAL entre nossos pacientes, divididos de acordo com o grupo racial, não diferiu da encontrada em outras investigações realizadas nesta instituição, por Sevá-Pereira (190), em indivíduos caucasóides e negróides sem quadro dispéptico, e por Sparvoli (202), numa população de nordestinos.

No entanto, pudemos observar algumas peculiaridades presentes em nosso grupo de pacientes, quando comparados aos grupos citados:

- relatos, por 15,8% dos pacientes que absorveram lactose, de sintomas de intolerância, como náuseas e distensão abdominal, durante o teste de sobrecarga com

lactose, ocorrência não observada por Sevá-Pereira em nenhum dos indivíduos de seu grupo de estudo.

- uma frequência muito superior, por parte dos pacientes com DNU (54% destes pacientes) de histórias de intolerância ao leite, independentemente da presença da MAL.

Em alguns estudos (41, 180) foi demonstrado que o reconhecimento, pelo paciente, de uma relação de seus sintomas com a ingestão de leite não permite prever a sua capacidade de absorver lactose. A interpretação para este fato é ainda nebulosa, e, de acordo com Sparvoli, devem ser considerados os fatores psicológicos atuantes na percepção dos sintomas destes pacientes.

Desta forma, é muito provável que outros fatores, que não a MAL, estejam associados à relação estabelecida pelos pacientes com DNU, entre seus sintomas e a ingestão, não apenas do leite, como dos outros vários alimentos a que estes pacientes são intolerantes, não podendo deixar de ser mencionada a provável influência das características psicológicas destes pacientes na percepção das funções e sintomas do aparelho digestivo.

5.5 Considerações sobre os aspectos psico-sociais investigados neste estudo

Podemos observar, através dos resultados deste trabalho, a presença nítida dos fatores psico-sociais interagindo com as manifestações dos sintomas dos pacientes com dispepsia não ulcerosa e úlcera duodenal. Verificamos que os dois grupos de pacientes apresentaram, para alguns dos aspectos psico-sociais aqui investigados, características semelhantes, diferenciando-se significativamente do grupo controle sem dispepsia.

No entanto, a análise de nossos dados sugere que, provavelmente, a influência destes fatores seja mais intensa na dispepsia não ulcerosa, uma vez que, na comparação das frequências de muitos dos itens avaliados, e mesmo das próprias características psicológicas individuais, o grupo de pacientes com úlcera duodenal situou-se em uma

posição intermediária entre os outros dois grupos.

Nossos dados divergem de algumas das observações dos autores australianos Piper, Tennant e Talley, que vêm investigando exaustivamente estas duas enfermidades quanto aos aspectos psico-sociais, caracterizando-os na maior parte das vezes como fatores de menor importância para o desenvolvimento das mesmas. Os trabalhos destes autores referem-se com grande frequência a uma população muito específica de pacientes com dispepsia, classificada como “dispepsia essencial”, caracterizada pela ausência de sintomas de esofagite e de alterações do hábito intestinal, e portanto, distinta da população avaliada neste estudo, em que estes sintomas estiveram presentes com grande frequência. Os métodos empregados em nosso estudo também diferem dos adotados por estes pesquisadores, que se utilizam com maior frequência do contato telefônico e por cartas, ao invés de entrevistas pessoais.

Ao mesmo tempo, não se pode deixar de considerar o fato de que estamos lidando com pacientes de classe sócio-econômica baixa, com todas as desvantagens inerentes a esta, inclusive uma maior vulnerabilidade aos eventos estressantes.

Analisando nossos dados, podem ser encontrados, com grande frequência, relatos de várias somatizações acompanhando o quadro clínico de nossos pacientes, particularmente as do sexo feminino, tais como cefaléias do tipo tensional ou enxaquecas, tonturas, distúrbios vasomotores, etc. Ao mesmo tempo, a maior parte destes enfermos considerou haver uma relação entre o seu estado emocional e o aparecimento ou aumento da intensidade dos seus sintomas dispépticos.

As observações, principalmente dos pacientes com DNU, mas também de alguns pacientes com UD, revelaram a existência, em muitos destes enfermos, de conjunturas extremamente favoráveis para o desenvolvimento de somatizações, que envolvem suas infâncias, a presença dos distúrbios psiquiátricos aqui evidenciados e as situações de *stress* crônico vividas por estes.

Neste estudo, pesquisamos a presença dos eventos estressantes de vida espontaneamente considerados pelos pacientes como indesejáveis e de efeitos negativos, e do “stress crônico”, aqui caracterizado como “dificuldades crônicas de vida”, que estão,

segundo a opinião de diversos autores, fortemente associados às somatizações. Nossos resultados se assemelham aos da literatura, quando demonstram uma frequência similar de eventos ocorridos no ano anterior à consulta entre os três grupos aqui estudados (212, 215). No entanto, temos que considerar que a resposta ao evento não depende apenas de sua presença, mas de outros fatores, como as características psicológicas individuais, que podem determinar uma maior vulnerabilidade ao *stress* (105, 106, 107, 221, 238). A identificação de tais características exige um estudo psicanalítico, caso a caso, não desenvolvido neste estudo.

Magni (132, 133), Feldman (59), Creed (37), Craïg (35) e mais recentemente, Piper, estudando pacientes com úlcera duodenal (166), encontraram uma maior frequência de dificuldades crônicas de vida relatadas por pacientes com dispepsia não ulcerosa e úlcera duodenal, dado que pode ser comprovado entre os pacientes com DNU por nós avaliados, em que mais de 30% vivem situações de conflitos conjugais sérios, insatisfação no trabalho, etc. (tabela 4.18). De forma semelhante, entre os pacientes com úlcera duodenal, apesar de não ter sido alcançado significado estatístico, observa-se uma tendência para uma maior frequência de relatos de dificuldades crônicas de vida.

A infância de grande parte dos pacientes com dispepsia não ulcerosa e com úlcera duodenal caracterizou-se pelo início precoce no trabalho, verificado principalmente entre aqueles pacientes criados na zona rural. O fato de começar a trabalhar cedo faz com que a criança adquira as responsabilidades dos adultos, tenha menos tempo para brincar e realizar os jogos infantis, muito importantes no papel de identificação com as figuras parentais e para o desenvolvimento psico-social, além de um menor contato afetivo com os pais e irmãos. Estas pessoas tenderiam a ser mais rígidas e críticas consigo mesmas e com os outros, favorecendo guardarem e controlarem suas emoções, descarregando as tensões no próprio corpo, o que levaria às somatizações, com maior facilidade (244).

Muitos destes enfermos caracterizaram suas infâncias como infelizes, marcadas pelos conflitos conjugais sérios e frequentes entre seus pais, e até mesmo por espancamentos por parte de pais alcoolistas. Alguns, inclusive, que perderam seus pais na infância, foram “distribuídos”, juntamente com seus irmãos, em casas de parentes ou amigos, nas quais eram considerados mais como “empregados”, sem laços afetivos. Estas

ocorrências foram salientadas por Engel (54) e de Vaul (40) em pacientes com distúrbios conversivos, relacionando as mesmas às tendências masoquistas presentes nestes pacientes, o que propiciaria experiências dolorosas contra o próprio corpo, que os levam inclusive, a sofrerem maior número de cirurgias.

Através da aplicação das escalas de Beck e de Gayral, verificamos que o distúrbio afetivo predominante entre os pacientes dos dois grupos foi a ansiedade, que, em 1/4 dos enfermos com dispepsia não ulcerosa era acompanhada por conteúdo depressivo.

A ansiedade e a depressão são os distúrbios psiquiátricos mais frequentes na prática clínica e com grande frequência são acompanhados por somatizações (121). O reconhecimento destes distúrbios em nossos pacientes é de grande importância, uma vez que o tratamento da ansiedade e depressão pode ser acompanhado por uma melhora paralela dos sintomas somáticos (155). Do ponto de vista do tratamento psicofarmacológico, nossos dados auxiliam-nos na escolha da terapêutica, mostrando-nos que as medicações de escolha podem ser os antidepressivos mais sedantes (ou ansiolíticos), como por exemplo a amitriptilina (tryptanol) na dose de 75 até 250mg ao dia.

As queixas de insônia e astenia, que frequentemente acompanham a ansiedade e depressão, e fazem parte da semiologia das neuroses, também foram observadas com maior frequência entre os pacientes com DNU em comparação ao grupo controle, e demonstraram uma tendência a serem relatadas com maior frequência também pelos pacientes com úlcera duodenal, embora esta associação não tenha atingido significado estatístico (tabela 4.29).

Pudemos observar, com facilidade, características neuróticas em muitos dos pacientes com DNU, que não apareceram tão claramente entre os pacientes com úlcera duodenal, particularmente componentes hipocondríacos e histéricos.

As características hipocondríacas destes pacientes se evidenciam quando estes assumem o "papel de doentes", procurando médicos constantemente, tanto por suas queixas dispépticas quanto pelas outras queixas que frequentemente estão associadas a estas; quando se submetem a inúmeros procedimentos diagnósticos, assim como a múltiplos tratamentos clínicos, e até mesmo cirúrgicos. Apesar de com grande frequência asso-

ciarem seus sintomas ao seu estado emocional, estes enfermos “peregrinam” de médico a médico, chegando alguns, como vimos, a buscarem consultas em lugares distantes, muitas vezes com grande sacrifício, na ânsia de encontrarem uma causa “física” para seus sintomas. Para alguns destes pacientes a doença trouxe benefícios secundários, como por exemplo o não cumprimento de obrigações ocupacionais.

A importância da repressão da agressividade e da sexualidade no desenvolvimento das neuroses e somatizações já foi enfatizada neste trabalho.

Mello Filho (144), quando escreve sobre o paciente hipocondríaco, cita vários autores, especialmente do grupo kleiniano, que focalizam a introjeção da agressividade como fator atuante na dinâmica inconsciente destes pacientes.

A análise do item “introjeção da agressividade” da Escala de Gayral demonstra que os pacientes com DNU obtiveram médias de pontos superiores às do grupo ND. No entanto, estas médias foram muito baixas, e inferiores às observadas por Cabral (21) em pacientes com artrite reumatóide e com neurose depressiva. Não é possível, portanto, justificar com nossos dados a importância da introjeção da agressividade nos dois grupos de pacientes.

Quanto à exteriorização da agressividade, através da aplicação da Escala de Gayral, pode-se observar, pela análise dos dados obtidos no item combatividade (tabelas 4.22 e 4.23), que grande parte dos pacientes com DNU e com úlcera duodenal exteriorizaram muito pouco sua agressividade, se tomarmos por base que dois dos sub-ítems mais citados por estes pacientes foram a “tensão muscular” e “guardar ressentimento e mágoa”.

Um dos aspectos mais relevantes observados neste estudo diz respeito à sexualidade destes pacientes. Os transtornos da satisfação sexual foram quase que uma constante entre as pacientes do sexo feminino com ambas as enfermidades, e foram encontrados também em muitos dos pacientes do sexo masculino com dispepsia não ulcerosa.

Sabemos que os transtornos da sexualidade estão intimamente associados aos conflitos neuróticos (questões edípicas não resolvidas), sendo fonte de tensão e de

freqüentes queixas somáticas. A importância de nossa especialidade nesta área psicossocial pode ser exemplificada até mesmo na linguagem popular: na expressão “comer” uma menina, por exemplo, notamos a correlação entre o prazer de comer e o prazer do orgasmo, assim como podemos pensar no inverso. Observa-se também que as relações do prazer oral e do prazer anal como predominantes nas atividades sexuais muitas vezes são acompanhadas de ansiedade, depressão, sentimentos de culpa e somatizações, como as citadas neste trabalho (185, 192).

Pela análise de nossos resultados, portanto, é inegável que, em uma parcela considerável dos pacientes com dispepsia não ulcerosa, e, em muitos pacientes com úlcera duodenal, se buscarmos além dos sintomas dispépticos com que estes nos procuram, encontraremos distúrbios psiquiátricos na forma de ansiedade, depressão, ou mesmo quadros neuróticos bem estabelecidos.

É imperativo que nós, clínicos, nos conscientizemos de que estes pacientes necessitam de uma relação com seus médicos que valorize estes transtornos afetivo-emocionais. O acolhimento, a capacidade de ser continente, através da escuta, para as angústias destes pacientes, e muitas vezes, o saber encaminhá-los no momento correto ao especialista, podem facilitar uma evolução mais satisfatória para estes enfermos.

Capítulo 6

Conclusões

6.1 Principais características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes com DNU

- pacientes de baixo nível sócio-econômico, com idade média de $41,2 \pm 10,9$ anos, e predomínio do sexo feminino.
- sintomas de longa duração ($6,4 \pm 6,5$ anos).
- quadro clínico heterogêneo: em 50% ou mais destes pacientes estiveram associados sintomas de epigastralgia “tipo úlcera” e/ou sintomas de esofagite de refluxo e/ou alterações do hábito intestinal.
- sintomas mais frequentes entre os pacientes com DNU:
 - plenitude pós prandial
 - intolerância a vários alimentos
 - saciedade após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos
 - flatulência
 - alívio dos sintomas após a eliminação de flatus
 - eructação

- sensação de gosto amargo na boca
- episódios de dor abdominal em cólica
- alterações de hábito intestinal, sendo a mais frequente a constipação intestinal
- comparando-se o quadro clínico destes pacientes com o dos enfermos com úlcera duodenal, estiveram significativamente mais associados à úlcera duodenal os seguintes sintomas:
 - epigastralgia
 - dor noturna (clocking)
 - emagrecimento
 - maior intensidade dos sintomas, que chegam a impedir o paciente de exercer suas atividades normais
 - antecedentes familiares de úlcera

6.2 Aspectos psico-sociais observados entre os pacientes com DNU

- Associações estatisticamente significativas
 - infância infeliz, relatada por 20,5% dos pacientes
 - dificuldades crônicas de vida, particularmente conflitos conjugais, presentes em 35,3% dos pacientes.
 - Presença de outras somatizações, como cefaléias em 71,7% das pacientes do sexo feminino, tonturas, etc.
 - Atividade sexual insatisfatória em:
 - * 68,9% das pacientes do sexo feminino (31 em 53)
 - * 53,3% dos pacientes do sexo masculino (8 em 15)
 - Astenia, presente em 50% dos pacientes

- Insônia, presente em 41,2 % dos pacientes
- Presença de distúrbios afetivos, como ansiedade e depressão
- Características neuróticas: em vários pacientes com DNU foi possível evidenciar componentes hipocondríacos e histéricos.
- Associações não significativas, do ponto de vista estatístico:
 - frequência de eventos no ano anterior à consulta
 - distúrbios psiquiátricos anteriores
 - tensão pré-menstrual, sintomas do climatério, frequência de laqueaduras
 - número médio de irmãos, ser o mais novo na seqüência de irmãos
 - morte ou separação dos pais antes dos 15 anos

6.3 Aspectos psico-sociais observados entre os pacientes com UD

Entre os pacientes com úlcera duodenal, foram observadas as seguintes associações estatisticamente significantes, quando comparados ao grupo ND:

- infância infeliz, relatada por 23,3% dos pacientes
- presença de outras somatizações, no sexo feminino
- atividade sexual insatisfatória, relatada por 66,7% das pacientes do sexo feminino
- presença de ansiedade

6.4 Parasitoses

A prevalência de parasitoses entre os pacientes com DNU foi de 11,8%, e entre os pacientes com UD foi de 20%.

6.5 Gastrite crônica

A prevalência de gastrite crônica entre os pacientes com DNU foi de 92,4% (49 pacientes em 53).

6.6 Infecção por H.pylori

A prevalência de infecção da mucosa gástrica por H. pylori foi de 75,5% dos pacientes com DNU.

6.7 Malabsorção de lactose

- Prevalência de MAL entre os pacientes com DNU:

A prevalência de MAL foi de:

- 68,3% dos pacientes caucasóides (28 de 41)
- 64,3% dos pacientes nordestinos (9 em 14)
- 83,3% dos pacientes negróides (5 em 6)

- Associação entre a história de intolerância ao leite e MAL

Histórias de intolerância ao leite estiveram presentes com frequências semelhantes tanto em pacientes com MAL quanto entre os absorvedores.

6.8 Colelitíase

5,9% (4) dos pacientes com DNU tiveram o diagnóstico ecográfico de colelitíase, e 5,9% (4) já eram colecistectomizados.

Em 10% dos pacientes com UD (3) foi evidenciada a presença de colelitíase.

Referências Bibliográficas

1. Adami, H. O.; Bergstrom, R.; Nyrén, O.; Gustavsson, S.; Loof, L. & Nyberg, A. Is duodenal ulcer really a psychosomatic disease? A population based case-control study. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22: 889-896, 1987.
2. Alexander, F. & Ross, H. *Psiquiatria Dinâmica*. 2ª ed. Buenos Aires, 1962. 474p.
3. Al-Moagel, M. A.; Evans, D. G.; Abdulghani, M. E.; Adam, E.; Malaty, H. M. & Graham, D. Y. Prevalence of *Helicobacter* (formerly *Campylobacter*) *pylori* infection in Saudi Arabia, and comparison of those with and without upper gastrointestinal symptoms. *Am. J. Gastroenterol.*, 85: 944-948, 1990.
4. Arienti, V.; Ferrentino, M.; Micaletti, E.; Baraldini, M.; Boriani, L.; Barbieri, B. & Gasbarrini, G. Studio sull'efficacia della sulpiride nella dispepsia e sulla dinamica motoria della colecisti. Prova controllata verso domperidone. *Min. Diet. Gast.*, 39: 355-359, 1987.
5. Ayres, R. C. S.; Robertson, D. A. F.; Naylor, K. & Smith, C. L. Stress and oesophageal motility in normal subjects and patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 30: 1540-1543, 1989.
6. Baker, G. H. B. Invited review psychological factors and immunity. *J. Psychos. Res.*, 31: 1-10, 1987.
7. Baratta, S.; Perego, P. & Zimmermann-Tansella, C. Transcultural differences in the perception of life events. *Acta psychiatr. scand.* 75: 509-515.
8. Barbara, L.; Camilleri, M.; Corinaldesi, R.; Crean, G. P.; Heading, R. C.; Johnson, A. G.; Malagelada, J. R.; Stanghellini, V. & Wienbeck. Definition and investigation of dyspepsia. Consensus of an international ad hoc working party. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1272-1276, 1989.
9. Barbara, L.; Biasco, G.; Capurso, L.; Dobrilla, G.; Lalli, A.; Pallone, F. & Torsoli,

- A. Effects of sucralfate and sulglycotide treatment on active gastritis and *H. pylori* colonization of the gastric mucosa in non-ulcer dyspepsia patients. *Am. J. Gastroenterol.*, 85: 1109-1113, 1990.
10. Barsky, J. A & Klerman, G. L. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. *Am. J. Psychiatry*, 140: 273-283, 1983.
11. Barsky, A. J. Investigating the psychological aspects of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 93: 902-904, 1987.
12. Bates, S.; Sjodn, P. O.; Fellenius, J. & Nyrén, O. Blocked and nonblockēd acid secretion and reported pain in ulcer, nonulcer dyspepsia, and normal subjects. *Gastroenterology*, 97: 376-383, 1989.
13. Beiguelman, B. Curso Prático de Bioestatística. Ribeirão Preto, Revista Brasileira de Genética, 1988. 224p.
14. Bekhti, A. & Rutgeerts, L. Domperidone in the treatment of functional dyspepsia in patients with delayed gastric emptying. *Post. Med. J.*, 55(supp. 1): 30-32, 1979.
15. Berstad, A. & Nesland, A. Prepyloric erosions and related changes. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20: 779-782, 1985.
16. Borody, T.; Daskalopoulos, G.; Brandi, S. & Hazell, S. Dyspeptic symptoms improve following eradication of gastric *Campylobacter pyloridis*. *Gastroenterology*, 92: 1324, 1987.
17. Bost, R.; Hostein, J.; Valenti, M.; Bonaz, B.; Payen, N.; Faure, H. & Fournet, J. Is there an abnormal fasting duodenogastric reflux in nonulcer dyspepsia? *Dig. Dis. Sci.*, 35: 193-199, 1990.
18. Blazer, D.; Hughes, D. & George, L. K. Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 144: 1178-1183, 1987.
19. Bleijenberg, G. & Fennis, J. M. F. Anamnestic and psychological features in diagnosis and prognosis of functional abdominal complaints: a prospective study. *Gut*, 30: 1076-1081, 1989.

20. Brown, C. & Rees, W. D. W. Dyspepsia in general practice. *Br. Med. J.*, 300: 829-830, 1990.
21. Cabral, M. A. A. Estudo descritivo de aspectos psico-sociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide, tratados na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1985. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas.
22. Calabrese, J. R.; Mitchel, A. K. & Gold, P. W. Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression: focus on neuroendocrine regulation. *Am. J. Psychiatry*, 144: 1123-1134, 1987.
23. Camilleri, M.; Malagelada, J. R.; Kao, P. C. & Zinsmeister, A. R. Gastric and autonomic responses to stress in functional dyspepsia. *Dig. Dis. Sci.*, 31: 1169-1177, 1986.
24. Camilleri, M. & Neri, M. Motility disorders and stress. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1777-1786, 1989
25. Camilleri, M. & Fealey, R. D. Idiopathic autonomic denervation in eight patients presenting with functional gastrointestinal disease. A causal association? *Dig. Dis. Sci.*, 35: 609-616, 1990.
26. Camilleri, M.; Malagelada, J. R.; Kao, P. C. & Zinsmeister, A. R. Effect of somatovisceral reflexes and selective dermatomal stimulation on postcibal antral pressure activity. *Am. J. Physiol.*, 247: G703-G708, 1984.
27. Cann, P. A.; Read, N. W.; Childs, H.; Kashman, R.; Swallow, K. & Weller, J. Psychological stress and the passage of a standard meal through the stomach and small intestine in man. *Gut*, 24: 236-240, 1983.
28. Chamberlain, C. E. & Peura, D. A. Campylobacter (Helicobacter) pylori. Is peptic disease a bacterial infection? *Arch. Intern. Med.*, 150: 951-955, 1990.
29. Coelho, L. G. V.; Das, S. S.; Payne, A.; Karim, Q. N.; Baron, J. H. & Walker, M. M. Campylobacter pylori in esophagus, antrum, and duodenum. A histological and

- microbiological study. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 445-448, 1989.
30. Coelho, L. G. V. C.; Passos, M. C. F. & Paula Castro, L. Dispepsia não ulcerosa: uma visão atual. In: Paula Castro, L. & Rocha, P. R. S. *Tópicos em Gastroenterologia I*. Rio de Janeiro, Ed. Médica e Científica, 1990. 71-82.
31. Cohen, H.; Gramisu, M.; Fitzgibbons, P.; Appleman, M.; Skoglund, M. & Valenzuela, J. E. *Campylobacter pylori*: associations with antral and fundic mucosal histology and diagnosis by serology in patients with upper gastrointestinal symptoms. *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 367-371, 1989.
32. Colin-Jones, D. G.; Bloom, B.; Bodemar, G.; Crean, G.; Freston, J.; Gugler, R.; Malagelada, J.; Nyrn, O.; Petersen, H. & Piper, D. Management of dyspepsia: report of a working party. *Lancet*, 1: 576-579, 1988.
33. Collen, M. J. & Loebenberg, M. J. Basal gastric acid secretion in nonulcer dyspepsia with or without duodenitis. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 246-250, 1989.
34. Corinaldesi, R.; Stanghellini, V.; Raiti, C.; Rea, E.; Salgemini, R. & Barbara, L. Effect of chronic administration of cisapride on gastric emptying of a solid meal and on dyspeptic symptoms in patients with idiopathic gastroparesis. *Gut*, 28: 300-305, 1987.
35. Craig, T. K. J. & Brown, G. W. Goal frustration and life events in the aetiology of painful gastrointestinal disorder. *J. Psychosom. Res.*, 28: 411-421, 1984.
36. Creed, F. & Guthrie, E. Psychological treatments of the irritable bowel syndrome: a review. *Gut*, 30: 1601-1609, 1989.
37. Creed, F.; Craig, T. & Farmer, R. Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. *Gut*, 29: 235-242, 1988.
38. Crook, T.; Eliot, J. Parental death during childhood and adult depression: A critical review of the literature. *Psychol. Bull.*, 2: 252-259, 1980.
39. Daruna, J. H. & Morgan, J. E. Psychosocial effects on immune function: neuroendocrine pathways. *Psychosomatics*, 31: 4-12, 1990.

40. De Vault, R. A & Faillace, L. A. Persistent pain and illness insistence. A medical profile of proneness to surgery. *Am. J. of Surgery*, 135: 828-833, 1978.
41. DiPalma, J. A. & Narvaez, R. M. Prediction of lactose malabsorption in referral patients. *Dig. Dig. Sci.*, 33: 303-307, 1988.
42. Dohrenwend, B. S.; Krasnoff, L.; Askenasy, A. R. & Dohrenwend, B. P. Exemplification of a method for scaling life events: the perilife events scale. *J. Health Soc. Behav.*, 19: 205-229, 1978.
43. Doodley, C. P. & Cohen, H. The clinical significance of *Campylobacter pylori*. *Ann. Intern. Med.*, 108: 70-79, 1988.
44. Doodley, C.P.; Cohen, H. & Blaser, M.J. Prevalence of *H.pylori* infection and histological gastritis in asymptomatic persons. *N.Engl.J.Med.*, 321:1562-1566, 1989.
45. Drossman, D. A; McKee, D.; Mitchell, M.; Cramer, E. M.; Lowman, B. C. & Burger, A. L. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 95: 701-708, 1988.
46. Edenholm, M.; Gustavsson, R.; Lingfors, H.; Nilsson, O.; Titusson, L. & Thulin, A. Endoscopic findings in patients with ulcer-like dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 163-167, 1985.
47. Eisendrath, S. J; Way, L. W; Ostroff, J. W & Johanson, C. A. Identification of psychogenic abdominal pain. *Psychosomatics*. 27: 705-712, 1986.
48. Ellard, K.; Beaurepaire, J.; Jones, M.; Piper, D. & Tennant, C. Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*, 99: 1628-1632, 1990.
49. Elta, G. H.; Murphy, R.; Behler, E.; Barnett, J. L.; Nostrant, T. T.; Kern, S. & Appelman, H. *Campylobacter pylori* in patients with dyspeptic symptoms and endoscopic evidence of erosion(s). *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 643-646, 1989.
50. Engel, G. L.; Reichsman, F. & Segal, H. L. A study of an infant with a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrochloric acid secretion. *Psychos. Med.*, 18: 374, 1956.

51. Engel, G. L. Psychogenic pain and the pain prone patient. *Am. J. Med.*, 26: 899-918, 1959.
52. Engel, G. L. Psychogenic pain and the pain prone patient. *Am. J. Med.*, 26: 899-918, 1959.
53. Engel, G. L. The clinical application of the biopsichosocial model. *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544, 1978.
54. Engel, G. L. Conversion symptoms. In: Mac Bryde, C. M. *Signs and symptoms: applied pathologic, physiologic and clinical interpretation*. 5th. ed. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1970. 650-668.
55. Engel, G. L. Psychological aspects of gastrointestinal disorders. In: Arieti, S. & Reiser, M. F. *American Handbook of Psychiatry*. 2th. ed. New York, Basic Books Inc., 1979. 653-692.
56. Escobar, J. I; Burnam, A; Karno, M; Forsythe, A & Golding, J. M. Somatization in the community. *Arch. Gen. Psychiatry* 44: 713-718, 1987.
57. Everhart, J. E.; Go, V. L. W.; Johannes, R. S.; Roth, H. P. & White, L. R. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1153-1162, 1989.
58. Ey, H.; Bernard, P. & Brisset, C. *Tratado de Psiquiatria*. 7ª ed. Barcelona, Toray-Masson, 1975. 1091p.
59. Feldman, M.; Walker, P.; Green, J. L. & Weingarden, K. Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. A multidimensional case-controlled study. *Gastroenterology*, 91: 1370-1379, 1986.
60. Feretis, C. B.; Pasis, B. J.; Apostolidu, M. T. & Golematis, B. C. Managing dyspepsia in gallstone patients. *Mt. Sinai J. Med.*, 50: 400-407, 1983.
61. Fisher, R. Gastroduodenal motility disturbances in man. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 59-68, 1985.

62. Ford, M. J.; McC Miller, P.; Eastwood, J. & Eastwood, M. A. Life events, psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. *Gut*, 28: 160-165, 1987.
63. Ford, C. V. The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27: 327-337, 1986.
64. Fox, J. A. E. T. Control of gastrointestinal motility by peptides: old peptides, new tricks. New peptides, old tricks. *Gastroenterol. Clin. N. Am.*, 18: 163-177, 1989.
65. Freud, S. Mourning and melancholia. Collected papers. London, Hogarth Press, 1917, vol. 4.
66. Freud, S. Estudos sobre a histeria. 1ª ed. Rio de Janeiro, Imago, vol. 2. 393p.
67. Friedman, G. Irritable bowel syndrome: I. A practical approach. *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 863-867, 1989.
68. Funch-Jensen, P.; Oster, M. J. & Thommesen, P. Gastro-oesophageal sphincter pressure and reflux in controls and patients with abnormal duodenal loop. *Scand. J. Gastroenterol.*, 14: 945-947, 1979.
69. Ganster, D. C. & Victor, B. The impact of social support on mental and physical health. *Br. J. Psychol.*, 61: 17-36, 1988.
70. Garma, E. Gênese psicossomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Primeira ed. Buenos Aires, Editorial Nova, 1954. 239 p.
71. Gayral, L. F. Une échelle de comportement agressif. *Ann. Med. Psychol.*, 137: 502-506, 1979.
72. Geringer, E. S & Stern, T. A. Coping with medical illness: the impact of personality types. *Psychosomatics*, 27: 251-261, 1986.
73. Gilligan, I.; Fung, L.; Piper, D. W. & Tennant, C. Life events and chronic difficulties in duodenal ulcer: a case control study. *J. Psychosom. Res.*, 31: 117-123, 1987.
74. Glavin, G. B. & Szabo, S. Dopamine in gastrointestinal disease. *Dig. Dis. Sci.*, 35: 1153-1161, 1990.

75. Goldberger, L. & Breznitz, S. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. London, Free Press, 1982. 804p.
76. Gove, W. R. & Tudor, J. F. Adult sex roles and mental illness. *Am. J. Sociol.*, 78: 812-835, 1973.
77. Graham, J. R. Nervous dyspepsia. *Med. J. Aust.*, 142: 704, 1985.
78. Gregson, D.B.; Low, D.E.; Cohen, M.M. & Simon, A.E. The prevalence of *Campylobacter pylori* gastritis among asymptomatic adults. *Can. Med. Assoc. J.*, 140: 1449-1453, 1989.
79. Guslandi, M.; Ballarin, E. & Tittobello, A. Deranged gastric mucus secretion in erosive prepyloric changes. *Scand. J. Gastroenterol.*, 24: 904-906, 1989.
80. Gustavson, S.; Bates, S. & Nyrén, O. Definition and discussion of nomenclature. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl.109):11-13, 1985.
81. Haderstofer, B.; Whitehead, W. E. & Schuster, M. M. Intestinal gas production from bacterial fermentation of undigested carbohydrate in irritable bowel syndrome. *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 375-378, 1989.
82. Hernandez, D. E. Neurobiology of brain-gut interactions. Implications for ulcer disease. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1809-1816, 1989.
83. Hinkle, L. E. Echological observations of the relations of physical illness, mental illness and the social environment. *Psychos. Med.*, 23: 298, 1967.
84. Hojgaard, L.; Matzen, P. & Christoffersen, P. Gastritis-A clinical entity? *Scand. J. Gastroenterol.*, 22(suppl. 128): 90-93, 1987.
85. Holmes, T. H. & Rahe, R. H. The social readjustment rating scale. *J. Psychos. Res.*, 11: 213-218, 1967.
86. Holtmann, G.; Singer, M. V.; Kriebel, R.; Stacker, K. H. & Goebell, H. Differential effects of acute mental stress on interdigestive secretion of gastric acid, pancreatic enzymes, and gastroduodenal motility. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1701-1707, 1989.

87. Holzbach, R. T. Pathogenesis and medical treatment of gallstones. In: Sleisenger, M. H. & Fordtran, J. S. *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 3th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1983.
88. Hughes, K.; Robertson, D. A. R. & James, W. B. Duodeno-gastric reflux in normal and dyspeptic subjects. *Clin. Rad.*, 33: 461-466, 1982.
89. Jenkins, C. D.; Hurst, M. W. & Rose, R. M. Life changes. Do people really remember? *Arch. Gen. Psychiatry*, 36: 379-384, 1979.
90. Jess, P.; Von der Lieth, L.; Matzen, P.; Krag, E.; Hojgaard, L.; Christiansen, P. M. & Bonnevie, O. The personality pattern of duodenal ulcer patients in relation to spontaneous ulcer healing and relapse. *J. Int. Med.*, 226: 395-400, 1989.
91. Jian, R.; Ducrot, F.; Ruskone, A.; Chaussade, S.; Rambaud, J. C.; Modigliani, R.; Rain, J. D. & Bernier, J. J. Symptomatic, radionuclide and therapeutic assessment of chronic idiopathic dyspepsia. A double-blind placebo-controlled evaluation of cisapride. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 657-664, 1989.
92. Johannessen, T.; Fiosne, U.; Kleveland, P. M.; Kristensen, P.; Hafstad, P. E.; Sandbakken, P. & Petersen, H. Cimetidine responders in non-ulcer dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 23: 327-336, 1988.
93. Johnsen, R.; Bernersen, B.; Straume, B.; Forde, O. H.; Bostad, L. & Burhol, P. G. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *Br. Med. J.*, 302: 749-752, 1991.
94. Jones, R. Dyspeptic symptoms in the community. *Gut*, 30: 893-898, 1989.
95. Jones, R. H.; Lydeard, S. E.; Hobbs, F. D. R.; Kenkre, J. E.; Williams, E. I.; Jones, S. J.; Repper, J. A.; Caldow, J. L.; Dunwoodie, W. M. B. & Bottomley, J. M. Dyspepsia in England and Scotland. *Gut*, 31: 401-405, 1990.
96. Jorgensen, L. S.; Bonlokke, L. & Wamberg, P. Non-ulcer upper dyspepsia, Aspects of pain. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20: 46-50, 1985.
97. Jorgensen, L. S.; Bonlokke, L. & Christensen, N. J. Life strain, life events, and

- autonomic response to a psychological stressor in patients with chronic upper abdominal pain. *Scand. J. Gastroenterol.*, 21: 605-613, 1986.
98. Kairaluoma, M. I.; Hentilae, R.; Alavaikko, M.; Kellosalo, J.; Olsen, M.; Jaervensivu, P. & Laitinen, S. Sucralfate versus placebo in treatment of non-ulcer dyspepsia. *Am. J. Med.*, 83(suppl. 3B): 51-55, 1987.
99. Kang, J. Y.; Tay, H. H.; Wee, A.; Guan, R.; Math, M. V. & Yap, I. Effect of colloidal bismuth subcitrate on symptoms and gastric histology in non-ulcer dyspepsia. A double blind placebo controlled study. *Gut*, 31: 476-480, 1990.
100. Kaplan, H. I. Psychological factors affecting physical conditions (Psychosomatic Disorders). In: Kaplan, H. I.; Freedman, A. M.; Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3th. ed. London, Williams & Wilkins, 1980. vol. 2. 1843-1852
101. Karvonen, A. L.; Sipponen, P.; Lehtola, J. & Ruokonen, A. *Scand. J. Gastroenterol.*, 18: 1051-1056, 1983.
102. Kekki, M.; Siurala, M.; Varis, K.; Sipponen, P.; Nevanlinna, H. R. Classification principles and genetics of chronic gastritis. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22(suppl. 141): 1-28, 1987.
103. Kelbek, H.; Linde, J.; Eriksen, J.; Moesgaard, F. & Bonnevie, O. Controlled clinical trial of treatment with cimetidine for non-ulcer dyspepsia. *Acta Med. Scand.*, 217: 281-287, 1985.
104. Kerlin, P. Postprandial antral hypomotility in patients with idiopathic nausea and vomiting. *Gut*, 30: 54-59, 1989.
105. Kessler, R. C. & McLeod, J. Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *Am. Soc. Rev.*, 49: 620-631, 1984.
106. Kessler, R. C. Stress, social status, and psychological distress. *J. Health Soc. Behav.*, 20: 259-272, 1979.
107. Kessler, R. C. & Cleary, P. D. Social class and psychological distress. *Am. Soc. Rev.*, 45: 463-478, 1980.

108. Knapp, P. H. Current theoretical concepts in Psychosocial Medicine. In: Kaplan, H. I.; Freedman, A. M.; Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3th. ed. London, Williams & Wilkins, 1980. vol. 2, 1843-1852.
109. Krause, N. & Markides, K. S. Employment and psychological well-being in mexican american women. *J. Health soc. Behav.*, 26: 15-26, 1985.
110. Koch, H. K.; Baumert, B.; Koch, U.; Oehlert, M. & Oehlert, W. Prevalence of *Campylobacter pylori* as demonstrated by histology or CLO-test in different types of gastritis. A study in 5 clinically predefined groups of patients. *Path, Res. Pract.*, 186: 154-158, 1990.
111. Kreuning, J.; Bosman, F.T. & Kuiper, G. Gastric and duodenal mucosa in healthy individuals. An endoscopic and histopathological study of 50 volunteers. *J. Clin. Pathology*, 31: 69. 1978..
112. Lance, P.; Gibson-Glub, S.; Gazzard, J. A. & Gazzard, B. G. Chronic dyspepsia pain in general practice: its causes and diagnosis. *Post. Med. J.*, 61: 411-413, 1985.
113. Lazare, A. Current concepts in psychiatry: Conversion symptoms. *N. En gl. J. Med.*, 305: 745-748, 1981.
114. Lazzarus, R. S. Psychological stress and coping in adaptation and illness. In: Goldberger, L. & Breznitz, S. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. London, Free Press, 1982. 14-26.
115. Lemann. M.; Dederding, J. P.; Flouri, B.; Franchisseur, C. & Rambaud, J. C. Abnormal sensory perception to gastric distension in patients with chronic idiopathic dyspepsia. The irritable stomach. *Gastroenterology*, 96: A294, 1989.
116. Lennard-Jones, J. E. Functional gastrointestinal disorders. *N. Engl. J. Med.*, 308: 431-435, 1983.
117. Lerner, H. *Mulheres em terapia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. 248p.
118. Lessof, M. H. Food intolerance. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 117-121, 1985.

119. Levi, L. Society, Brain and Gut. A psychosocial approach to dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22(suppl. 128): 120-127, 1987.
120. Lipowsky, Z. J.; Lipsitt, D. R. & Whybrow, P. C. Psychosomatic Medicine. Current trends and clinical applications. New York, Oxford University Press, 1977. 625p.
121. Lipowski, Z. J. Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Can Med Assoc J* 135: 609-615, 1986.
122. Lipowski, Z. J. Somatization and Depression. *Psychosomatics* 31: 13-21, 1990.
123. Lisker, R.; Solomons, N. W.; Briceo, R. P. & Mata, M. R. Lactase and placebo in the management of the irritable bowel syndrome: a double-blind, cross-over study. *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 756-762, 1989.
124. Ljungberg, L. Hysteria, a clinical, prognostic and genetic study. *Acta Psychiatr. Neurol. Scand.*, 112(suppl.): 1-62, 1957.
125. Lloret, F.; Angulo, J. F. P.; Extremera, B. G.; Plasencia, A. C. & Yaez, A. P. Prevalencia de gastritis crónica antral en la dispepsia no ulcerosa (dispepsia nerviosa). *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 59: 335-342, 1981.
126. Loffeld, R. J. L. F.; Potters, H. V. J. P.; Stobberingh, E.; Spreeuwel, J. P. & Arends, J. W. Campylobacter associated gastritis in patients with non ulcer dyspepsia: a doubleblind placebo controlled trial with colloidal bismuth subcitrate. *Gut*, 30: 1206-1212, 1989.
127. Longstreth, G. F.; Preskill, D. B. & Youkeles, L. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation to gynecologic features and outcome. *Dig. Dis. Sci.*, 35: 1285-1290, 1990.
128. Maaros, H. I.; Kekki, M.; Villako, K.; Sipponen, P.; Tamm, A. & Sadeniemi, L. The occurrence and extent of Helicobacter pylori colonization and antral and body gastritis profiles in an estonian population sample. *Scand. J. Gastroenterol.*, 25: 1010-1017, 1990.

129. Mac Lean, P. D. Psychosomatic disease and the visceral brain. Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychos. Med.*, 11: 338, 1949.
130. Magalhães, A.F.N. Manual de Terapêutica em Gastroenterologia. São Paulo, Editora Rocca, 1990. 217 p.
131. Magni, G.; Salmi, A.; Paterlini, A. & Merlo, A. Psychological distress in duodenal ulcer and acute gastroduodenitis. A controlled study. *Dig. Dis. Sciences*, 27: 1081-1084, 1982.
132. Magni, G.; Di Mario, F.; Rizzardo, R.; Pulin, S. & Naccarato, R. Personality profiles of patients with duodenal ulcer. *Am. J. Psychiatry*, 143: 1297-1300, 1986.
133. Magni, G.; Di Mario, F.; Aggio, L. & Borgherini, G. Psychosomatic factors and peptic ulcer disease. *Hepato-gastroenterol.*, 33: 131-137, 1986.
134. Magni, G.; Bernasconi, G. & di Mario, F. Psychiatric disturbances in patients with dyspepsia of unknown cause. *Lancet*, 1: 1395, 1987.
135. Magni, G.; di Mario, F.; Bernasconi, G. & Mastropaolo, G. DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause. *Am. J. Psychiatry*, 144: 1222-1223, 1987.
136. Malagelada, J. R. & Stanghellini, V. Manometric evaluation of functional upper gut symptoms. *Gastroenterology*, 88: 1223-1231, 1985.
137. Manning, A. P.; Thompson, W. G. & Heaton, K. W. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br. Med. J.*, 2: 653-654, 1978.
138. Marty, P. & M'Uzan. La pensée opératoire. *Rev. Fr. Psychoanal.* 27: 1345-1354, 1963.
139. Matos, E. G.; Piedrabuena, A. E. & Karniol, I. Sintomatologia depressiva em pacientes alcoólatras internados. *J. Bras. Psiq.*, 33: 123-126,
140. Mayer-Gross, W.; Slater, E. & Roth, M. Psiquiatria Clínica. São Paulo, Edit. Mestre, 1972.
141. McIntosh, J. H.; Nasiry, R. W.; Coates, C.; Mitchell, H. & Piper, D. W. Perception

- of life event stress in patients with chronic duodenal ulcer. A comparison of the rating of life events by duodenal ulcer patients and community controls. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20: 563-568, 1985.
142. McKinlay, A. W; Upadhyay, R.; Gemmell, C. G. & Russel, R. I. Helicobacter pylori: bridging the credibility gap. *Gut*, 31: 940-945, 1990.
143. Mearin, F.; Cucala, M.; Azpiroz, F.; & Malagelada, J. R. Origin of gastric symptoms in functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 96: A337, 1989.
144. Mello Filho, J. Concepção Psicossomática: Visão atual. 4ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1986. 215p.
145. Miller, P. M. & Ingham, J. Dimensions of experience and symptomatology. *J. Psychos. Res.*, 29: 475-488, 1985.
146. Miller, P. M.; Ingham, J. G.; Kreitman, N. B.; Surtees, P. G. & Sashidharan, S. P. Life events and other factors implicated in onset and in remission of psychiatric illness in women. *J. Affect. Dis.*, 12: 73-88, 1987.
147. Minami, H. & McCallum, R. W. The physiology and pathophysiology of gastric emptying in humans. *Gastroenterology*, 86: 1592-1610, 1984.
148. Neill, J. R & Sandifer, M. G. The clinical approach to alexithymia: a review. *Psychosomatics*, 23: 1223-1231, 1982.
149. Nesland, A. & Berstad, A. Erosive prepyloric changes in persons with and without dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20: 222-228, 1985.
150. Nesland, A.; Oktedalen, O.; Opstad, P. K. ; Hanssen, A.; Aase, S & Berstad, A. Erosive prepyloric changes: a manifestation of stress? *Scand. J. Gastroenterol.*, 24: 522-528, 1989.
151. Newmann, J. P. Gender, life strains, and depression. *J. Health Soc. Behav.*, 27: 161-178, 1986.
152. Nyrén, O.; Gustavsson, S.; Adami, H. O. & Loof, L. Methodological aspects of

- clinical trials in non-ulcer dyspepsia with special reference to selectional factors. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 159-162, 1985.
153. Nyrén, O.; Adami, H. O.; Bergstrom, R.; Gustavsson, S.; Loof, L. & Lundqvist, G. Basal and food-stimulated levels of gastrin and pancreatic polypeptide in non-ulcer dyspepsia and duodenal ulcer. *Scand. J. Gastroenterol.*, 21: 471-477, 1986.
154. Nunes, E. D. Os eventos de vida: uma revisão. *J. bras. Psiq.*, 32: 31-40, 1983.
155. Noyes, R.; Cook, B.; Garvey, M. & Summers, R. Reduction of gastrointestinal symptoms following treatment for panic disorder. *Psychosomatics*, 31: 75-79, 1990.
156. O'Brien, J. D.; Thompson, D. G.; Burnham, W. R.; Holly, J. & Walker, E. Action of centrally mediated autonomic stimulation on human upper gastrointestinal transit: a comparative study of two stimuli. *Gut*, 28: 960-969, 1987.
157. O'Brien, J. D.; Thompson, D. G.; Day, S. J.; Burnham, W. R. & Walker, E. Perturbation of upper gastrointestinal transit and antroduodenal motility by experimentally applied stress: the role of beta-adrenoreceptor mediated pathways. *Gut*, 30: 1530-1539, 1989.
158. O'Neil, M. K.; Lancee, W. J. & Freeman, J. J. Loss and depression. A controversial link. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175: 354-357, 1987.
159. Paiva, L. M. Gastroenterologia Psicossomática. In: Paiva, L. M. *Medicina Psicossomática*. S. Paulo, Livraria Editora Artes Médicas, 1966. parte VI, 267-292.
160. Pearlin, L. I. The social contexts of stress. In: Goldberger, L. & Breznitz, S. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. London, Free Press, 1982. 367-379.
161. Pearlin, L. I. & Schooler, C. The structure of coping. *J. Health Soc. Behav.*, 19: 2-21, 1978.
162. Perestrello, D. A Medicina da Pessoa. 2ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974. 244p.
163. Persson, G.; Sloth, M. & Thulin, A. Evaluation of anamnestic data in patients

referred for cholecystography. *Scand. J. Gastroenterol.*, 24: 550-556, 1989.

164. Petersen, H.; Larsen, S.; Sandvik, L.; Kleverland, P. M.; Loge, I.; Sandbakken, P.; Kristensen, P.; Johannessen, T. & Fjosne, U. Controlled trials in gastrodyspepsia: a methodological aspect. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 153-158, 1985.

165. Pilowsky, I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics* 31: 207-213, 1990.

166. Piper, D. W.; McIntosh, J. H.; Ariotti, D. E.; Caloguri, J. V. & Shy, C. M. Life events and chronic duodenal ulcer: a case control study. *Gut*, 22: 1011-1017, 1981.

167. Plasencia, C.; Lloret, A. M. F.; Angulo, P.; Cachaza, A.; Padilla, M. & Blanco, P. Dispepsia no ulcerosa (DNU) y gastritis crónica antral (GCA). *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 62: 475-480, 1982.

168. Pontes, J. F.; Rodrigues, D. A.; Pardini, F.; Freitas, J. A. & Magalhães, M. B. C. Medicina Sociopsicossomática em Gastroenterologia. In: Dani, R. & Paula Castro, L. *Gastroenterologia Clínica*, 2 ed.. Rio de Janeiro, Edit. Guanabara, 1988. vol. 2, 1507-1535.

169. Price, W. H. *Br. Med. J.*, 2: 138-141, 1963.

170. Queiroz, D. M. M.; Barbosa, A. J. A.; Mendes, E. N.; Rocha, G. A.; Cisalpino, E. O.; Lima, G. F. & Oliveira, C. A. Distribution of *Campylobacter pylori* and gastritis with and without duodenal ulcer. *Am. J. Gastroenterol.*, 83: 1368-1370.

171. Ramirez-Ramos, A.; Leon-Barua, R.; Gilman, R. H.; Recavarren, A. S.; Watanabe-Yamamoto & J. Klinge, C. *Helicobacter pylori* and gastritis in peruvians patients: Relationship to socioeconomic level, age, and sex. *Am. J. Gastroenterol.*, 85: 819-823, 1990.

172. Raskin, M.; Talbot, J. A. & Meyerson, A. T. Diagnosed conversion reactions predictive value of psychiatric criteria. *JAMA*, 197: 530-534, 1966.

173. Raws, E. A. J.; Zaner, H.C. & Tytgat, N.J. *Campylobacter pyloridis*-associated chronic active antral gastritis. *Gastroenterology*, 94: 33-40, 1988.

174. Read, N. W. & Houghton, L. A. Physiology of gastric emptying and pathophysiology of gastroparesis. *Gastroenterol. Clin. N. Am.*, 18: 358-371, 1989.
175. Rees, W. D. W.; Miller, L. J. & Malagelada, J. R. Dyspepsia, antral motor dysfunction, and gastric stasis of solids. *Gastroenterology*, 78: 360-365, 1980.
176. Reiser, M. F. Changing theoretical concepts in psychosomatic medicine. In: Arieti, S. & Reiser, M. F. *American Handbook of Psychiatry*. 2th. ed. New York, Basic Books Inc., 1979. 477-500.
177. Reynolds, J. C. Prokinetic agents: a key in the future of gastroenterology. *Gastroenterol. Clin. N. Am.*, 18: 437-457, 1989.
178. Rokkas, T.; Pursey, C.; Uzoechina, E.; Dorrington, L.; Simmons, N. A.; Filipe, M. I.; Sladen, G. E. Campylobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol.*, 82: 1149-1152, 1987.
179. Rokkas, T.; Pursey, C.; Uzoechina, E.; Dorrington, L.; Filipe, M. I. & Slader, G. E. Non-ulcer dyspepsia and short term De-nol therapy: a placebo controlled trial with particular reference to the role of Campylobacter pylori. *Gut*, 29: 1386-1391, 1988.
180. Rosado, J. L.; Allen, L. H. & Solomons, N. W. Milk consumption, symptoms response, and lactose digestion in milk intolerance. *Am. J. Clin. Nutr.*, 45: 1457-1460, 1987.
181. Roy-Byrne, P.; Geraci, M. & Uhde, T. W. Life events obtained via interview: the effect of time of recall on data obtained in controls and patients with panic disorder. *J. Affect. Dis.*, 12: 57-62, 1987.
182. Rumessen, J. J. & Gudmand-Hoyer, E. Functional bowel disease: Malabsorption and abdominal distress after ingestion of fructose, sorbitol, and fructose-sorbitol mixtures. *Gastroenterology*, 95: 694-700, 1988.
183. Sandler, R. S.; Drossman, D. A.; Nathan, H. P. & McKee, D. C. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*, 87: 314-318, 1984.

184. Schnell, G. A. & Schubert, T. Usefulness of culture, Histology, and urease testing in the detection of *Campylobacter pylori*. *Am. J. Gastroenterol.*, 84: 133-137, 1989.
185. Schreiner-Engel, P. & Schiavi, R. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174: 646-651, 1986.
186. Schuster, M. M. Irritable bowel syndrome. In: Sleisenger, M. H. & Fordtran, J. S. *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 3th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1983. 880-895.
187. Schuurkes, J. A. & Van Nueten, J. M. Control of gastroduodenal coordination: Dopaminergic and cholinergic pathways. *Scand. J. Gastroenterol.*, 19(suppl. 92): 8-12, 1984.
188. Selye, H. History and present status of the stress concept. In: Goldberger, L. & Breznitz, S. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. London, Free Press, 1982. 7-17.
189. Sevá-Pereira, A; Polis, I. R. & Garlipp, C. R. World Congress of Gastroenterology, S. Paulo, 1986.
190. Sevá-Pereira, A. Malabsorção de lactose do adulto em uma população brasileira. Campinas, 1981. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.
191. Sifneos, P. E. The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychoth. Psychosom.*, 22: 255-262, 1973.
192. Silva, A. M. C.; Martins, C. C.; Wanderley, M. C.; Sesto, M. I. B. & Rocha, M. T. N. Introdução ao estudo da sexualidade feminina. *J. Bras. psiq.*, 31: 315-324, 1982.
193. Sipponen, P.; Varis, K.; Korri, U. M.; Seppala, K. & Siurala, M. Cumulative 10-year risk of symptomatic duodenal and gastric ulcer in patients with and without chronic gastritis. A clinical follow-up of 454 outpatients. *Scand. J. Gastroenterol.*, 25: 966-973, 1990. 152.
194. Siurala, M.; Sipponen, P. & Kekki, M. Chronic gastritis: dynamic and clinical aspects. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20 (suppl. 109): 69-76, 1985

195. Sjodin, I. & Svedlund, J. Psychological aspects of non-ulcer dyspepsia: a psychosomatic view focusing on a comparison between the irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl): 51-58, 1985.
196. Skoubo-Kristensen, E.; Funch-Jensen, P., Kruse, A.; Hanberg-Sorensen, F. & Amdrup, E. Controlled clinical trial with sucralfate in the treatment of macroscopic gastritis. *Scand. J. Gastroenterol.*, 24: 716-720, 1989.
197. Sloth, H. & Jorgensen, L. S. Predictors for the course of chronic non-organic upper abdominal pain. *Scand. J. Gastroenterol.*, 24: 440-444, 1989.
198. Smith, G. R.; Monson, R. A & Ray, D. C. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N. Engl. J. Med.*, 314: 1407-1413, 1986.
199. Smith, R. C.; Greenbaum, D. S.; Vancouver, J. B.; Dean, H. A. & Mayle, J. E. Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 98: 293-301, 1990.
200. Soll, A. H. & Isenberg, J. I. Duodenal ulcer diseases. In: Sleisenger, M. H. & Fordtran, J. S. *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 3th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1983. 634-635.
201. Sonnenberg, A & Koch, T. R. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 606-611, 1989.
202. Sparvoli, A. C. Malabsorção de lactose do adulto em uma população nordestina. Campinas, 1989. Tese de mestrado. Universidade Estadual de Campinas.
203. Stanghellini, V.; Malagelada, J. R.; Zinsmeister, A. R.; Go, V. L. W. & Kao, P. C. Stress-induced gastroduodenal motor disturbances in humans: possible humoral mechanisms. *Gastroenterology*, 85: 83-91, 1983.
204. Sternbach, R. A. Psychophysiology of pain. In: Lipowsky, Z. J.; Lipsitt, D. R. & Whybrow, P. C. *Psychosomatic Medicine. Current trends and clinical applications*. New York, Oxford University Press, 1977. 355-365.
205. Stoddard, C. J.; Smallwood, R. H. & Duthie, H. L. Electrical arrhythmias in the

human stomach. *Gut*, 22: 705-712, 1981.

206. Surtees, P. G.; Miller, P. M.; Kreitmn, N. B.; Rennie, D. & Sashidharan, S. P. Life events and the onset of affective disorder. A longitudinal general population study. *J. Affect. Dis.*, 10: 37-50, 1986.

207. Svedlund, J.; Ottosson, J-O.; Sjodin, I. & Dotevall, G. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2: 589-592, 1983.

208. Svedlund, J. & Sjodin, I. A psychosomatic approach to treatment in the irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease with aspects of the design of clinical trials. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20: (suppl. 109): 147-151, 1985.

209. Swartz, M; Landerman, R; Blazer, D & George, L. Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics*, 30: 44-53, 1989.

210. Tach, Y.; Garrick, T. & Raybould, H. Central nervous system action of peptides to influence gastrointestinal motor function. *Gastroenterology*, 98: 517-528, 1990.

211. Talley, N. J.; Fung, L. H.; Gilligan, I. J.; Mc. Neil, D. & Piper, D. W. Association of anxiety, neuroticism, and depression with dyspepsia of unknown cause. A case-control study. *Gastroenterology*, 90: 886-92, 1986.

212. Talley, N. J. & Piper, D. W. A prospective study of social factors and major life event stress in patients with dyspepsia of unknown cause. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22: 268-272, 1987.

213. Talley, N. J.; Jones, M. & Piper, D. W. Psychosocial and childhood factors in essential dyspepsia. A case-control study. *Scand. J. Gastroenterol.*, 23: 341-346, 1988.

214. Talley, N. J.; Ellard, K.; Jones, M.; Tennant, C. & Piper, D. W. Suppression of emotions in essential dyspepsia and chronic duodenal ulcer. A case-control study. *Scand. J. Gastroenterol.*, 23: 337-340, 1988.

215. Talley, N. J. & Piper, D. W. Major life event stress and dyspepsia of unknown cause: a case-control study. *Gut*, 27: 127-34, 1986.

216. Talley, N. J.; Phillips, S. F.; Bruce, B. ; Twomey, C. K.; Zinsmeister, A. R. & Melton III, L. J. Relation among personality and symptoms in non ulcer dyspepsia and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 99: 327-333, 1990.
217. Talley, N. Dyspepsia and non-ulcer dyspepsia: an historical perspective. *Med. J. Aust.*, 145: 614-618, 1986.
218. Talley, N. J.; Phillips, S. F.; Melton, L. J.; Wiltgen, C. & Zinsmeister, A. R. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut*, 31: 77-81, 1990.
219. Testoni, P. A.; Bagnolo, F.; Fanti, L.; Passaretti, S. & Tittobell, A. Longterm oral cisapride improves interdigestive antroduodenal motility in dyspeptic patients. *Gut*, 31: 286-290, 1990.
220. Thoits, P. Gender and marital status differences in control and distress: Common stress versus unique stress explanations. *J. Health Soc. Behav.*, 28: 7-22, 1987.
221. Thoits, P. Multiple identities: examining gender and marital status differences in distress. *Am. Soc. Rev.*, 51: 259-272, 1986.
222. Thommesen, P.; Funch-Jensen, P; Oster, M. J. & Lovgren, N. A. Abnormal duodenal loop demonstrated by X-ray. Correlation to symptoms of dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 15: 1001-1005, 1980.
223. Thommesen, P. & Funch-Jensen. Abnormal duodenal loop demonstrated by X-ray. Correlation to symptoms and prognosis of dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 21: 114-118, 1986.
224. Thompson, D. G.; Richelson, E. & Malagelada, J. R. Perturbation of gastric emptying and duodenal motility through the central nervous system. *Gastroenterology*, 83: 1200-1206, 1982.
225. Tibblin, G. Introduction to the epidemiology of dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 29-33, 1985
226. Trevisan, M. A. S.; Magalhães, A. F. N. & Brandalise, N. A. Mucosa gástrica e

duodenal em pacientes com dispepsia. *Rev. Paul. Med.*, 89: 16-20, 1977.

227. Turnbull, G. K.; Thompson, D. G.; Day, S.; Martin, J.; Walker, E. & Lennard-Jones, J. E. Relations between symptoms, menstrual cycle and oro-caecal transit in normal and constipated women. *Gut*, 30: 30-34, 1989.

228. Valori, R. M.; Kumar, D. & Wingate, D. L. Effects of different types of stress and of "prokinetic" drugs on the control of the fasting motor complex in humans. *Gastroenterology*, 90: 1890-1900, 1986.

229. Wald, A.; Hinds, J. P. & Cañuana, B. J. Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology*, 97: 932-937, 1989.

230. Walker, P.; Luther, J.; Samloff, I. M. & Feldman, M. Life events stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. Relationships with serum pepsinogen concentrations and behavioral risks factors. *Gastroenterology*, 94: 323-330, 1988.

231. Walker, S. J.; Birch, P. J.; Stewart, M.; Stoddard, C. J.; Hart, C. A. & Day, D. W. Patterns of colonisation of *Campylobacter pylori* in the oesophagus, stomach and duodenum. *Gut*, 30: 1334-1338, 1989.

232. Warr, P. & Parry, G. Paid employment and women's psychological well-being. *Psychol. Bull.*, 91: 498-516, 1982.

233. Warren, J. R.; Marshall, J. B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in a active chronic gastritis. *Lancet*, 1: 1273-1275, 1983.

234. Watson, R. G. P.; Younge, R. J.; Lewis, S. A & Love, A. H. G. Psychological aspects of flatulent dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22: 821-826, 1987.

235. Watson, R. G. P. & Love, A. H. G. Gastric emptying in patients with flatulent dyspepsia, with and without gallbladder disease. *Scand. J. Gastroenterol.*, 22: 47-53, 1987.

236. Wegener, M.; Borch, G. & Mai, U. Does gastric *Campylobacter pylori* colonization cause delay on gastric emptying in nonulcer dyspepsia? *Gastroenterology*, 94: A490,

1989.

237. Weiner, H.; Thaler, M.; Reiser, M. F. & Mirsky, I. A. Etiology of duodenal ulcer. I. Relation of specific psychologic characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosom. Med.*, 19: 1, 1957.

238. Weissman, M. M. & Klerman, G. L. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34: 98-111, 1977.

239. Whitehead, W. E.; Crowell, M. D.; Costa, P. T.; Robinson, C.; Heller, B. R. & Schuster, M. M. Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. *Gastroenterology*, 98: 336-340, 1990.

240. Whitehead, W. E.; Bosmajian, L.; Zonderman, A. B.; Costa, P. T. & Schuster, M. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinical samples. *Gastroenterology*, 95: 709-714, 1988.

241. Whorwell, P. J.; Prior, A.; Faragher, E. B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of several refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2: 1232-1234, 1984.

242. Wienbeck, M. & Berges, W. Esophageal disorders in the etiology and pathophysiology of dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*, 20(suppl. 109): 133-137, 1985.

243. Whitehead, R. Mucosal Biopsy of the Gastrointestinal Tract, Vol.3. In: *Major Problems in Pathology*, 3rd edition. W. B. Sanders Company, Philadelphia, 1985.

244. Winnicott, D.W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975. 203p.

245. Wolf, S. The psyche and the stomach. A historical vignette. *Gastroenterology*, 80: 605-614, 1981.

246. Ziegler, F. J.; Imboden, J. B. & Meyer, E. H. Contemporary conversion reaction. A clinical study. *Am. J. Psychiatry*, 116: 901-910, 1960.

Anexo I

Alguns resumos de dados das histórias de vida dos pacientes com DNU

J.S.S. paciente 2, sexo masc., 70 anos

Teve 3 uniões conjugais: a primeira esposa teve doença grave, ficou “prostrada” por 11 meses. Conta que nesta época chegou a pensar em suicídio, mas recorria à Bíblia. Viveu 2 anos com uma outra companheira, e com a atual esposa há 38 anos. Queixa-se muito sobre a frigidez da esposa, que se recusa ao ato sexual. Até recentemente sustentava uma amante, mas teve que abandoná-la, por dificuldades financeiras em manter duas casas.

Conta que atualmente vem tendo problemas de relacionamento no trabalho: “Vivo irritado a ponto de explodir!”, mas como é muito religioso, tenta “recorrer a Deus”.

O paciente citou várias vezes o nome de Deus durante a entrevista, afirmando conformar-se mais facilmente às agruras da vida devido à sua crença, e terminou a entrevista citando vários salmos da Bíblia.

A.N.D. paciente 3, sexo fem., 48 anos

Paciente cita por várias vezes, durante a entrevista, uma internação hospitalar há 4 meses, com quadro septicêmico grave de causa ignorada. Passa por dificuldades financeiras.

Casada há 30 anos, atualmente não sente prazer sexual. Sente-se infeliz, tem chorado muito e se magoa facilmente.

J.A.A. paciente 4, sexo masc., 40 anos

É muito preocupado com sua situação financeira, principalmente depois que perdeu tudo o que tinha, enganado por um sócio. Trabalha inclusive aos domingos.

Refere bom relacionamento conjugal, mas queixa-se que a esposa é frígida e muitas vezes se nega ao ato sexual.

A.R. paciente 5, sexo masc., 37 anos

Ao primeiro contacto, mostrou-se bastante agressivo e desconfiado: "Já enjoei de procurar médicos!"

Quando, após a entrevista, foram solicitados os exames subsidiários, expressou-se: "Devo ter alguma doença muito grave para que me peçam tantos exames!".

Perdeu o pai quando tinha 9 anos, e como era o irmão mais velho, logo tornou-se o responsável pela casa, em que vivia com sua mãe e dois irmãos. Há três anos, seu irmão, a quem era muito ligado, morreu em um acidente (o paciente chora quando comenta este fato).

Nenhum dos três irmãos chegou a casar-se, e sua irmã, com 26 anos, nunca teve namorados.

O paciente conta que teve apenas duas namoradas, e que nunca manteve relacionamentos sexuais.

Durante toda a entrevista cita várias vezes sua mãe, que diz ser muito nervosa e apegada a ele, e que não quer que este se case.

Antecedendo o início de seus sintomas dispépticos, o paciente relata ter vivido uma situação de grande angústia e conflito, quando quis deixar a namorada, já que não tinha intenções de casar-se, e esta tentou o suicídio. Sobre sua decisão de não casar-se, diz: "Não quero abandonar minha mãe", "Tenho muito medo de ter uma doença grave, como meu pai, e deixar minha mulher sozinha, como aconteceu com minha mãe".

A respeito de sua virgindade, diz: “Os amigos me convidam para sair, mas tenho muita vergonha que minha mãe descubra que estive com mulher da vida”.

Está satisfeito com seu trabalho: “Enquanto trabalho me sinto bem, quando paro vem a tristeza”.

Quando fica nervoso, tem a sensação de que “o corpo cresce”. Sente muito medo de morrer e deixar sua mãe desamparada.

I.S.C. paciente 6, sexo fem., 40 anos

Diz ser muito nervosa, chegando a ter “crises de nervos, quando o corpo encolhe, fica travada, não consegue andar”. Acha que a culpa de seu nervosismo é não desabafar todos os desgostos pelos quais já passou.

Há 12 anos perdeu uma filha com 2 anos de idade, provavelmente com leucemia, tendo que se submeter a tratamento psiquiátrico nesta época.

Há 10 anos separou-se do primeiro marido, que era alcoólatra.

Atualmente vive com um segundo companheiro, há 6 anos, mas não se sente feliz, “acha a vida sempre igual”.

Conta que, desde seu primeiro casamento, “vive no médico”.

M.P.S. paciente 7, sexo fem., 49 anos

Esta paciente foi posteriormente avaliada no ambulatório de psiquiatria. e recebeu o diagnóstico de neurose de ansiedade.

Diz ser muito nervosa, guarda muita mágoa, porque não tem coragem de falar muitas coisas que gostaria. Atualmente sente-se mais nervosa, por problemas no trabalho, sentindo-se injustiçada por não ter recebido a promoção esperada.

Desde a morte da mãe, há três anos, sente muito medo de ficar sozinha em casa, e mesmo de andar sozinha, contando que, apesar de todos os dias tomar o mesmo ônibus para o trabalho, é incapaz de reconhecer o ponto em que deve descer, mostrando-se, inclusive, preocupada, durante a entrevista, com a possibilidade de perder a condução habitual e aventurar-se sozinha em outra.

Diz sentir-ser culpada pela morte da mãe, que era inválida e, de quem cuidou por 25 anos, já que sua morte ocorreu quando a paciente viajava. Conta que reagiu a esta perda com “um branco”, e que não sabia nem mais trabalhar.

O pai era alcoolista, e faleceu quando a paciente tinha 18 anos.

Casou-se aos 29 anos com um homem de 67 anos, que segundo suas palavras, era muito bom, carinhoso e dava-lhe muito apoio.

Um mês após a morte do primeiro marido, casou-se com o atual esposo, “por medo de ficar sozinha”. Conta que gosta do atual companheiro apenas como amigo, mais queixa-se que este não lhe dá segurança, exige muito dela, inclusive não permitindo que deixe de trabalhar. Não aceita que o marido viaje, por medo de ficar só.

Tem uma filha, com quem tem discussões frequentes, e que a chama de “neurótica”.

Atualmente sente-se incapaz de realizar qualquer serviço caseiro, até mesmo cozinhar.

M.C.J.B. paciente 8, sexo fem., 48 anos

Chorou durante praticamente toda a entrevista, sempre se referindo a doenças, tanto suas quanto de outras pessoas.

Conta que seus sintomas dispépticos se iniciaram há três anos, quando teve problemas de relacionamento no trabalho, que culminaram com sua demissão, ficando “atacada dos nervos” nesta época.

Atualmente não trabalha fora; queixa-se dos serviços domésticos e de solidão,

discute com as filhas porque as acha desorganizadas em casa.

Seu pai morreu quando tinha 7 meses, e nunca se deu bem com o padrasto. Acha que a mãe não lhe deu carinho, só pensava em trabalhar.

Chora muito quando comenta a morte da mãe, de quem cuidou por anos, ocorrida há seis anos.

Vive bem com o marido, mas não confia mais nele, desde que descobriu que tinha outra mulher.

J.F.O. paciente 9, sexo masc., 43 anos

O paciente manifesta grande preocupação com sua saúde: “Doutora, tenho um passado muito triste, me dá vontade de chorar! Tenho psoríase desde a infância, quando ataca me dá desespero. me ataca os nervos, tinha medo que fosse doença ruim.”

Atualmente pensa em separar-se da esposa, com quem tem tido muitas discussões, devido a um filho desta, que vive em sua casa, e que é alcoolista e não trabalha.

Também está muito preocupado com a possibilidade próxima de desemprego.

Relata falta de libido.

A.V. paciente 10, sexo fem., 53 anos

Chora muito durante a entrevista. Conta que seus sintomas dispépticos se iniciaram a partir de conflitos conjugais sérios de sua filha, que, inclusive foi ameaçada de morte por seu genro. Vive angustiada, temendo a morte da filha.

Manteve duas uniões conjugais, e atualmente vive só.

Separou-se do primeiro marido porque “ele queria um filho por ano”, coisa a que ela não estava muito disposta, pois sofreu muito na sua única gravidez.

Arrepende-se de sua segunda separação, que ocorreu porque seu genro e o ex-marido discutiam muito com seu companheiro.

I.S.F. paciente 11, sexo fem., 34 anos

Casada com esposo alcoolista, que às vezes bebe de “ficar desorientado”. Não o ama como antes, desde que descobriu que tinha outra mulher.

Gostaria de trabalhar fora, mas o marido não permite.

C.F.S. paciente 12, sexo fem., 29 anos

Sua mãe morreu quando tinha 2 anos, e o pai distribuiu os filhos. Foi criada pela irmã, casada com um alcoolista, que lhe ministrou muitos castigos físicos. Quando tinha 10 anos, sua irmã separou-se. Quis casar-se cedo, para aliviar a irmã.

Seu marido é alcoolista e castiga muito os filhos, que são muito revoltados pela situação familiar.

A paciente diz que sempre foi muito obediente ao marido, que era como se fosse seu pai. Diz que evita discutir, pois “acha feio”.

Quando pode, evita o contato sexual, porque não suporta o cheiro de bebida do marido, sente “nojo”.

P.S.P. paciente 13, sexo masc., 31 anos

Seus sintomas se iniciaram há 10 meses, época em que se sentia muito infeliz, pois vivia na roça, em dificuldades financeiras, sustentado por sua sogra.

Há 6 meses mudou-se para a cidade, onde vive com um cunhado, e atravessa as mesmas dificuldades financeiras de antes. Trabalha de pedreiro, serviço que detesta.

Não faz ficha para outros empregos, pois tem medo de passar mal no período de experiência, e “sujar” sua carteira.

Aos 16 anos, por imposição paterna, entrou para o seminário, onde ficou por 7 anos, causando muito desgosto à família quando desistiu de ser padre.

Atualmente, diz que o ambiente em sua casa não é agradável, pois sua esposa queixa-se muito, por falta de dinheiro, e, como ele não gosta de brigas, afasta-se e guarda muita mágoa, sem desabafar. O paciente conta que tem crises de desespero, em que chora muito. Sente-se irritado, quando dizem que não está doente.

Sente muito desânimo, dores por todo o corpo, e diz que perdeu a vontade de tudo, e só trabalha porque realmente é necessário.

J.C.N. paciente 14, sexo masc., 35 anos

Seus sintomas se iniciaram há dois anos, quando perdeu tudo o que tinha, enganado pelo próprio irmão. Diz que se desespera. “antes eu tinha tudo, agora não tenho nada”.

É cego desde os 18 anos, após acidente. Ama muito a esposa, e diz não saber como ela o quis, mesmo sendo deficiente. Acha que precisa muito do carinho e apoio das outras pessoas, sentindo-se irritado quando isto não acontece.

P.L. paciente 15, sexo fem., 38 anos

Esta paciente foi posteriormente avaliada no ambulatório de Psiquiatria, recebendo o diagnóstico de neurose de ansiedade.

Seus sintomas se iniciaram há dois anos, após sofrer rotura de aneurisma cerebral, quando dava aulas. Conta que após a cirurgia passou por um período de depressão, em que se recusava a conversar, fugia até do marido e filhos, e chegou a emagrecer 16 kg. Vivía angustiada, com o temor de que o episódio se repetisse, recusando-se, inclusive, a

dar aulas na mesma escola.

Atualmente tem muito medo de morrer, e procura médicos por qualquer sintoma.

N.V.C. paciente 17, sexo fem., 29 anos; M.M.S. paciente 18, sexo fem., 39 anos; H.B.C. paciente 19, sexo fem., 58 anos, M.F.F. paciente 37, sexo fem., 43 anos

Casadas com esposos alcoolistas, agressivos, que não têm coragem de abandonar.

H.B.M. paciente 20, sexo fem., 53 anos

Acha que seus sintomas se iniciaram desde que mudou-se da roça para a cidade, onde se sente solitária e com saudades do trabalho anterior. Relaciona o aparecimento de dispepsia com as situações de *stress*. Preocupa-se com as dificuldades financeiras que enfrentam.

M.N.S. paciente 21, sexo fem., 29 anos

Relata uma infância infeliz, pois o pai, que tinha outras mulheres, costumava agredir sua mãe e os filhos. Lembra-se de uma ocasião em que agrediu o pai, quando este ameaçou matar sua mãe. Diz que foi criada apenas para trabalhar, nunca recebeu carinho dos pais.

Casou-se com 14 anos, para livrar-se desta situação, sem amor. O marido é alcoolista, e discutem com frequência. Já tentou, inclusive, matá-lo, em uma destas discussões.

Gostaria que o marido encontrasse outra mulher, pois assim ele partiria de casa.

L.S.B. paciente 22, sexo fem., 42 anos

Seus pais se separaram quando tinha 10 anos. Viviam em permanente conflito, porque sua mãe saía com outros homens, e, inclusive, viveu com vários parceiros após separar-se de seu pai.

Casou-se com 16 anos, e foi abandonada pelo marido há cinco anos.

Relaciona o aparecimento de seus sintomas dispépticos com um acidente sofrido pelo filho, que teve fratura de coluna e ficou paralítico. Conta que, no dia em que viu o filho no hospital, teve dor abdominal e vômitos. Teve que se dedicar integralmente a este filho, que ficou acamado por 2 anos, e era muito revoltado.

Atualmente preocupa-se com a situação financeira, pois os filhos estão desempregados. Gostaria de trabalhar fora, mas tem que cuidar do filho.

E.F.J. paciente 23, sexo masc., 37 anos

O paciente diz ser muito nervoso, e atribui este fato às privações por que passou na infância. Diz: "Fui criado muito revoltado, meu pai foi um carrasco, nunca me deu carinho, me obrigou a trabalhar na roça com 7 anos."

Não permanece muito tempo em seus empregos, pois sempre acaba por desentender-se com alguém, já que "quando lhe falam alguma coisa que o desagrada, não se controla e responde o que lhe vem na cabeça".

É muito rígido em sua casa, exigindo que suas coisas estejam sempre no mesmo lugar, que o jantar seja servido sempre à mesma hora, que não se faça barulho...

D.N.F. paciente 24, sexo fem., 59 anos

Preocupa-se muito com a situação financeira, porque é totalmente dependente dos filhos. Algumas expressões utilizadas pela paciente: "Eu não me conformo com a

minha situação, choro muito quando penso nisso. Eu não consigo nada que quero, meu Deus!”

O pai era militar, muito rigoroso, e batia muito nos filhos quando era contrariado. Foi uma criança muito triste, vivia fechada em casa, sem carinho paterno e diálogo materno.

Casou-se aos 32 anos, sem amor. Seu marido era alcoolista, e saía com outras mulheres. Nunca pensou em abandoná-lo, pois considerava que tinha a obrigação de manter o casamento. Ficou viúva aos 35 anos, passando por grandes dificuldades para criar seus filhos.

A.M.S. paciente 26, sexo fem., 53 anos

Chora durante a entrevista. Acha que é muito nervosa porque tem muitos problemas: dois filhos alcoolistas, e o marido “com a cabeça perturbada”, que a abandonou há 3 meses.

Já teve duas uniões conjugais. Sofreu muito com o primeiro marido, que era alcoolista e saía com outras mulheres. Abandonou-o, e vive há 20 anos com o atual companheiro, que segundo ela é um homem “áspero e nervoso”, com quem tem pouco diálogo, já que “na hora não consegue falar o que gostaria”.

Sobre seus problemas de saúde diz: “Os médicos riem de mim, acham que é cascata, mas só eu sei o que estou sofrendo!”.

H.M.H. paciente 27, do sexo feminino, 48 anos

A paciente é viúva há 4 anos. Viveu com o marido por 25 anos, mas foi muito infeliz com ele, que era muito agressivo e saía com outras mulheres.

Tem um filho com “problemas mentais” e sente-se culpada por isso, pois quando estava grávida deste filho, muitas vezes “pegava uma faca para furar a barriga, para

morrer e matar a criança”, devido aos conflitos conjugais.

Relata ter apresentado os mesmos sintomas dispéptico há 10 anos, quando passaram por sérias dificuldades financeiras. Nesta época, fez tratamento psiquiátrico na Unicamp por 8 meses, com bons resultados, permanecendo assintomática até há 3 meses, quando se reiniciaram seus sintomas.

Conta que há 3 meses sua filha ficou viúva e teve que mudar-se para sua casa, juntamente com seus filhos, trazendo transtornos para a convivência em casa, bem como dificuldades financeiras.

Diz que seu único alívio é a religião, que sente-se melhor quando os “irmãos” oram por ela.

E.M.F. paciente 29, sexo fem., 45 anos

A paciente veio da Bahia exclusivamente para consultar-se neste serviço, hospedando-se em casa de amigos há 3 meses.

Apresenta-se à consulta praticamente assintomática, inclusive com o desaparecimento da insônia que tinha, e atribui este fato ao seu afastamento da rotina de sua vida diária, de muito trabalho, e um relacionamento conjugal sem amor. Conta que costuma ter crises de desmaios, quando contrariada.

M.C.F. paciente 31, sexo fem., 25 anos

Manifesta um grande temor em ter neoplasia gástrica, já que dois avós faleceram com esta doença.

M.A.L. paciente 33, sexo fem., 44 anos

Seus sintomas dispépticos e “seu nervosismo” se iniciaram há 9 anos, depois que

usou “ervas para abortar, sem sucesso”. Nesta época, diz que “ficou quase doida, não falava, não comia, parecia que tinha gente dentro de casa querendo matá-la”.

Já tentou suicídio várias vezes, a última há três anos, contando que na hora “vêm umas coisas na cabeça, dá um desespero! Tenho pouco juízo, doutora!”.

Com relação ao sexo, sente-se totalmente desinteressada, e segundo suas palavras: “Faço porque tenho dó, faço constrangida, tenho ódio!”.

I.T.S paciente 35, sexo fem., 43 anos

A paciente tem uma loja de móveis usados, à qual se dedica “exageradamente”, sempre preocupada com a situação financeira, inclusive tendo insônia com frequência.

Fala muitas vezes sobre sua independência: “Não espero ajuda de ninguém, sempre sou eu que resolvo tudo”.

É desquitada há 6 anos. O primeiro marido, a quem amava muito, era alcoolista, saía com outras mulheres e a agredia, e foi ela quem manteve a família.

Vive há 5 anos com o segundo companheiro, 10 anos mais jovem que ela, mas se irrita porque o considera sem iniciativa.

Diz ser muita irritada, envolvendo-se em frequentes discussões, que por vezes chegam até a agressões, contra vizinhos e parentes.

M.A.P.M. paciente 36. sexo fem.. 47 anos

Trouxe uma lista contendo todos os seus sintomas, bem como todos os tratamentos clínicos e cirúrgicos a que já se submeteu. Chora durante praticamente toda a entrevista, dizendo sentir-se “muito perdida, muito só, sem apoio, sem chances de ser feliz outra vez”.

Conta que sua infância foi muito infeliz, pois o pai era muito agressivo e violento

com os filhos.

Foi abandonada pelo primeiro marido, com quem sentia-se feliz, após este ter ficado arruinado financeiramente.

Vive com o atual companheiro há 4 anos, mas sente-se insatisfeita, porque “ele não acredita em suas inúmeras queixas, não lhe dá apoio”. Está tendo problemas de relacionamento com a filha, que não se entende com o padrasto. Conta que está seguindo a filosofia espiritualista, e assim acaba aceitando melhor as coisas.

J.A.S. paciente 42, sexo masc., 27 anos

Acha que todos os seus problemas, tanto dispépticos, como emocionais, tiveram início após um acidente, há 7 anos, em que sofreu múltiplas fraturas, tendo ficado 3 anos sem trabalhar, e impossibilitado de exercer sua antiga profissão de caminhoneiro.

Tentou vários outros tipos de trabalho, mas acha que todos prejudicam sua saúde, assim troca constantemente de emprego.

Após o acidente, passou por períodos de impotência sexual, sendo tratado com anti-depressivos. Atualmente queixa-se de ejaculação precoce, e de diminuição da libido, e manifesta o temor de casar-se com a atual namorada, que não sente prazer com o relacionamento sexual de ambos, e ser posteriormente “cobrado” por isto.

Preocupa-se com o comentário feito pelo ortopedista, quando de sua internação pelo acidente: “Não se incomoda, que logo você vai sair por aí rodando a bolsinha!”. “Será que esse médico sabe de alguma coisa de minha situação que pode causar esse meu problema sexual?”.

V.L.P.S. paciente 44, sexo fem., 40 anos

Conta que seus sintomas iniciaram-se depois que descobriu que seu marido mantinha um relacionamento com uma amiga. Desde então, vem sentindo-se muito deprimida,

chorando facilmente, sem ânimo para nada, descuidando-se da aparência.

Deixou de sentir prazer sexual, mas julga que o problema é “a sua vagina que é muito larga, e o fato de ter-se masturbado na adolescência, que teria esgotado mais cedo a sua capacidade de sentir prazer”.

L.J.M.B. paciente 46, sexo fem., 45 anos

A paciente trouxe em um papel uma lista com seus sintomas, referindo que, além da dispepsia, sente “esgotamento, dor de cabeça, uma sensação de não poder mais dar conta de seus problemas, um descontrole geral, insônia, uma sensação de que alguma coisa ruim vai acontecer”.

Gerencia a olaria de seu marido e julga ser esta a fonte de seus problemas, já que se sente muito presa ao trabalho, de que nunca tirou férias. Ultimamente sente medo até de chamar a atenção de algum funcionário e este contestar.

Diz ser uma pessoa violenta, que batia muito nos filhos quando pequenos, que já agrediu o marido algumas vezes, e que quando está nervosa costuma falar em tom alto e descontrolado: “Vou gritando feito uma desesperada!”.

Tem pouco diálogo com os filhos e com o marido.

Não se sente satisfeita sexualmente, pois o marido é pouco carinhoso.

M.T.S. paciente n 49. sexo fem., 39 anos

É muito nervosa, e atribui este fato ao convívio com o marido alcoolista.

Seus sintomas dispépticos se iniciaram desde que iniciou o trabalho atual, que não pode abandonar, porque passam por dificuldades financeiras. Conta que todos os dias deixa o trabalho com cefaléia intensa, devido às contrariedades que passa com a dona da fábrica, que é agressiva e intolerante com os funcionários.

Não sente prazer sexual, e julga que a causa seja o fato de ter introduzido “erva para abortar na vagina” há cerca de 4 anos.

M.A.S. paciente 47, sexo fem, 31 anos; E.F.S. paciente 50, sexo fem., 41 anos

Ambas choram durante a entrevista quando comentam a respeito dos problemas de saúde de seus filhos, respectivamente “edema cerebral”, com convulsões frequentes, e cegueira, ocasionada por glaucoma congênito, que os tornam muito dependentes das mesmas, e que lhes causam preocupações constantes.

T.A.A.M., paciente 52, sexo fem., 39 anos

Apresenta sintomas dispépticos há 2 anos, e relaciona o aparecimento destes com a descoberta de que seu marido saía com outra mulher. Continua vivendo com ele, mas sente-se infeliz e não tem mais prazer sexual. afirmando: “Agora só cumpro a obrigação!”.

O.P.M. paciente 55, sexo fem., 48 anos

Diz: “Ando meio sem coragem. sem vontade de trabalhar, não sei o que é isso!”.

É infeliz no casamento. pois o marido. com quem vive há mais de 30 anos, é alcoolista, por vezes agressivo. e, inclusive. já foi internado algumas vezes em hospitais psiquiátricos.

Atualmente, preocupa-se muito com os filhos: com a separação conjugal recente de sua filha, cujo cônjuge é alcoolista, e com seu próprio filho, também alcoolista e desempregado.

A.S.T. paciente 57, sexo fem., 60 anos

Apresenta dispepsia há cerca de 5 meses, e neste período também tem estado muito nervosa e preocupada, com medo de que o atual companheiro não a ame mais, pois deixou de procurá-la sexualmente, e nega-se, inclusive, a discutir o assunto.

Foi abandonada pelo primeiro esposo, a quem amava muito, apesar deste ser alcoolista, agredi-la e sair com outras mulheres. Nesta época, tentou o suicídio, "atirando-se de um ônibus que andava bem devagar".

M.C. paciente 58, sexo masc., 41 anos

Solteiro, mora com os pais. Conta que sua mãe preocupa-se muito com ele: "Hoje ela não queria que eu viesse sozinho me consultar, queria que meu pai viesse junto. Até quando chego um pouco mais tarde do trabalho ela se preocupa. Nas poucas vezes em que saio com amigos, procuro ser muito pontual para voltar para casa".

Conta que já teve namoradas, mas mantém-se virgem quanto a relacionamentos sexuais.

F.A.R. paciente 59, sexo masc., 33 anos

Paciente é militante político de esquerda, radical nas suas convicções, chegando a afirmar, apesar de ter um ótimo relacionamento com a companheira e filha, que "revolucionário não tem família". Diz não sentir-se ligado afetivamente aos pais, que considera "reacionários". Não vive com eles desde os 5 anos de idade, quando foi estudar em um colégio interno.

Seus sintomas iniciaram-se há 5 meses, desde que foram expulsos da cidade em que viviam, e onde organizavam os trabalhadores. Conta que nesta época estava sempre ansioso, pois sofria frequentes ameaças de morte.

Atualmente tenta se instalar em Campinas, mas não tem condições financeiras

de trazer sua família consigo.

G.M.O.G. paciente 61, sexo fem., 63 anos

Paciente chora durante toda a entrevista, dizendo: “Meu marido acabou comigo! Não tenho nada de bom para contar, e meus filhos ainda dizem que eu reclamo muito de doenças!”

Casou-se sem amor, por imposição dos pais. Já foi abandonada duas vezes, por outras mulheres, e conta que só aceitou o marido de volta para atender o pedido dos filhos.

Atualmente passam por dificuldades financeiras, pois foram despedidos de seu emprego de caseiros. Refere ter apresentado anteriormente sintomas dispépticos, em uma outra ocasião em que passaram dificuldades, e que estes sintomas desapareceram quando começou a trabalhar no emprego citado.

J.A.S. paciente 66, sexo masc., 39 anos

Chorou durante a entrevista. Conta que seus sintomas iniciaram-se há 1 ano, desde sua separação da esposa, que não perdoou-o quando descobriu que tinha outra mulher. Sente-se injustiçado, inclusive pelos filhos, que agora que não dependem mais dele financeiramente, tomaram partido da mãe.

Há 6 meses está vivendo um pouco em casa de cada irmão.

Tem tido alguns episódios de impotência sexual.

A.B.B. paciente 67, sexo fem., 49 anos

Casou-se há 7 meses, sem nunca ter tido relacionamentos sexuais anteriores. Não sente prazer no relacionamento, e preocupa-se muito com a possibilidade de engravidar,

evitando, quando possível o contato sexual com o marido.

O marido tem feito ameaças de abandoná-la, porque ela trouxe para viver em sua casa um sobrinho viciado em drogas, que tem causado muitos transtornos ao casal.

Diz ser muito nervosa, e já fez tratamento psiquiátrico anterior na Unicamp há dois anos, sentindo-se melhor na época, e que abandonou porque cansou-se.

Resumos dos dados de algumas histórias de vida dos pacientes com UD

M.A.F.F. paciente 1, fem., 45 anos; L.V.S. paciente 16, fem., 51 anos; D.P.M.O. paciente 18, fem., 33 anos, M.A.F.B. paciente 30, fem., 43 anos

Todas estas pacientes têm em comum o fato de viverem com cônjuges alcoolistas, que não têm coragem de abandonar, "por pena", "por não terem para onde ir", etc.

J.O.V.B. paciente 5, sexo masc., 64 anos

Seus sintomas gástricos iniciaram-se há três anos, após a morte da esposa.

Aparenta ser uma pessoa rígida, e chega a afirmar que adotou a religião Testemunhas de Jeová em substituição ao Catolicismo porque esta última não tem regras, "permite à pessoa fazer o que quiser".

Diz ser muito irritado e impaciente, não suportando filas, nem ter de esperar pelas coisas.

A.T.A. paciente 6, sexo masc., 67 anos

Muito exigente, e preocupa-se e irrita-se porque a família tem que "andar na linha".

Aposentado há 2 anos, sente falta do trabalho. Em casa discute muito com o filho, com a esposa, com os netos...

Nunca mais viu a mãe, desde que esta casou-se pela segunda vez, contra sua vontade.

N.A. paciente 28, sexo fem., 48 anos

Sua mãe prostituiu-se quando a paciente tinha 5 anos, após o assassinato de seu pai. Foi criada separada dos irmãos, distribuídos pela mãe em casas diferentes. Aos 7 anos já fazia todos os serviços domésticos da casa em que vivia.

Quando tinha 10 anos, sua mãe foi assassinada, e ela passou a viver com uma amiga desta, que terminou por abandoná-la.

Aos 11 anos de idade tornou-se prostituta. Conta que sempre teve muito medo de que um de seus parceiros fosse um de seus irmãos, já que nunca mais se encontraram.

Casou-se com 20 anos com o atual marido, que conheceu no meretrício, nunca sentindo por ele mais que gratidão.

Já separaram-se duas vezes, porque este é muito ciumento, e não permite que trabalhe fora.

Atualmente sente-se angustiada, porque depois de muitos anos reencontrou seus irmãos, e acabou apaixonando-se por um deles, que também corresponde a seus sentimentos. Não têm coragem de ter um relacionamento, e a paciente, que não sente prazer sexual com o marido, conta que chega a masturbar-se pensando no irmão.

Anexo II

Protocolo para os pacientes com úlcera péptica e dispepsia

Nome:HC:
Idade: Sexo: Cor: Profissão:
Endereço: Fone:
Data:

Apresenta os sintomas há: dias () meses () anos ()
Período de acalmia:
Queixa atual:
dor epigástrica () caráter ritmo
clocking () plenitude pós prandial () desconforto abdominal ()
distensão epigástrica () distensão abdominal () saciedade precoce ()
dor abdominal () leve () moderada () intensa ()
eructação () boca amarga () pirose () refluxo GE ()
dificuldade de eliminação de gases () melhora com eliminação de gases ()
náuseas () vômitos () hematêmese () melena () emagrecimento ()
Hábito intestinal: constipação () diarreia () outros ()
Intolerância alimentar ()
Especificar alimentos:
.....
Usa leite diariamente? Quantidade:
Sintomas com o uso de leite:

Outras queixas associadas:

cefaléia ()

cardio-respiratório ()

urinárias ()

articulares ()

S. endócrino ()

ginecológicas (DUM):

outras:

AP importantes:

Cirurgias:

AF importantes:

Hábitos:

tabagismo () maços por dia, durante anos

tabagismo atual ()

etilismo: por anos

uso de anti-inflamatórios:

medicação já usada para dispepsia:

medicação em uso atual:

Exame físico:

Protos:

1-

2-

3-

Endoscopia:

data:diagnóstico:

Biópsia:

corpo:

antro:

Pesquisa para H.pylori:

anátomo-patológico:

urease:

Teste de tolerância à lactose:

sintomas:

curva glicêmica:

conclusão:

Ecografia:

Anamnese-questionário

Questões gerais

| intensidade dos sintomas | leve | moderada | grave |
|--------------------------|------|----------|-------|
| vista pelo médico | () | () | () |
| vista pelo doente | () | () | () |

Fez tratamento psiquiátrico especializado? sim () não ()

Há quanto tempo?

Que tipo de terapia psiquiátrica ou psicológica?

Psicoterápica ()

Psicofarmacológica ()

Psicoterápica + Psicofarmacológica ()

História livre de vida

Tem fantasias?

Frequência:

Conteúdo:

Hábitos

Caprichos alimentares (é enjoado?)

Auto medicação:

Dorme bem?.

Antecedentes pessoais

condições de nascimento:

criança frágil ou sadia:

precoce ou retardada:

Traços neuróticos na infância

terrores noturnos:

sonambulismo:

crises de birra:

enurese noturna:

chupar os dedos:

roer as unhas:

caprichos alimentares:

gagueira:

estado de medo:

criança modelo:

Teve problemas na infância?

Tinha dor abdominal?

Folgedos:

Faz de conta:

Jogos infantis:

Jogos organizados:

Escola

Idade de início:

Idade de término:

Padrão alcançado:

Habilidades especiais:

Passatempos e interesses:

Como se relaciona com os colegas:

submisso?

arrogante?

liderança?

apelidos:

Ocupação

Idade em que começou a trabalhar:

Empregos em ordem cronológica:

Razões de mudança de empregos:

Situação econômica atual:

Sente-se satisfeito com o trabalho atual?

Se relaciona bem com os colegas de trabalho?

Tem ambições?

Sente-se super exigido?

Tem facilidade para tomar iniciativas (ou espera as ordens?)

Falta no trabalho por doença?

Ciclo menstrual

Menarca:

Como aceitou?

Regularidade:

Duração e quantidade:

Dores:

Alterações psíquicas pré-menstruais:

Sintomas de climátero:

Tendências e práticas sexuais

Educação sexual: como foi adquirida?

Como foi recebida?

Masturbação:

Fantasias sexuais:

Pudicícia:

Homossexualidade:

Satisfação sexual:

Frigidez:

Métodos anticoncepcionais:

Laqueadura?

Antecedentes de doença mental

data:

duração:

sintomas das crises:

hospital ou ambulatório onde se tratou:

Filhos

Lista cronológica dos filhos e abortos

| Nome | Idade | Doenças | Personalidade |
|------|-------|---------|---------------|
|------|-------|---------|---------------|

Antecedentes familiares

Pai

idade atual:

falecido há anos com anos

saúde:

personalidade:

Mãe

idade atual:

falecida há anos com anos

saúde:

personalidade:

Irmãos (grau na constituição familiar: - novo, + velho)

Habitação

casa:

número de habitantes:

Alimentação:

Anexo III

Escala de Beck para depressão

Cada ítem, com os diversos sub-ítems, deve ser lido pelo experimentador à vista do paciente. O paciente deve escolher o sub-ítem que melhor corresponda ao seu estado quando da entrevista. Todos os ítems devem ser respondidos.

(1)

- 0 - eu não estou triste
- 1 - eu me sinto triste, deprimido
- 2a - eu me sinto triste e deprimido e não consigo me livrar disto
- 2b - eu me sinto tão triste e infeliz que isto se torna até doloroso
- 3 - eu me sinto tão triste e infeliz que eu não consigo suportar

(2)

- 0 - eu não estou pessimista, sem coragem em relação ao futuro
- 1 - eu estou sem coragem com relação ao futuro
- 2a - eu sinto que não tenha nada a esperar do futuro
- 2b - eu sinto que nunca vou superar, acabar com (resolver) meus problemas
- 3 - eu sinto que não tenho nada a esperar do futuro e as coisas não podem melhorar

(3)

- 0 - eu não me sinto fracassado
- 1 - eu sinto que eu fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2a - eu sinto que consegui muito pouco da vida
- 2b - quando olho para o meu passado só vejo fracassos
- 3 - Eu sinto que eu sou um verdadeiro fracasso (como pai, marido, filho)

(4)

- 0 - eu não estou insatisfeito
- 1a - eu me sinto chateado a maior parte do tempo
- 1b - eu não tenho prazer nas coisas como eu tinha antes
- 2 - eu não tenho satisfação nenhuma com as coisas
- 3 - eu estou insatisfeito com tudo

(5)

- 0 - eu não me sinto culpado
- 1 - eu me sinto uma pessoa ruim , na qual não se pode confiar boa parte do tempo
- 2a - eu me sinto culpado
- 2b - eu me sinto atualmente uma pessoa na qual não se pode confiar praticamente todo o tempo
- 3 - eu me sinto como se fosse ruim e sem valor

(6)

- 0 - eu não sinto que estou sendo castigado
- 1 - eu tenho sentimento de que alguma coisa ruim pode acontecer para mim
- 2 - eu sinto que estou sendo castigado ou serei castigado
- 3a - eu sinto que eu mereço ser castigado
- 3b - eu quero ser castigado

(7)

- 0 - eu não me sinto desapontado comigo mesmo
- 1a - eu estou desapontado comigo mesmo
- 1b - eu não gosto de mim mesmo
- 2 - eu estou chateado comigo mesmo
- 3 - eu me odeio

(8)

- 0 - eu não sinto que sou pior que qualquer outra pessoa
- 1 - eu me critico muito por causa de meus erros e fracassos
- 2a - eu me acuso por tudo que acontece de errado
- 2b - eu sinto que tenho muitos maus atos

(9)

- 0 - eu não tenho nenhuma idéia de fazer mal a mim mesmo
- 1 - eu tenho pensamentos de fazer mal a mim próprio, mas eu não os faria
- 2a - eu sinto que estaria melhor se estivesse morto
- 2b - eu tenho planos definitivos de me matar
- 2c - eu sinto que minha família estaria melhor se eu estivesse morto
- 3 - eu me mataria se pudesse

(10)

- 0 - eu não choro mais do que eu costumo
- 1 - eu choro mais agora do que antes
- 2 - atualmente eu choro sempre. Eu não consigo parar
- 3 - eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, mesmo que eu queira

(11)

- 0 - eu não estou mais irritado e nervoso agora do que eu costumo
- 1 - eu fico mais irritado e nervoso do que antes
- 2 - eu me sinto sempre irritado e nervoso
- 3 - eu não fico irritado com as coisas que antes me deixavam nervoso

(12)

- 0 - eu não perdi o interesse em outras pessoas
- 1 - eu estou menos interessado em outras pessoas do que antes
- 2 - eu perdi boa parte do interesse em outras pessoas e não ligo para elas
- 3 - eu perdi todo o meu interesse em outras pessoas e elas pouco me interessam

(13)

- 0 - eu tomo decisões tão bem como sempre
- 1 - eu estou mais inseguro e tento evitar de tomar decisões
- 2 - eu não consigo mais tomar decisões sem ajuda
- 3 - eu não consigo tomar mais nenhuma decisão

(14)

- 0 - eu não sinto que minha aparência piorou
- 1 - eu estou muito preocupado porque eu aparento estar velho e acabado
- 2 - eu sinto que existem mudanças definitivas em minha aparência e elas me fazem sentir acabado
- 3 - eu sinto que sou feio ou até mesmo que estou repugnante

(15)

- 0 - eu costumo trabalhar tão bem como antes
- 1a - custa um esforço muito grande fazer alguma coisa
- 1b - eu não trabalho tão bem como antes
- 2 - eu preciso me impurrar para fazer alguma coisa
- 3 - eu não consigo trabalhar

(16)

- 0 - eu consigo dormir tão bem como antes
- 1 - eu me acordo de manhã mais cansado que antes
- 2 - eu me acordo uma ou duas horas antes do que costumava acordar e fica difícil voltar a dormir
- 3 - eu acordo muito cedo todo dia e não consigo dormir mais que 5 horas

(17)

- 0 - eu não fico mais cansado agora do que antes
- 1 - eu me canso mais facilmente agora do que antes
- 2 - eu me canso de fazer qualquer coisa
- 3 - eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa

(18)

- 0 - meu apetite não está pior agora do que sempre
- 1 - meu apetite não está tão bom agora como costumava ser
- 2 - meu apetite está muito pior
- 3 - eu não tenho mais apetite nenhum

(19)

- 0 - eu não perdi muito peso, praticamente nenhum ultimamente
- 1 - eu perdi mais de dois quilos
- 2 - eu perdi mais de quatro quilos
- 3 - eu perdi mais de seis quilos

(20)

- 0 - eu não estou mais preocupado com minha saúde do que antes
- 1 - eu estou preocupado com dores, desinteria, prisão de ventre ou outras queixas
- 2 - eu estou tão preocupado sobre como me sinto, ou o que sinto, que é difícil pensar em outra coisa
- 3 - eu só penso nas minhas queixas

(21)

- 0 - não houve nenhuma mudança recente quanto ao meu interesse por sexo
- 1 - eu estou menos interessado em sexo do que antes
- 2 - eu estou atualmente muito menos interessado em sexo
- 3 - eu perdi completamente o interesse em sexo

Escala de traços e de comportamentos de agressividade

| I - <u>Ansiedade</u> | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) tensão física (tensão muscular) | () | () |
| b) tensão psíquica (inquietação, sensação de que algo vai acontecer) | () | () |
| c) pânico fácil | () | () |
| d) falta de confiança em si | () | () |
| e) nervosismo | () | () |
| f) medos sem motivos | () | () |
| g) incapacidade de relaxar | () | () |
| h) sentimento de se super exigir | () | () |
| i) tendência a se "dopar" (a tomar medicamentos excitantes ou relaxantes) | () | () |

| II- <u>Depressão</u> | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| a) se sente infeliz | () | () |
| b) se sente solitário | () | () |
| c) apresenta um desespero existencial | () | () |
| d) sente-se sóbrio, triste | () | () |
| e) sente um desgosto profundo e sem causa aparente | () | () |
| f) sente dificuldade em se concentrar | () | () |
| g) apresenta idéias de suicídio | () | () |
| h) já fez tentativas de suicídio | () | () |

III - Combatividade

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) guarda ressentimentos e despeito (mágoa) | () | () |
| b) não erra jamais e critica facilmente os outros por seus erros | () | () |
| c) já cometeu agressões consumada contra outros | () | () |
| d) não tolera frustrações | () | () |
| e) é impulsivo, colérico | () | () |
| f) está sempre em oposição às idéias e atitudes dos outros | () | () |
| g) tem atitudes de "provocação" em relação aos outros | () | () |
| h) esá sempre disposto a atacar os outros | () | () |
| i) apresenta tensão muscular | () | () |
| j) apresenta "hostilidade" verbal (na maneira de falar com os outros) | () | () |

IV - Distúrbios de personalidade

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) é instável, não perseverante | () | () |
| b) oscila entre o aborrecimento e a irritação | () | () |
| c) oscila entre a arrogância e a flexibilidade | () | () |
| d) despreza os costumes, as regras sociais | () | () |
| e) tendência à delinquência e à toxicomania | () | () |
| f) tem liberdade sexual | () | () |
| g) é egocêntrico (voltado para si mesmo, para seus próprios interesses) | () | () |
| h) é grosseiro (malcriado) | () | () |

V - Somatização

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a) apresenta dor de cabeça | () | () |
| b) opressão no peito e claustrofobia (não suporta lugares fechados) | () | () |
| c) suores | () | () |
| d) tremores | () | () |
| e) problemas vasomotores: formigamento e esfriamento de membros, batedeira, hipertensão arterial, etc.) | () | () |
| f) tonturas | () | () |
| g) crises nervosas histeriformes (contrações do corpo, adormecimento de membros, etc) | () | () |

Anexo III
VI - Introjeções

201

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| a) tiques | () | () |
| b) roe as unhas | () | () |
| c) apresenta reações de cólera solitárias (inesperadas e sem cortejos explicativos) | () | () |
| d) quebra objetos impulsivamente | () | () |
| e) apresenta episódios de excesso de servilidade e de cerimônias | () | () |
| f) tem tendências a se ligar excessivamente (viscosamente) às pessoas | () | () |
| g) tem sonhos de violência, de destruição | () | () |